Planejamento e Políticas Públicas

Roberto P. Guimarães

O LEVIATÃ ENCURRALADO: CONTINUIDADE E MUDANÇA NO PAPEL DO ESTADO NA AMÉRICA LATINA

Rui Affonso

A RUPTURA DO PADRÃO DE FINANCIAMENTO DO SETOR PÚBLICO E A CRISE DO PLANEJAMENTO NO BRASIL NOS ANOS 80

Sônia Rocha

POBREZA – RENDA E INDICADORES SOCIAIS COMO CRITÉRIOS COMPLEMENTARES

André Cezar Medici

FINANCIAMENTO E CONTENÇÃO DE CUSTOS NAS POLÍTICAS DE SAÚDE: TENDÊNCIAS ATUAIS E PERSPECTIVAS FUTURAS

Marcus André B. C. de Melo / Alexandrina S. de Moura

POLÍTICAS PÚBLICAS URBANAS NO BRASIL: UMA ANÁLISE DOS PROJETOS DO BANCO MUNDIAL

Assuero Ferreira

EM BUSCA DE UM NOVO ESTILO DE DESENVOLVIMENTO PARA O NORDESTE

Jorge R. B. Tapia

RESENHA DE: IL MULINO. STATO E REGOLAZIONE SOCIALE: NUOVE PROSPETTIVE SUL CASO ITALIANO

4 DEZEMBRO DE 1990

ipea

ROCHA, Sonia. *Linhas de pobreza para as regiões metropolitanas na primeira metade da década de 80*. Belo Horizonte: Anpec, Anais, v. IV, 1988.

ROCHA, Sonia, TOLOSA, Hamilton. Pobreza metropolitana e políticas sociais. *Perspectivas da Economia Brasileira – 1989*. Rio de Janeiro: INPES, p. 403-430, 1989.

ROCHA, Sonia, VILLELA, Renato. Características da sub-população pobre metropolitana nos Anos 80 – resultados de uma análise multivariada. *Revista Brasileira de Economia*, v. 44, n. 1, 1990.

SEDLACEK, G. L. A evolução da distribuição de renda entre 1984 e 1987. In: *Perspectivas da Economia Brasileira*. Rio de Janeiro, IPEA/INPES, 1989.

TOLOSA, Hamilton. Causes of urban poverty in Brazil. *World Development*. v.6, n. 9-10, p. 1087-1101, 1978.

THOMAS, Vinod. *Differences in income, nutrition and proverty within Brazil*. Washington, D.C.: World Bank, 1982 (Staff Working Paper, 505).

VETTER, D., HICKS, J. *Identifying the urban poor in Brazil*. Washington, D. C.: World Bank, 1983 (Staff Working Paper, 565).

WEBB, Richard. *On the statistical mapping of urban poverty and employment*. Washington, D. C.: World Bank, 1976 (Staff Working Paper, 227).

Financiamento e Contenção de Custos nas Políticas de Saúde: Tendências Atuais e Perspectivas Futuras*

André Cezar Medici**
DO ENCE/IBGE

O artigo procura descrever algumas medidas que vêm sendo adotadas nos países desenvolvidos para fazer frente ao aumento de custos do setor saúde. Busca, ainda, avaliar no contexto mundial, alguns problemas associados aos serviços de saúde, tais como a inflação médica, através de dados e cifras coletadas para alguns países. Conclui evidenciando alguns problemas associados à contenção de custos das políticas de saúde nos países que não desenvolveram de forma plena "políticas de welfare state", *como é o caso dos países latino-americanos.*

INTRODUÇÃO

Com o fim da segunda guerra mundial, as economias desenvolvidas viveram um longo período de grande prosperidade, destacando-se altas taxas de crescimento econômico, elevação do padrão de vida da população, desenvolvimento tecnológico acelerado, melhor distribuição de renda e incorporação de novos direitos sociais.

Entretanto, os mecanismos de regulação econômica, mesmo aqueles fabricados nas mais puras oficinas keynesianas, não são eternos ou eficazes em todas as circunstâncias, como parecia fazer crer boa parte do pensamento econômico dos anos 50 e 60. A prosperidade teve seu momento de descontinuidade, como indicam as palavras de Magdoff e Sweezy (1978):

> "Denominamos fim da prosperidade, o fim do longo período que se estende da década de 1940 até o princípio da década de 1970, durante o qual a acumulação de capital avançou, em escala global, com um vigor imprevisto e, possivelmente, sem precedentes. Visto de uma perspectiva histórica, esse período caracterizou-se por movimentos cíclicos ascendentes relativamente longos e recessões suaves".

---

* Trabalho apresentado no *International Seminar on Health Policies*, na mesa intitulada: "Economy an health: thrifty but not miserly", patrocinado pela United Nations University e pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo (SP), de 17 a 20 de janeiro de 1990. Esta versão incorpora os comentários dos pareceristas da PPP.

** Economista, Pesquisador do IBGE, Coordenador da Pós-Graduação da Escola Nacional de Ciências Estatísticas (ENCE/IBGE).

A longa fase de prosperidade estabeleceu um novo padrão de política de saúde nos marcos das economias centrais, cujas principais características foram:

a) extensão progressiva de cobertura, chegando em alguns casos à universalização;
b) entendimento de que o acesso aos serviços de saúde não era somente uma ação assistencial para pobres ou um atributo de quem paga ou contribui para os sistemas de previdência social, mas sim um direito do cidadão e um dever do Estado;
c) aumento do peso do setor público na prestação dos serviços ou na gestão centralizada dos sistemas de saúde;
d) incorporação constante de novas tecnologias e procedimentos;
e) elevação dos custos dos serviços de saúde.

