

Título do capítulo	CAPÍTULO 1 O QUE É ECONOMIA DA SAÚDE
Autores (as)	Carlos R. Dei Nero
DOI	

Título do livro	ECONOMIA DA SAÚDE: CONCEITOS E CONTRIBUIÇÃO PARA A GESTÃO DA SAÚDE
Organizador (es)	Sergio Francisco Piola Solon Magalhães Vianna
Volume	
Série	Série Ipea, n.149
Cidade	
Editora	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea)
Ano	1995
Edição	2ª
ISBN	85-86170-42-9
DOI	

© Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – **ipea** 1995

As publicações do Ipea estão disponíveis para *download* gratuito nos formatos PDF (todas) e EPUB (livros e periódicos). Acesse: <http://repositorio.ipea.gov.br>

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.

O que é Economia da Saúde

Carlos R. Del Nero *

I.1 - Introdução

A economia tem um convívio muito difícil com as profissões do campo da saúde. Muitas das razões originam-se nas formas diversas com que cada uma delas considera a assistência à saúde. Tradicionalmente, as profissões de saúde concentram-se na ética individualista, segundo a qual a saúde não tem preço e uma vida salva justifica qualquer esforço. Por outro lado, a economia fixa-se na ética do bem comum ou ética do social. A importância dessas diferenças reside nas atitudes de cada grupo sobre a utilização de recursos. Daí existir espaço para conflito entre economistas e profissionais de saúde no que diz respeito à gestão eficiente dos serviços de saúde.

São raros os economistas que se interessam e permanecem interessados pelo setor saúde; em contrapartida, poucos profissionais de saúde entram no campo econômico. No entanto, em alguns países da Europa e América do Norte, o estudo da economia da saúde tem contribuído para a formação e especialização de pessoal para essa área multidisciplinar, e seu conhecimento é essencial para quem trabalha em planejamento e administração de serviços de saúde. Mesmo nesses países é comum a atitude, partida de profissionais de saúde, alguns deles importantes representantes do saber específico, segundo a qual deve ter prioridade a sobrevivência das pessoas, antes de se pensar em estudos sobre custo/eficácia, viabilidade econômico-financeira e outros afins. A economia da saúde, para esses profissionais, parece estar longe da prática diária dos serviços de saúde. Vêem-na como muito abstrata, teórica, ca-

* Da área de saúde da Booz Allen & Hamilton.

rente de instrumentos de intervenção direta no local e momento requeridos pelo pessoal de saúde.

Ao lado disso, os economistas puros necessitam fazer o esforço de entender o campo da assistência à saúde. Os serviços de saúde não são apenas organizações distribuidoras de bens e serviços. Assistência à saúde significa, também, auxiliar seres humanos a ultrapassar dificuldades e inconvenientes da vida, o que é quase impossível de traduzir em números. Essas questões introdutórias não são novas; no entanto, o conflito potencial entre a ética da saúde e a ética econômica vem se repetindo, sem muitas soluções. Desta forma, uma iniciativa como esta, de divulgação do conhecimento próprio da economia da saúde, baseada na experiência adquirida na área, em Portugal e no Brasil, pode estimular o estudo, a pesquisa e a aplicação prática, no setor saúde, do instrumental disponível nas ciências econômicas. Além disso, ao melhor informar o nível decisório, pode diminuir ou mesmo terminar com o mito da incompatibilidade entre economia e saúde.

I.2 - Vínculos entre Economia e Saúde

Economia e saúde estão interligadas de várias formas; seu estudo e pesquisa sistemática e a aplicação de instrumentos econômicos a questões tanto estratégicas como operacionais do setor saúde deram origem à *economia da saúde*. No entanto, a definição do objeto desta disciplina não aconteceu até a década de 70. Isto porque parte de seu conteúdo, tradicionalmente, desdobrou-se em tópicos de uma outra disciplina, o *planejamento em saúde*. A partir dessa época, os instrumentos analíticos próprios das ciências econômicas começaram a fazer parte do currículo dos cursos de especialização em administração de serviços de saúde, tendo em vista a sua aplicação mais rotineira no setor. Até hoje permanece em discussão o nome dessa disciplina. De acordo com o grau de comprometimento teórico de cada grupo acadêmico, encontramos várias denominações: aspectos econômicos da saúde, saúde e economia, planejamento econômico-sanitário, economia política da saúde. A forma mais comumente encontrada é economia da saúde, que julgamos ter maior precisão para denominar esta área de especialização tão recente.

As condições de vida das populações e suas conseqüências sobre a saúde são objeto de estudo e pesquisa sistemática há muito mais tempo.

