

Título do capítulo APÊNDICE
GLOSSÁRIO DE ECONOMIA DA SAÚDE

Autores (as) João Pereira

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 1998

Edição 2ª

ISBN 85-86170-42-9

DOI

© Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – **ipea** 1998

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.

Glossário de Economia da Saúde

João Pereira **

Glossário

Este glossário tem como objectivo explicar o significado dos termos e conceitos de utilização mais freqüente na literatura sobre economia da saúde. Destina-se principalmente a leitores sem formação em economia, tais como médicos, enfermeiros, administradores e outros profissionais de saúde. Mesmo assim, profissionais de outras áreas (por exemplo, economistas cujo interesse principal resida em temas que não saúde) encontrarão nele algum material de utilidade para a sua actividade profissional.

Os termos salientados no decorrer de uma explicação encontram-se definidos em outro lugar do texto. Imediatamente após alguns conceitos, indica-se o termo correspondente em inglês, que continua a ser a língua de referência para a transmissão de conhecimentos de economia da saúde.

Actualização — Processo de cálculo que permite determinar o valor equivalente, no momento presente, dos custos e conseqüências que ocorram no futuro. Regra geral, os efeitos dos programas de saúde manifestam-se ao longo do tempo, prolongando-se mesmo por vários anos.

Agradeço a Solon Magalhães Vianna e seus colaboradores, do IPEA e da Associação Brasileira de Economia da Saúde (Abres), pelo convite que me endereçaram.

Agradeço também a Carlos Gouveia Pinto, Maria do Rosário Giraldez e Francisco Ramos seus comentários e sugestões, que me permitiram melhorar a versão inicial do glossário consideravelmente. Gouveia Pinto, em particular, sugeriu redações alternativas para algumas entradas; tomei a liberdade de incorporá-las nesta versão. Ana Maria Cardoso dactilografou o texto com a sua habitual eficiência. Quaisquer erros ou omissões são de minha inteira responsabilidade.

** Da Escola Nacional de Saúde Pública de Lisboa.

Da mesma forma, alguns tratamentos ou programas requerem a utilização de recursos monetários ao longo de períodos muito longos. A justificação económica para a homogeneização de custos e conseqüências para valores actuais radica no conceito de preferência temporal e nada tem a ver — como por vezes se supõe — com a inflação. Qualquer agente económico racional optaria por efectuar determinada despesa no futuro em vez de no momento presente, como preferiria os benefícios actuais àqueles a obter no futuro. A actualização faz-se pela seguinte fórmula:

$$V_0 = \left[V_t / (1+r)^t \right]$$

em que r é a taxa de actualização (expressa como número decimal) e V_t é o valor do custo ou benefício no ano t que deverá ser actualizado para o seu valor actual, V_0 . O valor de referência para a taxa de actualização no domínio da saúde é de 5%. Contudo, dever-se-á notar que existe algum desacordo na literatura quanto a este valor, pelo que é aconselhável ensaiarem-se várias hipóteses com uma *análise de sensibilidade*.

Análise de Custos — Análise simples de todos os custos de um dado programa ou acção de saúde. Uma análise de custos deverá incluir tanto os *custos fixos* como os *custos variáveis*, tanto encargos de capital como encargos correntes, tanto os custos individuais como os sociais, e deverá ainda incluir os custos suportados directamente pelo indivíduo ou pela comunidade e aqueles incorridos indirectamente (por exemplo, tempo perdido).

Análise Custo-Benefício (ACB) — Método de avaliação económica que tem por objectivo identificar, medir e valorizar os custos e benefícios sociais de determinadas acções. A ACB procura avaliar, sistematicamente, todos os custos e resultados associados a alternativas diferentes, para determinar qual (ou quais) alternativas maximiza(m) a diferença ou a razão entre benefícios e custos. A ACB distingue-se dos outros métodos de avaliação económica por valorizar tanto os custos como os resultados em termos monetários.

Análise Custo-Efectividade (ACE) — Método de avaliação económica teoricamente menos ambicioso do que a ACB. Distingue-se desta última pelo facto de os resultados ou conseqüências dos programas de saúde serem medidos em unidades físicas (por exemplo, anos de vida ganhos ou casos detectados). O método ACE justifica-se quando os bene-

fícios são dificilmente monetarizáveis. Regra geral, procura responder a dois tipos de pergunta: que programa é capaz de realizar objectivos pré-fixados ao menor custo possível (por exemplo, o custo mais baixo por vida salva); ou, alternativamente, que tipo de actividade permite maximizar os benefícios de uma dada verba? Em cada caso, fixa-se um dos parâmetros, avaliando-se, respectivamente, qual dos programas maximiza os benefícios ou minimiza os custos. Deve-se notar que alguns autores denominam a ACE de análise custo-eficácia. Contudo, no domínio da saúde a distinção que se faz entre *eficácia* e *efectividade* implica que o termo custo-efectividade seja o mais apropriado.

Análise Custo-Utilidade (ACU) — Forma de *avaliação económica* semelhante à ACE, mas na qual as conseqüências dos programas de saúde são medidas numa unidade física combinada com elementos qualitativos. O termo *utilidade* neste caso representa o valor (para o individuo ou para a sociedade) de determinado nível de saúde. Os resultados das análises custo-utilidade expressam-se em termos de custo por dia saudável livre de doença ou custo por *ano de vida ajustado pela qualidade*. A maior parte dos investigadores sustenta que este tipo de avaliação é de todas a mais razoável no domínio da saúde, pois não implica a monetarização dos benefícios e torna claro que o objectivo da intervenção médica não é apenas a maximização da sobrevivência mas, sobretudo, a qualidade de vida para o doente e seus familiares.

Análise de Sensibilidade — Procedimento utilizado na *avaliação económica* de programas que visa testar até que ponto as variações nos pressupostos e na informação de base podem afectar as conclusões. É comum, por exemplo, compararem-se os efeitos do uso de taxas diferentes na *actualização* de benefícios e custos. Da mesma forma, quando a informação estatística é pouco fiável, revela-se útil discutir os resultados com o uso de um conjunto de valores alternativos tidos como razoáveis. Em ambos os casos, o objectivo é o mesmo: ponderar adequadamente a incerteza. Se após a realização de uma análise de sensibilidade os resultados quantitativos do estudo forem insensíveis às alterações ensaiadas — e estas forem razoáveis — , afirma-se que as conclusões da avaliação são robustas.

