

Título do capítulo

Autores(as)

DOI

Título do livro

ECONOMIA DA SAÚDE: CONCEITOS E CONTRIBUIÇÃO PARA A GESTÃO DA SAÚDE

Organizadores(as)

Sérgio Francisco Piola
Sólon Magalhães Vianna

Volume

Série

Cidade

Brasília

Editora

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea)

Ano

1995

Edição

ISBN

DOI

© Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – **ipea** 2018

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

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.

Apresentação

A cooperação Brasil-Portugal no campo da economia da saúde nasceu no I Workshop Internacional sobre essa temática, realizado em Brasília em novembro de 1989. Este evento, promovido pelo IPEA/PNUD, contou com a colaboração das Associações Portuguesa (Apes) e Espanhola (AES) de Economia da Saúde. A criação da Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABrES), inspirada nessas duas entidades, foi então concretizada, tornando realidade proposta formulada no Rio de Janeiro, em junho de 1989, durante o Seminário na Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Instituto Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz) sobre economia e financiamento da saúde.

A idéia desta publicação surgiu em São Paulo, dois anos depois, em junho de 1992, por ocasião do II Workshop sobre Economia da Saúde, desta vez promovido e organizado pela ABrES em parceria com o Núcleo de Estudos de Políticas e Serviços de Saúde (NEPSS) — USP/FSP, e, novamente, com o apoio do IPEA/PNUD e a cooperação da AES e da Escola Nacional de Saúde Pública de Lisboa e seus docentes Francisco Ramos e João Pereira.

Durante aquele evento e, posteriormente, em Brasília, discutiu-se a conveniência, oportunidade e viabilidade da edição de um livro luso-brasileiro sobre economia da saúde, destinado a circular em países lusófonos. O resultado imediato desses entendimentos foi a elaboração de um esboço tentativo da estrutura do trabalho e uma listagem preliminar de possíveis colaboradores.

A intenção inicial — produzir um livro-texto — foi logo descartada. O prazo acordado para a conclusão das contribuições individuais era relativamente estreito, e sua dilatação implicaria a perda do apoio do IPEA/PNUD, cujo convênio seria encerrado no final de 1993. Ademais, elaborar um livro-texto não é algo trivial: ao con-

trário, é tarefa delicada, que fica ainda mais árdua — para não dizer quase impossível — quando depende de muitos autores que vivem em países distantes.

Mas também não se queria uma mera coletânea de artigos desconexos, ainda que de boa qualidade, dada a expertise dos colaboradores cogitados. Como muitas vezes acontece diante de alternativas polares, opta-se, prudentemente, por uma solução intermediária.

Assim aconteceu. Decidiu-se por um produto que, sem ter todas as características de um livro-texto, servisse para iniciar profissionais de saúde, economistas e administradores nas questões básicas da economia da saúde apresentadas em textos didáticos estruturados de forma coerente e em seqüência lógica, preservando-se o português do país de origem dos autores.

No primeiro capítulo deste livro, Carlos del Nero trata dos aspectos conceituais, dos fundamentos e das relações, às vezes conflituosas, como explica o autor, entre economia e saúde.

A temática macroeconômica é objeto dos três capítulos seguintes. André Medici (capítulo II) apresenta os diferentes modelos e as formas de financiamento, discute o relacionamento entre gastos setoriais e níveis de saúde, bem como os principais incentivos que afetam o comportamento dos agentes econômicos (profissionais de saúde e usuários). A parte final deste capítulo trata das tendências atuais do financiamento e da gestão dos serviços de saúde.

A questão do normativismo e dos incentivos é matéria que Antonio Correia de Campos cuida no capítulo III, em que relata três experiências relativamente recentes: as Health Maintenance Organizations (HMOs) nos Estados Unidos, a reforma do National Health Service inglês e o chamado Plano Dekker nos Países Baixos. Roberto Iunes (capítulo IV) aborda os aspectos conceituais da demanda global e da demanda em saúde, seus determinantes e o conflito, ou as diferenças entre demanda (procura do serviço) e "necessidade".

Os quatro capítulos seguintes têm a equidade como tema comum. Sílvia Porto (capítulo V) examina os diferentes conceitos de equidade e as características de alguns dos seus indicadores mais fre-

qüentes no campo da saúde (perfis demográfico, epidemiológico e socioeconômico da população).

João Pereira (capítulo VI), Maria do Rosário Giraldes (capítulo VII) e, no capítulo VIII, Carlos Gouveia Pinto e José Carlos Gomes dos Santos abordam, sob diferentes aspectos, a mesma questão no contexto português. O primeiro, mediante um estudo empírico sobre a prestação de serviços de acordo com as necessidades. O segundo, pela análise das duas formas de redistribuição de recursos no sistema público de saúde: uma, baseada na equidade (distribuição de recursos para rede de centros de saúde), e outra, na eficiência (hospitais). Gouveia Pinto e Gomes dos Santos tratam das implicações dos incentivos fiscais na equidade, uma questão também presente no Brasil.

Os aspectos microeconômicos da saúde ocupam os três últimos capítulos do livro. Maria Alícia Ugá (capítulo IX) discute os alcances e limitações dos instrumentos de avaliação econômica (custo-benefício, custo-efetividade e custo-utilidade). Roberto Iunes se ocupa da concepção econômica dos custos e introduz o leitor em outros conceitos básicos tais como custo-oportunidade (ou custo social), custo médio marginal e as diferenças entre custo econômico e custo contábil. No último capítulo (XI), Francisco Ramos e Maria Amaral complementam a discussão teórica e conceitual precedente, com um estudo de caso: avaliação dos custos da terapêutica antiinflamatória no tratamento da patologia reumática.

Para o leitor $\frac{3}{4}$ sobretudo aquele que dá os primeiros passos no terreno da economia aplicada às políticas sociais em geral e de saúde em particular $\frac{3}{4}$, o livro apresenta ainda dois componentes de particular interesse: um apêndice com glossário, elaborado por João Pereira, traduzindo o jargão de uso mais freqüente entre os economistas da saúde, e uma extensa bibliografia, listada ao fim de cada capítulo.

Os organizadores desta publicação não poderiam concluir esta apresentação sem dois breves registros. O primeiro se refere à convivência fraterna e intelectualmente estimulante $\frac{3}{4}$ ainda que a distância, na maior parte do tempo $\frac{3}{4}$ entre pesquisadores brasileiros e portugueses, decorrente da parceria iniciada há seis anos.

O segundo registro diz respeito ao futuro próximo do conteúdo desta publicação. O que parecia ser um objetivo extremamente pretensioso para uma primeira tentativa ³/₄ produzir um livro para ser difundido não só no Brasil, mas também nos demais países de língua portuguesa ³/₄ parece prestes a ser ultrapassado. A Organização Panamericana da Saúde-OPS/OMS já manifestou à ABrES sua intenção de traduzir o livro para o espanhol, com a finalidade de divulgá-lo nos demais países da América Latina e do Caribe. Mais recentemente, com a criação da Rede Interamericana sobre Economia e Financiamento da Saúde (Redefs), sob os auspícios do BIRD e da OPS, essa intenção foi renovada.

Finalmente, alguns agradecimentos especiais. Ao Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e ao Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), cujo apoio material e financeiro tornou possível esta publicação. À direção da revista portuguesa Estudos de Economia por ter permitido a inclusão do texto de Carlos Gouveia Pinto e José Carlos Gomes Santos neste livro. À Escola Nacional de Saúde Pública, ao Instituto Superior de Economia e Gestão e à Associação Portuguesa de Economia da Saúde, todos de Lisboa, pela colaboração de vários de seus quadros neste empreendimento. E, last but not least, aos sete profissionais portugueses e aos cinco brasileiros ³/₄ em especial a João Pereira e Roberto Iunes, autores de dois artigos cada um ³/₄ que encontraram tempo e disposição para, generosamente, oferecer valiosas contribuições para ampliar o conhecimento da economia da saúde.

Os organizadores acreditam que esta publicação será de grande proveito no cotidiano, quer de profissionais de saúde, economistas e administradores públicos e privados, quer de alunos de graduação nessas áreas ou de pós-graduação (lato sensu) em política social, saúde pública, planejamento e administração de serviços de saúde.

Sumário

Apresentação	1
Capítulo I	
O que é Economia da Saúde	5
I.1 - Introdução	5
I.2 - Vínculos entre Economia e Saúde	6
I.3 - Principais Autores	12
I.4 - A Abrangência da Economia da Saúde	16
I.5 - A Definição da Economia da Saúde	19
Bibliografia	21
Capítulo II	
Aspectos Teóricos e Conceituais do Financiamento das Políticas de Saúde	23
II.1 - Introdução	23
II.2 - Finanças Públicas, Políticas Sociais e Saúde	25
II.3 - Formas de Financiamento dos Gastos com Saúde	31
II.4 - Modelos de Financiamento da Atenção à Saúde	36
II.5 - Gastos com Saúde e Níveis de Saúde	42
II.6 - Incentivos para a Racionalização dos Gastos com Saúde	58
II.7 - Tendências do Financiamento e da Gestão dos Sistemas de Saúde	66
Bibliografia	68

Capítulo III

Normativismo e Incentivos: Contributo da Economia para a Administração da Saúde	69
III.1 - Introdução	69
III.2 - Estão os Cuidados de Saúde dentro ou fora do Mercado?	72
III.3 - Objetivos ou Finalidades dos Incentivos	78
III.4 - Investigação sobre Incentivos	80
III.5 - A Complexidade Estrutural dos Sistemas de Cuidados de Saúde	81
III.6 - Três Experiências Naturais: As HMO's, a Reforma dos SNS Inglês e o Plano Dekker nos Países Baixos	86
III.7 - Normativismo, Incentivos e Administração	92
Bibliografia	94

Capítulo IV

Demanda e Demanda em Saúde	99
IV.1 - Introdução	99
IV.2 - O Conceito de Demanda	99
IV.3 - Demanda em Saúde	111
IV.4 - Demanda <i>versus</i> Necessidade	116
IV.5 - Conclusão	121
Bibliografia	122

Capítulo V

Justiça Social, Equidade e Necessidade em Saúde	123
V.1 - Introdução	123
V.2 - Justiça Social no Pensamento Liberal	124
V.3 - Conceito de Equidade	129
V.4 - Necessidades em Saúde: Comentários sobre Alguns Indicadores	133

V.5 - Considerações Finais	138
Bibliografia	139

Capítulo VI

Prestação de Cuidados de Acordo com as Necessidades? Um Estudo Empírico Aplicado ao Sistema de Saúde Português	141
VI.1 - Introdução	141
VI.2 - Metodologia	143
VI.3 - Base de Dados e Definição de Variáveis	146
VI.4 - Resultados Empíricos	153
VI.5 - Discussão e Conclusões	163
Bibliografia	166

Capítulo VII

Distribuição de Recursos num Sistema Público de Saúde	167
VII.1 - Introdução	167
VII.2 - Redistribuição de Recursos Baseada na Equidade: a Proposta para os Cuidados de Saúde Primários (Centros de Saúde)	170
VII.3 - Redistribuição de Recursos Baseada na Eficiência Técnica: o Exemplo dos Cuidados de Saúde Diferenciados (Hospitais)	174
VII.4 - Redistribuição de Recursos Baseada na Eficiência Distributiva	177
VII.5 - Conclusões	186
Bibliografia	187

Capítulo VIII

Incentivos Fiscais e Equidade no Financiamento da Saúde em Portugal	191
VIII.1 - Introdução	191
VIII.2 - O Financiamento da Saúde em Portugal	192
VIII.3 - Incentivos Fiscais e Equidade	195
VIII.4 - Metodologia, Variáveis e Dados	197
VIII.5 - Resultados	201
VIII.6 - Conclusões	205
Bibliografia	206

Capítulo IX

Instrumentos de Avaliação Econômica dos Serviços de Saúde: Alcances e Limitações	209
IX.1 - Introdução	210
IX.2 - Análise de Custo-Benefício	210
IX.3 - Análises de Custo-Efetividade	218
IX.4 - Análises de Custo-Utilidade	223
IX.5 - Conclusões	224
Bibliografia	226

Capítulo X

A Concepção Econômica de Custos	227
X.1 - Introdução	227
X.2 - Custo de Oportunidade	228
X.3 - Custo Econômico e Custo Contábil	230
X.4 - Produção e Custos	231
X.5 - Custo Médio e Marginal	234
X.6 - Custos, Receita e Lucro	239

X.7 - Economias de Escala em Saúde	242
X.8 - Taxonomia dos Custos Econômicos da Doença	244
X.9 - Conclusão	246
Bibliografia	246

Capítulo XI

Avaliação dos Custos da Terapêutica Antiinflamatória no Tratamento da Patologia Reumática	249
XI.1 - Introdução	249
XI.2 - A Dimensão do Problema	252
XI.3 - Metodologia	255
XI.4 - Resultados	265
XI.5 - Discussão	267
XI.6 - Conclusões	268
Bibliografia	269

Apêndice

Glossário de Economia da Saúde	271
--------------------------------	-----

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. Veem-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 socioeconômicos 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 independente das consequências 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 qual-

quer 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, de que o movimento pela privatização dos serviços de saúde tem raízes ideológicas, no predomínio, observado atualmente, 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, cobra taxas por serviços prestados pelos hospitais governamentais. Entre outros mecanismos inovadores encontrados nos serviços públicos de saúde temos: 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 me-

lhorias das deficiências peculiares ao mercado dos serviços de saúde. Sem a pretensão de esgotar o assunto, algumas dessas deficiências são: 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 funcionamento 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.

I.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 fundamentam-se 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: 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 profissio-

nais de todo o mundo para seus cursos, programas intensivos de treinamento 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. Aí, 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 formal 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 educacionais. Além disso, possibilita, de forma prática, a percepção relativa do valor econômico empregado no campo da saúde.

I.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, no sentido de 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 comprovam, 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: *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 conseqüências das alternativas possíveis, com vista 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.

Aspectos Teóricos e Conceituais do Financiamento das Políticas de Saúde*

André Cezar Medici **

II.1 - Introdução

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

II.2 - Finanças Públicas, Políticas Sociais e Saúde

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

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

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

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

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

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

¹ Ver Quesnay (1974, p. 125-132).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

II.3 - Formas de Financiamento dos Gastos com Saúde

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

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

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

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

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

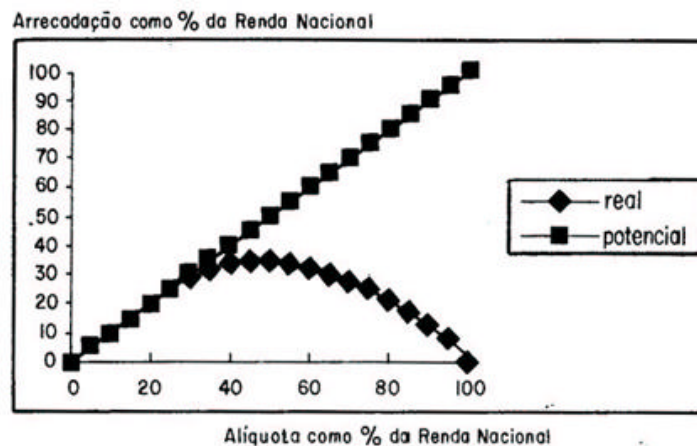
Outro fator limitante é a capacidade de arrecadação. É lógico que existe um limite, em termos de proporcionalidade da renda, além do qual a so-

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

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

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

FIGURA 1
Curva de Laffer



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

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

II.3.1 - Bases diretas de tributação

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

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

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

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

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

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

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

II.3.2 - Bases indiretas de tributação

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

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

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

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

II.3.3 - Contribuições sociais

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

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

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

II.4 - Modelos de Financiamento da Atenção à Saúde

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

QUADRO 1

Modelos de Financiamento da Saúde

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

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

II.4.1 - O modelo assistencialista

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

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

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

II.4.2 - O modelo previdencialista

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

⁵ Ver Braga e Góes de Paula (1981).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

II.5 - Gastos com Saúde e Níveis de Saúde

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

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

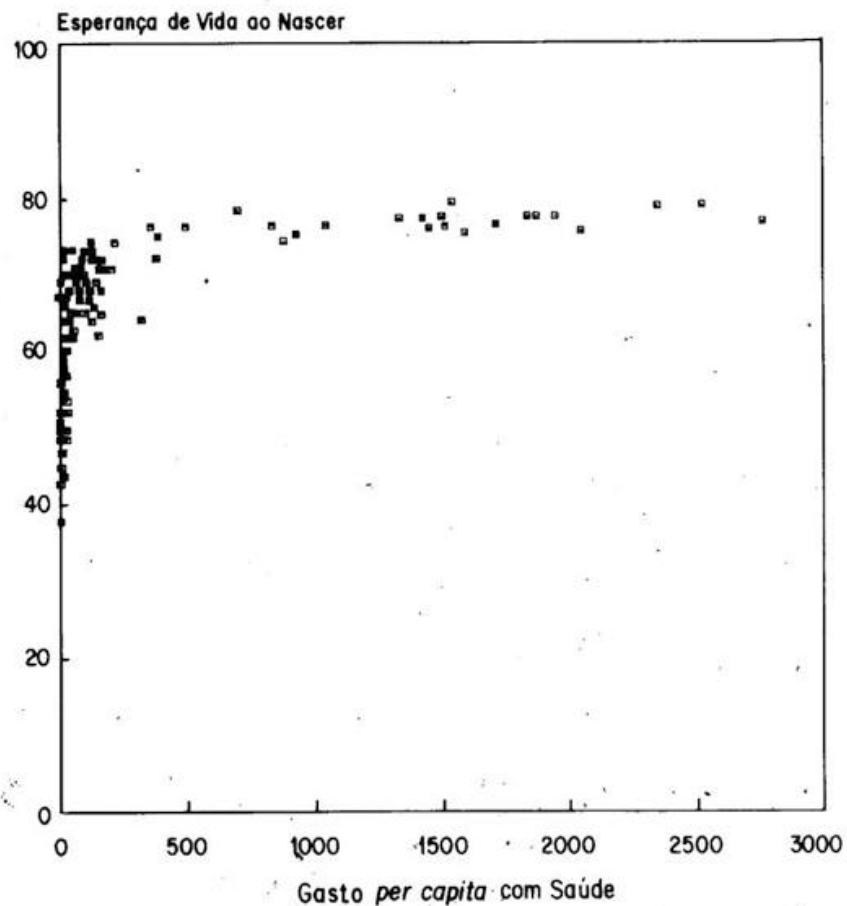
II.5.1 - A expectativa de vida como medida de eficiência do gasto em saúde

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

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

GRÁFICO 1

Gasto *per capita* com Saúde e Esperança de Vida

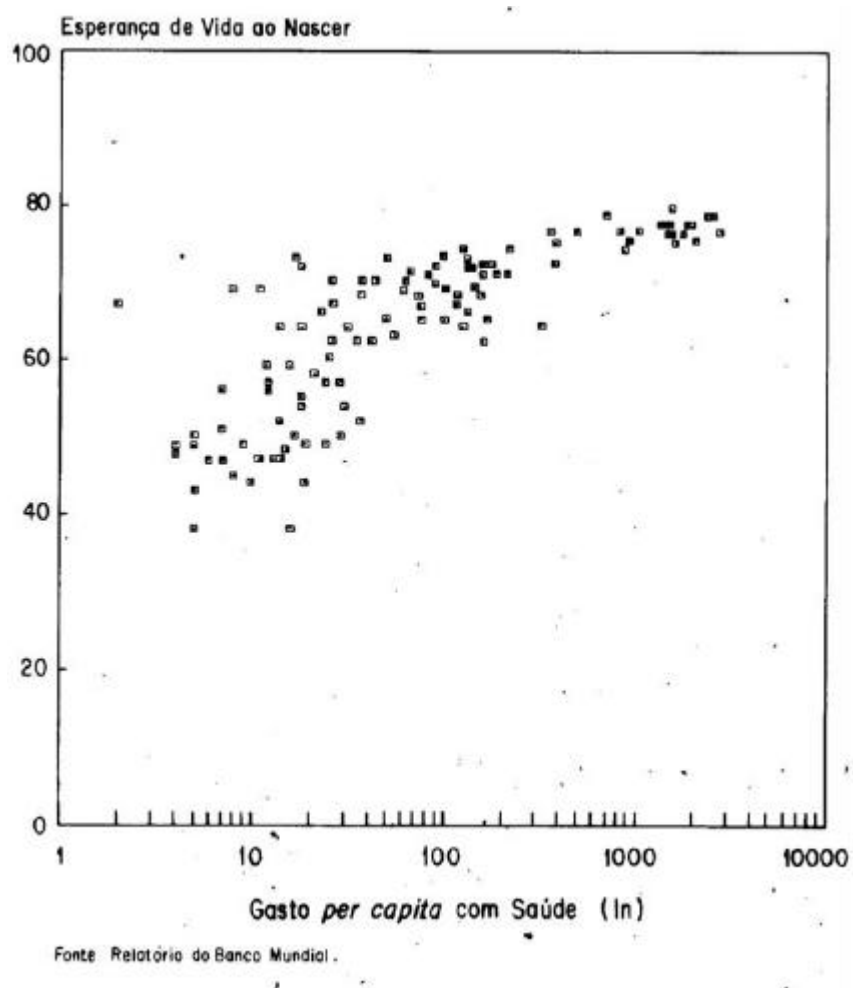


Fonte: Relatório do Banco Mundial.

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

GRÁFICO 2

Gasto *per capita* com Saúde e Esperança de Vida



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

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

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

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

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

$L(Eo)$ = logito da variável (Eo)

Eo = esperança de vida ao nascer do país considerado

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

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

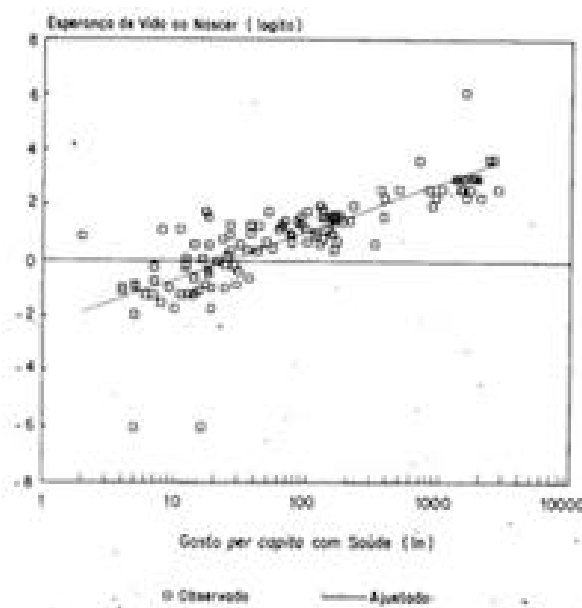
⁷ Muitas vezes o gasto *per capita* com saúde não reflete o real esforço da sociedade dispendido com saúde. Um país como o Vietnã, detentor de uma cultura milenar, certamente tem externalidades positivas, ligadas a fatores socioculturais, que permitem maiores expectativas de vida independentemente do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

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

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

GRÁFICO 3

Gasto *per capita* com Saúde e Esperança de Vida

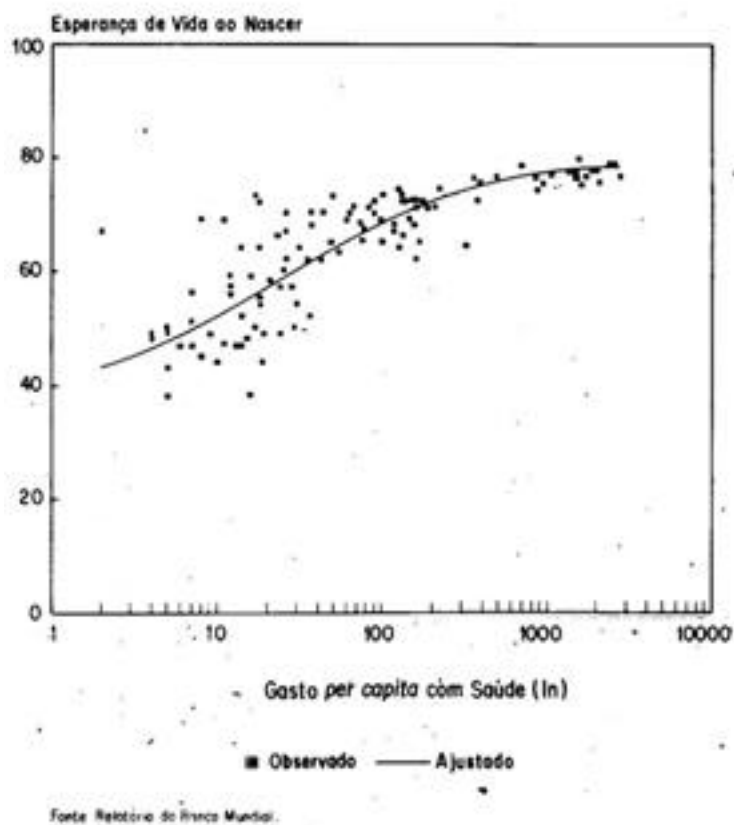


Para os países em que o gasto *per capita* com saúde é mais baixo, parece haver uma grande variação na expectativa de vida. Nesses países, em geral da África, em alguns casos da Ásia e Oceania e, em menor proporção, da América Latina, parece ser forte a existência de outros fatores que influenciam a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

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

GRÁFICO 4

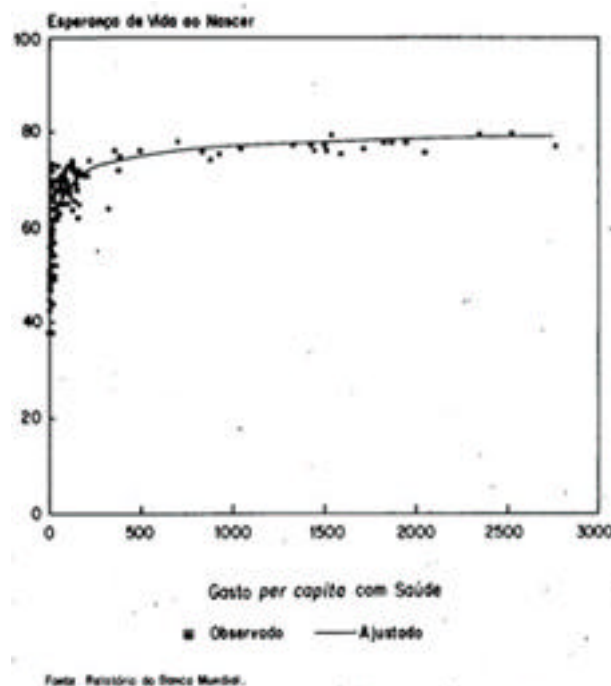
Gasto *per capita* com Saúde e Esperança de Vida



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

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

GRÁFICO 5
Gasto per capita com Saúde e Esperança de Vida



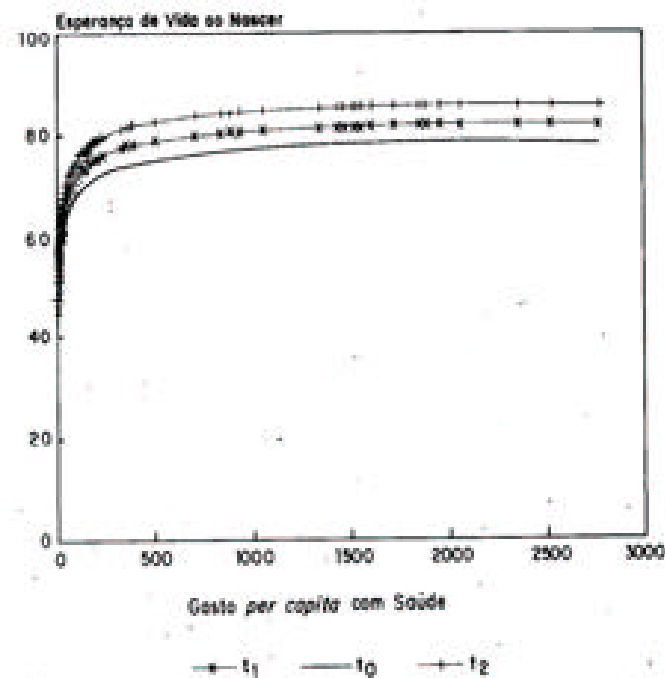
O Gráfico 4 mostra um ajustamento feito sobre a dispersão de pontos do Gráfico 2. Verifica-se que a curva que melhor se ajusta aos pontos exis-

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

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

FIGURA 2

Gasto *per capita* com Saúde e Esperança de Vida



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

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

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

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

II.5.2 - Os anos de vida ajustados pela qualidade

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

$$\begin{aligned} T &= E.q, \text{ em que:} & (1) \\ E &= \text{aumentos da expectativa de vida} \\ q &= \text{melhorias da qualidade de vida (em anos)} \end{aligned}$$

A medida da qualidade de vida, neste caso, é subjetiva, pois é definida pelo próprio indivíduo em função de seu estado de incapacidade diante de uma determinada doença. Assim, se intervenções médicas ou sanitárias conseguem prolongar a vida de uma pessoa por 30 anos, mas com qualidade de vida avaliada pelo próprio indivíduo em 0,5, o número total adicional de Avas (T) seria de 15 e não de 30 anos. Pode-se dizer, portanto, que o número de Avas totais propiciados pelo sistema de saúde em um país a cada ano pode ser dado por:

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

i = cada indivíduo no universo de n pessoas

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

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

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

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

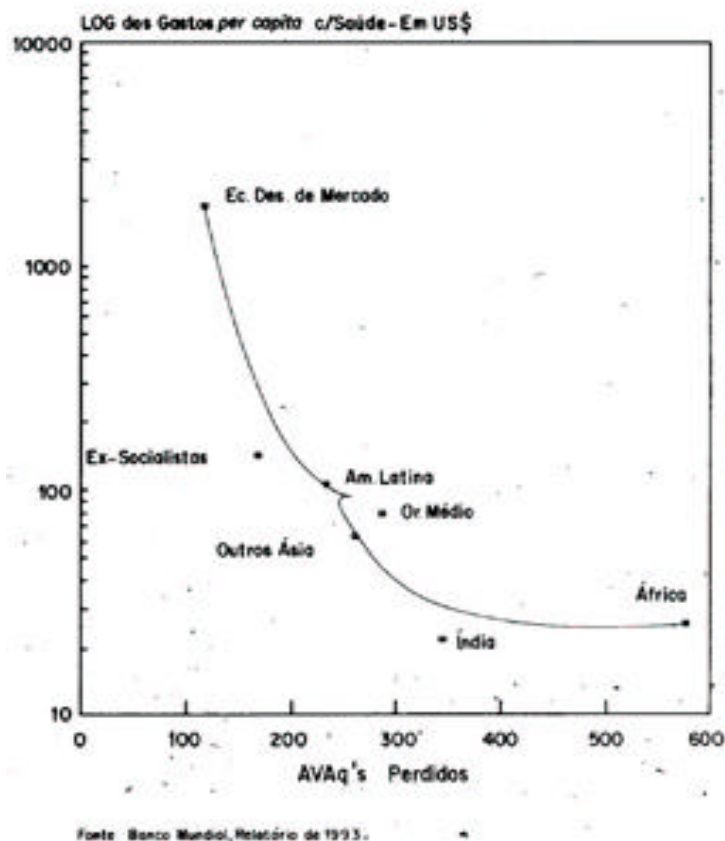
No entanto, dada a subjetividade da medida, torna-se difícil obter uma avaliação dos países em termos de Avas e de gastos adicionais por Avas. Métodos para obter a qualidade de vida condicionada à cura de uma enfermidade dependem de métodos probabilísticos e amostrais baseados em pesquisas de opinião.¹⁰

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

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

GRÁFICO 6

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



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

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

II.5.3 - O crescimento dos gastos com saúde

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

a) O pagamento por ato médico

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

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

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

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

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

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

b) O assalariamento médico

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

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

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

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

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

c) O pagamento por capitação

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

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

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

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

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

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

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

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

a) Taxas moderadoras

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

b) Co-pagamento

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

c) Tetos máximos

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

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

d) *Franquias*

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

e) *Pré-pagamento*

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

f) Eliminação de mecanismos de livre escolha

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

g) Procedimentos administrativos mais rígidos

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

h) Cobrança de taxas diferenciadas por grupos de risco

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Bibliografia

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

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

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

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

Antonio Correia de Campos *

III.1 - Introdução

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

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

* Da Escola Nacional de Saúde Pública de Lisboa.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

III.3 - Objetivos ou Finalidades dos Incentivos

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

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

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

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

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

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

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

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

III.4 - Investigação sobre Incentivos

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

O sistema pretende dirigir incentivos aos três principais actores:

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

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

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

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

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

III.7 - Normativismo, Incentivos e Administração

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Bibliografia

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

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

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

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

Demanda e Demanda em Saúde

Roberto F. Iunes *

IV.1 - Introdução

Este capítulo introduz o conceito de demanda e faz uma discussão de sua aplicação na área da saúde. Um de seus objetivos é permitir ao não-economista compreender como a teoria econômica descreve a formação de demandas segundo a estrutura de preferências individuais. A apresentação destes conceitos é feita na próxima seção.

A terceira seção discute a transposição do conceito genérico de demanda para a área de saúde. As características particulares do setor introduzem elementos importantes para a análise econômica. A quarta seção introduz o debate sobre a utilização dos conceitos de demanda e necessidade no planejamento em saúde. A quinta seção conclui este capítulo.

IV.2 - O Conceito de Demanda

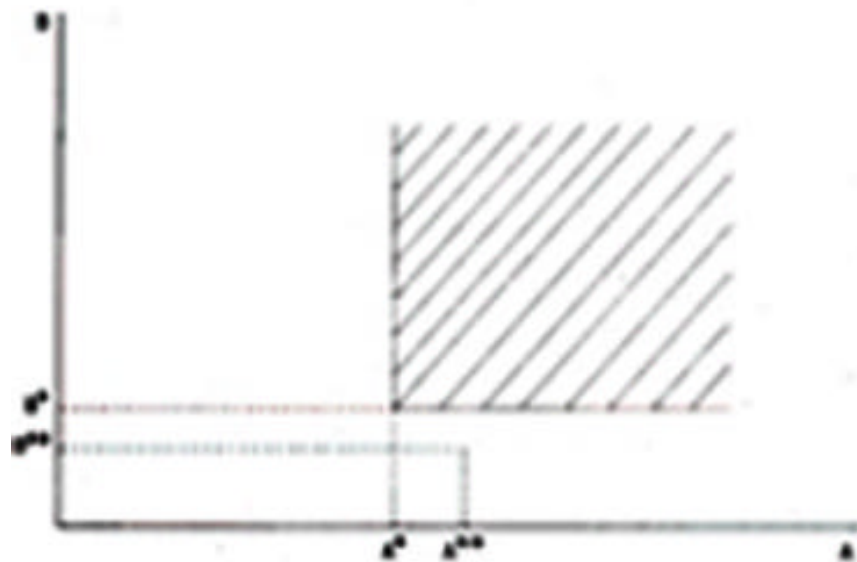
A demanda por um bem ou serviço pode ser definida como *a quantidade do bem ou serviço que as pessoas desejam consumir em um determinado período de tempo, dadas as suas restrições orçamentárias*. Dois itens presentes nessa definição precisam ser destacados. O primeiro está diretamente relacionado à noção de desejo: o conceito de demanda está baseado em uma estrutura de preferências. Dadas as diversas opções de consumo existentes, cada um de nós define uma "lista" de bens e serviços, segundo nossos gostos e preferências, que nos traga o máximo de satisfação ou felicidade.

* Da Faculdade de Saúde Pública - USP.

A esta noção de satisfação os economistas precursores da teoria do consumidor denominaram utilidade.¹ Assim, um dos pressupostos básicos da teoria do consumidor é a de as pessoas procurarem maximizar sua utilidade.² Assume-se também que os consumidores se comportam de maneira racional, ou seja:

- a) são capazes estabelecer definições claras; e
- b) não estruturam suas preferências de maneira contraditória.³

FIGURA 1



¹ O conceito de utilidade surge a partir dos trabalhos em teoria política de Jeremy Bentham, no século passado.

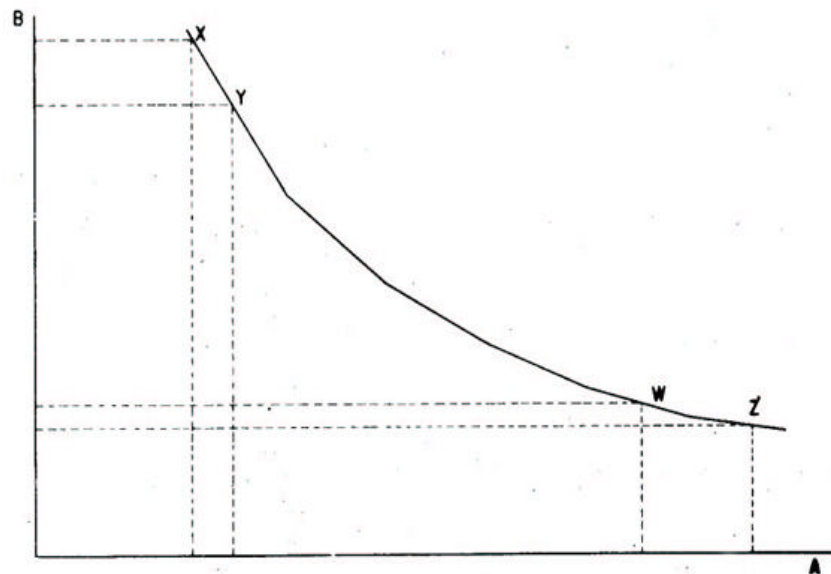
² O nível de satisfação ou utilidade de uma pessoa não se dá apenas por fatores materiais. Variáveis psicológicas, culturais e pessoais também afetam o nível de utilidade.

³ As condições (a) e (b) referem-se aos dois principais axiomas de racionalidade. O primeiro diz que o consumidor é sempre capaz de se definir por uma de três alternativas: X é preferido a Y ; Y é preferido a X ; ou X e Y são igualmente atraentes. O segundo estabelece que se o consumidor prefere X a Y e prefere Y a Z , então ele preferirá X a Z .

O fato de se consumir bens e serviços porque trazem satisfação implica que, diante de duas alternativas — uma com duas unidades de cada um dos produtos A , B e C , e outra com duas unidades dos produtos A e B e três unidades de C —, as pessoas preferirão a segunda. No exemplo apresentado na Figura 1, isso significa que qualquer combinação dos produtos A e B na direção da área sombreada será inquestionavelmente preferida à combinação A^* , B^* .

Mas o que dizer sobre a alternativa A^{**} , B^{**} em relação à alternativa A^* , B^* ? A primeira fornece mais do produto A porém menos do produto B que a segunda. Neste caso, sem informações adicionais não se pode fazer qualquer afirmação sobre qual das duas combinações fornece mais utilidade. Na verdade existem diversas combinações de A e B que deixariam o consumidor igualmente satisfeito; essas combinações estão localizadas ao longo de uma linha denominada *curva de indiferença*, como a que está desenhada na Figura 2.

FIGURA 2



Suponha que o consumidor possui uma combinação dos produtos *A* e *B* como aquela indicada pelo ponto *X*. Como em tal situação essa pessoa está com muito mais de *B* que de *A*, ela ficaria igualmente satisfeita se trocasse uma quantidade relativamente grande de *B* por um pouco de *A*. Tal troca implica o deslocamento da combinação de produtos *X* para a combinação *Y*. Em uma situação como *W* ocorreria o inverso; a pessoa precisaria ser compensada com uma quantidade muito grande de *A* para ceder algo do (relativamente) pouco de *B* que possui.⁴

Conforme foi discutido anteriormente, uma quantidade maior de pelo menos um produto significa um nível maior de utilidade, o que implica que curvas de indiferença situadas à direita revelam um nível maior de utilidade.

O segundo ponto a ser destacado na definição de demanda refere-se à presença de uma restrição orçamentária. As pessoas possuem recursos limitados e procuram distribuí-los entre produtos, serviços, lazer, poupança, etc. para conseguir a maior utilidade. Assim, a combinação de bens e serviços que desejamos consumir é determinada não apenas por nossas estruturas de preferências, mas também pelo montante de recursos que possuímos.

IV.2.1 - Determinantes da demanda

Vários fatores afetam a quantidade que as pessoas pretendem consumir de um bem ou serviço. Estes determinantes podem ser classificados de maneira simplificada nos seguintes grupos:

- a) a estrutura de preferências do consumidor, que, como fica claro a partir do exposto, é um dos principais determinantes da demanda por um bem ou serviço;
- b) a qualidade percebida sobre um produto ou serviço;
- c) o preço do bem ou serviço;
- d) o preço de outros produtos ou serviços; e

⁴ Está implícito nessa concepção de estrutura de preferência que as pessoas geralmente preferem possuir alguma combinação de produtos do que destinar seus recursos exclusivamente (ou quase exclusivamente) para um bem.

e) a renda disponível do consumidor.

Do ponto de vista econômico, a variável preço do produto talvez seja o mais evidente determinante da demanda por um bem ou serviço. A teoria econômica prevê uma relação inversa entre o preço e a quantidade que o consumidor deseja adquirir (considerando-se todos os demais fatores constantes), como mostra a curva de demanda representada na Figura 3. Essa relação inversa é intuitiva e se explica por dois fatores: em primeiro lugar, porque preços maiores reduzem a renda disponível do consumidor e, portanto, reduzem a quantidade a ser adquirida; em segundo lugar, porque nenhum bem ou serviço (incluindo os serviços de saúde ou até mesmo saúde)⁵ é considerado estar acima de todos os demais, o que implica que qualquer bem ou serviço possui um substituto mais ou menos perfeito. O consumidor estaria então substituindo o produto mais caro por outro(s) mais acessível (is).

O efeito que o preço de um produto pode ter sobre outro depende da relação existente entre os dois. Isto é, se os produtos ou serviços forem substitutos, como chá e café, manteiga e margarina, carne de frango e carne de vaca, espera-se que uma elevação no preço de um aumente a quantidade demandada do outro. Assim, quando se eleva (reduz) o preço da carne de boi, os consumidores consomem menos (mais) deste produto, substituindo-o por (deixando de consumir) outro como a carne de frango ou de peixe. Na área da saúde, certos procedimentos podem ser realizados sob regime ambulatorial ou de internação hospitalar. Elevações nos preços de internações hospitalares estimulariam a demanda por serviços ambulatoriais.⁶ Se, por outro lado, os produtos forem complementares, como, por exemplo, pão e manteiga, macarrão e molho de to-

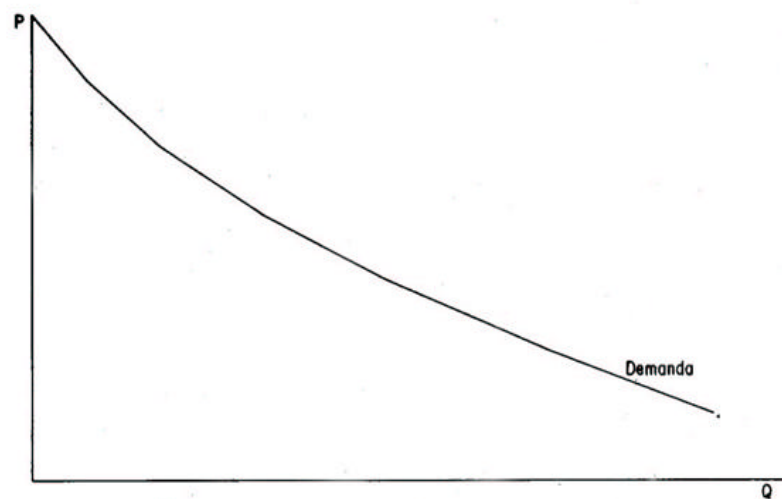
⁵ Embora essa colocação possa parecer um tanto extremada para alguns profissionais da saúde, gostaríamos de lembrar que se saúde fosse a coisa mais importante na vida das pessoas, nós não encontraríamos fumantes, pessoas andando em automóveis sem o cinto de segurança, ou motociclistas sem capacete, apenas para citar alguns exemplos. No caso particular dos fumantes, fica evidente que estas pessoas estão dispostas a trocar uma vida mais curta e menos saudável pelo prazer de fumar.