Esses trabalhos procuram relacionar fatores sócio-econômicos e indicadores de saúde, como, por exemplo, renda e mortalidade infantil, isto é, demonstrar que quanto menor a renda familiar, maior o número de mortes de crianças até o primeiro ano de vida. Ou então, comprovar que a prevalência da tuberculose diminuiu com a urbanização, indicando uma associação estatística positiva entre a melhoria da habitação e dos serviços públicos e a redução dos casos existentes de tuberculose numa determinada comunidade.

Dentro dessa linha, outros trabalhos mostram o impacto do desenvolvimento econômico no nível de saúde de uma população, ou ainda: a distribuição geográfica dos recursos dedicados à saúde; estudos comparativos entre sistemas de saúde de vários países; estudos sobre resultados de programas específicos de intervenção na comunidade; estudos sobre financiamento e gastos globais com saúde. Outro tipo de trabalho é a análise econômica de bens e serviços específicos, como, por exemplo, a análise do custo-efetividade de um novo medicamento, ou da viabilidade econômico-financeira de uma nova tecnologia médica. Todos esses trabalhos demonstram o potencial do conhecimento econômico aplicado à saúde.

A economia da saúde discute muitas das controvérsias existentes no setor. Uma delas refere-se à relação existente entre desenvolvimento econômico e nível de saúde. Em 1961, o estatuto da Aliança para o Progresso afirmava que saúde constitui um requisito essencial e prévio ao desenvolvimento econômico. Neste caso, saúde vem antes, ou seja, existiria uma relação de causa e efeito, na qual saúde é um pré-requisito. No entanto, como já vimos, é difícil conseguir consenso em torno dessas afirmações. A aplicação dos princípios das teorias do crescimento e do desenvolvimento ao campo da saúde tornam mais objetivos os debates sobre o tema.

Historicamente, os vínculos entre saúde e desenvolvimento foram estudados em correlações estatísticas de variáveis de ambos os temas. Esse enfoque é simplista, pois considera que as duas partes da equação são de fato separadas. Atualmente, prefere-se ver a saúde como parte do processo de desenvolvimento, sobretudo estudando-se a organização do trabalho e os modos de produção. Nesse sentido, o papel do Estado é fundamental para explicar a evolução dos níveis de saúde como parte integrante da situação social, e não só pela sua intervenção no setor saúde — que pode resultar em benefício para a população e também

apresentar maus resultados. Nas situações de crise do Estado, essas relações tornam-se muito evidentes e exteriorizam-se nas crises de acesso, de custos e de eficácia dos serviços de saúde.

Uma das mais importantes áreas de interesse da economia da saúde é o estudo da função distributiva dos sistemas de saúde. Daí os trabalhos sobre as desigualdades existentes nos serviços de saúde, tendo em vista a equidade possível. A equidade em saúde é um tema muito discutido; em geral conota equidade de acesso aos serviços, mas atinge desde equidade geográfica a equidade por classe social, por faixa etária ou grupo sócio-cultural, até a equidade de utilização e a equidade de resultados terapêuticos. Os trabalhos nessa área têm orientado a definição de políticas e prioridades de saúde de muitas regiões e países.

Outra controvérsia diz respeito ao direito à saúde. Muitos países ocidentais incluem em suas constituições saúde como um direito do cidadão. A falta de consenso inicia-se pela expectativa de se alcançar a saúde, sem a participação efetiva do indivíduo, de seus hábitos e modo de vida, como se saúde fosse um bem disponível independentemente das conseqüências das ações individuais. Tendo em vista recursos orçamentários limitados, a discussão chega à questão das prioridades da aplicação de recursos. Por exemplo, metade da verba anual de determinado órgão público de saúde foi destinada ao controle do câncer. Esse programa traz benefícios para a população em geral? Ou então dedica-se essa verba a programas de assistência primária à saúde, atingindo a maioria da população carente? Seria admissível que alguns têm mais direito à saúde que outros? Atribuir um preço à vida e uma escala de valores monetários para diferentes estados de saúde minimizariam essas dúvidas. No entanto, a natureza dessa discussão requer a participação de equipes profissionais multidisciplinares, justificando a aplicação de princípios econômicos para orientar a tomada de decisão.

Mais uma questão importante e controversa serão os serviços de saúde providos pelo setor público ou pela iniciativa privada? A busca por uma solução muitas vezes ignora a forma como essa provisão de serviços será financiada. Há a corrente que defende a provisão de serviços pelo Estado, com um sistema de saúde nacionalizado, a exemplo do existente no Reino Unido desde a década de 40. Por outro lado, há os que defendem a livre competição entre prestadores e fornecedores de bens e serviços de saúde, conferindo às forças do mercado o poder de controlar as relações entre os agentes envolvidos. Entre essas duas posições

opostas, existem outras aproximações e correntes, tornando a controvérsia "sistema público ou sistema privado" um dos assuntos mais discutidos por especialistas da área. Como resultado dessas discussões, surgem múltiplas formas de combinação de recursos públicos e privados que estão sendo testadas e implementadas em grande escala.