Anos de Vida Ajustados pela Qualidade (AVAQ) — Unidade de medida do estado de saúde de uma pessoa ou grupo de pessoas, obtida a partir da homogeneização qualitativa da esperança de vida. Para calcular os AVAQ's potenciados por determinada intervenção médica é preciso,

antes de mais nada, obter o valor da esperança de vida dos indivíduos afectados pela intervenção. Seguidamente pondera-se este valor por uma estimativa do estado de saúde ou da qualidade de vida que as pessoas usufruem após a intervenção. Tal avaliação, por vezes designada pelo termo *utilidade*, baseia-se em resultados obtidos na literatura médica ou directamente com inquéritos junto à população ou a profissionais. Em todos os casos procura-se obter uma valorização comparativa de diferentes estados de saúde. O método AVAQ permite o ajustamento qualitativo dos resultados físicos dos tratamentos médicos e fornece um denominador comum para a comparação dos custos e conseqüências de programas e intervenções clínicas distintas.

Avaliação Económica — Análise comparativa de determinadas actividades, processos ou estruturas em termos dos seus custos e conseqüências. Os principais métodos de avaliação económica utilizados no domínio da saúde são a *análise custo-benefício*, a *análise custo-efectividade* e a *análise custo-utilidade*. Cada uma procura identificar, medir e comparar tanto os custos como os efeitos das alternativas em estudo. De acordo com alguns autores apenas se deverá aplicar o termo avaliação económica quando se verificarem as seguintes condições: (i) comparação de duas ou mais alternativas; e (ii) avaliação simultânea dos custos (*inputs*) e conseqüências (*outputs*) das alternativas em estudo. Deste modo, uma *análise de custos*, mesmo que se reporte a vários programas de saúde, não deverá ser considerada uma avaliação económica completa, na medida em que exclui do seu âmbito de análise as alterações no estado de saúde da população resultantes da aplicação dos programas. Também não se deverá considerar uma avaliação conjunta dos custos e resultados de um único programa como uma avaliação económica completa. Neste caso não há qualquer comparação com outras alternativas.

Bem de Mérito — Bem de consumo individual cuja utilização dá origem a benefícios superiores àqueles gozados pelo consumidor. Nas sociedades modernas é geralmente aceite que grande parte das prestações de saúde se enquadram nesta categoria, havendo, no entanto, algumas excepções, como a cirurgia plástica por razões meramente estéticas. A qualidade de bem de mérito provém da existência de *externalidades* positivas, tais como os efeitos indirectos da vacinação ou a satisfação que a comunidade obtém ao saber que todos os cidadãos têm acesso aos serviços de saúde em caso de necessidade. Os bens de mérito são nor-

malmente consumidos em quantidades inferiores ao óptimo social, dado que o consumidor raramente se encontra sensibilizado para os efeitos externos do seu consumo.

Bem Económico — Todo bem escasso que gera *utilidade*. Englobam-se nesta definição, portanto, todos os bens que estão disponíveis em quantidades limitadas em relação às necessidades ou aos benefícios que poderão gerar.

Bem Inferior — Bem económico cujo consumo decresce quando o rendimento do consumidor aumenta. Alguns bens usualmente tidos como inferiores, com base em estudos empíricos, são batata, pão, arroz e margarina. No domínio da saúde é possível que as consultas de clínica geral prestadas em estabelecimentos públicos sejam um bem inferior, na medida em que se denota uma tendência para maior consumo deste tipo de cuidado no sector privado quando os usuários possuem rendimentos mais elevados. —> *Bem normal*

Bem Normal — Bem económico cujo consumo aumenta à medida que aumenta o rendimento do consumidor. —> *Bem inferior*

Bem Público — Bem económico cujo consumo se caracteriza pela não-exclusividade (impossibilidade de excluir o consumo de um indivíduo em particular) e pela não-rivalidade (o consumo de determinada pessoa não reduz a quantidade disponível do bem para os restantes membros da sociedade). A provisão de tais bens revela-se altamente ineficiente com o mecanismo de mercado. Exemplos típicos são a defesa nacional e o farol costeiro. No domínio da saúde, a quantidade de bens públicos é menor do que de início se poderia pensar. De modo prático, apenas se devem considerar como bens públicos puros as medidas contra a poluição ambiental e a erradicação de doenças contagiosas. No entanto, existem diversos serviços com características de bem público, pelo facto de ser ineficiente excluir determinados indivíduos do seu consumo. Há que assinalar ainda que não se deve confundir a referência habitual aos cuidados de saúde como um "serviço público" com o conceito económico de bem público. Os termos mais apropriados para assinalar as características de "serviço público" associadas aos bens de saúde são os conceitos de *bem de mérito* e *bem social*.

Bem Privado — Bem económico cuja utilização por determinado indivíduo exclui a utilização por parte de outrem e cujos benefícios revertem apenas para o utilizador.

Bem Social → *Bem de mérito*

Benefícios — Ganhos ou efeitos positivos de qualquer procedimento, tratamento ou programa de saúde.

Capitação — Sistema de remuneração em que o médico recebe um pagamento fixo por usuário inscrito na sua lista, independentemente da quantidade de serviços a prestar.

Capital Humano — Capacidade, aptidão e especialização possuídas pelo indivíduo que lhe permitem gerar resultados desejáveis, tais como acréscimos de rendimento ou de saúde. À semelhança da formação de capital físico (por exemplo, construção de edifícios, aquisição de máquinas, etc.), os períodos dedicados à educação formal e informal são considerados como formação de capital humano. No modelo de procura de saúde de Grossman, o bem saúde é interpretado como um bem duradouro que produz um fluxo desejado, que se designa por tempo saudável livre de doença. Cada indivíduo é dotado de um estoque inicial de saúde que, à semelhança de outras formas de capital, tende a se depreciar ao longo do tempo. Tal depreciação pode ser atenuada com investimento nesse estoque, o que implica nutrição mais saudável, boa educação, cuidados de saúde apropriados, etc. Neste contexto, a procura de cuidados de saúde não tem razão de ser própria, derivando assim de uma procura mais fundamental, a da própria saúde. Embora na sua versão original o modelo de Grossman fosse pouco acessível para não-economistas, dada a sua abstração matemática, constitui hoje uma pedra-chave na análise do comportamento dos indivíduos com relação à saúde.

