

Aspectos Teóricos e Conceituais do Financiamento das Políticas de Saúde*

André Cezar Medici **

II.1 - Introdução

O financiamento das políticas de saúde tem-se destacado como matéria relevante do ponto de vista econômico há pouco tempo. Até a década de 30, as funções do Estado eram relativamente pequenas e a questão do financiamento da saúde ocupava, em geral, o capítulo das ações de saneamento e combate a endemias. Os mecanismos de assistência médica, que em geral consomem a maior parte do gastos com saúde, não estavam propriamente no aparelho do Estado, na medida em que eram financiados pelos próprios consumidores de serviços de saúde, por instituições filantrópicas ou por fundos de previdência social, formados por contribuições de empresas, trabalhadores e, em menor proporção, por recursos públicos.

As estruturas de assistência médica passam a fazer parte das atribuições financeiras do Estado somente após a II Guerra Mundial, quando a política social deixa de ser calcada no universo do trabalho para se tornar universal, isto é, estendida a todos enquanto atributo da cidadania. É a partir dos anos 50 e 60 que os gastos públicos com saúde passam a crescer em largas proporções, especialmente no conjunto das economias desenvolvidas. Dados da OCDE mostram que os gastos com saúde dos países-membros, por volta de 1960, situavam-se entre 2% e 5% do PIB,

* O autor agradece a valiosa colaboração de Kaizô Iwakami Beltrão na discussão do item II.5 deste capítulo.

** Da Fundap/IESP e da Associação Brasileira de Economia da Saúde.

enquanto que em fins dos anos 80 passaram a representar algo entre 6% e 12% do PIB. Assim, é somente quando os gastos com saúde assumem largas proporções do orçamento público nos países centrais que a questão do financiamento da saúde começa a preocupar o imaginário dos economistas e *policy makers* associados ao setor.

Mesmo assim, pode-se dizer que o pensamento econômico relacionado à dinâmica das finanças públicas tem sido de grande importância para a determinação das formas de financiamento das políticas sociais e, particularmente, da saúde, seja no sentido da busca de bases fiscais adequadas ao financiamento dessas políticas, seja no sentido de determinar os parâmetros para a elaboração do orçamento e as atividades que cabem efetivamente ao Estado nesse campo.

Dessa forma, os itens II.2 e II.3 procurarão resgatar, ainda que de forma sucinta, a evolução do pensamento econômico associado à questão do financiamento das políticas sociais e, em especial, de saúde. Pretende-se que essa discussão possa embasar a parte seguinte, que irá descrever a questão dos modelos de financiamento das políticas de saúde.

Tais modelos, no entanto, não são somente frutos da criatividade dos economistas, na medida em que se referem a realidades concretas relacionadas aos gastos com saúde. É nesse sentido que o item II.5 irá tecer algumas hipóteses explicativas sobre a relação entre gastos e níveis de saúde, no sentido macroeconômico.

Procurar-se-á, no item posterior, descrever alguns dos principais motivos associados ao crescimento dos gastos com saúde no mundo e também nos países em desenvolvimento. O crescimento real das despesas com saúde é a chave pela qual se explica a importância crescente que vem sendo atribuída à economia da saúde enquanto disciplina requisitada pelos governos como forma de tornar mais racional a relação custo/benefício do setor. No entanto, nem sempre o crescimento dos gastos com saúde deve ser encarado como um fator associado ao desperdício. Na verdade, para melhorar os níveis de saúde da população foi necessário um grande esforço tecnológico e de mobilização social, que seguramente se reflete nesse aumento dos níveis de gastos com saúde.

Mas a questão da racionalização dos gastos está na ordem do dia. Sendo assim, é necessário mapear quais as distintas formas que vêm sendo pensadas para impor maior racionalidade às despesas com saúde, des-

crevendo suas vantagens, desvantagens e o contexto específico no qual se aplicam.

Dadas essas considerações, o objetivo do último item é mapear algumas das principais tendências econômicas que se encontram na base da evolução dos sistemas de saúde ao nível mundial e de seu financiamento. Nesse particular, cabe perguntar se o caminho a ser traçado pelos países em desenvolvimento constitui apenas um “repeteco” das trilhas percorridas pelos países desenvolvidos. Nestes países, com raras exceções, as preocupações com a eficiência e a qualidade foram posteriores ao alcance de níveis universais de cobertura. Exceção pode ser feita ao caso norte-americano, em que o presidente Bill Clinton se propõe a realizar a façanha de reduzir custos e racionalizar um sistema de saúde que gasta US\$ 780 bilhões por ano e, simultaneamente, universalizar a cobertura de assistência médica, o que significa incorporar 35 milhões de pessoas excluídas.

Seja como for, haverá um atalho para a equidade nos países em desenvolvimento quanto às políticas de saúde? Como esse atalho pode ser traduzido em termos de mecanismos de financiamento? A política de saúde e a adequação de seu financiamento são independentes dos níveis de desenvolvimento alcançados ou são uma decorrência desses níveis? Embora essas perguntas não tenham respostas categóricas, espera-se que este capítulo propicie ferramentas para uma reflexão mais adequada sobre o assunto.

II.2 - Finanças Públicas, Políticas Sociais e Saúde

A questão das finanças públicas é uma velha preocupação dos economistas. Desde o seu nascimento, a economia política procura dar um tratamento aos problemas relacionados à tributação e ao uso governamental dos recursos arrecadados com impostos. Mas, apesar da antiguidade do tema na agenda dos economistas, sua abordagem tem sido feita, na maioria dos casos, de forma instrumental e pouco analítica.

Em grande medida, pode-se afirmar que a instrumentalidade do tratamento da questão fiscal pelos economistas está umbilicalmente ligada à concepção do Estado e das suas funções na longa trajetória do pensamento econômico; que nem sempre pode ser encontrada de forma explícita.

Remontando ao berço da ciência econômica — a fisiocracia —, nota-se presente a concepção do *Estado mínimo*. A função do aparelho de Estado deveria ser a de desobstruir os canais que obstaculizavam maior acumulação de capital por parte do único setor produtivo: a agricultura.¹ Esta concepção minimalista do Estado poderia se constituir num aparente paradoxo, quando se observam as condições históricas em que foram produzidas. Tratava-se do Estado absolutista francês que, por definição, era autoritário e centralizador em suas funções, além de caracterizado pela existência de grande volume de gastos suntuosos e improdutos por parte da nobreza e da burocracia estatal.

O que se observa, portanto, é que no seio do Estado absolutista, a fisiocracia representa o embrião da concepção liberal de Estado, que pode ser sintetizada em três postulados:

1. na melhor das hipóteses, a carga tributária nunca deve aumentar sua participação no produto nacional;
2. os impostos devem incidir sobre os lucros e nunca sobre os salários ou sobre os bens de consumo essenciais; e
3. uma carga tributária excessiva é prejudicial ao crescimento da economia e sua aplicação continuada pode trazer a queda do produto e, em conseqüência, a redução futura da arrecadação do próprio Estado.

Por outro lado, as despesas públicas, na visão fisiocrática, deveriam estar voltadas para a ampliação da riqueza da economia. A prosperidade de um reino, enquanto prioridade máxima, exigia a existência de gastos públicos, principalmente os destinados à manutenção da infra-estrutura comercial interna, à melhoria das relações com o exterior e das condições das estradas e vias de escoamento dos produtos. A poupança pública — representada pelos cofres abarrotados de ouro —, herança da concepção metalista do mercantilismo, não interessava ao pragmatismo do crescimento da riqueza expresso no pensamento fisiocrático. Mas isso não significa que gastos suntuosos, improdutos e supérfluos (denominados abusos) devessem ser estimulados. Ao contrário, sua existência

¹ Ver Quesnay (1974, p. 125-132).

era nefasta, pois representava perdas de recursos públicos que poderiam ser utilizados no sentido do crescimento da riqueza nacional.

A concepção do Estado liberal embutida no pensamento fisiocrático trazia duas implicações básicas no campo das finanças públicas. Pelo lado das despesas, o papel instrumental do Estado de ampliar a escala de crescimento da riqueza restringia suas funções à esfera normativa da economia. Não havia espaços para as chamadas "políticas sociais"; conseqüentemente, "gastos sociais do Estado" deveriam ser sempre evitados, quando não substituídos por políticas que promovessem o crescimento da renda real daqueles que produzem, especialmente dos arrendatários e trabalhadores agrícolas — os colonos.² Tendo estes renda suficiente, poderiam gozar de uma alimentação adequada, pagar pelos cuidados à saúde e melhorar suas condições de vida no campo.

O que muda nos conceitos e na análise das finanças públicas na passagem da fisiocracia para a economia política clássica, especialmente no que se refere à política social? Em primeira instância, a própria concepção de Estado. Apesar de inspirada na filosofia do individualismo possessivo de Locke — a base do liberalismo e do não-intervencionismo estatal —, a economia política clássica tem a consciência de que o Estado, mesmo que impotente frente à "mão invisível" da ordem natural, era muito mais complexo do que aparentava ser na concepção cândida do pensamento fisiocrático.

Adam Smith dedica todo o "livro quinto" de sua obra máxima,³ publicada pela primeira vez em 1776, à análise descritiva das finanças públicas. Procura compreender a complexidade dos gastos de um reino ou de uma república, decompondo-os segundo as funções que deveriam ser assumidas pelo Estado: defesa, justiça, obras públicas, instituições públicas des-

² Segundo Quesnay, os colonos "son quienes arriendan y aprovechan los bienes de los campos y, además, quienes proporcionan los recursos y riquezas mas esenciales para el mantenimiento del Estado. Por tanto, el empleo del colono es un tema de gran importancia para el reino y se hace acreedor de la mayor atención por parte del gobierno." *In*: Quesnay (1974b).

³ Smith (1958, ver especial "libro quinto — De los ingresos del Soberano o de la República", p. 614-843).

tinadas a facilitar o comércio (estradas, canais, portos, companhias de navegação e comércio), instituições públicas voltadas para a educação dos jovens e gastos com instrução de pessoas de todas as idades.

A análise empreendida por Smith quanto à natureza destes gastos procura resgatar características históricas relativas à sua manifestação em distintas sociedades, da antiguidade à sua época. Neste particular, Smith parece ser contrário a uma excessiva carga fiscal (aliás, como manda o bom figurino da administração liberal) e critica duramente a gestão das finanças públicas inglesas. Faz restrições aos impostos sobre transportes (pedágios) que acabam por reduzir o ritmo e a intensidade do comércio; sugere a descentralização da gestão fiscal, de forma que as obras públicas de cada localidade sejam custeadas com ingressos locais; descreve os privilégios governamentais concedidos a algumas atividades econômicas, como as empresas de navegação, criando situações de ineficiência.

A preocupação de Adam Smith com os gastos sociais fica expressa nas partes em que trata da questão da educação. Apesar de constatar que na maioria dos países a educação gratuita tem sido custeada por fundos públicos e filantrópicos, defende que em alguns casos a educação regida pela iniciativa privada tem sido mais eficiente do que aquela custeada e administrada pelos fundos públicos. No entanto, continua a advogar a educação pública gratuita para os pobres e a privada e remunerada para os ricos. Nada no entanto é dito sobre as políticas de saúde, embora, por razões humanitárias, elas devam ser providas para aqueles que não podem pagar, numa perspectiva assistencialista.

Em linhas gerais, a concepção liberal de gastos sociais de Adam Smith é absolutamente contrária aos excessos do "assistencialismo" expresso nas *poor laws*, embora aceite que algum grau de assistencialismo aos pobres deva existir, particularmente quando este assistencialismo promove o progresso social da nação, como é o caso das políticas educacionais que aumentam o grau de habilidade e produtividade da classe trabalhadora.

Smith define alguns princípios de política fiscal necessários ao funcionamento adequado da estrutura de arrecadação governamental:

- O imposto deve ser fixado de forma clara e definida. A existência de arbitrariedades ou a ausência de clareza levam inevitavelmente

à sonegação, à corrupção e, conseqüentemente, à perda de arrecadação.

- O imposto deve ser fixado de forma justa e equânime, ou seja, os cidadãos devem contribuir na proporção das rendas de que desfrutam (princípio da progressividade da carga fiscal).
- A forma de pagamento do imposto deve ser a mais cômoda possível para o contribuinte.
- Os gastos governamentais com a arrecadação devem ser os menores possíveis, para evitar perdas exageradas derivadas da ineficiência da máquina de arrecadação.