⁶ Considerando-se não apenas que o "consumidor" esteja informado sobre as alternativas e seus preços, como também que estes últimos sejam relevantes. Estes problemas serão discutidos mais adiante quando analisarmos de que maneira algumas das características especiais do setor saúde afetam a demanda.

mate, etc., uma elevação (diminuição) no preço de um reduzirá (aumentará) a demanda por aquele bem ou serviço que é consumido conjuntamente. Uma elevação no custo da diária hospitalar, por exemplo, traria incentivos para que a utilização de exames complementares se reduzisse.

De maneira geral espera-se que a demanda por um produto ou serviço se altere no mesmo sentido que a renda do consumidor, isto é, elevações (diminuições) na renda aumentariam (diminuiriam) a quantidade demandada. Como este é o resultado normalmente esperado, produtos que apresentam essa característica são chamados de bens "normais." Alguns produtos, no entanto, não apenas têm sua demanda elevada com o aumento da renda como essa elevação se dá de maneira mais do que proporcional, ou seja, a participação de determinados produtos no gasto total cresce à medida que a renda se eleva. Tais bens são denominados bens "de luxo." Há também certos produtos que têm sua demanda reduzida com elevações de renda. São os chamados bens "inferiores." Exemplos de bens inferiores são mercadorias (como roupas) usadas, leite tipo C, banha, etc.

FIGURA 3



IV.2.2 - Elasticidade da demanda

O conceito de elasticidade, embora essencialmente técnico, talvez seja o conceito mais importante na análise de demanda e, por esse motivo será apresentado, de maneira bastante simplificada, neste capítulo. O conceito de elasticidade quantifica os impactos do preço do produto, do preço de outros produtos e da renda sobre a demanda. Assim, a elasticidade mede o impacto de alterações de cada um desses elementos sobre a quantidade que o consumidor deseja adquirir de um bem ou produto.

A *elasticidade-preço* da demanda (ou elasticidade de demanda) mostra o quanto uma variação percentual no preço do produto ou serviço j (automóvel, macarrão, internação hospitalar, etc.) afeta a demanda por este mesmo bem ou serviço. De maneira um pouco mais rigorosa: *dada a variação percentual no preço do produto j , a elasticidade-preço da demanda expressa a variação percentual na quantidade demandada de j* . Ou seja:

η_j = variação percentual na quantidade demandada de j / variação percentual no preço de j ,⁷ ou, em símbolos,

$$\eta_j = \Delta\%q_j / \Delta\%p_j \quad (1)$$

Como a variação percentual na quantidade demandada é dada por:

$$\Delta\%q_j = \Delta q_j / q_j = (\text{quantidade demandada final} - \text{quantidade inicial}) / \text{quantidade inicial}^8$$

e a variação percentual no preço por:

⁷ As letras gregas η , ϵ , ou ϵ , são comumente utilizadas para representar elasticidades. Aqui utilizaremos η para designar a elasticidade-renda da demanda, logo a seguir.

⁸ Por quantidade demandada final estamos nos referindo à demanda existente após a variação no preço, e por quantidade demandada inicial, àquela que prevalecia antes da alteração no preço do produto. Note também que o subscrito j está presente para indicar que estamos nos referindo ao produto j .

$\Delta\%p_j = \Delta p_j/p_j = (\text{preço final} - \text{preço inicial})/\text{preço inicial}$, a expressão (1) pode ser reescrita como:

$$\eta_j = (\Delta q_j/q_j)/(\Delta p_j/p_j) = (\Delta q_j/\Delta p_j)(p_j/q_j)^9 \quad (2)$$

A seguir apresentamos alguns exemplos para ilustrar a aplicação destas fórmulas.

Exemplo 1 - O produto j teve seu preço unitário elevado de \$ 40 para \$ 50. Observou-se, como resultado dessa elevação no preço, uma redução na demanda de oito milhões de unidades para seis milhões. Neste caso teremos:

$$\Delta p_j = 50 - 40 = 10 \text{ e } \Delta q_j = 6 - 8 = -2$$

$$\Delta\%p_j = (50 - 40)/40 = 0,25 \text{ e } \Delta\%q_j = (6 - 8)/8 = -0,25$$

Portanto, a partir de (1), obteremos:

$$\eta_j = -0,25/0,25 = -1.$$

Exemplo 2 - O produto k tem a mesma elevação de preços, de \$ 40 para \$ 50, e observa-se uma redução em sua demanda também de dois milhões de unidades, de nove milhões para sete milhões. Observe que, embora as variações nos preços e quantidades sejam as mesmas, isto é:

$$\Delta p_k = 50 - 40 = 10 \text{ e } \Delta q_k = 7 - 9 = -2,$$

a variação percentual da quantidade demandada não é a mesma:

$$\Delta\%p_k = (50 - 40)/40 = 0,25 \text{ e } \Delta\%q_k = (7 - 9)/9 = -0,222...$$

Dessa maneira, a elasticidade de demanda do produto k é:

$$\eta_k = -0,222.../0,25 = -0,888...$$

⁹ Mais formalmente, a elasticidade é definida por variações infinitesimais e, portanto, se expressa por derivadas parciais:

$$\eta_j = (\Delta q_j/\Delta p_j)(p_j/q_j).$$

Exemplo 3 - O preço do produto i se eleva de \$ 40 para \$ 50 e sua demanda cai de seis milhões para quatro milhões. Portanto:

$$\Delta p_i = 50 - 40 = 10 \text{ e } \Delta q_i = 4 - 6 = -2$$

$$\Delta\%p_i = (50 - 40)/40 = 0,25 \text{ e } \Delta\%q_i = (4 - 6)/6 = -0,333\dots$$

Logo,

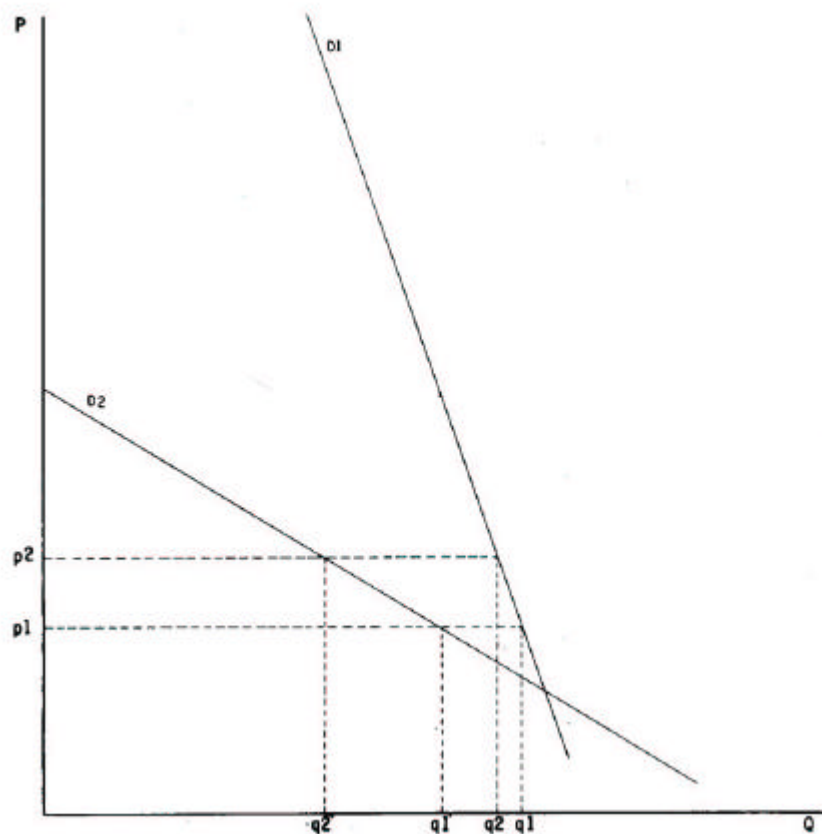
$$\eta_i = -0,333\dots/0,25 = -1,333\dots$$

Destes exemplos podemos tirar as seguintes importantes conclusões:

- i) a elasticidade-preço da demanda é sempre negativa, refletindo a relação inversa entre o preço e a quantidade expressa pela curva de demanda;
- ii) embora nos três exemplos as variações de preço e quantidade sejam sempre as mesmas (+10 e -2, respectivamente), as variações percentuais da demanda são diferentes e, portanto, também as elasticidades o são;
- iii) o produto do primeiro exemplo apresenta uma elasticidade unitária $\eta = -1$, ou $|\eta| = 1$. Isso significa que cada elevação (diminuição) de 1% no preço do produto j implicará uma redução (elevação) de 1% em sua quantidade demandada;
- iv) o produto k (exemplo 2) apresenta uma elasticidade (em módulo, ou em valor absoluto) menor que 1. Neste caso, as variações no preço geram reações menos do que proporcionais na demanda, ou seja, para cada elevação (redução) de 1% no preço de k , sua demanda se reduzirá (elevará) em menos de 1% (no caso do exemplo, em 0,888...%). Bens ou serviços como k são denominados de produtos ou serviços com demanda inelástica. Graficamente, na área onde a demanda é inelástica, a curva de demanda se apresentará bastante íngreme, como a curva $D1$ na Figura 4. Uma variação de preço de $p1$ para $p2$, por exemplo, gera uma variação (no exemplo, uma redução) menos intensa da demanda (de $q1$ para $q2$); e

- v) o exemplo 3 ilustra o caso de um produto (i) com demanda elástica. Cada variação de 1% em seu preço gerará uma variação (no sentido oposto) de mais de 1% na quantidade demandada (no caso, de 1,333...%). A curva de demanda será mais horizontal naquela área onde a demanda for elástica, como a curva $D2$ na Figura 4. Variações de preço, como de $p1$ para $p2$, geram reações mais do que proporcionais da demanda (de $q1'$ para $q2'$).

FIGURA 4



A *elasticidade-preço cruzado* da demanda segue o mesmo raciocínio, com a diferença de se tratar de relações entre produtos diferentes. Assim, temos:

$\eta_{j,i}$ = variação percentual na quantidade demandada de j /variação percentual no preço de i

e,

$$\eta_{j,i} = \Delta\%q_j / \Delta\%p_i \quad (1')$$

$$\eta_{j,i} = (\Delta q_j / q_j) / (\Delta p_i / p_i) = (\Delta q_j / \Delta p_i) (p_i / q_j) \quad (2')$$

Conforme foi visto, a relação entre o preço de um produto e a quantidade demandada de outro depende do fato de estes produtos serem substitutos ou complementares. Se os produtos forem substitutos, essa relação é positiva: a elevação (redução) no preço de um aumenta (diminui) a demanda pelo outro. Isso significa que a elasticidade-preço-cruzado no caso de bens ou serviços substitutos será positiva. Inversamente, no caso de bens ou serviços complementares, a elasticidade-preço-cruzado será negativa porque as variações no preço de um afetam a demanda do outro no sentido oposto.

De maneira similar, a *elasticidade-renda* da demanda mostra a relação entre a variação percentual na renda do consumidor e a quantidade demandada de um bem ou serviço:

η_j = variação percentual na quantidade demandada de j /variação percentual na renda

e,

$$\eta_j = \Delta\%q_j / \Delta\%Y^{10} \quad (1'')$$

$$\eta_j = (\Delta q_j / q_j) / (\Delta Y / Y) = (\Delta q_j / \Delta Y) (Y / q_j) \quad (2'')$$

Em função da discussão anterior, podemos ver que os bens inferiores apresentam elasticidade-renda negativa (renda e quantidade demandada variam em sentidos inversos), enquanto que os bens normais apresentam elasticidade-renda positiva.¹¹

Vários estudos procuraram estimar as elasticidades de demanda e de renda nos Estados Unidos. Estes resultados variam muito em função das

¹⁰ O símbolo Y está representando a renda do consumidor.

¹¹ Os bens de luxo apresentam elasticidade-renda superior à unidade.

diferentes metodologias utilizadas para as análises empíricas. De maneira geral, quando as estimativas se referem a gastos, ao invés de consultas médicas ou internações hospitalares, as elasticidades de demanda e renda tendem a ser maiores. Isto porque a variável gasto está relacionada com qualidade e a elasticidade estaria captando não apenas variações de quantidade, mas também de qualidade.

As estimativas obtidas para a demanda por serviços hospitalares e consultas médicas indicam, de maneira geral, demandas inelásticas ao preço. As estimativas de elasticidade para internações hospitalares variam de -0,03 a -0,5; para as consultas médicas, as estimativas variam de -0,1 a -0,2. A estimativa da elasticidade-renda para gastos médicos é aproximadamente igual a 1. É interessante notar que o impacto estatístico da renda parece ter diminuído ao longo do tempo, à medida que a importância dos seguros como responsáveis pelo pagamento das despesas médicas cresceu.

IV.2.3 - Elasticidade e receita total

O conhecimento da elasticidade da demanda por um bem ou serviço é de vital importância para a tomada de decisão dos produtores, isto porque, dependendo da elasticidade, a receita obtida na venda do bem ou serviço pode ser profundamente afetada por variações de preços.

Como foi visto, se a demanda por um bem ou serviço for inelástica, variações de preço gerarão variações menos intensas na quantidade demandada. Neste sentido, uma elevação de preço de 10%, por exemplo, acarretará uma redução na demanda de menos de 10%. Como a receita total é dada pelo preço unitário vezes a quantidade vendida,¹² no caso de demanda inelástica haverá uma elevação (redução) na receita total se houver uma elevação (redução) no preço do bem ou serviço, já que a redução (elevação) na quantidade demandada não é suficiente para eliminar (compensar) completamente os ganhos (perdas) em receita trazidos pela alteração do preço. Um exemplo clássico de uma situação desse tipo foi aquela vivida pelos países produtores de petróleo na época do primeiro choque de preços (1973): como a demanda mundial por petróleo era re-

¹² O capítulo de custos apresenta uma discussão mais detalhada sobre o conceito de receita total.

lativamente inelástica naquele momento, pois o mundo dependia quase que exclusivamente do óleo como fonte de energia, a elevação dos preços internacionais do petróleo trouxe um acréscimo impressionante de receita para os países produtores, enriquecendo de maneira rápida países que eram até então relativamente pobres.¹³

Se, por outro lado, a demanda for elástica, as reações da demanda a variações no preço serão proporcionalmente maiores. Assim, uma elevação no preço acarretará uma contração da demanda proporcionalmente maior, o que reduzirá a receita total. Reduções de preço terão impacto inverso sobre a receita total, elevando-a. Fica claro, portanto, que o conhecimento da elasticidade de demanda é fundamental para que não se tomem medidas cujos resultados serão opostos aos planejados.

Algumas características particulares da área da saúde fazem com que estimativas de elasticidades de demanda devam ser feitas com muita cautela. Passaremos agora à discussão do conceito de demanda em saúde e de como esta é afetada por algumas características particulares do setor, que impõem ao instrumental econômico diversas adaptações.

IV.3 - Demanda em Saúde

Em 1963, o prêmio Nobel de Economia Kenneth Arrow publicou um artigo, *Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care*, que se tornaria clássico na literatura de economia da saúde. Neste trabalho, Arrow mostra que o setor saúde apresenta diversas particularidades que o diferenciam de outras áreas da economia.¹⁴ Arrow vai mais além ao afirmar que a busca de mecanismos para remover tais peculiaridades aumentaram suas distorções. Estas características mais importantes são:

¹³ É interessante notar que, após o primeiro choque do petróleo, o mundo procurou ajustar suas demandas através de ganhos em eficiência e de busca por formas alternativas de energia, o que tornou a demanda pelo produto mais elástica, reduzindo substancialmente os ganhos dos países exportadores.

¹⁴ Arrow deixa explícito que sua discussão é centrada sobre os aspectos econômicos relativos à prestação de serviços de saúde, ou à economia da atenção à saúde, e não à economia da saúde no sentido de esta incorporar os determinantes das condições de saúde.

- a) do ponto de vista do indivíduo, a demanda por serviços de saúde é irregular e imprevisível. Isto é, a maioria de nós não sabe quando e com que frequência vai necessitar de atenção médica;¹⁵
- b) a demanda por atenção à saúde ocorre em uma circunstância anormal, a doença, o que pode comprometer a racionalidade da decisão do consumidor;¹⁶
- c) não apenas o consumo de serviços de saúde envolve algum risco (às vezes substancial) para o paciente, como também o mercado não pode ser utilizado como um processo de aprendizagem. O paciente geralmente não pode utilizar experiências anteriores, suas ou de terceiros, para eliminar esse tipo de incerteza e risco. Na maioria dos mercados, o fato de o consumidor haver gostado anteriormente de um produto serve como informação permanente para que outras vezes ele venha a consumi-lo. No caso da atenção médica, não há garantia de que uma experiência anterior bem-sucedida, como, por exemplo, uma cirurgia, se repita da mesma maneira, ainda que sob os cuidados da mesma equipe médica. Estas condições geram a necessidade de um elo de confiança no relacionamento entre o paciente e o seu médico;
- d) este elemento de confiança é reforçado pela crença de que o conselho do médico está supostamente dissociado de seu interesse próprio. A ética médica dita que a conduta terapêutica deve ser determinada apenas pelas necessidades do paciente, independente, portanto, de sua capacidade econômica de pagamento;
- e) a ética médica condena também a propaganda e a competição aberta entre médicos. Estas restrições limitam o volume de informações, inclusive de preços, disponível para o consumidor poder tomar suas decisões;

¹⁵ Note que esta característica se refere à demanda individual. A demanda agregada é facilmente previsível a partir de informações populacionais e epidemiológicas.

¹⁶ Como foi visto na seção anterior, a racionalidade do consumidor é um dos elementos básicos da teoria da demanda.

- f) a entrada de profissionais no mercado é limitada por diversos requisitos como especializações, residências, etc. e, particularmente, por restrições impostas à prática de profissionais não-médicos;
- g) o mercado de atenção médica é também caracterizado pela discriminação de preços, isto é, pela cobrança diferenciada de preço para um mesmo tipo de serviço e, portanto, para um mesmo custo. Observa-se também a freqüente adoção de práticas de cobrança completamente disvinculadas de custos. É comum, no Brasil, observarmos médicos definirem seus honorários como proporções da conta hospitalar, ou, no caso de procedimentos que envolvam, por exemplo, um cirurgião e um clínico, termos o último definindo seu preço em função do honorário do cirurgião;¹⁷ e
- h) a relação entre médico e paciente se estrutura também sobre o reconhecimento, por ambas as partes, da existência de uma importante diferença de conhecimento, por parte do médico, sobre as condições de saúde do paciente.

Estas características do setor saúde afetam tanto o lado da demanda quanto o da oferta. Os itens (a), (b) e (c) referem-se diretamente a fatores condicionantes do comportamento da demanda. O item (d), por sua vez, tem impacto tanto sobre os consumidores quanto sobre os prestadores. Os itens (e), (f) e (g) são características da oferta que podem distorcer a estrutura de preços e, portanto, a informação disponível para os consumidores, deslocando a demanda das condições ótimas. A existência de uma reconhecida diferença de conhecimento entre médicos e pacientes em favor dos primeiros (h) abre a possibilidade de haver induções da demanda. O exemplo mais evidente da existência desse tipo de prática no Brasil está na alta prevalência de cesárias. Fatores econômicos (maiores remunerações) ou comodidade para o médico explicam boa parte da excessiva proporção destes procedimentos.¹⁸

¹⁷ No Brasil temos ainda uma cartelizante tabela de preços definida pela Associação Médica Brasileira, sobre a qual a maioria dos agentes, médicos, hospitais, laboratórios e outros prestadores de serviços definem seus preços.

¹⁸ Esterilizações e comodidade por parte das mães também fazem parte desse elenco.

Os seguros tornam-se atrativos quando há incertezas e potencial de perdas econômicas significativas. Como vimos, não apenas a incerteza e os riscos caracterizam a demanda por serviços de saúde, como também os tratamentos médicos podem implicar custos econômicos importantes (por seus custos ou por debilitação). A sociedade buscou no seguro, público e/ou privado, o instrumento para a minimização das incertezas e dos riscos.¹⁹

No entanto, a presença de seguros no mercado de serviços de saúde reduz os preços que são pagos diretamente pelo consumidor para zero ou cerca de zero. A informação fornecida ao consumidor não apresenta mais nenhuma relação com custos, o que pode levar à má utilização de recursos. Na Figura 5, o preço p reflete os custos marginais de produção dos serviços de saúde CMg . Assim, sem a presença do seguro-saúde, o mercado observaria este preço p . Segundo a teoria da demanda, os consumidores procurarão os serviços de saúde até que a utilidade obtida com a última unidade de serviço consumida seja igual ao preço, isto é, até que o benefício marginal obtido com o consumo do bem ou serviço seja igual ao custo marginal de sua aquisição. Como o seguro-saúde reduz drasticamente o preço pago pelo consumidor (no limite até zero), ele estará disposto a consumir serviços de saúde até que o benefício obtido seja zero. Este tipo de comportamento pode ser ilustrado com três exemplos bastante comuns:

- a) o paciente que poderia ter alta hospitalar em um sábado, mas permanece internado até o início da semana;
- b) exames que são pedidos sem real necessidade, apenas por cautela (excessiva), mas que, como não custam "nada" ao paciente, são prescritos pelos médicos; e
- c) a existência de determinados seguros que cobrem apenas procedimentos realizados sob regime de internação hospitalar induzem muitas hospitalizações desnecessárias. Assim, procedimentos que pode-

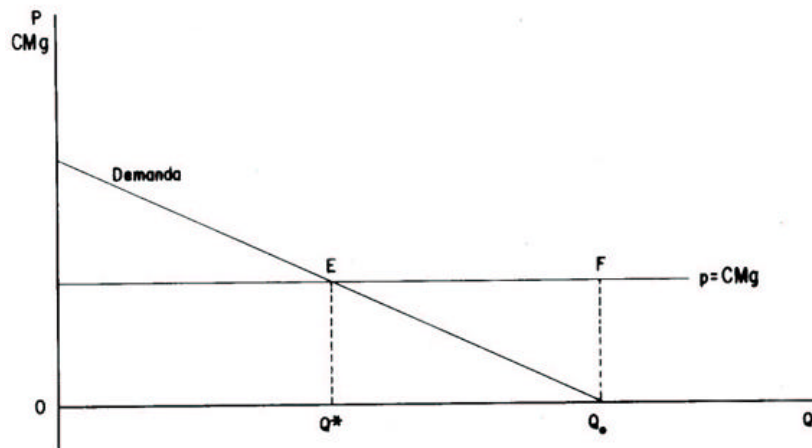
¹⁹ A característica meritória da saúde também contribui para a existência de mecanismos públicos de seguro.

riam ser realizados em laboratórios, de maneira mais barata para a sociedade, são realizados em hospitais.

Esta alteração no comportamento do consumidor trazida pela presença do seguro denomina-se *moral hazard* (ou risco moral).

Na Figura 5, Q^* é a quantidade de serviços de saúde que seria demandada se os consumidores tivessem que pagar o preço p . Q_0 , por sua vez, é a quantidade de serviços que seria demandada na presença de seguro-saúde. Entre Q^* e Q_0 o benefício marginal propiciado pelos serviços de saúde é menor do que o custo marginal imposto à sociedade para sua produção (igual a p). A área EQ^*Q_0 sob a curva de demanda mede o benefício obtido com o consumo daquelas unidades adicionais de serviços de saúde devido à presença do seguro.²⁰ Como a produção destes serviços adicionais custa à sociedade o equivalente à área EQ^*Q_0F , a presença do seguro-saúde gera uma perda de bem-estar equivalente a EQ_0F .²¹

FIGURA 5



²⁰ Essa área sob a curva de demanda define o chamado excedente do consumidor.

²¹ Feldman e Dowd (1991) estimam essa perda de bem-estar para os Estados Unidos entre 33 e 61 bilhões de dólares (medidos em dólares de 1984).

Outra característica importante relativa à demanda por serviços de saúde está relacionada ao fato de esta ser também determinada por fatores não-monetários, como o tempo que a pessoa dispende ao consumir tais serviços. Se o mercado de atenção médica é em boa medida seguro, tornando, portanto, os custos monetários próximos de zero para o consumidor, o componente tempo passa a ser relativamente mais importante que o preço monetário. Em um contexto como este, estimativas de elasticidade baseadas exclusivamente em variáveis monetárias tendem a subestimar a "verdadeira" elasticidade de demanda.²²

Consideremos o seguinte exemplo: o preço de um serviço de saúde se reduz de \$ 10 para \$ 4; em função dessa variação, um pesquisador observa uma elevação na demanda de 15 unidades/mês para 18 unidades/mês. A elasticidade obtida pelo pesquisador a partir destas informações, isto é, considerando apenas o preço monetário, seria igual a -0,333...²³ No entanto, se o pesquisador levasse em consideração o preço total, isto é, o preço monetário e o preço do tempo, ele observaria que o custo do tempo é constante e igual a \$ 40. Assim, o preço total passa de \$ 50 a \$ 44. Agora, estas variações no preço, e na demanda de 15 unidades/mês para 18 unidades/mês, refletem uma elasticidade de -1,666..., bastante mais elevada que aquela calculada anteriormente.

Para alguns, as características do setor saúde limitam de maneira importante a validade de análises econômicas de demanda, dado que vários de seus pressupostos básicos são violados. Nós não iríamos tão longe, mas chamamos atenção para a adoção acrítica do instrumental econômico tradicional. Trata-se de reconhecer, como indicou Pauly (1982), a existência de três situações: a) aquelas nas quais o método de análise utilizado para outras áreas da economia pode ser usado da mesma maneira ou de maneira similar; b) aquelas nas quais o instrumental tradicional não pode ser utilizado; e c) aquelas nas quais o paradigma da competição perfeita pode não funcionar perfeitamente, mas funciona razoavelmente bem. Essa discussão toma corpo no contexto do debate entre a utilização

²² Ver Acton (1975).

²³ Para o cálculo da elasticidade, ver a discussão da seção anterior.

dos conceitos de demanda e necessidade no planejamento em saúde, tema para o qual passamos agora.

IV.4 - Demanda *versus* Necessidade²⁴

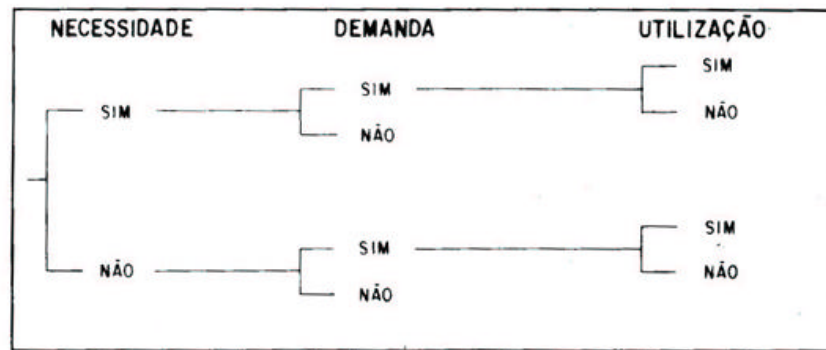
Sob um primeiro exame, o conceito de demanda se choca diretamente com o conceito de necessidade. Enquanto o primeiro está centrado sobre a liberdade e a autonomia de escolha do consumidor segundo sua própria estrutura de preferências, o conceito de necessidade é uma definição exógena feita por um *expert*. Em sua interpretação mais comum, o conceito de necessidade é definido como "aquela quantidade de serviços médicos que a opinião médica acredita *deva ser* (ênfase nossa) consumida em um determinado período de tempo para que as pessoas possam permanecer ou ficar tão saudáveis quanto seja possível segundo o conhecimento médico existente" [Jeffers *et al.* (1971, p. 46-47)].²⁵

A Figura 6 mostra, de maneira simplificada, os principais elementos que, do ponto de vista individual, levam à utilização dos serviços de saúde. A primeira possibilidade presente na figura se refere à presença ou não de uma condição que, segundo os profissionais de saúde, caracteriza uma situação de necessidade médica. O indivíduo, por sua vez, pode não estar consciente de um problema médico por falta de conhecimento/informação, ou porque o problema é assintomático. No entanto, como mostra a figura, com ou sem a necessidade médica, a pessoa pode demandar serviços de saúde. A demanda, aqui, é entendida como o desejo de buscar atenção médica, e não o consumo efetivo, já que fatores externos não controlados pelo consumidor, principalmente aqueles relacionados ao acesso (como distância, disponibilidade de médicos ou exames, períodos de espera muito altos, etc.), podem impedir que a demanda se transforme em utilização.

²⁴ As citações desta seção foram traduzidas pelo autor.

²⁵ O conceito de necessidade seria representado graficamente em um diagrama de demanda como uma linha vertical, já que independe de preços.

FIGURA 6



Da mesma maneira que podemos encontrar demanda sem necessidade, também é possível que haja utilização sem necessidade. A figura também abre a possibilidade para que, mesmo percebendo um problema de saúde, a pessoa não demande atenção médica. Tal situação pode ocorrer se o indivíduo não "confia" no serviço prestado, se ele acredita que seu problema é irremediável, ou se os custos de acesso já tenham sido incorporados à sua função utilidade, inviabilizando a demanda.

Atuações na área de educação para a saúde podem modificar as percepções de necessidades e a estrutura da demanda, bem como melhorar os *padrões* de utilização dos serviços. No entanto, não há garantias de que tais mudanças consigam gerar *aumentos* substanciais de utilização, que podem ser obtidos mais facilmente com a remoção dos obstáculos ao acesso.

Essa discussão mostra claramente que a quantidade de serviços considerada como necessária provavelmente diferirá da demandada. A necessidade, como é percebida pelo indivíduo, é *um dos* componentes da demanda. Mesmo em condições de seguro, sob as quais os consumidores encontram preço monetário zero, as diferenças nas estruturas de utilidade do paciente, da sociedade e dos médicos tendem a reduzir a possibilidade de que a quantidade demandada seja igual àquela considerada necessária.

A definição do conceito de necessidade transmite a noção de que as necessidades médicas de uma pessoa ou de uma sociedade sejam facilmente estabelecidas ou acordadas entre os profissionais da área. No entanto, este não é o caso. Na verdade, assim como o conceito de demanda, o conceito de necessidade se baseia em algumas hipóteses bastante fortes, tais como:²⁶

- a) a existência de um padrão claramente definido do que seja "boa saúde";
- b) conhecimento perfeito das condições de saúde da população; e
- c) conhecimento perfeito da capacidade das intervenções médicas para melhorar as condições de saúde das pessoas.

Como é reconhecido, nenhuma destas condições é satisfeita, e, neste sentido, o conceito de necessidade deixa de ser absoluto para tornar-se relativo. Como Cooper (1974, p. 93) coloca: "Necessidade é, em todo caso, uma questão de opinião médica, não um fato médico. Trata-se de um entre muitos pontos ao longo de um contínuo".

A aplicação do conceito de necessidade ao planejamento em saúde leva, naturalmente, ao estabelecimento de normas a serem atingidas, como, por exemplo, número de médicos por mil habitantes, número de leitos por mil habitantes, número de consultas por habitante/ano, etc.

Os economistas, de maneira geral, são muito críticos em relação à utilização de normas no planejamento. Estas críticas se baseiam em três pontos fundamentais:

- a) as normas não mostram em quais pontos o benefício marginal de um determinado investimento é maximizado. Suponhamos que o governo possua \$ 100 para investir em saúde. Estes recursos permitem contratar mil médicos (por um período relevante), ou adicionar 50 novos leitos de emergência. Qual das duas alternativas (ou que combinação delas) trará o maior benefício por unidade de recurso investido? Não sabemos;

²⁶ Ver Jeffers *et al.* (1971).

- b) a utilização de normas desencoraja a experimentação e a busca de novas formas de produção que se utilizam dos recursos já disponíveis; e
- c) para serem úteis, as normas têm de ser altas; nesse caso, não impedem o excesso de gastos.

Do primeiro ponto resulta a possibilidade de que a utilização de normas no planejamento em saúde leve à má utilização de recursos. O segundo ponto indica que a utilização de normas pode gerar ineficiências alocativas, isto é, uma combinação inadequada de insumos. O terceiro ponto implica que, como o conceito de necessidade é relativo, os argumentos para justificar a escassez de recursos são intermináveis.²⁷

Apesar destes argumentos, o conceito de necessidade e as normas têm sido freqüentemente utilizados no planejamento em saúde. Nos Estados Unidos temos os exemplos de normas que definiam os parâmetros para a construção de novos hospitais, e o requisito de que investimentos superiores a um certo montante têm de ter comprovada a sua necessidade diante de várias agências de planejamento. No Brasil, parâmetros como o número de internações por habitante/ano têm sido utilizados para a transferência de recursos do governo federal para estados e municípios.

As normas têm sido largamente utilizadas por três motivos eminentemente práticos inter-relacionados:

- a) são fáceis de usar;
- b) facilitam o *lobby* junto a outras áreas da administração pública para mais recursos para a saúde; e
- c) fornecem uma justificativa para ações públicas que possuem forte apelo junto à opinião pública: por exemplo, o poder político que tem um ministro da Saúde ao ir à imprensa justificar novos investimentos hospitalares munido da informação de que a disponibilidade de leitos no país está muito abaixo daquela considerada necessária pelas normas internacionalmente reconhecidas.

²⁷ Ver Cooper (1974, p. 101). Cooper sustenta para o caso inglês: "Demandas por mais recursos e pessoal são sempre mais fáceis do que uma auto-avaliação crítica das práticas correntes".

IV.5 - Conclusão

Neste capítulo procuramos introduzir o conceito de demanda e discutir sua utilização na área da saúde, contrastando-o, inclusive, com um outro conceito muito difundido, o de necessidade.

Mostramos que, da mesma maneira que a utilização do conceito de demanda em saúde apresenta limitações, o conceito de necessidade também apresenta restrições importantes. O conceito de demanda goza da vantagem de incorporar em sua concepção a existência de usos alternativos para os recursos. Mais ainda, essa alocação de recursos se dá de maneira ótima segundo a estrutura de preferências individual. No entanto, o conceito de demanda não leva em consideração questões distributivas. Na teoria do consumidor, a distribuição de renda é dada; neste sentido, o conceito de demanda é pouco equitativo.

O conceito de necessidade, por sua vez, não leva em consideração a possibilidade de que os recursos podem ser melhor utilizados, do ponto de vista individual e social, de maneira alternativa. No entanto, o conceito de necessidade é igualitário e, por esse motivo, tem sido utilizado como parâmetro para a mensuração de (in)equidades.

Embora existam diferenças marcantes entre os dois conceitos, suas aplicações empíricas e o próprio desenvolvimento teórico vem aproximando-os. Em relação a este último aspecto, podemos ressaltar a concepção de demanda por saúde, e não por serviços de saúde, desenvolvida por Grossman (1972). O reconhecimento de que a demanda por serviços de saúde é derivada de uma demanda por saúde, isto é, de que as pessoas demandam serviços de saúde porque estão na verdade demandando saúde, é um claro passo rumo a uma maior aproximação (ou menor dicotomia) entre os conceitos de demanda e necessidade e a um distanciamento de colocações como as de Culyer, Lavers e Williams (1972), que sustentavam o banimento da palavra necessidade das discussões de políticas públicas.

Bibliografia **

- ACTON, J.P. Nonmonetary factors in the demand for medical services: some empirical evidence. *Journal of Political Economy*, v. 83, n. 3, p. 595-614, 1975.
- ARROW, K. Uncertainty and the welfare economics of medical care. *American Economic Review*, v. 53 n. 5, p. 941-973, 1963.
- BOULDING, K.E. The Concept of need for health services. In: LUKE, R.D. e BAUER, J.C. (eds.) *Issues in health economics*. — Maryland: Aspen Systems Corp., 1982.
- COOPER, M. Economics of need: the experience of the British Health Service. In: PERLMAN, M. (ed.) — *The Economics of health and medical care*. — London: The MacMillan Press Ltd., 1974.
- CULYER, A.J.; LAVERS, R.J. e WILLIAMS, A. Health indicators. In: SHONFIELD, A. e SHAW, S. (eds.). *Social indicators and social policy*. — London: Heinemann, 1972.
- DARDANONI, V. Uncertainty, inequalities in health and the demand for health. *Journal of Health Economics*, v. 6, n. 4, p. 283-290, 1987.
- FELDMAN, R. e DOWD, B. A New estimate of the welfare loss of excess health insurance. *American Economic Review*, n. 81, p. 297-301, 1991.
- GROSSMAN, M. On the concept of health capital and the demand for health. *Journal of Political Economy*, v. 80, n. 2, p. 223-255, 1972.
- HELLER, P.S. A Model of the demand for medical and health services in peninsular Malaysia. *Social Science and Medicine*, v. 16, n. 2, p. 267-284, 1982.

** O conceito de demanda pode ser aprofundado em qualquer bom livro-texto de microeconomia.

São muitos os trabalhos de demanda em saúde, o que segue é uma lista bastante básica. Procuramos limitar o número de trabalhos mais difíceis para o não-economista.

- JEFFERS, J.R.; BOGNANNO, M.F. e BARTLETT, J.C. On the demand versus need for medical services and the concept of "Shortage". *American Journal of Public Health*, v. 61, n. 1, p. 46-63, 1971.
- MWABU, G.M. Nonmonetary factors in the household choice of medical facilities. *Economic Development and Cultural Change*, v. 37, n. 2, p. 383-392, 1989.
- PAULY, M. Is Medical care different?. In: LUKE, R.D. e BAUER, J.C. (eds.) *Issues in health economics*. — Maryland: Aspen Systems Corp., 1982.
- ROSETT, R.N. e L.F. HUANG The Effect of health insurance on the demand for medical care. *Journal of Political Economy*, v. 81, n. 2, p. 281-305, 1973.
- SCHAEFFER, M.E. Demand versus Need for medical care in a general cost-benefit setting. *American Journal of Public Health*, v. 65, n. 3, p. 293-295, 1975.
- WAGSTAFF, A. The Demand for health: theory and application. *Journal of Epidemiology and Community Health*, v. 40, n. 1, p. 1-11, 1986.

Justiça Social, Eqüidade e Necessidade em Saúde

Silvia Marta Porto *

V.1 - Introdução

Atualmente, entre os princípios norteadores dos sistemas de saúde, pode-se dizer que a universalidade e a eqüidade são os que têm alcançado maior nível de consenso, ainda que em muitos casos sua validade se encontre restringida exclusivamente à definição formal de um direito, e na realidade não seja assegurado seu efetivo exercício.

Também pode-se afirmar que o seu alcance está determinado pelos conceitos de justiça social adotados pelas sociedades e que sua implementação depende, como condição necessária ainda que não suficiente, da distribuição de recursos financeiros.

Assim, neste capítulo serão abordados três aspectos relacionados com a temática da eqüidade. O primeiro, centrado nas diferentes teorias de justiça social elaboradas pela corrente de pensamento liberal, procurando identificar em cada caso o conceito de eqüidade que sustenta cada uma. O segundo, que se limita a sintetizar os distintos conceitos de eqüidade trabalhados pelos autores preocupados com esta temática. E o terceiro, relacionado com os indicadores e variáveis utilizados para o repasse de recursos financeiros, que objetivem um patamar distributivo mais eqüitativo.

* Da Escola Nacional de Saúde Pública (Fiocruz/ENSP).

V.2 - Justiça Social no Pensamento Liberal

Com graus diferentes de desenvolvimento podem ser identificadas, no pensamento liberal, três abordagens distintas em relação à temática da justiça social. Uma, explicitada por Rousseau no seu famoso Discurso sobre a Origem das Desigualdades entre os Homens; outra, adotada pela corrente denominada utilitarismo, preconizada por autores como Hume, Locke, Sidgwick e, posteriormente, Smith; e, finalmente, a reflexão efetuada por Rawls em sua Teoria da Justiça.

Para Rousseau (1986, p. 143), existem “...duas espécies de desigualdades: uma, que chamo natural ou física, porque foi estabelecida pela natureza, e que consiste na diferença das idades, da saúde, das forças corporais e das qualidades do espírito ou da alma; outra, a que se pode chamar de desigualdade moral ou política, pois que depende de uma espécie de convenção e foi estabelecida, ou ao menos autorizada pelo consentimento dos homens. Consiste esta nos diferentes privilégios desfrutados por alguns em prejuízo dos demais, como o de serem mais ricos, mais respeitados, mais poderosos, ou mesmo mais obedecidos”.

Cabe esclarecer que a referência efetuada pelo autor em relação à saúde se limita às por ele denominadas doenças naturais, já que, no contexto do trabalho, diferencia as doenças naturais comuns a todos os animais (por exemplo, as decorrentes do processo de envelhecimento) das doenças desenvolvidas pelos homens que vivem em sociedade, compartilhando com Platão que se pode escrever a história das doenças humanas tomando como base a história das sociedades civis.

O pensador francês manifesta clara admiração pelo estado de natureza e considera que o aprofundamento das desigualdades é promovido pelas desigualdades sociais, que denomina de desigualdades de instituição. Estabelece uma relação causal entre propriedade e desigualdade dizendo que “... desde o instante em que um homem teve precisão da ajuda de outrem, desde que percebeu ser conveniente para um só ter provisões para dois, a igualdade desapareceu, introduziu-se a propriedade, o trabalho tornou-se necessário e as vastas florestas se mudaram em campos risonhos que passaram a ser regados com o suor dos homens, e nos quais logo se viu a escravidão e se viu a miséria germinar e crescer com as colheitas ” (1986, p. 183).

Para este autor, é apenas o trabalho que pode dar direito à propriedade, começando pelo direito ao produto da terra por ele trabalhada, e entendendo que uma posse contínua vem a transformar-se facilmente em propriedade.

Assim, pode-se dizer que Rousseau manifesta uma clara preocupação com o aprofundamento das desigualdades introduzidas pelo processo de socialização e que, conseqüentemente, seu conceito de justiça social é permeado pela idéia de igualdade, destacando como critério distributivo “a cada um segundo seu próprio trabalho”, superador dos adotados por grande parte dos pensadores da época, como “a cada um segundo seu status” ou “a cada um segundo seu mérito”, mas que não leva em conta a existência de diferentes necessidades.

Os críticos de Rousseau consideram que as idéias expostas no Contrato Social são contraditórias com as expressadas anteriormente. Porém seus defensores entendem que a proposta do Contrato Social parte da convicção do autor de que, por um lado, há impossibilidade de restabelecer o estado de natureza, e, por outro, há necessidade de um pacto social para minimizar as desigualdades provocadas pela instauração do estado civil.

Uma abordagem bem diferente, mas também dentro do pensamento liberal, é a desenvolvida pela corrente utilitarista, que considera que uma sociedade é corretamente ordenada, e portanto justa, quando obtém a maior soma de satisfação, independente da sua distribuição entre os indivíduos pertencentes a essa sociedade. Esta posição permite justificar a penalização e exclusão de indivíduos para obtenção de uma soma maior, cujos benefícios, em última instância, serão apropriados pelos indivíduos que se encontrem numa situação favorável ao aumento da utilidade marginal a ser obtida.