Estes fatos novos trouxeram como corolário um aumento da esperança de vida e um maior controle dos processos saúde-doença. Mas muitas dessas características, justificadas como positivas durante a fase de prosperidade, começaram a preocupar os formuladores de política de saúde a partir da desaceleração do crescimento nos anos 70, especialmente aquelas ligadas à elevação dos gastos públicos com serviços e sistemas de saúde, bem como de suas necessidades de financiamento.

Assim, o fim da prosperidade foi acompanhado, em muitos casos, por uma crise fiscal e por uma fase de ajuste das economias centrais, a qual se baseou em cortes nos gastos públicos e na magnitude dos programas sociais. As políticas de saúde, se não foram objeto direto de reduções orçamentárias, foram alvo de muitos comentários sobre o assunto, facilmente encontrados na literatura disponível.

O objetivo deste artigo é, a partir de uma breve *book review* das políticas de ajuste no setor saúde frente à crise nos países centrais, esboçar alguns dos problemas a serem enfrentados pelas economias em desenvolvimento. Tais economias pouco ou nada usufruíram da longa prosperidade do pós-guerra e, quando atingiram níveis de desenvolvimento econômico e estabilidade política adequados para implantar programas sociais de cobertura universal, foram atropeladas na contra-mão pelos impactos da crise mundial do final dos anos 70 e início dos 80, quais sejam: crescimento da dívida externa pela elevação da taxa internacional de juros; instabilidade do sistema de preços e elevação desmesurada da dívida pública, chegando, em muitas conjunturas nacionais, às raias da hiperinflação.

Logicamente que parte do fracasso destas economias não pode ser atribuída secamente aos impactos da crise. Políticas econômicas desastradas, marcadas pela ineficiência e ineficácia na alocação dos gastos públicos têm sido constantes nos países em desenvolvimento, haja vista os tristes exemplos seguidos por muitas economias latino-americanas. Tais economias, a despeito do esforço demonstrado em medidas ortodoxas e heterodoxas, não parecem

responder rapidamente aos estímulos fomentados no sentido da estabilização do crescimento econômico.[1]

Cabe, dessa forma, questionar o que se segue:

a) É possível resolver a questão da retomada do crescimento sem equacionar questões que digam respeito a um reposicionamento do papel dos países em desenvolvimento na nova divisão internacional do trabalho?
b) É factível solucionar problemas estruturais dessas economias, como o comportamento social (de empresas e trabalhadores) pró-inflacionário, através da adoção de medidas racionalizadoras que passem por profundas reformas do aparelho do Estado, reduzindo seu papel na produção e na regulação social e promovendo a sobrevivência das empresas eficientes através de um purgatório recessivo?

Responder a questão da retomada do crescimento econômico através da adoção de soluções mágicas que não tragam mudanças comportamentais profundas na sociedade e na relação dos países em desenvolvimento com o resto do mundo é, no mínimo, precipitado.

No entanto, a retomada do crescimento constitui, na perspectiva deste autor, condição *sine qua non* para o desenvolvimento de políticas sociais universais para os povos dos países em desenvolvimento. Os atuais níveis de renda *per capita* não permitem a existência de gastos sociais superiores aos atualmente verificados nestes países, sem que não ocorram perigosas reduções de recursos em outros setores econômicos estratégicos para o desenvolvimento. Isto não significa que não seja possível melhorar a eficácia dos recursos atualmente empregados através de uma utilização mais eficiente.

Este artigo está estruturado em quatro partes. A primeira é esta Introdução. A segunda faz uma pequena revisão da bibliografia sobre "financiamento das políticas de saúde e da crise do *welfare state*", do ponto de vista macroeconômico, tomando como referência básica a literatura produzida nas economias centrais sobre o tema. A terceira faz uma revisão da literatura sobre os temas microeconômicos e as medidas racionalizadoras que vêm sendo discutidas como estratégias de *cost-containment* nos países centrais. A quarta e última parte procura problematizar a contenção de custos em saúde nas Américas, buscando ressaltar topicamente algumas das estratégias atuais e discutir as perspectivas de financiamento dos sistemas de saúde no contexto dos países de menor grau de desenvolvimento.

[1] Um exemplo que parece contrariar essa perspectiva sombria foi o seguido pela economia chilena. Esta, após um longo período de estagnação dos níveis de renda, arrocho salarial e superávits comerciais, nos marcos propostos pela ortodoxia, conseguiu debelar a inflação e retomar as taxas de crescimento da economia, a partir da recuperação da indústria.

I
FINANCIAMENTO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE E A CRISE DO *WELFARE STATE:* IMPACTOS E AJUSTAMENTOS

A crise do *welfare state* e seus impactos nas políticas de saúde têm sido por demais debatidos no contexto mundial, de forma que se tentará dirigir a discussão para tópicos mais selecionados ou pouco explorados.

Um dos fatores inevitáveis que surgiu com o *welfare state* foi a "elevação dos custos dos serviços de saúde". Podem ser identificados quatro fatores que, ao longo da fase de prosperidade, contribuíram decisivamente para tal [Gough (1979)]:

i) Os bens e serviços produzidos pelo setor saúde aumentam seus custos em proporção mais elevada que os demais. Tal fato decorre diretamente da maior incorporação de tecnologia aos procedimentos e práticas do setor.