Comportamento Racional — Hipótese de comportamento que a ciência económica geralmente atribui aos agentes económicos e que implica coerência lógica na relação entre meios e fins. Em termos formais, um agente racional é aquele que ordena as suas preferências de acordo com a informação ao seu dispor e escolhe a alternativa que lhe dá maior satisfação (*i.e.*, em que a diferença entre benefícios e custos é superior). O acto de fumar pode, assim, ser encarado como um comportamento racional para o consumidor, quando este valoriza o prazer de fumar acima dos eventuais prejuízos para a sua saúde.

Co-Pagamento — Parte proporcional ou fixa do custo total de determinada prestação de saúde, paga pelo usuário. Vigora tanto em sistemas privados como públicos, sendo as *taxas moderadoras* um dos exemplos

mais comuns. Os co-pagamentos são normalmente defendidos com base na ação racionalizadora da procura, embora se sustente também que constituem uma fonte de financiamento importante para os sistemas públicos de saúde. A primeira justificação está associada ao conceito de *risco moral*, observável em qualquer situação em que um terceiro pagador cobre os riscos. Existem, no entanto, muitas dúvidas (teóricas e empíricas) na literatura sobre a *eficácia* dos co-pagamentos como mecanismo moderador da procura de cuidados. —> *Indução da procura pelo prestador; relação de agência.*

Curva de Lorenz —> *Curva de concentração*

Curva de Concentração — Representação gráfica da distribuição socioeconómica de determinado atributo X. Uma curva de concentração tem por coordenadas a porcentagem acumulada da variável X no eixo vertical e a porcentagem acumulada da população, quando ordenada pelos níveis de rendimento, no eixo horizontal. No domínio da saúde, as curvas de concentração têm sido utilizadas para medir a equidade no financiamento e na prestação de cuidados de saúde. Há que distinguir claramente entre curvas de concentração e *curvas de Lorenz*, dado que estas últimas ordenam a população de acordo com a variável em estudo e não segundo o rendimento das pessoas. Assim, uma curva de Lorenz da despesa em saúde indica as diferenças populacionais existentes nessa variável, enquanto uma curva de concentração análoga dá-nos conta das desigualdades que estão relacionadas com o nível socioeconómico da população.

Curva de Engel — Curva que representa a relação entre o rendimento do consumidor e a quantidade procurada de determinado bem ou serviço.

Curva de Indiferença — Representação gráfica de diferentes cestas de bens económicos que geram iguais níveis de satisfação (*utilidade*) para o consumidor.

Curva da Procura — Representação gráfica da relação entre o preço e a quantidade consumida de um bem. —> *Procura*

Curva da Oferta — Curva que descreve a relação entre a quantidade de um bem que é posta à venda no *mercado* e o preço desse mesmo bem.

Custo — Valor de todos os recursos utilizados na produção e distribuição de bens e serviços.

Custos Directos — Custos incorridos com a organização e operacionalização de determinado programa de saúde. As categorias de custo directo com maior peso são geralmente as despesas com pessoal, materiais consumíveis e energia e os gastos com capital. Para além destes custos de produção incorridos pelos serviços inclui-se ainda, sob a rubrica de custos directos, os gastos efectuados pelos usuários e seus familiares.

Custos Fixos — Custos que não são passíveis de alteração a curto prazo, pelo facto de serem independentes do volume de produção (por exemplo, rendas, gastos com capital, etc.).

Custos Indirectos — Custos associados à perda de produção económica devido à participação do usuário em determinado programa de saúde e ainda os chamados custos "psíquicos" ou intangíveis, tais como ansiedade, dor e desconforto associados aos próprios tratamentos. Deve-se notar que em contabilidade se apelidam de custos indirectos todos os gastos fixos que não variam com o volume de produção, reservando-se o termo custo directo para aquilo que os economistas chamam *custos variáveis*. Qualquer utilizador de estudos de avaliação económica no domínio da saúde deverá permanecer atento a esta potencial fonte de confusão.

Custo Marginal — Acréscimo no custo total resultante do incremento de uma unidade no volume de produção. Em termos matemáticos, corresponde à primeira derivada da função de custo total.

Custo Médio — Quociente que se obtém ao dividir o custo total de produção de um bem, produto ou resultado pelo número de unidades produzidas.

Custo de Oportunidade — Valor da melhor alternativa não concretizada em consequência de se utilizarem recursos escassos na produção de um dado bem ou serviço. O custo de oportunidade é o verdadeiro custo em que a sociedade incorre ao fornecer um programa de saúde à população, na medida em que os recursos humanos e materiais empregues nesse programa ficam indisponíveis para outros fins. Como exemplo, considere-se o custo da diálise renal hospitalar. Os custos normalmente publicados dão-nos conta de diversos fluxos monetários, tais como os gastos com pessoal, equipamento, uma porção dos custos fixos do hospital, etc. Para o economista, no entanto, esta visão contabilística é pouco esclarecedora para a tomada de decisão. O que importa saber é o

valor dos benefícios que se perdem ao usar determinados recursos no serviço de diálise (por exemplo, a prestação de cinco mil consultas externas, a formação de 50 enfermeiros, etc.). Na prática, a identificação dos custos de oportunidade revela-se uma tarefa repleta de dificuldades, que requer diversos tipos de valorização conforme a actividade que se pretende avaliar (por exemplo, utilizando preços de mercado, imputação com *preços-sombra*, consulta a profissionais, etc.). Há que notar ainda que quanto maior for a escassez de recursos, maiores serão os custos de oportunidade de determinada decisão.

Custo Privado → *Custo social*

Custo Social — O custo de determinada actividade para a sociedade no seu todo, e não apenas para os indivíduos ou instituições envolvidas na sua realização. O custo social de qualquer procedimento médico incluirá tanto os custos incorridos pela clínica ou hospital como aqueles suportados pelos usuários e por outros sectores da sociedade. O custo social não equivale necessariamente ao somatório dos custos privados. No caso de um programa de imunização, por exemplo, o custo social será menor do que os custos privados, dado que outros indivíduos, além dos vacinados, virão a se beneficiar com a implementação do programa. Como é evidente, o conceito de custo social está estreitamente relacionado com o conceito de *externalidade*.