Le Grand (1988, p. 60 e 61) apresenta dois exemplos, relacionados com a questão da saúde, que permitem clarificar as conseqüências da implementação dos critérios distributivos do utilitarismo. O primeiro parte da aceitação de que quanto maior é a renda de um indivíduo, maior é a possibilidade de desfrutar as conseqüências de um bom estado de saúde. Assim, considerando duas pessoas que atualmente têm o mesmo estado de saúde, seria inteiramente lógico tentar melhorar o nível de saúde daquele que conta com uma renda maior, inclusive efetuando transferências, caso possível, do indivíduo de renda inferior para o outro mais rico.

O segundo é relacionado com a definição de assistência médica para dois indivíduos, um com melhor nível nutricional que o outro, portanto, com melhores possibilidades de responder ao tratamento. Sem lugar a dúvidas, segundo os princípios da corrente utilitarista, a escolha será a de oferecer atendimento àquele que teve um melhor nível de alimentação.

É difícil imaginar que os exemplos citados possam ser denominados de igualitários ou equitativos. Sendo assim, pode-se afirmar que o utilitarismo pouco — para não dizer nada — pode aportar como teoria sustentadora do conceito de equidade.

Por último, cabe analisar a teoria da justiça desenvolvida por Rawls (1985), e que deve ser compreendida no contexto atual da evolução do pensamento liberal, no qual são repensados os problemas sociais, o papel do Estado e o conceito de cidadania. Um bom exemplo é a tipologia de cidadania e a definição das instituições públicas responsáveis pelo seu efetivo exercício, apresentada por Marshall (1967, p. 28-29). No dizer do autor, “o Elemento Civil é composto dos direitos necessários à liberdade individual, liberdade de ir e vir, liberdade de imprensa, pensamento e fé, o direito à propriedade e de concluir contratos válidos e o direito à justiça. Este último difere dos outros porque é o direito de defender e afirmar todos os direitos em termos de igualdade com os outros e pelo devido encaminhamento processual. Isto mostra que as instituições mais intimamente associadas com os direitos civis são os tribunais de justiça. Por Elemento Político deve-se entender o direito de participar no exercício do poder político, como um membro de um organismo investido de autoridade política ou como um eleitor dos membros de tal organismo. As instituições correspondentes são o parlamento e conselhos de governo local.

O Elemento Social refere-se a tudo o que vai desde o direito a um mínimo de bem-estar econômico e segurança ao direito de participar, por completo, na herança social e levar a vida de um ser civilizado de acordo com os padrões que prevalecem na sociedade. As instituições mais intimamente ligadas a ele são o sistema educacional e os serviços sociais”.

É neste contexto, e com a influência contratualista de Rousseau, que Rawls desenvolve sua teoria de justiça. Para poder definir a teoria da justiça e seus correspondentes princípios norteadores, Rawls propõe

partir de uma posição inicial hipotética e sem realidade histórica, na qual seria estabelecido um contrato, “... já não como resultado de uma opção política, mas como discussão de uma questão filosófica” [Lacoste (1992, p. 138)].

Na posição inicial as pessoas livres e iguais deverão abandonar simpatias e ódios, colocando-se numa situação de imparcialidade, denominada pelo autor “véu da ignorância”, na qual desconhecem tanto sua posição social original quanto suas capacidades e preferências.

Segundo Rawls (1985, p. 82), as pessoas livres, iguais e racionais, assumindo o “véu da ignorância” como ponto de partida, chegariam a definir, na carta fundadora de sua associação, os seguintes princípios:

1. “Cada pessoa deve ter um direito igual ao sistema mais amplo possível de liberdades básicas; todos os societários têm direitos à mais extensa liberdade compatível com a liberdade dos demais.
2. As desigualdades econômicas e sociais devem ser tais que:
 - a) sirvam ao maior benefício dos mais desfavorecidos, dentro dos limites de um justo princípio de repartição;
 - b) devem estar relacionadas a funções e posições abertas a todos, em acordo com o princípio de justa igualdade de oportunidades” .

Os princípios mencionados deverão ser lidos na ordem apresentada, com a qual fica claramente exposta a prioridade dada à liberdade. É neste aspecto que não são admissíveis as desigualdades entre os indivíduos. O segundo dos critérios que trata da forma de distribuição da renda, da riqueza e das grandes linhas de organização, por um lado, pretende diminuir as desigualdades através da eleição de uma política “maximin” (maximizar o benefício dos menos favorecidos) e, por outro, põe de manifesto a aceitação da desigualdade entre os homens sempre que se entenda que são justas (justo princípio de repartição, justa igualdade de oportunidades).

Pode-se pensar, inicialmente, que o pensamento rawlsiano sustenta um conceito de equidade que permite uma discriminação positiva. Entretanto, alguns autores, como, por exemplo, Lacoste (1992, p. 139), entendem que a igualdade preconizada no primeiro dos postulados é atenuada por um realismo utilitarista manifesto no segundo princípio, já que

“... para Rawls, não existe injustiça no fato de um pequeno número obter vantagens superiores à média, contanto que justamente por aí — mas como é possível saber — a situação dos mais desfavorecidos seja melhorada”.

Por sua vez, Nozick (1991, p. 217), que discute justiça distributiva a partir de um estudo detalhado da contribuição de Rawls, também identifica certa influência utilitarista na formulação da proposta, vez que não existe uma preocupação manifestada pelos direitos que justificam as formas distributivas, mas pelos resultados finais obtidos. No dizer do autor:

“ A natureza do problema de decisão enfrentado por pessoas ao se resolverem por princípios, na posição inicial e por trás de um véu de ignorância, limita-as a normas de distribuição de estado final”.

Entretanto, propõe como justas as distribuições que resultem de justas aquisições iniciais e de justas transferências, citando como exemplo de injustiça o roubo e a fraude.

Conseqüentemente, considera que o papel do Estado deve-se limitar a reparar as injustiças existentes, sem intervenção na distribuição de bens, a qual será determinada pelas capacidades e talentos individuais. Em síntese, propõe um Estado mínimo ultraliberal, que tenha como função principal assegurar as liberdades individuais e dos mercados.

Por outra parte, segundo Le Grand (1988), é provável que o próprio Rawls não aceitasse a aplicação de seus princípios à saúde. Le Grand fundamenta sua dúvida em dois pontos importantes do pensamento de Rawls:

a saúde é um bem natural que não pode ser distribuído nas mesmas bases que os bens sociais; e

o princípio “maximin” é um macrocritério, não *implementável* em situações micro como saúde.

Entretanto, estas limitantes carecem de sustentação quando se considera, por um lado, que a atenção à saúde deve ser objeto de uma política distributiva da mesma forma que outros bens sociais, e, por outro, que os critérios devem ser aplicáveis tanto a macro quanto a microsituações, e

que não existem fundamentos para enquadrar a saúde como microárea [Le Grand (1988, p.62)].

Porém, ainda que possam ser superados os entraves colocados pelo pensamento de Rawls, permanecem outros que podem ser melhor dimensionados a partir do exemplo colocado por Le Grand. Seria equitativo, aplicando o princípio de “maximin”, privilegiar o atendimento de um condutor embriagado que tivesse atropelado um pedestre sóbrio, pelo fato de o condutor, em termos de recursos materiais, ser considerado o mais desfavorecido?

É pouco provável que alguém possa considerar que, na situação exposta, a aplicação do princípio “maximin” conduza a um tratamento equitativo. No entanto, cabe assinalar que este tipo de limitações tende a desaparecer quando o critério é aplicado para distribuições entre grupos geográficos ou entre grupos sociais.

Assim, apesar das críticas mencionadas, a teoria da justiça de Rawls aporta bases fundamentais à busca de uma conceituação do termo equidade. Basta destacar a incorporação dos interesses coletivos e a preocupação com a diminuição das desigualdades através de políticas de distribuição de discriminação positiva em favor dos menos favorecidos.

V.3 - Conceito de Equidade

Entre as definições do conceito, uma primeira distinção que deve ser destacada é a formulada por West (1979) ao discriminar o princípio de equidade horizontal — tratamento igual para iguais — da equidade vertical — tratamento desigual para desiguais. Convém lembrar que por trás do primeiro conceito está o princípio de igualdade, enquanto o segundo pressupõe uma discriminação positiva, e, ainda, que tratamentos iguais podem ser não-equitativos.

“É relativamente simples pensar em exemplos de tratamentos iguais que poderiam não ser equitativos. É o caso hipotético citado por Le Grand, no qual duas pessoas com o mesmo problema de saúde recebem o mesmo tratamento. Uma, entretanto, por desfrutar de condições físicas superiores, reage mais rapidamente à terapêutica. Neste caso, a igualdade de tratamento resultou em desigualdade de resultado. Teria sido,

por conseguinte, mais eqüitativo proporcionar melhores cuidados ao paciente mais vulnerável, cuja capacidade de resposta fosse presumivelmente pior” [Vianna (1989)].

Cabe destacar que a discriminação efetuada entre eqüidade horizontal e vertical pode ser questionada por todos aqueles que considerem que não existem duas pessoas iguais, nem duas situações idênticas. Neste sentido a eqüidade horizontal perderia aplicabilidade.

Sem lugar a dúvidas, Julian Le Grand é um dos autores que mais tem contribuído para a conceituação do termo eqüidade. Ele distingue cinco tipos de eqüidade ligados à distribuição da despesa pública; quais sejam:

aquele que objetiva a igualdade da despesa pública *per capita*;

o que persegue a igualdade do rendimento fiscal procurando compensar os rendimentos das populações de mais baixa renda através da despesa pública com políticas sociais, obtendo-se, desta maneira, uma equiparação entre os rendimentos dos diferentes grupos sociais;

o definido como igualdade de utilização, em que a despesa pública deverá favorecer a igualdade no consumo dos diferentes serviços;

o que está referido à igualdade do gasto, de tal maneira que todos os indivíduos tenham, potencialmente, igualdade no gasto por unidade de serviço utilizado; e

o que tem por finalidade o alcance da igualdade nos níveis de saúde por uma distribuição da despesa pública orientada para a obtenção de iguais resultados [Le Grand (1982)].

Por sua vez, Artells (1983) e Mooney (1983) trabalham sete conceitos possíveis de eqüidade em saúde:

Igualdade de despesa per capita: que parte do pressuposto de que a distribuição é eqüitativa quando efetuada em função do tamanho populacional.

Igualdade de recursos per capita: que incorpora à distribuição realizada em base populacional correções em função das diferenças de preços observadas em cada região.

Igualdade de recursos para necessidades iguais: que estabelece que para obter distribuição eqüitativa devem ser consideradas as diferentes necessidades sanitárias existentes, efetuando-se correções a partir tanto do perfil demográfico quanto do epidemiológico.

Igualdade de oportunidade de acesso para necessidades iguais: que reconhece, além das diferentes necessidades determinadas pelos perfis demográfico e epidemiológico, a existência de desigualdades no custo social do acesso (por exemplo, a distância aos serviços de saúde).

Igualdade de utilização para iguais necessidades: que considera não só a distribuição da oferta e os custos sociais, mas também outros fatores condicionantes da demanda. Neste caso, deverá efetuar-se uma discriminação positiva em favor dos grupos regionais ou sociais com menos predisposição para a utilização dos serviços de saúde.

Igualdade de satisfação de necessidades marginais: que parte do pressuposto de que as necessidades mantêm a mesma ordem de prioridades nas diferentes regiões. Assim, a eqüidade seria alcançada se, dado um incremento ou um corte nos recursos, o aumento ou a diminuição na cobertura das necessidades fosse o mesmo em todas as regiões.

Igualdade nas condições de saúde: que tem por objetivo a igualdade nos indicadores de saúde. Este conceito de eqüidade, diferentemente dos anteriores que priorizam a distribuição dos recursos, toma como ponto central os resultados obtidos. E, como aponta Giraldes (1987), exige estratégias multisetoriais.

Como se pode observar, as conceituações efetuadas por Le Grand (1982) estão contempladas nas realizadas por Artells (1983) e Mooney (1983), e em cada uma delas o ponto central de preocupação é a distribuição da despesa pública. Por outra parte, o leque apresentado pelos autores mostra que não existe consenso em torno de um único conceito.

Em trabalhos mais recentes, Le Grand (1988) considera que a maioria dos conceitos de eqüidade, por representar variações de uma mesma idéia ou objetivo, podem ser sintetizados em três:

- tratamento igual para necessidades iguais;
- igualdade de acesso; e
- igualdade de saúde.

Mas as idéias mais inovadoras de Le Grand (1988) estão relacionadas com a consequência nas formas de financiamento incorporadas pelo reconhecimento das eleições/responsabilidades individuais. Se bem que o binômio eleição/responsabilidade tenha permeado todos os trabalhos deste autor (serve como exemplo o caso do condutor embriagado), suas implicações na redefinição do conceito de equidade e, portanto, no financiamento setorial, foram explicitadas mais recentemente.

Segundo Le Grand, desigualdades motivadas pela livre eleição dos indivíduos não podem ser consideradas não-equitativas; unicamente as desigualdades que resultam de fatores que estão fora de seu controle devem ser entendidas como não equitativas.

O próprio autor reconhece que a implementação desse novo conceito de equidade pode ser extremamente difícil. Como saber se as consequências são produto de preferências realmente autônomas, e não determinadas por outros fatores, como, por exemplo, os sociais? É possível considerar que as consequências provocadas pela adição no nível de saúde são resultado da livre escolha individual?

Le Grand estabelece que as implicações desta concepção estão limitadas à responsabilidade no custeio dos correspondentes tratamentos. E considera que o critério de eleição/responsabilidade não pode influenciar a demanda atendida pelos serviços médico-hospitalares. A pergunta que deve ser respondida não é: qual indivíduo deve ser atendido, mas: é justo que a assistência médica de problemas de saúde originados pela livre escolha de um indivíduo seja custeada pelos recursos da comunidade?

A partir das considerações expostas, o autor sugere que cada indivíduo deve contribuir com uma porcentagem do custo do tratamento equivalente ao risco assumido através de suas escolhas. É dizer, por exemplo, que se 20% dos fumantes têm a probabilidade de contrair câncer de pulmão, cada um deles deveria pagar um quinto de seu tratamento. Porém, levando em conta a dificuldade que certamente representaria a definição da responsabilidade de cada indivíduo no financiamento dos tratamentos demandados, apresenta como alternativa a penalização di-

ferenciada dos consumos ou atividades nocivas à saúde, como, por exemplo, o consumo de tabaco.

Finalmente, sintetizando o exposto, pode-se afirmar que atualmente as tendências preponderantes reconhecem como pilares principais do conceito de equidade a distribuição de recursos através de uma discriminação positiva em favor dos mais desfavorecidos e a diminuição das desigualdades que resultam de fatores que estão fora do controle individual.

Ao mesmo tempo cabe reiterar que a aceitação, quase consensual, de princípios equitativos permanece restrita exclusivamente à definição formal de um direito, sem que na realidade seja assegurado seu efetivo exercício.

V.4 - Necessidades em Saúde: Comentários sobre Alguns Indicadores

Em relação ao conceito necessidade em saúde, como no que se refere ao termo equidade, não existe consenso entre os distintos autores que têm abordado a temática com o objetivo de elaborar uma definição mais precisa.

As dificuldades podem ser avaliadas a partir dos interrogantes levantados por Le Grand (1988, p. 56):

“Que se entende por necessidade? A quantidade de serviços que os indivíduos desejam? Sua “demanda” de tratamento, como os economistas entendem o termo, isto é, a quantidade de tratamento que comprariam ao preço vigente se estivesse disponível? O tratamento que um profissional considera necessário em cada caso?”

Apesar da importância da discussão suscitada pelos diferentes enfoques adotados nas tentativas de superar os problemas enfrentados na busca de uma definição mais apropriada de necessidades em saúde, este trabalho se limitará a sintetizar e discutir os indicadores e as variáveis mais utilizadas para operacionalizar o termo e melhor dimensionar as diferenças existentes, em nível regional ou entre grupos populacionais.

Pode-se dizer que em geral os indicadores mais freqüentemente utilizados estão relacionados com os perfis demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos.

V.4.1 - Perfil demográfico

São vários os indicadores que permitem conhecer o perfil demográfico de uma determinada população. No entanto os mais utilizados, de fácil implementação mas de baixo poder explicativo, são elaborados a partir da discriminação da população segundo sexo e grupos etários. Sabe-se que os diferentes subgrupos populacionais apresentam necessidades distintas, determinadas pelo próprio processo de envelhecimento. Por exemplo, a prevalência de cardiopatias coronárias, mínima nos primeiros anos de vida, assume níveis relevantes nas populações de idade mais avançada. Por outra parte, são conhecidas algumas especificidades de cada sexo: a incidência de osteoporoses, por exemplo, é superior nas mulheres de determinado grupo etário que no grupo correspondente de homens [Whitehead (1991)].

Porém, como se mencionou, estes indicadores são pouco explicativos das diferenças de necessidades existentes, já que expressam unicamente variações biológicas naturais, não incorporando variações intragrupos etários decorrentes de outros fatores, como, por exemplo, os sociais. Assim, como afirma Musgrave (1984, p. 440), os dados demográficos não indicam o nível de bem-estar, mas proporcionam as bases para a obtenção de indicadores de bem-estar.

Outros indicadores que comumente são utilizados para definir as características demográficas de uma região, que permitem uma melhor avaliação das necessidades, mas que neste trabalho serão analisados em forma separada, estão relacionados com as condições socioeconômicas da população.

V.4.2 - Perfil epidemiológico

Outro critério extremamente importante para avaliar diferenças nos níveis de necessidades é o perfil epidemiológico, expressado pelas correspondentes taxas de morbilidade. Entretanto, sua operacionalização por meio deste indicador apresenta dificuldades decorrentes da falta de informação pertinente e da pouca confiabilidade da existente. Assim, em geral optou-se por trabalhar basicamente com mortalidade, considerando-se que guarda certa relação com a morbilidade. A experiência mais importante de utilização das taxas de mortalidade para dimensionamento das necessidades regionais foi a efetuada na Inglaterra, que durante

aproximadamente 30 anos realizou sua distribuição de recursos financeiros tomando este indicador como base fundamental para a determinação dos repasses a serem efetuados.

Para tanto, implementou, como fator de correção da população observada, a relação entre a taxa de mortalidade padronizada de cada região e a correspondente taxa nacional. Este procedimento foi efetuado para cada grupo de causas básicas de mortalidade da Classificação Internacional das Doenças (CID), excluídas as referentes às doenças da pele (já que não existe o mesmo grau de correlação entre morbidade e mortalidade) e doenças psiquiátricas (que em geral são tratadas separadamente). As relativas a gravidez, parto e atendimento ao recém-nascido não foram ajustadas segundo a taxa de mortalidade, mas de acordo com as taxas de fecundidade padronizada. Cabe esclarecer que este indicador foi trabalhado para cada faixa etária e segundo o sexo.

Para exemplificar: se a taxa regional padronizada por sexo e idade, tomando como base a distribuição observada em relação ao total da população do país, para uma determinada causa básica de mortalidade, é de 2,1/1.000 habitantes, e a correspondente média em nível nacional é de 2,6/1.000 habitantes, o fator de correção será de 0,8077. Ou seja, para obter o dado de população corrigido deverá multiplicar-se a população observada por 0,8077.

Cabe assinalar que a utilização da mortalidade como indicador de necessidades tem recebido inúmeras críticas. Uma síntese das mais importantes pode ser efetuada a partir do levantamento realizado por Giraldes (1987) sobre a bibliografia existente:

Não existe uma correlação significativa entre as taxas de mortalidade padronizadas e doenças agudas, resultado contrário ao observado quando a comparação é efetuada com as doenças crônicas.

A mortalidade é um indicador sensível unicamente quando as doenças infecciosas têm um peso significativo no total dos problemas de saúde.

Quando o número de mortes por ano, entre 1 semana e 55 anos de idade, é pequeno, a mortalidade não é representativa das necessidades de assistência em saúde.

A mortalidade regional pode ser utilizada como uma aproximação das necessidades de serviços de saúde quando os fatores socioculturais, os juízos de valor relativos aos serviços de saúde e a relação entre necessidades sentidas e demanda sejam homogêneos entre as diferentes regiões consideradas. Por outra parte, a utilização das taxas de mortalidade padronizadas pode esconder diferenças importantes manifestas nas taxas de mortalidade específicas por grupos etários.

Os casos enquadráveis numa mesma causa de morte podem demandar diferentes quantidades de insumos. Basta comparar os custos das mortes prematuras com os ocasionados por aquelas que demandaram um longo período de internação.

A mortalidade não reflete a ampla gama de morbidades que pode apresentar um indivíduo no transcurso de sua vida.

A este leque de limitações pode acrescentar-se outra de caráter geral, relacionada com sua utilização como critério distributivo, e uma relativa à especificidade brasileira [Porto (1991)].

Com a aplicação reiterada das taxas de mortalidade como critério distributivo pode-se chegar, em última instância, a premiar a falta de eficácia nas políticas implementadas. Uma região que apresentasse um melhor desempenho, medido em termos de suas taxas de mortalidade, seria penalizada com uma diminuição na disponibilidade de recursos financeiros. Assim, pode ser interessante pensar na determinação de um período de tempo a partir do qual devem-se esperar resultados positivos manifestos na melhoria dos indicadores. E, conseqüentemente, utilizar para a distribuição dos recursos financeiros uma combinação dos indicadores de necessidades e desempenho.

Em relação ao caso brasileiro, as informações relacionadas com as taxas de mortalidade apresentam deficiências pela cobertura incompleta do sistema de informação, especialmente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, e pelo sub-registro de óbitos. Este problema poderia ser superado caso fossem empregados indicadores que não usassem a população como denominador, como a mortalidade proporcional. Todavia, outros limitantes do sistema podem vir a ser utilizados como indicadores de necessidades. Por exemplo, a mortalidade por causas mal definidas, já que são em grande parte produto de óbitos sem atendimento médico, e

representam mais de 50% da mortalidade observada em alguns estados das regiões mais desfavorecidas. Por outro lado, ainda quando tenham recebido atendimento médico, as diferenças observadas podem ser interpretadas como um indicativo da necessidade de melhoria na qualidade dos serviços médicos, seja através de aprimoramentos na correspondente formação médica, seja nas técnicas de diagnóstico e tratamento.

V.4.3 - Perfil socioeconômico

São vários os indicadores utilizados para identificar o nível socioeconômico regional. Entre os trabalhados com mais frequência, podem ser citados o grau de alfabetização, as taxas de desemprego, a porcentagem de habitações ligadas a redes de saneamento básico e o volume de ingressos.

Sabe-se que o nível de educação de uma população guarda relação com seu estado de saúde. Mais especificamente, existe uma correlação significativa entre a educação dos pais e a saúde de seus filhos [Musgrave (1984, p.444)]. Este indicador pode dar maiores informações no caso de se efetuar uma discriminação segundo níveis de escolaridade.

Em relação às taxas de desemprego, deve-se alertar que, em geral, como consequência da metodologia dos inquéritos efetuados, podem não ser um bom indicador das necessidades regionais. Como assinala Musgrave (1984, p. 446), as principais deficiências se referem a:

- não registro dos subempregos;

- não contabilização dos desempregados que, por distintos motivos, deixem de procurar emprego por um curto período — desconsideração da duração do desemprego; e

- contabilização, como desempregados, de trabalhadores rurais que, por variáveis estacionais, concentram suas atividades num período determinado do ano, complementando seus ingressos com outro tipo de tarefas nos restantes meses do ano.

No que se refere à porcentagem de habitações ligadas a redes de saneamento básico, pode-se afirmar que é um dos melhores indicadores das condições de saúde de uma população, e que sua implementação é rela-

tivamente simples, dado que os dados necessários são levantados comumente nos censos nacionais.

Por fim, os indicadores socioeconômicos mais utilizados estão relacionados com o nível de ingressos de cada subgrupo regional. O mais conhecido é o produto interno bruto (PIB) *per capita*. Entretanto, este indicador, dependendo do grau de concentração da renda, pode não ser representativo dos ingressos da maior parte da população. Nestes casos, parece mais conveniente trabalhar com indicadores que expressem a distribuição dos ingressos, como, por exemplo, a composição populacional segundo faixas de renda, observando as diferenças existentes com a média nacional.

V.5 - Considerações Finais

Em primeiro lugar, cabe destacar a necessidade de aprofundar as formulações teóricas que permitam avançar na construção de uma conceituação do termo equidade.

As teorias de justiça social, implícitas ou explícitas nas obras dos pensadores da corrente liberal, deixam dúvidas em relação ao conceito de equidade que cada uma delas pode sustentar. A mais desenvolvida, elaborada por Rawls, apesar de incorporar a possibilidade de uma discriminação positiva, foi objeto de análises e, por que não dizer, de críticas que mostraram a necessidade de aprofundar a discussão das bases teóricas que permitiriam uma melhor conceituação do termo equidade.

No entanto, não se pode afirmar que a falta de referências teórico-conceituais foi a causa principal da ausência de políticas públicas realmente comprometidas com o alcance de um patamar mais equitativo na área da saúde.

Por outra parte, as limitações levantadas em relação aos critérios e indicadores comumente utilizados para determinação das diferenças regionais têm por objetivo, mais que desalentar seu aproveitamento, alertar para suas deficiências e permitir a implementação de sistemas de controle e acompanhamento que evitem consequências indesejáveis.

Por fim, no que se refere à distribuição de recursos em função das necessidades, vale a pena lembrar alguns aspectos metodológicos por de-

mais conhecidos, e que de alguma forma já foram mencionados no decorrer do trabalho.

Na definição dos grupos populacionais, deve-se procurar a maior homogeneidade possível, de forma a minimizar fatores que possam caracterizar subgrupos com necessidades extremamente distintas.

Para selecionar os critérios distributivos e as variáveis que serão usadas na sua operacionalização, deve-se inicialmente definir as populações que se pretende favorecer e os resultados que se desejam incentivar. Em outras palavras, é necessário construir a imagem-objetivo que se procura alcançar.

Cabe destacar que, existindo mudanças na imagem-objetivo pretendida, os indicadores e, provavelmente, os critérios deverão ser redefinidos.

Em todos os casos, recomenda-se realizar estudos de correlação entre os indicadores/variáveis que sejam utilizados, visando evitar tanto a potencialização quanto a anulação de seus efeitos distributivos.

Para finalizar, sublinha-se que, para o efetivo alcance de sociedades mais equitativas, são necessárias políticas públicas que superem o âmbito setorial e consigam, conjuntamente, diminuir as desigualdades atualmente existentes, sem perder de vista a eficiência e a eficácia.

Sintetizando, os maiores desafios estão centrados no avanço das formulações teórico-conceituais, na operacionalização das definições adotadas com políticas que contemplem tanto a equidade quanto a eficácia e eficiência dos sistemas de saúde.

Bibliografia

ARTELLS, Joan. Notas sobre la consideración económica de la equidad: utilización y acceso. In: *Planificación y economía de la salud en las autonomías*. — Madrid, 1983.

GIRALDES, María do Rosario. *Distribuição equitativa da despesa, em cuidados de saúde primários*. — Lisboa, 1987. (Teses para professora auxiliar de economia da saúde. ENSP)

LACOSTE, Jean. *A filosofia no século XX*. — Campinas, São Paulo: Papyrus, 1992

- LE GRAND, J. *The strategy of equity; Redistribution and social services*. — London: George Allen e Unwin, 1982.
- LE GRAND, J. Equidad, salud e atención sanitaria. In: *Salud e equidad: VIII jornadas de Economía de la Salud*. — España, 1988.
- MARSHALL, T. H. *Cidadania, classe social, e status*. — Rio de Janeiro: Zahar, 1967.
- MOONEY, G.H. Equity in health care: confronting the confusion. In: *Effective Health Care*, 1983.
- MUSGRAVE, Philip. Indicadores de bienestar y salud, selección y empleo de indicadores socioeconomicos para monitoria y evaluación. *Boletín da Oficina Panamericana de la Salud*, v. 96, n. 5, 1984.
- NOZICK, Robert. *Anarquia, estado e utopia*. — Rio de Janeiro: Zahar, 1991.
- PORTO, S. Descentralização de recursos no setor saúde: comentários sobre algumas propostas. *Planejamento e Políticas Públicas*, n. 5. — Brasília: IPEA, jun. 1991.
- RAWLS, John. *Teoria da Justiça México*. Fondo de Cultura Económica, 1985.
- ROUSSEAU, Jean Jacques. *O Contrato social e outros escritos*. — São Paulo: Ed. Cultrix, 1986.
- VIANNA, S. M. *Equidade nos Serviços de Saúde*. — Brasília: IPEA/Iplan, 1989.
- WEST, P. e CULLIS, J. *Introducción a la economía de la salud*. — Oxford, 1979.
- WHITEHEAD, M. *Concepts et principes de l'égalité des chances en matière de santé* Deneve. — OMS, 1991.

Prestação de Cuidados de Acordo com as Necessidades? Um Estudo Empírico Aplicado ao Sistema de Saúde Português*

João Pereira **

VI.1 - Introdução

De todos os objectivos de equidade seguidos pelos sistemas de saúde modernos, a prestação de cuidados de acordo com as necessidades da população é provavelmente aquele que gera maior consenso. Por essa razão, é também o mais discutido e avaliado na literatura internacional, a exemplo de Le Grand (1978), Aday *et al.* (1980) e Puffer (1986). Embora utilizem metodologias diferentes, estes e outros autores analisam basicamente o mesmo fenómeno, medindo o grau de associação entre os cuidados médicos efectivamente prestados e os níveis de morbilidade observados para diferentes grupos da população. Em

* Este capítulo resulta de dois projectos de investigação sobre equidade no financiamento e prestação de cuidados de saúde. O primeiro, de âmbito internacional, contou com o financiamento da Comunidade Europeia, na figura do Comité d'actions Concertées/Health Services Resources (Comac/HRS). Os resultados encontram-se publicados no volume recentemente editado por Van Doorslaer *et al.* (1993). O segundo é de âmbito nacional e tem vindo a ser financiado pela Junta Nacional de Investigação Científica e Tecnológica (Projecto n.º PCSH/C/ECO/225/91). Em ambos os casos contei com o excelente apoio de Carlos Gouveia Pinto, que contribuiu bastante para o trabalho aqui apresentado. Agradeço ainda ao Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde, por ter-me cedido a base de registos do INS/87; ao Conselho Directivo da Escola Nacional de Saúde Pública, pela atribuição de uma licença de serviço para efectuar a pesquisa; e a Alan Maynard, Tony Culyer, Eddy van Doorslaer e Adam Wagstaff, pelos comentários que fizeram a uma versão preliminar do trabalho. Reclamo, contudo, direitos de autor sobre quaisquer erros que porventura ainda permaneçam no texto.

** Da Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa

particular, procuram verificar se existem ou não violações do objectivo que estejam relacionadas com a situação socioeconómica dos cidadãos. A maior parte dos estudos conclui que às classes pobres são prestados menos cuidados de saúde por unidade de necessidade do que às classes mais favorecidas, achado este que é interpretado como sinal de não-equidade. O presente capítulo destina-se a examinar até que ponto o mesmo fenómeno se verifica em Portugal.¹

Apesar da importância atribuída pela legislação portuguesa à equidade na prestação [Pereira (1990)], não existem estudos anteriores para avaliar até que ponto esse objectivo foi atingido. Tanto Lucas (1987) como Pereira (1988) mediram as distribuições socioeconómicas do consumo de cuidados e da doença, mas não tentaram relacioná-las com o uso de um indicador específico. O objectivo desses estudos foi apenas evidenciar as assimetrias existentes na saúde e na utilização de cuidados.

Pinto (1988) mediu a incidência de benefícios económicos na provisão pública de cuidados de saúde na Área Metropolitana de Lisboa, adoptando implicitamente como objectivo de equidade a igualdade de renda final (*i.e.*, a renda familiar mais a imputação dos benefícios económicos do consumo de cuidados de saúde). Concluiu que a provisão pública de serviços de saúde tem um impacto redistributivo positivo, embora a distribuição tenha a forma de um U, o que significa que sejam os grupos sociais mais elevados e os mais baixos aqueles que mais se beneficiam dos gastos públicos em saúde.

A pesquisa relatada neste capítulo aparenta algumas semelhanças com o estudo realizado por Pinto (1988). No entanto, existem diferenças importantes. Em primeiro lugar, faz-se a avaliação de um objectivo de equidade diferente (a prestação de tratamento em acordo com as necessidades da população). Em segundo, os dados utilizados referem-se ao país em

¹ Alguns autores referem-se ao objectivo de prestação de acordo com as necessidades como sendo sinónimo de equidade horizontal — tratamento igual em situações de igual necessidade (por exemplo, Van Doorslaer *et al.* (1992). Essa ligação é justificada, mas incompleta. O objectivo implica também que haja equidade vertical — tratamento apropriadamente desigual em situações de necessidade desigual. Daí que seja preferível estipular que se está apenas a medir o objectivo primário — prestação de acordo com as necessidades — sem distinção do componente horizontal ou vertical. Este argumento é desenvolvido em Pereira (1993).

geral, e não apenas à Área Metropolitana de Lisboa. Em terceiro, são considerados tanto os consumos no sector público como no sector privado de saúde, dando assim uma visão mais abrangente da consecução do objectivo de equidade na prestação em Portugal.

Contudo, a principal inovação da análise no contexto português encontra-se no método de abordagem a ser adoptado. Aplica-se o método das curvas de concentração, que consiste na ordenação da população segundo o seu nível socioeconómico e da comparação dos tratamentos recebidos com as queixas de morbilidade relatadas por diferentes estratos. Ultimamente, vários autores europeus aplicaram este tipo de análise aos seus sistemas de saúde.² É importante salientar que o presente capítulo difere desses trabalhos em dois aspectos: primeiro, porque se medem os benefícios do consumo de cuidados de saúde pelo seu preço-sombra, e não simplesmente pelos custos de produção; e segundo, porque se utilizam vários indicadores de morbilidade que permitem fazer uma avaliação mais adequada das necessidades individuais de cuidados de saúde (em particular da severidade da doença).

O capítulo está organizado da seguinte forma: no ponto seguinte, discute-se sucintamente a metodologia; no ponto 4, apresentam-se os resultados empíricos; a parte final do artigo resume, discute e conclui a análise.

VI.2 - Metodologia

A metodologia aqui adoptada baseia-se nas chamadas curvas de concentração, que são uma generalização do método de Lorenz, muito usado para medir a desigualdade na distribuição da renda. As curvas de concentração têm sido usadas na literatura económica principalmente para medir a progressividade dos sistemas de impostos.³ No entanto, o seu raciocínio pode estender-se a qualquer variável que esteja directa ou indirectamente relacionada com a capacidade de pagar das famílias. Na Figura 1, a diagonal representa os pontos em que a variável analisada (no nosso caso, a doença ou a utilização de cuidados de saúde) se distri-

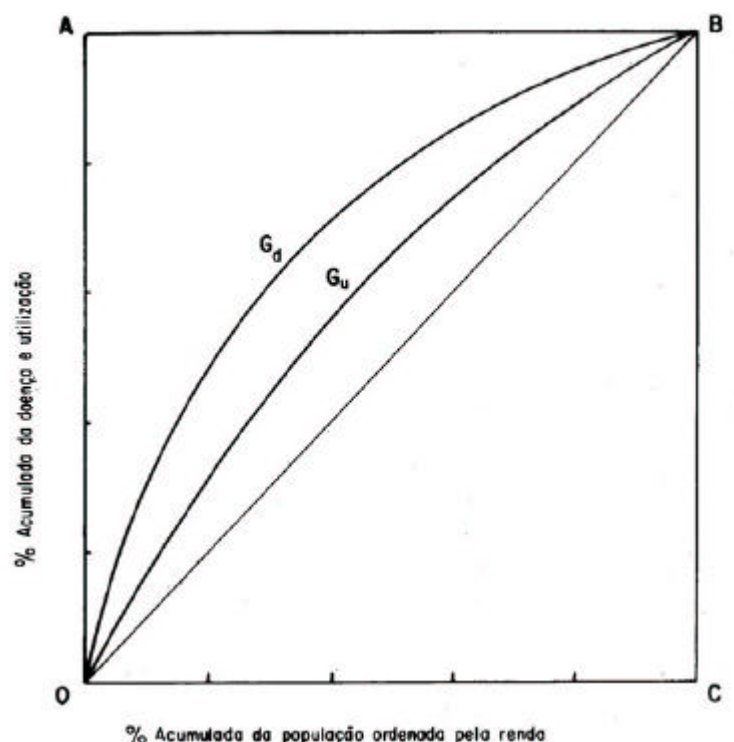
² Ver Van Doorslaer *et al.* (1992).

³ Ver Kakwani (1977).

bui pela população em proporções idênticas à distribuição da capacidade de pagar (medida através da renda familiar). A curva G_d é uma curva de concentração da doença, ou seja, uma representação gráfica das porcentagens acumuladas da população, ordenada pela renda (desde os mais pobres até os mais ricos), contra a quota-parte acumulada de doença nessa população. No caso que mostramos, a curva G_d fica acima da diagonal, o que significa que a doença está concentrada nos grupos de renda mais baixos.

O índice de concentração da doença — denotado por I_d — obtém-se duplicando a área entre a diagonal e a curva de concentração da doença. I_d varia entre -1,0, quando toda a doença está concentrada na pessoa mais pobre (G_d igual a 0AB), e +1,0, quando apenas a pessoa mais rica se encontra doente (G_d dada por 0CB). Claramente, no caso representado na Figura 1, o valor do índice encontra-se entre 0 e -1,0.

FIGURA 1
Curvas de Concentração da Doença e Utilização



A curva de concentração da utilização (G_u) representa graficamente as percentagens acumuladas da população, ordenadas pelos níveis de renda, contra as percentagens acumuladas da utilização total de cuidados de saúde. A explicação desta curva é análoga à da curva G_d . No exemplo que se dá, é evidente que os grupos de renda mais baixos são maiores utilizadores de cuidados de saúde, dado que a curva G_u se encontra acima da diagonal. O índice de concentração da utilização de cuidados de saúde — designado por I_u — é igual ao dobro da área entre a diagonal e a curva G_u , e pode também variar entre -1,0 e +1,0.

As curvas G_d e G_u podem ser usadas para medir o déficite de equidade na prestação, ou seja, até que ponto se verificam violações do objectivo de prestação de acordo com as necessidades, associadas ao nível económico da população. Se a utilização de cuidados por grupos de renda fosse distribuída na proporção exacta da distribuição económica da doença, as duas curvas coincidiriam. Nesta situação, poder-se-ia argumentar que o objectivo de equidade na prestação estaria a ser atingido. Contudo, se os grupos de menor renda recebessem menos cuidados de saúde em relação aos seus níveis de doença, a curva G_d situar-se-ia acima da curva G_u (como mostra o exemplo da Figura 1). Poder-se-ia então afirmar que o objectivo de prestação de acordo com as necessidades não estaria a ser atingido.

Este método corresponde ao aprofundamento da análise de Le Grand (1978) sugerido por Wagstaff *et al.* (1989). O déficite de equidade, ou grau de inequidade, pode ser calculado medindo a área entre as duas curvas de concentração. O dobro da área entre G_d e G_u é igual a:

$$I_{LG} = I_u - I_d$$

em que I_{LG} é um índice de inequidade do tipo Le Grand. O índice varia entre +2,0 e -2,0; é positivo se a comparação das distribuições do tratamento e da doença, por grupos de renda, favorecer as pessoas mais ricas, e negativo se favorecer os mais pobres. Juntamente com os índices I_d e I_u , I_{LG} será usado na análise empírica para estabelecer o grau de inequidade na prestação de cuidados de saúde em Portugal.

Existem diversas formas de calcular os índices apresentados. No presente trabalho utilizou-se o método de aproximação linear às curvas de concentração [Fuller e Lury (1977)]. Para o índice de concentração da doença, isso implica o cálculo da seguinte fórmula:

$$I_d = (P_{y-1} D_y - P_y D_{y-1}) \quad y = 1, 2, \dots, Y$$

em que y é o ponto máximo de determinado escalão de renda, P_y é a proporção acumulada da população com um nível de renda igual ou menor a y , e D_y é a proporção acumulada de doença sentida concentrada nas pessoas com níveis de renda igual ou menor a y . I_u é calculado por fórmula análoga.

VI.3 - Base de Dados e Definição de Variáveis

Os dados foram obtidos a partir do Inquérito Nacional de Saúde (INS) de 1987, um inquérito de base populacional, representativo da população não-institucionalizada de Portugal Continental (*i.e.*, excluindo as ilhas dos Açores e Madeira). O desenho da amostra é trietápico, com probabilidade proporcional à dimensão e autoponderado. A informação foi recolhida continuamente ao longo do ano com base em questionário próprio. O INS obteve diversos tipos de informação nos níveis individual e familiar que permitem pesquisar o tema do trabalho, principalmente características sociodemográficas, níveis de renda mensal e anual, estados de saúde, utilização de cuidados e despesas em saúde. Em 1987, foram inquiridos 41.585 indivíduos, agrupados em 14.427 famílias e 13.459 unidades de alojamento. O presente trabalho utiliza uma subamostra dessas pessoas ($n = 35.076$), após a exclusão das famílias que preferiram omitir ou não souberam declarar o seu nível de renda mensal. Segundo testes estatísticos que elaborámos, os indivíduos excluídos da análise não constituem uma amostra (da população) significativamente diferente daquela que foi utilizada.

VI.3.1 - Medição da capacidade de pagar

De forma a representar o valor real dos recursos económicos das famílias e dos indivíduos que delas fazem parte, usou-se como medida da "capacidade de pagar" a renda familiar mensal bruta ajustada pelo núme-

ro de adultos equivalentes na família.⁴ Esta variável foi obtida pela seguinte fórmula:

$$E_{ik} = Y_{ik}/S_k^r$$

em que E_{ik} é a renda equivalente; Y_{ik} , o ponto intermédio do escalão de renda familiar mensal a que é atribuído o indivíduo i na família k ; S_k o tamanho da família; e r , uma elasticidade de equivalência. Buhmann *et al* (1988) explicam o fundamento deste método mostrando que várias escalas de equivalência, obtidas em diferentes países, podem ser adequadamente representadas por um único parâmetro r , a elasticidade das necessidades de consumo correspondente ao tamanho da família. Esta relação verifica-se mesmo para aquelas escalas que incluem informação sobre a estrutura etária da família. A elasticidade r varia entre zero (sem ajustamento ao tamanho da família) e 1,0 (correspondente à renda familiar *per capita*). Assim, quanto maior for o valor de r , mais pequenas são as economias de escala no âmbito da família implícitas na respectiva escala de equivalência.

É típico dos estudos com dados portugueses o uso de escalas de equivalência subjectivas como as que provêm da OIT e da OCDE, a exemplo de Teekens (1990). Estas têm em geral um valor implícito de r de cerca de 0,70. O único estudo em que foram usadas técnicas econométricas para obter escalas de equivalência com base em dados portugueses é o de Santos (1984). As suas escalas têm valores implícitos de r igual a 0,71 e 0,78, o primeiro para gastos com alimentação e o segundo para alimentação e vestuário. Estas estimativas são comparativamente elevadas em relação aos valores encontrados por Buhmann *et al.*(*op cit.*), o que pode ser devido ao tipo de bens analisados. É provável que as eco-

⁴ Como acontece em praticamente todos os inquéritos de saúde, a informação obtida pelo INS sobre níveis de renda familiar é algo incompleta do ponto de vista económico. Pedese a cada família que indique o seu escalão de renda bruta mensal e anual numa escala predeterminada, atribuindo-se então a cada indivíduo do agregado familiar a codificação correspondente ao escalão indicado. Contudo, o método de "equivalização" que foi adoptado permite melhorar o conteúdo da informação, criando uma variável cuja distribuição se assemelha à distribuição típica da renda familiar quando se tem acesso a uma variável contínua.

nomias de escala da família sejam mais baixas para estes bens do que para outros tais como habitação, energia, transportes e cuidados de saúde. Em conformidade, parece que um valor de $r = 0,60$ será uma representação plausível da elasticidade de equivalência nas famílias portuguesas. É este, portanto, o valor escolhido.