A afirmação constitui um aparente paradoxo. A incorporação de novas tecnologias em setores de atividade marcados por processos de trabalho de fluxo contínuo, como a maior parte das indústrias, tem, a médio e longo prazos, o efeito oposto, ou seja reduzir os custos em função do aumento da produtividade. Esta, por sua vez, se eleva pela redução relativa da força de trabalho empregada na produção ou da quantidade produzida por unidade de tempo de trabalho.

Em saúde, no entanto, podemos identificar duas formas de atuação do progresso técnico [Medici (1989)]:

a) Nos meios de diagnóstico;

b) Na terapia e nos procedimentos ambulatoriais e intervenções cirúrgicas, as quais caracterizam mais propriamente o ato médico.

No primeiro caso observa-se que o progresso técnico tem atuado no sentido convencional: o de economizar força de trabalho. Por exemplo, a automação dos laboratórios de análises clínicas, através da criação de processos que permitam leitura, classificação e análise das amostras de sangue por computador reduziu muito o emprego de laboratoristas nos anos 70 e 80. O mesmo vem ocorrendo com os diagnósticos por imagem, onde os equipamentos mais modernos de raios-X têm eliminado mão-de-obra, tanto na operação do equipamento como na revelação da chapa. Porém, os novos meios de diagnóstico como os ultra-sonógrafos, os aparelhos de ressonância magnética e os tomógrafos computadorizados, não eliminam o médico como intérprete do diagnóstico e até criam um novo tipo de profissional para fazer funcionar os novos equipamentos.

No segundo caso – o da terapia – verifica-se que equipamentos como os de hemodiálise permitem até prolongar a vida de um paciente renal crônico, sem que seja eliminado o trabalho do profissional de saúde e, até mesmo, incorporando mais trabalho, como o do operador deste equipamento.

A tecnologia em saúde só tem permitido a redução do emprego quando é aplicada em processos de trabalho de fluxo contínuo. O mesmo não se aplica em processos de trabalho de fluxo descontínuo, como é, por exemplo, o caso da maior parte dos procedimentos terapêuticos.[2]

Assim, dado o seu baixo impacto na redução do emprego, o progresso técnico em saúde não elimina (e algumas vezes intensifica) o caráter *labor intensive* do setor. Com isso, os custos associados a um setor que incorpora cada vez mais tecnologia em equipamentos caros de diagnóstico e terapia tende a crescer vertiginosamente ao longo do tempo.

O crescimento dos custos associados ao setor faz com que a "inflação" em saúde seja quase sempre maior do que a média verificada nos outros setores, como tem demonstrado a experiência recente de vários países. Para exemplificar, os custos dos serviços pagos pelo *Medicare* nos Estados Unidos subiram, em 1983, 13 pontos percentuais a mais do que a inflação oficial daquele país [Marmor e Dunham (1985)].

ii) As transformações na estrutura etária da população também trazem aumentos associados à elevação dos custos com serviços de saúde.

Em geral, a curva de custos com serviços de saúde por idade tenderia a assumir a forma de um "jota na posição correta". Ou seja, os custos com serviços de saúde são relativamente altos nos primeiros anos de vida, tendem a se reduzir na segunda infância, na adolescência e na primeira década da idade adulta, voltando a se elevar após os 30 anos, quando aumenta a incidência de doenças crônico-degenerativas. No caso das mulheres, a atividade reprodutiva faz com que os custos associados à saúde sejam maiores que o relativo ao dos homens na idade adulta. Mas é após os 60 anos que o aumento dos custos individuais com serviços de saúde se faz maior.

Como desde o pós-guerra boa parte dos países desenvolvidos vem passando por um envelhecimento populacional de amplas proporções, é natural que tal processo traga de *per se* uma forte elevação dos custos com serviços de saúde, associada ao forte aumento das despesas com atenção médica na terceira idade.

iii) Outro fator de pressão de custo sobre os serviços de saúde é a criação de serviços novos e mais complexos, os quais passam a ser incluídos no rol de disponibilidade dos beneficiários dos sistemas universais de saúde.

Nas economias desenvolvidas os programas de saúde ampliaram a cobertura não só no sentido horizontal – incorporação de novas clientelas – como – no vertical – inclusão de novos recursos assistenciais para as clientelas já cobertas. Este fato, na visão de muitos, tem representado um dos principais elementos de pressão de custo sobre os sistemas de saúde.

iv) Além de todos esses fatores, os quais atuam mais como pressões de custo estruturais, temos o crescimento das demandas por serviços de saúde associados à intensificação da conjuntura recessiva.

---

[2] Algumas evidências mais recentes que apontam em sentido contrário podem ser enunciadas em Medici (1989).

Assim, migrações de contingentes populacionais de países de menor nível de desenvolvimento para os desenvolvidos trazem pressões pelo aumento do uso dos serviços de saúde. Os efeitos psicossociais da crise aumentam a demanda por serviços de saúde em fases onde os recursos fiscais postos à disposição dos sistemas de saúde são mais escassos.

Ao longo da fase de prosperidade, pode-se dizer que os três primeirs fatores exerceram pressão constante sobre o aumento dos gastos com saúde nas economias centrais. Isto foi, no entanto, absorvido pela própria ampliação da carga tributária bruta que, no caso das economias da OECD, cresceu 4,7% ao ano entre a metade dos anos 50 e o fim dos anos 60.