As visões de Malthus e Ricardo, cada uma a seu estilo, não divergem substancialmente das de Adam Smith. Malthus, por uma questão associada à ética capitalista, dedicou boa parte de sua obra à crítica do caráter assistencial da ação do Estado, princípio também aceito por Ricardo, que, além desse assunto, dedicou-se ao aprofundamento da descrição e análise taxonômica dos impostos.

Ao longo do século XIX cresceu e se aperfeiçoou um credo liberal sobre a natureza do Estado e de seu papel na economia e na sociedade. Stuart Mill procurou sistematizar a postura clássica a respeito da questão das finanças públicas. Retomando temas tocados por seus antecessores, Stuart Mill é o responsável pela cunhagem dos termos *impostos diretos* e *impostos indiretos*, até hoje utilizados corriqueiramente nos manuais de finanças públicas e agências governamentais. Mas a obra de Stuart Mill vai além da questão tributária. Ele pode ser considerado o principal precursor da visão liberal do Estado, ao definir claramente as funções do governo, seus efeitos econômicos e os fundamentos e princípios do *Laissez-faire* e da não-intervenção.

Outros importantes economistas não deram tanta importância assim à questão tributária. Walrás limitou-se ao tratamento da questão fiscal num pequeno capítulo de dez páginas de seu *Compêndio de Elementos de Economia Política Pura*, buscando quantificar o efeito dos impostos sobre o aumento dos custos e os níveis de preços. Marshall, em seus *Princípios de Economia*, examinou a questão fiscal num pequeno apêndice em que trata da incidência de impostos sobre a renda rural e urbana.

No interior da teoria econômica neoclássica, duas grandes contribuições foram dadas por Pigou e Wickssel. Este último introduziu a problemática da liberdade individual, ao questionar a compulsoriedade do pagamento de impostos. Uma vez que a vontade individual deve ser respeitada, as regras básicas para as decisões orçamentárias devem ser "unanimidade" e "ação voluntária". Como a unanimidade é impossível numa sociedade democrática, marcada pelo pluralismo, o autor passou a defender o princípio da "unanimidade aproximada", que se baseia na vontade da maioria. Wickssel aprofundou também os estudos sobre carga fiscal e distribuição de renda, enfatizando a quase impossibilidade de estabelecer princípios fiscais "justos" numa sociedade caracterizada por uma distribuição injusta da renda.

Apesar das contribuições dos clássicos e dos primeiros neoclássicos, pouco se avançou até então no terreno da análise das despesas e, em particular, das despesas com políticas sociais. Também pouco havia sido escrito sobre a repercussão dos gastos governamentais na dinâmica da economia. As análises até então existentes prendiam-se ao papel dos impostos na formação dos preços (teoria do consumidor) ou nas teorias normativas da determinação orçamentária.

As mudanças na natureza dos estados nacionais a partir dos anos 30 e seus efeitos no campo do planejamento, da sustentação da renda e da demanda efetiva e no aumento das funções produtivas e sociais foram acompanhadas por novas teorias econômicas, destacando-se as contidas nas obras de John Maynard Keynes. O crescimento das funções do Estado, para Keynes, estava associado à necessidade de separação entre os serviços tecnicamente individuais e os tecnicamente sociais. Os últimos passam a ser função do Estado, na medida em que nenhum setor empresarial se dispõe a fazê-los.

Dois pontos devem ser destacados a partir dos mecanismos macroeconômicos propostos por Keynes. O primeiro é que um relativo, porém durável, crescimento da economia poderia advir da combinação adequada de políticas monetárias e fiscais, descartando dessa forma os postulados ingênuos de gestão da moeda formulados pelos monetaristas. O segundo é o crescimento dos estudos a respeito da repercussão da política orçamentária sobre o funcionamento da economia, dado o fato de que as práticas governamentais levaram ao estabelecimento de novos conceitos de política fiscal e de políticas compensatórias. A política orçamentária as-

sociada ao planejamento instala-se como centro do mecanismo econômico.

Entre os anos 30 e a primeira metade dos anos 70, com algumas exceções, a prática dos governos nos países centrais foi representada pelos postulados da teoria keynesiana. Foi neste período que as despesas públicas com políticas sociais e políticas de saúde cresceram fortemente no orçamento público dos governos dos países centrais. Os compromissos com a universalização destas políticas fizeram com que elas passassem a representar substanciais parcelas dos gastos públicos, providas por impostos gerais ou contribuições sociais específicas sobre a folha de salários de empregados e empregadores.

Com a crise fiscal que surge no contexto dos países centrais a partir de 1973, começam a ser criticadas as práticas keynesianas que originaram a expansão dos gastos públicos. A crise do keynesianismo foi o estopim da onda neoconservadora que se alastrou na teoria econômica e na política dos países centrais ao longo dos anos 70 e 80, trazendo como consequência cortes nos gastos governamentais, especialmente nos de programas sociais.

As restrições aos gastos públicos, constantes nas práticas dos governos conservadores, não trouxeram, no entanto, restrições à magnitude dos gastos com políticas sociais nos países centrais. Embora venham mudando a natureza e as fontes de financiamento, os gastos com saúde seguem crescendo, como resultado de fortes pressões de custo que se originam por problemas de cobertura de natureza demográfica, tecnológica e gerencial.

II.3 - Formas de Financiamento dos Gastos com Saúde

As formas de financiamento dos gastos sociais são derivações da fusão de idéias econômicas com políticas fiscais implementadas em cada governo. Boa parte das concepções sobre finanças públicas — desde Quesnay até os pós-keynesianos e adeptos da teoria das expectativas racionais — encontram-se presentes nas atuais práticas de ordenamento dos gastos públicos. As concepções e práticas sobre financiamento das políticas sociais, no entanto, são historicamente determinadas, isto é, devem ser entendidas à luz de *cada espaço em cada tempo específico*.

As finanças públicas, expressas nas práticas tributárias e na elaboração do orçamento, podem ser sintetizadas no uso de instrumentos fiscais para: a) assegurar ajustamentos na alocação de recursos; b) conseguir ajustamentos na distribuição da renda, da riqueza ou dos seus efeitos indiretos, como é o caso do acesso às políticas sociais; e c) garantir a estabilização econômica. Muitas vezes esses três objetivos são incompatíveis, de acordo com o modelo teórico que se encontra por trás da elaboração do orçamento. Ajustamentos na distribuição de renda podem exigir volume de gastos fiscais exagerados frente às estratégias de estabilização econômica propostas pelos economistas conservadores, por exemplo.

Os diversos usos dos instrumentos fiscais dependem, do ponto de vista da receita, de aumentos, reduções ou rearranjos da carga tributária. Do ponto de vista da despesa dependem, basicamente, do conhecimento das prioridades sociais, da vontade política do governo em atendê-las, da capacidade de arrecadação de impostos e da diversidade das bases fiscais da nação.

Ao elaborar um orçamento, os poderes Executivo e Legislativo deverão estar conscientes da relevância das prioridades definidas, refletida na disposição social de financiá-las com impostos e contribuições sociais. Quando não há transparência sobre as prioridades contidas no orçamento, ou quando estas prioridades não refletem o interesse da nação, haverá sempre a possibilidade de aumentar o grau de sonegação de impostos, mesmo quando o governo detém uma boa máquina de fiscalização e arrecadação. Quando os interesses da nação não são claros e expressam conflitos, caberá ao governo conduzir um processo de negociação social no qual estes conflitos se tornem explícitos. A busca de solidariedade coletiva em torno do bem-estar social, pela construção do consenso ou hegemonia, deve ser um dos papéis do governo.

A vontade política do governo de atender a prioridades definidas socialmente também é importante na definição do grau de arrecadação fiscal. Se o governo não expressa essa vontade política, tende a perder credibilidade pública e, com isso, o potencial de arrecadação tende a cair e a sonegação deverá aumentar.

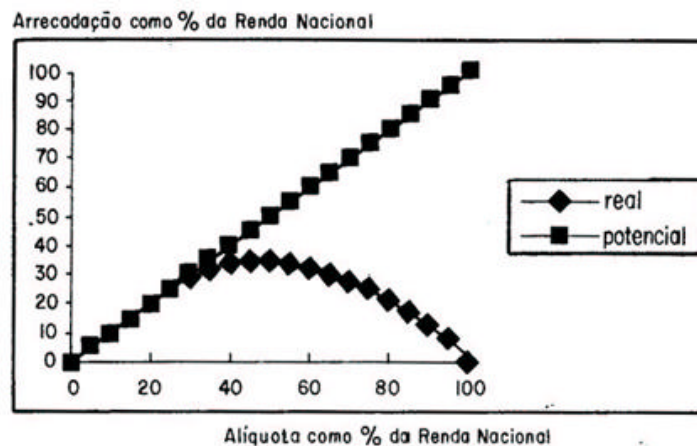
Outro fator limitante é a capacidade de arrecadação. É lógico que existe um limite, em termos de proporcionalidade da renda, além do qual a so-

cidade não aceita pagar impostos. Esse limite, no entanto, varia de país para país, em função de aspectos culturais, da credibilidade da máquina pública, do retorno social dos recursos arrecadados pelo Estado, etc.

Todos esses fatores podem ser sintetizados pelo comportamento de uma Curva de Laffer. Esta curva expressa, no eixo vertical, a massa total de arrecadação de impostos de um determinado país enquanto proporção da renda nacional e, no eixo horizontal, a alíquota tributária global, entendida como o somatório de todos os impostos, como proporção da renda nacional. A Figura 1 expressa essa relação.

O ponto onde a arrecadação real começa a se distanciar da potencial representa o início da perda de arrecadação decorrente dos fatores assinalados (credibilidade pública, fatores culturais, nível de renda da população, etc.). As duas curvas começam a se distanciar cada vez mais até que cada aumento de alíquota corresponderá a um decréscimo absoluto de arrecadação real. Desta forma, se a alíquota de impostos for zero ou 100%, a arrecadação será sempre zero, dado que, neste último caso, haverá uma incompatibilidade absoluta da população em pagar qualquer centavo de imposto.

FIGURA 1
Curva de Laffer



Por fim, quanto mais diversificadas forem as bases fiscais de uma nação, maior será sua flexibilidade fiscal, ou seja, maior o grau de liberdade

do Estado para financiar políticas de interesse geral. No entanto, quanto maiores forem a riqueza e a integração sistêmica de uma economia, maior tenderá a ser a diversidade de suas bases fiscais. Estas podem ser classificadas de duas formas: bases diretas ou bases indiretas.

II.3.1 - Bases diretas de tributação

As bases diretas de tributação representam fluxos (renda) e estoques (propriedade, capital, etc.) de riqueza recebidos e mantidos pelos agentes econômicos. Estas bases dão origem aos chamados impostos diretos, como é o caso do imposto de renda, do imposto sobre heranças, etc. Em geral, costumam apresentar algumas vantagens. Tendem a ser menos regressivas, na medida em que pode ser estabelecida uma relação direta entre renda/estoque patrimonial e magnitude da alíquota. Não são inflacionárias, dada a dificuldade de repassá-las aos preços. No entanto, os impostos diretos, especialmente o imposto de renda, apresentam alguns problemas, como a dificuldade de tributar as atividades do mercado informal. Quanto maior o grau de informalidade, maior tenderá a ser a sonegação no campo dos impostos diretos.

Utilizar uma base direta para financiar despesas vinculadas à saúde não tem sido uma solução convencional ao nível das receitas públicas. Por exemplo, se é definido que $x\%$ do imposto de renda vai para a saúde, ou se $y\%$ do imposto de transmissão de bens imóveis terá o mesmo destino, haveria a vantagem de utilizar uma fonte progressiva para financiar uma política cujo acesso, pelo lado da renda, se distribui regressivamente. Assim, as bases diretas são, do ponto de vista da equidade, perfeitas para o financiamento da saúde, tendo em vista que se complementam do ponto de vista da simetria social.

Porém, poucos governos têm usado impostos diretos para financiar exclusivamente ou vinculadamente políticas de saúde, pois preferem manter tal fonte para fazer frente a sua liberdade e flexibilidade alocativa, isto é, utilizar tais recursos para cobrir suas prioridades temporais a cada momento.

