

Normativismo e Incentivos: Contributo da Economia para a Administração da Saúde

Antonio Correia de Campos*

III.1 - Introdução

No continente europeu, fala-se hoje muito em incentivos na administração dos sistemas prestadores de cuidados de saúde. A Europa continua a ser um dos continentes de mais elevados níveis de saúde e qualidade de vida. A esperança de vida é a mais longa, mercê da regressão acentuada das mortalidades nos primeiros meses. Algumas doenças da civilização estão mesmo em regressão, como os acidentes de automóvel, a doença isquémica [Who/Euro (1986)] e as formas de cancro (câncer) ligadas a hábitos alimentares e tabágicos [Holland (1988)]. Os novos flagelos como a SIDA (AIDS) e as drogas, embora crescentes, não atingem o nível preocupante de outras latitudes e longitudes, mantendo-se social e geograficamente circunscritos. Tudo isto se conseguiu em sistemas que garantem acesso praticamente universal, independentemente da capacidade de pagar dos indivíduos e sem que o crescimento dos encargos tenham desregulado a economia ou prejudicado o seu crescimento geral.

Todavia, neste panorama ocorrem algumas manchas de preocupação: certas causas de doença crónica e morte não regridem, como o cancro em geral, as doenças cardiovasculares, a insuficiência renal crónica, as perturbações mentais [Holland (1988)]. A instabilidade económica e social da primeira metade desta década agravou desigualdades de alguns resultados em saúde. Novos programas públicos que procuram modificar

* Da Escola Nacional de Saúde Pública de Lisboa.

comportamentos de indivíduos acabam por ser mais rapidamente assimilados pelos mais instruídos e informados, aumentando o fosso que os separa dos menos instruídos e menos informados que são também, não poucas vezes, os de menores rendimentos. A exposição continuada a riscos de impacto ainda desconhecido, como a poluição atmosférica, dos rios e lagos, dos solos e dos alimentos, a exposição prolongada a níveis intoleráveis de ruído, a ritmos de vida agitados e a hábitos de consumo e de vida menos saudáveis estão certamente a provocar alterações desfavoráveis na saúde dos consumidores, provavelmente só observáveis com algumas décadas de exposição.

Os mecanismos de controle de gastos na saúde não só não têm conseguido controlar inteiramente o desenvolvimento de novas tecnologias, em que é duvidoso que os benefícios marginais compensem os custos marginais ou possam competir em eficiência, com aplicações alternativas de recursos, como parecem provocar desigualdades inesperadas e indesejadas [Campos (1981)]. Começa a expandir-se a idéia de que os sistemas de saúde de tipo universal têm incentivos implícitos que geram ineficiências e não contêm germes de auto-aperfeiçoamento. O seu volume e complexidade suscitam críticas cada vez mais persistentes, aconselhando o Estado a retirar-se total ou parcialmente da prestação directa de cuidados.

Os incentivos, embora sempre criados e regulados pelo Estado, dão a ilusão de que se confundem com o automatismo do mercado. A sociedade dir-se-ia farta de normativismo, de burocracias rígidas, não-selectivas, em que ricos e pobres, saudáveis e doentes seriam tratados com a mesma impessoalidade pelos aparelhos públicos. Admitamos que tal seja parcialmente observável, mesmo esquecendo que as barreiras da comunicação — por si mesmas dependentes da cultura, da classe social, do rendimento — tendem a dificultar os esforços com que a disponibilidade universal de cuidados pretende atingir a equidade no acesso.

Serão os incentivos aplicados à saúde uma forma diferente de "administrar a sociedade civil", uma forma indispensável, face à complexidade estrutural atingida, gerando dificuldades crescentes em obter ganhos de eficiência na utilização dos recursos? Até que ponto irá a gestão por incentivos penetrar na vida da administração da saúde, modificando o sistema de valores dos agentes, explorando as suas reacções, as suas mudanças de comportamento diante de a estímulos externos novos ou modi-

ficados? Até que ponto a gestão por incentivos se vai expandir? Quais os seus limites ideológicos e práticos? Que papel terá o Estado numa administração "armadilhada" por sistemas de incentivos? Que critérios utilizar para montar, desmontar ou regular dispositivos de detonação dos efeitos desejados? Que mecanismos de correcção ou de exclusão adoptar quando os efeitos vão para além do desejado?

Neste capítulo pretendemos analisar os incentivos utilizados na administração dos serviços de saúde segundo a perspectiva e os instrumentos da análise económica. Assim,

- começaremos por observar a relação da organização dos cuidados de saúde com o mercado. Veremos que parte dos cuidados está dentro e parte, fora dele, e por quê. Parte está simultaneamente dentro e fora; e veremos que conseqüências e perturbações daí resultam;
- situaremos a discussão teórica entre os "welfaristas" e os "maximandistas" sobre o recurso à função-utilidade individual e agregada para explicitar o comportamento dos actores na saúde;
- passaremos em revista as principais carências de investigação empírica em relação aos incentivos, adiantando razões para o desigual investimento investigativo;
- analisaremos a complexidade estrutural dos sistemas de cuidados de saúde para explicitar a impossibilidade de o mecanismo bilateral de mercado explicar todas as suas inter-relações. Situaremos os diversos "actores" ou "transactores" e os modelos em que se categoriza essa análise;
- referiremos a ocasião, talvez única, da situação actual de três experiências naturais sobre incentivos: as Health Maintenance Organizations (HMO's) e seus derivados, nos EUA; a reforma do Serviço Nacional de Saúde (SNS) inglês; e a projectada reforma dos serviços de saúde dos Países Baixos; e
- finalmente chamaremos atenção para o papel da análise política nos efeitos dos incentivos. Os grupos de pressão fazem parte do sistema de saúde. Um exemplo prático em que se deviam alinhar preocupações sociais com funções de utilidade individual — a

concentração do trabalho médico profissionalizado nos hospitais
— poderá servir de caso de estudo.

III.2 - Estão os Cuidados de Saúde dentro ou fora do Mercado?

a) Se todas as prestações de bens e serviços de saúde se processarem num mercado de modelo convencional com um computador informado e soberano e um mercado variado, atomístico, as transacções efectuar-se-iam ao preço que representaria o ponto de encontro entre uma procura determinada pela disposição de pagar e uma oferta, dela inteiramente separada, que comercializaria bens e serviços produzidos em situação de eficiência técnica perfeita estimulada pela competição. Neste contexto ideal não seriam necessários, no limite, quaisquer incentivos. Eles só surgem quando se suspeita de falhas no modelo.

Falhas do lado da procura, quando se reconhece que a disposição de pagar pode não existir em quem, ou não tenha dinheiro para comprar cuidados de saúde, ou, tendo-o e necessitando de cuidados, considere preferível aforrá-lo ou gastá-lo em usos alternativos. Estamos insensivelmente a introduzir uma noção nova que ao mercado neoclássico não interessa: a de necessidade. E fácil é avançar desde já pela não-coincidência forçosa entre necessidade e procura de cuidados de saúde.

Do lado da oferta as falhas também não são de menor importância: a complexidade tecnológica da medicina de há muito substituiu o médico individual por uma rede de pessoas e instituições interdependentes, de complexidade variada e na qual a informação circula com dificuldade. Essas redes estão organizadas de forma empresarial, quase sempre não-competitiva, constituindo monopólios ou oligopólios de entidades públicas (Estado), parapúblicas (Segurança Social, misericórdias), ou privadas (sistemas empresariais integrados de prestação de cuidados). Mas tais redes, quando reguladas por simples critérios de mercado, tenderão a localizar-se nos sítios onde a procura é mais concentrada e afluenta, abandonando áreas mais periféricas; tenderão também a dedicar-se, não a todas as actividades, mas, sobretudo, àquelas em que as suas vantagens, medidas em lucros totais, sejam mais elevadas.