Custos Variáveis — Custos cuja dimensão depende do volume de produção, por exemplo, aprovisionamento, pagamentos ao acto (à vista), alimentação, etc.

Demanda — Quantidade de um bem que o consumidor está disposto a adquirir a cada nível do preço, mantendo-se inalteráveis todos os outros factores que afectam o consumo desse bem (por exemplo, o rendimento do consumidor, o seu nível de instrução, o seu grau de morbidade, etc.). No domínio da saúde, os estudos empíricos interessam-se igualmente pelos efeitos dessas outras variáveis sobre o consumo de cuidados, e a noção de preço estende-se para além do preço de consumo para incluir o *preço do tempo* e o preço de deslocação ao local de atendimento. Dois modelos fundamentais são utilizados pelos economistas para estudar a *procura* no campo da saúde: (i) o modelo tradicional, que analisa o consumo de cuidados à semelhança de outros *bens económicos*, isto é, em função de preço, rendimento, *gostos*, etc.; e (ii) o modelo de Grossman, em que a procura de cuidados é derivada da procura de saúde pelos in-

divíduos. O conceito económico da procura é distinto dos conceitos de *necessidade e utilização*, muito embora alguns autores, erradamente, nem sempre façam essa distinção. —> *Capital humano*

Desconto —> *Actualização*

Discriminação de Preços — Aplicação de preços diferentes na prestação do mesmo bem ou serviço a consumidores distintos, quando a diferenciação e o preço não reflectem custos de produção desiguais. Por exemplo, um médico poderá cobrar preços de consulta diferentes de seus doentes conforme a sua capacidade de pagar. Esta acção não é necessariamente um acto de caridade e poderá revelar um comportamento económico racional que visa maximizar o rendimento do prestador. O doente pobre terá, muito provavelmente, uma *elasticidade* da procura de cuidados médicos (relativamente ao preço) elevada, quando comparada com a de um doente rico. Qualquer aumento de preço reduzirá o consumo do primeiro de forma significativa; isso já não acontece em relação ao doente mais abastado. A capacidade de praticar preços diferentes conforme o consumidor revela normalmente a existência de algum poder monopolístico.

Economia — Estudo de como os indivíduos e a sociedade acabam por escolher, com ou sem a utilização da moeda, a aplicação de recursos produtivos escassos que podem ter usos alternativos para produzir variados bens e distribuir estes bens para consumo, actual ou futuro, entre as várias pessoas e grupos da sociedade.

Economia da Saúde — Aplicação da ciência económica aos fenómenos e problemas associados ao tema da saúde.

Economias de Escala — Economias nas quais os custos médios de produção de uma actividade económica diminuem à medida que o volume da produção aumenta.

Efectividade — Resultados ou conseqüências de determinado procedimento ou tecnologia médica quando aplicados na prática. A efectividade de um programa de saúde distingue-se da sua *eficácia* pelo facto de fazer referência a situações reais, enquanto o segundo termo se aplica apenas aos resultados obtidos em condições ideais.

Eficácia — Resultados ou conseqüências de um tratamento, medicamento, tecnologia ou programa de saúde desde um ponto de vista estri-

tamente técnico ou numa situação de utilização ideal (por exemplo, quando todos os indivíduos aderem à terapêutica).

Eficiência — Relação entre os recursos utilizados e os resultados obtidos em determinada actividade. A produção eficiente é aquela que maximiza os resultados obtidos com um dado nível de recursos ou minimiza os recursos necessários para obter determinado resultado.

Eficiência Económica — Também designado por eficiência distributiva, este termo refere-se a uma situação em que os recursos disponíveis para os serviços de saúde são utilizados de forma a maximizar os benefícios para a sociedade. Dito por outras palavras, a eficiência económica corresponde a uma situação em que não é possível reafectar recursos sem piorar a condição de pelo menos um indivíduo, equivalendo assim ao conceito de *ótimo de Pareto*. A eficiência económica pressupõe a existência de *eficiência técnica*. Não é correcta, no entanto, a proposição inversa: um serviço de saúde que prestasse cuidados ao menor custo possível mas com baixos índices de qualidade seria tecnicamente eficiente, mas não asseguraria a eficiência económica.

Eficiência Técnica — Procedimento tecnicamente eficiente quando se utiliza a combinação de recursos menos custosa para atingir o resultado desejado. A eficiência técnica é, assim, uma medida da produção de resultados por unidade de recursos utilizados (por exemplo, número de consultas por médico, demora média hospitalar, etc.).

Elasticidade — Medida do grau de correspondência de uma variável dependente (por exemplo, procura, oferta) a alterações em uma das variáveis que a determinam (por exemplo, preço, rendimento, nível de instrução), mantendo-se inalteráveis todas as outras. Indicam-se a seguir dois exemplos de elasticidades no domínio da saúde e a forma de determiná-las:

Elasticidade da procura em relação ao preço	$E_p = \frac{\text{alteração percentual na quantidade procurada}}{\text{alteração percentual no preço}}$
Elasticidade da oferta em relação ao rendimento dos prestadores	$E_{SR} = \frac{\text{percentual na quantidade oferecida}}{\text{alteração percentual no rendimento dos prestadores}}$

Na análise da procura, o conceito de elasticidade pode-nos indicar, por exemplo, em que medida a população irá reduzir o consumo de um medicamento após a aplicação de uma taxa moderadora. Se a procura é sensível mais que proporcionalmente a alterações no preço ou noutra variável, dizemos que ela é elástica em relação a essa variável e designamos por inelástica a situação em que a variação é menos que proporcional. Na análise da oferta, o conceito utiliza-se para descrever a facilidade ou dificuldade de alterar o volume de cuidados de saúde prestados, ou a facilidade de substituição entre médicos e enfermeiros, diferentes tipos de medicamentos, etc. no processo de produção.