VI.3.2 - Utilização de cuidados de saúde

Neste trabalho, a medição da utilização de cuidados inclui três categorias importantes de serviços — consultas de clínica geral, consultas de especialidade e internamentos hospitalares. Não se consideraram outros tipos de utilização como os medicamentos, as análises laboratoriais ou os cuidados preventivos, por não serem adequadamente analisados pelo INS de 1987.

Mesmo restringindo a pesquisa à utilização de consultas e internamentos, é preciso recorrer a um sistema de ponderação para identificar o consumo global de cuidados de saúde por indivíduo. O método seguido pelos economistas da saúde desde Le Grand (1978) tem sido o de multiplicar os serviços usados pelo seu custo unitário de produção. Contudo, há fortes razões teóricas e empíricas para adoptar uma abordagem alternativa neste caso particular. Para se compreender bem estas razões, é necessário afastarmo-nos um pouco do tema central do trabalho.

A fundamentação teórica para a análise da equidade na prestação encontra-se no âmbito dos estudos sobre a incidência económica das despesas públicas. Admitindo uma hipótese de equilíbrio parcial, há dois métodos principais para analisar a incidência da despesa pública: (i) a abordagem contabilística; e (ii) a abordagem do bem-estar. A maior parte dos estudos sobre incidência orçamental adopta o primeiro ponto de vista, que procura responder à pergunta "com quem são gastos os dinheiros públicos?" Uma característica importante desta abordagem é a atribuição de benefícios de acordo com o seu custo de produção, independentemente de os usuários obterem mais ou menos benefícios. Assim, Le Grand (1978) utilizou os custos unitários do Serviço Nacional de Saúde Universal (SNS) britânico para medir a incidência das despesas públicas em saúde, método que foi desde então adoptado por outros economistas

da saúde. No entanto, como De Wulf (1981 p. 58) argumenta, este método é apenas um "primeiro passo para o objectivo final, que é o de saber quem se beneficia com as despesas governamentais." Pode dizer-nos se, e em que medida, os programas governamentais existentes atingem grupos-alvo, mas não diz nada sobre o valor que os indivíduos obtêm com o consumo. Por isso, uma análise mais informativa tem necessariamente de ir além desta base "contabilística" em que os custos são implicitamente equivalentes aos benefícios.

As razões por que os custos de produção dos serviços públicos não dão a medida adequada dos benefícios estão bem documentadas. Aaron e McGuire (1970) mostraram que os resultados dos estudos de incidência económica dependem crucialmente das hipóteses respeitantes aos valores das funções de utilidade do indivíduo. Os estudos de tipo contabilístico presumem implicitamente que a utilidade marginal da renda é constante nos vários grupos de renda. Isto implica que uma pessoa pobre obtém o mesmo benefício de uma consulta de clínica geral que uma pessoa de renda elevada (*i.e.*, o valor do seu custo unitário). Não só existem sinais evidentes e generalizados de que a utilidade marginal decresce conforme a renda aumenta — por exemplo, Maital (1973) —, como os autores que adoptam a hipótese da utilidade constante frequentemente acabam por aceitar que os mais ricos podem de facto retirar maiores benefícios por unidade de cuidados consumidos [Le Grand (1982, p.33)]. Além deste enviesamento, o ponto de vista "contabilístico" tem outros inconvenientes. Assume, por exemplo, que os custos marginais são constantes e que existe uma repartição eficiente de recursos. Se estas condições não se verificarem, como é provável, a identidade entre custos e benefícios torna-se insustentável.

Dever-se-á portanto concluir que a abordagem tradicional da incidência não é adequada ao estudo da equidade na prestação de cuidados de saúde? Seguramente que não. Os estudos que foram realizados para medir a distribuição das despesas públicas pelos diferentes grupos de renda num quadro definitivo (por exemplo, um serviço nacional de saúde) mostram-nos em que medida essas despesas atingem cada grupo. Além disso, os investigadores defrontam-se normalmente com a inexistência de um critério adequado de medição dos benefícios. Raramente existem preços de mercado para observar. Neste contexto, pode justificar-se

confiar nos custos unitários como uma aproximação aos benefícios recebidos.

A questão é totalmente diferente se se quiser medir a equidade na prestação de cuidados tanto públicos como privados. Em Portugal há um Serviço Nacional de Saúde Universal e, no entanto, o consumo privado é proporcionalmente o mais elevado de todos os países da Comunidade Européia. As pessoas escolhem racionalmente consumir cuidados e saúde fora do SNS porque pressentem que os benefícios são maiores. Não faz sentido atribuir a estas pessoas benefícios idênticos aos custos dos cuidados produzidos no sector público.

O segundo método de atribuição de benefícios é geralmente denominado a abordagem do bem-estar, e tenta calcular como cada indivíduo ou família avalia os cuidados de saúde que consome. O consumidor racional, limitado pela sua renda e orientado pelas suas preferências e necessidades, decide se a utilidade marginal esperada do consumo de cuidados de saúde é igual ao sacrifício de prescindir de uma parte do seu poder de compra. Este processo fornece ao observador uma medida objectiva da utilidade derivada do consumo, isto é, o preço de mercado que o consumidor está disposto a pagar.

Esta abordagem tem também os seus inconvenientes. Por exemplo, parte do princípio de que os indivíduos são sempre os melhores juizes do seu próprio bem-estar ao tomar decisões sobre consumo de cuidados de saúde. Poder-se-á também argumentar que os preços de mercado não medem a utilidade total obtida, dado que os excedentes do consumidor variam de produto para produto, ou, ainda, que são ignoradas as externalidades do consumo. Contudo, esta abordagem é largamente aceita para medir os benefícios económicos que advêm do consumo no sector privado. Parece, além disso, haver um consenso na literatura que faz ver que, se os valores de mercado fossem observados, forneceriam uma medida melhor dos benefícios das despesas públicas do que os valores baseados nos custos unitários [por exemplo, De Wulf (1981) e Brown e Jackson (1990)]. Esta é, portanto, a abordagem seguida ao longo do estudo.

Ao aplicar a metodologia do bem-estar, é necessário separar a utilização dos cuidados de saúde em duas categorias: aquela em que o consumidor tem de pagar directamente e aquela em que não tem. Na primeira, os benefícios podem ser medidos directamente pelas despesas efectuadas

pelo consumidor, enquanto que, na segunda, é necessário imputar um preço-sombra. O primeiro caso não levanta problemas do ponto de vista empírico. Em praticamente todos os cuidados de saúde privados em Portugal, o consumidor paga directamente ao fornecedor e pode depois ser reembolsado, conforme esteja ou não coberto por um esquema de seguro. O INS recolhe informação muito detalhada sobre as quantias gastas com a saúde, num período de referência de duas semanas. Os gastos com consultas (de clínica geral e de especialidades) e com internamentos, são, portanto, extraídos directamente das respostas dos inquiridos e usados como medidas dos benefícios que provêm do consumo destes tipos de cuidados no sector privado.

Por outro lado, existe uma proporção significativa de cuidados para os quais não há nenhum pagamento directo, que são invariavelmente aqueles prestados pelo SNS. Com o fim de avaliar essa utilização, imputaram-se os preços que o SNS cobra aos esquemas de seguros quando os seus beneficiários utilizam os serviços públicos. Estes podem ser razoavelmente interpretados como os preços-sombra de cuidados prestados gratuitamente pelo SNS.

Os consumidores de cuidados do SNS foram identificados pelo seu último contacto com os serviços de saúde. Se foi pelo SNS, presume-se, então, para um determinado indivíduo, que todas as consultas e dias de internamento no período de referência foram também efectuados em circunstâncias semelhantes. O número de consultas de clínica geral e de especialidades nos últimos três meses é estudado no inquérito, e foi convertido para um período-base de duas semanas; o número de dias de internamento hospitalar é directamente relatado em relação ao período de referência de duas semanas.⁵ Multiplicando, numa base individual, o número de unidades de utilização pelos seus respectivos preços, obtém-se a despesa imputada a cada pessoa que consome cuidados do SNS (*i.e.*,

⁵ O INS procura saber com regularidade o número de dias em que os indivíduos estiveram internados ao longo dos últimos 12 meses. Infelizmente, em 1987 esta pergunta foi omitida; por isso, só é possível identificar pessoas que foram hospitalizadas nas duas semanas que precederam o inquérito. Assim, os resultados para os cuidados hospitalares baseiam-se numa amostra relativamente pequena (203 indivíduos que relataram dias de hospitalização no período de referência de duas semanas).

uma estimativa do valor do benefício que o consumidor obtém ao utilizar os cuidados "gratuitos" do SNS).⁶

Finalmente, para determinado indivíduo, os benefícios da utilização total de cuidados de saúde são calculados pela soma das duas categorias relevantes de despesa.

VI.3.3 - Medição da necessidade

A necessidade individual de consumir cuidados de saúde é medida por seis indicadores de morbilidade auto-relatada. Em conformidade com a variável utilização/despesa, cada um destes indicadores tem como período de referência as duas semanas anteriores à inquirição. A sua escolha foi orientada pelo importante estudo de Blaxter (1989). Argumenta esta autora que, nos inquéritos de saúde, existem três tipos fundamentais de medidas de morbilidade, cada um dos quais correspondente a um modelo de saúde subjacente.

No modelo médico, a saúde-doença é definida em termos de desvio de normas fisiológicas (por exemplo, se determinada pessoa sofre de doença crónica). Na análise empírica que se segue, a variável *doenças crónicas* mede a proporção de inquiridos que sofreram incapacidade ou actividade reduzida num período de referência de duas semanas devido a uma doença que se prolongava há mais de três meses. Embora esta variável tenha algumas limitações (não abrange, por exemplo, indivíduos que não sentiram actividade reduzida mas que, mesmo assim, sofrem de uma situação crónica que requer vigilância regular por parte de um médico), é, de todas as alternativas possíveis dentro do quadro do INS, aquela que melhor capta o conceito de saúde implícito no modelo médico. As outras hipóteses implicam o relato da patologia por parte do inquirido, procedimento pelo qual é provável que os grupos mais desfavorecidos

⁶ Os preços dos cuidados prestados pelo SNS são retirados da Portaria nº 325/89, Diário da República, nº 102, de 4/5/89. São efectivamente os preços aplicados em 1989, dado que os que foram cobrados em 1987 foram subavaliados por motivos políticos. A maioria dos observadores concordaram que os preços de 1989 constituem uma estimativa melhor do preço-sombra real dos cuidados em 1987. Sem em vez disso tivessem sido usados os preços de 1987, o déficit de equidade medida aumentaria proporcionalmente em relação aos resultados apresentados, mas não de um modo significativo.

sejam menos capazes de dar informações válidas, dadas as assimetrias de conhecimentos. Um aspecto positivo do indicador escolhido é o de que tem a vantagem de identificar aqueles que mais necessitam de cuidados no mesmo período a que se refere a utilização, ou seja, nas duas semanas que precedem o inquérito.

Blaxter (*op cit.*) descreve uma segunda categoria em que a saúde é definida em termos da percepção individual — o chamado modelo subjectivo. A pergunta típica encontrada nos inquéritos de saúde neste caso será: "Considera que a sua saúde é boa, razoável ou má?" Visto que no INS não existe uma pergunta deste tipo, construiu-se uma alternativa. A variável *doença e mal-estar* mede a porcentagem de pessoas que se consideraram como incapazes de executar certas actividades, ou simplesmente como doentes ou mal dispostas, num período de referência de duas semanas. Abrange, portanto, um número maior de pessoas do que a primeira variável ao incluir também, além dos doentes crónicos, os que sofreram de doença aguda e os que simplesmente não se sentiram bem.

No entanto, a nossa atenção dirige-se, sobretudo, para a terceira categoria descrita por Blaxter — perguntas que se baseiam num modelo social-interactivo ou funcional, em que a saúde-doença é definida em termos de incapacidade para realizar tarefas quotidianas. Embora não sejam completamente isentos de inconvenientes, os indicadores que se obtêm a partir dessas perguntas são comprovadamente menos abertos a variações subjectivas entre indivíduos. Kravits e Schneider (1975), por exemplo, verificaram que perguntas dirigidas à auto-avaliação subjectiva do estado global de saúde do indivíduo podem subestimar a morbilidade dos negros nos EUA. Por outro lado, Newman (1975) verificou que indicadores baseados no modelo funcional, tais como os dias de incapacidade, eram o factor mais importante para prever utilização de cuidados médicos. Igualmente importante é o facto de indicadores fornecerem uma oportunidade para medir a severidade da doença, e não apenas a sua prevalência, aspecto este que é destacado mais adiante.

Foram escolhidos quatro medidas sob esta categoria. Os indicadores *acamados* e *absenteísmo ao trabalho* medem, respectivamente, a proporção de pessoas que ficaram de cama e que não puderam ir ao trabalho ou à escola por razões de saúde. Tal como os indicadores descritos anteriormente, são médias de prevalência. *Dias de acamamento* e *dias de absenteísmo ao trabalho*, por outro lado, são indicadores da severi-

dade da doença, com base nas mesmas perguntas do inquérito. Medem o número de dias, num período de referência de duas semanas, em que determinada disfunção foi sentida por um ou mais indivíduos.

VI. 4 - Resultados Empíricos

VI. 4.1 - Distribuição das despesas e da morbilidade

A abordagem empírica adoptada para o estudo requer a construção das distribuições da despesa (utilização de cuidados) e da morbilidade (necessidade de consumo) segundo percentis de renda familiar. De forma a facilitar esta tarefa (tanto em termos de cálculo como de apresentação), repartiu-se a amostra do INS em cinco grupos, que correspondem mais ou menos a quintis de renda familiar bruta por adulto equivalente. Assim, os resultados do estudo são apresentados sob a forma de repartições da despesa e morbilidade por quintis de renda. Apresentam-se também os respectivos índices e, nos casos mais ilustrativos, as curvas de concentração.

A Tabela 1 mostra a distribuição socioeconómica da utilização e da morbilidade no conjunto da amostra. Repare-se primeiro na distribuição da morbilidade. Os seis indicadores revelam inequivocamente que existe desigualdade social na doença: os grupos de menores recursos suportam sempre uma percentagem da doença superior ao seu peso na população. Existe, portanto, uma concentração da morbilidade nas pessoas mais pobres. Contudo, verifica-se alguma variação no grau de desigualdade conforme o indicador de morbilidade; esta variação é salientada por índices de concentração, apresentados na parte de baixo da tabela. Há menos desigualdade no indicador doença e mal-estar, que inclui todas as pessoas que não se sentiram bem, enquanto que os indicadores que medem disfunções (*i.e.*, se uma pessoa faltou ao trabalho por doença ou esteve de cama) revelam os níveis de disparidade mais elevados entre os diferentes grupos de renda. O padrão é ainda mais pronunciado quando se considera a severidade da doença. Aos dois grupos mais pobres, por exemplo, cabem 63% dos dias de acamamento, enquanto que aos dois grupos mais ricos cabem apenas 20%. Estes resultados dão razão ao argumento avançado por O'Donnell e Propper (1991) de que, para um de-

terminado nível de morbidade, os indivíduos com rendimentos mais baixos têm mais probabilidades de adoecer com situações múltiplas e mais graves.

A Tabela 1 mostra também que a distribuição da utilização/despesa favorece os grupos de renda mais baixos, dado que o respectivo índice de concentração é negativo (-0,0574). Isso sugere que o sobrepeso de doença na população de menores recursos é compensado por uma maior proporção do consumo de cuidados. Põe-se a questão de saber se tal compensação é suficiente para assegurar o objectivo de tratamento proporcional às necessidades. Os índices na última linha da Tabela 1 mostram que, qualquer que seja o indicador de morbidade escolhido, há sempre um déficit de equidade a favor dos mais ricos. Contudo, o grau de inequidade varia consideravelmente, dependendo da medida de necessidade que for utilizada. Se, por exemplo, se utilizar o indicador menos sensível à severidade da doença — a percentagem de pessoas com doença e mal-estar —, a inequidade observada é da ordem de 0,0171, enquanto que, para o indicador *dias de acamamento*, esse valor ascende a 0,1801. Até a data, os trabalhos europeus sobre equidade na prestação têm usado medidas de prevalência, tais como os primeiros quatro indicadores de saúde na Tabela 1, para medir as necessidades. Se se concordar que as medidas de severidade da doença, como dias de acamamento e dias de absentismo ao trabalho, dão uma indicação mais perfeita do grau de necessidade de consumo de cuidados, a conclusão só pode ser uma: o grau de não-equidade na prestação é provavelmente maior do que tem sido sugerido em estudos anteriores.

TABELA 1

Distribuição da Morbidade e da Despesa em Saúde por Grupos de Renda sem Padronização — Adultos e Crianças

Classe de Renda Equivalente	População	(Em Porcentagem)						
		Pessoas com Doença e Mal-Estar	Pessoas com Doenças Crônicas	Pessoas com Absenteísmo ao Trabalho	Pessoas Acamadas	Dias de Absenteísmo ao Trabalho	Dias de Acamamento	Despesa em Saúde
I	18,3	18,9	21,6	21,3	22,6	22,5	22,4	19,8
II	21,7	27,9	26,5	21,7	35,4	22,6	40,3	26,8
III	20,0	19,8	19,7	21,5	18,5	22,8	17,7	17,8
IV	20,1	17,7	17,2	19,9	12,9	18,5	11,1	17,3
V	19,8	15,7	15,1	16,7	10,6	13,5	8,6	18,3
Índices de Concentração		-0,0744	-0,0965	-0,1248	-0,1950	-0,1622	-0,2374	-0,0574
Índices de Inequidade		0,0171	0,0392	0,0720	0,1377	0,1094	0,1801	

A Figura 2 apresenta as curvas de concentração para a despesa e para o indicador *dias de acamamento*. Ressalta imediatamente da observação destas curvas a proporção elevada da doença e da utilização que recai sobre o segundo quintil de renda equivalente. A configuração é semelhante para os outros indicadores de necessidades que, por razões de espaço, não se apresentam. Tais resultados são em grande parte explicados pelas diferentes estruturas de idades dos grupos de renda. O processo de equalização da renda familiar projectou uma larga proporção de idosos para o segundo quintil. Enquanto todos os outros grupos de renda têm distribuições etárias mais ou menos semelhantes, o segundo quintil tem uma média etária 20 anos superior à média da população da amostra. Isto sugere um provável enviesamento na análise. É possível, no entanto, removê-lo pela padronização das distribuições por idade e sexo.

FIGURA 2
Curvas de Concentração da Doença e Despesa sem
Padronização — Adultos e Crianças

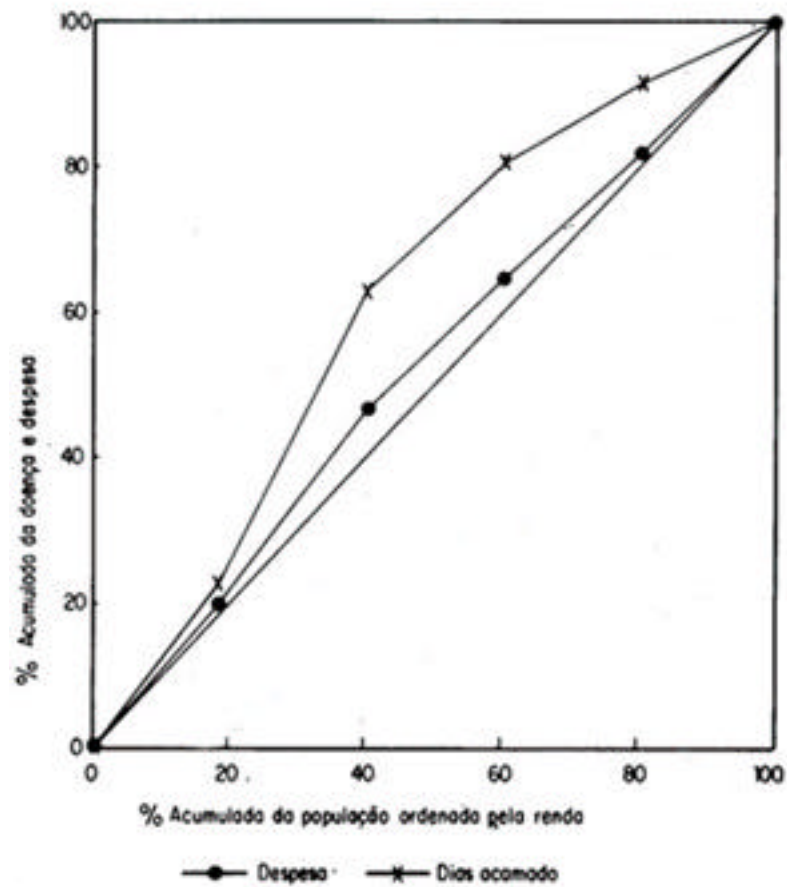
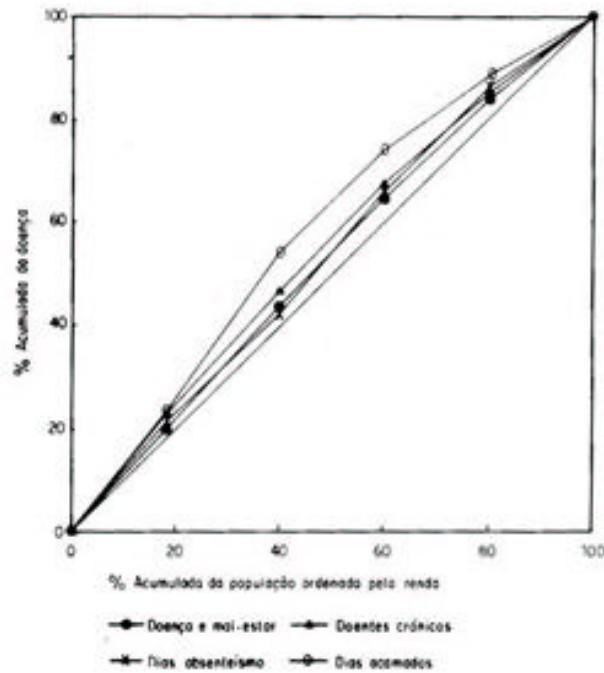


FIGURA 3

Curvas de Concentração da Doença Padronizadas pela Idade e Sexo — Adultos e Crianças



VI.4.2 - Padronização por idade e sexo

Numa segunda fase da análise empírica, os resultados apresentados foram padronizados por idade e sexo utilizando-se a método directo. A utilização/despesa padronizada (U^*) para cada grupo de renda foi calculada a partir de:

$$U_k^* = \sum_{l=1}^2 \sum_{j=1}^5 P_{lj} U_{klj} \quad \begin{matrix} k = 1, 2, \dots, 5 \\ l = 1, 2 \\ j = 1, 2, \dots, 5 \end{matrix}$$

em que P_{lj} indica a proporção da amostra classificada no grupo l por sexo e no grupo j por idade, e U_{klj} é o valor médio de utilização de cuidados de saúde de pessoas no grupo de rendimento k que são classificadas no grupo l por sexo e o grupo j por idade. Foram usados cinco grupos e-

tários para a padronização etária, quais sejam: (i) menores de 18 anos; (ii) 18-34; (iii) 35-44; (iv) 45-64; e (v) acima de 65 anos.

A porcentagem de doença padronizada (D^*) foi obtida de modo semelhante para cada grupo de renda a partir de:

$$D_k^* = \frac{\sum_{j=1}^5 P_{lj} D_{klj}}{\sum_{j=1}^5 P_{lj}} \quad k = 1, 2, \dots, 5$$

$$l = 1, 2$$

$$j = 1, 2, \dots, 5$$

em que D_{klj} é a expressão análoga da U_{klj} , em termos de morbilidade.

Os resultados são apresentados na Tabela 2 e na Figura 3. A comparação com os resultados não padronizados revela dois efeitos inequívocos. Em primeiro lugar, as distribuições socioeconômicas da morbilidade tornaram-se menos desiguais, embora favoreçam ainda as classes de renda mais elevada. Esta conclusão fica bastante clara com a da observação da Figura 3, que apresenta quatro curvas de concentração referentes à distribuição de indicadores de doença. Cada uma das curvas situa-se acima da diagonal, não deixando margem para dúvidas de que a necessidade de consumo se distribui desigualmente entre as classes de renda a favor dos mais ricos.

No entanto, a Tabela 2 revela também que a distribuição da utilização/despesa tornou-se mais homogênea, apresentando agora os grupos mais ricos uma maior participação nos benefícios econômicos do consumo de cuidados de saúde. Os efeitos destas tendências opostas têm, conseqüentemente, pouco impacto sobre os valores dos índices de inequidade na prestação, que têm valores bastantes semelhantes aos resultados não padronizados, excepto para o número de pessoas com doença crónica, em que a desigualdade aumenta, e para o número de dias de acamamento, em que ela diminui. No total, torna-se evidente a existência de um claro padrão de desigualdade social, com todos os índices de equidade na prestação a apresentar valores positivos. Assim, feita a padronização por idade e sexo, tem-se ainda que concluir que os mais pobres obtêm menos benefícios no consumo de cuidados de saúde por unidade de necessidade do que os mais ricos. As disparidades no grau de inequidade quando se usam indicadores de morbilidade diferentes, embora sejam menos extremas, são ainda suficientemente importantes (variando entre 0,0185, para doença e mal-estar, e 0,1336, para dias de acama-

mento) para justificar a atenção quanto à escolha da medida de necessidade a ser usada futuramente.

TABELA 2

Distribuição da Morbidade e da Despesa em Saúde por Grupos de Renda/Padronização por Idade e Sexo (Adultos e Crianças)

(Em Porcentagem)								
Classe de Renda Equivalente	População	Pessoas com Doença e Mal-Estar	Pessoas com Doenças Crônicas	Pessoas com Absenteísmo ao Trabalho	Pessoas Acamadas	Dias de Absenteísmo ao Trabalho	Dias de Acamamento	Despesa em Saúde
I	18,3	19,7	22,4	20,6	24,5	21,0	23,0	20,7
II	21,7	24,0	24,0	20,3	27,6	21,3	31,2	23,0
III	20,0	20,9	20,8	20,9	20,3	23,4	19,6	18,3
IV	20,1	19,2	17,9	21,9	15,8	20,5	14,8	18,8
V	19,8	16,2	14,9	16,2	11,9	13,8	11,3	19,2
Índices de Concentração		-0,0536	-0,0914	-0,1018	-0,1560	-0,1351	-0,1687	-0,0351
Índices de Inequidade		0,0185	0,0562	0,0699	0,1209	0,1033	0,1336	

VI.4.3 - Resultados referentes à população adulta

Uma questão de interesse para a política de saúde é a de saber se o grau de inequidade é maior ou menor em determinados subgrupos da população. Em conformidade, replicaram-se as análises dos pontos anteriores numa subamostra do INS (n = 29.540) constituída pela população adulta (18 anos e +) abrangida pelo inquérito. Esta estratégia permite-

nos verificar se o défice de equidade é maior ou menor conforme o consumo de cuidados seja efectuado por adultos ou crianças.⁷

TABELA 3
Distribuição da Morbilidade e da Despesa em Saúde por Grupos de Renda sem Padronização — Adultos

(Em Porcentagem)								
Classe de Renda Equivalente	População	Pessoas com Doença e Mal-Estar	Pessoas com Doenças Crónicas	Pessoas com Absenteísmo ao Trabalho	Pessoas Acamadas	Dias de Absenteísmo ao Trabalho	Dias de Acamamento	Despesa em Saúde
I	16,8	18,6	21,4	21,0	23,3	22,0	22,0	19,3
II	23,5	29,6	27,2	22,8	38,7	23,2	42,8	29,3
III	19,4	19,1	19,3	20,4	16,7	22,6	16,7	17,1
IV	19,6	17,3	17,0	20,1	12,1	18,8	10,5	16,6
V	20,8	15,4	15,0	15,7	10,1	13,3	8,0	17,6
Índices de Concentração		-0,0930	-	-	-	-	-	-
			0,1108	0,1594	0,2260	0,1946	0,2639	0,0803
Índices de Inequidade		0,0100	0,0278	0,0807	0,1430	0,1159	0,1809	

Os resultados — apresentados nas Tabelas 3 e 4 — são relativamente claros. Quando se considera apenas a população adulta, a distribuição

⁷ Saliente-se que nesta parte do estudo se utilizou informação sobre todos os membros da família para converter o rendimento familiar bruto numa base por adulto equivalente.

socioeconómica da doença é consistentemente mais desfavorável aos estratos mais pobres. Estes resultados mantêm-se mesmo após a padronização por idade e sexo (ver Tabela 4). Por exemplo, os índices de concentração para os indicadores *dias de absenteísmo ao trabalho* e *dias de acamamento* revelam agora valores na ordem de -0,1458 e -0,1944, sendo os valores correspondentes para a totalidade da amostra -0,1351 e -0,1687. A conclusão a retirar parece óbvia: em Portugal, a desigualdade social na doença agrava-se quando as pessoas atingem a idade adulta.

Tabela 4
Distribuição da Morbidade e da Despesa em Saúde por Grupos de Renda — Padronização pela Idade e Sexo (Adultos)

(Em Porcentagem)								
Classe de Renda Equivalente	População	Pessoas com Doença e Mal-Estar	Pessoas com Doenças Crônicas	Pessoas com Absenteísmo ao Trabalho	Pessoas Acamadas	Dias de Absenteísmo ao Trabalho	Dias de Acamamento	Despesa em Saúde
I	16,8	18,4	20,8	18,9	23,1	18,9	23,3	19,3
II	23,5	26,4	26,3	21,4	38,7	22,1	32,5	26,3
III	19,4	20,0	20,0	19,9	16,7	23,0	19,0	17,5
IV	19,6	18,8	27,5	22,6	12,1	21,2	14,7	18,0
V	20,8	16,4	15,4	17,1	10,1	14,8	10,5	18,9
Índices de Concentração		-0,0643	-	-	-	-	-	-
			0,0964	0,1164	0,1768	0,1458	0,1944	0,0544
Índices de Inequidade		0,0099	0,0421	0,0661	0,1225	0,0955	0,1400	

Por outro lado, os adultos mais pobres obtêm geralmente níveis de benefícios económicos nos cuidados de saúde relativamente elevados. Note-se que o índice de concentração da despesa padronizada é de -0,0544, para a população adulta, e de -0,0351, para a totalidade da amostra. Qual o efeito desta compensação sobre os índices de inequidade na prestação? Se nos concentrarmos nas diferenças entre adultos e a totalidade da amostra, os resultados não padronizados são pouco concludentes. Todavia, feita a padronização (ver Tabela 4), os valores dos índices são sempre menores para a população adulta (salvo para o caso do indicador *dias de acamamento*). Logicamente, eles serão maiores se se considerassem apenas as crianças, o que leva à conclusão de que o *déficit* de equidade na prestação é superior nesse subgrupo da população. Do ponto de vista da política de saúde, este resultado poderá ser considerado preocupante, pois indica que a compensação da desigualdade social efectuada pelo sistema de saúde é menos bem-sucedida no caso dos mais jovens. Do ponto de vista da investigação, os resultados indicam que não é particularmente sensato ignorar o consumo de cuidados por parte das crianças ao avaliar a equidade dos sistemas de saúde, como fazem alguns autores (ver Van Doorslaer *et al.* (1992).

VI.5 - Discussão e Conclusões

Este trabalho procurou medir até que ponto atingiu-se em Portugal o objectivo de equidade na prestação de cuidados de saúde. Em comum com estudos anteriores, (i) interpretou-se tal objectivo em termos de proporcionalidade entre a utilização de cuidados e as necessidades de consumo (medidas pelos níveis de morbilidade); e (ii) procuraram-se violações do princípio que estejam associadas às assimetrias nos níveis de renda da população. Há, no entanto, diferenças importantes na escolha e medição das variáveis mais importantes em relação a estudos anteriores. Os benefícios que determinado indivíduo retira do consumo de cuidados de saúde foram medidos por uma metodologia usada regularmente por economistas, o chamado método do bem-estar. Quando, como acontece em Portugal, existe um consumo privado de cuidados de saúde significativo, este método é mais adequado para analisar a questão da equidade na prestação. Foi também possível melhorar a avaliação das necessidades (tradicionalmente medidas por indicadores de prevalência) introduzindo

indicadores de dias-de-incapacidade, que a literatura mostrou serem os mais adequados na previsão das necessidades de consumo.

Os resultados empíricos, que se baseiam em dados do Inquérito Nacional de Saúde de 1987, mostram que, em Portugal, a distribuição da doença é geralmente desfavorável aos grupos de menor renda. Esta diferença é mais acentuada se se considerar a severidade da morbilidade, e não apenas a sua prevalência. No entanto, as classes mais pobres são compensadas com um maior nível de benefícios dos cuidados de saúde em relação aos grupos mais ricos. Tais assimetrias tornam-se menos pronunciadas quando os resultados são padronizados pelas estruturas de idade e sexo da população.

Os resultados também demonstram que o objectivo de equidade na prestação — utilização de acordo com as necessidades — não está a ser atingido quando se reparte a população segundo estratos de renda familiar. Existe um défice de equidade no sistema de saúde português, mais pronunciado quando se mede a severidade da doença, e não apenas a sua prevalência.

Esse grau de inequidade é também maior nos mais jovens do que nos adultos.

É importante salientar, no entanto, que a abordagem utilizada para medir o défice de equidade tem sido objecto de recentes críticas por parte de alguns autores [por exemplo, Wagstaff *et al.* (1991) e O'Donnell e Propper (1991)]. Argumentam estes investigadores que, nos casos em que os mais pobres têm níveis de morbilidade relativamente elevados, a metodologia adoptada irá detectar não-equidade em favor dos mais ricos em cada categoria de doença. Tendo em vista que os não-doentes podem também ser consumidores de cuidados de saúde, o efeito desse consumo deveria ser removido. Esta crítica dirige-se, contudo, a abordagens que procuram medir especificamente o atributo de equidade horizontal. Baseia-se também no pressuposto de que o investigador tem ao seu dispor apenas indicadores de morbilidade de base categórica. Dado que o objectivo do presente estudo não foi o de medir a equidade hori-

zontal e vertical separadamente, a crítica de Wagstaff *et al.* e O'Donnel e Propper (*op.cit.*) não se aplica.⁸

Como conclusão, deve sublinhar-se que o potencial da metodologia e do conjunto de dados, como instrumentos de medição da equidade, não ficaram completamente esgotados. Poder-se-iam medir, por exemplo, mais categorias de consumo de cuidados de saúde do que aquelas que foram aqui consideradas (por exemplo, despesas em medicamentos, cuidados preventivos, etc.). De igual modo, a medição dos níveis de necessidade poderia ser melhorada pela desagregação por patologia, embora isto possa exigir a combinação de dados provenientes de várias amostras do INS. Poder-se-ia também tentar fazer uma comparação entre os métodos alternativos de atribuição dos benefícios da utilização, num esforço para avaliar o seu impacto sobre as conclusões finais. Isto ajudaria também a esclarecer a influência da utilização privada e da pública sobre a consecução do objectivo de equidade. Finalmente, poder-se-iam utilizar técnicas de regressão para remover os efeitos das variáveis sociodemográficas para além da idade e do sexo. Em resumo, embora se possa afirmar com uma confiança razoável que existe inequidade na prestação de cuidados de saúde em Portugal, o aprofundamento da presente linha de investigação poderia mostrar claramente como alcançar melhorias significativas para esta situação.

⁸ Wagstaff *et al.* (1991) sugeriram um método alternativo para medir a equidade horizontal que consiste essencialmente em padronizar a distribuição de despesa por idade, sexo e morbilidade. Deste modo, a padronização envolve o cálculo da despesa esperada por aqueles que se declaram como doentes e os que não o fazem. Num outro trabalho [Pereira e Pinto (1993)], aplicou-se essa abordagem aos mesmos dados analisados no presente trabalho. Verificou-se que a distribuição dos benefícios do consumo de cuidados de saúde evidenciava dois padrões distintos. Ao empregarem-se os indicadores doença e mal-estar e doentes crónicos e incidência de benefícios, tinha a forma de um U (*i.e.*, os dois quintis mais baixos, bem como o mais rico, apresentavam a despesa mais elevada por pessoa doente). Contudo, com os indicadores absentismo ao trabalho e acamados, denotou-se um padrão diferente, em que os benefícios eram nitidamente mais elevados para os ricos.

Bibliografia

- AARON, H. e McGUIRE, M. Public goods and income distribution. *Econometrica*, v. 38, p. 907-910, 1970.
- ADAY, L.; ANDERSEN, R. e FLEMING, G. V. *Health care in the US: equitable for whom?* — Beverly Hills: Sage Publications, 1980.
- BLAXTER, M. A Comparison of measures of inequality in morbidity. In: J. FOX (ed.) *Health inequalities in european countries*.— Gower: Aldershot, 1989.
- BROWN, C. V. e JACKSON, P. M. *Public sector economics*, 4 ed. — Oxford: Basil Blackwell, 1990.
- BUHMANN, B. RAINWATER, L; SCHMAUS, G. e SMEEDING, T.M. Equivalence scales, well-being, inequality and poverty: sensitivity estimates across ten countries using the Luxembourg Income Study (LIS) database. *Review of Income and Wealth*, v. 34, p. 115-142, Jun. 1988.
- CULYER, A.J. *The Political economy of social policy*. — Oxford: Martin Robertson, 1980.
- DE WULF, L. Incidence of budgetary outlays: where do we go from here? *Public Finance/Finances Publiques*, v. 36, n. 1, p. 57-75, 1981.
- FULLER, M. F. e LURY, D.A. *Statistics workbook for social science students*. — Oxford: Phillip Allan, 1977.
- GROSSMAN, M. *The Demand for health: a theoretical and empirical investigation*. —New York: NBER, 1972.
- KAKWANI, N. Measurement fo tax progressivity: an international comparison. *Economic Journal*, v. 87, p.71-80, 1977.
- KRAVITS, J. e SCHNEIDER, J. Health care need and actual use by age race and income In: ANDERSEN R; KRAVITS, J. e ANDERSON, O. (eds). *Equity in health services: empirical analysis in social policy*. — Cambridge: Ballinger, 1975.
- LE GRAND, J. The distribution of public expenditure: the case of health care. *Economica*, v. 45, p. 125-142, 1978.

- LE GRAND, J. *The Strategy of Equality: Redistribution and the Social Services*. — London, George Allen & Unwin, 1982.
- LUCAS, J.S. Ineqüidade social perante a doença e a morte em Portugal. In: CAMPOS, A.C. e PEREIRA, J. (eds) *Sociedade, saúde e economia*. — Lisboa: ENSP, 1987.
- MAITAL, S. Public goods and income distribution: some further results. *Econometrica*, v. 41, p. 561-568, 1973.
- NEWMAN, J.F. Health status and utilization of physician services. In: ANDERSEN, R. ; KRAVITS, J. e ANDERSON, O. (eds) *Equity in health services: empirical analysis in social policy*. — Cambridge: Ballinger, 1975.
- O'DONNELL, O. PROPPER, C. Equity and the distribution of UK National Health Service Resources. *Journal of Health Economics*. v. 10, p. 1-23, 1991.
- PEREIRA, J. *Inequality in health care in Portugal: evidence from the National Health Interview Survey*. —University of York, 1988. mimeo
- PEREIRA, J. Egalitarian objectives in health policy: the case of Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, v. 8, p. 29-36, 1990.
- PEREIRA, J. The measurement of equity in health and health care University of York, 1993. mimeo
- PEREIRA, J. PINTO, C.G. *Regressivity in an NHS-type system. The financing of portuguese health care*. Paper presented at the EC-COMAC Conference on Equity in the Finance and Delivery of Health Care. Bellagio, Italy, November. Reprinted as DT 2/90.— Lisboa: Associação Portuguesa de Economia da Saúde, 1990.
- PINTO, C.G. A Incidência da despesa pública em cuidados de saúde na área metropolitana de Lisboa, em 1980-81 e 1985. *Estudos de Economia*, v. 8, p. 389-409, 1988.
- PUFFER, F. Access to primary care: a comparison of the US and the UK. *Journal of Social Policy*, v. 15, p. 293-313, 1986.
- SANTOS, J. Escalas de equivalência: *Estudos de Economia*, v. 5, n. 1, p. 43-65, 1984.

- TEEKENS, R. Inequality and poverty. Portugal compared with Greece, Ireland and Spain. *Estudos de Economia*, v. 10, n. 2, p. 111-142, 1990.
- VAN DOORSLAER, E.; WAGSTAFF, A. e RUTTEN, F. *Equity in the finance and delivery of health care: an international perspective*.— Oxford: Oxford University Press, 1992.
- WAGSTAFF, A; VAN DOORSLAER, E. e PACI, P. Equity in the finance and delivery of health care: some tentative cross-country comparisons. *Oxford Review of Economic Policy*, v. 5, p. 89-112, 1989.
- WAGSTAFF, A.; VAN DOORSLAER, E. e PACI, P. On the measurement of horizontal inequity in the delivery of health care. *Journal of Health Economics*, v. 10, p. 169-205, 1991.

Distribuição de Recursos num Sistema Público de Saúde *

Maria do Rosário Giraldes **

VII.1 - Introdução

Dois princípios fundamentais constituem alternativas de distribuição de recursos num sistema público de saúde: a equidade e a eficiência.

Cada vez mais diversos sistemas de saúde adoptam, quer explícita quer implicitamente, um princípio de equidade como objectivo a atingir, mediante uma intervenção pública na prestação de cuidados de saúde, em países com sistemas tão diversos como o Reino Unido, a Suécia, o Canadá ou os Estados Unidos (em relação ao *Medicare* e ao *Medicaid*) [McGuire, Henderson e Mooney (1988)].

Também em Portugal se encontra subjacente nos diplomas fundamentais de política de saúde um princípio de igualdade de acesso aos cuidados de saúde [Pereira *et al.* (1985)].

No entanto, se no conceito de eficiência existe uma interpretação consensual — correspondente à maximização dos resultados para recursos prefixados —, já o conceito de equidade dá origem a múltiplas interpretações que dependem dos valores das pessoas que os utilizam [Le Grand (1988)].

* Trabalho de investigação realizado no âmbito da Escola Nacional de Saúde Pública de Lisboa, com vista a preparar o concurso para professora auxiliar na área de economia da saúde.

** Da Escola Nacional de Saúde Pública de Lisboa.

Desde o princípio da década de 80, economistas da saúde do Reino Unido têm-se mostrado particularmente empenhados em clarificar e fundamentar o conceito de equidade.

Le Grand (1982) e Mooney (1983) foram dois dos economistas que mais contribuíram para essa clarificação.

Le Grand identifica cinco principais tipos de igualdade que, de uma ou outra forma, se podem considerar objectivos desejáveis para orientar a distribuição da despesa pública: igualdade da despesa pública; igualdade do rendimento fiscal; igualdade de utilização; igualdade de gastos; e igualdade de resultado. Mooney considera, por sua vez, ao debruçar-se sobre a distribuição da despesa pública em saúde, sete definições possíveis de equidade em saúde, em grande medida coincidentes com a sistematização feita por Le Grand: igualdade de despesa *per capita*; igualdade de recursos *per capita*; igualdade de recursos para necessidades iguais; igualdade de oportunidade de acesso para iguais necessidades; igualdade de utilização para iguais necessidades; igualdade da satisfação de necessidades marginais; e igualdade de saúde.