As transformações ocorridas no Leste Europeu e a volta à economia de mercado como estratégia político-social enfraqueceram o movimento por sistemas de saúde nacionalizados. Ao mesmo tempo, nota-se desinteresse geral pela preservação e até pelo aperfeiçoamento dos serviços de saúde governamentais existentes. Temas como eficiência e eficácia de hospitais governamentais raramente atraem a atenção de especialistas da área. Como resultado, nota-se a relativa ausência de propostas para o setor público de saúde. Ao mesmo tempo, cresce o número de adeptos da privatização dos serviços de saúde, muitas vezes desatentos à natureza do processo proposto. Entra a economia da saúde como recurso orientador dessa discussão, contribuindo para o entendimento da situação encontrada.

Um grande número de países não suporta financiar um sistema público de saúde, que em grande parte apresenta produtividade e desempenho baixos. Segmentos da população pressionam por alternativas mais adequadas aos tradicionais serviços oferecidos, conduzindo a uma séria busca pela combinação ideal de recursos públicos e privados. Alguns países admitem que o setor privado preencha os vazios tecnológicos e operacionais existentes nos sistemas oficiais, conferindo ao setor privado maior responsabilidade pelo funcionamento geral do sistema. Em outros, a privatização buscada parece ter o objetivo de livrar os governos do setor saúde, da confusão e da miríade de problemas nele contidos. Aspectos como o financiamento dos serviços, a segmentação do mercado, a demanda existente e o impacto de novos investimentos, todos temas comuns à economia da saúde, reúnem elementos essenciais à orientação das decisões no setor.

Até o momento não existem evidências comprovadas de que a promoção do setor privado de saúde cause um ganho de eficiência em qualquer nível do sistema de saúde. Parece que o maior impacto no desempenho do setor viria de mudanças estruturais mais profundas, atingindo a organização e os processos produtivos do setor. Daí a conclusão que se pode vislumbrar é a de que o movimento pela privatização dos serviços de saúde tem raízes ideológicas, no predomínio, observado atual-

mente, de uma visão mais individualista da organização social [Newbrander e Parker (1992)].

Desde o início, a filantropia participou da maioria dos sistemas de saúde no mundo, em parte condicionando sua estrutura e modo de funcionamento. Instituições filantrópicas são ainda responsáveis pela prestação de serviços em muitos países; em outros, o governo assumiu o papel de provedor, ou, muitas vezes, de principal financiador de um sistema de prestação de serviços de saúde sem fins lucrativos. No entanto, a filantropia no século XIX era diferente da filantropia atual, caso se possam denominar de filantrópicas as instituições de saúde que são isentas de impostos e taxas em troca da assistência gratuita de um percentual de sua clientela. Um hospital filantrópico típico reserva uma ala especial para pacientes não pagantes — entre 20 e 30% de seus leitos disponíveis —, enquanto gera receita no restante de sua capacidade operacional.

Por outro lado, instituições públicas que, tradicionalmente, ofereciam serviços gratuitos criaram mecanismos de cobrança em áreas físicas especialmente criadas para pacientes privados. Pagar pelo serviço recebido, mesmo que apenas em parte, tem o efeito de diminuir a utilização que, deixada totalmente gratuita, parece estimular o consumo desnecessário de serviços. Daí surgirem as "taxas moderadoras", mecanismo utilizado para conter a demanda por recursos escassos. A maioria dos países europeus, tradicionalmente com sistemas públicos de saúde, cobria taxas por serviços prestados pelos hospitais governamentais. Entre outros mecanismos inovadores encontrados nos serviços públicos de saúde, temos os seguintes: administração privada de hospitais públicos; associações entre hospitais públicos e fundações privadas, como mecanismo de fuga da burocracia estatal; privatização de serviços como laboratório clínico e radiologia; e co-gestão de hospitais privados pelo poder público.

Os mecanismos de regulamentação do mercado da saúde ainda estão nos estágios iniciais de concepção e aplicação. Aí existe mais uma área de interesse para a economia da saúde, ou seja, criar condições de melhoria das deficiências peculiares ao mercado dos serviços de saúde. Sem a pretensão de esgotar o assunto, apresentam-se algumas dessas deficiências: enorme participação estatal no setor saúde, como agente financiador dos serviços ou como prestador direto; a soberania do consumidor, imprescindível pelo menos teoricamente para o funciona-

mento do mercado, torna-se prejudicada diante da doença, do desconhecimento e da incerteza que a acompanham; a participação sempre crescente, no pagamento dos serviços, de terceiros que também desconhecem regras elementares do setor; e os determinantes e limites éticos e sociais do funcionamento das organizações de assistência à saúde.