Equidade — Distribuição justa de determinado atributo populacional. Junto com a *eficiência*, a liberdade de escolha pelo consumidor e a maximização da saúde, a equidade é dos objectivos mais importantes seguidos pelos sistemas de saúde modernos. O conceito de equidade não é necessariamente equivalente a igualdade, embora os dois termos sejam por vezes usados como sinónimos. Quando se define equidade na prestação de saúde em termos de igualdade, o conceito envolve duas dimensões importantes: a equidade horizontal — tratamento igual de indivíduos que se encontram numa situação de saúde igual — e equidade vertical — tratamento apropriadamente desigual de indivíduos em situações de saúde distintas. Existem muitas outras noções de equidade em saúde, largamente discutidas na literatura económica, a exemplo de igualdade de acesso a serviços de saúde, igualdade de níveis de saúde, *maximin de Rawls*, igualdade de capacidades básicas, prestação de um mínimo básico, etc.

Externalidades — Ocorrências nos casos em que o consumo (ou a produção) de um bem ou serviço tem efeitos positivos ou negativos sobre outros indivíduos que não aqueles directamente envolvidos no acto de consumir (ou produzir). Utilizam-se também os termos custos externos e benefícios externos para denominar as externalidades negativas e positivas. A poluição ambiental gerada por determinada indústria é um exemplo de externalidade negativa, como o é também o efeito do hábito de fumar sobre os fumadores passivos. Por outro lado, a vacinação contra doenças contagiosas traz um benefício externo a outras pessoas além do vacinado. O conceito de externalidade é importante para diferenciar os cuidados de saúde de outros bens, pois indica que existe um valor social associado ao consumo de cuidados individuais.

Fracasso de Mercado — Provisão ineficiente de bens de mercado, dando vez à intervenção do Estado. A existência de *bens públicos* ou *externalidades* são exemplos de situações que implicam o fracasso do mercado.

Função de Produção — Representação analítica de um processo produtivo que descreve a relação entre a utilização de factores e os resultados obtidos. Um exemplo típico são as funções de produção hospitalar que estabelecem a relação entre o número máximo de doentes que podem ser tratados num dado período e os vários recursos necessários como horas de trabalho médico, camas, etc.

Gostos — Termo genérico utilizado na ciência económica para designar factores de ordem não-económica. A quantidade procurada de um dado medicamento é determinada por factores económicos (por exemplo, o preço do medicamento, etc.) em conjunto com factores não-económicos (por exemplo, a estrutura etária da população, os hábitos de prescrição dos médicos, a promoção pela indústria, etc.). A todos estes últimos factores se atribui o termo genérico de gostos, por condicionarem as condições psicológicas dos agentes da procura.

Incentivos — Tudo aquilo que induz indivíduos ou agências a adoptar determinado comportamento. Todos os sistemas de pagamento contêm certo tipo de incentivo. Por exemplo, o *pagamento ao acto* induz o médico a prestar o maior número de actos possível e também a aumentar a sua qualidade, de forma a que os usuários voltem a recorrer aos seus serviços. Os incentivos não têm de ser necessariamente monetários: há outros, tais como o prestígio na profissão e o reconhecimento social, que têm um peso muito grande no sector da saúde.

Incerteza — Situação em que o futuro não é previsível, nem mesmo probabilisticamente. No domínio da saúde existem dois tipos de incerteza com grande importância. Por um lado, a natureza imprevisível da doença ou disfunção leva a que a aquisição de bens e serviços para seu combate não possa ser planejada. Daí o recurso a seguros de doença por parte do consumidor ou à implantação de sistemas públicos de prestação. Existe um outro tipo de incerteza que tem a ver com as consequências de determinados procedimentos médicos. Em muitos casos nem o próprio prestador pode prever com total confiabilidade como irá reagir o doente. Este tipo de imprevisibilidade tem implicações importantes quando se pretende avaliar qualquer terapêutica, levando os in-

investigadores a utilizarem métodos de geração de consenso de grupo, como a técnica do grupo nominal ou de *Delbecq.* —> *Risco*

Indicador de Saúde — Medida simples de uma das dimensões do estado de saúde. Por exemplo, a esperança de vida, a taxa de mortalidade infantil, a taxa de mortalidade padronizada, etc.

Índice de Saúde — Medida do estado de saúde, que resume num só valor um conjunto de indicadores das diversas dimensões da saúde/doença de uma pessoa ou população. As dimensões usualmente consideradas são a funcionalidade física e social, o estado emocional, a dor e o desconforto, a ansiedade, etc.. A construção de índices de saúde é parte integral da *avaliação económica* de procedimentos e terapêuticas médicas. Em cada avaliação, torna-se necessário responder a três questões-base antes de se iniciar a construção de um índice de saúde: (i) o que significa saúde e doença no campo em análise; (ii) qual a valorização relativa a atribuir às diversas dimensões; e (iii) qual o momento e a duração temporal da manifestação dos resultados da intervenção.

Índice de Preços — Série numérica que mostra a evolução dos preços médios de um conjunto de bens e serviços. O mais conhecido é sem dúvida o índice de preços ao consumidor (IPC), geralmente usado para medir a inflação. Existem, no entanto, índices específicos para os bens de saúde que deverão ser usados em análises que dizem respeito a esse sector —> *Preços constantes*

Indução da Procura pelo Prestador — Efeito que os médicos, na sua condição de prestadores de cuidados, poderão exercer sobre a procura, levando os usuários a consumir um número de actos superior àquele que escolheriam caso dispusessem da mesma informação de que dispõe o médico. Não se trata aqui de um simples efeito sobre a procura resultante do acréscimo dos recursos de saúde (*Lei de Roemer*), mas, antes, de um aumento da procura que não corresponde a necessidades reais. A origem do fenómeno de indução da procura encontra-se na relação especial que existe entre médico e doente — a *relação de agência*. Dada a *falta de informação do consumidor* quanto à transformação de recursos de saúde em benefícios, o médico actua como "agente" desse consumidor, prestando-lhe orientação e assistência especializada na interpretação do seu estado de saúde, na identificação da capacidade da tecnologia médica existente para melhorar esse estado e na própria aplicação da tecnologia. No entanto, o médico tem outro papel: ele também

fornece serviços, dos quais o doente é potencial utilizador. O rendimento e a satisfação do seu trabalho estão directamente associados ao volume e ao preço dos serviços prestados. Sendo assim, os interesses pessoais do médico poderão entrar em conflito com os do doente e da sociedade em geral, sobretudo quando a remuneração do médico se faz pelo pagamento ao acto.