Se este mercado se mantivesse em condições ainda fortemente aproximadas do mercado tradicional, apesar de sua natureza repelir uma inter-

venção reguladora externa, aos seus protagonistas agradariam vários tipos de intervenção ou regulação.

Aos que procuram bens e serviços interessaria naturalmente que a sua capacidade aquisitiva fosse suplementada, quando sentissem o desejo ou a necessidade de acorrer ao mercado. Interessar-lhes-ia também que tivessem esses serviços ao pé-da-porta ou que o Estado lhes facultasse acesso financiado para reduzir os custos do transporte e do tempo perdido; agradar-lhes-ia que alguém — não apenas o mercado — garantisse a qualidade dos ofertantes e a qualidade dos serviços e bens oferecidos; que lhes facultassem não apenas meios para acorrer ao mercado, mas também informação sobre esse mesmo mercado e, se possível, sobre a ligação entre o seu estado e aquilo que o mercado tem potencialmente para oferecer.

Aos que oferecem bens e serviços interessaria, naturalmente, que o Estado ou algum mecanismo financeiro de aquisição dos riscos pudesse ajudar quem procura cuidados com vista a poder pagá-los. Interessar-lhes-ia que alguém os ajudasse a fixarem-se em áreas periféricas e remotas onde pudessem vislumbrar clientela, mas onde os custos de fixação e de funcionamento desencorajam uma actividade independente; que alguém reunisse os meios mais volumosos e os riscos inerentes para concentrar técnicas e profissionais em hospitais, clínicas e centros de diagnóstico, mesmo à custa de alguma perda da sua inicial independência de produtor livre; que alguém fosse mais longe até e financiasse a investigação necessária ao aperfeiçoamento da qualidade e utilidade dos serviços e bens que produzem.

Vemos como um mercado inicialmente perfeito se revela afinal cheio de fissuras e como são os seus agentes os primeiros interessados em que alguém — o Estado — intervenha, não apenas corrigindo distorções, mas preenchendo brechas.

Neste mercado ainda muito "mercantilista", os dois actores — consumidores e produtores — supõem deter a iniciativa. Neste contexto, não se pode ainda falar em incentivos, mas em acção remediatória das falhas do mercado. Todavia, tal modelo não existe em parte nenhuma e provavelmente nunca terá existido. Mesmo nos séculos anteriores ao nosso, quando a procura de cuidados era limitada aos possidentes, e a oferta de médicos era relativamente atomística, já existiam serviços criados pelo

Estado, pelas Igrejas ou por associações de beneficência para proteger os mais desfavorecidos. É que aos bafejados pela fortuna incomoda sempre o espectáculo de miséria física e, mais ainda, o pavor do seu contágio. E sempre se pode tirar satisfação individual de uma contribuição que minore aquele espectáculo.

A questão dos incentivos pressupõe uma autoridade que, precavida e vigilante, pretenda que os actores neste mercado imperfeito possam reagir ou comportar-se de acordo com algum objectivo predeterminado. A teoria dos incentivos pressupõe, assim, uma relação de subordinação ou domínio entre o incentivador e o incentivado. Questão para levantar aqui será outra: se existe uma relação de domínio, por que não recorre o dominante à sua força de autoridade com normas; por que prefere mecanismos indirectos de manipulação de comportamento, tantas vezes de resultado incerto?

As respostas não são iguais para todos: há os que continuam a preferir normas, porque abjuram o mercado, dele descrevendo ou considerando-o fonte de inequidades. Há os que preferem incentivos pelo seu automatismo e pela utilização que podem fazer do que ainda resta do tal conceito de mercado.

b) Na verdade, quando observamos os sistemas de saúde do tipo do português, semelhante aos de outros países europeus, observamos uma mistura, sedimentada pela história, entre elementos não-mercantilistas com elementos de mercado. Assim, o parque hospitalar sempre esteve maioritariamente retirado do mercado por ser público ou parapúblico; as consultas de cuidados primários estão, pelo menos metade, a cargo do Estado [INS (1987)], sendo dispensadas por serviços públicos que não intervêm a título privado. Todas as acções de prevenção primária, tanto passivas (água potável, esgotos, controle de alimentos, protecção ambiental) como activas (vacinação, consultas de vigilância) estão retiradas do mercado e são gratuitas ou a preço muito inferior ao custo. Os medicamentos são fornecidos com comparticipação estatal que ronda 67% [DGSF (1987)] e os meios complementares de diagnóstico e terapêutica são quase gratuitos.

Todavia, muitos destes serviços e bens, apesar de prestados pelo Estado ou por ele subsidiados, têm uma elevada componente de mercado desde a produção ao consumo: os medicamentos não são fabricados pelo Esta-

do, mas adquiridos à indústria, que os fornece em competição renhida. As farmácias não são do Estado, mas de particulares que procuram usar mecanismos de mercado — outros que não os preços, por estes serem pré-fixados — para atrair clientes. Uma parte crescente dos meios complementares — 68% das análises, 56% das radiografias, 82% das hemodíalises e 88% da medicina física e da reabilitação [Campos *et al.* 1987]) — são prestados por laboratórios particulares que competem entre si em reputação, indicador *proxy* de qualidade (proximidade do consumidor), conforto ou simpatia, uma vez que os preços são também pré-tabelados.

c) Observando este estranho mercado dos cuidados de saúde estamos já em condições de compreender porque não é um mercado autêntico. Tanto Arrow (1963), Culyer (1971), como vários outros [Campos *et al.* (1987)] sistematizaram as principais características distintivas.

Antes de mais nada, o que determina a procura não é um comportamento previsível, uma necessidade antecipável como alimentar-se, vestir-se, viajar ou consumir diversão, mas uma necessidade imprevisível, o cair doente, e que pode ocorrer em qualquer altura — quer se tenha ou não dinheiro disponível — ou a qualquer pessoa, em qualquer lugar — ricos e pobres, citadinos e camponeses, homens da montanha ou da planície, sedentários ou nómadas.

Depois, porque o consumidor é ignorante da real causa da necessidade, do panorama de meios que existem para a satisfazer. Ele não pretende recorrer ao médico, pretende fundamentalmente restaurar a sua saúde. Todavia sabe que essa procura final tem que ser mediatizada por uma procura derivada, a procura de cuidados de saúde.

Acresce que a sua ignorância sobre as alternativas do mercado o colocam na mão de um agente — o médico — a quem recorre inicialmente, que o aconselha e orienta pela malha complexa dos cuidados de saúde, retirando desse aconselhamento uma utilidade material directa. O consumidor entrega-se, perde a independência da sua função de utilidade e será demais pedir ao agente que assuma o papel de representante fiel e desinteressado que pugna até o fim pelos interesses do seu cliente. Quantas vezes tais interesses conflituam com os seus próprios!

Finalmente, o interesse de cada indivíduo em matéria de saúde não está separado dos do seu semelhante. Já vimos que os cidadãos que podem ser benfeitores tiram satisfação (utilidade) do auxílio que prestam e

que permite a outros, menos possidentes, manter-se saudáveis ou recuperar a saúde. Há aqui um efeito externo vantajoso para o benfeitor, derivado do que gasta com a saúde dos outros. Mas há externalidades mais visíveis: quando aceito vacinar-me e à minha família, não só me preparo para resistir à doença, como contribuo para quebrar a cadeia de contágio, beneficiando os outros. No conceito de externalidades reside a teoria dos bens públicos, inapropriáveis individualmente (a luz do farol para todos os marinheiros, ou um sistema municipal de esgotos para todos os moradores da mesma rua), bem como a dos bens de mérito, que Musgrave (1957) definiu como de consumo desejavelmente universal por uma minoria esclarecida (a protecção materno-infantil a todas as crianças, o parto hospitalar gratuito, a luta contra a tuberculose).

d) O reconhecimento de que as imperfeições do mercado de cuidados de saúde eram uma barreira intransponível pela simples estratégia de fornecer suplementos de rendimento e informação aos grupos incapazes de acederem ao mercado levou, no pós-guerra, ao florescer das concepções de total intervenção pública, para vencer-se o fosso, por vezes profundo, entre a capacidade e disposição de pagar e as necessidades de cuidados de saúde. As legislações básicas de muitos países consagram princípios de igualdade dos cidadãos perante a saúde, umas vezes na formulação simplista da igualdade do acesso, outras, na formulação mais elaborada da igualdade de acesso para iguais necessidades [Pereira *et al.* (1987)]. A redução das barreiras-preço pela total e universal gratuidade dos serviços foi considerada a arma mais eficaz para obter estas igualdades e assentou em três pressupostos que Birch e Stoddart (1989) recentemente analisaram:

- o preço dos cuidados de saúde seria a única (ou pelo menos a principal) barreira ao acesso aos respectivos cuidados;
- o acesso aos cuidados de saúde seriam a única (ou pelo menos a principal) barreira no acesso à saúde; e
- as melhorias do estado de saúde poderiam gerar importantes melhorias no bem-estar.