Le Grand (1988) vem defender a noção inovadora de que uma distribuição é equitativa se for resultado da tomada de decisões individuais em igualdade de "situações condicionantes", ou seja, disparidades em estados de saúde que resultem de indivíduos bem informados que exerçam a sua possibilidade de escolha perante um mesmo conjunto de escolhas acerca da saúde e actividades relacionadas com a saúde são consideradas equitativas; contrariamente, disparidades em saúde que possam ser relacionadas com diferenças nas "condicionantes" não são consideradas equitativas.

Este conceito, sem dúvida interessante, é de difícil aplicação prática quanto à distribuição de recursos de saúde, como o próprio Le Grand admite.

McGuire, Henderson e Mooney (1988), também economistas da saúde do Reino Unido, vêm igualmente evidenciar de novo, tal como Culyer (1980), a teoria da justiça de Rawls (1972) como a que oferece uma solução para determinar o papel da justiça nas funções de utilidade dos indivíduos, com referência aos cuidados de saúde.

Chamam atenção, nomeadamente, para três aspectos: o facto de se basear na teoria do *maxmin*, ou seja, de considerar como justa a ideia de

maximizar o benefício dos mais desfavorecidos; o ser este objectivo alcançado com base no princípio de que os indivíduos teriam tendência a querer melhorar a sua situação, principalmente se se encontram na pior situação social; e o facto de dizer respeito a bens sociais essenciais (como, entre outros, liberdade de movimento e de escolha de ocupação, rendimento e riqueza, liberdades básicas e base social de auto-respeito). Embora os serviços de saúde não sejam mencionados, pode-se dizer, segundo estes autores, que, em certa medida, incluem-se nos três últimos aspectos.

Nesse sentido, não se pode deixar de defender a existência de uma discriminação positiva, que conduz a um conceito de equidade de acesso para iguais necessidades e que, no caso dos Cuidados de Saúde Primários (CSP's), deverá ter tendência para uma equidade de utilização de serviços de saúde (essencialmente em serviços de tipo preventivo), mediante uma intervenção activa dos serviços de saúde na comunidade, que vão ao encontro dos utentes (usuários) de grupos em risco e possibilitam, assim, um encontro entre a oferta e a procura, que este conceito de equidade exige.

Julga-se, pois, que a problemática da distribuição da despesa em saúde, tendo por objectivo a equidade, se enquadra melhor na teoria do *maxmin*, de Rawls (1972), ou seja, na maximização do benefício dos mais desfavorecidos, ao apoiar-se num princípio de discriminação positiva (ou negativa), segundo a pior ou melhor situação relativa do nível de saúde e a cobertura por serviços de saúde.

É nossa opinião que haverá que retomar na prática o princípio da discriminação positiva que se julga estar implícito na Constituição portuguesa [Pereira *et al.* (1985)] se se quiser que, de futuro, tal como na generalidade dos sistemas de saúde, seja um princípio de equidade a determinar, também em Portugal, a redistribuição de recursos no domínio da saúde.

Até o momento, porém, têm sido diversos os princípios que têm presidido efectivamente, em Portugal, a distribuição de recursos no âmbito do SNS.

Enquanto os serviços de cuidados de saúde diferenciados têm vindo a ser financiados, a partir de 1980, segundo princípios de eficiência, a distribuição de recursos nos serviços de cuidados de saúde primários tem-

se caracterizado por ser realizada numa base incrementalista, sem a existência de critérios de financiamento.

Constitui nosso objectivo, neste capítulo, caracterizar sumariamente a proposta de redistribuição de recursos apresentada para os cuidados de saúde primários, baseada em princípios de equidade, confrontando-a com a distribuição de recursos baseada na eficiência técnica, no domínio hospitalar, e com uma nova linha de investigação que tem em vista uma distribuição de recursos baseada num objectivo de eficiência distributiva.

VII.2 - Redistribuição de Recursos Baseada na Equidade: a Proposta para os Cuidados de Saúde Primários (Centros de Saúde)

O conceito de equidade implícito na proposta apresentada para a redistribuição da despesa no âmbito dos cuidados de saúde primários [Giraldes (1987b)] baseia-se na igualdade de *inputs per capita* para iguais necessidades, segundo uma metodologia semelhante utilizada no Reino Unido e que, introduzida na Inglaterra (Rawp), em 1976, veio posteriormente a ser aplicada na Escócia (Share), País de Gales (Scraw) e Irlanda do Norte (Parr) [Maynard e Ludbrook (1982 e 1983), Maynard (1986), Birch e Maynard (1986) e Paton (1985), entre outros].

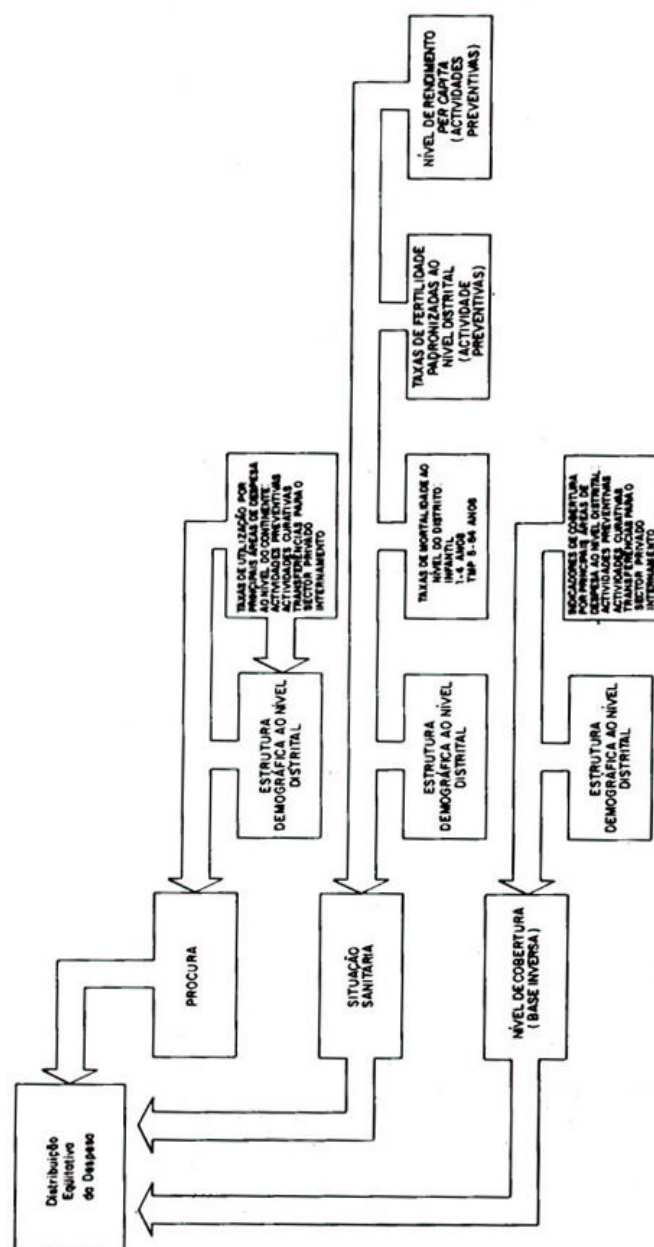
Este conceito de equidade pressupõe que se proceda a uma avaliação das necessidades relativas dos diversos distritos, tendo por base a estrutura etária e por sexos da população, a taxa de fertilidade, a situação de saúde (traduzida indirectamente por taxas de mortalidade padronizadas), o nível de rendimento e ainda o nível de cobertura por serviços de saúde.

Resultará, no caso português, da conjugação dos três seguintes critérios, segundo consta da Figura 1,¹ uma descrição mais detalhada dos critérios por áreas de despesa:

- critério da procura/utilização;
- critério da situação sanitária; e
- critério da cobertura por serviços de saúde.

¹ Ver Giraldes (1987a).

Figura 1



Fonte: Giroldes (1988).

O critério da procura/utilização dos serviços de saúde baseia-se na aplicação de taxas de utilização dos serviços, por sexos e grupos etários, ao nível do continente, para estimar a procura potencial prevista ao nível distrital.

Admite-se que será desejável, dentro de um princípio de equidade, que as taxas de utilização sejam as mesmas para os mesmos estratos populacionais em todo o país. Consideram-se as taxas de utilização por principais áreas de despesa: actividades preventivas, actividades curativas, transferências para o sector privado e internamento.

Neste critério, o principal determinante da distribuição da despesa é a estrutura etária da população. Embora a utilização dos serviços de saúde varie igualmente com o sexo — sendo a mulher maior consumidora de serviços curativos em ambulatório e o homem de mais de 65 anos maior consumidor dos serviços de internamento em hospitais concelhios —, pode-se considerar este aspecto como marginal em relação à distribuição da despesa operada segundo este critério.

No critério da situação sanitária procede-se a uma distribuição da despesa em função da situação de saúde relativa dos distritos, admitindo-se que será desejável a atribuição de maior financiamento aos distritos com pior situação sanitária.

Procede-se à diferenciação da situação de saúde em função da taxa de mortalidade infantil (população de idade menor que 1 ano), da taxa de mortalidade 1-4 anos (população entre 1 e 4 anos) e da taxa de mortalidade padronizada 5-64 anos (população com mais de 4 anos e menos de 65 anos) para as causas mais relevantes numa perspectiva dos cuidados de saúde primários.

Para além deste aspecto, considera-se ainda como determinante da distribuição da despesa em cuidados de saúde primários, neste critério, a taxa de fertilidade padronizada em relação a actividades preventivas, na medida em que a diferenciação existente entre o Norte e o Sul do país em níveis de fertilidade origina um diverso volume potencial de serviços de carácter preventivo. Procedeu-se, ainda, à ponderação da população total de cada distrito em função de um indicador de rendimento, numa base inversa, o que pretende reforçar a necessidade de serviços, igual-

mente na área preventiva, conforme o maior ou menor nível de rendimento *per capita*.

Merece-nos concordância aquilo que se refere em Wiles (1984) a este propósito, designadamente, que uma doença sofrida em boas condições habitacionais por um membro de uma família de elevados rendimentos terá conseqüências muito diferentes das ocasionadas por uma doença comparável sofrida por um membro de uma família de baixos rendimentos, numa deficiente situação familiar e a viver em más condições habitacionais. Admite-se assim que um deficiente nível de rendimento poderá determinar uma actuação diversa por parte dos serviços de saúde, com particular significado no que respeita a actividades preventivas.

Não se pretende com isso fazer com que os serviços de saúde substituam intervenções de outros sectores, designadamente no domínio da habitação, do saneamento básico ou de outras áreas, mas resulta do facto de que considerar apenas indicadores de mortalidade como determinantes de uma intervenção dos serviços de saúde se traduz em ignorar que um aumento da intervenção de serviços de saúde, de tipo preventivo, poderá conduzir a que não se chegue a declarar a morbilidade.

Será nesta perspectiva que Mooney (1983) refere a propósito da distribuição de recursos numa perspectiva de equidade: "(...) com vista a atingir-se igualdade na utilização para igual necessidade, deverão ser destinados recursos adicionais a áreas multiplamente carenciadas, mais do que proporcionais a qualquer necessidade extra que aí exista."

Finalmente, o critério da cobertura por serviços de saúde coloca-se numa perspectiva crítica em relação à atribuição de recursos apenas aos serviços de saúde quando o objectivo último em vista seja o de atenuar as desigualdades existentes no nível de saúde.

Admite-se que, se um distrito tem má situação sanitária e uma elevada cobertura pelos serviços de saúde, então a melhoria do nível de saúde será conseguida mediante a intervenção em áreas fora do sector saúde (saneamento básico, habitação, etc.) e não deverá originar a atribuição de um financiamento adicional aos serviços de saúde.

Este último critério é aquele que se pode considerar como inovador em relação à metodologia seguida no Reino Unido na redistribuição da despesa em saúde, em serviços de cuidados de saúde diferenciados. Baseia-se no princípio do capital humano, segundo o qual as intervenções que tenham em vista a melhoria do nível de saúde podem, e em muitos casos devem, ser realizadas fora do sector saúde.

Neste critério procede-se a uma discriminação positiva, numa base inversa, em função de indicadores de cobertura de serviços de saúde em cuidados de saúde primários.²

Não tendo tido os serviços de cuidados de saúde primários, até o momento actual, qualquer política de redistribuição de recursos, julga-se que haverá boas perspectivas no sentido de vir a aplicar estes critérios de distribuição da despesa.

VII.3 - Redistribuição de Recursos Baseada na Eficiência Técnica: o Exemplo dos Cuidados de Saúde Diferenciados (Hospitais)

Convirá relembrar que a eficiência técnica diz respeito à avaliação da relação entre os recursos utilizados e os resultados obtidos, tendo-se em vista a maximização dos resultados prefixados (ou a minimização dos recursos para resultados prefixados). Diferencia-se pois da eficiência económica ou distributiva, que avalia a relação entre os recursos gerais da sociedade e os resultados obtidos com a sua utilização em termos da obtenção máxima de bem-estar para todos os indivíduos: qualquer combinação de recursos será mais eficiente que outras se o somatório dos acréscimos de bem-estar individual obtidos for superior ao somatório das eventuais reduções de bem-estar que tenham sido praticadas em outros ou nos mesmos indivíduos.

Daqui se deduz que qualquer processo de redistribuição da despesa baseado na eficiência técnica tem apenas por objectivo recompensar os serviços prestadores que demonstrem ser mais produtivos e não se preocupa com a finalidade última desses serviços, ou seja, a medida em que estão a satisfazer as necessidades da população, traduzidas pela respec-

² Ver Giraldes (1988a) para uma análise mais aprofundada do critério da cobertura por serviços de saúde.

tiva dimensão e estrutura demográfica, assim como pelo seu padrão de morbilidade.

É exemplo deste processo de redistribuição de recursos a forma como se tem processado o financiamento dos serviços de cuidados de saúde diferenciados em Portugal a partir de 1980.

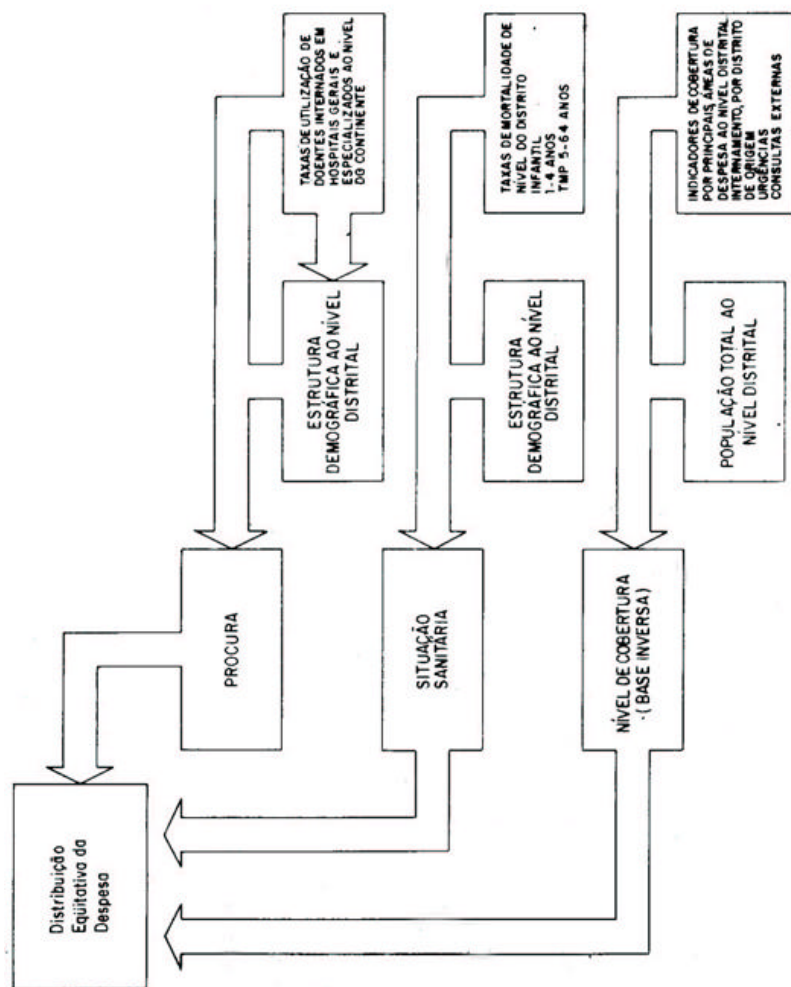
Segundo Mantas *et al.* (1985), os critérios de financiamento seguidos no domínio hospitalar consideram grupos homogéneos de hospitais com os respectivos preços definidos com base em custos directos, variando em função da rotação/cama: consideram-se dois grupos de hospitais — distritais e centrais —, fazendo-se variar os preços em função da demora média e da taxa de ocupação em cada valência ou grupo de valências. Este sistema de financiamento tem em vista um aumento da produtividade no funcionamento dos serviços e incentiva o aumento da rotação das camas e um melhor aproveitamento dos recursos humanos e materiais disponíveis.

Julga-se que existirá a possibilidade de equívoco quando Mantas *et al.* (1988) afirmaram que o sistema de financiamento, apesar de apontar como seu objectivo primordial a eficiência técnica, dispôs de flexibilidade suficiente para não impedir a prossecução do objectivo de equidade do SNS, dando como justificativa desta afirmação o facto de, no período de 1980-86, terem-se atenuado as desigualdades geográficas interdistritais. Se não é de estranhar que o processo de redistribuição da despesa em cuidados de saúde diferenciados promova a atenuação de desigualdades em indicadores de eficiência técnica (demora média e doente tratado por cama), já levanta interrogações o facto de se considerar como positiva uma igualdade de recursos com indicadores como, por exemplo, os gastos *per capita* (ou os recursos humanos *per capita*), quando o que deveria estar em causa era uma discriminação positiva, ou uma igualdade na utilização dos serviços, com um indicador como o doente saído ponderado *per capita*, que só terá sentido se conjugado com a estrutura demográfica da população e o respectivo padrão de morbilidade.

Em nossa opinião, só haverá equidade se se atender às diferentes necessidades relativas da população mediante uma discriminação positiva, o que poderá ser conseguido ensaiando-se a aplicação aos cuidados de saúde diferenciados da metodologia descrita para os cuidados de saúde primários, segundo consta da Figura 2, proposta que aqui se deixa.³

³ Ver, para uma análise mais detalhada, Giraldes (1987a).

Figura 2



Fonte : Giraldes (1988b)

VII.4 - Redistribuição de Recursos Baseada na Eficiência Distributiva

Já se referiu que a eficiência distributiva corresponde àquela situação em que não seja possível redistribuir os recursos para obter maior satisfação em termos de bem-estar social.

Ludbrook (1985) refere, a este propósito, que, se um serviço público de saúde quisesse ser eficiente no sentido da eficiência distributiva, os recursos de saúde seriam destinados a satisfazer aquelas necessidades que apresentassem maior rendimento por unidade monetária; à medida que se dispusesse de mais recursos, estes seriam destinados à prioridade seguinte, o que conduziria a uma região sobrefinanciada destinar recursos para a satisfação de necessidades mais prioritárias numa região subfinanciada. Esta redistribuição de recursos entre regiões aumentaria a eficiência distributiva e tornaria a situação mais eqüitativa.

É igualmente esta a proposta de Culyer (1980) para a distribuição de recursos de saúde inter-regiões quando afirma "que se iguale o impacto marginal no nível de saúde por unidade monetária".

Esta metodologia de redistribuição de recursos baseia-se na satisfação de necessidades marginais, que constitui uma perspectiva de abordagem distinta da de avaliação de necessidades totais e da satisfação de uma determinada parcela dessas necessidades, conforme os recursos disponíveis.

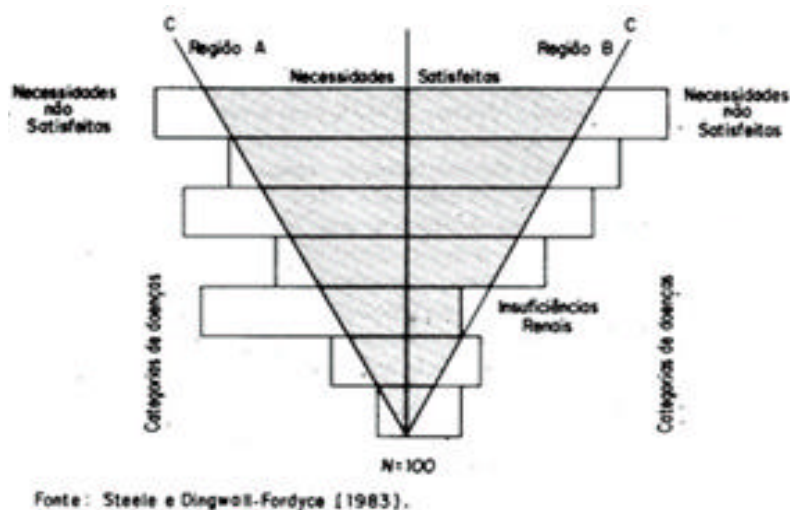
A satisfação das necessidades marginais será idêntica entre as diversas regiões quando, segundo Mooney (1983), com o orçamento disponível for possível satisfazer à mesma "última" necessidade. Nesta perspectiva, parte-se do princípio de que todas as regiões ordenam as suas necessidades por ordem de prioridades a serem satisfeitas, por forma a que, quantos mais recursos receberem, mais necessidades de baixa prioridade poderão satisfazer, e que a ordem de prioridades seja a mesma entre as regiões. Ainda segundo o mesmo autor, e dito de outra forma, verificar-se-ia uma idêntica satisfação das necessidades marginais quando cada região deixasse de tratar exactamente a mesma necessidade se o seu orçamento fosse cortado em dez mil unidades monetárias.

Por seu lado, Steele (1981) parte do princípio de que o conceito de necessidades totais é um conceito sem sentido, na medida em que essas

necessidades nunca poderão ser integralmente satisfeitas, não só porque os recursos nunca serão suficientes, como igualmente devido à falta de tecnologias adequadas que permitam satisfazer a todas as situações de morbilidade. Nesta perspectiva, os recursos serão distribuídos em relação às necessidades totais relativas, não havendo preocupação com a sua satisfação.

Steele e Dingwall-Fordyce (1983) exemplificaram-no tomando em consideração duas regiões, A e B, que têm perfis de morbilidade muito diferentes, mas as mesmas necessidades totais (ver Figura 3). Se se pretender cobrir 70% dessas necessidades, então cada região satisfará às necessidades traduzidas pelo vector C; no entanto, uma vez que os perfis de morbilidade diferem, as populações das regiões A e B não têm uma capacidade idêntica de tratamento para pessoas em igual risco. Por exemplo, todos os problemas de insuficiência renal serão tratados na região B, enquanto que na região A menos de 50% serão tratados, o que fará com que um indivíduo com insuficiência renal na região A não tenha a mesma oportunidade de satisfação das suas necessidades que um indivíduo na região B.

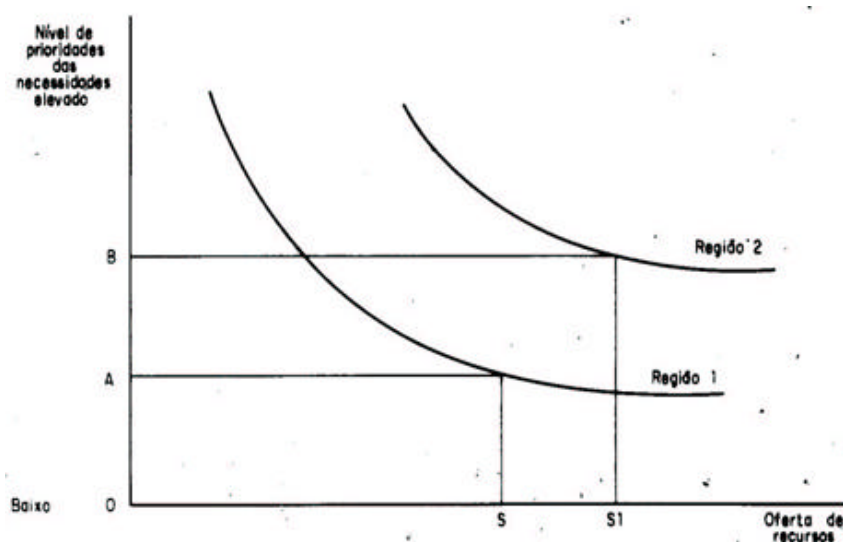
FIGURA 3
Perfis de Morbilidade e Correspondente Satisfação de Necessidades



Na Figura 4 exemplifica-se a necessidade de transferência de recursos entre duas regiões para atingir-se uma idêntica satisfação das necessidades marginais. Com os recursos OS a região 1 pode satisfazer a necessidades até o nível de prioridades OA, enquanto a região 2, com um diferente padrão de necessidades (derivado da idade, sexo e composição da morbilidade) e com diferentes recursos OS1, consegue satisfazer a necessidades até o nível de prioridades OB. Esta última região tem, pois, um nível de necessidades satisfeitas a um nível superior, pelo que, apesar de a região 1 ter menos recursos, deve-se operar uma transferência da região 1 para a região 2, para que se alcance em ambas as regiões o mesmo nível de satisfação das necessidades marginais.

Steele e Dingwall-Fordyce (1979) aplicam este mesmo tipo de raciocínio para o caso de duas regiões com necessidades semelhantes, mas em que uma delas recebe mais recursos que a outra (ver Figura 5).

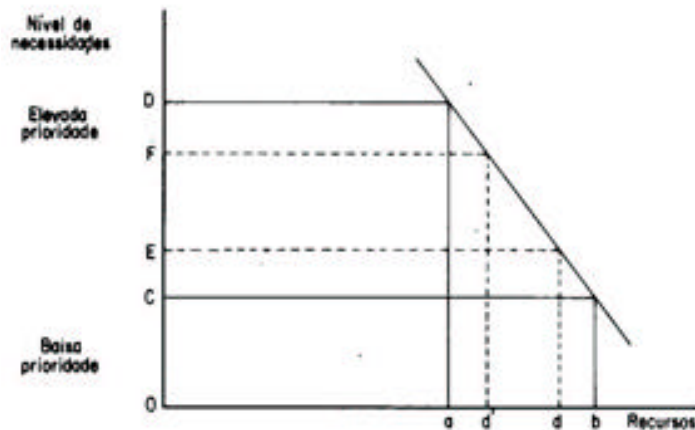
FIGURA 4
Nível de Satisfação das Necessidades Marginais



Fonte: Steele (1981).

FIGURA 5

Comparação entre Níveis de Necessidades e Recursos em Duas Regiões com Iguais Necessidades



Fonte : Steele e Dingwall-Fordyce (1979)

A região A tem menos recursos que a região B (Oa comparado com Ob); então uma transferência de recursos da região B para a região A (db) reduzirá os recursos da região B para Od, aumentará os da região A para Od' e alterará, por conseguinte, o nível de prioridades satisfeitas em cada região. A transferência de recursos reduz a capacidade da região B para satisfazer às suas necessidades, de forma que as necessidades não satisfeitas aumentam para OE, enquanto a região A pode satisfazer a necessidades até o nível OF.

Concluem estes autores que, desta forma, ao se retirarem recursos da região relativamente mais rica e transferi-los para a região relativamente mais pobre, se conseguirá satisfazer a necessidades de mais elevada prioridade, OF, enquanto se deixam de satisfazer a necessidades de mais baixa prioridade, OE. Nesse sentido, dado que o nível de necessidades que agora é possível satisfazer se situa numa prioridade mais elevada, esta transferência é benéfica para as duas regiões, consideradas no seu conjunto.

Verifica-se, assim, uma redistribuição de recursos que permite uma satisfação de necessidades de maior prioridade, mantendo-se fixo o orçamento disponível, à custa, portanto, de um mais efectivo uso dos recur-

sos. Isto acontecerá apenas se se verificar um comportamento racional na utilização dos recursos no sentido de que a região que recebe recursos adicionais e aquela que os transfere tratem (ou deixem de tratar) as necessidades que são de mais elevada (ou mais baixa) prioridade.

Tem sido, no entanto, escassa a possibilidade de aplicação, na prática, deste conceito de satisfação das necessidades marginais. Ao que se sabe, o único ensaio feito até o momento deve-se a Steele (1981) e é realizado no sector hospitalar e em relação a admissões no serviço de cirurgia geral. Utiliza uma medida aproximativa do impacto no nível de saúde baseado numa ordenação de necessidades feita por um grupo de médicos e tenta identificar o impacto marginal de modificações na oferta utilizando essa ordenação.

A realização deste estudo tornava necessários dois tipos de elementos: uma ordenação dos diagnósticos, por um índice de prioridades relativas das necessidades de camas de cirurgia geral, e uma medida das diferenças na oferta de recursos.

Steele procedeu a essa ordenação de diagnósticos para admissão na cirurgia geral com recurso a uma amostra de 14 médicos, pedindo-lhes que classificassem o conjunto de doenças em sérias, médias ou sem importância.

A segunda condição para este estudo era a identificação de uma medida para fazer variar a oferta de recursos. As camas de cirurgia geral serão ocupadas com doentes provenientes de duas fontes: urgências e listas de espera. Steele seleccionou a admissão em listas de espera como fonte de oferta de camas, para o que seria necessário que as admissões das urgências e as admissões das listas de espera estivessem correlacionadas negativamente (o coeficiente de correlação encontrado foi de 0,7 para dados trimestrais).

Conforme Steele reconhece no estudo elaborado, considerou-se apenas o impacto marginal no nível de saúde, e não o "impacto marginal no nível de saúde por unidade monetária", como Culyer defende. A justificação para isso resultou de a identificação empírica do impacto marginal de variações na oferta necessitar do uso de um índice ordinal do comportamento de admissões baseado na prática corrente; julgou-se que este não toma em consideração as diferenças de custo dos recursos do tratamen-

to de diferentes tipos de doentes, até porque o médico tem pouco acesso a informações sobre custos. Se as implicações explícitas de diferentes custos fossem incluídas na análise, então seria possível que se verificasse uma ordenação diferente dos diagnósticos, em especial abaixo dos diagnósticos mais graves.

Nesse artigo Steele utiliza dados referentes a uma mesma região ao longo do tempo, em vez de realizar uma comparação inter-regiões, em parte para evitar a questão sobre se existirá, ou não, um consenso entre diferentes regiões em relação à ordenação das necessidades. Contudo, como ele próprio afirma, a aplicação desta metodologia a um contexto regional é semelhante, procedendo-se, em teoria, a uma transferência de recursos até o ponto em que as elasticidades de resposta às mais elevadas necessidades entre regiões fossem iguais para iguais modificações na oferta; desta forma, os recursos seriam transferidos das regiões em que a elasticidade de resposta à modificação da oferta fosse mais baixa para regiões em que existissem elevados valores de elasticidade.

Em síntese, no estudo anteriormente descrito, no momento de admissão, as admissões marginais reflectem tanto as necessidades como a oferta: o que se está a medir é a elasticidade da resposta de admissões de diagnósticos mais graves a modificações na oferta. Quando se operam transferências entre regiões, existirá uma transferência de recursos até o ponto em que as elasticidades de resposta às mais elevadas necessidades entre regiões forem iguais para iguais modificações na oferta.

A generalização desta metodologia aos serviços de cuidados de saúde primários levou Giraldes (1987c) a propor que se considere o padrão de morbilidade das diversas regiões de um país em que a oferta seja traduzida pelo acréscimo de consultas, medicamentos e meios complementares de diagnóstico transformados em recursos financeiros. Processar-se-á uma transferência de recursos entre regiões até o ponto em que as elasticidades de resposta às doenças com maior prioridade forem iguais para iguais modificações na oferta, tal como consta da Figura 6.

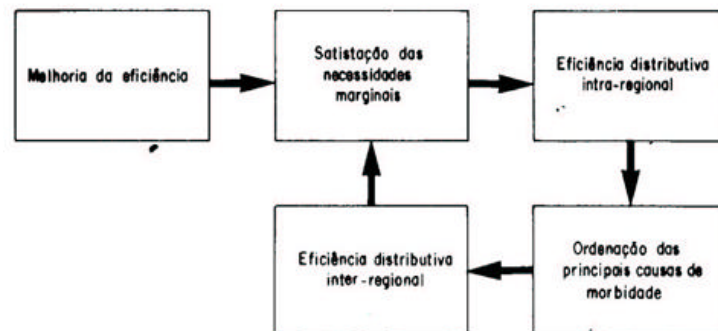
Pode-se, no entanto, considerar que o objectivo que um estudo deste tipo se propõe é alcançar a eficiência distributiva na distribuição de recursos de saúde nos níveis intra-regional e inter-regional (Figura 7).

FIGURA 6
Elasticidade na Satisfação de Necessidades de Maior Prioridade

$\frac{\Delta x}{x}$ Morbidade	Acréscimo na satisfação de necessidades de doenças de maior prioridade
$\frac{\Delta y}{y}$ Oferta	Acréscimo de consultas, medicamentos e meios complementares de diagnóstico, traduzido em recursos financeiros

Fonte: Giraldes (1987c)

FIGURA 7
Esquema de Distribuição de Recursos Baseada na Eficiência Distributiva



Fonte : Giraldes (1987c).

Esta perspectiva de abordagem exige que se proceda a uma ordenação das causas de morbilidade segundo um determinado critério de fixação de prioridades. No exemplo anteriormente descrito procedeu-se a uma ordenação de diagnósticos de doenças, realizada por médicos, tendo-se pedido que classificassem um conjunto de doenças em sérias, médias ou sem importância. Na proposta realizada em Giraldes (1987) substituiu-se essa ordenação das doenças, realizada por médicos, por uma outra, feita por indivíduos da população em geral, a quem é pedido que ordenem as utilidades (termo técnico económico para satisfação) resultantes dessas doenças.

Aspectos Fundamentais	Redistribuição de recursos baseada na equidade: a proposta para os cuidados de saúde primários	Redistribuição de recursos baseada na eficiência técnica: o exemplo dos cuidados de saúde diferenciados	Redistribuição de recursos baseada na eficiência distributiva
Conceito	Baseia-se num <i>conceito de equidade</i> correspondente à igualdade de <i>inputs per capita</i> para iguais necessidades.	Baseia-se num <i>conceito de eficiência técnica</i> , tendo em vista um aumento da produtividade no funcionamento dos hospitais, incentivando o aumento da rotação de camas e um melhor aproveitamento dos recursos humanos e materiais disponíveis	Baseia-se num <i>conceito de equidade</i> correspondente à igualdade de satisfação de necessidades marginais. Admite-se que a equidade será alcançada se cada distrito deixar de tratar a mesma necessidade especifica se tiver um corte orçamental da mesma importância, o que pressupõe que os distritos dêem a mesma prioridade na ordenação das suas necessidades. Esta redistribuição de recursos entre regiões aumenta a eficiência.
Âmbito	Realiza uma estimativa das necessidades da população em relação à totalidade da população residente ao nível distrital. Abrange as quatro principais áreas de intervenção dos cuidados de saúde primários: actividades preventivas, actividades curativas, transferências para o sector privado e internamento.	A perspectiva não é a da população e suas necessidades, mas sim a dos serviços prestadores. Abrange as principais áreas de intervenção dos cuidados de saúde diferenciados: internamento; consultas, urgências e meios complementares de diagnóstico; alimentação, administração geral, serviços específicos.	Abrange apenas a parcela da população que declarou morbilidade, segundo o INS. Abrange apenas as actividades curativas e as transferências para o sector privado, que lhe estão associadas, no âmbito dos serviços de cuidados de saúde primários.

(continua)

(continuação)

Método de Avaliação das Necessidades	A avaliação das necessidades relativas dos distritos é realizada tendo por base a estrutura etária e por sexos da população, a taxa de fertilidade, a situação de saúde (traduzida indirectamente por taxas de mortalidade padronizadas), o nível de rendimento e ainda o nível de cobertura por serviços de saúde.	Não procede à avaliação das necessidades da população.	A avaliação das necessidades baseia-se no padrão de morbilidade e na cobertura por serviços de saúde que lhe está associada, traduzida pelos recursos financeiros atribuídos a cada doença (correspondentes ao consumo de consultas, medicamentos e meios complementares de diagnóstico).
Método de Redistribuição	A estrutura da despesa determinada segundo o processo de avaliação das necessidades é aplicada à verba disponível, em cada ano, por principais áreas da despesa, o que conduz à terminação da "despesa ideal", resultante do somatório das quatro áreas de despesa determinadas. A diferença entre a distribuição ideal da despesa assim obtida e a distribuição real vai-se atenuando progressivamente segundo taxas de acréscimo (ou decréscimo) fixadas segundo a distância a que se encontrem da meta a alcançar.	Se o resultado da aplicação dos critérios é um valor que se situa abaixo do mínimo fixado para o hospital, o valor financiado é esse mínimo. Se o valor da aplicação dos critérios se situa no intervalo, é atribuído o valor da aplicação dos critérios. Se o valor da aplicação dos critérios se situa acima do máximo fixado para o hospital, o valor financiado é este máximo [ver Mantas <i>et al.</i> (1988)].	Efetuar-se-á uma transferência de recursos dentro de cada região e inter-regiões (eficiência distributiva) em relação às principais causas de morbilidade e segundo a ordenação de prioridades previamente estabelecida. Baseia-se no pressuposto de identificar a ordenação das prioridades entre as diversas regiões.

Proceder-se-á a essa medição de utilidades segundo um questionário baseado no *rating scale*, de acordo com a metodologia referida, designadamente em Torrance (1986), para ser aplicada no domínio da saúde.

VII.5 - Conclusões

A análise comparativa das alternativas anteriormente descritas em relação à distribuição de recursos num sistema de saúde público poderá ser realizada com recurso a quatro aspectos fundamentais: o conceito que se encontra subjacente nessa redistribuição; o âmbito; o método de avaliação das necessidades; e o método de redistribuição (ver quadro).

Na perspectiva do conceito implícito nas diversas alternativas de redistribuição de recursos, parece não haver dúvidas de que o processo teoricamente mais correcto seja o que promove a eficiência distributiva, na medida em que é aquele que maximiza o bem-estar social.

Se este aspecto se pode considerar pacífico, não se pode esquecer, no entanto, que este método é de difícil aplicação prática de forma a abranger a totalidade da população ou o conjunto de actividades abrangidas pelos serviços de saúde primários (designadamente, será de difícil aplicação à distribuição de recursos em actividades preventivas).

É, portanto, um método que deve ser utilizado pontualmente, e não de forma universal, e que apresenta um âmbito restrito.

Se atendermos ao âmbito, será sem dúvida a proposta apresentada para a distribuição da despesa nos serviços de cuidados de saúde primários aquela que permite abranger a totalidade da população e as principais áreas de intervenção dos serviços.

O método de avaliação das necessidades difere ainda entre o primeiro e o terceiro processos de redistribuição de recursos, enquanto que no segundo, por basear-se na eficiência dos serviços prestadores, não se procede a essa avaliação. A principal diferença entre aqueles dois processos está directamente associada ao âmbito de cada uma daquelas alternativas de distribuição de recursos e deriva, ainda, da preocupação com a introdução de uma perspectiva socioeconómica (utilização de um indicador de rendimento na distribuição de recursos em actividades preventivas), ou de se ter contemplado a perspectiva do estoque de saúde ou do

capital humano que existe na proposta apresentada para os serviços de cuidados de saúde primários.

O método de redistribuição não oferece problemas operacionais em nenhum dos casos. O único problema resultará, eventualmente, do pressuposto em que se baseia o terceiro método: idêntica ordenação das prioridades entre as regiões.

Em síntese, considera-se que a eficiência técnica, só por si, não deve presidir uma distribuição de recursos num sistema de saúde público. Haverá pois que conjugar o objectivo de eficiência que preside a distribuição de recursos em serviços de cuidados de saúde diferenciados com um *plafond* financeiro máximo definido para cada distrito, segundo um princípio de equidade.

O objectivo de equidade correspondente a uma igualdade de *inputs* para iguais necessidades, que preside a proposta de distribuição de recursos nos serviços de cuidados de saúde primários, parece ser o mais adequado no momento actual. Haverá que realizar esforços no sentido de vir a aplicar esta proposta igualmente aos serviços de cuidados de saúde diferenciados, sob pena de se verificarem transferências de serviços indesejáveis entre os dois subsistemas, que têm os seus custos do ponto de vista quer do bem-estar do utente, quer das ineficiências geradas no funcionamento do SNS devido às transferências de procura.

Deixam-se, no entanto, alguns contributos para uma posterior investigação no sentido da operacionalização de critérios de distribuição da despesa baseados em princípios de eficiência distributiva, que, segundo se julga, serão extremamente úteis quando aplicados a casos específicos de âmbito restrito.

Bibliografia

- BIRCH, S. e MAYNARD, A. *The RAWP review: rawping primary care in the United Kingdom*. University of York, Centre for Health Economics, 1986. (Discussion Paper, 19)
- CULYER, A.J. *The Political economy of social policy*. — Oxford: Martin Robertson, 1980.

- GIRALDES, M.R. A Equidade e a eficiência no financiamento do SNS — alguns contributos.: *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, v. 5, n. 3-4, Jul.-Dez. 1987a.
- GIRALDES, M.R. Distribuição equitativa da despesa em cuidados de saúde primários. — São Paulo: ENSP, dez. 1987b. (Tese para concurso a professora auxiliar de economia da saúde da ENSP)
- GIRALDES, M.R. *Eficiência interna e distributiva na utilização de recursos de saúde*: análise regional baseada no inquérito nacional de saúde 1987. — São Paulo: ENSP, 1987c. (Protocolo de um projecto de investigação apresentado a concurso para professora auxiliar de Economia da Saúde)
- GIRALDES, M.R. A Equidade na distribuição da despesa em cuidados de saúde primários em Portugal: A perspectiva do capital humano. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, v. 6, ns. 12, p. 85-94, jan./jun. 1988a.
- GIRALDES, M.R. Equidade e despesa em saúde. *Estudos de Economia*, v. 8, n. 4, p. 365-388, 1988b.
- GRÃ-BRETANHA. Department of Health and Social Security. *Sharing resources for health in England*. Report of the Resource Allocation Working Party. — Londres: Department of Health and Social Security, 1976.
- GRÃ-BRETANHA. Scottish Home and Health Department. *Scottish health authorities revenue equalisation*. Report of the Working Party on Revenue Resource Allocation. — Edinburgh, 1977.
- LE GRAND, J. *The strategy of equality*. Redistribution and the social services. — Londres: George Allen & Unwin, 1982.
- LE GRAND, J. *Equity, health and health care*. Conferência apresentada nas VIII Jornadas de Economia da Saúde, Gran Canaria, May 1988.
- LADBROOK, A. *Regional equity*. Where next? A critical appraisal of RAWP. — Aberdeen: University of Aberdeen, HERU, 1985. mimeo
- MANTAS, A.; SILVA E Sá, J., TRANQUADA, S.; SILVA, F. e ROQUE DOS SANTOS, M. Financiamento hospitalar: implemen-

tação de critérios. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, n. 2, p. 19-26, abr./ jun. 1985.

MANTAS, A.; COSTA, C. e RAMOS, F. *Financiamento hospitalar: que contributo para a equidade? O caso português*. Comunicação apresentada nas VIII Jornadas de Economia da Saúde. — Gran Canaria, Mai. 1988.

MAYNARD, A. *Financing the U.K.* — London: National Health Service, 1986. mimeo

MAYNARD, A. e LUDBROOK, A. Inequality, the National Health Service and Health Policy. *Journal of Public Policy*, v. 2, n.2, p. 97-116, 1982.

MAYNARD, A. e LUDBROOK, A. The Allocation of health care resources in the United Kingdom. — London: *Health and Welfare States of Britain*, 1983.

MAYNARD, A. e LUDBROOK, A. *Budget allocation in the National Health Service*. 1983. mimeo

MCGUIRE, A; HENDERSON, J. e MOONEY, G. *The Economics of health care: an introductory text*. — Londres: Routledge & Kegan Paul, 1988.