No entanto, ao nível dos subsídios, existe sempre a possibilidade de uso da lógica das bases diretas para o financiamento da saúde. Um subsídio à demanda, isto é, a transferência de valores aos indivíduos de baixa renda com a finalidade de que tais recursos estejam vinculados aos gastos com saúde, pode ser uma boa forma de acesso para aqueles que não

conseguem pagar por serviços de saúde em determinados contextos onde estes serviços são adquiridos em condições de mercado. Muitos têm criticado, no entanto, o fato de que subsídios à demanda podem ser transformados em *moedas podres*, isto é, podem ser negociados num mercado paralelo por valores abaixo do custo que representam para o Estado. Em outras palavras, um indivíduo poderia repassar seu subsídio a outro e receber um valor monetário inferior pela operação.

Tal fato não é uma verdade absoluta. Existem condições que podem tornar o uso de subsídios à demanda em boa política de acesso aos serviços de saúde. A primeira delas é vincular o subsídio ao indivíduo, de forma impessoal e intransferível, com um bom sistema de fiscalização estatal relacionado ao seu uso. A outra é torná-lo universal. Na medida em que todos passassem a ter direito ao subsídio, para a população este deixaria de ser um bem econômico e passaria a ser um bem livre. Dessa forma, não teria preço no mercado. Esta situação corresponderia a casos particulares do uso de *vouchers* em estratégias de *management competition*, como será visto mais adiante.

De modo análogo, pode-se dizer que um mau uso dos subsídios diretos no consumo de serviços de saúde tem sido a possibilidade de descontar, sem teto, serviços de saúde do imposto de renda da pessoa física, como acontece na legislação de imposto de renda no Brasil. Esse mecanismo, como se deduz, é altamente regressivo, isto é, tende a beneficiar as populações mais ricas, que na prática são as que pagam proporcionalmente mais imposto de renda. Assim, o subsídio representaria substancial redução de arrecadação e, portanto, a perda de capacidade de o Estado usar tais recursos com políticas redistributivas.

II.3.2 - Bases indiretas de tributação

As bases indiretas de tributação e os impostos decorrentes (impostos indiretos) são aquelas que incidem sobre a produção, circulação e consumo de mercadorias. Estas bases costumam ser mais regressivas, dada a dificuldade sempre existente de diferenciar grupos sociais a partir de níveis de consumo. Pode-se até mesmo definir uma cesta básica e não cobrar impostos sobre os produtos que a compõem, mas tal fato poderá reduzir substancialmente a carga fiscal, especialmente em países em que os níveis de renda ou produção são muito baixos. É também mais fácil

repassar as bases indiretas de tributação aos preços, particularmente em economias em que o grau de monopólio é elevado.

De modo análogo, o governo poderá utilizar-se de subsídios indiretos, isto é, propiciar reduções de preços ao consumidor, financiando parte da produção dos bens e serviços que considerar de interesse social, para reduzir o grau de regressividade da estrutura fiscal.

Pode-se dizer que a fiscalização dos impostos indiretos também é difícil quando o volume de produção e circulação informal de mercadorias é muito alto. Nestes casos a evasão pode ser elevada. Mesmo assim, as novas formas de organização da produção, baseadas na queda do assalariamento formal, no aumento da mão-de-obra temporária e na terceirização das atividades econômicas, permitem explorar a hipótese de que os impostos indiretos poderão vir a ser a principal forma de tributação, dada a queda dos impostos que diretamente incidiam sobre a renda dos assalariados. Ao nível internacional, vários países têm apontado os impostos sobre consumo, faturamento ou valor agregado como bases do futuro, frente à dificuldade de fiscalizar cada vez mais o trabalho e os fluxos de renda.

II.3.3 - Contribuições sociais

No Brasil convencionou-se chamar de contribuições sociais os impostos, taxas ou outras formas de arrecadação que são vinculadas ao uso dos recursos com políticas sociais. As contribuições sociais também podem ser diretas, quando incidem diretamente sobre os salários ou os lucros das empresas, por exemplo, ou indiretas, quando estão associadas a determinados custos de produção (folha de salários das empresas), ao faturamento (caso da Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social — Cofins) ou ao consumo (a cota de previdência incorporada nos combustíveis).

Pode-se dizer, no entanto, que o fato de haver a vinculação de um recurso a um determinado uso não é suficiente para batizar um imposto com outro nome. Se fosse assim, os impostos únicos (combustíveis, lubrificantes, telecomunicações, energia, veículos automotores, etc.) que tinham seu uso vinculado a um determinado setor deveriam ser chamados de "contribuições econômicas ou setoriais". A diferença entre uma contribuição social e um imposto, na legislação brasileira, não é sua característi-

ca tributária, mas sim meros casuísmos que fazem com que a vigência de um imposto só possa ocorrer no ano posterior à sua criação, enquanto que a contribuição social pode entrar em vigor no ano de sua promulgação. Sendo assim, trata-se muito mais de um *cacoete jurídico* do que de uma conceituação adequada e coerente. Para efeitos econômicos, portanto, contribuições sociais e impostos atuam praticamente da mesma forma.

II.4 - Modelos de Financiamento da Atenção à Saúde

Uma questão importante na perspectiva deste texto é definir as bases que devem dar suporte às políticas de saúde. Pode-se dizer que a escolha depende dos modelos e formas pelas quais irá se estruturar a atenção estatal. Uma visão resumida desses modelos pode ser vista no Quadro 1.⁴

QUADRO 1
Modelos de Financiamento da Saúde

Camadas da População	Modelo Assistencialista	Modelo Previdencialista	Modelo Universalista Unificado	Modelo Universalista Diversificado
Classes de Baixa Renda	Fontes Fiscais	Sem Recursos Definidos	Fontes Fiscais e Contribuições Sociais Gerais	Fontes Fiscais e Contribuições Sociais Gerais
Trabalhadores Formais e Classe Média	Pagamento Direto pelos Serviços	Contribuições Sociais sobre Folha de Salários	Fontes Fiscais e Contribuições Sociais Gerais	Contribuições Sociais sobre a Folha de Salários (compulsórias)
Grupos de Alta Renda	Pagamento Direto pelos Serviços	Pagamento Direto pelos Serviços	Fontes Fiscais e Contribuições Sociais Gerais	Pagamento Direto pelos Serviços, Planos Privados Especiais (voluntário)

⁴ Uma análise taxonômica dos modelos de seguridade social pode ser encontrada em Braga e Medici (1993).

II.4.1 - O modelo assistencialista

Um modelo voltado somente para a atenção à saúde das camadas de baixa renda deveria ser financiado somente com recursos fiscais, isto é, um *mix* de fontes derivadas de diversos impostos. Neste modelo, não haveria fonte vinculada de recursos, embora possa existir uma alíquota vinculada ao volume geral de impostos (10% da receita tributária total ou do orçamento fiscal, por exemplo). Em geral, os economistas repudiam tal vinculação porque torna rígido o processo de alocação de recursos e redefinição de prioridades governamentais. Vale destacar que neste modelo tanto as classes médias quanto os trabalhadores formais e os segmentos de mais alta renda deveriam buscar no mercado soluções para o financiamento de seus programas de saúde.

Os modelos assistencialistas de atenção à saúde costumam ser de maior proporção em países em que a pobreza absoluta atinge grandes contingentes da população. Sistemas assistencialistas abertos de países africanos, asiáticos ou de alguns países latino-americanos (Nicarágua e El Salvador, por exemplo) costumam contar com grande ajuda de organismos internacionais e ter suas ações voltadas para medidas preventivas e atenção primária.

Este tipo de sistema representa também o nascedouro da política de saúde dos primórdios do capitalismo, como ocorreu com a medicina social de natureza preventiva na França e Alemanha, nos séculos XVII e XVIII, ou ainda com a medicina inglesa do século XIX, esta mais voltada a tornar os pobres mais aptos para o trabalho e menos perigosos para os ricos.⁵

II.4.2 - O modelo previdencialista

Um modelo de atenção médica não universal, voltado somente para grupos especiais como os trabalhadores formais, tende a ser financiado a partir de contribuições sociais das empresas e dos trabalhadores. O uso de recursos fiscais públicos para esses grupos poderia comprometer metas de equidade. Da mesma forma, o uso de recursos dessas contri-

⁵ Ver Braga e Góes de Paula (1981).

buições sociais para os serviços de saúde da população aberta tenderia a trazer a desconfiança e até mesmo o repúdio das categorias profissionais que contribuem, acirrando seu individualismo coletivo. Mesmo assim, é comum nesses modelos haver uma participação do Estado destinada a cobrir os custos de administração desses sistemas.

Alguns institutos de saúde voltados para trabalhadores formais, no entanto, têm destinado recursos para a assistência médica à população aberta. Vale a pena fazer referência a dois desses casos. O primeiro é o do antigo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social no Brasil (Inamps), antes do advento da Constituição de 1988. Desde 1974, com o advento do chamado Programa de Pronta Ação (PPA), este Instituto tem deslocado recursos de contribuições sociais para atender a populações abertas (pessoas que não contribuem). O argumento para tal procedimento consiste no fato de que, como é alto o grau de monopólio da maioria das empresas no Brasil, o custo das contribuições sociais sobre a folha de salários é repassado para os preços dos produtos, fazendo com que a sociedade inteira (e não somente os trabalhadores formais) financie os sistemas de saúde mantidos por estes institutos.

Muitos órgãos representativos dos trabalhadores formais no Brasil têm alegado que teriam uma atenção à saúde de melhor qualidade caso todos os recursos que são arrecadados a partir das contribuições sociais sobre seus salários ou sobre a folha de salários das empresas fossem destinados para a população de segurados do Inamps. A tendência ao individualismo coletivo das categorias profissionais torna politicamente difícil o uso de contribuições sociais sobre salários como meio de promover equidade.

O outro é o caso do Instituto Mexicano de Seguridade Social (IMSS), que, desde o início dos anos 80 (governo Lopes Portillo) criou um programa de solidariedade para a população aberta (IMSS - Coordinación General de Plan Nacional de Zonas Deprimidas e Grupos Marginados — Coplamar). A diferença com o caso brasileiro reside no fato de que o governo federal mexicano destinou recursos fiscais para que o IMSS operacionalizasse este programa. Não houve, portanto, comprometimento de recursos oriundos de contribuições sociais para o financiamento da saúde da população aberta, o que foi recebido com maior adesão pelos trabalhadores formais e pela sociedade.

Outra diferenciação dos modelos previdencialistas de assistência médica diz respeito à natureza da contribuição social que o financia. Há sistemas cujo encargo é somente do trabalhador, como é o caso das contribuições sociais de 7% sobre os salários para o financiamento das *Instituciones de Salud Previsional (Isapres)* no Chile. A maioria dos sistemas tem contribuições sociais mistas, sobre o salário e sobre a folha de salários das empresas, simultaneamente. Existem ainda sistemas que são financiados por uma grande diversidade de contribuições sociais (salários, folha, lucro, faturamento e orçamento fiscal) como é o caso do sistema brasileiro pós-1988. Tal sistema, no entanto, rompeu o compromisso previdencialista e transformou-se num sistema universal.

Embora a gestão global, a regulação e a supervisão dos sistemas previdenciários sejam públicas na maioria dos países, a prestação dos serviços pode ser pública, privada ou mista. Os sistemas mistos tendem a ser os mais frequentes, dado que a rápida expansão da cobertura desses sistemas fez com que a compra de serviços fosse uma opção para fazer face ao crescimento da demanda. A lógica previdencialista repousa, portanto, em sistemas de prestação onde prevalece o *mix* público-privado de serviços.

Vale dizer, também, que existem modelos previdencialistas em que as instituições prestadoras de saúde são concorrentes e outros em que não são concorrentes. No primeiro caso, tem-se mais uma vez as Isapres chilenas: ao optar por uma Isapre, o trabalhador e seu grupo familiar têm de receber toda a assistência médica provida, promovida ou adquirida por ela. Este modelo também é facilmente encontrado em modelos de seguro baseados em *health maintenance organizations* como as norte-americanas. No caso dos sistemas brasileiro e mexicano, por exemplo, tem-se apenas uma ou poucas organizações que funcionam como monopolistas (ou oligopolistas) na prestação ou compra do serviço, fazendo com que não haja concorrência.

É óbvio que as condições que regulam a concorrência em saúde são especiais, tendo em vista a natureza particular dos mercados nesse setor. No entanto, a existência de concorrência sempre permite que a fiscalização, qualidade e melhoria dos serviços sejam aperfeiçoadas, desde que sejam mantidos mecanismos que garantam o controle dos custos e dos preços dos insumos e serviços.