Le Grand (1987) desenvolveu extenso trabalho explicativo das persistentes desigualdades no acesso aos cuidados de saúde por pessoas de classes sociais diferentes em sistemas de tipo universal, como é o Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido. Embora as classes sociais de meno-

res recursos possam ter maiores taxas de utilização do SNS que as de maiores recursos, as diferenças na utilização não correspondem a diferenças na morbilidade, medida pela percepção individual sobre a doença em inquéritos de base populacional. Em Portugal, Gouveia-Pinto (1988) observou que as classes sociais que maiores benefícios obtinham da utilização dos cuidados gratuitos do SNS eram a mais baixa e, paradoxalmente, as duas mais altas, registando a classe do meio a menor percentagem de benefícios. Esta relativa fragilidade distributiva dos sistemas universais baseados na abolição do preço no ponto de contacto é confirmada por João Pereira (1989), que, analisando o sistema público de financiamento do SNS em Portugal, com dados de 1981, observou ser ele ligeiramente regressivo, uma vez que o decil da base (classes sociais de mais baixos recursos), representando 1,7% do rendimento líquido total, financiava 3,4% do total dos custos da saúde, enquanto que o decil do topo, com 27% do rendimento líquido, contribuía com 24,8% para o financiamento dos gastos com a saúde.

O segundo pressuposto, o de que o melhor acesso à saúde reside no consumo de cuidados de saúde, tem vindo também a ser contestado há mais de 30 anos, entre outros por McKeown (1966), que demonstrou, usando séries cronológicas da Inglaterra e do País de Gales desde a primeira metade do século passado, que as grandes melhorias em saúde andam mais associadas a mudanças alimentares e ao meio ambiente, que às grandes descobertas biomédicas, ao lançamento de novos fármacos ou à generalização do acesso a médicos e hospitais.

O terceiro pressuposto — a associação directa entre melhorias da saúde e melhorias do bem-estar — é contestado por Birch e Stoddart (1989) com o exemplo da mais sensível resposta dos grupos de maiores recursos às intervenções informativas sobre os efeitos adversos do hábito de fumar.

A crítica a estes pressupostos parece assentar no carácter complexo e multifactorial da saúde: não há um mecanismo de simples causa-efeito entre rendimento, cuidados de saúde, saúde e bem-estar, pelo que não basta retirar os cuidados de saúde do mercado equalizando o acesso no ponto de entrada para se conseguir obter maior equidade de resultados, medidos por indicadores de saúde e doença.

A real complexidade dos factores causais da má-saúde determinou, historicamente, a construção de conjuntos altamente complexos, com misturas de elementos de mercado com elementos de planeamento central. Não há sistemas de saúde de configuração pura. O principal factor dessas imperfeições (ou complexidades) estruturais reside no diverso papel que é reservado a um dos seus principais actores, o médico. Em muitos sistemas, aos médicos é permitido acumular duas qualidades separadas e quase sempre contraditórias: a de membro do aparelho de Estado que produz cuidados gratuitos ou a preço reduzido e a de produtor independente que vende serviços pagos por clientes ou pelo próprio Estado. Esta ambigüidade estrutural, parcial ou totalmente resolvida nos países mais afluentes, persiste nos países industriais de menor desenvolvimento (na Europa, os países do Sul) e constitui talvez o mais importante campo de trabalho para a aplicação de incentivos. A preocupação de alinhar interesses individuais com interesses sociais tem sido tentada por uma variedade de meios, desde as combinações da remuneração capitacional com remuneração ao acto até a faculdade conferida a médicos, em trabalho exclusivamente hospitalar, de atender doentes privados no local onde exercem seu mister. Este exemplo, que mais tarde retomaremos, documenta bem a complexidade do mercado de saúde, impossível de reduzir-se à simples relação bilateral entre o cliente e o produtor-vendedor.

III.3 - Objetivos ou Finalidades dos Incentivos

Cientes da complexidade dos sistemas em que se prestam cuidados de saúde, conhecedores da combinação que a história neles plasmou de elementos do mercado com intervenção directa do Estado, importa aclarar previamente os objectivos que com incentivos se pretendem visar. Objectivos de eficiência e de equidade serão a resposta tradicional encontrada na justificação de qualquer sistema de saúde [Campos (1981)].

Mas como definir eficiência em saúde? Na distinção tradicional entre eficiência técnica (a minimização dos *inputs* para um dado *output*) e eficiência distributiva (a maximização dos ganhos em bem-estar social nas diversas combinações alternativas de recursos), Culyer (1989) introduz a noção de eficiência a custo-efectividade, isto é, a minimização do custo para um dado *output*. É porém a eficiência distributiva que mais nos preocupa, porque nela pode haver dois papéis atribuídos à equidade. No

conceito daqueles que Culyer designa por welfaristas, o somatório dos ganhos em bem-estar social é muito mais importante que a sua distribuição entre os indivíduos. Na visão dos extra-welfaristas, a maximização da saúde (ou do bem-estar social medido em saúde) não se consegue apenas pela adição dos ganhos independentemente da sua distribuição; a maior igualdade em níveis de saúde (resultados) pode ser, ela própria, uma condição necessária da eficiência, devido à conhecida associação negativa entre rendimento e nível de saúde [Grossman (1972)].

A saúde não pode ser medida apenas pela função utilidade individual de um consumidor soberano e bem informado. Desde logo, porque já sabemos que ele não é soberano nem informado e que até quando compra cuidados de saúde compra também informação. À função utilidade tradicional tem-se que acrescentar informação sobre não-utilidades, tais como as características das pessoas e das relações sociais, para podermos comparar estados sociais alternativos [Stoddart (1989)]. Daqui não resulta que não exista uma função-utilidade individual, mas apenas, como Williams (1978) afirmou, que ela está dispersa por um conjunto de actores diversos com papéis diversos: os anunciadores ou publicitários dos cuidados, os candidatos, os diagnosticadores, os fixadores de prioridades, os orientadores do tratamento, os investigadores, a que se devem acrescentar os políticos, os decisores e até o eleitorado em geral.

A complexidade da gestão destas diversas funções-utilidades afasta-nos da visão simplista de uma única função-utilidade do lado da procura e outra do lado da oferta e coloca com evidência o problema da sua administração. Entre as funções de administração mais importantes estão a selecção de objectivos e a escolha de estratégias [Stoddart (1989)]. A eficiência, neste modelo complexo, deixa cada vez mais de ser espontânea, tem de ser cultivada [Mooney (1986)]. E os incentivos podem ser fertilizantes dessa cultura.