MOONEY, G.H. Equity in health care: confronting the confusion. *Effective Health Care*, v.4, n. 1, p. 179-184, 1983.

PATON, C. The Policy of resource allocation and its ramifications. — Londres: The Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1985.

PEREIRA, J.; CORTÊS, M.F.; CAMPOS, A.C. e COSTA, C. *Equidade geográfica no sistema de saúde português*. Comunicação apresentada nas V Jornadas de Economia da Saúde. — Lisboa, 1985.

RAWLS, J. *A Theory of justice*. — Oxford: Oxford University Press, 1972.

STEELE, R. e DINGWALL-FORDYCE, I. *Marginal met need: a new regional resource allocation method?* Health Economics Research Unit. University of Aberdeen, Department of Community Medicine and Political Economy. 1979. (Discussion Paper n. 5/79, 12 p.)

- STEELE, R. Marginal met need and geographical equity in health care. *Scotish Journal of Political Economy*, v. 28, p. 186-195, june 1981.
- STEELE, R. e DINGWALL-FORDYCE, I. Equity and equal opportunity for treatment. *Hospital and Health Services Review*, p. 3, May 1983.
- TORRANCE, G.W. Measurement of health state utilities for economic appraisal, a review. *Journal of Health Economics*, n. 5, p. 1-30, 1986.
- WILES, R. A critical guide to health service resource allocation in London. — London: The Greater London Council, 1984.

Incentivos Fiscais e Eqüidade no Financiamento da Saúde em Portugal*

Carlos Gouveia Pinto **

José Carlos Gomes Santos ***

VIII.1 - Introdução

Se existe uma característica comum às diferentes propostas de reforma dos sistemas de saúde na Europa, essa é, sem dúvida, a maior importância que é dada aos agentes privados na provisão de cuidados de saúde, o que compreende o financiamento, a gestão e a prestação de serviços.

Justificado como uma via para a melhoria da eficiência e tornado urgente por razões de ordem orçamental, o aumento dos encargos suportados pelos consumidores de cuidados de saúde originou (e tal é reconhecido mesmo pelos políticos) problemas graves de acesso e de aceitação social da política de saúde. Uma das principais medidas que foram tomadas para diminuir estas conseqüências foi a admissão da pos-

* Versões anteriores deste trabalho foram apresentadas no 2º Congresso Europeu de Economia da Saúde, realizado em Paris de 16 a 18 de dezembro de 1992, e no 3º Encontro da Associação Portuguesa de Economia da Saúde, Coimbra, 16 de abril de 1993. A sua elaboração foi parcialmente financiada pela JNICT (Projeto PCSH/C/ECO/225/91). Os autores agradecem ao Dr. Pedro Pita Barros, da Faculdade de Economia da Universidade Nova de Lisboa, os comentários que fez ao texto e que muito ajudaram a melhorar o seu conteúdo. É óbvio que tal não implica que deixe de ser válida a ressalva habitual.

** Do Instituto Superior de Economia e Gestão da Universidade Técnica de Lisboa.

*** Do Centro de Estudos Fiscais, Ministério das Finanças, Instituto Superior de Economia e Gestão da Universidade Técnica de Lisboa.

sibilidade de dedução no imposto pessoal sobre o rendimento (IRS) da totalidade da parte não reembolsada dos dispêndios privados em saúde. Polêmica do ponto de vista da eficiência¹ esta opção parece totalmente contrária ao objectivo da equidade, que deve ser um dos principais fins, quer da política fiscal, quer da política de saúde [Stiglitz (1988)].

Neste trabalho procurar-se-á mostrar que as deduções fiscais apresentam um perfil regressivo. Assim, em última análise, estes incentivos ampliam o efeito penalizador do aumento dos preços dos cuidados de saúde para os grupos socioeconómicos mais carenciados.

Para tal, após se descrever, na secção seguinte, as principais características do financiamento da saúde e do imposto sobre o rendimento das pessoas físicas em Portugal (introduzido pela reforma fiscal de 1989), discutem-se, na terceira secção, os objectivos e os efeitos dos incentivos fiscais. Na quarta e quinta secções apresentam-se a metodologia adoptada e os resultados empíricos alcançados. Finalmente, na última parte são sintetizadas as principais conclusões.

VIII. 2 - O Financiamento da Saúde em Portugal

O sistema de saúde português está baseado no Serviço Nacional de Saúde (SNS), devendo ser, de acordo com a Constituição da República (2^a revisão, 1989), universal, geral e tendencialmente gratuito. Embora assegurando a provisão de todos os tipos de cuidados, o SNS não é, porém, universal, dado que subsistem, herdados do regime anterior a 1979, esquemas obrigatórios de cobertura de riscos de doença de base ocupacional que cobrem, nomeadamente, os funcionários públicos e os empregados bancários, e a que recorre cerca de um quarto da população [Freixinho (1990)]. Os beneficiários destes subsistemas têm uma grande liberdade de escolha, podendo aceder aos serviços públicos nas mesmas condições do resto da população e, ainda, escolher o prestador da sua preferência, sendo, neste caso, reembolsados parcialmente das despesas efectuadas.

Mas a provisão gratuita dos cuidados nunca foi uma característica do SNS. Os medicamentos foram sempre pagos, ainda que parcialmente,

¹ Ver, por exemplo, Feldstein e Friedman (1977).

pelos usuários, tendo essa parcela aumentado significativamente a partir de meados da década de 80 [Pinto (1988)]. Representando os gastos em medicamentos cerca de 20% da despesa total (pública e privada) em saúde [OCDE (1990)/Credes, 'Éco-Santé'], é fundamentalmente a esse aumento (conjugado com o acréscimo acentuado dos preços destes bens) que se deve a diminuição da parte do financiamento público no total, entre 1980 e 1987 (ver Quadro 1).

Embora Portugal seja o país europeu da OCDE em que o financiamento público da saúde é mais baixo, continua a ser esta a principal fonte de financiamento do consumo da totalidade dos cuidados de saúde. Mesmo os que são majoritariamente tutelados pelos agentes privados (*e. g.* consultas de especialidades, meios complementares de diagnóstico e cuidados de estomatologia [Pereira (1989)]) são, na sua maior parte, financiados pelo Estado, seja directamente (por convenção), seja indirectamente por meio, nomeadamente, do reembolso das despesas efectuadas pelos subsistemas, quase todos eles integrados no sector público.

Após 1987, a política de saúde foi orientada no sentido da contenção da despesa pública. Como consequência, baixaram as comparticipações nos preços das consultas e medicamentos e foram introduzidas taxas moderadoras nos serviços públicos, em especial nas urgências e nos internamentos. Uma vez que o financiamento público da saúde é baseado em receitas fiscais, pretendia-se por esta via reduzir o défice orçamental e desviar uma parte significativa dos doentes do SNS para o setor privado desde que, simultaneamente, as despesas privadas não reembolsadas fossem, em alguma medida, estimuladas. A admissão da possibilidade de dedução da totalidade desses gastos no âmbito do IRS foi entendida como uma forma adequada para atingir este objectivo.

Este incentivo às despesas privadas não constitui, no entanto, uma inovação absoluta no âmbito da legislação fiscal portuguesa. Antes da reforma já era admitida a dedução dos preços das consultas, das despesas cirúrgicas e de internamento, mas não dos gastos em medicamentos no rendimento declarado para efeitos de Imposto Complementar. Este imposto tinha, porém, uma importância “menor” no conjunto do sistema fiscal português, contribuindo apenas com cerca de 6% das receitas dos impostos directos. Em contrapartida, não eram permitidas quaisquer deduções àquele título no Imposto Profissional ou no Imposto de Capitais,

que constituíam, no seu conjunto, 70% das receitas da tributação direta [Gomes Santos e Carvalho (1987)].

O IRS é, pelo contrário, um imposto do tipo unitário e global sobre o rendimento que explica hoje em dia cerca de 60% dos impostos diretos e 25% das receitas fiscais totais (não incluindo as contribuições para a Seguridade Social). Das suas receitas, mais de 70% provêm de rendimentos sujeitos a englobamento obrigatório e, como tal, beneficiários de deduções de carácter personalizado e alvos de taxas progressivas [Gomes Santos (1991)]. Pode-se, pois, concluir que o efeito de incitação fiscal às despesas privadas em saúde foi consideravelmente ampliado com o novo sistema.

QUADRO 1
Despesas de Saúde nos Países da CEE (em % do PIB)

Países	1980			1987		
	Despesas	Despesas	% do	Despesas	Despesas	% do
	Totais	Públicas	Total	Totais	Públicas	Total
Bélgica	6,6	5,4	81,8	7,2	5,5	76,4
Dinamarca	6,8	5,8	85,3	6,0	5,2	86,7
França	7,6	6,2	81,6	8,6	6,7	77,9
Alemanha	7,9	6,2	78,5	8,2	6,3	76,8
Grécia	4,3	3,5	81,4	5,3	4,0	75,5
Irlanda	8,5	7,8	91,8	7,4	6,4	86,5
Itália	6,8	5,6	82,4	6,9	5,4	78,3
Luxemburgo	6,8	6,3	92,6	7,5	6,9	92,0
Holanda	8,2	6,5	79,3	8,5	6,6	77,6
Espanha	5,9	4,4	74,6	6,0	4,3	71,7
Grã-Bretanha	5,8	5,2	89,7	6,1	5,3	86,9
Portugal	5,9	4,2	71,2	6,4	3,9	60,9

Fonte: OCDE (1990).

As consequências decorrentes dos incentivos fiscais são, contudo, complexas. Se, por um lado, o estímulo à eficiência pode ser posto em causa, em particular, pelo “risco moral” que lhes está associado [Arrow (1963)], por outro lado os seus efeitos sobre a equidade parecem ser, à primeira vista, regressivos. Essa regressividade deverá ser, porém, demonstrada. É isso que se propõe fazer nas seções seguintes.

VIII.3 - Incentivos Fiscais e Equidade

Os incentivos fiscais constituem, pela sua própria natureza, exceções às regras gerais de tributação. A justificação mais frequentemente avançada para a sua adopção baseia-se na existência de externalidades (positivas) e, em consequência, na necessidade de induzir comportamentos cooperativos dos agentes envolvidos.

No sector de serviços de saúde, isso se justifica quando o consumo desses cuidados é considerado insuficiente do ponto de vista social. Portanto, somente quando a curva da procura compensada tem inclinação negativa [Culyer (1989)] esta política terá o efeito desejado. Adicionalmente, a magnitude dos seus efeitos depende da elasticidade da procura. Ora, variando esta com o tipo de cuidados (ambulatório *versus* hospitalização) e com as características socioeconómicas das famílias, as consequências podem ser substancialmente diferentes para os diversos estratos sociais.

Se todos os estudos publicados sobre este tema (referentes unicamente aos EUA) apontam para elasticidades-preço negativas, indicando, portanto, um comportamento normal da procura, já os valores estimados para o parâmetro variam acentuadamente de estudo para estudo. Acresce que, na quase totalidade dos trabalhos publicados, as estimativas referem-se a apenas um tipo de bem ou serviço, e, mesmo assim, os valores são geralmente apresentados sob a forma de intervalo.²

Em sistemas baseados num serviço nacional de saúde é muito mais difícil estimar as elasticidades da procura, dado o papel diferente que neles desempenham (e o significado que assumem) os preços. Contudo, em

² Uma revisão exaustiva das estimativas das elasticidades da procura de cuidados de saúde pode ser encontrada em Besley (1991).

Portugal houve tentativas de identificação do impacto da sua variação sobre o bem-estar dos consumidores agrupados por estrato socio-económico.

Com base nos resultados desses estudos, parece poder afirmar-se que o aumento da parte não participada dos preços dos cuidados afeta sobretudo os grupos de menor rendimento [Pereira e Pinto (1993)]. Por outro lado, considerando apenas os gastos privados em medicamentos, que eram responsáveis por cerca de 53% do total das despesas privadas em cuidados de saúde em 1987 (INS/87), Pinto (1988) mostrou que as famílias do grupo socioeconómico mais baixo residentes na área metropolitana de Lisboa retraíram estes gastos em cerca de 40% entre 1980 e 1985, em consequência de uma diminuição em dez pontos percentuais da taxa de comparticipação do SNS neste tipo de bens, no mesmo período. Assim, estes elementos apontariam para uma maior elasticidade da procura de cuidados por parte das famílias de estatuto socioeconómico mais baixo comparativamente com as de estatuto mais elevado.

Pareceria, portanto, que os incentivos fiscais seriam adequados para amortecer os efeitos regressivos do acréscimo dos preços, em particular dos serviços prestados em ambulatório. No entanto, esta conclusão é *a priori* prejudicada por dois factores.

Em primeiro lugar, as famílias dos estratos socioeconómicos mais baixos são, muito provavelmente, na sua maioria, constituídas por indivíduos isolados e idosos cuja fonte principal de rendimento é constituída por pensões.³ Ora, mais de 90% dos pensionistas recebiam, em 1990, pensões de valor inferior ao salário mínimo nacional [Instituto de Gestão Financeira da Segurança Social (1990)] e, em consequência, encontravam-se abaixo do limite a partir do qual a declaração do seu rendimento para efeitos fiscais era legalmente exigível. Acresce que mesmo a maioria dos que o declaram acabam por não pagar imposto, devido à dedução específica da categoria H e das deduções à colecta, independentemente dos benefícios fiscais específicos associados à declaração das despesas com cuidados de saúde. Assim, para estes casos não existe, *na prática*, a possibilidade de dedução das despesas com saúde.

³ Esta asserção é discutida em Pinto, *op.cit.*

Por outro lado, a “poupança fiscal” associada ao incentivo (consubi-
tanciado na possibilidade de dedução à base colectável dos encargos
com os cuidados de saúde) varia segundo a taxa marginal de imposto
aplicável. Se o bem fôr normal (ou, por maioria de razão, se fôr
superior), a “poupança” será tanto maior quanto mais elevada fôr aquela
taxa; portanto, o seu impacto é regressivo.

Tudo aponta, portanto, para a regressividade dos incentivos fiscais deste
tipo.

Antes, porém, de apresentar os resultados, é oportuno discutir breve-
mente a metodologia adotada. É o que faremos no ponto seguinte.

VIII.4 - Metodologia, Variáveis e Dados

Neste estudo, a avaliação do impacto sobre a equidade decorrente da
dedução fiscal das despesas privadas em cuidados de saúde foi efectua-
da de acordo com a metodologia desenvolvida por Wagstaff e van
Doorslaer (1990). Assim, a medida da sua progressividade foi realizada
recorrendo aos índices de concentração de Gini, Suits e Pfähler.⁴

O índice de Gini é o mais usualmente utilizado em análises deste tipo,
pelo que não nos deteremos a explicá-lo. Já os índices de Suits (1977) e
de Pfähler (1987) relacionam-se, ao contrário do que é comum, com
curvas de concentração relativa. Estas curvas estão representadas na
Figura 1. A principal diferença entre este tipo de curvas e as curvas de
concentração usuais é o fato de se representarem em abscissas as pro-
porções acumuladas de *rendimento ilíquido*, e não de agregados famili-
ares. Isso implica que o eixo de referência seja a repartição original do
rendimento representado pela diagonal e, conseqüentemente, seja rela-
tivamente a esta repartição que o impacto redistributivo do sistema de
financiamento é avaliado.

A curva C* reflecte a relação entre a porcentagem acumulada do rendi-
mento ilíquido das famílias e as proporções acumuladas dos valores da
variável em análise que, no caso vertente, consideraremos ser a

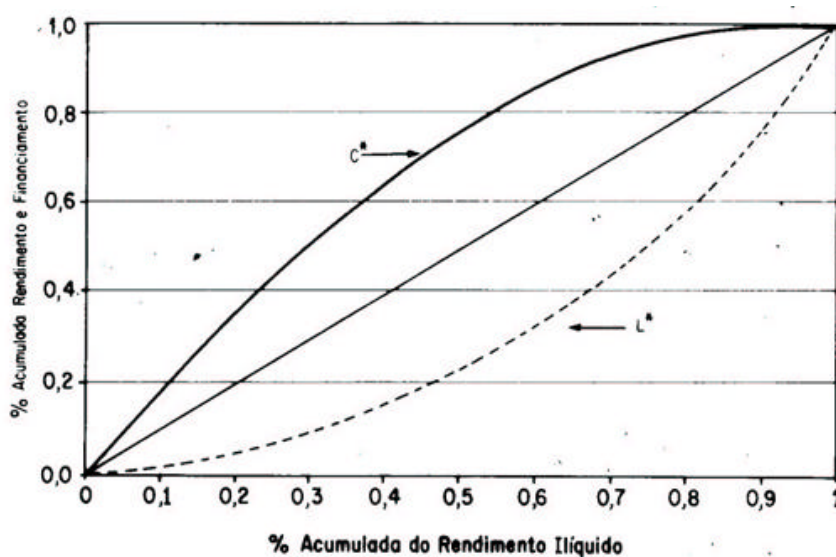
⁴ Também se poderiam utilizar os índices de Kakwani e de Reynolds-Smolenski (ver
Wagstaff e van Doorslaer, *op. cit.*). Isso não é feito para não sobrecarregar o texto, com
benefícios menores para as conclusões.

“poupança fiscal”, definida como o montante de redução de imposto resultante da apresentação de despesas em cuidados de saúde na declaração de IRS. Assim, se C^* situar-se acima da diagonal, os valores desta variável aumentam mais que proporcionalmente do que o rendimento ilíquido (caso apresentado na Figura 1) e, portanto, as deduções fiscais são “progressivas”.⁵ Conclusão inversa se retirará se C^* situar-se abaixo da diagonal, enquanto que, se coincidir com esta última, o sistema é proporcional. Definindo-se o índice de Suits como

$$\pi_s = J_c^*$$

onde J_c^* mede a área entre C^* e a diagonal, π_s será positivo ou negativo consoante as percentagens acumuladas da variável evoluírem mais ou menos proporcionalmente do que as percentagens acumuladas de rendimento.

FIGURA 1
Índices de Suits e de Pfähler



⁵ Note-se que se concluiria em sentido contrário se o objecto da análise fosse a repartição das despesas com serviços de saúde.

O índice de Pfähler distingue-se do de Suits pelo facto de medir a redistribuição do sistema de financiamento, e não apenas o grau de afastamento da variável em análise da proporcionalidade. Para tal obtém-se a curva L^* , que relaciona as percentagens acumuladas de rendimento líquido (obtido por dedução dos impostos, líquidos de subsídios, ao rendimento ilíquido) com as homólogas do rendimento bruto. Se o sistema for progressivo, L^* situar-se-á acima da diagonal e, designando por J_L a área delimitada por L^* e pela diagonal, J_L será negativo. O contrário se passará se o sistema for regressivo (caso apresentado na Figura 1). Designando por π_p o índice de Pfähler, virá

$$\pi_p = -J_L$$

de forma que o índice seja positivo quando o sistema é progressivo.

Para efectuar a padronização dos agregados familiares (para ter em conta a sua dimensão), estes foram classificados por escalão de rendimento, tendo-se em seguida utilizado a expressão $E = G/S^\alpha$, em que E representa o rendimento ilíquido por adulto equivalente, G o rendimento ilíquido médio, S a dimensão média dos agregados e α a elasticidade de equivalência [Buhmann *et al.* (1988)]. Deste modo, o rendimento equivalente mede a capacidade de pagamento média.

A “poupança fiscal” por escalão de rendimento foi obtida multiplicando a taxa marginal média de tributação em cada escalão pelas despesas médias em saúde declaradas.⁶ Esta taxa foi obtida tendo em consideração a taxa média efectiva de tributação em cada escalão e o sistema de taxas marginais de IRS em vigor em 1989. Por seu turno, a taxa média de tributação foi determinada com base no rendimento bruto declarado (sem padronização), uma vez que a lei fiscal já prevê ponderações diferentes (*splitting* e deduções à coleta) consoante o estado civil e o nú-

⁶ Em versões anteriores deste artigo utilizou-se a taxa média efectiva de imposto para calcular esta “poupança” em vez da taxa marginal (ou uma sua aproximação) que agora se adopta. Embora a utilização da taxa média se possa justificar quando se prevê que os resultados não serão significativamente afectados devido, designadamente, ao montante a deduzir ser uma proporção relativamente pequena do rendimento e a não diferenciação das taxas marginais para a esmagadora maioria dos escalões de rendimento, o que parece ser o caso, a adopção da taxa marginal (mesmo que “aproximada” pela taxa média) é mais correcta do ponto de vista teórico.

mero de dependentes, para o cálculo do imposto devido. Tal procedimento corresponde ao que se pode considerar uma “padronização fiscal” implícita.⁷

Os resultados que se apresentam na secção seguinte foram obtidos para $\alpha = 0,6$, considerado o valor mais plausível para Portugal [Pereira e Pinto (1993)]. No entanto, uma vez que as conclusões poderiam vir modificadas pelo valor atribuído a este parâmetro, efectuaram-se simulações para diferentes valores de α .

Para determinar o efeito distributivo do incentivo fiscal, utilizaram-se os dados resultantes do tratamento informático das declarações de IRS dos titulares de rendimentos do trabalho dependente e/ou pensões, abrangendo mais de 1,3 milhão de agregados (incluindo indivíduos casados e não casados, com ou sem dependentes) que foram tomados como amostra representativa. O ano de referência do rendimento foi 1989 [Gomes Santos (1991)].

Infelizmente não foi possível dispôr de informações relativas à totalidade dos contribuintes devido à maior complexidade de tratamento das declarações dos indivíduos que apresentaram igualmente rendimentos provenientes do exercício de profissão liberal ou da actividade comercial ou industrial (declarações “modelo 2”). Também não se teve acesso ao Inquérito aos Orçamentos Familiares de 1989/90, pelo que não foi possível incluir na análise os agregados isentos de tributação. Muito provavelmente, se toda a população estivesse incluída, o efeito regressivo detectado na análise empírica seria muito mais elevado.

Apesar de tudo, a amostra retida representa mais de 60%, quer do total das declarações de IRS, quer do rendimento líquido declarado por todos os contribuintes relativamente ao ano de 1989.

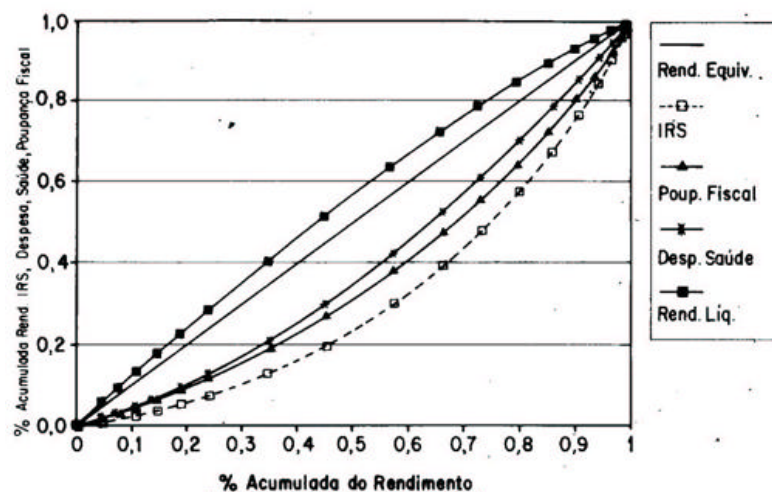
⁷ Um exercício mais rigoroso envolveria calcular a taxa média de imposto antes e após a dedução fiscal, de modo a identificar os escalões que mais se beneficiam com esta dedução. Contudo, isso exigiria o tratamento das declarações de rendimento individuais, o que não é possível.

VIII.5 - Resultados

Atendendo às características subjacentes ao imposto pessoal sobre o rendimento, não surpreende que, tal como se evidencia no Quadro 2, o efeito do IRS se revele progressivo. Tal deve-se, nomeadamente, à progressividade das taxas marginais de tributação e à existência de deduções à coleta de montante fixo, à semelhança do que também se passa na maioria dos países em matéria deste tipo de imposto. Assim, nos quatro escalões de rendimento mais baixo (correspondendo, *grosso modo*, aos três primeiros decis) concentram-se 15% do rendimento ilíquido equivalente e 3% das receitas fiscais, enquanto os agregados incluídos nos nove últimos escalões (correspondentes ao decil de rendimento mais elevado) são titulares de mais de 27% do rendimento e pagam cerca de 52% do total do IRS. Em consequência, o valor obtido para o índice de Suits é positivo.

Também o índice de Pfähler calculado para o rendimento líquido (rendimento bruto menos pagamento de IRS) é positivo, o que significa que esta variável está mais eqüitativamente distribuída que o rendimento ilíquido equivalente. Esta situação encontra-se representada na Figura 2, em que a curva do rendimento líquido se encontra acima da curva do rendimento equivalente, assumido como referência e, conseqüentemente, representado na diagonal.

FIGURA 2
Curvas de Concentração Relativa



No que se refere às despesas privadas em cuidados de saúde deduzidas em IRS, a sua distribuição por classes de rendimento é mais concentrada do que a do rendimento líquido equivalente. De fato, os quatro primeiros escalões são responsáveis por 6% das despesas declaradas enquanto detêm 15% do rendimento; pelo contrário, as famílias dos nove últimos escalões apresentam 38,5% das despesas e possuem cerca de 27% do rendimento bruto. Consequentemente, o índice de Gini assume um valor superior para estas despesas do que para o rendimento líquido, e o índice de Suits assume valor positivo. Assim, o bem “cuidados de saúde privados” pode ser considerado como um bem superior (nas condições da amostra).

Significativa é, também, a análise da distribuição por escalões de rendimento da “poupança fiscal” decorrente do abatimento, na base tributável do IRS, da totalidade das despesas com saúde não reembolsadas. Conforme o previsto, a dedução tem um efeito regressivo. De fato, tanto as curvas quanto os índices de concentração mostram que esta variável torna o IRS menos progressivo. Assim, todos os índices são positivos, traduzindo o fato de os agregados pertencentes aos escalões de rendimento mais elevado obterem benefícios fiscais (a título de dedução das despesas de saúde) relativamente maiores que os auferidos pelas famílias dos escalões mais baixos. Na realidade, as famílias dos nove últimos escalões, sendo titulares de cerca de 27% do rendimento, recebem 45% dos benefícios fiscais, enquanto os agregados dos quatro primeiros escalões possuem 15% do rendimento e recebem 5,5% dos benefícios da dedução. Consequentemente, como se pode ver na Figura 2, a curva de concentração situa-se para a direita da diagonal, indicando que esta poupança teve por efeito uma moderação da progressividade do imposto.

Acresce que a repartição do “ganho fiscal” resultante da dedução por escalão de rendimento apresenta um perfil mais regressivo que a “progressividade” das despesas privadas em cuidados de saúde. Com efeito, os valores apresentados pelos índices de concentração para as despesas de saúde são inferiores aos dos índices homólogos da “poupança fiscal” (ver Quadro 2). Do mesmo modo, pode observar-se na Figura 2 que a curva de concentração da poupança fiscal se situa para a direita da que corresponde às despesas em saúde. Consequentemente, se estas despesas são globalmente regressivas, considerando-se

não apenas os trabalhadores por conta de outrem e pensionistas não isentos, mas a totalidade da população [Pereira e Pinto (1993)], então a dedução fiscal acentua essa regressividade.

QUADRO 2

Características do Imposto Pessoal sobre Rendimento

(Em Porcentagem)						
Escalões Rendimento Bruto	Utilidades Fiscais	Rendimento Equivalente	Despesas de Saúde	IRS	Rendimento Líquido	“Poupança Fiscal”
<500	12,08	4,73	1,05	0,34	5,72	0,94
601-700	6,00	3,37	1,64	0,87	3,93	1,47
701-800	6,22	3,85	2,29	1,15	4,46	2,05
801-900	6,35	4,36	2,90	1,55	5,00	2,60
901-1000	6,64	4,95	3,45	2,14	5,58	3,09
1001-1200	13,15	10,94	8,40	5,90	12,07	7,53
1201-1400	10,40	10,02	9,00	7,05	10,69	8,06
1401-1700	10,48	11,81	12,68	10,24	12,16	11,37
1701-2000	6,70	8,96	10,35	9,54	8,83	9,28
2001-2300	4,44	6,81	8,60	8,35	6,46	7,71
2301-2700	3,92	6,85	9,29	9,59	6,24	8,33
2701-3200	2,97	5,95	8,51	9,64	5,12	7,63
3201-3800	2,08	4,88	7,10	9,25	3,89	8,49
3801-4500	1,30	3,58	5,16	7,81	2,63	6,17
4501-5500	0,82	2,70	3,75	6,58	1,82	6,17
5501-7000	0,41	1,67	2,21	4,49	1,03	3,63
7001-10000	0,19	1,03	1,67	3,07	0,57	2,74
10001- 15000	0,05	0,37	0,67	1,23	0,18	1,40
> 15000	0,01	0,16	0,14	0,64	0,05	0,33
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Índices						
Gini	-	0,1514	0,2506	0,3415	0,1087	0,2929
Suits	-	-	0,1169	0,2240	-	0,1667
Pfähler	-	-	-	-	0,0504	-

Obs.: Os índices foram calculados pelo método da aproximação linear [Murteira e Black (1983)].

Os testes de sensibilidade efectuados utilizando os valores $\alpha = 0,4$ e $\alpha = 0,7$ mostram, por sua vez, que uma elasticidade mais elevada (reflectindo uma diminuição das economias de escala do consumo familiar) induz um abaixamento da desigualdade na repartição do rendimento equivalente e, conseqüentemente, uma maior regressividade da “poupança fiscal” (ver Quadro 3). O inverso se passa com $\alpha = 0,4$. Em qualquer caso, as diferenças nos valores dos índices são praticamente irrelevantes.

QUADRO 3
Análise de Sensibilidade

Índices	Elasticidade de Equivalência		
	0,60	0,70	0,40
Gini	0,1515	0,1463	0,1613
Concentração Despesas Saúde	0,2506	0,2506	0,2506
Concentração IRS	0,3415	0,3415	0,3415
Concentração Rendimento Líquido	0,1087	0,0966	0,1294
Pfahler	0,0504	0,0581	0,0381
Concentração "Poupança Fiscal"	0,2929	0,2929	0,2929
Suits	0,1667	0,1717	0,1568

A literatura existente sobre o impacto dos incentivos fiscais sobre o consumo de cuidados de saúde (nomeadamente em sistemas em que o financiamento é baseado nos seguros) prova que são geradores de ineficiência [Feldstein e Friedman (1977)]. Nos sistemas do tipo SNS este efeito não foi ainda avaliado, mas o seu impacto sobre a equidade parece ser, de forma inquestionável, o de contribuir para o amortecimento da progressividade do imposto pessoal sobre o rendimento.

De acordo com a evidência empírica produzida, o impacto deste tipo de incentivos fiscais é, mesmo, mais regressivo que o do acréscimo das

despesas privadas em cuidados de saúde, consideradas como a única variável significativamente regressiva do financiamento do SNS [Pereira e Pinto (1993)].

VIII.6 - Conclusões

A literatura existente sobre o impacto dos incentivos fiscais sobre o consumo de cuidados de saúde (nomeadamente em sistemas em que o financiamento é baseado nos seguros) prova que são geradores de ineficiência [Feldstein e Friedman (1977)]. Nos sistemas do tipo SNS este efeito não foi ainda avaliado, mas o seu impacto sobre a equidade parece ser, de forma inquestionável, o de contribuir para o amortecimento da progressividade do imposto pessoal sobre o rendimento.

De acordo com a evidência empírica produzida, o impacto deste tipo de incentivos fiscais é, mesmo, mais regressivo que o do acréscimo das despesas privadas em cuidados de saúde, consideradas como a única variável significativamente regressiva do financiamento do SNS [Pereira e Pinto (1993)].

Assim, se é um facto que o seu efeito global não é muito significativo, dado o reduzido montante assumido pela dedução (pelo menos em 1989, primeiro ano em que vigorou o novo sistema), pode-se, no entanto, concluir que, se o objectivo da sua introdução foi o de compensar (ainda que parcialmente) as consequências sobre a equidade decorrentes do acréscimo das despesas privadas em saúde, então o resultado é perverso.

Bibliografia

- ARROW, K. Uncertainty and the welfare economics of medical care. *American Economic Review*, v. 53, p. 941-973, 1963.
- BESLEY, T. The Demand for health care and health insurance. In: ALISTAIR, McGuire; FENN, P. e MAYHEW, K. (eds.) *Providing health care: The economics of alternative systems of finance and delivery*. — Oxford: OUP, 1991. p. 46-64.
- BUHMANN, B.; RAINWATER L.; SCHMAUS G. e SMEEDING, T. Equivalence scales, well-being, inequality and poverty: Sensitivity estimates across ten countries using the Luxembourg Income Study (LIS) database. *Review of Income and Wealth*, v. 34, p. 115-142, 1988.

- CRP. *Constituição da República Portuguesa (2ª Revisão)*. — Lisboa: Imprensa Nacional/Casa da Moeda, 1989.
- CULYER, A. J. Incentives for what? for whom? what kind? *1st European Conference on Health Economics*. — Barcelona, 1989.
- FELDSTEIN, M. e FRIEDMAN, B. Tax subsidies, the rational demand for insurance and the health care crisis. *Journal of Public Economics*, v. 7, p. 155-178, 1977.
- FREIXINHO, J. C. *Subsistemas de saúde em Portugal: estudo, características e evolução futura*. — Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 1990.
- GOMES SANTOS, J. C. Reforma fiscal. Alguns aspectos quantitativos (ano de 1989). *Ciência e Técnica Fiscal*, n. 363, p. 247-283, 1991.
- GOMES SANTOS, J. C. e CARVALHO, J. Nível e estrutura da fiscalidade portuguesa: comparações internacionais. *Ciência e Técnica Fiscal*, n. 346-348, p. 9-72, 1987.
- INSTITUTO DE GESTÃO FINANCEIRA DA SEGURANÇA SOCIAL. *Anuário estatístico da segurança social*. 1990. — Lisboa: IGFSS, 1990.
- MURTEIRA, B. e BLACK, G. *Estatística descritiva*. — Lisboa: McGraw-Hill, 1983.
- PEREIRA, J. *Equity and the Portuguese health care system*. EC/COMAC-HSR Study on Distributive Aspects of Health Care Policies, 1989. (Working Paper 9)
- PEREIRA, J. e PINTO, C.G. Equity in the finance and delivery of health care in Portugal. In: WAGSTAFF, A.; VAN DOORSLAER, E. e RUTTEN, F. (eds.) *Equity in the finance and delivery of health care: an international perspective*. — Oxford: Oxford University Press, 1993.
- PFÄHLER, W. Redistributive effects of progressivity: Evaluating a general class of aggregate measures. *Public Finance*, v. 42, p. 1-31, 1987.

- PINTO, C. G. A Incidência da despesa pública em cuidados de saúde na Área Metropolitana de Lisboa em 1980-81 e 1985. *Estudos de Economia*, v. 8, p. 389-409, 1988.
- SUITS, D. Measurement of tax progressivity. *American Economic Review*, v. 67, p. 747-752, 1977.
- STIGLITZ, J. *Economics of the public sector*. — Nova Iorque: W. W. Norton, 1988.
- WAGSTAFF, A. e VAN DOORSLAER, E. *Cross-country comparisons of equity in the finance and delivery of health care: methodology of the COMAC-HSR project* EC/COMAC-HSR study on distributive aspects of health care policies, 1990. (Working Paper 12)

Instrumentos de Avaliação Econômica dos Serviços de Saúde: Alcances e Limitações

Maria Alicia Dominguez Ugá *

As técnicas de avaliação econômica dos serviços de saúde vêm gerando sobre a maior parte dos profissionais desta área sentimentos de "amor e ódio". Sobre alguns, essas técnicas exercem um absoluto fascínio, tal como, em geral, todo instrumento de análise que apresente métodos de quantificação de recursos e produtos e, enfim, de racionalização da tomada de decisões no nível da programação de serviços de saúde. Sobre outra parcela destes profissionais — principalmente aqueles que trabalham na ponta do sistema, isto é, na atenção médica —, as técnicas em questão são objeto do mais profundo desprezo, sob o argumento de que a vida humana não tem preço.

Acreditamos que a radicalização das duas posturas referidas assenta no fato de que, embora "em voga", as técnicas de avaliação econômica dos serviços de saúde não têm sido objeto de uma discussão mais aprofundada. Assim, elas são, em geral, "colocadas numa mesma cesta", na medida em que todas trabalham com a apuração de custos. Esta aparente homogeneidade e seu fator (o custeio) é o que, a nosso ver, obstaculiza a possibilidade de uma apreciação mais cuidadosa dessas técnicas e provoca, ao mesmo tempo, a cega adesão por parte dos "racionalizadores" e a total repulsa por parte daqueles que acreditam que o custeio implica necessariamente aderir à teoria do capital humano, isto é, considerar o homem como um bem de capital (da mesma forma que um equipamen-

* Da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz) — Departamento de Administração e Planejamento em Saúde.

to) e preocupar-se apenas com o incremento de sua produtividade no aparelho produtivo social, em vez de concebê-lo como um ser integral, um ente sociopolítico-econômico-cultural e humano, isto é, com emoções, sofrimentos, alegrias e necessidades não só materiais.

O nosso propósito neste trabalho é contribuir para a discussão apontada, ou seja, tentar mostrar que as técnicas de avaliação econômica dos serviços de saúde não cabem todas numa mesma cesta, mas em cestas diferentes. Não nos deteremos, portanto, no detalhamento dos procedimentos de cada técnica, mas em situá-las nos seus respectivos referenciais teóricos e apontar os seus campos de aplicação.

IX.1 - Introdução

Neste trabalho, propomo-nos a discutir as três principais técnicas de avaliação econômica de serviços ou programas: custo-benefício, custo-efetividade e custo-utilidade.

Como já mencionamos, a característica comum a esses três instrumentos é a aplicação do procedimento de custeio do programa ou serviço a ser avaliado, isto é, a apuração de seus custos. Deve-se observar, ainda, que esta se assenta, como afirma Campos (1986), no conceito de custo de oportunidade: "o custo de cada linha de ação deve ser medido pelo sacrifício do uso alternativo mais próximo dos recursos reunidos". Voltaremos a este conceito ao discorrer sobre cada técnica. Deve-se ressaltar, entretanto, que esta é a única característica comum a esses instrumentos de avaliação econômica, como veremos a seguir.

IX.2 - Análise de Custo-Benefício

Este tipo de instrumento destina-se a avaliar a viabilidade econômica de projetos sociais, podendo-se aplicá-lo a um determinado programa ou a vários, alternativos, para compará-los em termos de sua "rentabilidade social". Isto pressupõe a concepção de programas na área social (saúde, educação, etc.) como investimentos em capital humano, na medida em que estes programas, seja por capacitar ou por tornar a força de trabalho mais hígida, fazem com que aumente sua produtividade, elevando, assim, a produtividade do sistema econômico como um todo. Fica evidente, por-

tanto, a fundamentação teórica deste instrumental técnico: a teoria do capital humano e a metodologia de análise econômica de investimentos.

Como se sabe, a análise econômica de investimentos pressupõe estimar, para um projeto, como, por exemplo, a construção de uma usina hidrelétrica, o seguinte:

- os custos do projeto (C): no caso, da construção da usina e da sua manutenção;
- o valor da produção esperada (V): o valor da energia elétrica produzida pela usina;
- o lucro total esperado ($L = V - C$) e a taxa de lucro esperada, $\frac{B - C}{C}$

De modo análogo, as análises de custo-benefício de programas sociais, considerando-se a implementação destes programas como investimentos em capital humano, têm por objetivo mostrar a relação entre os custos totais de cada programa e os benefícios diretos e indiretos gerados.

Assim, a análise C-B de um determinado projeto social ou de um determinado tipo de intervenção nesse campo — como, por exemplo, de um programa de atenção primária numa determinada área geográfica [Gallegos e Castro (s/d)] —, compõe-se das seguintes etapas:

- identificação de todos os custos do projeto distribuídos ao longo dos períodos $t_0, t_1, \dots, t_m$ e estimação de seu valor monetário;
- identificação de todos os benefícios distribuídos ao longo dos períodos $t_0, t_1, \dots, t_n$ e sua valoração;
- cálculo do valor atual dos custos C e benefícios B totais estimados;
- cálculo da rentabilidade ($B - C$) e da taxa de rentabilidade do projeto, $\frac{B - C}{C}$, e
- análise de sensibilidade.

- a) Descrição do projeto e de seus objetivos, ou seja, dos resultados esperados, com base na experiência científica. No exemplo que

tomamos, tratar-se-ia de identificar o impacto do programa de atenção primária na área X em termos de casos e óbitos evitados de cada doença tratada pela rede sanitária implantada pelo programa em questão, tendo em vista a eficácia dos instrumentos a serem utilizados.

- b) Apuração dos *custos totais* da implantação do projeto, *diretos* (como, por exemplo, os da construção de unidades sanitárias e da contratação de pessoal destinado ao seu funcionamento) e *indiretos* (por exemplo, da construção de estradas vicinais que possibilitassem e/ou ampliassem o acesso a essas unidades sanitárias).

É importante, ainda, classificar os custos do projeto sob as seguintes formas, que permitem análises diferenciadas:

- i) Em *custos de capital* (edificações, veículos, equipamentos) e *custos correntes* (pessoal, material de consumo, serviços de terceiros contratados, passagens, etc.), que se diferenciam pela sua vida útil: os itens que compõem os custos de capital têm duração maior que um ano, enquanto os correntes têm uma vida útil inferior a esse período.¹

Este tipo de classificação permite avaliar o nível de investimento requerido pelo projeto, bem como compará-lo com o nível anual de custos correntes.

- ii) Em custos *fixos e variáveis*, que se diferenciam pelo fato de dependerem ou não do volume da produção: enquanto os custos variáveis (material de consumo, serviços de terceiros, etc.) são diretamente proporcionais à quantidade produzida de bens ou serviços, os custos fixos (pessoal, edificações, equipamento, etc.) ocorrem de forma independente do volume da produção.

Note-se que, como apontamos, trabalha-se com o conceito de *custo de oportunidade*, diferente do custo contábil. Isto é, mesmo aqueles bens e serviços que seriam obtidos gratuitamente pelo programa em questão e

¹ Observe-se que, na prática, este critério deve ser cruzado com a variável relativa ao valor do bem: objetos, como, por exemplo, utensílios de plástico que, embora durem por mais de um ano, tenham um valor unitário baixo, devem ser classificados como material de consumo, pertencente à categoria de custos correntes.

que, portanto, não representariam nenhum custo contábil, têm seu valor apurado e considerado como componente do custo do projeto. Isto porque, na medida em que a análise custo-benefício consiste em um estudo de rentabilidade social dos usos alternativos dos recursos da sociedade como um todo, considera-se que um bem ou serviço obtido gratuitamente por um determinado programa deixou de sê-lo por outro e, portanto, representa um custo social. Nessa mesma linha de raciocínio, são computados como custo as subvenções governamentais² que rebaixam os preços de mercado de certos produtos e constituem os chamados "preços-sombra".

É importante, ainda, observar que, tendo em vista que os custos dos diversos componentes do projeto não se dão de forma instantânea e simultânea, mas ao longo de períodos de tempo $t_0, t_1, \dots, t_m$ diferenciados, a estimativa de custos do projeto deve ser apresentada na sua dimensão temporal. Este procedimento é indispensável para a execução da etapa (d), na qual é calculado o valor atual dos custos e benefícios que se distribuem ao longo de períodos de tempo distintos, como veremos adiante.

- c) Identificação de todos os benefícios, diretos e indiretos, do programa em questão e sua valoração, ou seja, sua expressão em termos monetários.