II.4.3 - Modelos universalistas: o unificado e o diversificado

Sistemas nacionais de saúde voltados para cobrir a totalidade da população (universais) costumam ser, em tese, financiados com recursos oriundos de impostos gerais, dado que dizem respeito ao cumprimento de funções gerais do Estado, e não de funções destinadas a grupos específicos. Quando um sistema universal de saúde se utiliza de recursos de grupos específicos (trabalhadores formais financiando atenção à saúde para a população aberta, por exemplo), podem ser criados conflitos distributivos que não interessam ao Estado.

Definiram-se estes sistemas como unificados porque se baseiam numa estratégia única de financiamento, calcada num modelo definido centralmente, mesmo que sua execução seja descentralizada ou regionalizada. As fontes de financiamento (ou seu *mix*) são postas em fundos de saúde que funcionam como uma caixa única para financiar todos os programas definidos para o setor. Esses sistemas podem ter seu financiamento descentralizado, isto é, os recursos do nível federal podem ser repassados para instâncias regionais (estados) ou locais (municípios), tendo em vista compor nestas esferas novos fundos unificados.

No entanto, a maioria dos sistemas universais existentes no contexto mundial foi sendo composta por recursos fiscais globais e contribuições sociais sobre a folha de salários ou sobre os salários. Este é o caso de boa parte dos sistemas de saúde europeus e de alguns sistemas de saúde latino-americanos, como o brasileiro. Nos países ex-socialistas do Leste europeu ou no caso de Cuba também existem sistemas universalistas unificados, que costumam funcionar com menor flexibilidade que os sistemas unificados dos países não-socialistas.

Esses sistemas acabam por ser muito rígidos, ao permitir poucos controles administrativos que possibilitem reduzir custos ou aumentar a qualidade e a cobertura sem, necessariamente, elevar suas despesas. É por este motivo que muitos desses sistemas (no caso europeu) têm apresentado a introdução de uma série de mecanismos que induzem à concorrência (até mesmo entre estratégias públicas de prestação de serviços) como forma de aumentar a eficiência sem que decline a satisfação do usuário. Alguns desses mecanismos serão descritos mais adiante.

Pode-se dizer, dessa forma, que a crise fiscal e sua superação têm introduzido modificações nos sistemas universais unificados, trazendo-lhes

maior flexibilidade de gestão e de financiamento e estratégias diferenciadas de cobertura. Tais modificações se baseiam no fato de que sistemas universais não necessitam estar calcados numa única estratégia de cobertura e financiamento dos serviços. Alguns sistemas de saúde universais podem estar referenciados a estratégias mistas ou diversificadas de cobertura:

- a) para a baixa renda, sistemas de atenção médica gratuitos, financiados com recursos fiscais. Estes serviços podem ser prestados pelo setor público, pelo privado ou por ambos, garantindo-se, no entanto, um grau mínimo de cobertura e qualidade por rígida regulação e fiscalização do setor público;
- b) para trabalhadores formais e classes médias, sistemas baseados em contribuições sobre a folha de salários. Esses sistemas devem ter algum grau de compulsoriedade para garantir patamares mínimos de cobertura segundo níveis de renda; e
- c) para as camadas de mais alta renda, sistemas baseados em desembolso direto de recursos, em planos voluntários complementares de seguro-saúde ou em outras estratégias que não sejam custeadas pelo setor público (nem por incentivos fiscais, como o abatimento do imposto de renda).

O grande problema dos modelos universais diversificados de financiamento da saúde consiste em, garantida a cobertura a todos, manter um patamar mínimo de equidade dos serviços com regras competitivas que permitam ajustar custo e qualidade às demandas específicas de cada clientela e região.

II.5 - Gastos com Saúde e Níveis de Saúde

Até que nível é possível melhorar o estado de saúde de uma população? Até que idade é possível prolongar a sobrevivência de forma sadia e bem desfrutada? Os estudos de medicina social mostram que os sistemas de saúde não são os únicos capazes de responder a tais questões. Saúde é um estado complexo que depende da interação de inúmeros fatores sociais, econômicos, culturais, ambientais, psicológicos e biológicos. A capacidade de intervenção dos sistemas de saúde, que pode ser grande ao nível de um indivíduo, pode ser por demais reduzida quando se trata de uma coletividade.

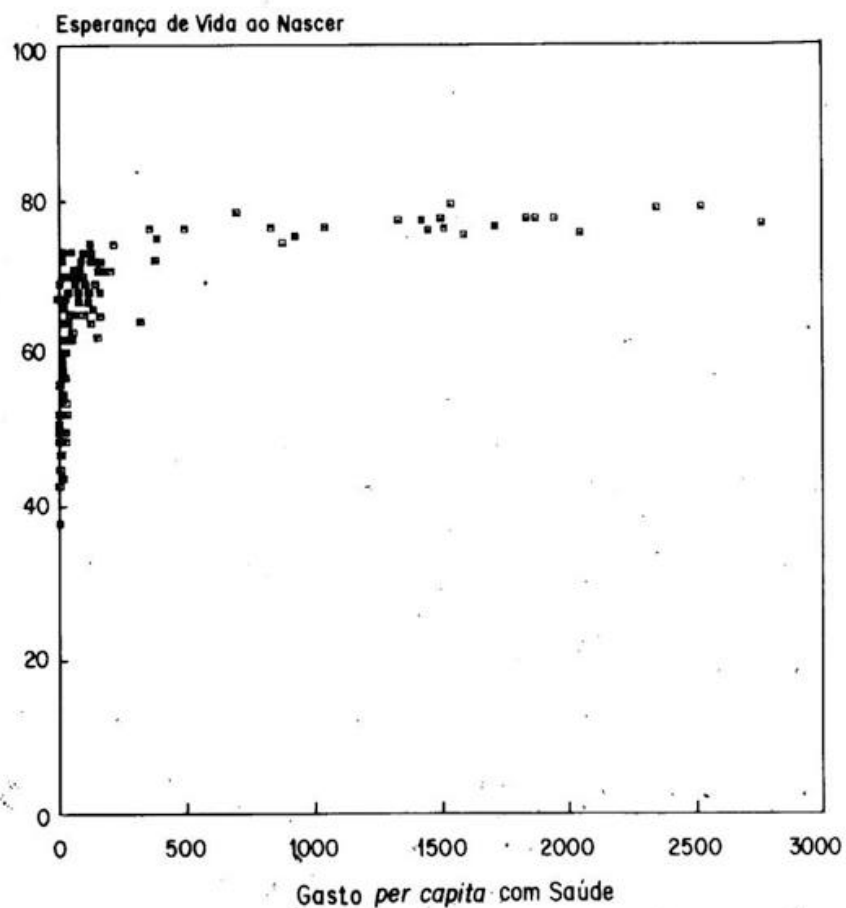
Os níveis de renda, nutrição, saneamento básico e educação são efetivamente determinantes do estado de saúde de uma população. Se todos eles são muito baixos, os graus de liberdade de um sistema de saúde, mesmo que seja universal, para melhorar substancialmente o quadro nosológico de uma região é bastante reduzido. De modo análogo, bons *scores* nessas variáveis determinam níveis de saúde melhores, independentemente da natureza e da forma de organização dos sistemas de saúde.

II.5.1 - A expectativa de vida como medida de eficiência do gasto em saúde

Podemos dizer que a expectativa de vida ao nascer é o indicador mais sintético do quadro de saúde de uma população. Por ser um indicador médio e coletivo, composto pelas probabilidades de sobrevivência das distintas idades, este indicador reflete não só o quadro da pobreza e da ineficiência das medidas preventivas e de atenção primária, expresso nas taxas de mortalidade infantil e infanto-juvenil, como o quadro da violência, expresso na mortalidade de jovens e adultos, carregada de causas externas, e o quadro da baixa qualidade dos sistemas de saúde, expresso nas mortes maternas e nas doenças crônicas e degenerativas da população feminina e da de idade madura e mais avançada, respectivamente.

No entanto, a expectativa de vida média da humanidade, apesar de sua histórica elevação, apresenta um limite efetivo de idade em cada época que reflete, de forma combinada, os progressos alcançados no campo das ciências da saúde, da nutrição, do saneamento e da educação e outros fatores.

GRÁFICO 1
Gasto *per capita* com Saúde e Esperança de Vida

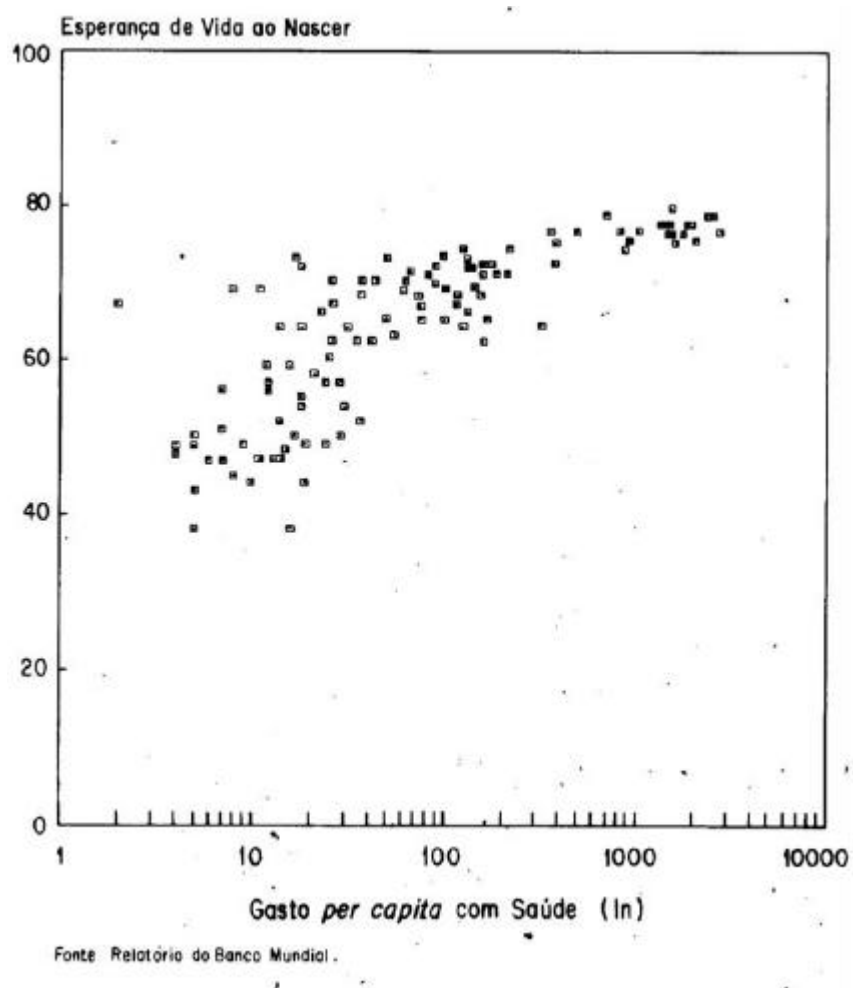


Fonte: Relatório do Banco Mundial.

Em épocas mais recentes, o acréscimo marginal deste indicador tem representado custos cada vez mais elevados para os sistemas de saúde. Mas como a expectativa de vida tem um limite etário para todos, pode-se dizer que, a partir de uma determinada idade, o custo marginal de um ano adicional de vida se torna infinito, dado o estágio de desenvolvimento das técnicas disponíveis na medicina, no saneamento e na saúde pública.

GRÁFICO 2

Gasto *per capita* com Saúde e Esperança de Vida



Os Gráficos 1 e 2 mostram o comportamento da relação entre a esperança de vida ao nascer e o gasto *per capita* com saúde em 114 países do mundo. O Gráfico 1 demonstra que esta relação reflete três movimentos, segundo a natureza das nações. Aparentemente, países com expectativas de vida entre 38 e 60 anos não apresentam grandes aumentos nos gastos *per capita* com saúde. Já nos países com esperança de vida entre 60 e 72 anos, pequenas variações nos gastos com saúde podem representar grandes variações na expectativa de vida. Por fim, nos paí-

ses com mais de 72 anos de esperança de vida ocorre o contrário, isto é, grandes variações nos gastos com saúde se traduzem em baixíssimas variações positivas na esperança de vida ao nascer. Assim, a partir de um determinado nível de gastos *per capita* com saúde, não ocorrem ganhos substanciais na expectativa de vida ao nascer.