Do lado da equidade, a complicação não é menor. Já vimos a diferença que vai da simples igualdade de acesso à igualdade de acesso para iguais necessidades. Mooney (1983) veio confrontar a imprecisão de conceitos trazendo-nos várias definições de equidade: igualdade de gastos *per capita*, igualdade de recursos *per capita*, igualdade de recursos para iguais necessidades, igualdade de oportunidades de acesso para necessidades iguais, igualdade de utilização para necessidades iguais, igualdade de satisfação de necessidades marginais e igualdade de resultados em saúde.

Poderemos ainda refinar a análise se quisermos distinguir entre vários conteúdos de necessidades — profundidade do sofrimento, vulnerabilidade aos benefícios, ganhos esperados da satisfação [Culyer (1989)].

Esta digressão pelos dois objectivos de um sistema de cuidados de saúde leva-nos a concluir que uma política de fixação de incentivos tem de partir de objectivos muito claros e previamente delimitados. Quanto menor for o grau de liberdade à partida, menor será o risco de surpresas à chegada, medidas em efeitos perversos dos incentivos desencadeados.

III.4 - Investigação sobre Incentivos

Tem havido alguma investigação sobre incentivos. Porém é pouco provável que tenha avançado por igual em todas as frentes. A maior parte dos estudos localiza-se no continente americano e incidiu sobre o consumidor, procurando medir elasticidades-preço e rendimento na procura de cuidados de saúde. Culyer (1989) considera uma ironia esta concentração de esforços de pesquisa com vista a introduzir desincentivos na procura pela fixação de mecanismos de co-pagamento. Enthoven (1981) comentava que as elasticidades-preço da maior parte dos cuidados de saúde não-especializados se situam entre 0 e -1 e os co-pagamentos têm uma história de enorme ineficácia como estratégia de contenção dos gastos totais. Evans (1981), de forma demolidora, criticou o modelo convencional do risco-moral e da hipótese de o co-pagamento no segundo se reduzir, com os seguintes argumentos:

- o problema da informação é completamente ignorado no modelo;
- o uso aparece identificado com a escolha do consumidor;
- não funciona com a realidade altamente regulamentada de oferta de cuidados;
- parte-se do princípio de que os preços são iguais a custos marginais constantes, a longo prazo;
- ignora a regulamentação da oferta, considerando-a um erro político a ser corrigido na primeira oportunidade; e
- não se conforma com a variedade de resultados distributivos que resultam de formas alternativas de organização do seguro.

As variações induzidas no prestador podem ter bastante mais interesse, como assinalou Enthoven (1981), para fins de controle de gastos, se se conseguir limitar a prestação dos cuidados que acrescentam poucos benefícios marginais. Apesar de os gastos directos com consultas médicas serem apenas 20% do total dos gastos em saúde nos EUA, são eles que desencadeiam indirectamente 70% das despesas [Blumberg (1979), citado por Enthoven (1981)], uma vez que determinam internamentos, sugerem e executam actos cirúrgicos, prescrevem meios de diagnóstico e terapêutica e medicamentos [Enthoven (1981)].

Todavia, apesar da sua importância estratégica, continuam a escassear os trabalhos sobre os factores que influenciam o comportamento do prestador [Birch e Stoddart (1989)]. Da mesma forma Rovira (1989), no seguimento de Campos (1988), chamou atenção para a multiplicidade de factores que intervêm na saúde e para a necessidade de a investigação sobre os incentivos se orientar para o estudo das variáveis que podem influenciar tais factores. Pereira (1988), retomando trabalho anterior de Sen (1980) sobre as capacidades básicas — mais importante que o consumo de cuidados de saúde seria saber se os indivíduos se encontram em condições de poder consumir quando decidem fazê-lo —, afirmava que os bens geradores de saúde estão relacionados com factores ambientais (cuidados médicos, educação, nutrição, ambiente saudável) e características pessoais (idade, sexo, contexto familiar, grupo socioeconómico). A manutenção ou obtenção de boa saúde dependeria do acesso do indivíduo a bens que produzem saúde e à sua dedicação a actividades geradoras de saúde, o que pressuporia a igualdade no acesso a essas actividades, e não necessariamente a igualdade no consumo desses bens [Pereira (1988), citado por Campos (1990)].

Culyer (1989), ao propor recentemente uma agenda sobre investigação em incentivos nos cuidados de saúde, considera que os desincentivos lançados para restringir o acesso a largos segmentos da população conduzem à selecção adversa, sendo altamente inequitativos e inefficientes. Propõe, em contrapartida, mais estudos sobre os prestadores — como reagem a alterações de orçamentos pré-fixados, a tabelas de preço, a mudanças nas modalidades remuneratórias. Considera interessante que também se estudem os incentivos (implícitos ou explícitos) sobre administradores — como reagem a variações na sua responsabilidade e autoridade frente aos médicos, como reagem à revisão de utilização, ao pa-

gamento por *performance* ou à transformação do seu estatuto em gestores de empresas. A indústria fornecedora de bens e equipamentos de saúde mereceria estudos para se conhecer a sua resposta às variações do comportamento dos compradores monopolistas. E finalmente os políticos, administradores e planejadores estratégicos são passíveis de reagir e sujeitos à própria evolução da opinião pública.

III.5 - A Complexidade Estrutural dos Sistemas de Cuidados de Saúde

Quando Culyer (1989) identificava os potenciais destinatários de incentivos — as pessoas, os doentes (aquelas que perderam o estatuto de pessoa), os médicos, outros profissionais e trabalhadores de saúde, administradores, empresas industriais e políticos — estava a dar uma idéia dos diversos papéis a que Williams (1978) se referia e que documentam a complexidade estrutural dos sistemas prestadores de cuidados.

Evans (1981) descreveu as transacções que ocorrem neste sistema pela identificação de cinco tipos diversos de actores ou *transactores*: os consumidores, os prestadores de primeira-linha, os prestadores de segunda-linha, os governos e as seguradoras (ou compradoras do risco associado ao uso de cuidados de saúde). Estas categorias diferem da classificação tradicional da saúde em subsectores de cuidados médicos, ambulatoriais, hospitais, indústria de medicamentos, etc.. Se o mercado fosse idealmente livre, todos os transactores seriam independentes (não-integrados) e as escolhas processar-se-iam livremente entre eles. Evans tipifica, além desta, quatro modalidades fundamentais:

- o modelo de domínio pelos profissionais: todas as transacções seriam inteiramente influenciadas ou controladas pelos prestadores de primeira-linha, em relação de agência;
- o modelo de um seguro público universal de prestação privada (Canadá): coexistem influências públicas e profissionais; o governo controla directamente o seguro e, portanto, os prestadores; os utentes (usuários) influenciam o comportamento do prestador;
- o modelo dos planos de saúde de escolha livre pelo consumidor tipo HMO: os seguradores competem entre si e influenciam o comportamento de todos os outros prestadores; e

- o modelo da prestação pública socializada (Reino Unido): o governo reúne ou congrega em si a função de financiador e de prestador.

Evans (1981) demonstra que os mercados de cuidados de saúde não se caracterizam pela interacção entre pares de transactores: reflectem transacções multilaterais entre participantes com grau de independência limitado e variável. As funções de gestão são partilhadas por diversos centros de decisão do lado da oferta (prestadores de 1ª e de 2ª linha, seguradores, governo). Hospitais e farmácias por exemplo não lidam directamente com o utente, em termos de mercado. As suas relações são mediatizadas por médicos. Alguns submercados — hospitais, médicos privados e medicamentos prescritos — constituem uma integração vertical incompleta que torna pouco preciso e até enganador considerá-la como uma mera relação bilateral entre consumidores e uma classe menos ou mais homogénea de prestadores.

A integração vertical incompleta prolonga o poder de autoridade do governo para organizações profissionais médicas, numa delegação de autoridade pública que lhes permite governar a sua própria conduta e até a de outros prestadores (*idem*). Por outro lado, a grande assimetria na informação entre prestadores e consumidores gera a relação de agência em que aqueles intervêm.