Na segunda metade dos anos 70 o quarto fator passa a ser o principal elemento de pressão nos gastos, justamente numa conjuntura de crise econômica, onde se esgotam as possibilidades de criação de adicionais na carga tributária. Muitos países passam a cortar o gasto público e o próprio gasto social. Na Inglaterra, por exemplo, o gasto público caiu de 51,5% do PIB para 48% entre 1976 e 1979.

No caso americano, Marmor e Dunham (1985) mostram que desde a administração Carter vêm sendo feitos esforços de *cost containment* no campo da saúde, tendo a primeiro ato nesse sentido ocorrido em 1977. Mas foi na administração Reagan, em 1981, que começam a ser tomadas as medidas mais drásticas nessa linha. Entre 1981 e 1982 os gastos do *Medicare*[3] foram reduzidos em US$ 22 bilhões (quase 8% do dispêndio total com saúde nos Estados Unidos). A proposta Reagan era cortar ainda mais US$ 20 bilhões do orçamento do *Medicare* para 1985/89. Quanto ao *Medicaid*,[4] a proposta de administração Reagan redundou em cortes de 500 mil pessoas cobertas entre 1979 e 1982 [Davis (1985)].

Coube, no entanto, ao Congresso americano rejeitar muitos dos cortes propostos por Reagan. Nesse sentido, os gastos nacionais com saúde nos Estados Unidos continuaram a aumentar nos anos 80, como demonstra a tabela a seguir:

Verifica-se que de 1980 para 1983 o gasto com saúde nos Estados Unidos passou de 9,5 para 10,8% do PIB norte-americano. Estima-se que chegue a 12,3% (quase US$ 700) em 1990. O gasto *per capita* anual, que em 1982 era de US$ 1.365, poderá duplicar até 1990, segundo estimativas do U.S. Department of Health and Human Services [Etheredge (1985)].

Mesmo com todo esse volume de gastos (quase o equivalente a duas vezes o PIB brasileiro), cerca de 13% da população norte-americana não está

[3] O *Medicare* foi criado em 1975 para cobrir as despesas com saúde de pessoas idosas (acima de 65 anos de idade) e deficientes. Ele está subdividido em duas partes: cobertura de serviços hospitalares e cobertura de médicos, cuidado a pacientes externos e alguns serviços ambulatoriais. Seu custo foi de US$ 66 bilhões em 1984, com uma cobertura de 30 milhões de pessoas naquele ano.

[4] O *Medicaid* foi criado no início dos anos 70, visando propiciar atenção médica à população pobre. Embora cobrisse 23 milhões de pessoas em 1984 e custasse US$ 50 bilhões naquele mesmo ano, estima-se que 60% da população pobre não eram cobertos pelos programas.

Gastos com Saúde nos Estados Unidos

Anos	Gastos em US$ Bilhões Correntes	% do PIB
1960	26,9	5,3
1970	74,7	7,5
1980	249,0	9,5
1981	286,6	9,8
1982	322,4	10,5
1983	355,4	10,8
	Projeções	
1984	392,7	10,9
1987	529,8	11,6
1990	690,4	12,3

FONTE: Freeland e Schendler, *HCFA Review*, Spring 1984.

coberta por nenhum programa de saúde. Esta população, em sua maior parte, é composta por negros e hispano-americanos pobres, desempregados e pessoas com baixa qualidade de cobertura de assistência médica nos empregos de que dispõem ou nos seguros que contratam. O *Medicare* e o *Medicaid* juntos cobrem 20,7% da população norte americana e 66,3% da mesma era coberta exclusivamente por planos de seguro privado. Assim, mesmo em países como os Estados Unidos está presente a seguinte questão: como expandir (ou universalizar) a cobertura, controlar custos e reduzir simultaneamente as desigualdades?

Assim como ocorreu no caso norte-americano, o que se observa em muitos países é que, mesmo com a proposta de cortes, os gastos com saúde não foram reduzidos em termos reais, apesar de terem sido submetidos a estratégias racionalizadoras e restrições de cobertura e clientela que, em última instância, não fizeram com que eles crescessem de forma tão elevada como o verificado na longa fase de prosperidade.

As opções racionalizadoras passam por duas ordens de determinação. De um lado, aquelas que dizem respeito à racionalização dos procedimentos administrativos, a partir da escolha de técnicas mais adequadas de gerenciamento, questão que será tratada na próxima parte.

De outro lado, temos as opções racionalizadoras vinculadas à filosofia de ação a ser priorizada: a regulação ou a filosofia que atribui ao Estado a condução das estratégias racionalizadoras, ou a do mercado, ou seja, a filosofia

que defende os ajustes automáticos a partir dos mecanismos detonados pela concorrência.

Uma questão que coloca opções globais de racionalização diz respeito ao aumento da inflação associado aos gastos com saúde. Conforme visto, na economia norte-americana a inflação do setor saúde foi 12,5 e 10,6% mais elevada do que a refletida no índice de preços ao consumidor nos anos de 1982 e 1983 [Blumenthal (1985)]. Novas evidências mostram que tal comportamento se repetiu em anos mais recentes.

A elevação dos preços dos serviços de saúde cria uma dificuldade crescente para todos aqueles que compram ou contratam serviços de saúde privados. Assim, existe uma tendência marcante, em quase todos os países, para que as instituições que administram planos de saúde passem a ter seus próprios serviços, ao invés de contratá-los externamente. O mesmo se aplica no caso de empresas e sindicatos que, ao que parece, estão preferindo administrar diretamente os serviços de sua saúde voltados para seu pessoal, ao invés de entregá-los à administração de terceiros.