O estudo da demanda de serviços de saúde tem aspectos muito específicos, segundo as diferentes interpretações, quais sejam: o preço que se paga por esses serviços, quem exerce a demanda (consumidores, prestadores, governo), o impacto de investimentos realizados sobre a demanda (a conhecida lei de Roemer, que afirma que um novo serviço de saúde tem a capacidade de gerar sua própria demanda, mesmo em mercados saturados), e a prioridade dada à saúde pela população. Por outro lado, a oferta de serviços de saúde se faz copiando a tecnologia criada nos países do Primeiro Mundo. Grandes interesses comerciais movem essa tendência, principalmente nas áreas de medicamentos e equipamentos médico-hospitalares. Não existe interesse em buscar tecnologia apropriada às condições existentes na localidade. Da mesma forma, os estudos críticos a esse respeito não mostram coerência e muito menos propostas viáveis de serem implementadas.

Mais que nunca o papel do Estado na regulamentação da oferta e da demanda de serviços de saúde é fundamental. O setor saúde parece ter sido esquecido, ou então existem interessados em manter o *status quo*. Outros setores terciários da economia já possuem mecanismos reguladores claros e eficientes.

Por todas essas razões, é importante sublinhar o papel da economia para o estudo da dinâmica do mercado de serviços de saúde. A economia da saúde lança mão da colaboração multidisciplinar para entender o significado das necessidades de serviços de saúde e as relações entre oferta e demanda. Também reconhece que a percepção dos processos patológicos é diferente para cada grupo social, afetando e sendo afetada pelo comportamento desses grupos em cada contexto. Cabe também analisar o papel influenciador que exercem os interesses comerciais, sejam de fabricantes de medicamentos ou equipamentos, sejam as diferentes formas de apresentação de planos e seguros-saúde e o papel dos médicos e diversos tipos de prestadores na decisão de consumo de serviços pelos pacientes.

1.3 - Principais Autores

A economia da saúde, como já mencionamos, não surgiu com esse nome. Seus autores inicialmente tratavam de questões sanitárias amplas, refletindo mais uma preocupação médico-social que uma tentativa de formulação de princípios teóricos especializados. Nessa linha, destacam-se os trabalhos de René Dubos e Henry Sigerist, que mantiveram uma certa consistência temática próxima de autores mais contemporâneos. É também necessário esclarecer que muitos outros autores contribuíram para o desenvolvimento inicial da economia da saúde com trabalhos esporádicos, importantes para o início da disciplina.

Em 1963, Arrow publica na *American Economic Review* um dos trabalhos clássicos da economia da saúde. De forma notável, o artigo introduz os conceitos fundamentais da área para os iniciantes. E vai além, focalizando aspectos de financiamento, para apresentar uma estrutura sobre a qual se fundamentam as discussões subseqüentes sobre o tema.

Em 1981, a Organização Panamericana da Saúde (OPS) desenvolveu um projeto de apoio aos programas de formação de administradores da saúde. Parte do relatório divulgado refere-se a um levantamento bibliográfico sobre economia da saúde. O levantamento foi realizado em bibliotecas médicas e administrativas, destacando-se a Biblioteca Regional de Medicina — Bireme — em São Paulo, além da colaboração de educadores e pesquisadores norte-americanos e ingleses. O período pesquisado iniciou-se em 1970, com ênfase em trabalhos em língua inglesa a partir de 1977. Ao todo, cerca de 250 trabalhos foram selecionados, publicações de várias origens como: capítulos de livros, artigos publicados em revistas especializadas e trabalhos acadêmicos de divulgação interna. Nota-se nesse relatório a preocupação de apresentar a seleção de artigos como parte de um universo muito maior, com inúmeras ligações a outros ramos das ciências humanas.

Outro trabalho importante citado no relatório da OPS é um levantamento bibliográfico realizado por Culyer, Wiseman e Walker em 1977. Esta bibliografia clássica em economia da saúde reúne 1.491 trabalhos, classificados em seções, em ordem cronológica, a partir de 1920. As seções são seguintes: trabalhos gerais e introdutórios; demanda de saúde; oferta de serviços de saúde; organização e financiamento de serviços de saúde; planejamento de sistemas de saúde; estudos de

utilização; e bibliografias. Trabalhos não publicados, documentos de trabalho e dissertações e teses acadêmicas não foram incluídos.