Os consumidores, apesar de saber valorar a importância que a saúde tem para si, não podem ser os melhores juízes de questões sobre a função de produção que rodeia a contribuição da prestação de cuidados de saúde para a saúde, e esta última não é, como se sabe, uma mercadoria vendida no mercado [Evans (1981)].

Desta relação de agência resulta a hipótese de que uma boa parte da procura seja induzida pelo próprio prestador. Este poder do prestador não é discricionário, é meramente potencial, mas torna-se efectivo quando certas condições estão reunidas — sistemas de remuneração de médicos e de reembolso dos pacientes que incitam à multiplicação dos serviços, como é o caso do pagamento por acto [Rochaix (1987)]. Na versão de Evans (1974) sobre a hipótese de indução da procura pela oferta, confirma-se que o mercado de serviços médicos não se auto-equilibra via preço. O papel principal do preço será um *input* para os rendimentos de quem oferece cuidados; estes rendimentos não seriam o produto de

um comportamento explícito de maximização, mas, sim, de fixação de um rendimento-objectivo pela manipulação de variáveis de controle (frequência de actos subseqüentes à primeira consulta e sua intensidade técnica). Além disso, o comportamento do médico como agente económico sofreria a contenção de certas limitações morais não conhecidas nem quantificáveis [Jacobs (1980) e Campos (1983)].

Apesar das dúvidas que persistem nos diversos trabalhos empíricos, a hipótese da indução da procura pela oferta teve, segundo Enthoven (1981), profundas implicações nas políticas públicas de saúde:

- demonstrou a ingenuidade da idéia de redução dos encargos com cuidados médicos pelo aumento da oferta de médicos;
- sugeriu que controlar preços congelando tabelas de actos médicos pode ser contraproducente do ponto de vista dos gastos totais, por poder conduzir a um aumento de utilização; e
- pôs em causa a eficácia das taxas moderadoras, crítica já atribuída a Evans (1974), como forma de reduzir a utilização e moderar o crescimento de gastos em sistemas universais. Taxas moderadoras substanciais podem reduzir rendimentos de médicos, induzindo procura adicional para aqueles manterem o seu rendimento-objectivo.

As dúvidas sobre a hipótese da procura induzida pela oferta assentam na limitação da análise ao comportamento do clínico como típico *homo economicus*, idêntico ao homem do açougue, ao padeiro e ao fabricante de cerveja que nos fornecem o jantar, no seu próprio interesse ou *self-love* e não por razões humanitárias, como escreveu Smith (1776). Mas Maynard (1989) que trouxe recentemente o economista escocês à literatura da economia da saúde, seleccionou outro trecho em que Smith nos fala das regras gerais de conduta, ou sentido do dever, que corrigem as representações erradas do egocentrismo (*self-love*) na escolha da conduta apropriada para cada situação. E vai até o ponto em que, nas sociedades industriais modernas mais competitivas, como o Japão, valores sociais como a ética, o sentido do dever profissional, do aperfeiçoamento individual e da respeitabilidade estão mais enraizados e moderam as motivações puramente egoístas da maximização dos proventos individuais.

Todavia, como já referimos, a eficiência não é espontânea, e os comportamentos individuais eficientes em sentido distributivo podem ser pervertidos se o ambiente da acção, isto é, os incentivos existentes, explícitos ou implícitos, induzirem o prestador a uma conduta de pura maximização da sua função de utilidade individual. O que levanta a questão óbvia de como incentivar comportamentos eficientes de prestadores.

A este respeito haverá que distinguir entre prestadores *individuais*, ou de primeira-linha na expressão de Evans (1981), e prestadores *institucionais*, de segunda-linha, normalmente hospitalais. Como desenvolvimentos demonstrámos [Campos (1983)] que qualquer dos três sistemas-tipo de remuneração a médicos individuais — por acto, por salário e por capitação — tem incentivos implícitos à ineficiência: o pagamento ao acto induz procura desnecessária; o pagamento por salário induz limitações da *performance* e incentiva a sobreespecialização; o pagamento por capitação incentiva referências desnecessárias para cuidados de "segunda-linha".

A técnica de *orçamentos-clínicos* tem sido apresentada como uma modalidade que poderia evitar alguns destes inconvenientes: transforma o médico de primeiro-contacto ou de clínica geral em gestor de todo o processo de saúde do utente. A relação de agência seria aqui utilizada para a gestão global de um orçamento do qual são os cuidados médicos, como os medicamentos, os meios auxiliares e a própria hospitalização. O incentivo que o clínico geral retiraria da gestão destes orçamentos clínicos poderia ser directo — prémios pecuniários por boa gestão, modernização de instalações e equipamentos, créditos para actualização científica (revistas, congressos) — ou indirecto — melhores resultados finais na actividade empresarial, no caso das HMO's ou outros sistemas de pré-pagamento.

Os projectos são sempre atraentes antes de serem executados e este não escapa a essa qualidade. A sua própria aplicação no Reino Unido (*Working for Patients* 1989) poderá constituir uma interessante experiência natural, como adiante veremos.

No que respeita a hospitalais, a última década testemunhou, primeiro nos EUA e mais tarde na Europa, uma significativa mudança da modalidade de financiamento de orçamentos retrospectivos para *orçamentos-prospectivos* [Costa (1989)]. Tendem a cair em desuso fórmulas obso-

letas de orçamentos globais, de pagamentos por diária ou por doente tratado, para serem substituídos por fórmulas com incentivos à eficiência, quer na base de serviços realmente prestados, como foi o sistema de financiamento hospitalar português entre 1981 e 1986 [Mantas *et al.* (1989)], quer na base do pagamento por grupos de diagnóstico relacionado (DRG). E se este último método ainda é passível de críticas por, contendo diagnóstico, não considerar o prognóstico por um indicador da severidade do episódio, sempre se poderá esperar que nos próximos anos se venha a assistir a uma importante evolução nos sistemas hospitalares europeus, acelerada pela rapidez e descentralização do tratamento automático da informação clínica e administrativa. Os próprios efeitos perversos já identificados nos DRG's, como a selecção adversa e o *patient dumping* [Anderson (1986)], podem ser corrigidos, ou por regulação dos governos, ou por introdução de novos componentes nos sistemas de incentivos.

III.6 - Três Experiências Naturais: As HMO's, a Reforma dos SNS's Inglês e o Plano Dekker nos Países Baixos

a) Existem vários tipos de organizações de manutenção da saúde (HMO's): as práticas de grupo com pré-pagamento (*Prepaid Medical Group Practice — PGP*), as práticas de grupo de múltiplas especialidades com pré-pagamento (*Multi-Specialty Fee-for-Service Group Practice*); as associações para a prática individual (*Individual Practice Associations — IPA*); e as redes de cuidados de saúde primários (*Primary Care Networks — PCN*). Limitemo-nos às primeiras, por razões de simplificação, embora a competição entre todas elas seja um elemento essencial da competição de sistemas alternativos de prestação de cuidados [Enthoven (1981)].

Os PGP's consistem em grupos organizados de médicos que se dispõem a trabalhar juntos em tempo inteiro e que concordam em facultar cuidados integrados a troco de um pagamento *per capita*, fixado antecipadamente, a uma população bem definida composta por aderentes voluntários. Existem variantes deste modelo. Os médicos podem ser assalariados, ou receber um pagamento *per capita* acrescido de uma participação nos lucros anuais. Alguns PGP's são proprietários de hospitais, outros não; alguns grupos dispõem de um grande conjunto de especialida-

des; outros colocam a ênfase nos cuidados de saúde primários e enviam doentes para especialistas exteriores só quando necessário.