O Gráfico 2 repete os dados apresentados no Gráfico 1, com a substituição, no eixo horizontal, da escala decimal pela escala de logaritmos neperianos. Esta mudança permite uma nova interpretação dos dados. Se o Gráfico 1 aparentava um contínuo decréscimo na expectativa de vida na medida em que se elevava o gasto *per capita* com saúde, o Gráfico 2 mostra que, em níveis de gastos com saúde muito baixos, a elevação nos gastos não se traduz em aumentos substanciais da expectativa de vida. É necessário atingir um determinado patamar de gastos para que maiores despesas com saúde possam se refletir em aumentos da esperança de vida ao nascer. Os maiores ganhos na expectativa de vida ocorrem quando os gastos com saúde *per capita* se situam entre US\$ 30,00 e US\$ 500,00. A partir deste limite superior, os ganhos na expectativa de vida voltam a se reduzir para gastos proporcionalmente maiores, até que esses ganhos sejam praticamente nulos.

O Gráfico 3 mostra o ajustamento entre o logaritmo neperiano do gasto *per capita* com saúde e o logito da esperança de vida ao nascer⁶ para os 114 países observados. Verifica-se que o ajustamento é razoável, dado que o coeficiente de regressão linear (R^2) foi de 0,622. Existem alguns *outliers* na distribuição observada, como é o caso do Vietnã, com expectativa de vida de 67 anos e gasto anual *per capita* de US\$ 2,00.⁷

⁶ O logito da esperança de vida ao nascer permite linearizar a observação relativa a esta variável. Ele pode ser definido por: $L(Eo) = \ln \{ [Eo - I(Eo)] / [S(Eo) - Eo] \}$, em que:

$L(Eo)$ = logito da variável (Eo)

Eo = esperança de vida ao nascer do país considerado

$I(Eo)$ = limite inferior da distribuição da variável Eo

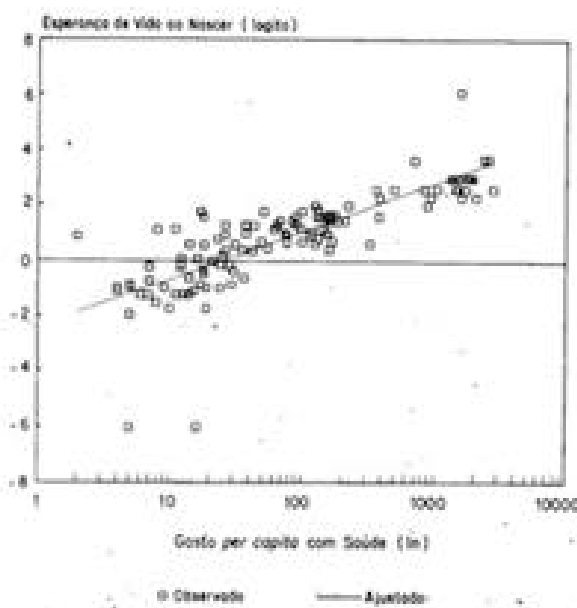
$S(Eo)$ = limite superior da distribuição da variável Eo

⁷ Muitas vezes o gasto *per capita* com saúde não reflete o real esforço da sociedade dispendido com saúde. Um país como o Vietnã, detentor de uma cultura milenar, certamente tem externalidades positivas, ligadas a fatores socioculturais, que permitem maiores expectativas de vida independentemente do esforço governamental de gastar com saúde.

É o caso também de países como Serra Leoa e Níger, que, com gasto de US\$ 5,00 e US\$ 16,00 *per capita*/ano, têm expectativa de vida ao nascer de 38 anos.

Outro *outlyer* é o Japão, que, gastando anualmente com saúde US\$ 1.538 *per capita*, apresenta expectativa de vida ao nascer de 79 anos, situação mais eficiente que a dos Estados Unidos, que, com um gasto anual *per capita* com saúde de US\$ 2.736, tem três anos a menos de expectativa de vida.

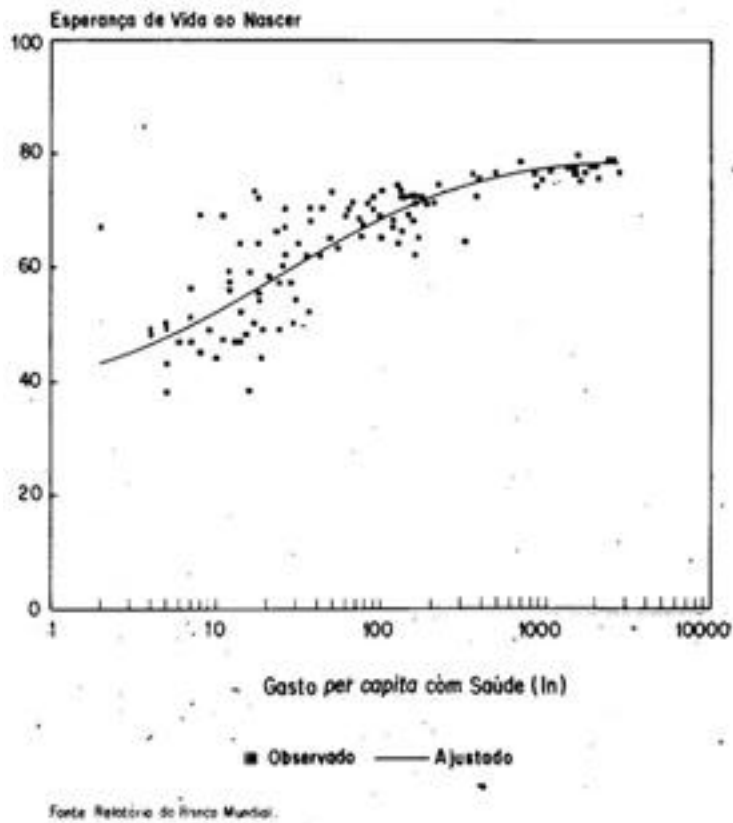
GRÁFICO 3
Gasto *per capita* com Saúde e Esperança de Vida



Para os países em que o gasto *per capita* com saúde é mais baixo, parece haver uma grande variação na expectativa de vida. Nesses países, em geral da África, em alguns casos da Ásia e Oceania e, em menor proporção, da América Latina, parece ser forte a existência de outros fatores que influenciam a magnitude na expectativa de vida. Podemos encontrar casos como os do Burundi e Nepal: ambos gastam anualmente

US\$ 7,00 *per capita* com saúde, embora a expectativa de vida no Nepal seja de 56 anos, contra a de 47 anos no Burundi. Certamente outros fatores de ordem social, cultural, ambiental, etc. podem estar determinando os diferenciais encontrados.

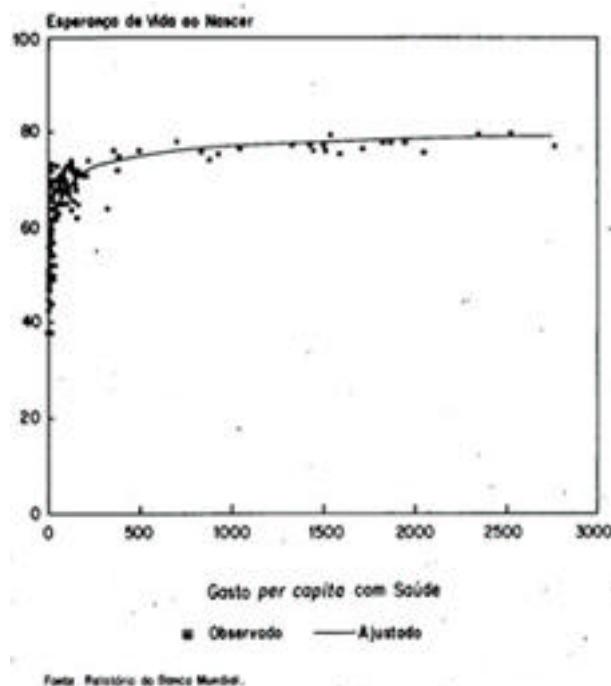
GRÁFICO 4
Gasto *per capita* com Saúde e Esperança de Vida



Assim, a expectativa de vida ao nascer pode ser o produto de uma função de produção que depende de uma combinação adequada de insumos, um dos quais é refletido pelo componente gastos com saúde. Mas estes gastos com saúde também representam uma composição de insu-

mos e serviços de saúde que, do ponto de vista da eficiência, deve refletir a melhor situação possível.⁸

GRÁFICO 5
Gasto per capita com Saúde e Esperança de Vida

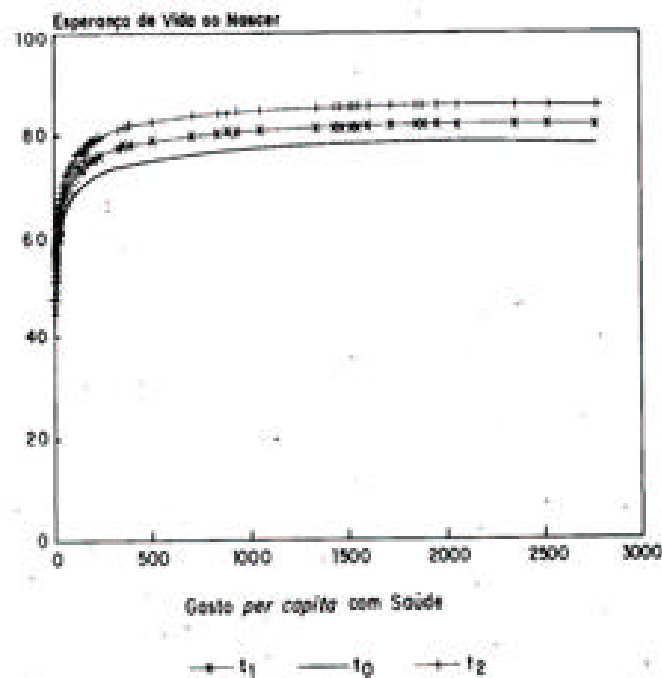


O Gráfico 4 mostra um ajustamento feito sobre a dispersão de pontos do Gráfico 2. Verifica-se que a curva que melhor se ajusta aos pontos exis-

⁸ Define-se eficiência técnica como a maximização do produto pela melhor combinação dos insumos que compõem uma função de produção. Eficiência gerencial é a maximização da produção em função de custos dados (equivale ao ponto onde a linha de isocustos tangencia uma linha de isoquanta). Eficiência econômica é aquela em que se produzem os bens e serviços de uma forma socialmente ótima, pressupondo a eficiência de gestão. Neste caso, as quantidades de bens e serviços produzidos estão de acordo com as preferências dos cidadãos.

tentes é uma hipérbole.⁹ Mas no Gráfico 5, que ajusta os pontos do Gráfico 1, não é possível observar o ponto de inflexão demonstrado no Gráfico 4, o que indica uma função decrescente que se torna assintótica entre 78 e 79 anos de expectativa de vida.

FIGURA 2
Gasto *per capita* com Saúde e Esperança de Vida



⁹ Esta hipérbole poderia ser definida pela seguinte equação:
 $E_o = S(E_o) - [I(E_o) / (1 + e^{\alpha + \beta \ln Y})]$, em que:

E_o = esperança de vida ao nascer; $s(e_o)$ = limite superior da esperança de vida ao nascer da distribuição; $I(E_o)$ = limite inferior da esperança de vida ao nascer da distribuição; y = gasto *per capita* com saúde; e α e β = parâmetros definidos da função.

Se os gastos com saúde aumentam indefinidamente a partir de aumentos cada vez menores na expectativa de vida, pode-se dizer que existe um ponto a partir do qual os gastos com saúde passam a apresentar rendimentos marginais decrescentes. Em outras palavras, cada unidade monetária adicional desembolsada com saúde teria efeitos menores na expectativa de vida ao nascer dos indivíduos, até o ponto onde essa expectativa deixaria de aumentar quando aumentassem os gastos com saúde. Em outras palavras, a lei ricardiana dos rendimentos marginais decrescentes, utilizada por David Ricardo para explicar a queda de produtividade e lucratividade da agricultura nas terras mais distantes e menos férteis, também se aplicaria à análise do financiamento da saúde.

Deve-se levar em consideração, no entanto, que todas essas considerações só são válidas para observações de países num dado tempo t . Os avanços tecnológicos e sociais trazidos pelo desenvolvimento podem continuar a escalada humana em busca do aumento da expectativa de vida, razão que justifica o aumento dos gastos com saúde, especialmente com inovações sociais e pesquisas. A Figura 2 pode ilustrar como, em tempos diferenciados e sucessivos, se comportaria a expectativa de vida, a partir do aumento dos gastos com saúde.