Nos Estados Unidos, existe um razoável número de autores a partir da década de 60. Alguns expoentes são Victor Fuchs, da Universidade de Stanford, Milton Roemer, da Universidade da Califórnia em Los Angeles, Vicente Navarro, da Universidade John Hopkins, e John Thompson e Robert Fetter, da Universidade de Yale. Estes últimos foram os principais responsáveis pelo desenvolvimento dos conceitos e aplicações dos *Diagnostic Related Groups* (DRG's) ou Grupos de Diagnósticos Homogêneos, um recurso muito utilizado para o pagamento e o controle de custos hospitalares. Com exceção de Fuchs, que teve uma coletânea de seus trabalhos publicada recentemente sob o título *The Health Economy*, nenhum dos outros autores citados faz parte do grupo mais especializado de economistas da saúde dedicados integralmente ao desenvolvimento desta especialidade.

O Reino Unido destaca-se pela contribuição ímpar que tem oferecido ao desenvolvimento teórico da economia da saúde. Em primeiro lugar, Brian Abel-Smith, professor de administração social da Escola de Economia e Ciências Políticas de Londres. O professor Abel-Smith foi aluno de Keynes em Cambridge, sendo influenciado desde o início de seu trabalho por Richard Titmuss, então seu antecessor na disciplina de administração social. Titmuss era um dos teóricos mais conceituados do pensamento do *Welfare State*, em sua fase original, mas seu trabalho desenvolveu-se para descrever aspectos qualitativos e éticos das condições de vida das populações. Sua contribuição continua sendo um expoente na literatura especializada. Abel-Smith desenvolveu grande parte de seu trabalho em nível internacional como consultor de várias organizações como a Organização Mundial da Saúde e a Organização Internacional do Trabalho. Seu livro *Value for Money in Health Services*, cuja primeira edição data de 1976, é um marco teórico na economia da saúde. Novamente, nota-se que este prolífico autor não adotou o título de professor de economia da saúde.

No entanto, duas outras verdadeiras escolas desenvolveram-se no Reino Unido: uma delas na Universidade de Aberdeen, liderada por Gavin Mooney, e a outra em York, chefiada por Anthony Culyer e Alan Maynard. Esses dois grupos têm publicado inúmeros artigos em revistas especializadas, sob a rubrica de economia da saúde, e atraído profissionais de todo o mundo para seus cursos, programas intensivos de treina-

mento de economistas da saúde, programas acadêmicos de pós-graduação e pesquisa aplicada. Com um sistema de serviços de saúde estatizado desde a década de 40, é interessante observar, sendo até mesmo paradoxal, o interesse que a economia da saúde tem despertado no Reino Unido. Talvez haja nesse país mais economistas da saúde que a somatória de profissionais com o mesmo perfil em todos os países de renda média e baixa.

Em outros países europeus, encontram-se autores consagrados em economia da saúde. Na França, Emile Levy, da Universidade de Paris-Dauphine, Dominique Jolly, da Universidade de Paris-Broussais, e Michelle Fardeau, da Universidade de Paris-Sorbonne, congregam em torno de si uma série de especialistas que produzem consistentemente trabalhos na área. Na Espanha, Juan Rovira e Vicente Ortún, ambos atualmente em Barcelona, têm contribuído para o desenvolvimento da disciplina, especificamente tentando divulgar e padronizar a metodologia de análise econômica aplicada ao setor saúde. Em Portugal, destaca-se o trabalho pioneiro do professor Antonio Correia de Campos, da Escola Nacional de Saúde Pública de Lisboa. Ai, Campos iniciou a disciplina de economia da saúde, tendo atraído profissionais de destaque na área, como Maria do Rosário Giraldes, Francisco Ramos e João Pereira, todos contribuintes desta publicação. Os estudos portugueses sobre o mercado dos serviços de saúde, a equidade, os critérios distributivos adotados a partir de políticas de saúde, e estudos de viabilidade econômico-financeiras, entre outros, são referência para outros países de língua portuguesa e cada vez mais firmam-se no cenário mundial como excelentes marcos teóricos da disciplina. Os trabalhos acadêmicos mais recentes de Campos e Giraldes tratam especificamente do ensino da economia da saúde, fundamentados na experiência de mais de uma década.

Aparentemente não há escassez de textos econômicos aplicados à saúde. A divulgação desse conhecimento, no entanto, nem sempre faz justiça ao capital intelectual existente. Há alguns anos, textos de apoio didático em língua portuguesa eram raros. Os cursos de economia da saúde utilizavam traduções e adaptações de artigos estrangeiros à realidade dos serviços de saúde no Terceiro Mundo. Mais recentemente, com o fluxo constante de material didático originário da escola de Lisboa e de alguns centros brasileiros, ficou mais fácil o acesso ao conhecimento próprio da disciplina. Este trabalho preenche uma lacuna for-

mal em língua portuguesa, auxiliando professores e alunos de economia da saúde.