As diversas avaliações feitas [Luft (1987)] demonstram que os participantes nos PGP's têm em média menos 25% a 45% de dias de hospitalização, o que explicará a redução nos custos totais. Não há evidência de que os utentes neles inscritos estejam em pior estado de saúde que os dos grupos com que são comparados. Quatro hipóteses têm sido avançadas para explicar as mais reduzidas taxas de hospitalização: a) os médicos dos PGP's seriam mais cuidadosos para observar os seus doentes e a decidir quais os que necessitariam realmente de hospitalização; b) os PGP's subtratariam, ou os sistemas de pagamento ao acto sobretratariam situações consideradas não-discrecionárias; c) os PGP's facultariam cuidados preventivos que reduziriam a necessidade de hospitalização; e d) as pessoas que aderem aos PGP's poderiam estar em melhor saúde ou ter maior aversão que os outros ao internamento hospitalar. Luft (1987) considera existir evidência de que, em média, os PGP's oferecem cuidados de nível igual ou superior ao dos sistemas médios de pagamento ao acto; os resultados são bastante iguais ou ligeiramente superiores; as baixas taxas de hospitalização não se podem explicar por melhor prevenção porque se observam desde o início do lançamento de cada grupo; parece não existir um efeito de selecção — pelo menos muito marcado — nas clientelas dos PGP's comparadas com as de outros sistemas.

De certa forma, os PGP's aproveitam a relação de agência entre o médico e o prestador de primeira-linha para que estes assumam o papel de gestor da saúde de cada indivíduo inscrito e ao mesmo tempo de um orçamento clínico implícito. Nos PGP's, estes médicos sabem que, quanto mais cuidados desnecessários ou dispensáveis forem consumidos, menores benefícios resultam para o grupo, menores lucros se distribuem e menos competitivas são as suas condições de venda em face dos grupos concorrentes. A competição e a informação ao cliente sobre as características de cada grupo no mercado são aqui mecanismos essenciais para ganhos de eficiência.

b) O Serviço Nacional de Saúde inglês encontra-se neste momento na transição para uma importante reforma. Não se trata de alterar a universalidade nem a gratuidade, nem o financiamento por impostos gerais, nem o carácter predominantemente público dos seus prestadores. Trata-se, sim, de introduzir competição entre os diversos gestores internos de or-

çamentos, os *budget-holders*, principalmente as autoridades de saúde *distritais* (*District Health Authorities* — DHA) e os próprios prestadores de primeira-linha, os clínicos gerais (GP's).

Num artigo subsequente a uma estada prolongada no Reino Unido, Enthoven (1985), ao mesmo tempo em que rendia homenagem à alta *performance* do SNS inglês e ao seu relativamente reduzido custo (5,5% do PIB, comparado com 11% nos EUA), identificou várias fontes de ineficiência explicáveis pelos incentivos perversos implícitos no sistema:

- os especialistas hospitalares dominam o sistema e organizam listas para internamentos não-urgentes numa base puramente administrativa quando poderiam oferecer aos clientes as datas que mais lhe conviessem dentro do seu plano de trabalho para os meses mais próximos;
- os GP's referem doentes para hospitalização aos especialistas da sua área, mesmo que sobrecarregados de trabalho, e não podem referi-los a outros de áreas mais aliviadas porque o sistema pressupõe uma relação de dependência entre os primeiros e os segundos;
- as autoridades de saúde distritais (DHA) são relativamente insensíveis aos custos dos serviços prestados no seu distrito, nem sequer os conhecem, porque não têm que competir umas com as outras. A redução das listas de espera para cirurgia não se podem fazer por compra de serviços ao sector privado porque as DHA's não têm essa capacidade, embora tenham tradicionalmente e desde sempre comprado serviços para idosos;
- os GP's não têm incentivos para reduzir o número de doentes que referem nem têm recursos extra para manter os doentes em tratamento fora dos hospitais. No momento actual, tanto os GP's como os hospitais são incentivados implicitamente a descarregar os doentes de uns para outros;
- os GP's não são incentivados a prescrever medicamentos de modo económico;

- os administradores distritais e de hospitais são incentivados a manter listas de espera porque esse é um dos habituais meios de pressão para a modernização dos estabelecimentos; e
- os actuais administradores do sistema são treinados em medicina comunitária com reduzida formação em ciências e técnicas de gestão.

A criação de um mercado interno no NHS ou SNS constituiu um dos objectivos da reforma em curso (*Working for Patients* 1989), que assenta basicamente em incentivos para mudar o comportamento dos prestadores.

Os 192 administradores gerais do distrito terão um orçamento limitado para prestar cuidados à sua população. Podem adquirir cuidados do sector público e do sector privado mediante contratos que especifiquem preço, volume e qualidade.

Os 11 mil clínicos gerais que trabalhem em grupos podem, se o desejarem, dispor de um orçamento para financiar cirurgia não-urgente (*cold*), referir doentes e pagar exames de diagnóstico. Podem comprar serviços ao sector público e privado mediante contrato.

Uns e outros podem adquirir serviços hospitalares a dois tipos de instituições: aos hospitais do NHS, geridos pelas autoridades distritais de saúde, e aos hospitais autónomos (*Self-Governing Hospitals — SGH*) que estão para ser criados e que disporão de maior autonomia para celebrar contratos de trabalho e para assumir investimentos.

Os especialistas hospitalares terão o seu trabalho submetido à auditorias médicas e o sistema tradicional de recompensas por mérito revisto a cada cinco anos.

Quanto a medicamentos, os clínicos gerais serão submetidos à auditoria médica e a orçamentos terapêuticos indicativos. Estas medidas acrescentam à da lista reduzida (1985) e ao sistema de informação de retorno sobre prescrição, criado em 1988 [Maynard (1989)].

A reforma pretendida levou três anos para ser preparada. O *white paper* surgiu em janeiro de 1989 e a administração inglesa iniciou a sua execução em janeiro de 1990. Não foi adaptado período experimental nem escolhidas unidades-piloto.

Maynard (1989) comentou recentemente a reforma. Ela assenta em três convicções:

- que os incentivos financeiros (lucros) seriam uma forma apropriada e eficiente de motivar prestadores públicos e privados a responder à procura exercida pelos gestores de orçamentos (autoridades distritais e clínicos gerais);
- que as prioridades passariam a ser determinadas pela capacidade financeira e disposição de pagar dos gestores orçamentais e pelos seus custos marginais de satisfação da procura; e
- que os prestadores teriam um forte incentivo para economizar.

E duvida que todos estes pressupostos se verifiquem sem efeitos indesejados. Assim,

- nada garante que as actividades que dão lucro aos gestores de orçamentos sejam as que melhoram o nível de saúde do utente ao menor custo. Os prestadores tendem a facultar cuidados de alta tecnologia, de eficácia não comprovada, e os gestores orçamentais estão tão pouco informados como os prestadores sobre o custo-efectividade de tais prestações;
- as prioridades serão determinadas pelas disponibilidades orçamentais dos gestores e é provável que elas e os próprios doentes sejam vulneráveis à pressão e à publicidade da indústria e dos profissionais sobre os méritos, e não sobre os custos dos bens e serviços que oferecem; e
- a procura de lucros facultará incentivos aos prestadores para se cartelizarem, ocuparem segmentos de mercado ou acordos de integração que condicionam a liberdade de escolha dos gestores orçamentais.

É possível que os mecanismos que agora se instalam no Reino Unido não sejam os mais apropriados para organizar uma eficiente prestação de cuidados de saúde, mas essa é uma questão que permanece por demonstrar. O que a experiência inglesa parece ter de diferente em relação a outros países e à própria tradição de reformas no país é a ausência de um período experimental ou de áreas geográficas limitadas para en-

saio da reforma, como aliás Enthoven (1985) havia preconizado. A reforma é audaciosa e permanece, em larga medida, um tiro no escuro.

c) A reforma do sistema de saúde dos Países Baixos, lançada em 1986 com o nome de Plano Dekker, é uma reforma estrutural, baseada nos estímulos do mercado, que visa facultar incentivos a consumidores e prestadores via revisão total do sistema de seguro-doença.