II.5.2 - Os anos de vida ajustados pela qualidade

Muitos afirmam que a expectativa de vida não é o melhor indicador para a análise da eficiência dos gastos com saúde. A melhor medida do produto do setor saúde ou do setor sanitário seriam os anos de vida ajustados segundo a qualidade (Avaq). Esta medida considera tanto os aumentos da esperança de vida como as melhorias da qualidade de vida em função das intervenções médico-sanitárias. Os aumentos da esperança de vida são medidos em anos, enquanto que as melhorias da qualidade de vida resultam de um índice que varia de zero a um; zero significa a morte e um, o estado de perfeita saúde. Assim, o total de Avaq's (T) pode ser dado por:

$$T = E \cdot q, \text{ em que:} \quad (1)$$

E = aumentos da expectativa de vida
q = melhorias da qualidade de vida (em anos)

A medida da qualidade de vida, neste caso, é subjetiva, pois é definida pelo próprio indivíduo em função de seu estado de incapacidade diante de uma determinada doença. Assim, se intervenções médicas ou sanitárias conseguem prolongar a vida de uma pessoa por 30 anos, mas com qualidade de vida avaliada pelo próprio indivíduo em 0,5, o número total adicional de Avaq's (T) seria de 15 e não de 30 anos. Pode-se dizer, portanto, que o número de Avaq's totais propiciados pelo sistema de saúde em um país a cada ano pode ser dado por:

$$\sum_{i=1}^n T_i = \sum_{i=1}^n (E.q)_i, \text{ em que} \quad (2)$$

i = cada indivíduo no universo de n pessoas

$(E.q)_i$ = expectativa adicional de vida de cada indivíduo multiplicada por sua qualidade individual (subjetiva) de vida a cada ano.

Pode-se afirmar que o número médio adicional de Avaq's *per capita* (Ex) seria dado por:

$$Ex = \left(\sum_{i=1}^n T_i \right) / N \quad (3)$$

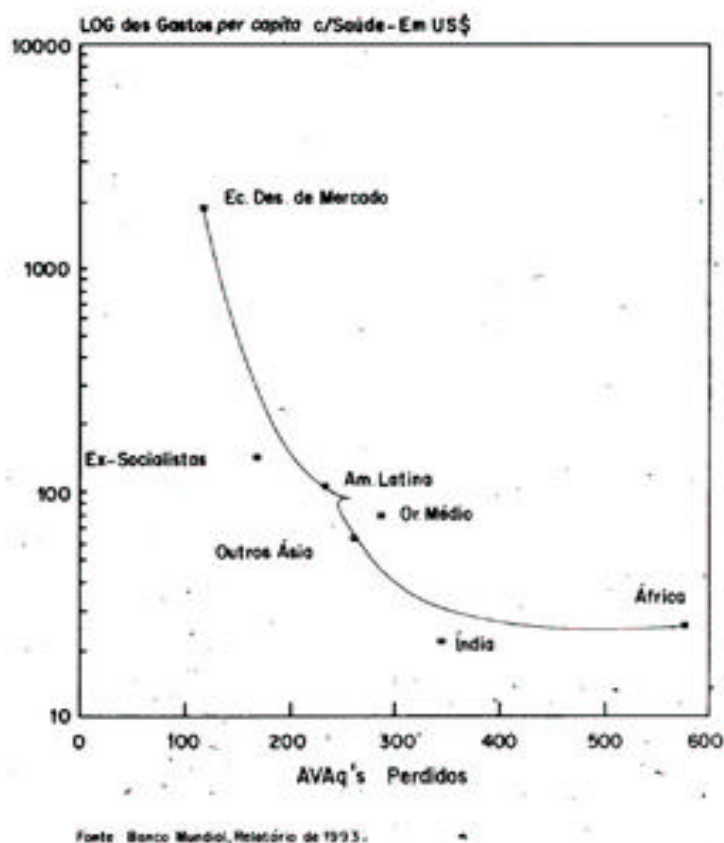
Nestas circunstâncias, uma medida, ainda que subjetiva, da eficiência econômica do sistema de saúde poderia ser dada pelo gasto *per capita* adicional por AVAQ adicional (Gx). Esta medida teria uma graduação inversa, ou seja, quanto menor o valor de Gx, maior seria a eficiência do sistema de saúde considerado.

No entanto, dada a subjetividade da medida, torna-se difícil obter uma avaliação dos países em termos de Avaq's e de gastos adicionais por Avaq. Métodos para obter a qualidade de vida condicionada à cura de uma enfermidade dependem de métodos probabilísticos e amostrais baseados em pesquisas de opinião.¹⁰

¹⁰ Uma breve descrição desses métodos pode ser encontrada em Rubio (1990).

O recente relatório de 1993 do Banco Mundial cujo tema foi Investir em Saúde, a partir de dados de morbidade obtidos ou estimados para o conjunto dos países do mundo, avaliou as perdas de Ayaq's por causa e região em 1990. As maiores perdas foram atribuídas à África (575 Ayaq's por 1000 habitantes), seguindo-se a Índia (344), o Oriente Médio (286) e os países asiáticos insulares (260). As menores perdas foram encontradas nos países de economia de mercado consolidada (117) e nos países ex-socialistas (168). Estes dados mostram a existência de uma correlação inversa entre perdas de Ayaq's e gasto *per capita* com saúde, como mostra o Gráfico 6.

GRÁFICO 6
 Relação entre AVAC's Perdidos e Gasto *per capita*
 com Saúde



Como os recursos gastos com saúde são escassos, a teoria econômica sugere que em cada país haverá sempre uma situação em que, dada a disponibilidade máxima possível de capital a ser alocado em saúde e com base nos recursos técnicos e gerenciais disponíveis, podem-se obter os maiores ganhos possíveis, seja em termos de aumentos da expectativa de vida, seja em termos de AVAC's. Esta situação corresponde a um ótimo que, no sentido atribuído por Pareto, corresponderia a uma situação em que não seria possível melhorar a situação de um indivíduo sem piorar a de outro.

No entanto, situações como a do "ótimo de Pareto" não são plenamente aplicáveis à análise dos gastos com serviços de saúde. Como vimos, além de ser importante a questão da equidade, pode-se dizer que gastos com saúde a partir de um determinado nível, em termos *per capita*, são supérfluos do ponto de vista médico-sanitário. Podem adicionar situações de conforto, luxo e prazer, mas em nada aumentariam a expectativa ou a qualidade de vida do ponto de vista da saúde. Sendo assim, é possível utilizar um enfoque no qual seja possível conciliar equidade, melhoria dos serviços e custos controlados. O objetivo da economia da saúde não é gastar menos com saúde, mas sim gastar melhor, isto é, obter os maiores benefícios sociais em relação aos menores custos sociais incorridos em sua consecução. Este objetivo distancia essa disciplina de algumas das estratégias de ajuste econômico, cujo intuito é simplesmente instrumentalizar a redução dos gastos, sem que haja sacrifício da qualidade e da cobertura.

II.5.3 - O crescimento dos gastos com saúde

É verdade que os gastos com saúde vêm crescendo fortemente desde o pós-guerra, especialmente nos países desenvolvidos. Até então, boa parte destes países havia construído, no interior do *Welfare State*, estruturas de proteção social refletidas, no plano da saúde, pela universalização da cobertura e pela concepção de que o acesso integral aos serviços de saúde era direito dos cidadãos e dever do Estado.

Esta concepção repousava numa estrutura de financiamento mista, na qual recursos provenientes de fundos sociais, em geral com base na folha de salários, eram misturados com fundos fiscais derivados da arrecadação ordinária de impostos. As necessidades de cobertura e diversificação dos serviços constantes nas políticas de saúde faziam com que, na maioria dos casos, os recursos ditos fiscais crescessem em proporção superior à dos recursos de contribuições. Assim, ao final dos anos 60 e início dos anos 70, eram os recursos fiscais que financiavam a maior parte das estruturas universais de proteção à saúde nos países centrais. Ao lado das estruturas universalistas, crescia, ainda que de forma menos vigorosa, uma medicina privada supletiva, voltada para alguns segmentos e camadas populacionais de mais alta renda (gerentes, executivos, trabalhadores de grandes empresas, etc.).

A universalização trouxe uma forte ampliação dos gastos com saúde para o conjunto das economias desenvolvidas, que passaram de 2% a 3% do PIB, ao final dos anos 40, para cerca de 6% a 10% do PIB, ao final dos anos 70.

A Tabela 1 mostra a evolução dos gastos com saúde como porcentagem do PIB em alguns países desenvolvidos no período que vai de 1960 a 1990. Verifica-se que todos os percentuais foram multiplicados por valores entre 1,5 e 3,0 no período considerado.

Observa-se também que, entre 1980 e 1990, os gastos com saúde como porcentagem do PIB não cresceram de forma tão intensa como nas duas décadas anteriores e que em alguns países, como a Suécia, estes gastos até se reduziram. Isto reflete o esforço empenhado por alguns países desenvolvidos para ajustar o volume dos gastos com saúde como esforço de racionalização frente à crise econômica e fiscal dos anos 70/80.

As principais causas enumeradas como fatores de elevação dos custos do setor saúde, ao longo da fase áurea do *Welfare State*, são:

- a) *Extensão horizontal e vertical da cobertura*, derivada dos programas de universalização. Entende-se como extensão horizontal da cobertura a inclusão de novos segmentos como clientela dos serviços de saúde, que se deu de forma gradativa, a depender do país a ser considerado. Por extensão vertical de cobertura, define-se a complexificação e a diversificação da oferta de serviços médico-sanitários, entendidos estes como a inclusão de assistência odontológica, psicanálise, terapias de alto custo como diálise renal, terapias alternativas, etc. no escopo dos serviços de proteção universal da saúde. Vale ressaltar que o Estado atribui aos serviços médicos assistenciais o estatuto de bens tutelares, cujo consumo deve ser protegido e independente dos condicionantes individuais ou do poder aquisitivo dos indivíduos e famílias.

TABELA 1
Gastos com Saúde como Porcentagem do PIB
Países Selecionados: 1960-1990

Países	1960	1970	1980	1990
Alemanha ex-Occidental	4,7	5,5	7,9	8,0
Bélgica	3,4	4,0	6,6	7,5
Canadá	5,5	7,2	7,4	9,1
Espanha	2,3	4,1	5,9	6,6
EUA	5,2	7,4	9,2	12,7
França	4,2	5,8	7,6	8,9
Itália	3,3	4,8	6,8	7,5
Japão	2,9	4,4	6,4	6,5
Reino Unido	3,9	4,5	5,8	6,1
Suécia	4,7	7,2	9,5	8,8

Fonte: Schieber y Poullier (1989) *apud* Rubio (1990). Dados para 1990 obtidos no Relatório da Economia Mundial de 1993, do Banco Mundial.

- b) *Envelhecimento da estrutura etária da população* — As mudanças decorrentes da queda da fecundidade e da mortalidade nos países centrais propiciaram um aumento da atenção médica (em termos relativos) ao contingente de mais de 60 anos. Como se sabe, a atenção médica a esses grupos, ao ser mais complexa e intensa, se torna mais cara. Pesquisas feitas no serviço médico de empresas, como a Usiminas (empresa siderúrgica privatizada recentemente pelo governo brasileiro) mostram que a assistência médica para a população de mais de 60 anos chega a custar 90% a mais do que a relativa ao contingente de 15 a 59 anos. Rubio

(1990) em seu livro afirma que 40% dos gastos com saúde na Espanha, em 1985, eram absorvidos por maiores de 65 anos.