No caso de setores públicos de saúde, a compra de serviços de terceiros parece cada vez menos vantajosa, em função do crescimento da inflação setorial. Assim, alguns defendem que a saída seria crescer ou incrementar a produtividade dos serviços próprios do Estado ao invés de comprá-los externamente, dado que tais serviços seriam, em tese, mais fáceis de serem submetidos a uma estratégia de racionalização de custos sem queda de qualidade, o que dificilmente poderia ser feito no setor privado contratado mediante motivação do Estado.

Outros, ao contrário, defendem que estimular a concorrência entre os prestadores privados de serviços para o Estado seria uma estratégia mais eficiente para evitar o aumento dos preços dos serviços e melhorar a qualidade do atendimento.

Assim, a principal controvérsia existente quanto às estratégias de *cost containment* a serem adotadas, diz respeito ao binômio "regulação x concorrência". Mas quaisquer que sejam as questões a serem colocadas quanto a esse ponto, não existe uma opção plena pela regulação ou pela concorrência. Na verdade, ambas têm que conviver no dia-a-dia da administração dos serviços de saúde, dada a diversidade de mercados e clientela. E se ambas as estratégias têm que conviver e fazer *cost containment*, que o façam de forma compatível.

O desafio fundamental, independentemente da estratégia ou filosofia gerencial a ser adotada é como fazer *cost containment* e simultaneamente promover maior eqüidade na cobertura dos serviços, com um nível de acessibilidade adequada a todos os cidadãos.

Grande parte dos países europeus desenvolveram desde os anos 50 e 60, mecanismos de negociação entre trabalhadores, empresas e governo, onde as políticas sociais (inclusive a cobertura dos serviços de saúde) são negociadas globalmente em conjunto com os salários e as condições gerais de trabalho.

Tais negociações foram responsáveis, em grande medida, pelas conquistas dos anos dourados de *welfare state*. Com a crise dos anos 70 e 80, a rigidez dos sindicatos em aceitar moderar suas reivindicações, quer no plano dos salários e das condições gerais de trabalho, quer no das políticas sociais e das de saúde, trouxe alguns problemas relacionados à retomada do crescimento destas economias.

Foi depois de um certo tempo e experiências fracassadas que tais países estabeleceram mecanismos de negociação baseados na idéia de "flexibilidade" [Boyer *et alii* (1985)]. A flexibilidade consiste em negociar estratégias salariais e programas sociais nas condições permitidas pela situação econômica da empresa, da região ou do país, de forma a não obstaculizar o crescimento da economia ou a estabilidade do emprego e da própria economia. Para se chegar a tal estratégia de negociação é necessário que haja um grau de maturidade bastante elevado das partes interessadas na negociação.

Tais soluções têm sido bastante distintas daquelas existentes nos Estados Unidos ou na Inglaterra onde o Executivo propõe cortes nos orçamentos e deixa a descoberto segmentos antes beneficiados pelos programas existentes, independentemente de uma negociação prévia. É necessário, em muitos casos, que o Congresso tenha que vetar as medidas propostas para que elas não peguem desprevinidos os beneficiários, fato que só tem sido possível porque o governo dificilmente tem maioria no Congresso naqueles países.

Acredita-se que as soluções de contenção de custos dos sistemas de saúde e a busca da eqüidade passem, nos dias de hoje, pela questão da flexibilidade na negociação dos interesses. Mas para tal é necessário que o setor público e o privado caminhem de forma harmônica e não conflitante, e que os trabalhadores e a própria sociedade, em seus movimentos neocorporativos, assumam negociar perdas quando o objetivo é o bem comum.

II
AS ESTRATÉGIAS RACIONALIZADORAS AO NÍVEL MICROECONÔMICO

Nos últimos anos, a preocupação com a contenção de custos tem propiciado um terreno fértil para os estudos de economia da saúde, particularmente no que diz respeito à aplicação de técnicas microeconômicas.

Tais estudos ou instrumentais têm sido desenvolvidos de forma distinta para cada tipo de programa de saúde, de forma que para programas de atenção primária utilizam-se modelos de análise custo-efetividade, enquanto que para as de atenção hospitalar têm sido desenvolvidos mecanismos de apuração de custos a partir de técnicas como os DRG (Diagnosis Related Groups).

A análise custo-efetividade é um método analítico que tem sido utilizado freqüentemente para ajudar os *decision makers* a avaliar e comparar os cus-

tos e a efetividade dos distintos meios de alcançar um dado objetivo [Reynolds e Gaspari (1986)]. Tal análise geralmente compreende três processos distintos: a análise dos custos de cada alternativa, a da efetividade de cada alternativa e a análise cruzada dos dois passos anteriores, a qual se expressa em um coeficiente.

A grande deficiência deste tipo de análise está correlacionada, em primeira instância, ao fato de que nem todos os países têm informações sobre custos e a montagem de sistemas de informação para tal exige pessoal especializado e, em geral, é muito cara. A segunda deficiência liga-se à subjetividade dos valores atribuídos à medida de efetividade. Se a efetividade de uma dada técnica ou procedimento é medida em mortes evitadas, qual é o custo de uma vida?