A reforma parte do pressuposto de que existe um elevado grau de ineficiência no actual sistema de saúde e que as potenciais economias poderiam atingir 15% do total dos gastos, os quais atingem 8,3% do PIB em 1986 [Van de Ven (1989)]. A cobertura global e a livre-escolha do prestador são consideradas os grandes responsáveis por esta situação, pelo que o plano se orienta para dois objectivos: co-pagamento e planos de cobertura com grupos limitados de prestadores do tipo das HMO's e PPO's (organizações de prestadores preferidos), dos EUA. No caso das HMO's há pré-pagamento, os cuidados são globais e a organização partilha os riscos; no caso das PPO's o pagamento é por acto, mas segundo tabelas de preços condicionados, negociadas de forma competitiva, e os prestadores não assumem riscos. A organização de um mercado em que competissem diversos prestadores destes dois tipos será uma condição necessária para a eficiência do sistema.

O actual sistema de seguro-doença sofre de vários defeitos: a) estrutura de financiamento descoordenada e dividida por vários esquemas, uns universais, outros de inscrição obrigatória, outros de inscrição facultativa; b) o sistema não dispõe de incentivos à eficiência, pois é mais fácil internar um doente que praticar cirurgia em hospital de dia; o pagamento ao acto é a base da remuneração dos especialistas; a capitação nos clínicos gerais estimula a referência para o escalão seguinte; as diversas seguradoras são reembolsadas por inteiro do fundo geral, pelo que não sentem incentivos à prática de economias; c) a regulação actual pelo governo é baseada no volume e preço, com um complexo e pouco flexível sistema de planeamento; e d) finalmente, o sistema de seguro obrigatório para os 2/3 da população menos afluente e seguro privado para os restantes cria dualidade social, o mercado privado é muito restrito, há dificuldades de migração de um sistema para o outro.

O novo sistema assenta em dois conceitos: seguro-básico e competição regulamentada. O seguro é oferecido por companhias privadas ou anti-

gos fundos que evoluirão para a privatização. Recebe o seu financiamento de um fundo central alimentado por prémios proporcionais ao rendimento e ajustados por risco (idade, sexo, nível de saúde). Parte do prémio, cerca de 10%, tem taxa fixa e é pago directamente pelo segurado ao segurador. Pode haver seguro privado complementar para medicina física e reabilitação, cuidados dentários e medicina não-convencional. O segurado pode comprar o seu seguro a qualquer das companhias no mercado e estas não podem recusar a inscrição de nenhum candidato.

As seguradoras são intermediárias entre prestadores e utentes e contratarão serviços àqueles em condições competitivas e de acordo com critérios de qualidade fixados pelo governo. Esta garantia de qualidade assenta em requisitos mínimos e é assegurada por instituições privadas de certificação. O governo procurará ainda manter os compradores informados de todas as alternativas de mercado.

O sistema pretende dirigir incentivos aos três principais actores:

- às *seguradoras* que passam a competir entre si têm orçamentos limitados à contribuição correspondente aos seus clientes e estão interessadas em contratar prestadores na melhor relação qualidade-preço;
- aos *prestadores*, que passam a ter de negociar com as seguradoras o volume, o preço e a qualidade dos cuidados prestados. Médicos e hospitais deixam de ter tabelas garantidas, passando a competir entre si; estes últimos serão estimulados a reduzir os seus actuais excessos de lotação; e
- aos *consumidores*, que supõe-se venham a ser os grandes beneficiários do sistema, embora corram o risco de ver baixar a qualidade dos serviços. Todavia, a competição também se fará sobre este atributo, o sistema de certificação garantirá níveis mínimos e a maior informação circulante ajudará o mercado a exercer a sua função clarificadora. Espera-se ainda que os juízos de carácter ético no exercício profissional possam manter aceitáveis critérios de qualidade.

O governo, que se reserva o papel de regulador de todo o sistema, sobretudo dos seus mecanismos competitivos, de forma a criar as condições para que o mercado possa alcançar os objectivos que a sociedade

fixou na área da saúde. A sua missão principal será garantir que toda a gente terá direito à cobertura do seguro, que não se criarão cartéis, que a informação circulará e que a qualidade será garantida.

Van de Ven (1989) considera que os principais problemas na execução da reforma se situam: a) na fórmula adequada para se orçamentarem as receitas dos seguradores; b) nas dificuldades de uniformização das estruturas e comportamentos dos antigos fundos de seguro-doença e das seguradoras privadas; c) na aplicação de uma política anticartéis que seja eficaz; e d) na difícil passagem da situação actual para a situação futura e definitiva.

Estas três experiências, duas em nível nacional e outra em nível empresarial, vão constituir importantes campos de ensaio e estudo sobre administração de cuidados de saúde. É provável que daqui a dez anos cada uma delas tenha evoluído profundamente, mas é também provável que nesse período de tempo os diversos sistemas nacionais tenham vindo a adoptar total ou parcialmente soluções que irão ser lançadas por estas experiências.

III.7 - Normativismo, Incentivos e Administração

Apreciemos os incentivos, mas não os idolatremos. Como afirmava Stoddart (1989), as tarefas de uma reforma de saúde são tão complexas, que apenas à base de incentivos elas não podem ser executadas.

Pode haver reformas da saúde que conjuguem o apoio ideológico de sectores diversos e que, pela forma de pretendida execução, voltem de novo a afastá-los. Se uma corrente defender o normativismo e a outra, os incentivos, provavelmente nenhuma delas conseguirá levar a reforma a bom termo.

Stoddart (1989) limitou bem os entusiasmos dos "incentivistas" quando afirmava que, sendo um instrumento de política, são essencialmente um exercício ideológico; que podem competir entre si e anular-se; que devem ser específicos e selectivos; e que funcionam muito melhor para objectivos de eficiência técnica que de eficiência alocativa, dada a complexidade das avaliações sociais de resultados que esta última implica.

Um sistema de incentivos exige imaginação, planeamento, flexibilidade e sobretudo uma considerável capacidade de administração por parte dos

que Stoddart (1989) considera os engenheiros e condutores do sistema de saúde.

Fazer leis e esperar que elas modifiquem a "natureza social", isto é, o comportamento dos homens e dos grupos, é um primarismo político que ignora toda a sofisticação de manobras da moderna administração pública. Não há hoje sociedades hierarquizadas e muito menos totalitárias, pelo que, em contexto de puro normativismo, mesmo as leis mais perfeitas e mais moralmente irrepreensíveis sofrem sempre a contestação dos grupos a quem elas prejudicam. E que tudo farão para as suspender, revogar, perverter ou torpear.

Mas um sistema de incentivos lançado sem uma forte estrutura de condução, com flexibilidade para introduzir mudanças quando necessárias, corre os riscos dos aprendizes de feiticeiro, quando os feitiços contra eles se voltam.

Longe de desaparecer, a administração refina-se em um governo por incentivos. "Menos estado, melhor estado" não quer dizer que os actores tenham o campo totalmente livre para fazerem o que lhes aprouver, de bem ou de mal. Pretende antes significar que um estado menos normativista tem de ser mais lúcido, mais previdente, mais estudioso das reacções esperadas dos grupos.

Perguntar-se-á a que respeito vêm estas considerações sobre economia da saúde. Então não bastarão os instrumentos da análise económica, os seus modelos teóricos e a crescente evidência empírica para construir sistemas de incentivos que aproveitem o comportamento do *homo economicus* e o canalizem para os fins desejados pela administração?

Sem dúvida os modelos neoclássicos são de grande ajuda, mas dificilmente conseguem dar o salto das preferências individuais para as colectivas. Como vimos, as relações entre os transactores na saúde não são bilaterais, são multilaterais, num contexto de integração vertical incompleta que envolve pelo menos cinco tipos diversos de actores [Evans (1981)].

A ciência política, ao ajudar-nos a compreender o funcionamento dos grupos que lutam pelo poder, é uma disciplina indispensavelmente associada à economia para se interpretar a complexa situação da saúde e se tentar reformas que perdurem.