- c) *As transformações nas estruturas de morbi-mortalidade* — A perda de importância das doenças infecto-contagiosas nas estruturas de mortalidade e morbidade e sua substituição pelas doenças crônico-degenerativas também alteram substancialmente o perfil de custos do setor saúde. Enquanto as primeiras requerem basicamente medidas preventivas ou cuidados primários à saúde, as outras exigem internação e sofisticada tecnologia médica, expressa em exames, medicamentos mais caros e equipamento médico.
- d) *Mudanças no campo da tecnologia médica, nas funções de produção em saúde e seus impactos na produtividade* — A tecnologia de saúde, ao contrário do que ocorre em processos de trabalho de fluxo contínuo tipo industrial, não substitui trabalho por capital. Ao contrário, ao melhorar o diagnóstico e a qualidade dos serviços de saúde, incorpora não somente mais capital (equipamentos) como mais recursos humanos (novas profissões que possam operar e interpretar os novos meios tecnológicos). Nesse sentido, ao invés de baratear, ela encarece os serviços de saúde. Como corolário desse processo, a produtividade do trabalho em saúde avança lentamente quando comparada à produtividade dos demais setores da economia. As poucas substituições de trabalho por capital têm-se limitado aos setores auxiliares (laboratórios de análises clínicas, por exemplo) e aos serviços centrais de diagnóstico nos hospitais. O processo de trabalho com saúde segue sendo artesanal e centrado em técnicas intensivas, ainda que com alta densidade de uso de capital pelos equipamentos utilizados. Dessa forma, só o crescimento geral da estrutura salarial da economia seria capaz de responder pelo aumento dos custos com saúde num cenário de intensividade do uso do fator trabalho. Esta pressão de custos é ainda maior quando se considera o crescimento da qualificação do pessoal de saúde.

Destaca-se, ainda, o fato de que os interesses da indústria farmacêutica, de equipamentos e insumos médicos, no afã de abrir novos mercados, desperta necessidades crescentes entre os médicos e a população no sentido de aumentar o consumo e tornar mais complexas as pautas de

serviços médico-sanitários. Só para exemplificar, o consumo de medicamentos nos países centrais chega a 1,5% do PIB.

- e) *Fatores socioeconômicos e culturais* — O consumo de serviços de saúde tem se tornado progressivamente inelástico com o tempo nos países centrais. O papel do governo, das escolas, da mídia e da propaganda faz com que, independentemente dos níveis de renda, os consumidores mantenham rígida sua pauta de consumo de serviços de saúde. Com tal estrutura, é óbvio que aumentos na renda *per capita* se traduzem em aumentos nos gastos com saúde, independentemente de estes serem atribuídos aos setores público ou privado.
- f) *Estruturas securitárias*, isto é, aumento cada vez maior do seguro como elemento de indenização e proteção dos riscos de prestadores de serviços e indivíduos costumam elevar fortemente os custos dos serviços de saúde, como tem demonstrado a recente experiência norte-americana do seguro contra *malpractice*.

A combinação destes e de outros fatores externos ao setor saúde tem feito com que se tenha desenvolvido, ao nível dos países centrais, o fenômeno da inflação médica, que tem sido superior à inflação verificada em outros ramos da produção de bens e serviços.

II.6 - Incentivos para a Racionalização dos Gastos com Saúde

Dado que os gastos com saúde e os custos dos sistemas de saúde tendem a crescer mais do que os índices de preços e que, a partir de um determinado nível, o aumento dos gastos de saúde não traz maiores incrementos na expectativa de vida da população, torna-se necessário estabelecer medidas que permitam racionalizar os gastos com saúde. Muitas dessas medidas têm sido testadas no contexto dos países desenvolvidos, embora algumas delas tenham impactos na redução dos níveis de saúde.

Um dos princípios básicos da economia da saúde é o de adotar medidas racionalizadoras que propiciem redução de custos sem que ocorram impactos negativos nos níveis de saúde. O objetivo das medidas racionaliz-

zadoras é aumentar a eficiência dos serviços, sem que haja prejuízos na eficácia (no alcance das metas planejadas) ou na efetividade (no alcance coletivo das ações médico-sanitárias).

As distorções que levam ao aumento dos gastos com saúde podem ser derivadas de dois fatores básicos: a) do comportamento dos médicos; e b) do comportamento dos usuários dos serviços. Sendo assim, a dinâmica das formas de remuneração dos serviços médicos ou a regulação da oferta dos serviços de saúde, via preços e incentivos, podem induzir a comportamentos mais racionais.

II.6.1 - Formas de regulação e remuneração dos atos médicos

A literatura sobre economia da saúde [Rubio (1990); Campos (1983)] define três formas básicas de remuneração dos médicos: por ato, procedimento ou diagnóstico — *diagnosis related groups* (DRG), por salário e por capitação. Cada uma dessas formas apresenta efeitos positivos ou negativos na dinâmica dos serviços de saúde. Dessa forma, podem ser administradas em contextos diferentes, a depender dos objetivos que se quer alcançar.

a) O pagamento por ato médico

O pagamento por ato médico, procedimento ou diagnóstico (DRG) apresenta algumas consequências, entre as quais cabe destacar:

- Quebra a lógica da integralidade das ações de saúde e não estimula o comportamento preventivo nos serviços de saúde, levando o médico a não se preocupar com a causa ou a origem do problema de saúde então detectado. Uma das formas de solucionar esse problema foi substituir a ótica do ato/procedimento pela ótica do diagnóstico, procurando agrupar as formas de remuneração em grupos de diagnóstico relacionados. Vale destacar, no entanto, que os DRG's, embora permitam aumentar o foco da visão do médico sobre os problemas, fazendo-o escolher a terapia menos custosa, dado que o pagamento não depende da terapia escolhida e sim do diagnóstico, não aumentam necessariamente a preocupação do médico com a questão da prevenção.

- Supõe que a produtividade é maior e que, portanto, mais pacientes são vistos, o que é positivo quando os médicos são escassos.
- No caso do pagamento por ato/procedimento, aumenta o número de serviços por paciente. No caso do pagamento por diagnóstico (DRG), tende a ocorrer um desestímulo ao número de atos. Normalmente o que ocorre é, para um dado diagnóstico, referir-se à escolha da técnica que permite o menor número de intervenções, minimizando o custo e o esforço do médico. É interessante, no caso do Brasil, observar como a mudança do critério de pagamento por unidade de serviço para o de pagamento por autorização de internação hospitalar (AIH), que é uma espécie de DRG, permitiu a redução do número de internações por habitante.
- O pagamento por ato/procedimento/diagnóstico aumenta o risco de corrupção, dado o alto custo de fiscalizar a correspondência entre o ato realmente realizado e o registrado nas planilhas de pagamento.
- Tende a concentrar os serviços nas regiões e áreas onde a população detém maior renda, no caso de sistemas privados, ou onde o controle é mais difícil, no caso dos sistemas públicos.
- Superestima a *performance* do médico, isto é, o ato médico passa a ser mais importante do que a postura de investigação (anamnese) do médico na relação com o paciente.
- Favorece o uso de alta tecnologia e os níveis secundário e terciário de atenção, os quais agregam maior valor ao ato médico (em tese, os DRG's minimizariam este tipo de comportamento, mas isto depende da forma pela qual é construída a escala de valores da tabela de pagamentos por DRG).
- Requer fortes mecanismos de controle, administração, fiscalização e avaliação, especialmente quando estas estratégias estão calcadas no sistema de terceiro pagador. A questão do terceiro pagador tem sido uma das mais frequentes formas de organização de sistemas públicos ou privados de saúde baseados nos mecanismos de seguro. Nesse caso, quem presta o serviço ao cliente não recebe recursos repassados por ele, mas sim por um terceiro agente, que pode ser o Estado (poder público) ou uma companhia de

seguros (no caso dos planos privados de seguro-saúde). Este tipo de mecanismo, utilizado em vários países da América Latina, é bastante propício à existência de fraudes, pois quem recebeu o serviço não está interessado em saber quanto foi pago por ele, o que dá margem ao superfaturamento ou à alteração fraudulenta da própria natureza dos serviços, visando o benefício ilícito do prestador. Este tipo de prática tem sido muito freqüente no Brasil, onde se estima que 40% dos serviços de saúde pagos pelo poder público sejam feitos sob a égide da fraude.

- Supõe uma regulação baseada no preço, e não na quantidade dos serviços consumidos, o que pode favorecer estratégias de indução de demanda. Se os preços dos atos médicos passam a ser controlados, a quantidade de serviços passa a ser utilizada como fator de ajuste da remuneração idealizada pelos médicos.

Dado não ser uma relação assalariada, o pagamento por ato médico pode permitir maior flexibilidade na gestão dos estabelecimentos de saúde, especialmente nos hospitais. Da mesma forma, permite a redução dos custos relativos aos encargos sociais inerentes ao assalariamento. No entanto, esta forma de pagamento apresenta algumas desvantagens, cabendo destacar a imprevisibilidade de contar com pessoal médico em momentos em que demandas inesperadas aparecem. Sendo assim, pode ser um bom sistema em regiões onde a oferta de médicos é abundante, mas certamente é um sistema inadequado quando se espera a presença permanente (jornada integral) do médico ou sua fidelidade a um determinado estabelecimento de saúde.

b) *O assalariamento médico*

O assalariamento médico tem algumas vantagens, quando bem administrado. Do ponto de vista do estabelecimento ou dos serviços de saúde, permite fazer com que haja o comprometimento entre a carga horária do médico e a permanência em serviço, o que possibilita o atendimento de demandas imprevisíveis. Teoricamente não estimula distorções relacionadas ao preço e à quantidade dos serviços, fazendo com que o médico atue clinicamente segundo a sua consciência ética e profissional, sem influências (estímulos ou desestímulos) econômicas.

Do ponto de vista do profissional, permite-lhe que suba na hierarquia por mérito, competência ou antigüidade, isto é, pelo número de anos em que

se dedicou aquele serviço. Garante, por outro lado, uma aposentadoria financiada parcialmente pelo empregador.

No entanto, a literatura aponta algumas conseqüências negativas associadas ao assalariamento médico, entre as quais cabe destacar:

- Baixa fidelidade do médico ao paciente e vice-versa; não se cultiva uma relação histórica (como a do médico da família); propicia-se baixa tolerância do médico às solicitações do paciente e pouca confiança do paciente em relação às prescrições médicas.
- Ao não poder arbitrar sobre seus rendimentos no setor público, o médico passa a utilizar sua jornada de trabalho como fator de ajuste para ganhar mais. Trabalhando menos horas, ele maximiza o rendimento de seu salário e pode destinar as horas sobranes a outros empregos, postos de trabalho ou atividades remuneradas. Este fato é comumente observado no Brasil; algumas pesquisas mostram que os médicos costumam freqüentar somente 1/5 de sua jornada de trabalho contratada.
- Para se proteger dos eventuais controles burocráticos sobre a jornada de trabalho, o médico se organiza corporativamente, de forma que toda a hierarquia dos serviços de saúde passa a estar em suas mãos. Ao fazer assim, abre um forte espaço para a convivência com os colegas e para a perpetuação de práticas que, no fundo, são lesivas aos interesses sociais e aos cofres públicos.

c) *O pagamento por capitação*

Por fim, o pagamento por capitação, que consiste em pagar a um médico um determinado valor mensal *per capita*, pelo Estado, para o atendimento a eventuais problemas que poderá apresentar um paciente cadastrado em seu consultório, apresenta algumas vantagens e desvantagens:

- É consistente com a definição de saúde como produto final do processo de atenção sanitária e da qualificação como produto intermediário dos serviços sanitários. Por essa ótica, o médico cuidará para manter sadios os pacientes, com medidas preventivas, buscando evitar que estes possam representar mais trabalho (e mais custos) para ele no futuro. Para tal, o médico procurará fazer visitas permanentes aos seus pacientes cadastrados. O paga-

mento por capitação é o regime de remuneração dos médicos da família na Inglaterra.

- No entanto, para levar a cabo o esforço da prevenção, os médicos que recebem por capitação podem levar sua população de abrangência ao uso excessivo de exames ou à consulta de especialistas em níveis mais elevados da hierarquia de saúde, o que pode acarretar maiores custos para o sistema como um todo.
- Ao mesmo tempo, quando o pagamento *per capita* é fixo, não sendo diferenciado por sexo e idade, por exemplo, poderá trazer prejuízos aos indivíduos que, ao estarem em idades mais tenras (crianças) ou mais avançadas (anciãos), tendem a consumir mais serviços e, portanto, a apresentar maiores custos *per capita*. Deve-se sempre lembrar que a curva de custos de saúde por idade tende a assumir a forma de um J, isto é, custos relativamente altos nos primeiros momentos da vida, custos baixos na adolescência e maturidade e custos muito altos na terceira idade.

As formas mais freqüentes de pagamento dos médicos no Ocidente tem sido o pagamento por ato médico (procedimento) ou o assalariamento. Dadas as distorções que esses dois modelos apresentam, pode-se dizer que os DRG's têm sido a forma de corrigir e balizar os principais desvios das formas de pagamento por ato. A utilização de custos-padrão por diagnóstico permite eliminar as distorções do sistema de pagamento por procedimento, que, em geral, levava o médico à escolha do procedimento que lhe propiciava a melhor relação benefício/custo (em geral o procedimento mais caro). O risco incorrido na utilização de DRG's ou processos similares é a defasagem dos custos-padrão ou a distorção dos valores da tabela por motivos diversos, como a inflação. Corre-se ainda o risco de se utilizar o serviço mais barato (muitas vezes de eficácia duvidosa) para maximizar os ganhos oriundos do diferencial de custos reais e valor das tabelas.