Informação Assimétrica —> *Soberania do consumidor, relação de agência*

Inputs — Palavra do inglês utilizada com frequência por autores de língua portuguesa para denominar o tipo e a qualidade de recursos consumidos em um processo de produção. Se consideramos a produção de saúde como um processo, é fácil aferir que as camas hospitalares, os médicos, a alimentação saudável, etc. são *inputs* para esse processo, enquanto os níveis de saúde individuais ou da população são os *outputs* da produção.

Juízo de Valor — Opinião, explícita ou implícita, de que determinada acção, estratégia, estrutura institucional, etc. deveria ser implementada, ou de que tem um valor relativo superior ao de outras alternativas.

Lei de Roemer — Afirmção empírica de que o crescimento do parque hospitalar induz aumentos da procura dos serviços prestados por tais instituições. —> *Indução da procura pelo prestador*

Lei dos Rendimentos Marginais Decrescentes — Princípio de que os aumentos na produção que resultam da utilização adicional de um factor produtivo tenderão eventualmente a decrescer à medida que vai aumentando o uso desse factor. A produção de saúde pelo alargamento dos cuidados revela tais características. Se olharmos para os dados históricos de cada país, verificaremos que numa fase inicial obtêm-se ganhos nos indicadores de saúde com relativa facilidade. Contudo, esse ritmo de melhoramento tende eventualmente a decrescer com a intensificação da utilização dos serviços de saúde. —> *Produtividade marginal*

Mercado —> *Mecanismo de mercado*

Mecanismo de Mercado — Processo idealizado onde a oferta de bens é igual à sua procura. Se o preço de mercado fôr demasiado elevado, a procura diminuirá e os fornecedores ver-se-ão obrigados a reduzi-lo para evitarem a falência das suas empresas. Se o preço de mercado fôr

demasiado baixo, a procura aumenta e os fornecedores reconhecerão a oportunidade de fazer subir seus preços. A eficiência do mecanismo de mercado depende da não-existência de quaisquer distorções, tais como as *externalidades*, o *monopólio*, a *ignorância do consumidor*, etc. Nestes casos é improvável que o preço "clarifique" as escolhas de consumidores e fornecedores.

Modelo Económico — Representação abstracta das relações entre um conjunto de variáveis que representam fenómenos económicos pela análise gráfica ou matemática.

Monopólio — Situação de mercado em que um só vendedor enfrenta vários compradores.

Monopsónio — Situação de mercado em que um só comprador enfrenta vários vendedores.

Necessidade — Noção instrumental, utilizada no sentido de determinado indivíduo precisar consumir cuidados para melhorar o seu estado de saúde. Não existe, no entanto, uma definição consensual na literatura, sendo notória a tendência dos economistas para evitar o uso do termo. Uma taxonomia muito utilizada por alguns autores consiste na distinção entre três tipos de necessidade: as necessidades sentidas — identificadas como tal pelos indivíduos —; as necessidades expressas — aquelas apresentadas pela população aos serviços de saúde e que são usualmente tomadas como sinónimas da procura de cuidados —; e as necessidades normativas — definidas e identificadas pelos profissionais de saúde. Outra noção de necessidade muito debatida é a capacidade de beneficiar, defendida pela escola de York. Segundo esta versão, uma necessidade em saúde existirá apenas quando a *produtividade marginal* do tratamento for positiva. Esta idéia pressupõe a existência de meios técnicos e económicos para fazer face à disfunção de saúde e implica a avaliação tanto dos custos quanto dos benefícios dos tratamentos para determinar a atribuição de recursos. Resulta claro também que a necessidade não deve ser vista como um conceito absoluto, mas antes relativo e dinâmico.

Oferta — Quantidade de um bem ou serviço que fornecedores ou prestadores estão dispostos a vender, a um dado preço e a determinada altura. Esta expressão também é utilizada no domínio da saúde para, abreviadamente, designar os agentes da oferta (*i.e.* os prestadores).

Oligopólio — Situação de mercado em que um número reduzido de vendedores oferece um produto a um grande número de compradores.

Ótimo de Pareto — Critério bastante usado pelos economistas, no contexto da teoria do bem-estar, para definir a *eficiência económica* na afectação dos recursos. Diz-se que uma situação é ótima no sentido de Pareto (ou que uma sociedade atingiu esse estado) se, dado um determinado perfil da afectação dos recursos disponíveis, é impossível alterar esse perfil sem prejudicar pelo menos um indivíduo. Poderá assim haver uma melhoria de Pareto até o ponto em que é possível beneficiar determinado indivíduo sem prejudicar a situação dos outros membros da comunidade. Note-se que, neste contexto, as considerações sobre a equidade de uma distribuição são irrelevantes. Uma situação em que 1% da população detém a maior parte da riqueza nacional enquanto os restantes 99% não possuem sequer o necessário para sobreviver poderá constituir um ótimo de Pareto. Idêntica argumentação poderia ser avançada se os atributos a distribuir fossem, por exemplo, os recursos de saúde. O critério depende fundamentalmente da distribuição inicial, daí resultando um conflito entre os objectivos de eficiência e equidade.

Orçamento Clínico — Forma de racionalização dos gastos em saúde, caracterizada pela afectação de determinada verba a um grupo de médicos num hospital ou centro de saúde, com vista a cobrir as despesas com produtos farmacêuticos, análises clínicas e em geral todos os actos médicos que prescreveram. Os orçamentos clínicos, atribuídos geralmente a médicos da mesma especialidade, incentivam os próprios prestadores a gerir eficientemente os recursos disponíveis.

Organização de Manutenção de Saúde — Esquema de prestação e cuidados em que grupos de prestadores se associam para oferecer, durante período determinado e a troco de um pagamento global inicial, um conjunto compreensivo de cuidados a todos os usuários que se desejam inscrever. Os defensores de tais sistemas sustentam que eles incentivam os médicos a prestar cuidados preventivos, ajudando assim a conter os gastos em saúde.