Bibliografia

- ANDERSON, G.F. Payment reform in the U.S. *Health Policy*, n. 6, p. 321-328, 1986.
- ARROW, K. Uncertainty and the welfare economics of medical care. *The American Economic Review*, v. 53, n. 5, p. 942-973, Dec. 1963.
- BANCO MUNDIAL. *Relatório sobre o desenvolvimento mundial*. — Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1988.
- BIRCH, S. e STODDART, G. *Incentives to be healthy: an economic model of health - Related Behavior*. Proc. 1st European Conference on Health Economics. — Barcelona: 1989 (to be published)
- BLUMBERG, M.S. Rational provider prices: provider price changes for improved health care use. In: CHACHO, George K. (ed.) *Health Handbook*. — Amsterdam: North-Holland, 1979.
- CAMPOS, A.C. Estudar as desigualdades na saúde. Por quê? In: PEREIRA e GIRALDES (coords.) *Desigualdade e saúde em Portugal*. — Lisboa: IED, 1990.
- CAMPOS, A.C. Intersectoral action as a component of health development. A portuguese contribution. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, v. 6, p. 77-84, 1988.
- CAMPOS, A.C. *O Controle de gastos em saúde*. Racionamento ou redistribuição? — Lisboa: ENSP, 1981. (Cadernos de Saúde, 7)
- CAMPOS, A.C. *Saúde, o custo de um valor sem preço*. Lisboa: Ed. Port. Livros Téc. e Científicos, 1983.
- CAMPOS, A.C.; COSTA, C.; RAMOS, F.; PATRÃO, L.; CORTÊS, M.F.; ROQUE, M.; GIRALDES, M.R. e CARVALHO, R. *A Combinação público-privada em saúde: privilégios, estigmas e ineficiências*. — Lisboa: ENSP, 1987. (Obras Avulsas, 5)
- COSTA C. *Financiamento de serviços de saúde: modalidades de pagamento retrospectivas prospectivas e o sistema de preços*. Encontro sobre Financiamento de Serviços de Saúde.— Lisboa: ENSP, 1989.

- CULYER, A.J. *Incentives: for what? for whom?, what kind?* Proc. 1st European Conference on Health Economics. — Barcelona: 1989 (to be published).
- CULYER, A.J. Is medical care different? *Oxford Economic Papers*, v. 23, p. 182-211, 1971.
- ENTHOVEN A. National health service, some reforms that might be politically feasible. *The Economist*, June 22, 1985.
- ENTHOVEN A.C. The Behavior of health care agents: provider behavior. In: VAN DER, Gaag e PERLMAN, M. (eds.) *Health, economics and health economics*. — Amsterdam: North-Holland Publishing Company, 1981.
- EVANS, R.G. Incomplete vertical integration. The distinctive structure of health-care industry. In: VAN DER, Gaag e PERLMAN, M. (eds.) *Health, Economics and Health Economics*. — Amsterdam: North-Holland Publishing Company, 1981.
- EVANS, R.G. Supplier-induced demand: some empirical evidence and implications In: PERLMAN, M. (ed.) *Economics of health and medical care*. — London: Macmillan, 1974.
- GOUVEIA-PINTO, C. A Incidência da despesa pública em cuidados de saúde na área metropolitana de Lisboa em 1980-81 e 1985. *Estudos de Economia*, Jul.-Set. 1988.
- GROSSMAN, M. *The Demand for health*. — New York: Nat. Bureau of Econ. Research, 1972.
- HOLLAND, W.W. (ed.) *European community atlas of avoidable death*. — s.l.: Oxford Medical Publications, 1988.
- Inquérito Nacional de Saúde. Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde, Continente e A.M. Lisboa: 1987.
- JACOBS, P. *The Economics of health and medical care*. — Baltimore: Univ. Park Press, 1980.
- LE GRAND, J. Desigualdades em saúde, uma perspectiva económica. In: CAMPOS, A.C. e PEREIRA, J.A. (eds.) *Sociedade, saúde, economia*. — Lisboa: ENSP, 1987.

- LUFT, H.S. Le Système des HMO (Health Maintenance Organization) aux Etats-Unis. *In: Systèmes de santé, pouvoirs publics et financeurs: qui contrôle quoi?* La Documentation Française. — Paris, 1987.
- MANTAS, A.; REIS, V. e COSTA, C. Financiamento hospitalar como incentivo à eficiência: intenções e resultados no caso português, 1st European Conference. *In: Health Economics, Proc.* — Barcelona: 1989. (to be published)
- MAYNARD, A. Incentive contracts, Proc. 1st European Conference on Health Economics. — Barcelona: 1989 (to be published)
- MCKEOWN, T. e LOWE, C.R. *An introduction to social medicine.* —Cambridge: Blackwell Scientific Publications, 1st ed., 1966.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Direcção-Geral dos Assuntos Farmacêuticos. *Síntese de informação estatística.*— Lisboa: 1987.
- MOONEY, G. *Economics, medicine and health care.* — Brighton: Harvester, 1986.
- MOONEY, G. Equity in health care: confronting in confusion. *Effective Health Care*, v. 1, p. 179-184, 1983.
- MUSGRAVE, R. A. *The Theory of public finance.* — New York: McGraw-Hill, 1957.
- PARTIDO SOCIALISTA. Portugal para todos, para um Portugal moderno e solidário. Programa para um Governo do Partido Socialista, — Lisboa: 1987.
- PEREIRA J.A. Social justice and equity in health in Portugal. *Estudos de Economia*, v. VIII, Jul.-Set. 1988.
- PEREIRA, J. e GIRALDES, M.R. (coords.) *Desigualdade e saúde em Portugal.* — Lisboa: IED, 1990.
- PEREIRA, J. The Distribution of health care financing in Portugal: some preliminary results. *Estudos de Economia*, v. 11, p. 221-226, 1989.
- PEREIRA, J.A. CAMPOS, A.C.; CORTÊS, M.F. e COSTA, C. Equidade geográfica no sistema de saúde português. *In: CAMPOS, A.C. e PEREIRA, J.A. (eds.) Sociedade, saúde e economia.*— Lisboa: ENSP, 1987.

- PORTUGAL. Presidência do Conselho de Ministros. *Programa do XI Governo Constitucional*. — Lisboa: Agosto 1987.
- ROCHAIX, L. O Poder discricionário do médico: mito ou realidade. *In: Sociedade, Saúde e Economia*. CAMPOS, A.C. e PEREIRA, J.A. (eds.). — Lisboa: ENSP, 1987.
- ROVIRA, J. *Incentives for healthy on consumer behavior and inter-sectoral measures for health Targets*. Proc. 1st European Conference on Health Economics. — Barcelona: 1989. (to be published)
- Secretaries of State for Health, Wales, Northern Ireland and Scotland, *Working for Patients*, H.M.S.O. — London, 1989.
- SEN, A. Equality of what? *In: Choice, welfare and measurement*. — Oxford: Basil Blackwell, p. 353-369, 1980.
- SMITH, A. *An Inquiry into the nature and causes of the wealth of nations*. CAMPBELL e SKINNER (eds.) — Oxford and London: Oxford University Press, 1776 e 1976.
- STODDART, G. *Reflections on incentives and health system reform*. Proc. 1st European Conference on Health Economics. — Barcelona, 1989. (to be published)
- VAN DE VEN, W. *Health insurance reforms and incentives*. Proc. 1st European Conference on Health Economics. — Barcelona: 1989. (to be published)
- WHO/EUROPE. *Evaluation of the strategy for health for all by the year 2000*. 7th Report on the World Health Situation. — Copenhagen: 1986.
- WILLIAMS A. Need - an economic exegesis *In: CULYER, A.J. e WRIGHT, K.G. (eds.) Economic Aspects of Health Services*. — London: Martin Robertson, 1978.