No caso dos procedimentos de natureza hospitalar, cabe destacar que a inflação médica e a busca por procedimentos mais eficientes têm detonado diversos meios de contabilizar os custos de procedimentos e atos médicos. A preocupação, neste caso, tem sido mais com a eficiência do que com a efetividade, dado que existem, para certos procedimentos, inúmeras técnicas de efetividade similar.

Em geral, as formas de pagamento pelos atos médicos têm-se baseado em procedimentos ou unidades de serviço (*fee for service*). No entanto, dado que tal tipo de critério não especifica os componentes diretos do custo de cada serviço ou ato pago, não é possível estabelecer quais os componentes que efetivamente têm pressionado o aumento dos custos hospitalares.

Uma das formas utilizadas para minimizar este problema e contribuir para a contenção de custos nos serviços hospitalares foram os chamados grupos de diagnóstico relacionados (DRG). Esta técnica foi desenvolvida por especialistas da Universidade de Yale, nos anos 70, e tem sido utilizada por muitos países como um dos principais instrumentos de *cost containment* nos anos recentes.

Nos Estados Unidos, o *Medicare* tinha, até recentemente, seu sistema de custos baseados em pós-pagamento. Em outras palavras, cada hospital recebia do governo o equivalente ao custo incorrido no tratamento dos pacientes. A partir de 1983, com a adoção da sistemática de DRG, cada hospital passou a receber um pagamento fixo por caso tratado. Todos os serviços hospitalares passaram a ser classificados em 467 grupos (DRG). Cada DRG é baseado numa média de casos similares, onde são atribuídos custos relacionados às características do paciente como sexo, idade, diagnóstico principal, diagnósticos adicionais (co-morbidades e complicações), procedimentos cirúrgicos adotados, etc. [Freeman *et alii* (1986) e Wagner (1985)].

Nos três primeiros anos de funcionamento do sistema, o peso de cada DRG era ponderado com os custos históricos do hospital relativos àquele caso ou grupo de casos e por uma taxa de ajuste para compensar diferenças regionais. No quarto ano de aplicação, a ponderação ficou restrita ao valor do DRG e ao peso da região.

Muitos outros países como a Inglaterra e a França vêm adotando o sistema de pagamento por DRG e outros estão em vias de adotá-lo. A informação financeira na aplicação de DRG é coletada, para cada grupo de diagnóstico, em cinco centros de custos: serviços gerais de infra-estrutura (administração, lavanderia, depreciação); serviços auxiliares de diagnóstico e terapia (anestesia, radiologia, laboratórios, etc.); enfermagem, hotelaria e serviços gerais; outros Centros de Custo de Natureza Hospitalar (sala de emergência, unidade de terapia intensiva, etc.) e Centro de Custos com Cuidados Ambulatoriais. A maior parcela dos custos totais (49%) e diretos (60%) são relativos ao salário de enfermeiras e médicos.

O desenvolvimento de técnicas de controle de custos hospitalares tem avançado muito com a informatização dos hospitais. Presume-se que tal processo fará com que, nos próximos anos, técnicas como os DRG possam ser aplicadas em vários níveis e estabeleçam critérios mais racionais para o pagamento não só de médicos mas de outros serviços de saúde no contexto mundial.

III
A CONTENÇÃO DE CUSTOS NOS PROGRAMAS DOS PAÍSES EM DESENVOLVIMENTO

Ao transportar todas estas considerações para o plano dos países em desenvolvimento, algumas questões básicas surgem de imediato: Qual o impacto da crise do *welfare state* nos países que não tiveram *welfare state*? Como implantar estratégias de *cost containment* quando para cumprir os próprios dispositivos legais existentes na legislação ordinária destes países, torna-se necessário expandir fortemente o gasto governamental em saúde? Como garantir eqüidade no acesso aos serviços de saúde se a própria distribuição de renda e dos benefícios líquidos da ação do Estado, fazem com que a maior parcela da população destes países seja totalmente desassistida?

Em relação à primeira pergunta, pode-se dizer que a maior parte dos países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento pouco tem incrementado sistemas de saúde adequados a suas populações. As estratégias recentes de expansão de cobertura nos moldes de atenção primária esbarram em fortes restrições orçamentárias dadas pelos limites da carga fiscal incidente ou passível de ser cobrada nestes países. A crise econômica e a hiperinflação corroem os orçamentos já minguados e impossibilitam a diminuição dos déficits de cobertura que se expandem a cada ano.

Ao mesmo tempo, com o processo de redemocratização em países como a Argentina, o Uruguai, o Brasil e o Chile, novos direitos sociais são incorporados na legislação, sem que sejam vislumbrados os recursos financeiros e as

reformas administrativas e estruturais para transformar tais direitos em realidade.

Apesar da retórica universalizante, o que se verifica nestes países é uma segmentação cada vez maior da atenção à saúde. O setor público mal consegue cobrir os segmentos mais carentes da população, com uma atenção médica deficiente e castigada pelo corporativismo dos profissionais, pelos baixos salários pagos no setor e pela falta de material e medicamentos.

Os segmentos formais do mercado de trabalho, a depender de sua renda e do seu grau de inserção em categorias sindicalmente mais bem organizadas ou em empresas de grande porte, podem usufruir de uma atenção médica marcada por uma melhor qualidade de atendimento, através das empresas de medicina de grupo, das instituições de seguro-saúde ou dos serviços médicos próprios das empresas ou sindicatos. Os segmentos de alta renda podem desfrutar dos planos de saúde contratados junto às empresas médicas ou comprar serviços de melhor qualidade pagando do seu próprio bolso.