Outputs — Termo do inglês, usado internacionalmente para denominar os resultados de um processo produtivo. Os economistas da saúde utilizam este termo apenas para designar as variações no estado de saúde da população. Trata-se portanto dos resultados do processo de produção e saúde, que poderá ter outros *inputs* para além dos cuidados de saúde.

Há que salientar, para evitar eventuais equívocos, que os epidemiologistas apelidam tais resultados de *outcomes*, reservando o termo *outputs* para a produção imediata dos serviços de saúde (por exemplo, número de casos tratados, dias de internamento, etc.). Para os economistas, estes resultados são *outputs* intermédios (ou *throughputs*, na denominação inglesa).

Pagamento ao Acto — Sistema de remuneração que consiste no pagamento por cada acto médico prestado, de acordo com uma tabela preestabelecida. Este sistema distingue-se da *capitação* e do pagamento por salário, embora possa ser utilizado em conjunto com essas formas de remuneração.

Preços Constantes — Série temporal de valores monetários a preços constantes (ou reais) que foi previamente deflacionada, isto é, corrigida de forma a eliminar os efeitos da inflação. A transformação de valores correntes para valores reais faz-se por um *índice de preços* apropriado, por exemplo: $P_1 Q_0 / P_0 Q_0$ (índice de Laspeyres), em que P_1 é o conjunto de preços no ano 1, Q_0 é a quantidade de bens consumidos no ano base e P_0 é o conjunto de preços na mesma data. —> *Preços correntes*

Preços Correntes — Série temporal de valores monetários apresentada em termos dos valores realmente observados. Portanto, distinguem-se dos valores a preços constantes por não levarem em conta os efeitos da inflação.

Preço-Sombra — Valor monetário que se aplica a determinado custo ou benefício quando não existem preços de mercado ou quando estes existem sem, no entanto, reflectir o *custo de oportunidade* ou *benefício* decorrente do uso do bem. A segunda situação resulta de certos tipos de rigidez institucional, da regulamentação de preços, etc. O preço-sombra é, assim, aquele preço que vigoraria para determinado bem ou serviço, caso a economia estivesse em equilíbrio e a concorrência fôsse perfeita. A utilização de preços-sombra na *avaliação económica* de programas de saúde faz-se com o objectivo de estimar um preço que se aproxime do valor real dos recursos utilizados. Dever-se-ão utilizar preços-sombra sempre que não exista um preço de mercado para determinado bem (por exemplo, uma consulta externa num hospital público) ou quando os preços em vigor sejam um indicador imperfeito do valor dos custos incorridos ou benefícios recebidos (por exemplo, preços idênticos no mercado para medicamentos nacionais e estrangeiros, embora os

primeiros poupem divisas, consideradas um recurso escasso). Neste último exemplo, o preço-sombra dos medicamentos fabricados em território nacional seria inferior ao preço dos medicamentos estrangeiros.

Preço do Tempo — Estimativa monetária do valor do tempo perdido pelo consumidor para utilizar os serviços de saúde. Existem diversas formas de aferir este valor, sendo a imputação dos salários/hora o método mais comum. De notar, todavia, que este método se aplica apenas aos trabalhadores empregados. No cálculo do preço do tempo dever-se-á incluir tanto o tempo de permanência no local de atendimento como o tempo de deslocação para esse local. O conceito reflecte a idéia de que os preços monetários não constituem a única barreira de acesso aos serviços de saúde. Em estudos empíricos efectuados em vários países têm-se observado correlações negativas entre os preços do tempo e as taxas de utilização dos cuidados.

Procura —> *Demanda*

Produtividade Marginal — Variação na produção total resultante do aumento em uma unidade de um dos recursos que contribuem para essa produção. —> *Função de produção, lei dos rendimentos decrescentes*

Produto Interno Bruto (PIB) — Medida da produção total gerada no seio de uma economia. O PIB é a produção realizada em território nacional por factores produtivos nacionais ou estrangeiros. —> *Produto nacional bruto*

Produto Nacional Bruto (PNB) — Medida da produção total de uma Economia. O PNB é a produção realizada em território nacional ou no estrangeiro por factores produtivos pertencentes aos residentes em território nacional. Assim, o PNB equivale ao produto interno bruto mais o rendimento resultante da produção no estrangeiro por entidades nacionais, menos o rendimento obtido por factores produtivos estrangeiros no mercado nacional.

Qaly —> *Anos de vida ajustados pela qualidade*

Racionamento — Mecanismo de repartição de bens ou serviços. O mercado competitivo constitui um sistema de racionamento baseado na vontade e capacidade individuais de pagar, e que se regula automaticamente pelo mecanismo de preços. Outras formas de racionamento no domínio da saúde são as listas de espera, os *orçamentos clínicos*, os tectos orçamentais, as listas de medicamentos comparticipáveis, etc.

Relação de Agência — Situação em que um indivíduo delega as suas decisões sobre consumo ou produção numa outra pessoa que passa a actuar como seu agente. O fenómeno surge no sector da saúde como consequência da *ignorância do consumidor* com respeito às suas próprias necessidades e às características dos bens que as possam satisfazer, daí resultando uma delegação de poderes de aquisição de bens ao prestador de cuidados.

Risco — Situação na qual um acontecimento futuro (por exemplo, a aquisição de uma doença contagiosa) é incerto, mas a sua probabilidade de vir a acontecer é conhecida. O risco distingue-se da *incerteza* pelo facto de permitir a previsão de determinado evento em termos probabilísticos. Toda a actividade seguradora baseia-se no cálculo dos riscos associados a determinada situação. —> *Seguro-doença*

Risco Moral — Tradução directa do termo *moral hazard*, do inglês, por vezes também designado por abuso do segurado. Trata-se de uma forma de comportamento racional que se observa quando os consumidores aumentam a sua utilização de cuidados devido ao facto de não terem de suportar o custo total dos tratamentos. O consumidor racional depreende que os seus benefícios são elevados enquanto os custos de utilização se repartem por todos os restantes agentes (por exemplo, segurados, contribuintes fiscais, etc.). Haverá, assim, de acordo com alguns autores, a tendência de a procura de cuidados aumentar sempre que o indivíduo não seja responsabilizado pelo custo total do tratamento. Outros, porém, argumentam que o fenómeno tem pouca importância, dado que a grande fatia dos gastos em saúde *estão dependentes* da prescrição médica, e não da iniciativa do consumidor.