Retomando o exemplo mencionado do projeto social — um programa de atenção primária em saúde para uma determinada área —, como benefício direto seria considerada a eliminação de gastos com o tratamento de doenças evitáveis com o programa em questão. Por outro lado, constituem benefícios indiretos a elevação da capacidade produtiva da sociedade proveniente da diminuição da mortalidade e da morbidade da população, na medida em que estas alterações no estado de saúde e na esperança de vida acarretam um aumento da força de trabalho disponível.

Cabe reiterar que todos os benefícios devem ser, neste tipo de análise, monetizados, para que se possa confrontá-los com os custos do projeto.

O cômputo dos benefícios diretos não apresenta maiores problemas num país que conte com um bom sistema de informações epidemiológicas e

² Subsídios governamentais concedidos a produtos específicos, isenções tarifárias e alfan-degárias, entre outros.

de custos. Os principais benefícios diretos, referentes ao custo evitado em doenças prevenidas, têm o seu valor monetário estimado pela fórmula:

$$B_D = \sum_{i=1}^n \text{custo do tratamento da doença } i \times \text{número de casos evitados da doença } i.$$

$$= \sum_{i=1}^n \text{custo do tratamento da doença } i \times \text{população} \times \text{taxa de incidência de } i \times \text{eficácia do instrumento,}$$

sendo n o número de doenças sobre as quais o projeto intervém.

É o cômputo dos benefícios indiretos que, ao nosso ver, apresenta maiores restrições. Sendo os principais referentes às mudanças na capacidade produtiva da sociedade obtidas com a redução da morbilidade (B_{I1}) e da mortalidade (B_{I2}), estes se expressam pelas seguintes fórmulas:

$$B_{I1} = \sum_{i=1}^n \text{número de casos evitados de } i \times \text{duração média de } i \times \text{renda média diária da região.}$$

$$= \sum_{i=1}^n \text{população} \times \text{taxa de incidência de } i \times \text{eficácia do instrumento} \times \text{duração média da doença } i \text{ (dias)} \times \text{renda média diária da região.}$$

e

$$B_{I2} = \sum_{i=1}^n \text{número de mortes evitadas de } i \times \text{número de anos ganhos} \times \text{renda anual da região.}$$

$$= \sum_{i=1}^n \text{número de casos evitados de } i \times \text{taxa de letalidade de } i \times \text{número de anos ganhos de trabalho} \times \text{renda média anual da região.}$$

Como se observa nas fórmulas, na medida em que os benefícios indiretos dizem respeito fundamentalmente aos ganhos em produtividade da

sociedade, são monetizados mediante a utilização da variável renda média da região (ou grupo populacional) à qual o projeto se destina.

É importante, mais uma vez, apresentar a distribuição temporal dos benefícios monetizados, fundamental para o cálculo do seu valor atual, que mostramos a seguir.

d) Cálculo do valor atual dos custos e benefícios

Desembolsos ou benefícios que se concretizam em períodos futuros não têm o mesmo valor daqueles que, de igual montante, se dão no presente.

Se for dada à sociedade a escolha entre dispor de uma determinada quantia de dinheiro hoje ou daqui a um ano, obviamente a sua preferência será pela primeira opção, já que a disponibilidade do dinheiro tem um preço, expresso no mercado pela taxa de juros.

A taxa de preferência temporal da sociedade entre bens presentes ou futuros é traduzida pela *taxa de desconto social*. Assim, se esta última for de 10% ao ano, à sociedade será indiferente dispor, por exemplo, de CR\$ 1.000 hoje ou CR\$ 1.100 daqui a um ano.

Em consequência, projetos com benefícios e desembolsos que se distribuem em períodos temporais distintos só se tornam passíveis de avaliação e comparação quando os custos $c_1, c_2, \dots, c_n$ e os benefícios $b_1, b_2, \dots, b_n$ que se efetivam nos momentos futuros $t_1, t_2, \dots, t_n$ são expressos em valores atuais (ou presentes) que levem em conta a taxa de preferência temporal da sociedade entre haveres presentes e futuros.

Dessa forma, a quarta etapa das análises custo/benefício consiste em transformar em valores atuais os montantes que se efetivam em períodos futuros, mediante a utilização da taxa de desconto social:

$$C = c_0 + \frac{c_1}{1+r} + \frac{c_2}{(1+r)^2} + \dots + \frac{c_n}{(1+r)^n}$$
$$B = b_0 + \frac{b_1}{1+r} + \frac{b_2}{(1+r)^2} + \dots + \frac{b_n}{(1+r)^n}$$

A existência de tabelas de valores atuais facilita essa tarefa, reduzindo as operações acima à mera soma de produtos de valores temporais pelo seu respectivo fator de atualização:

$$C = c_0 + c_1 f_1 + \dots + c_n f_n$$

$$B = b_0 + b_1 f_1 + \dots + b_n f_n$$

Observe-se que os fatores de atualização $f_1, f_2, \dots, f_n$ levam em conta a taxa social de desconto e o período em que se efetiva o desembolso ou benefício.

Uma vez calculados os valores atuais C e B dos custos e benefícios, é possível passar para a quinta etapa deste método de análise, apresentada a seguir.

e) Análise da relação custo/benefício

Nesta fase conclusiva do estudo é interessante analisar a relação custo/benefício do(s) projeto(s) avaliado(s) a partir de dois indicadores:

- o excesso de benefícios sobre custos, $B - C$, expresso pela diferença entre seus valores atuais;
- a taxa de rentabilidade social do projeto, $B - C$, que traduz a relação entre a diferença $B - C$ e os custos. $\frac{B - C}{C}$

Note-se que, enquanto o primeiro indicador fornece uma visão estática do(s) projeto(s) analisado(s), o segundo permite abordar de uma maneira dinâmica esta análise de investimentos na área social. Dessa forma, é possível identificar se mais de um projeto está sendo analisado, a melhor combinação em termos da alocação dos recursos disponíveis entre os projetos, principalmente no caso em que sejam multiplicáveis ou fracionáveis.

f) Análise de sensibilidade

A análise de sensibilidade consiste em testar o nível do impacto da alteração dos valores estimados para variáveis-chave sobre os resultados do estudo. É interessante avaliar, por exemplo, o impacto de mudanças das estimativas mais frágeis, referentes a variáveis como as taxas de incidência de doenças (cujo registro é reconhecidamente insatisfatório, no

nosso país) ou a taxa social de desconto (estipulada pelas agências governamentais) sobre os resultados da análise custo/benefício do(s) projeto(s) em questão.

É óbvio que, no caso em que estas alterações mudem de forma significativa os resultados do estudo, a validade das suas conclusões deve ser relativizada.

g) Conclusões

À metodologia sumariamente apresentada das análises custo/benefício de programas sociais são inerentes alguns problemas, das mais diversas ordens.

Em primeiro lugar, devem ser mencionadas dificuldades de natureza técnica, referentes à sua exigência em termos de informações epidemiológicas fidedignas referentes às taxas de incidência e de letalidade de cada doença evitada. Sabemos que, em nossos países, esses registros são ainda bastante insatisfatórios.

Mas a questão mais problemática é relacionada ao uso da variável *renda média* (da região, do grupo etário ou do segmento social ao qual o projeto se destine). Dado que o valor monetário dos benefícios é, como se observa nas fórmulas, diretamente proporcional à renda média do grupo social em questão, por meio deste tipo de estudo chegar-se-ia inevitavelmente à conclusão de que qualquer investimento destinado a grupos sociais de mais alta renda traria maiores benefícios indiretos, relativos à valorização do aumento da capacidade produtiva adquirido pela sociedade. Ou, inversamente, que programas destinados à atenção de idosos e inativos trariam benefícios nulos.

Este viés absolutamente não equitativo dos resultados dos estudos custo-benefício tem sido evitado por alguns autores, que ponderam os benefícios indiretos outorgando pesos maiores às classes de menor renda. Mas esta questão, inerente ao embasamento teórico desta técnica — a teoria do capital humano — ainda está longe de ser resolvida.

Neste tipo de estudo devem ser apurados e valorados *todos* os benefícios e custos, diretos e indiretos, podendo-se chegar a uma lista interminável de benefícios indiretos. Por exemplo, se tomarmos o caso citado de programa de saúde, poder-se-ia argumentar que a eliminação de uma

determinada doença endêmica na região resultará num estímulo ao turismo que promoverá um aumento do emprego regional e, portanto, da demanda de bens e serviços produzidos por outras regiões, e assim por diante.

Por fim, cabe apontar um problema de outra natureza. Como afirmamos no início desta seção, os estudos custo-benefício podem ser utilizados para avaliar a "rentabilidade social" de uma intervenção estatal ou para comparar vários tipos de intervenções nesses termos.

Nos nossos países, na realidade, a maior parte destes trabalhos têm-se destinado à captação de recursos de organismos internacionais para um determinado projeto, e vêm servindo de instrumento de justificação de investimentos públicos em determinados programas. Assim, comparam a alternativa de implementar um projeto com a alternativa de não fazer nada. Nesse sentido e segundo a lógica destes estudos, acabamos chegando a uma situação em que a atuação do Estado via políticas sociais não é mais considerada um direito inerente à cidadania, isto é, um dever do Estado, mas algo com relação de dependência da rentabilidade do projeto.

Será necessário, para defender a necessidade de estender a atenção primária em saúde a áreas carentes, demonstrar que a relação entre custos e benefícios monetizados tem um saldo positivo? Pensamos que esta questão merece uma reflexão mais aprofundada.

IX.3 - Análises de Custo-Efetividade

Diferentemente dos estudos custo-benefício, que partem das perguntas "é socialmente rentável investir no projeto x?" e "dados os projetos x e y, qual é mais rentável socialmente?", os estudos de custo-efetividade colocam a seguinte questão: "para se alcançar o objetivo z, qual é a estratégia mais custo-efetiva: a, b ou c?".

Dada a variedade de definições sobre o termo *efetividade* que circulam na literatura internacional, convém explicitar que estamos adotando aqui a definição elaborada por Reynolds e Gaspari (1986): "o grau no qual são logrados os objetivos de um programa ou de um sistema. Em geral, os resultados comparam-se a uma norma; por exemplo, os objetivos estabe-

lecidos originalmente (o programa conseguiu cumprir em 90% o objetivo fixado)".³

Dessa forma, a relação custo/efetividade cruza o critério do custo com aquele do grau de cumprimento dos objetivos. Tendo em vista que, como se sabe, a *eficiência* se traduz na relação entre insumos e produtos (isto é, a produtividade dos recursos) e que a *eficácia* mede os resultados, pode-se afirmar que, em última instância, a relação custo-efetividade por ser considerada como a eficiência vista à luz da eficácia. Isto é, ocupa-se ao mesmo tempo com o custo unitário de um determinado serviço e com o seu desempenho em termos do cumprimento das metas preestabelecidas.

Após estas breves digressões terminológicas, gostaríamos de voltar à questão que lançáramos no início desta seção: os estudos de custo-efetividade se destinam à escolha da melhor estratégia para atingir um determinado objetivo; assim, são sempre estudos comparativos de alternativas de intervenção diferentes para executar uma mesma ação. Um exemplo clássico são as aplicações desta metodologia de análise sobre as diferentes estratégias de vacinação. Tomando o caso brasileiro como exemplo [Ugá (1987)], este tipo de estudo tem por objetivo, dada a meta de cobertura universal do programa de vacinações, identificar qual é a melhor estratégia para alcançá-la: a) vacinação de rotina; b) vacinação em massa; ou c) vacinação aprazada, conforme os custos e a efetividade de cada uma.

Nestes termos, a realização dessas análises implica a execução das seguintes etapas:

- definição e quantificação da meta;
- definição das diferentes estratégias alternativas para alcançar essa meta;
- identificação e cálculo dos custos de cada estratégia;
- identificação e cálculo da efetividade de cada estratégia;

³ Tradução livre.

- análise do custo, da efetividade e da relação custo-efetividade de cada estratégia; e
 - análise de sensibilidade.
- a) Definição precisa da meta: no exemplo que tomamos, esta pode ser expressa como a obtenção da cobertura universal do programa de vacinações no município X. Se, neste último, existem n crianças em idade de vacinação, estando m já vacinadas, a meta define-se como: "vacinar $n - m$ crianças da faixa etária e ".
 - b) Definição das estratégias a serem avaliadas: no exemplo referido, descrição das estratégias de rotina, vacinação em massa e vacinação apazada, considerando seus aspectos organizativos e os recursos de todos os tipos mobilizados.
 - c) Identificação e cálculo dos custos de cada estratégia, no período t (por exemplo, um ano). Reiteramos que os estudos de avaliação econômica trabalham com o conceito de custo de oportunidade, já referido. Alguns estudos, como o que tomamos como exemplo, introduzem, na apuração dos custos de cada estratégia, não somente os custos institucionais — ou seja, os da provisão do serviço —, como também aqueles que incidem sobre os usuários. Consideramos que este fator é importante, tendo em vista as freqüentes diferenças, em termos de acesso, das diversas estratégias. No caso do programa de vacinações, a estratégia de vacinação em massa (campanhas) claramente acarreta custos mais baixos de acesso (transporte, etc.) para o usuário do que a de rotina.

Quanto aos *custos institucionais*, as análises de custo-efetividade partem primeiramente da construção da *função de produção* de cada estratégia de prestação de serviços analisada, isto é, da identificação dos processos mediante os quais os insumos se transformam em serviços de saúde. Uma vez quantificados esses insumos, passa-se à etapa da elaboração da *função de custos* propriamente dita, na qual é calculado o custo dos insumos integrantes do processo produtivo de cada estratégia.

Dessa forma, deve-se destacar que a técnica de apuração de custos incorporada nessas análises utiliza intensamente o método do *rateio*. Tomando o caso citado, ao calcular a função de custos dos serviços de vacinação de rotina, por exemplo, seria incorreto atribuir a esses serviços a

totalidade de certos custos indiretos como: a) tempo de trabalho do pessoal administrativo (que se destina à gestão de todos os programas de saúde oferecidos por cada unidade e não somente ao programa de imunizações); b) o consumo de energia elétrica, água, etc. da unidade sanitária ou, ainda; c) a totalidade do consumo de combustível dos veículos da unidade, que atendem a vários programas.

É, ainda, útil apresentar os custos, segundo a categoria econômica, em *custos correntes e de capital*. Em relação a estes últimos, que têm vida útil superior a um ano, é necessário anualizar o valor de seu custo total, dado que seria errôneo computar no custo anual de cada estratégia o valor de bens que têm uma duração maior do que esse período.

Trata-se, neste caso, de efetuar um processo diferente daquele realizado nos estudos de custo-benefício, nos quais desembolsos futuros têm o seu valor calculado em termos presentes.

No caso da anualização de valores globais presentes de bens de capital (que duram mais de um ano), é necessário calcular a parcela do seu valor que corresponde a cada ano de sua vida útil, levando em conta a taxa de desconto vigente. Para efetuar essa tarefa, o caminho mais fácil é recorrer às tabelas de valores anuais, disponíveis nos manuais de administração financeira.

Por fim, convém analisar a composição dos custos em *fixos e variáveis*, o que possibilita estimar as implicações econômicas da ampliação de cada estratégia de prestação de serviços analisada.

- d) Apuração da efetividade de cada estratégia: no exemplo citado, ela é medida em termos do número de crianças vacinadas da faixa etária **e**.

A unidade de medida da efetividade nos parece uma das maiores qualidades deste instrumento de avaliação econômica. Com efeito, não se trata, nestes estudos, de monetizar os produtos dos serviços. Trabalha-se com a sua própria unidade de produção. Ao contrário dos benefícios diretos e indiretos, cujo limite é pouco preciso nos estudos de custo-benefício, a efetividade tem uma unidade clara e tangível, pré-definida nos objetivos do programa.

- e) Confrontamento dos custos e da efetividade de cada estratégia: no exemplo citado, necessariamente os custos unitários de vacinação

(isto é, por criança vacinada) de cada estratégia devem ser examinados à luz da cobertura obtida.

- f) Comparação das estratégias, em termos de custo-efetividade.
- g) Análise de sensibilidade, tal como explicitada no caso das análises C-B.

É óbvio que, na apresentação das etapas que compõem este método de avaliação econômica, deixamos de apresentar várias questões de ordem técnica e metodológica que fogem aos propósitos deste documento.

O que nos interessa aqui, nesta breve exposição, é mostrar a lógica, os pressupostos e a aplicabilidade de cada método de avaliação econômica de serviços de saúde.

Assim, podemos destacar as seguintes questões:

- 1 - Estes estudos, diferentemente dos de custo-benefício, não se destinam a avaliar a viabilidade de um projeto social, mas, partindo do pressuposto de que uma determinada meta deve ser alcançada, comparam as diferentes formas de alcançá-la, a partir de seus custos unitários e de sua efetividade. Isto coloca imediatamente uma restrição de ordem técnica à sua aplicabilidade: análises deste tipo só podem ser efetuadas em relação a estratégias comparáveis, ou seja, a alternativas de atuação cujo produto seja mensurado numa unidade comum e que se refiram a uma mesma meta.

Entretanto, vários estudos que trabalham com *efeitos* (como o número de mortes evitadas), e não com *produtos* (vacinações, casas atendidas com esgoto sanitário, etc.) enquanto medida da efetividade superam essa restrição, na medida em que podem, assim, comparar estratégias de intervenção com unidades de produto totalmente distintas (ampliação do sistema de saneamento, imunizações, atenção materno-infantil, por exemplo).

- 2 - Como no caso da outra técnica abordada previamente neste trabalho, a execução deste tipo de análise pressupõe a existência de um bom sistema de apuração de custos. Caso contrário, demandará um considerável trabalho adicional, qual seja o de elaborar e implantar previamente um sistema de apuração de custos no serviço a ser avaliado, para depois aplicá-lo durante um

período significativo (no exemplo citado, os custos foram apurados durante um ano de execução das três estratégias).

- 3 - Por fim, convém ressaltar que este tipo de estudo negligencia variáveis políticas e culturais que, entre outras, interferem seja sobre a oferta de serviços seja sobre a demanda e o próprio acesso. Dessa forma, estas análises econômicas só podem ser consideradas como *um* dos instrumentos de programação de serviços e, dada a existência dos fatores não-econômicos a que nos referimos, devem ser, preferencialmente, aplicadas a realidades de nível local ou, quando muito, regional.

IX.4 - Análises de Custo-Utilidade

As análises de custo-utilidade constituem uma forma mais refinada das análises de custo-efetividade, nas quais esta última é expressa em termos da *duração e da qualidade da sobrevivência* obtida pelos diversos tipos de intervenção médica.

Tratam-se de estudos destinados a comparar diferentes tratamentos destinados, fundamentalmente, a pacientes crônicos. A unidade de comparação é a relação custo/sobrevivência, sendo esta última medida e quantificada por uma unidade qualitativa, o *Qualy* ou Ano de Vida Ajustado por Qualidade (Avaq), que leva em conta o tempo e a qualidade da sobrevivência decorrente de distintos tipos de intervenção. No exemplo apresentado por Ortún (1988), comparam-se diferentes tipos de tratamento de doenças coronarianas (implantação de marcapasso e transplante do coração) em termos da relação entre o custo de cada procedimento e seu impacto em termos de Avaq's.

De modo diverso dos estudos de custo-efetividade tradicionais, nos quais a unidade desta última é comumente a própria unidade de produção dos serviços a serem avaliados e, portanto, um dado facilmente disponível, as análises de custo-utilidade requerem a elaboração prévia de estudos específicos para identificar a quantidade de Avaq's correspondentes a cada tipo de tratamento em questão.

Esta fase prévia pressupõe um trabalho adicional considerável, já que requer a realização de inquéritos numa amostra significativa de pacientes já submetidos aos distintos procedimentos a serem comparados. Nessa

etapa do trabalho, os pacientes entrevistados atribuem notas (de 1 a 10, por exemplo) à qualidade da sua sobrevivência após a intervenção; a partir destas notas é calculado o número médio de Avas's correspondente a cada tipo de intervenção.

Dessa forma, apesar de os estudos de custo-utilidade constituírem uma interessante vertente da análise da avaliação econômica de serviços de saúde, têm uma aplicabilidade mais reduzida que os demais, tendo em vista a sofisticação da sua medida de efetividade. Assim, destinam-se, fundamentalmente, à avaliação comparativa de tratamentos ao mesmo tempo altamente custosos e de impacto qualitativo e quantitativo pouco conhecido sobre a sobrevivência dos pacientes.

Assim mesmo, cabe lembrar que estes estudos formalizam e racionalizam a pergunta que constantemente se formulam os diretores de hospitais especializados em doenças crônicas: dado que os recursos são sempre limitados e que o custo do tratamento dessas doenças é elevado, qual é a forma de proporcionar melhor e mais longa sobrevivência a mais pacientes?

IX.5 - Conclusões

Para finalizar este breve documento, é importante ressaltar alguns aspectos que nos parecem cruciais para a compreensão do alcance e das limitações das três técnicas abordadas.

Em primeiro lugar, vale notar que se trata de técnicas que, embora se apropriem do instrumental microeconômico de apuração de custos e de cálculo e análise do custo médio, custo marginal e outros indicadores relativos a categorias microeconômicas, destinam-se fundamentalmente a subsidiar análises de natureza macroeconômica. Isto é, propõem-se a responder questões acerca da melhor forma de alocação dos recursos da sociedade entre diferentes programas. É nesse sentido que incorporam o conceito de *custo de oportunidade*, tendo em vista que, como já foi referido, a recepção gratuita de recursos por parte de um determinado projeto implica que outro deixou de recebê-los.

Entretanto, é necessário destacar que estes estudos devem ser vistos apenas enquanto um dos instrumentos de resposta a essas questões abstrativas, na medida em que desconsideram questões sociopolítico-

culturais importantes para a construção de cenários alternativos de intervenção via políticas públicas.

Tentamos demonstrar, ao longo deste documento, que se trata de técnicas destinadas a responder, no âmbito da racionalidade econômica, a questões de natureza absolutamente distinta, embora todas de caráter alocativo (e, portanto, distributivo). Nesse sentido, fundamentam-se em referenciais teóricos e instrumentais também diferenciados. Acreditamos, portanto, que, uma vez que os coloquemos nas suas respectivas "cestas", estaremos dando o passo fundamental para a sua discussão.

Bibliografia

- ASOCIACIÓN DE ECONOMIA DE LA SALUD. *Evaluación económica de tecnologías sanitarias*. X Jornada de Economía de la Salud. — Pamplona, Espanha, Jun. 1990.
- CAMPOS, A.C. *Avaliação econômica de programas de saúde*. — Lisboa, Portugal: Escola Nacional de Saúde Pública, 1986. (Cadernos de Saúde, n. 10)
- DASGUPTA, A. e PEARCE, D. *Cost-Benefit Analysis: Theory and Practice*. — London: Macmillan, 1972.
- DRUMOND, M. F. *Principles of Economic Appraisal in Health Care*. — Oxford University Press, 1980.
- DRUMOND, M. F.; STODDART, G.; e TORRANCE, G.W. *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*. — Oxford University Press, 1987.
- GALLEGOS, E. e CASTRO, N. *Análises de custo-benefício del programa de atención primaria de salud para el area cisne II*. — Quito, Ecuador, s/d. mimeo
- MILLS, A. e THOMAS, M. *Economic Evaluation of Health Programmes in Developing Countries — a review of Selected annotated bibliography*. — London: School of Hygiene and Tropical Medicine, Winter, 1984. (EOC Publication, n. 3)
- MISHAN, E.J. *Elementos de Análise de Custos-Benefícios*, Biblioteca de Ciências Sociais. — Rio de Janeiro: Editora Zahar, 1975.
- MUSKIN, S. Health as an Investment. *Journal of Political Economy*. 1962.
- ORTÚN, V. *Las Enfermedades Coronarias*. — Barcelona, 1988. mimeo
- REYNOLDS, J. e GASPARI, K. *Análisis de Costo-Efectividad, Métodos de Investigaciones Operativas*. — PRICOR, UGA, 1986. (Série de Monografias: Métodos, v. 2)
- SORKIN, A.L. *Health Economics* Lexington Books. — London, 1975.

- SUGDEN, R. e WILLIAMS, A. *The Principles of Practical Cost-Benefit Analysis*. — Oxford University Press, 1975.
- TORRANCE, G.W.; THOMAS, W.H.; e SACKETT, D.L. Utility Maximization Model for Evaluation of Health Care Programmes. *Health Services Research*, v. 7, n. 2, 1972.
- UGÁ, MALICIA, D. Análise Econômica das Estratégias de Vacinação Adotadas no Brasil em 1982. *Boletim OPS*, ano 86, v.103, n. 6. — Washington, D.C., 1987.
- WEINSTEIN, M.C. e STASON, W. Foundations of Cost-Effectiveness Analysis for Health and Medical Practices. *New England Journal of Medicine*, v. 296, n. 13, 1977.
- WHO. World Health Statistics. *Economic Evaluation in the Health Field*, v. 38, n. 4, 1985.

A Concepção Econômica de Custos

Roberto F. Iunes *

X.1 - Introdução

A discussão deste capítulo não está voltada exclusivamente para os aspectos econômicos da saúde, mas está centrada em alguns conceitos básicos de economia. É verdade, no entanto, que sempre que possível os exemplos utilizados são da área da saúde. Acreditamos ser este o melhor caminho para o esclarecimento de alguns tópicos relativos ao conceito de custo que têm trazido certa confusão na interpretação de análises econômicas.

Assim, o objetivo deste capítulo é traduzir e explicar conceitos econômicos em uma linguagem mais acessível ao não-economista, particularmente àquele ligado à área da saúde. Cumprindo este objetivo, esperamos estar mostrando também que a economia pode trazer alguma contribuição para as discussões sobre saúde.

Outra motivação para a elaboração deste trabalho, implicitamente expressa em seu próprio título, é mostrar que o conceito de custo é uma construção, uma elaboração baseada em estruturas teóricas. Neste sentido, não existe algo que possamos chamar de custo “verdadeiro”; hipóteses distintas podem resultar em estimativas empíricas totalmente diversas.¹

* Da Faculdade de Saúde Pública - USP.

¹ Agradeço ao Dr. Antonio Carlos de Azevedo (OPS/Chile) por chamar minha atenção para a concepção comum entre os profissionais da saúde acerca da existência de um custo “verdadeiro” ou “real” a ser descoberto pelo investigador.

A próxima seção apresenta a noção de custo de oportunidade e mostra sua relevância para a área da saúde. A seção X.3 explicita a diferenciação da visão econômica de custos da percepção contábil. A partir da seção X.4 o conceito de custo passa a ser relacionado diretamente à produção. Os conceitos de custo marginal e custo médio são apresentados no item X.5. A seção seguinte introduz as relações entre custos, receitas e lucro. A seção X.7 é uma nota sobre o conceito de economia de escala e sua implicação para o planejamento do setor saúde. A seção X.8 apresenta as componentes de custo impostos por uma doença. Finalmente, o item X.9 conclui este capítulo.

X.2 - Custo de Oportunidade

Para um economista, o conceito de custo possui um significado particular, às vezes radicalmente diferente daquele comumente conhecido e presente nos registros contábeis. A concepção econômica de custos, e em essência toda a teoria econômica, gira em torno da visão de que os recursos existentes são limitados ou escassos. Nesta concepção, todo processo de produção passa também, necessariamente, a ser um processo de escolha, já que os recursos utilizados em um determinado processo produtivo não estarão mais disponíveis para serem usados em qualquer outra alternativa de produção.

O conceito de *custo de oportunidade* ou *custo social* reflete essa escassez de recursos. Suponha que existam duas ações (ou conjuntos de ações) alternativas, X e Y, que podem ser adotadas com o mesmo volume de recursos. O custo de oportunidade de executar X é dado pelos retornos que o programa (ou conjunto de programas) Y traria se implementado no lugar de X, isto é, pela "oportunidade perdida" de não se adotar Y.² Assim, o custo de oportunidade (ou social) de X será maior (menor) que o valor dos recursos consumidos para sua implantação se o retorno social do investimento em Y for maior (menor) do que em X.³

² Todos nós freqüentemente pensamos em termos de custo de oportunidade. Por exemplo, quando temos de fazer pagamentos indesejados (como multas), frases do tipo "com esse dinheiro eu poderia..." vêm à nossa mente.

³ O conceito de custo de oportunidade incorpora, portanto, a noção de que os recursos (humanos, monetários e materiais) utilizados para salvar a vida de uma pessoa não estão mais disponíveis para serem utilizados para outra (ou outras). Neste sentido, não se trata de negar a concepção, tão comum entre os profissionais de saúde, de que a vida não tem preço, mas sim reconhecer que ela tem um custo que se expressa também em termos da saúde de outras

Neste sentido, o conceito de custo de oportunidade está na essência de técnicas de avaliação econômica como as análises custo-benefício e custo-efetividade. Estas técnicas têm sido utilizadas com bastante frequência pelos próprios profissionais da saúde para avaliar novas tecnologias, procedimentos ou formas de intervenção. Infelizmente estas metodologias são usadas menos frequentemente na escolha entre políticas de saúde alternativas. Mas isto é tema para o capítulo IX.

O conceito de custo de oportunidade deixa clara a importância de evitar os desperdícios e a má alocação de recursos. Alguns dados apresentados por McGreevey (1987) mostram como o conceito de custo de oportunidade pode ser utilizado para a avaliação e a tomada de decisões de política de saúde:

- a) em 1984, o volume de recursos gastos pelo Inamps com o tratamento de 137 pessoas no exterior foi equivalente a 15% do total de recursos transferidos às secretarias estaduais de saúde do Norte e Nordeste. Isto é, recursos destinados à cobertura de mais de 60 milhões de pessoas. Assim, o custo de oportunidade para tratar estas 137 pessoas no exterior não é igual ao volume de recursos monetários desembolsados pelo Inamps, mas, *grosso modo*, é equivalente ao retorno social trazido pelo acesso de mais nove milhões de pessoas às ações de saúde desenvolvidas pelas secretarias destas regiões. Ou, se quisermos ser mais enfáticos, às vidas perdidas ou doenças sofridas pelo fato de essas nove milhões de pessoas não terem acesso a determinadas ações de saúde;
- b) o tratamento de 12 mil pacientes consumiu cerca de 6% do orçamento do Inamps em 1981. Esse percentual equivale a um volume de recursos superior àquele destinado aos programas básicos de saúde e ao controle de doenças transmissíveis, que beneficiariam mais de 40 milhões de pessoas.

Se o conceito de custo de oportunidade e sua importância são compreendidos, desaparecerá a concepção errônea de que pensar as ações de saúde em termos dos recursos consumidos seja algo incompatível com a prática sanitária, deplorável ou "pecaminoso". Simultaneamente, desaparecerá também uma das causas mais comuns de atrito entre economistas e profissionais da saúde.

peessoas. Note-se também que certos insumos existentes em abundância podem ter um custo de oportunidade menor que o seu preço ou custo monetário.

O que a economia nos ensina é que *as escolhas são inevitáveis*. Se dilemas de toda ordem, inclusive éticos, *precisam* ser enfrentados pela sociedade. Não cabe ao burocrata ou ao político de plantão tomar estas decisões; muito menos ao profissional de saúde que tem diante de si uma pessoa necessitando de assistência. Esse tipo de tomada de decisão pertence à sociedade. A compreensão do conceito de custo de oportunidade mostra que, se os dilemas e conflitos não forem enfrentados explicitamente, as decisões serão tomadas implicitamente, pela escassez de recursos. Mas escolhas serão feitas.

X.3 - Custo Econômico e Custo Contábil

O conceito de *custo econômico* traz a noção de custo de oportunidade, de seu aspecto mais amplo, social, para o âmbito do processo de produção de uma firma. Enquanto a visão contábil enfatiza informações sobre dispêndios, depreciação, etc., a noção econômica de custo se refere à-queles recursos necessários para manter um determinado insumo em sua atual aplicação.

Segundo a visão econômica, por exemplo, o preço original de uma máquina ou equipamento é basicamente irrelevante para o processo produtivo corrente. Trata-se de um custo passado já realizado, ou o que se chama *sunk cost*.⁴ Dessa maneira, o custo econômico da máquina é dado pelo valor que algum outro empresário estaria disposto a pagar para utilizá-la, já que esse é o custo em que a empresa implicitamente incorre por estar empregando a máquina em sua própria produção. Assim, do ponto de vista econômico, existe um *custo de oportunidade* para todo investimento, dado que existem aplicações alternativas para os mesmos recursos, inclusive aquelas que rendem juros no mercado financeiro.⁵

As dificuldades relativas à aplicação do conceito de custo econômico são evidentes e, nesse sentido, ele está mais relacionado a um sistema de análise teórica consistente. Os dados de custo contábil, por sua vez, se constituem mais adequadamente em instrumento para o gerenciamento e para análises empíricas.

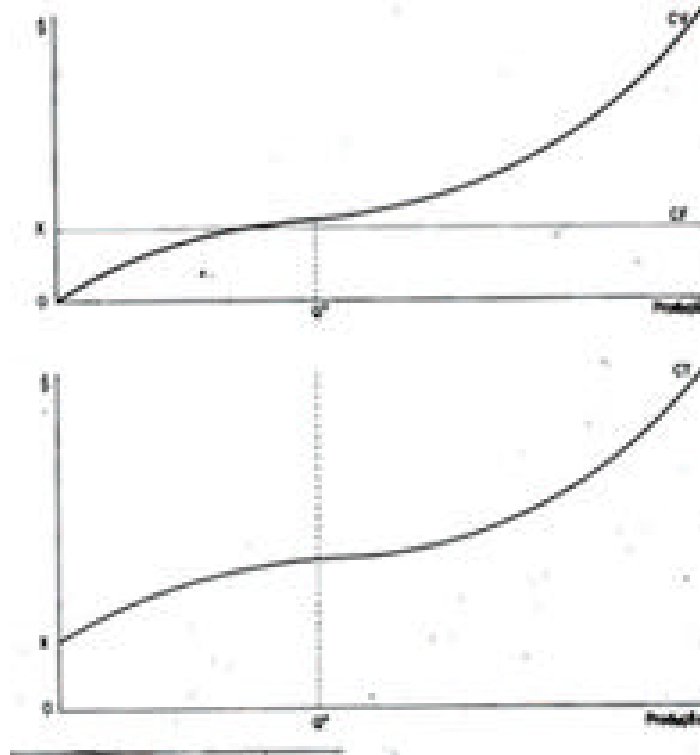
⁴ Note, no entanto, que o custo de depreciação do equipamento é um determinante importante do custo operacional, já que se refere à taxa com que o capital perde seu valor.

⁵ Por esse motivo, a taxa de retorno do capital varia inversamente à taxa de juros.

X.4 - Produção e Custos

As Figuras 1A e 1B apresentam a evolução dos custos totais de uma firma conforme sua produção cresce. Na Figura 1A estes custos estão decompostos em custos fixos e variáveis. Custos fixos são, obviamente, aqueles que não podem ser alterados a curto prazo e que, portanto, se mantêm constantes para qualquer nível de produção factível a curto prazo.⁶ Assim, os custos fixos são representados, na Figura 1A, pela linha horizontal *CF* e são iguais a *X*. Geralmente consideram-se os custos de capital (planta e equipamentos) como fixos a curto prazo.

FIGURAS 1A e 1B



⁶ Note-se que os custos fixos estão presentes mesmo que a firma não produza nada. A longo prazo todos os insumos podem ser alterados.

Os custos variáveis são função da quantidade produzida e estão representados na Figura 1A pela curva *CV*. No início do processo produtivo, os insumos variáveis possuem produtividade crescente, já que têm à sua disposição recursos de capital ainda subutilizados. Essa crescente produtividade faz com que os custos variáveis subam menos rapidamente à medida que a produção se expande. No entanto, como o montante de capital disponível é fixo a curto prazo, haverá um ponto a partir do qual a produtividade destes insumos variáveis começará a declinar. Na Figura 1A este ponto é representado por Q^* . A partir deste ponto de inflexão, os custos variáveis começam a crescer mais rapidamente, como mostra a figura.

A curva de custo total *CT*, representada na Figura 1B, é o resultado da simples soma dos custos fixos e variáveis, que, graficamente, é representada por um deslocamento vertical da curva *CV* igual à distância *OX*.

Para compreender as alterações de produtividade e seu impacto sobre o custo, considere-se o seguinte exemplo: o governo entrega à comunidade um posto de saúde já equipado, que apresenta um custo fixo de \$500 mensais. Para atender à população é contratado um profissional da saúde com um salário de \$100 mensais. Sozinho no posto, ele consegue produzir apenas 50 consultas por mês, já que tem de executar todas as demais tarefas administrativas. Neste caso, o custo total do posto é de

\$ 610 mensais, incluindo-se os custos com outros insumos variáveis, isto é, que dependem do nível de produção, como papéis, exames, energia elétrica, etc. Sensível ao problema, o governo contrata mais um profissional, pelo mesmo salário. Agora, dividindo as tarefas administrativas e auxiliares, os dois realizam 120 consultas por mês. O custo total do posto passa a \$ 770, já que aumentam o consumo de energia, de papel, de produtos descartáveis, etc. No entanto, as pressões da comunidade continuam, já que os dois não conseguem atender a toda a demanda e grandes filas se formam na porta do posto. Mais um profissional, com a mesma qualificação dos anteriores, é contratado. A adição do terceiro profissional aumenta em 90 o número de pacientes atendidos por mês. A um custo total de \$ 950 são produzidas agora 210 consultas mensais. Por ser ano eleitoral, o governo contrata mais um médico, elevando o custo total do posto a \$ 1.250 e aumentando a produção total do posto para 275 consultas/mês. Às vésperas da eleição, um novo profissional é contrata-

do. Agora os equipamentos estão sendo excessivamente utilizados, quebrando-se com frequência, o que obriga à reposição de peças e leva à formação de uma fila de pacientes à espera de exames. A um custo total de \$ 1.650 por mês, são produzidas 330 consultas pelos cinco profissionais. Os números do exemplo estão reproduzidos na Tabela 1.

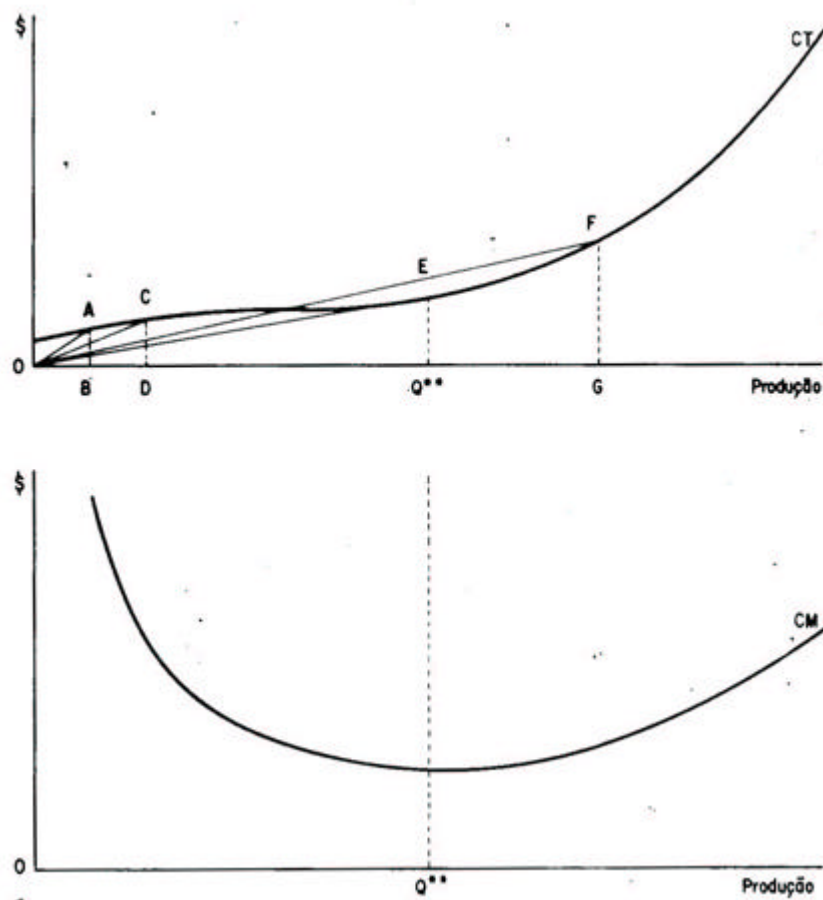
TABELA 1
Produção e Custos Mensais — Posto de Saúde
Exemplo 1

Número de Profissionais	Custo Total (Mensal)	Incremento no Custo	Produção Total (Mensal)	Incremento na Produção
1	\$ 610	\$ 610	50	50
2	\$ 770	\$ 160	120	70
3	\$ 950	\$ 180	210	90
4	\$ 1.250	\$ 300	275	65
5	\$ 1.650	\$ 400	330	55

Os dados do exemplo mostram que a introdução do segundo profissional elevou os custos do posto para \$160, ou cerca de 26,2%, enquanto o incremento da produção passou de 50 para 70. A adição do terceiro médico elevou os custos para 23,4%, enquanto a produção cresceu 90 consultas. A contratação do quarto médico, no entanto, elevou a produção do posto apenas 65 consultas, 25 a menos do que o incremento anterior. Essa queda da produtividade do médico adicional implica uma elevação dos custos de 31,6%. A contratação do quinto médico aumentou a produção apenas 55 consultas. Esse excesso de médicos com relação ao capital fixo do posto elevou os custos totais do serviço para 32%. Fica claro que o ponto de inflexão, equivalente ao Q^* da Figura 1A, está entre o terceiro e o quarto profissional. Os números do exemplo são obviamente arbitrários e construídos no sentido de descrever a relação "inversa" entre produção e custos: enquanto a produção cresce rapidamente, os custos aumentam menos intensamente; a queda da produtividade

faz com que a produção se eleve mais lentamente e leva os custos a crescer de maneira mais acentuada.

FIGURA 2A e 2B



X.5 - Custo Médio e Marginal

Talvez o leitor, quase que intuitivamente, tenha feito alguns cálculos para obter o custo por consulta para cada uma das situações descritas pela Tabela 1. O valor do custo por consulta é o que se chama de custo médio (ou unitário); assim, *o custo médio é obtido dividindo-se os custos totais pela quantidade produzida*. Geometricamente, o custo médio é

igual à declividade (ou, mais corretamente, à tangente) do ângulo formado por uma linha reta que vai da origem até o ponto da curva em que se quer obter o custo médio. A tangente de um ângulo é dada pela razão entre o cateto oposto e o cateto adjacente. Na Figura 2A, por exemplo, entre AB e OB . Note-se que a distância AB é igual ao custo total para aquela produção, e que OB é a quantidade produzida. Assim, AB/OB é igual ao custo médio daquele ponto. Note-se também que a razão CD/OD é menor do que AB/OB , já que o cateto oposto (CD) cresce menos, *proporcionalmente*, do que o cateto adjacente (OD), o que significa, portanto, uma redução do custo médio. A partir de Q^{**} , no entanto, essas relações se invertem; as variações no cateto oposto (por exemplo, entre EQ^{**} e FG) são *proporcionalmente* maiores que as variações no cateto adjacente.⁷ As Figuras 2A e 2B ilustram esse ponto em que os valores do custo médio são transpostos da Figura 2A para a Figura 2B. Dado o formato da curva de custo total, o custo médio tem o formato de U e atinge o mínimo no ponto Q^{**} .