Assim, o modelo de atenção médica de muitos países latino-americanos nasceu nos marcos do previdencialismo alemão, tentou chegar ao universalismo inglês ou italiano, mas a realidade da crise faz com que ele seja cada vez mais americano, dado que as modalidades assistenciais que mais crescem são aquelas associadas aos seguros privados.

O que diferencia é que o Seguro Privado cobre, nos Estados Unidos, cerca de 66% da população do país, enquanto que em países como o Brasil, a soma de todas as modalidades privadas de atenção médica não chega a atender 23% da população brasileira, com uma qualidade duvidosa em termos de atendimento médico.[4]

Logicamente que ao se analisar o gasto com saúde nos países latino-americanos, o que espanta não é apenas sua pequena dimensão, mas também sua má alocação.

Estudos recentes [Marques (1989)] mostram que, em função das necessidades de se reduzirem os efeitos da expansão do gasto público na crise econômica, tendo como pretexto o combate à inflação, muitos países, em alguns casos pressionados por organismos internacionais, passaram a usar medidas de *cost containment*, como parece ser o caso de:

a) Taxas Moderadoras: São utilizadas para reduzir a demanda por serviços de saúde. Consistem na cobrança de uma taxa ou no estabelecimento de um desconto a ser auferido pelo paciente na utilização de um dado serviço de saúde custeado pelo Estado. Países como a Bolívia, Colômbia, Chile, República Dominicana, El Salvador, Guatemala, Honduras, Jamaica, México e Panamá têm utilizado tal procedimento.

[4] A empresa TTF&C, em pesquisa realizada para a revista *Veja*, estimou em 32 milhões a clientela específica do setor privado de atendimento médico no Brasil para o ano de 1989 dividindo-se este valor pela estimativa de população para 1989 de 140,3 milhões de pessoas, calculada pela Fundação Seade.

Alguns autores [Campos (1986)] defendem que tais medidas seriam ineficazes, quando o objetivo é reduzir o consumo por serviços ou até mesmo os custos, dado que as deficiências do sistema não estão no excesso de demanda, mas sim na má alocação interna dos recursos e no sistema de financiamento.

No caso de países latino-americanos, onde os serviços públicos de saúde são de baixa qualidade, seria ineficaz a cobrança destas taxas como forma de reduzir o consumo. Isto porque, em primeira instância, não existe problema de "sobreconsumo" de serviços por parte das classes de baixa renda e sim escassez de oferta. Em segunda instância, porque os segmentos de média e alta renda, que poderiam ser o alvo de tais taxas, pouco utilizam os serviços públicos e quando o fazem, sua utilização se concentra nos serviços de alta tecnologia oferecidos pelo Estado. Tais segmentos utilizam no cotidiano os mecanismos de seguro saúde ou o desembolso direto como forma de acesso à assistência médica.

b) Controle da Quantidade de Insumo do Setor, tais como:
– controle da oferta de pessoal (Canadá, Costa Rica, Jamaica e Panamá);
– controle na operação do orçamento (Canadá e Equador);
– controle na aquisição de equipamentos (Canadá e Estados Unidos);
– controle na construção de novas unidades ou expansão das já existentes (Canadá e Estados Unidos);
– controle da oferta de médicos (Canadá, México e Uruguai).

c) Controle da Quantidade de Produtos do Setor, tais como:
– estabelecimento de cotas de paciente por hospital contratado (Brasil);
– estabelecimento de controle no uso de medicamentos (Argentina).

d) Controle no Preço dos Insumos, tais como:
– preço de equipamentos (Brasil);
– preço dos medicamentos (Brasil, Canadá, Colômbia, Equador, Honduras e Peru).

e) Controle no Preço dos Produtos:
– tabelas de pagamento por serviços (Argentina, Canadá, Chile e Estados Unidos);
– tabelas de pagamento por tratamento (Brasil e Estados Unidos);
– pagamentos por captação (Argentina, Brasil, Costa Rica, Estados Unidos e Uruguai);
– orçamento global prospectivo (Canadá).

f) Outras Regras:
– lista de medicamentos (Canadá, Colômbia, Panamá e Peru);
– procedimentos de alta tecnologia (Brasil e Uruguai);
– contratação de serviços privados para atividades especiais (Chile e Jamaica);
– coordenação e unificação dos serviços (Argentina, Brasil, Canadá, Costa Rica, Nicarágua e Panamá).

Tais medidas de controle, no caso dos países latino-americanos, podem até melhorar a eficiência, mas não cobrem o déficit de cobertura dos sistemas de saúde nestes países.

Dadas essas circunstâncias, como ser frugal sem fazer com que os recursos sejam insfucientes frente às necessidades básicas de saúde da população?

Ao que parece, existe um grande espaço de "duplicação de esforços" no que diz respeito ao atendimento médico nos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento. Esta duplicação é dada pelo fato de que boa parte do setor formal do mercado de trabalho é protegida pelos sistemas universais retoricamente existentes e simultaneamente pelos sistemas próprios de empresa. Quanto maior a renda destes segmentos, maior o grau de dupla proteção. Obviamente que nestas circunstâncias a utilização de taxas moderadas pouco ou nada iria adiantar para reduzir a demanda destes segmentos nos serviços públicos, a não ser nos procedimentos de alto custo que em geral não são cobertos pelos planos de saúde e sim pelo próprio setor público. Só que neste caso não caberia a cobrança de taxas moderadoras, dado que a própria hierarquia e a rede de triagem existente já impõem um controle natural ao uso de tais serviços.