Quem ensina economia da saúde? Esta pergunta suscita uma controvérsia ainda não resolvida nos meios acadêmicos. Seria a disciplina parte do departamento de economia, ministrada por um economista a partir de conceitos fundamentais e, daí, buscando suas aplicações específicas? Ou seria responsabilidade de uma equipe multidisciplinar, com a participação de profissionais de saúde, coordenados por um economista? Ou, ainda, uma área de especialização em que o economista da saúde, com formação e experiência real no campo, conduziria seus alunos à descoberta de novos conceitos e sua aplicação prática? São encontrados, nos cursos existentes, todos os modelos citados. Cada um tem suas vantagens e desvantagens, visto que é difícil conseguir professores especializados na disciplina, o cenário ideal.

Acresce-se a isso o público-alvo dos cursos de economia da saúde. Geralmente, a disciplina faz parte de cursos de especialização e de pós-graduação, como parte obrigatória ou eletiva, na formação de administradores de saúde de alto nível. Observa-se uma combinação bastante heterogênea de formações universitárias nesses cursos, com nítido predomínio de profissionais de medicina e enfermagem. Estes, como também outros profissionais de saúde, têm pouco ou nenhum conhecimento prévio de economia. Originalmente prático-profissionais, os integrantes desses cursos apresentam dificuldades básicas para acompanhar o nível de abstração necessário ao raciocínio econômico. Não é raro acumularem-se mal-entendidos entre professor e alunos, que não aceitam, por exemplo, a idéia de estimar um preço para valores intrínsecos ao ser humano, como é o caso da saúde.

Neste ponto, deve-se considerar o papel das técnicas de educação modernas para minimizar o conflito potencial existente entre economia e saúde. O trabalho didático com pequenos grupos de alunos, responsáveis pela execução de trabalhos de aplicação dos conceitos econômicos à sua realidade concreta, pode ultrapassar as barreiras inicialmente colocadas como impeditivas ao processo de transferência desse conhecimento especializado. A realização de seminários é outro recurso útil, ao tornar grupos pequenos de alunos responsáveis pela apresentação dos resultados de seus estudos em classe aos seus colegas. Desta iniciativa resulta a dinâmica necessária ao cumprimento dos objetivos educacio-

nais. Além disso, possibilita, de forma prática, a percepção relativa do valor econômico empregado no campo da saúde.

1.4 - A Abrangência da Economia da Saúde

No Brasil, assim como em outros países de economia semelhante, o mosaico de serviços de saúde que a população encontra está distorcido por uma série de razões:

- os serviços não correspondem às necessidades da população;
- a distribuição geográfica dos recursos é extremamente desigual;
- em algumas áreas existe excessivo uso de alta tecnologia médico-hospitalar para tratar os efeitos de moléstias *preveníveis*;
- o uso excessivo e a venda liberal de medicamentos;
- internações desnecessárias, referências a outros níveis e exames supérfluos;
- competição do setor privado com o setor público por exames auxiliares lucrativos e cirurgias eletivas; e
- distribuição do financiamento proveniente da seguridade social sem mecanismos apropriados de controle.

Como consequência, os custos dos serviços estão fora de controle, sendo difícil medir benefícios, mesmo a partir de programas específicos. Os incentivos direcionam-se à especialização; o governo premia procedimentos de alto custo com programas especiais e remuneração diferenciada. As indústrias farmacêutica e de equipamentos médico-hospitalares seguem essa tendência, também estimulando o desenvolvimento de especialistas.

As estimativas oficiais dão conta de que 95% da população brasileira tem cobertura de serviços de saúde. Enquanto isso, cerca de 30% da população não tem acesso a qualquer tipo de serviço. São os habitantes da periferia das grandes cidades e a população de áreas remotas. Planejamento e controles insuficientes tornam o sistema de saúde burocrático e ineficaz, com marcante ausência de padrões assistenciais mínimos.

Em face dessas comprovações, é natural que sejam levantadas algumas perguntas, fundamentais ao início de uma discussão mais sistemática sobre o papel dos serviços de saúde:

- Os serviços de saúde têm conseguido promover saúde?
- Quais os princípios que regem a organização e o financiamento desses serviços?
- É possível manter um certo número de serviços disponíveis sempre que necessários e em todas as localidades?
- É possível diminuir o custo dos serviços sem alterar sua qualidade?