Por outro lado, o pagamento por capitação (na medida em que introduz elementos de produtividade) tem sido vislumbrado como alternativa ao assalariamento, especialmente nos níveis primários de atenção à saúde, em que a cobertura ativa (e preventiva) é um forte fator de indução para reduzir os custos da assistência médica.

II.6.2 - Formas de racionalização do comportamento dos usuários de serviços

Tem sido apontado freqüentemente que a criação de hábitos de consumo excessivo dos serviços de saúde tem acarretado desperdício e elevação dos custos de saúde em proporções não desejadas. Nessa perspectiva, algumas soluções vêm sendo apontadas, pelo lado da oferta, no intuito de ajustar o consumo dos serviços de saúde:

a) Taxas moderadoras

São usadas quando se assume que os serviços consumidos acima de determinados níveis devem ser considerados excessivos. Nesse caso, assume-se que, a partir de determinada unidade de consumo por unidade de tempo (quarta consulta por ano, para exemplificar), haveria o pagamento de uma taxa moderadora, para inibir o consumo. Caso o indivíduo resolva pagar mesmo assim, é porque o serviço é necessário e, não, consumido de forma supérflua. O risco do uso de taxas moderadoras é o de baixar a resolutividade do sistema, vez que o usuário muitas vezes não sabe diferenciar uma consulta necessária de uma supérflua e o arbítrio pode inibir, para quem não pode pagar, o consumo necessário.

b) Co-pagamento

É um caso particular de taxa moderadora que prevê que todo e qualquer serviço deveria ser, em parte, custeado pelo consumidor. Neste caso, assume-se, por exemplo, um determinado percentual de co-pagamento para cada tipo de serviço, independente da quantidade que venha a ser consumida. A concepção que baseia tal prática reza que todos devem ser co-responsáveis diretamente (e não apenas indiretamente, via fisco) pelo financiamento dos sistemas de saúde. Muitos defendem que tal prática modifica o comportamento dos indivíduos e permite que valorizem mais o que consomem. Não resta dúvida, no entanto, que, se aplicados a toda a população, independentemente de nível de renda as estratégias de co-pagamento são regressivas, isto é, penalizam mais aqueles que têm menos recursos.

c) Tetos máximos

São valores estabelecidos como custeio para serviços cobertos por mecanismos de seguro-saúde calcados em estratégias de reembolso (ao

serviço ou ao indivíduo) quando se utilizam estratégias de livre-escolha dos médicos ou *estabelecimentos* de saúde pelos segurados. Nesse caso, o valor que ultrapassasse o teto seria pago pelo indivíduo. Este tem sido o mecanismo utilizado por alguns sistemas de saúde, como é o caso das Isapres no Chile.

d) *Franquias*

São mecanismos de financiamento pelos quais todo e qualquer serviço consumido de saúde corresponde a um valor mínimo pago pelo indivíduo, sendo a diferença entre o custo total e o valor mínimo coberto pelo sistema de saúde. As franquias funcionam como mecanismo oposto ao dos tetos máximos. Podem inibir o consumo supérfluo de serviços mais frequentes (consultas e exames, por exemplo) e ser eficientes no caso de pagamento de contas hospitalares. No entanto, se aplicadas aos serviços de prevenção, podem ter resultados não esperados, como o aumento de serviços de alto custo, dada a pouca sensibilidade pública para pagar por prevenção. Neste sentido, as franquias só se aplicariam aos serviços de natureza curativa. Quando o co-pagamento corresponde a um valor fixo, e não a um percentual, ele pode ser visto como uma franquia.

e) *Pré-pagamento*

Consiste em mecanismos pelos quais o beneficiário paga um valor fixo (calculado atuarialmente) para ter direito a uma cesta de serviços de saúde, a qual pode ter ou não cláusulas de cobertura. Além de eliminar o terceiro pagador, esse mecanismo propicia a adoção de estratégias preventivas, por parte do prestador, para minimizar seus custos futuros com eventuais procedimentos de maior custo e complexidade. A prevenção, nesse sentido, pode ser vista como um dos fatores de redução do custo dos serviços, que cria um círculo virtuoso de melhoria das condições de saúde e racionalização de recursos a médio prazo. Cabe destacar, no entanto, que, a longo prazo, o aumento da esperança de sobrevida obtido pelas técnicas preventivas irá se reverter em maiores custos para o sistema. Este sistema de pagamento é o utilizado pelas *health maintenance organizations* (HMO) nos Estados Unidos e em alguns países da América Latina, como o Brasil.

f) *Eliminação de mecanismos de livre escolha*

Em épocas de crise, a eliminação dos mecanismos de livre-escolha e sua substituição por uma tabela de profissionais/estabelecimentos credenciados ou outros mecanismos de racionalização de custos pode ser uma boa opção para se restringir custos de serviços de saúde. Neste caso, no entanto, devem-se buscar mecanismos de fiscalização que permitam impedir a queda da qualidade dos serviços. Pode ser, no entanto, que esses mecanismos de fiscalização venham a ser tão caros que não se justifique sua eliminação.

g) *Procedimentos administrativos mais rígidos*

Seria o caso de criar normas associadas aos atos médicos, como o uso dos medicamentos mais baratos no âmbito de um mesmo princípio ativo, restrição dos exames ao estritamente necessário, etc. Normalmente, essas medidas não trazem muitos efeitos positivos, pois não são suficientemente assumidas pelo corpo de profissionais e necessitam estruturas de fiscalização muito custosas.

h) *Cobrança de taxas diferenciadas por grupos de risco*

Quando o valor a ser cobrado é diretamente proporcional ao risco, tem-se obviamente o pior dos mundos, dada a situação de iniquidade que gera. Quando o valor é inversamente proporcional ao risco, pode-se estar também cometendo injustiças em relação àquele que, mesmo sendo de alto risco, pode pagar. Se a questão é ser seletivo, essa seletividade não deve somente se referir ao critério de risco, mas também aos critérios de renda e necessidade social.

II.7 - Tendências do Financiamento e da Gestão dos Sistemas de Saúde

A modificação nos estilos de gestão dos serviços centralizados e descentralizados ou dos estabelecimentos de saúde tem sido proposta como forma de resolver simultaneamente problemas associadas a eficiência, eficácia e efetividade, com impactos sensíveis na redução dos custos dos sistemas de saúde. Todas essas formas têm um ponto em comum: a

questão da autonomia de gestão do serviço de saúde, seja ele público ou privado.

Uma forma já hoje clássica para tornar autônoma a gerência dos serviços de saúde surgiu na França em fins dos anos 60, embora tenha sido nos anos 80, mais especificamente no final desta década, que ela tenha ganho escopo. São os chamados contratos de gestão ou contratos de serviço. Essa nova forma de gestão se baseia na negociação da autonomia de um estabelecimento (*agent*) ou de uma rede de serviços de saúde, mediante determinadas cláusulas contratuais. Por estas cláusulas, os serviços de saúde deixam de ter seus meios controlados pelo Estado (*principal*) e passam a ser independentes para usar o orçamento que lhe foi conferido. No entanto, o *agent* se vê obrigado a negociar e cumprir metas finalísticas de quantidade/qualidade dos serviços fixadas, de forma negociada com o *principal*. Como boa parte das instituições públicas não está preparada para gerir autonomamente um serviço público, tal fato pode envolver tempo necessário ao treinamento e adaptação do estabelecimento/rede de serviços à nova forma proposta de relacionamento.

O contrato de gestão pode ser feito com gerenciamento público ou ainda mediante uma concessão de serviço ao setor privado. Em ambos os casos, no entanto, se as metas acordadas com o governo não forem cumpridas, haverá uma perda da concessão do serviço por parte do *agent*. Ao mesmo tempo, sempre que o *agent* conseguir cumprir as metas economizando os recursos públicos transferidos orçamentariamente, ele poderá definir o uso do excedente segundo suas necessidades. Para tal, o *agent* deve contar com autonomia para flexibilizar os meios, podendo contratar e demitir pessoal, investir e gastar os recursos segundo suas características específicas. Tal fato permite a cada estabelecimento/rede de saúde fugir aos rígidos controles administrativos centrais das atividades-meio para maximizar os fins perseguidos.

Outras soluções para a modificação dos estilos de gestão são os *orçamentos globais*. Esta forma de gestão consiste em definir um orçamento fixo para cada estabelecimento de saúde, baseado em parâmetros externos globais de eficiência, e deixar que a administração do estabelecimento/rede de serviços defina os meios para garantir a cobertura e a eficiência almejada com o orçamento definido. Esta solução tem sido utili-

zada na Inglaterra como forma de controlar os serviços dos hospitais, centros de saúde e até mesmo ambulatórios controlados por médicos da família.

Uma solução no âmbito da gestão reside na estratégia de mercado administrado (*managed competition*). Esta estratégia consiste em transformar instituições públicas e privadas em entidades que garantam um nível integral de oferta de serviços de saúde. O Estado passaria, nesse caso, a atribuir um voucher pessoal e intransferível para toda a população, num valor acordado entre os prestadores, o qual garantiria o pagamento (até mesmo com folga financeira) de um plano integral de saúde atuarialmente calculado. Haveria mecanismos de resseguro para riscos catastróficos, evitando assim que estabelecimentos quebrassem quando ocorressem agravos coletivos à saúde causados por fatores externos.

O valor do *voucher* poderia ser definido segundo sexo e idade ou outras variáveis como quadro socioeconômico, impedindo que houvesse discriminação de velhos ou de mulheres, que, segundo dados estatísticos, consomem mais serviços de saúde. No caso dos idosos, ressalta-se que estes serviços são mais caros. A justificativa para tal procedimento consiste no fato de que a curva de custos com saúde tende a assumir a posição de um J, como visto anteriormente.

A experiência de mercado administrado tem sido utilizada pontualmente em países como os Estados Unidos (estado de Oregon) e a Holanda. Uma versão adaptada desta estratégia faz parte das discussões em torno da mudança do sistema de saúde americano (Plano Clinton).

Estas três formas de gestão constituem hoje as principais tendências que buscam conciliar autonomia de gestão, cobertura, qualidade e contenção de custos dos sistemas de saúde.

Bibliografia

BANCO MUNDIAL. *Informe sobre el desarrollo mundial*, 1993. — Washington: Banco Mundial, 1993.

BRAGA, J.C.S. e GÓES DE PAULA, S. *Sáude e previdência: estudos de política social*. — São Paulo: Cebes/Hucitec, 1981.

- BRAGA, J.C.S. e MEDICI, A.C. *Política social e dinâmica econômica*: elementos para uma reflexão. — São Paulo: Ed. Fundap/IESP, 1993. mimeo
- CAMPOS, A.C. *Saúde*: o custo de um valor sem preço. — Lisboa: Livros Técnicos e Científicos, 1983.
- MEDICI, A.C. Financiamento e contenção de custos nas políticas de saúde: tendências atuais e perspectivas futuras, *Planejamento e Políticas Públicas*, n.4, p. 83-98. — Brasília: IPEA, dez. 1990.
- MEDICI, A.C. Estado, regulação e fiscalidade: uma abordagem introdutória. *Ensaio FEE*, v. 12, n. 23, p. 86-100, 1991.
- MEDICI, A.C. e BELTRÃO, K.I. As contribuições da economia a análise dos problemas enfrentados pelo setor saúde na América Latina. — México: nov. 1993. mimeo
- QUESNAY, F. Máximas generales del gobierno económico de un reino agrícola. In: NAPOLEONI, C. *Fisiocracia, Smith, Ricardo, Marx*. — Barcelona: Ed.Oikos-Tau, 1974a.
- _____. *El tableau économique y otros escritos fisiocráticos*. — Barcelona: Ed. Fontamara, 1974b.
- RUBIO, V.O. *La economía en sanidad y medicina*: instrumentos y limitaciones. — Barcelona: Ed. Euge, 1990.
- SMITH, A., *Investigación sobre la naturaleza y causas de la riqueza de las naciones*. — México: Ed. Fondo de Cultura Económica, 1958. 917 p.