No caso do Brasil, a continuidade da estratégia de descentralização posta em marcha pelo Sistema Único de Saúde, balizada por um aumento dos recursos e pela sua melhor distribuição regional, acoplada a reformas que garantam uma efetiva modernização dos sistemas gerenciais, poderão resolver boa parte dos problemas e transmitir maior flexibilidade de ajuste dos recursos para a saúde às condições regionais, bem como maior visibilidade na aplicação dos mesmos.

O uso de técnicas como os DRG e sua aplicação no controle dos custos da rede pública poderá trazer grandes surpresas na redução de custos dos sistemas hospitalares que, até hoje, não contabilizam os gastos com sua rede própria. O pouco caso com os recursos gastos pelo setor público e com os custos desses serviços impossibilita a existência de qualquer padrão de eficiência e inviabiliza até mesmo a utilização de mecanismos como as "taxas moderadoras", pois como estabelecer uma taxa sobre o preço de um serviço cujo custo é desconhecido?

Experiências recentes, como a vivida pela própria Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo,[6] mostram que o esforço de racionalização potencializa em larga medida a utilização mais eficiente dos recursos, dado que grande parte das perdas estão ainda associadas ao clientelismo, à corrupção, ao paralelismo e à duplicação de esforços no uso dos recursos públicos.

Acredita-se que os países em desenvolvimento ainda têm muito a ganhar com as chamadas medidas convencionais de controle dos recursos. Mas não

[6] Sobre este ponto, ver o documento da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, "Uma Revolução na Área de Saúde", onde foram definidas novas estratégias de organização como base para a implantação do SUDS-SP.

é apenas com tais medidas que poderão ser resolvidos os graves problemas de cobertura que ainda dependem de uma efetiva expansão do gasto em saúde. Caso não seja possível tal expansão a médio e longo prazos, a prioridade da rede de serviços deve estar voltada para os segmentos mais carentes, não através de uma medicina de baixa qualidade, mas de meios que possibilitem uma adequada solução para o quadro de morbidade dessa população. Para tal, no entanto, é necessário aumentar os níveis de investimento do setor público em saúde, especialmente no segmento hospitalar, cuja capacidade instalada deteriorou-se ou pouco se expandiu ao longo dos anos de crise.

BIBLIOGRAFIA

BLUMENTHAL, David. Right turns, wrong turns and roads untaken: the discretionary federal health. In: *Health care: how to improve it and pay for it*. Center of National Policy, Washington, D.C., p. 59-71, April 1985.

BOYER, Robert (org.) *et alii*. *La flexibilité du travail en Europe*. Paris, Editions La Découverte, 1985.

CAMPOS, A. Correia. *Taxas moderadoras: dissuasão e restrição: crise da solidariedade ou crise do sistema de financiamento*. Lisboa, 1986, 19p. mimeo.

DAVIS, Karen. Access to health care: a matter of fairness. In: *Health care: how to improve it and pay for it*. Washington, D.C., Center of National Policy, p. 45-57, April 1985.

ESTAUGH, Steven R. *Financing health care: economic efficiency and equity*. Dover, Auburn House Publishing Company, Mass. 1987.

ETHEREDGE, Lynn. Health money and politics in the mid-1980's. In: *Health care: how to improve it and pay for it*. Washington, D.C., Center of National Policy, p. 11-18, April 1985.

FREEMAN, J. L. *et alii*. Development and adaptation of a hospital cost and budgeting model for cross-national use. In: *Journal of Managment in Medicine*, v.1, n. 1. p. 38-57, June, 1986.

GOUGH, Iam. *The political economy of welfare state*. London, The Macmillan Press, 1979.

MAGDOFF, Harry, SWEEZY, Paul M. *O fim da prosperidade: a economia americana na década de setenta*. Rio de Janeiro, Campus, 1978.

MARMOR, Theodore R., DUNHAN, Andrew. The politics of health policy reform: problems, origins, alternatives and a possible prescription. In: *Health care: how to improve it and pay for it*. Washington, D.C., Center for National Policy, p. 33-44, April 1985.

MARQUEZ, Patricio V. *Cost control in health: an overview of country experiences in the Americas*. Washington, D.C., World Bank, 1989, 27p., mimeo.

MEDICI, André Cezar. *Saúde e crise da modernidade: caminhos, fronteiras e horizontes*. IEI/UFRJ, jul. 1989, mimeo.

REYNOLDS, Jack, GASPARI, K. Celeste. *Analisis de costo-efectividad*. Maryland, Ed. Pricor, Dec. 1986.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE SÃO PAULO. *Uma revolução na área da saúde*. São Paulo, Governo do Estado de São Paulo, 1988, 118p.

WAGNER, Judith L. DRG's and other payment groupings: the impact on medical practice and technology. In: *The health policy agenda: some critical questions*. American Enterprise Institue for Public Research, 1985.

Um

O trabalho anali
partir da perspectiv
perspectiva, examin
banas. A análise se
quais, pela sua mag
ma compreensivo d
formação e impleme
Brasil têm-se amplia
montante dos empré
dessas intervenções.

A TRA
DO REFO

A primeira
(1968/81
temente voltada
mente de transpo
mos nos países c
passa a assumir a
za em escala mu
dos no próprio t
de desenvolvime
ra a industrializa
volvimento socia
mann (1980) den

* Uma versão ant
velopment Experience
1989.
** Os autores agr
Foundation pelo apoio