Seguro-Doença (seguro-saúde) — Acordo entre duas partes, em que a primeira — o segurado — paga à segunda — a entidade seguradora — uma contribuição monetária periódica (designada por prémio), comprometendo-se esta última a cobrir total ou parcialmente os custos da utilização de cuidados de saúde efectuados pelo primeiro. A função do seguro-doença é distribuir os riscos individuais por um colectivo. Existem dois grandes tipos de seguro-doença: os individuais e os de grupo.

Seleção Adversa — Situação observada no mercado de seguros-doença individuais e que poderá levar ao seu fracasso. A actividade seguradora baseia-se na distribuição dos riscos individuais por um colectivo. No domínio da saúde, revela-se particularmente difícil discriminar entre os

riscos dos segurados, dada a heterogeneidade do bem cuidados de saúde. Frequentemente, as companhias seguradoras calculam prémios de seguro relativamente uniformes. Nestas condições, alguns consumidores (usualmente os mais jovens e saudáveis) tenderão a não adquirir o seguro por considerarem o seu risco menor do que aquele implícito no prémio a pagar. Por outro lado, os consumidores de mais alto risco terão interesse em participar do seguro, fenómeno este que se denomina pelo termo *selecção adversa*. Eventualmente, as seguradoras ver-se-ão obrigadas a aumentar os prémios ou a rejeitar consumidores de elevado risco. Em ambos os casos, alguns indivíduos (provavelmente os idosos e doentes crónicos) encontrarão dificuldades para obtenção de um seguro individual, e o mercado em si poderá fracassar. A *selecção adversa* constitui um argumento importante a favor dos seguros de saúde obrigatórios ou do financiamento da saúde pelo Estado.

Soberania do Consumidor — Princípio normativo segundo o qual se reconhece o consumidor como o agente que melhor pode ajuizar sobre a hierarquização das escolhas económicas; situação em que a repartição de recursos reflecte apenas as preferências do consumidor, e não aquelas propostas por terceiros (por exemplo, médicos, políticos, etc.). Muito embora no domínio da saúde existam diversas escolhas que são da exclusiva responsabilidade do consumidor (por exemplo, o contacto inicial com o médico em situação de doença), dificilmente se poderá afirmar que no mercado de cuidados de saúde o consumidor é soberano.

Taxa de Actualização —> *Actualização*

Taxa Moderadora —> *Co-pagamento*

Taxa de Rentabilidade — A taxa de lucro obtida por um projecto. O resultado líquido e actualizado, expresso como percentagem do valor dos recursos empregues na produção de determinado bem ou serviço.

Trade-Off — Palavra do inglês sem tradução adequada para português, embora por vezes seja denominada pelo termo *opção*. Equivale à noção de que é preciso sacrificar parte do consumo de um bem se se pretende aumentar o consumo de outro. Os *trade-off* são, assim, consequência fundamental da escassez de recursos. O termo aplica-se também no contexto de escolhas entre objectivos a atingir (por exemplo, eficiência e equidade).

Transferência — Qualquer alteração no rendimento ou no poder de compra de um grupo de pessoas em consequência da redistribuição desse poder de compra entre indivíduos. Uma transferência não dá, assim, lugar a qualquer variação líquida no rendimento global de uma economia. Exemplos de transferências são os impostos, os subsídios, as doações e ... o roubo.

Utilidade — Benefício sentido ou satisfação obtida pelo indivíduo em consequência do consumo de bens ou serviços. A ciência económica baseia-se no princípio de que o consumidor racional actua de forma a maximizar a sua própria utilidade. No entanto, há que notar que esse objectivo pode ser atingido pelo consumo por parte de outrem, como no caso da utilização de cuidados de saúde pelos mais necessitados. O consumidor-tipo sente satisfação ao saber que essas pessoas têm acesso a um bem tão fundamental para a vida humana. O termo utilidade tem também outro significado específico na literatura de economia da saúde: é utilizado para denominar uma quantificação da qualidade de vida das pessoas. Tais medidas não se baseiam necessariamente nas preferências do consumidor, podendo, pelo contrário, resultar de avaliações efectuadas por profissionais.

Utilização — Intensidade do uso de recursos médicos em determinado período. A utilização é o resultado da interacção entre a quantidade oferecida e a quantidade procurada; o ponto de equilíbrio em que se cruzam as curvas da oferta e da procura. Daí que seja pouco ajustado o termo procura/utilização por vezes empregue por alguns autores.

Valor da Vida Humana — Os programas de saúde produzem benefícios comuns tais como reduções na mortalidade e acréscimos na esperança de vida. A *avaliação económica* desses programas requer por vezes a quantificação do valor da vida humana, tarefa para a qual existem três abordagens principais. O método do *capital humano* assenta na medição do rendimento esperado para as pessoas afectadas pelo programa. Tem sido profundamente criticado por considerar apenas o potencial produtivo dos indivíduos e por subvalorizar a vida dos idosos, incapacitados ou das mulheres. O método dos valores implícitos em decisões sociais procura inferir o valor da vida a partir de decisões tomadas anteriormente pelo Estado. Por exemplo, se um programa de obrigatoriedade da introdução no mercado de embalagens de comprimidos com tampas de segurança fosse rejeitado pelo governo, e se tivessem calculado os custos por vida salva em 400 contos, então poder-se-ia dizer que o valor

médio da vida dos indivíduos em risco (crianças, por exemplo) seria inferior a 400 contos. O problema principal deste método é a variabilidade e inconsistência das decisões tomadas. O último método, denominado pelo valor do risco prevenido, baseia-se na inquirição dos indivíduos com vista à identificação da quantia máxima que estariam dispostos a pagar para conseguir uma redução na sua probabilidade de morrer. É dos três métodos, aquele que mais se adequa ao conceito de eficiência distributiva. No entanto, alguns autores sustentam que seria perigoso basear o planeamento da saúde em juízos que se sabe estarem condicionados pela falta de informação do consumidor no mercado da saúde.