Essas perguntas são amplas e não podem ser respondidas sem a devida contextualização, ou seja, existe um pano de fundo no qual elas se confundem ou do qual se destacam. Para seu estudo e discussão, o referencial teórico da economia da saúde torna possível ligar um tema ao outro, entendendo suas relações e dinâmica interna. De outra forma, seriam vistos como problemas pontuais, analisados em perspectivas particulares, com a conseqüente perda da visão de conjunto, essencial para a compreensão das alternativas existentes no setor saúde e a complexidade de sua implementação.

A economia da saúde busca ainda respostas a perguntas como:

- Quanto um país deve gastar com saúde?
- Como devem ser financiados os gastos com saúde?
- Qual a melhor combinação de pessoal e tecnologia para produzir o melhor serviço?
- Qual a demanda e qual a oferta de serviços de saúde?
- Quais as necessidades de saúde da população?
- O que significa atribuir prioridade?
- Quando e onde deve ser construído um novo hospital?
- É preferível prevenir a curar em que condições?
- Quais as implicações da introdução das taxas moderadoras sobre a utilização de serviços?

Em 1990, o gasto mundial com saúde atingiu 1,7 trilhão de dólares, ou cerca de 8% da renda mundial. Desse total, o gasto governamental com saúde ultrapassou 900 bilhões de dólares, mais que 5% da renda mundial. Esse nível de despesa torna imperativo que se entenda o impacto das políticas públicas sobre a saúde das populações. Além do impacto direto na saúde, os governos também exercem influências indiretas no setor, com políticas educacionais, de saneamento básico e a regulamentação do setor sanitário e de seguros. Apesar de diferenças muito grandes na atuação governamental entre os vários países, é inquestionável seu papel no setor. Decorre daí que as respostas às perguntas apresentadas geralmente se iniciam pelo gasto público em saúde, ou pelo menos pelo estudo da intervenção estatal no setor.

A responsabilidade governamental é enorme quando se trata do uso racional dos recursos públicos investidos em saúde. Isto quer dizer destinar recursos de forma a se obterem resultados positivos nos indicadores de saúde selecionados para medir o impacto das políticas e programas públicos. O setor privado também reage de alguma forma a esse nível de investimento público em saúde, nem sempre conseguindo resultados satisfatórios. Daí a importância da clareza e compreensão profundas da intervenção estatal no setor, para direcionar uma melhor destinação do investimento privado. Existe amplo consenso sobre o papel de intervenções simples na melhoria do estado de saúde das populações, sem necessidade de alta especialização e alta tecnologia. As técnicas de prevenção e a educação para a saúde são amplamente utilizadas pelo setor privado, no sentido de obter melhor resultado para os recursos disponíveis para determinada população.

A partir desse raciocínio, o Banco Mundial publicou recentemente seu relatório de 1993, intitulado *Investing in Health*. Entre outros tópicos, trata de observar a relação existente entre gasto com saúde e resultados mensuráveis. Não se comprova, pelos dados apresentados, que a um nível maior de gastos em saúde correspondam melhores condições de saúde, assegurando-se um certo grau de controle das variáveis contextuais. Os estudos utilizaram como indicadores a esperança de vida ao nascer e a mortalidade infantil. O que explicaria esse fenômeno? Quanto pode ser atribuído à estrutura do sistema de saúde considerado? Há possibilidade de melhoria dessa situação com políticas públicas adequadas? Mais questões a serem dirigidas à economia da saúde.

A abrangência da economia da saúde atinge todos os aspectos formais do que constitui a vida econômica do setor saúde de uma determinada região. A partir de questões amplas de política governamental, chega a detalhes técnicos específicos a uma dada situação. Suas análises contribuem para que as pessoas possam viver vidas mais longas e saudáveis. Ao possibilitar maior acesso aos serviços de saúde, a contribuição desta disciplina transforma os investimentos em melhores condições de saúde, estabelecendo assim a base para o crescimento econômico futuro.

I.5 - A Definição da Economia da Saúde

Samuelson (1976, p.3) define a economia como o "estudo de como os homens e a sociedade escolhem, com ou sem o uso de dinheiro, a utilização de recursos produtivos limitados, que têm usos alternativos, para produzir bens e distribuí-los como consumo, atual ou futuro, entre indivíduos e grupos na sociedade. Ela analisa os custos e os benefícios da melhoria das formas de distribuir os referidos recursos."

A aplicação dessa definição ao setor saúde é direta; nele encontramos recursos produtivos limitados, geralmente escassos, e parte de um processo decisório centralizado e de natureza política. A utilização desses recursos não tem destinação prévia, cabendo aos planejadores determinar seu uso alternativo. Atribuídos ao setor saúde, resultam em bens e serviços que serão distribuídos de acordo com as características e estrutura do sistema de saúde, com impacto imediato ou futuro, atingindo indivíduos ou grupos definidos da população. Por fim, a análise econômica avalia custos e benefícios, tomados de forma ampla, para o aperfeiçoamento das formas de distribuição e futura programação da intervenção no setor.

Uma definição ampla da economia da saúde seria *a aplicação do conhecimento econômico ao campo das ciências da saúde, em particular como elemento contributivo à administração dos serviços de saúde*. Uma outra proposta de definição, ainda em estágio inicial, porém mais específica, seria a seguinte: *o ramo do conhecimento que tem por objetivo a otimização das ações de saúde, ou seja, o estudo das condições ótimas de distribuição dos recursos disponíveis para assegurar à população a melhor assistência à saúde e o melhor estado de saúde possível, tendo em conta meios e recursos limitados*.

Campos (1985) vai além para afirmar que a economia da saúde "não é um mero saco de ferramentas; antes é um modo de pensar que tem a ver com a consciência da escassez, a imperiosidade das escolhas e a necessidade de elas serem precedidas da avaliação dos custos e das consequências das alternativas possíveis, com vistas a melhorar a repartição final dos recursos". Neste ponto de vista, é amparado por Culyer (1978), que afirma que poucos conceitos econômicos não são aplicáveis ao setor saúde. Daí a economia da saúde não existir de forma independente da economia.

Em seu conteúdo teórico fundamental, a economia da saúde explora conceitos econômicos tradicionais, que passam a fazer parte da linha de raciocínio empregada pelos profissionais da área: sistemas econômicos e agregados macroeconômicos; orçamento do governo, déficits e dívida pública; teoria do consumidor; teoria da produção e dos custos; comportamento das empresas e das famílias; sistema de preços do mercado, demanda e oferta de bens e serviços; e avaliação econômica de projetos, com análise de custo, benefício, eficácia, efetividade e utilidade.

Deste corpo de conceitos econômicos mais amplos, a economia da saúde passa a explorar tópicos relevantes para seu campo de aplicação: o papel dos serviços de saúde no sistema econômico; o sistema de produção e distribuição de serviços de saúde; as formas de medir o impacto de investimentos em saúde; o estudo de indicadores e níveis de saúde correlacionados a variáveis econômicas; o emprego e os salários de profissionais de saúde e a oferta de mão-de-obra; a indústria da saúde no capitalismo avançado; o comportamento do prestador de serviços e suas relações com o consumidor; a análise de custo-benefício, de custo-efetividade e de custo-utilidade de serviços ou bens específicos, além de análise das políticas de saúde em vários níveis.

De acordo com a definição da disciplina, decorrem tópicos mais abrangentes ou mais específicos, variando também segundo os objetivos educacionais que porventura existam dentro de determinado contexto. Como parte integrante dos tópicos, da disciplina, parece obrigatório incluir a análise da controvérsia entre estatização e privatização dos serviços de saúde, principalmente após as mudanças político-sociais recentes no Leste Europeu. Neste tópico vale ressaltar o papel do governo em sistemas predominantemente privados, além de introduzir a necessidade do desenvolvimento da regulamentação do setor.

Bibliografia

- ABEL-SMITH, B. *Value for money in health services*. — London: Heinemann, 1976.
- ARROW, K.J. Uncertainty and the welfare economics of medical care. *American Economic Review*, n. 53, 1963.
- CAMPOS, A.F.C. *Disciplina autônoma de economia da saúde*. — Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 1985. mimeo
- CULYER, A.J., WISEMAN, J. Walker, A. An Annotated bibliography of health economics. — New York: St Martin's Press, 1977.
- CULYER A. J. e WRIGHT, K. G. (eds.) *Economic Aspects of Health Services*. — London: Martin Robertson, 1978.
- FUCHS, V. *The Health economy*. — Cambridge: Harvard University Press, 1986.
- HERSCH-COCHRAN, M. *Survey on education and training programmes in health economics*. — Copenhagen: World Health Organization, 1987.
- JOLLY, D. L'enseignement de l'economie de la santé. *Cahiers Français*, n. 188, 1978.
- NEWBRANDER, W., e PARKER, D. The Public and private sectors in health: economic issues. *International Journal of Health Planning and Management*, n. 7, 1992.
- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, Referências Bibliográficas, Parte II, economia da saúde. 1981. mimeo
- SAMUELSON, P. *Economics*, New York: Mcgraw Hill, 1976, p. 3.
- THOMPSON, J.D.; FETTER, R.B. e SHIN, Y. One Strategy for controlling costs in university teaching hospitals, *Journal of Medical Education*, n. 53, 1978.
- WORLD BANK. *World development report 1993: investing in health*. — New York: Oxford University Press, 1993.