Existe um outro tipo de custo, chamado custo marginal. Pode-se definir o custo marginal como a variação do custo total com uma pequena variação da produção.⁸ Isto é, *o custo marginal é a "contribuição" da próxima unidade produzida para o custo total*. Assim, o custo marginal pode ser visto geometricamente como a declividade da curva de custo total em cada ponto. As variações na declividade podem ser observadas mais claramente se traçarmos linhas retas cortando (tangenciando) a curva de custo total em apenas um ponto, como mostra a Figura 3A. A curva de custo marginal está desenhada na Figura 3B. Observe-se que:

- a) no ponto C a declividade da curva de custo total é alta (a linha tangente a C é bastante íngreme) e, portanto, o custo marginal também é elevado, enquanto que no ponto D a declividade já é menos acentuada, o que implica um custo marginal inferior. Note-se que no

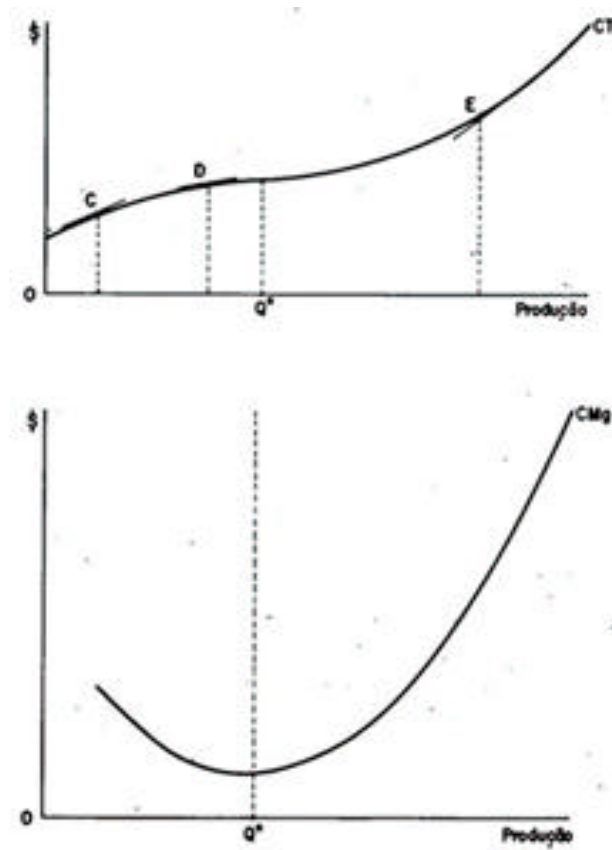
⁷ Esta inversão fica evidente na Figura 2A ao se observar que o ângulo formado pela linha reta que vai da origem até F é maior que aquele formado pela linha que liga a origem com o ponto E .

⁸ Se quiséssemos ser mais rigorosos deveríamos falar em variações infinitesimais na quantidade produzida. Formalmente, o custo marginal é dado pela derivada do custo total em relação à quantidade produzida. É evidente que tal tipo de rigor não faz sentido no contexto deste livro.

ponto *E* a curva de custo total já está novamente bastante íngreme. Assim, por causa do formato da curva de custo total, a curva de custo marginal também tem o formato de U, como a curva de custo médio;

- b) a queda do custo marginal reflete a produtividade crescente dos insumos variáveis descrita na seção anterior. Da mesma maneira, o trecho ascendente da curva de custo marginal reflete a queda da produtividade destes insumos; e
- c) o ponto de mínimo da curva de custo marginal é Q^* , que, conforme visto anteriormente, é o ponto de inflexão, isto é, o ponto a partir do qual a produtividade dos insumos passa de crescente para decrescente. Assim, a partir de Q^* a declividade da curva de custo total passa a aumentar (o custo total passa a subir mais rapidamente) e o custo marginal passa a crescer.

FIGURA 3A e 3B



As relações entre os custos médio, marginal e total podem ser compreendidas mais intuitivamente com um exemplo. Uma disciplina conta com nove avaliações, graduadas entre zero e dez. As notas de um dos alunos em cada uma das avaliações, o total de pontos acumulados e as suas notas médias são mostrados na Tabela 2.

TABELA 2
Avaliação, Nota, Pontuação Total e Média — Exemplo 2

Avaliação	Nota	Total de Pontos	Média
1	8,0	8,0	8,0
2	7,0	15,0	7,5
3	5,0	20,0	6,67
4	5,5	25,5	6,375
5	6,0	31,5	6,3
6	6,3	37,8	6,3
7	6,5	44,3	6,333
8	7,0	51,3	6,41
9	6,5	57,8	6,42

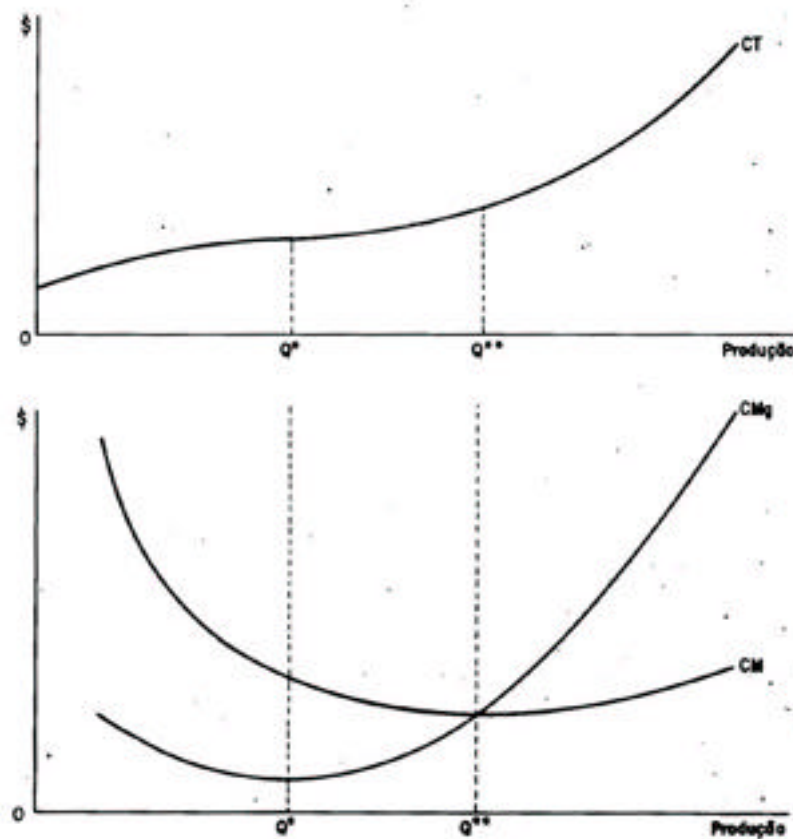
Observe-se que há dois dados aparentemente paradoxais na Tabela 2:

- embora as notas do aluno melhorem entre a terceira avaliação e a quinta, sua média continua declinando; e
- mesmo com uma nota pior na última avaliação (em relação à anterior), a média do aluno aumenta.

Isto ocorre porque em (a), embora a *performance* do aluno seja ascendente, as notas obtidas em cada avaliação ainda são inferiores às médias e, portanto, estas têm de diminuir. A explicação para (b) é similar: embora na avaliação 9 a nota seja inferior àquela obtida na avaliação 8, ela ainda é superior à média e, portanto, contribui para o seu crescimento.

Se pensarmos, não em nota média, mas em custo médio, em custo total ao invés do total de pontos e em custo marginal no lugar de cada uma das notas obtidas, poderemos perceber uma das relações mais básicas da análise de custos: enquanto os custos marginais forem inferiores aos custos médios, isto é, *enquanto a curva de custo marginal estiver abaixo da curva de custo médio, estes últimos estarão declinando e, portanto, a curva de custo marginal corta a curva de custo médio no seu ponto de mínimo*, como mostram as Figuras 4A e 4B. Neste ponto, a quantidade produzida é, seguindo-se as notações das figuras anteriores, Q^{**} .

FIGURA 4A e 4B



X.6 - Custos, Receita e Lucro

As Figuras 5A e 5B reproduzem as mesmas curvas da figura anterior, introduzindo apenas o preço de venda do produto produzido por um hospital, por exemplo. Chamemos este produto de alta.⁹ O preço da alta hospitalar no mercado é igual a P na Figura 5B. Como o preço é dado pelo mercado, a receita total de um hospital é igual ao resultado da multiplicação do número de altas produzidas pelo preço unitário destas mesmas altas. Assim, se o hospital produz Q_0 altas, sua receita total será dada por:¹⁰

$$RT_0 = P \times Q_0 \quad (1)$$

Como o preço é fixado pelo mercado, a curva de receita total é uma linha reta (RT na Figura 5A).

Se o custo total de produção é o resultado da multiplicação do custo médio (unitário) da alta pela quantidade produzida, podemos dizer que, para uma produção igual a Q_0 e custo médio CM_0 teremos:¹¹

$$CT_0 = CM_0 \times Q_0 \quad (2)$$

O lucro que o hospital consegue obter é a diferença entre a sua receita total e o seu custo total. Se RT_0 é a receita total obtida com a produção e venda de Q_0 altas, e CT_0 o custo total associado a tal produção, o lucro total obtido pelo hospital será dado por: $LT_0 = RT_0 - CT_0$ (3)

Graficamente o lucro total será máximo onde a distância entre a curva de receita total, RT , e a do custo total, CT , for maior. Pode-se ver pela Figura 5A que o lucro do hospital é máximo em Q_L . Note que o hospital

⁹ No sentido de facilitar a compreensão do leitor, estamos chamando de “hospital” aquilo que seria no sentido mais genérico uma “firma”. Na realidade, o hospital é uma instituição bastante complexa que produz diversos bens e serviços finais (o que em economia se chama firma multiproduto). Dentro dos objetivos desse capítulo e do livro, estamos adotando um modelo bastante mais simples apenas para introduzir alguns conceitos fundamentais.

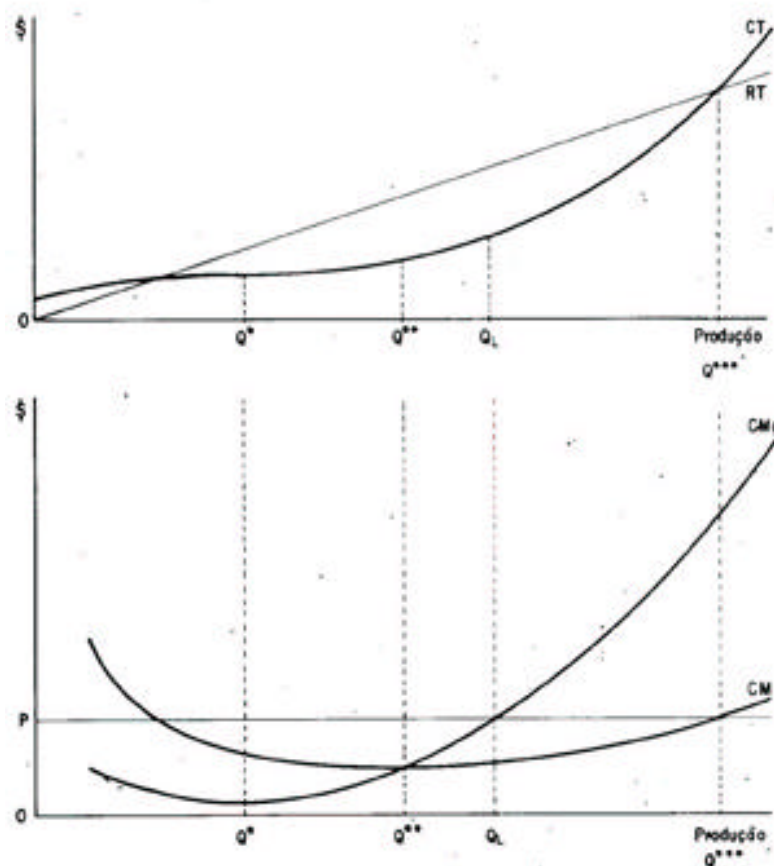
¹⁰ Por simplicidade vamos assumir que o hospital consegue “vender” toda sua capacidade de produção. Na verdade, esta é uma das hipóteses do modelo de competição perfeita.

¹¹ Ver a definição de custo médio da seção anterior.

obtem prejuízos ($RT < CT$) quando sua produção é pequena, pois suas receitas não são suficientes para cobrir os custos fixos e variáveis, e após Q^{***} , quando, conforme discutimos na seção anterior, sua produtividade já está bastante reduzida e, portanto, seus custos muito elevados.

As Figuras 5A e 5B permitem a visualização de alguns conceitos fundamentais:

FIGURA 5A e 5B



- a) um hospital que procure maximizar seu lucro não produzirá enquanto os seus custos médios forem decrescentes. Isto porque a cada nova alta produzida a diferença entre o custo médio (unitário) e o

preço encontrado no mercado aumenta, ou seja, o *lucro unitário* do hospital (aquele obtido para cada unidade produzida) cresce. Esse ponto pode ser visto na Figura 5B. Assim, nos mercados competitivos encontraremos apenas hospitais operando com custos médios crescentes, isto é, naquela região onde a curva de custo marginal é crescente e maior do que o custo médio. Na notação utilizada até agora, os hospitais estariam produzindo quantidades iguais ou superiores a Q^{**} ;

- b) note que, dado um preço de mercado para a alta hospitalar, embora o *lucro unitário* seja máximo quando o custo médio atinge o seu ponto de mínimo (em Q^{**}), o *lucro total* do hospital continuará aumentando enquanto o preço da alta for maior do que o seu custo marginal. Nestes casos cada nova alta produzida continuará custando menos ao hospital do que o seu preço de venda no mercado. Como essas diferenças significam adições ao lucro do hospital, este continuará produzindo até o ponto onde o preço da alta se iguala ao seu custo marginal de produção. Neste ponto, não por coincidência o mesmo Q_L da Figura 5A, o lucro total é máximo.

Assim, hospitais interessados em maximizar seus lucros em um mercado competitivo devem produzir até que o custo marginal de uma alta seja igual ao preço. Mas nem todos os hospitais possuem finalidade lucrativa; muitos são não-lucrativos e deverão ter um comportamento diferente. Novamente as Figuras 5A e 5B podem nos ajudar a encontrar o volume de serviços compatível com esta prática.

Hospitais ou firmas não-lucrativas estarão dispostos a produzir até aquele ponto em que o lucro seja zero, isto é, aquele a partir do qual passariam a ter prejuízos. Como foi visto anteriormente, este ponto está representado na Figura 5A por Q^{***} . Entre Q_L e Q^{***} cada nova alta produzida pelo hospital custa mais do que o preço existente no mercado, e o prejuízo que resulta dessa diferença vai reduzindo gradualmente o lucro total acumulado até que este se esgote em Q^{***} . Nesse ponto o custo de todas as altas produzidas (o custo total) é igual à receita total obtida e, portanto, o lucro é zero. Se utilizarmos as expressões (1), (2) e (3) podemos ver que em Q^{***} :

- i) o custo total será: $CT^{***} = CM^{***} \times Q^{***}$ (ver a expressão (2));

- ii) a receita total será: $RT^{***} = P \times Q^{***}$ (ver a expressão (1);
- iii) como em Q^{***} temos: $P = CM^{***}$ (ver a Figura 5B), então
- iv) $CT^{***} = RT^{***}$ e, portanto: $LT^{***} = RT^{***} - CT^{***} = 0$ (ver a expressão (3)).

X.7 - Economias de Escala em Saúde

A análise da estrutura de custos de um sistema produtivo qualquer, seja ele de veículos, eletricidade ou de serviços hospitalares, permite avaliar, obviamente, seu grau de eficiência, mas também compreender como o mercado daquele bem ou serviço tende a se organizar.

Alguns mercados, como os de eletricidade e telefonia, envolvem investimentos elevadíssimos, desde a construção de usinas geradoras de energia, em um caso, até a implantação de toda a rede distribuidora de energia elétrica ou circuitos telefônicos. Os custos de manutenção e depreciação de tais investimentos são custos fixos que na verdade respondem pela quase totalidade dos custos destes serviços. Neste sentido, tais empreendimentos tornam-se viáveis apenas com uma ou pouquíssimas empresas, de tal sorte que um número significativo de consumidores seja capaz de ratear estes custos. Serviços de telefonia e energia são exemplos do que se costuma chamar em economia de monopólios naturais, casos nos quais custos iniciais muito elevados tornam inviável (e ineficiente) a entrada de novas firmas no mercado.¹² No contexto da discussão anterior sobre custos, as firmas que operam nestes mercados apresentam, à medida que suas produções se expandem, custos médios decrescentes ou economias de escala e, portanto, operam a redução de preços e inviabilizam a entrada de competidores.

Note-se que mesmo que fosse viável a entrada de novas firmas, haveria ineficiência, já que seriam obrigados a operar com custos médios superiores àqueles que existiriam se houvesse menos firmas ou apenas uma no mercado.

¹² É interessante notar que o surgimento da tecnologia da telefonia celular, por exemplo, tende a modificar radicalmente este perfil, já que os custos de implantação deste tipo de sistema tendem a ser significativamente inferiores aos da tecnologia por cabo. O mesmo aconteceria no campo da energia com a descoberta dos supercondutores.

Na área da saúde, o mesmo tipo de consideração aparece, particularmente em relação ao setor hospitalar e a certos serviços especializados. Será que apenas grandes hospitais atingiriam escala suficiente para se tornarem eficientes? É interessante notar que o conceito de economia de escala está na base das noções de hierarquização e regionalização do "mercado" hospitalar. Nestes modelos, certos níveis de atenção mais complexos ou especializados (comumente definidos como terciários ou quaternários) estão restritos a poucos hospitais que servem a toda uma região ou até mesmo a todo o país, enquanto intervenções menos complexas (atenção secundária) estariam dispersas em serviços locais.

A estrutura de custos de um hospital é definida em uma *função de custo*. A função de custo expressa de maneira formal os determinantes do custo e suas inter-relações. O formato da curva de custo total, representada nas figuras deste capítulo, reflete uma função de custo específica cujas hipóteses foram apresentadas na seção X.3.¹³ A adequação da função de custo à teoria econômica e às práticas institucionais determina, portanto, o maior ou menor grau de confiabilidade dos resultados obtidos.

A evidência empírica, fundamentalmente norte-americana, parece indicar a inexistência de grandes economias de escala no setor hospitalar.¹⁴ No entanto, a validade de transpor estas conclusões para outras experiências é bastante limitada. Os resultados encontrados mostram que hospitais entre 200 e 300 leitos apresentam custos médios mais baixos. No entanto, hospitais com este tamanho não podem ser considerados pequenos para outros padrões que não o norte-americano, particularmente em países menores ou em desenvolvimento. Essa simples diferença modificaria completamente a conclusão de que economias de escala não estão presentes de maneira significativa na produção de serviços hospitalares.

¹³ Formalmente esta função de custo se expressa por uma equação cúbica.

¹⁴ Chamo a atenção do leitor para o fato de que não há, no entanto, unanimidade quanto à presença, ou não, de economias de escala significativas na produção de serviços hospitalares. Por exemplo, a especificação econométrica utilizada por Vitaliano (1987) para a função de custo mostra importantes economias de escala. Ao final desta seção estão listados alguns trabalhos importantes nesta área.

Este tipo de informação passa a ser de grande importância para o planejamento do setor saúde. Consideremos, por exemplo, a possibilidade de que aumentos de escala possam trazer ganhos em eficiência para alguns serviços especializados e/ou de alto investimento como terapias de cobalto e exames de ressonância magnética. A existência de informações sobre custos e, conseqüentemente, sobre a presença ou não de economias de escala permitiria um planejamento adequado da rede física destes serviços e uma melhor distribuição espacial de recursos tão caros.

A eventual concentração geográfica de determinados serviços hospitalares e exames especializados tem importantes implicações no nível de equidade e de eficiência. Em relação à equidade os problemas são óbvios, pois dificulta-se, na melhor das hipóteses, o acesso a estes serviços às pessoas distantes destes locais. Em relação à eficiência, nas áreas em que há concentração de serviços há uma pulverização do mercado, que se torna menor do que o ideal e faz com que os prestadores operem em níveis superiores ao mínimo da curva de custo médio. Nas regiões em que há escassez, tende a existir superutilização dos serviços, o que eleva os custos. Assim, no primeiro caso o ponto de produção seria anterior ao mínimo da curva de custo médio (isto é, um ponto anterior a Q^{**} nas figuras), enquanto que no segundo o nível de operação estaria após o ponto de mínimo.

A implicação imediata destas considerações para a política saúde é que deveriam existir instâncias reguladoras para este tipo de investimento, particularmente em países como o Brasil, com poucos recursos disponíveis e grandes desequilíbrios distributivos (tanto no nível pessoal quanto no nível regional).¹⁵

X.8 - Taxonomia dos Custos Econômicos da Doença

Nesta seção vamos sair do tipo de discussão desenvolvido até agora, voltada para os conceitos de custos relativos à produção de serviços de saúde, para apresentar, de maneira bastante breve, algumas definições sobre os componentes que determinam os custos de doenças ou enfer-

¹⁵ Note-se, no entanto, que um sistema regulador adequado depende muito mais de informações econômicas confiáveis do que de arranjos burocráticos.

midades. A determinação dos custos de uma doença permite-nos saber o ônus que recai sobre a sociedade por causa de uma doença ou agravo, além de ser um primeiro passo para as análises de custo-benefício e custo-efetividade.

O aparecimento de alguma enfermidade *sempre* impõe custos à sociedade, ainda que o paciente e seus familiares não desembolsem um centavo sequer (seja porque ele tenha se utilizado do sistema público, seja porque seu plano de saúde tenha coberto as despesas). Conforme foi visto, todo e qualquer processo de produção implica a utilização de recursos e, portanto, em custos. Assim, ainda que não haja *gastos*, há *custos*.

Estes custos podem ser divididos em dois grandes grupos: custos diretos e custos indiretos. Os *custos diretos são aqueles diretamente relacionados com a doença e o seu equacionamento*. Os encargos de tais custos podem incidir sobre o paciente, seus familiares e amigos, sobre o sistema público, sobre seguradoras ou planos de assistência, ou sobre uma combinação de todos ou de parte destes agentes.

Os custos diretos dividem-se, ainda, em médicos e não-médicos. Custos médicos são aqueles imediatamente relacionados a diagnóstico, tratamento e reabilitação. Incluem-se aí, portanto, exames, medicamentos, procedimentos médicos e/ou cirúrgicos, próteses (muletas, óculos, aparelhos auditivos, etc.). Por sua vez, entre os custos não médicos incluem-se os custos com transporte (do paciente e de acompanhantes, se for o caso), com alimentação (necessidade de alterar dietas), de lavanderia, de deslocamentos (a necessidade de mudar para outro tipo de clima), etc.

Os *custos indiretos referem-se à perda de renda e/ou produtividade trazidos pela doença ou enfermidade*. Uma doença pode implicar perda, temporária ou permanente, de produtividade. Enquanto a pessoa estiver impossibilitada de trabalhar por causa da doença, há uma óbvia perda de produção para a sociedade. Note-se que esta perda de produção não precisa se restringir exclusivamente ao paciente; os custos relativos à pessoa ou às pessoas que deixem de trabalhar por estarem acompanhando o paciente também devem ser considerados. Em certos casos, o regresso às atividades habituais pode não se dar nos mesmos níveis de produtividade anteriores ou levar a faltas freqüentes. Esta re-

dução na produtividade pode gerar custos adicionais como a perda de promoções.¹⁶

Determinados problemas de saúde trazem consigo também importantes *custos intangíveis*, isto é, custos que são de difícil mensuração (ou até mesmo impossíveis de serem estimados). Destacam-se neste caso os custos psicológicos impostos pelo agravo ao paciente, seus familiares e pessoas próximas. Deve-se notar a importância destes custos em doenças como a AIDS, em que, além do caráter terminal, a doença traz consigo uma carga de preconceito extremamente elevada.

X.9 - Conclusão

Neste capítulo procuramos apresentar da forma mais elementar possível alguns conceitos econômicos importantes para a discussão de custos na área da saúde. Acreditamos ter contribuído para mostrar como a economia pode se inserir nas questões da saúde e com que "lentes" os economistas olham o mundo. A compreensão desta visão de mundo é fundamental para a eliminação de muitos conflitos que existem entre os economistas e os profissionais da saúde.

Bibliografia **

BERRY, R. Returns to Scale in the Production of Hospital Services. *Health Services Research*, n. 2, Summer, p. 123-29. 1967.

CARR, J. e FELDSTEIN P. The Relationship of cost to hospital size. *Inquiry*, n. 4, p. 45-65, 1967.

COWING, T.G. e HOLTSMANN, A.G. Multiproduct short-run hospital cost functions: empirical evidence and policy implications from

¹⁶ Não cabe aqui discutir os problemas relacionadas à mensuração dos diversos componentes dos custos de uma doença, particularmente aqueles relativos à estimativa dos custos indiretos. Essa discussão envolveria tópicos muito diversos, desde a teoria do capital humano e do mercado de trabalho até considerações éticas.

** Os conceitos tratados nas primeiras seis seções são abordados em qualquer bom livro introdutório de microeconomia.
É importante notar que nem todos os artigos aqui listados são de fácil compreensão para o não-economista.

- cross-section data. *Southern Economic Journal*, v. 49, n. 3, p. 637-53, 1983.
- GODDEERIS, J.H. Theoretical considerations on the cost of Illness. *Journal of Health Economics*, v. 2, n. 2, p. 149-59, 1983.
- GRANNEMANN, T.W.; BROWN, R.S. e PAULY, M.V. Estimating hospital costs: multiple-output analysis. *Journal of Health Economics*, v. 5, n. 2, p. 107-27, 1986.
- HODGSON, T.A. e MEINERS, M.R., Cost-of-Illness methodology: a guide to current practices and procedures. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, v. 60, n. 3, p. 429-62, 1982.
- LAVE, J.R. e LAVE, L.B., Hospital cost functions. *American Economic Review*, v. 60, n. 3, p. 379-95, 1970.
- McGREEVEY, W.P. Los Altos costos de la atención en salud en el Brasil. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, v. 103, n. 6, p. 599-618, 1987.
- MOONEY, G.H. *The Valuation of human life*. — Lourdes: The MacMillan Press Ltd., 1977.
- OVER, M.; BERTOZZI, S. e CHIN, J. Guidelines for rapid estimation of the direct and indirect costs of HIV infection in a developing country. *Health Policy*, v. 11, n. 2, p. 169-86, 1989.
- RICE, D.P.; HODGSON, T.A. e KOPSTEIN, A.N. The Economic cost of Illness: a replication and update. *Health Care Financing Review*, v. 7, n. 1, p. 61-80, 1985.
- SCITOVSKY, A.A. e RICE, D.P. Estimates of the direct and indirect costs of Acquired Immunodeficiency Syndrome in the United States, 1985, 1986, and 1991. *Public Health Reports*, v. 102, n. 1, p. 5-17, 1987.
- SCITOVSKY, A.A. Estimating the direct cost of Illness. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, v. 60, n. 3, p. 463-91, 1982.
- VITALIANO, D.F. On the Estimation of hospital cost functions. *Journal of Health Economics*, v. 6, n. 4, p. 305-18, 1987.

Avaliação dos Custos da Terapêutica Antiinflamatória no Tratamento da Patologia Reumática *

Francisco Ramos **

Maria João Amaral ***

XI.1 - Introdução

O crescimento dos gastos em saúde tem estado no centro da discussão teórica na área da administração da saúde. Todos os países da OCDE, nos últimos 30 anos, ensaiaram medidas supostamente adequadas ao controle efectivo dos gastos. No entanto, as despesas em saúde mantiveram neste período um ritmo de crescimento superior ao da economia em geral.

Especialmente em épocas de recessão económica como a que se vive actualmente, há que encontrar o balanço adequado entre os custos da prestação de cuidados e a respectiva efectividade e qualidade. Esta terá que ser, hoje em dia, uma prioridade da administração da saúde de qualquer país.

É pois neste contexto que a produção de estudos de análise económica, enquanto elemento fornecedor de informação facilitadora da tomada de decisão, se desenvolveu significativamente nos países industrializados. Na área dos medicamentos, os anos mais recentes mostram um muito

* Os autores agradecem o apoio financeiro da Searle Farmacêutica, Lisboa.

** Da Escola Nacional de Saúde Pública de Lisboa.

*** Do Hospital Garcia de Orta de Lisboa.

significativo aumento do número de estudos económicos,¹ a maior parte financiada pela indústria farmacêutica como forma de suporte ao lançamento de novos produtos.

O consumo de medicamentos é uma das parcelas mais significativas dos gastos em saúde. Em Portugal, representam cerca de 20% dos gastos públicos.

Em contrapartida, é habitual questionar se a sua efectividade corresponde a esta importância no conjunto dos custos. Para responder a esta questão, a análise económica tem dado significativos contributos por meio de estudos de avaliação.

O consumo de antiinflamatórios não esteróides (Aine) tem aumentado nos últimos anos em Portugal de forma significativa. Em 1992, a sua utilização apenas em ambulatório representava um gasto na ordem de 15,5 milhões de contos.

QUADRO 1 O Mercado dos Aine em 1992

Itens	Valores (Contos)
Mercado total de medicamentos	229.110.200
Mercado total de Aine	15.561.100
% de Aine no mercado total	6,8%
Gastos do SNS em medicamentos	86.828.774
Gastos do SNS em Aine	10.679.939
% de gastos em Aine sobre total SNS	12,3%
% de participação do SNS no mercado total dos Aine	69%

Fonte: Sistema de Informações da Indústria Farmacêutica (SIIF) e Instituto de Gestão de Informática e Finanças do Ministério da Saúde (IGIFMS).

¹ Ver Drummond (1993).

O encargo do Serviço Nacional de Saúde (SNS) no ano de 1992 foi de 10,7 milhões de contos, suportando, portanto, 69% da despesa global. Este grupo de medicamentos tem actualmente um nível de comparticipação pelo SNS de 70% do seu preço para a população em geral e de 85% para os pensionistas com pensões de valor inferior ao ordenado mínimo nacional.

Em Portugal, os Aine são largamente utilizados, ultrapassando em 1992 o número de oito milhões de embalagens vendidas em ambulatório, segundo dados do SIIF.

Os medicamentos antiinflamatórios não esteróides representam a forma terapêutica mais usada para tratar a artrite reumatóide e a osteoartrite, patologias muito frequentes, com especial incidência na população mais idosa. O uso prolongado dos Aine provoca vários efeitos secundários, de onde avultam as lesões gastroduodenais.

A prevenção dos efeitos secundários digestivos através da administração em simultâneo com os Aine de produtos antiulcerosos tem-se revelado bastante eficaz.

Misoprostol, uma prostaglandina sintética E1, revela-se efectiva na prevenção de lesões da mucosa gástrica e duodenal associadas ao consumo de Aine.² Este estudo demonstrou que a sua administração em simultâneo com os Aine reduz a incidência de UP de uma média de 20% para apenas 1,4% dos casos. A avaliação económica do Misoprostol para este fim está também demonstrada, tendo-se revelado uma estratégia custo-efectiva.³

Uma alternativa é a utilização de antagonistas-H₂, como a Ranitidina ou a Cimetidina. Um estudo realizado por Robinson *et al.* (1989) mostra que o uso da Ranitidina reduz a incidência de úlcera duodenal de 8% para zero, e a incidência de úlcera gástrica, de 12% para 10% dos doentes medicados com Aine.

² Ver Graham (1988)

³ Ver Knill-Jones *et al.* (1990).

Em Portugal, apenas se verifica a co-prescrição de antiulcerosos em conjunto com os Aine em menos de 1% dos casos, o que parece ser um valor bastante baixo.

A combinação de dois princípios activos num único medicamento, o Diclofenac e o Misoprostol, é uma alternativa que, garantindo tecnicamente a profilaxia de lesões gastroduodenais, deve ser estudada do ponto de vista económico.

O objectivo deste estudo é a comparação dos custos totais decorrentes da utilização das alternativas de tratamento da artrite reumatóide e osteoartrose (quadros mais significativos da patologia reumática em Portugal): Aine sem prevenção de complicações gastroduodenais ou um medicamento que junte os dois princípios activos descritos.

Para estimar o custo total decorrente da utilização dos medicamentos antiinflamatórios, associam-se os custos originados pelas complicações digestivas motivadas pelo seu consumo prolongado.

XI.2 - A Dimensão do Problema

XI.2.1 - Definição do âmbito do estudo em nível de patologias consideradas

Os Aine são utilizados numa vasta área de problemas de saúde. No âmbito deste estudo, é importante restringir a sua aplicação em situações de cronicidade da doença, quer pela sua própria relevância, quer por ser nestas situações que se verifica a maioria dos casos de complicações associadas ao consumo dos Aine. Nesta lógica, há que se delimitar claramente o campo de análise.

Assim, definiram-se como objecto do estudo as seguintes patologias, codificadas de acordo com o Código Internacional de Doenças (CID) e em conformidade com a informação obtida em ensaios clínicos devidamente publicados na literatura internacional e aceites como válidos:

- No nível do sistema osteomuscular:
 - 714 - artrite reumatóide e outras poliartropatias inflamatórias;
 - 715 - osteoartrose e transtornos afins;
- Em nível do aparelho digestivo:

- 531 - úlcera gástrica;
- 532 - úlcera duodenal;
- 533 - úlcera péptica de localização não especificada; e
- 534 - úlcera gastroyejunal.

XI.2.2 - Estimativa de prevalência

A escassez de informação disponível a nível nacional condiciona de forma importante o conhecimento exacto da prevalência das doenças em análise, questão muito importante para se aquilatar da relevância do problema em causa.

Para uma tentativa de aproximação da realidade portuguesa, recorreu-se às estatísticas publicadas pelo IMS-Portugal para tentar estimar a prevalência da doença tratada. Assim, com o objectivo de estimar o número de doentes em tratamento, usou-se como seu *proxy* o número de primeiras consultas realizadas, tendo-se obtido valores da ordem dos 55 mil casos de artrite reumatóide e de cerca de 363 mil casos de osteoartrose, num total estimado de cerca de 418 mil doentes em tratamento (ver Quadro 2). Para uma mais completa abordagem, este valor foi desagregado por idade e sexo.

QUADRO 2
Estimativa de Prevalências

Sexo/Faixa Etária	Doentes	População	Taxas de Prevalência (em %)
Total	418.530	9.357.518	4,5
Homens	118.600	4.499.088	2,6
Mulheres	299.930	4.858.430	6,2
Homens + 65	55.170	533.383	10,3
Mulheres + 65	115.640	749.831	15,4

Fonte: SIIF e Instituto Nacional de Estatística (INE) (Censos 91).

Estima-se assim que, para Portugal, estas patologias atingem cerca de 4,5% da população, com especial relevo para os idosos do sexo feminino, pois entre as mulheres com mais de 65 anos a taxa de prevalência (apenas de casos em tratamento) ultrapassa os 15%.

A título comparativo, no Reino Unido estimou-se a prevalência da artrite reumatóide e da osteoartrose em cerca de 3% da população.⁴

Tendo em vista estes números, pode-se então concluir que estamos diante de um importante problema de saúde, agravado ainda pelo progressivo e rápido envelhecimento da população, o que faz antever uma tendência ascensional da prevalência destas patologias em relação ao total da população.

A forma terapêutica mais usada para o tratamento destas patologias é a prescrição de Aine. No Reino Unido, os Aine são consumidos em 96% dos tratamentos, sendo usadas também outras formas de tratamento, como o exercício físico (em 66% dos casos), a medicina física (48%), medicamentos não prescritos pelo médico (34%) e dieta alimentar adequada (32%).⁵

Conhecida que é a existência de complicações gastroduodenais resultantes do consumo dos Aine, importa também quantificar a sua incidência.

No entanto, a dimensão exacta deste problema não é ainda conhecida com rigor e exactidão.⁶ Vários estudos publicados na literatura internacional apontam para que entre 38% a 50% dos doentes refiram queixas dispépticas,⁷ entre 12% a 28% dos doentes desenvolvem úlcera péptica

⁴ Ver Akehurst (1992).

⁵ Ver a respeito em Downie (1992).

⁶ Ver Kurata (1984).

⁷ Ver Coles *et al.* (1983) e Husby *et al.* (1986).

comprovada endoscopicamente,⁸ e entre 1% a 2% dos doentes sofrem de complicações mais graves como hemorragia digestiva alta.⁹

Um estudo realizado por Fries *et al.* (1988) nos Estados Unidos avaliou 1.949 doentes com artrite reumatóide ao longo de um período de 3,5 anos, tendo estimado uma taxa anual de hospitalização de 1% e uma taxa de mortalidade de 0,13%, devido a complicações gastroduodenais.

No Reino Unido, Beardon *et al.* (1989) determinaram que 6% da população tomava Aine com prescrição médica e que, destes, 0,7% sofriam de hemorragia digestiva alta que originava uma hospitalização.

Parece pois comprovado que a utilização prolongada (embora não seja possível definir com rigor este conceito de utilização prolongada) dos Aine provoca um importante conjunto de complicações no aparelho digestivo, de onde avulta a úlcera péptica (UP) como patologia mais relevante, seja em relação a custos para o sistema de saúde, seja em relação à severidade das situações de doença.

XI.3 - Metodologia

A metodologia utilizada baseia-se essencialmente na comparação de custos dos diversos medicamentos disponíveis no mercado português. Além disso, associam-se aos custos directamente ligados ao seu consumo os custos de diagnóstico e tratamento dos casos de úlcera péptica causados, tentando portanto uma comparação dos custos globais em cuidados de saúde. Adopta-se também uma lógica de custos sociais (custos incorridos por toda a sociedade), independentemente de a responsabilidade dos encargos ser assumida pelo SNS, por subsistemas ou directamente pelos cidadãos.

⁸ Ver Morris *et al.* (1981) e Collins e Du Toit (1987).

⁹ Ver Giercksky *et al.* (1988) e Beardon *et al.* (1986).

XI.3.1 - Identificação de Alternativas

As alternativas consideradas para o tratamento da patologia articular com o novo produto — associação Diclofenac/Misoprostol — são os restantes Aine utilizados no mercado português, tendo-se naturalmente escolhido os de maior significado, quer em valor, quer em quantidade (ver Quadro 3).

O medicamento mais vendido foi o Diclofenac, com mais de dois milhões de embalagens, o que representa um quarto do total do mercado. Em valor, o produto mais consumido é o Nimesulide, que atinge um número superior a quatro milhões de contos, cerca de 27% do total dos Aine vendidos. Os cinco produtos escolhidos representam 60,6% do mercado em número de embalagens vendidas e 67,4% do mercado em valor.

QUADRO 3
Identificação dos Produtos mais Usados em Portugal

Produtos	Valor (Contos)	% Total de Subclasse	Quantidade (Unidades)	% Total de Subclasse
Nimesulide	4.155.019	26,9	1.298.800	15,7
Diclofenac	3.448.951	22,4	2.028.500	24,5
Piroxicam	1.266.500	8,1	622.000	7,5
Naproxen	882.350	5,7	329.300	4,0
Ibuprofen	665.533	4,3	737.700	8,9
Total	15.420.102	67,4	8.284.500	60,6

Fonte: SIIF.

XI.3.2 - A construção da árvore de decisão

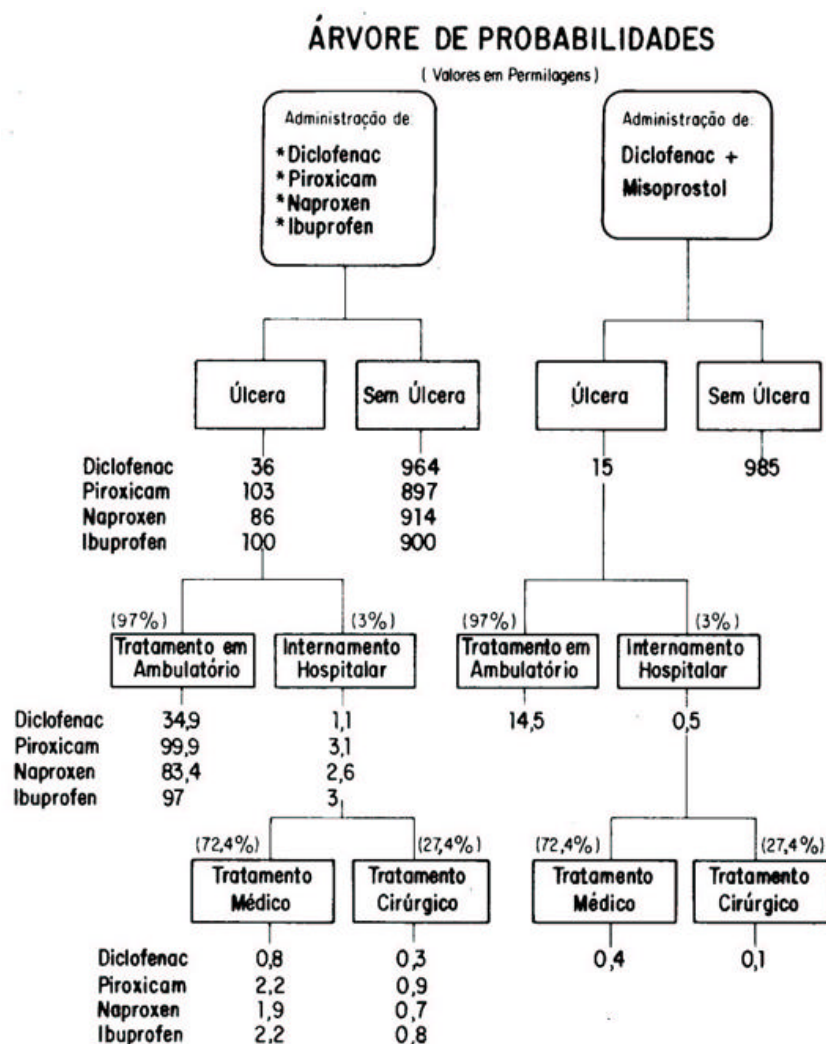
Recorreu-se à metodologia da árvore de decisão clínica, estimando as probabilidades de ocorrência de úlcera péptica para cada Aine considerado e quantificando as diferentes alternativas de tratamento usadas no caso português.

Utilizaram-se para definir o desenvolvimento ou não de úlcera péptica taxas de incidência comprovadas endoscopicamente em ensaios clínicos.

Assim, no caso do Piroxicam, que apresenta a taxa de incidência mais elevada para um conjunto de mil doentes, em 103 casos é esperado o aparecimento de UP, dos quais cem são tratados exclusivamente em ambulatório, três necessitam de internamento hospitalar e, destes, um caso precisará de intervenção cirúrgica.

Em relação ao Diclofenac, produto que apresenta a taxa de incidência mais reduzida para o mesmo conjunto de mil doentes, é esperado que 36 desenvolvam UP, sendo 35 tratados em ambulatório; em apenas um caso há necessidade de se recorrer ao internamento.

No que diz respeito à associação Diclofenac/Misoprostol e considerando-se um conjunto de mil doentes, a probabilidade de ocorrência de UP é de 15 casos, verificando-se o recurso ao internamento em apenas 0,5 doentes em cada mil consumidores do produto.



XI.3.3 - Os custos

A metodologia de apuramento dos custos de cada alternativa considerada foi a de considerar apenas custos incrementais, não se pretendendo apurar os custos totais do tratamento da artrite reumatóide e da osteoar-

trose, mas incluir apenas os custos que são relevantes para a sua comparação entre si.

Consideram-se apenas os custos directos, ou seja, os custos incorridos em cuidados de saúde para o tratamento da doença. O seu cálculo em cada alternativa é efectuado adicionando ao custo do tratamento com Aine, durante três meses, o custo do diagnóstico e do tratamento de úlcera péptica associada ao consumo de Aine. De forma esquemática:

$$CT = CM + x.CUP$$

em que

CT = custo total

CM = custo da terapêutica com Aine durante três meses

CUP = custo do processo de diagnóstico e tratamento da úlcera péptica associada ao consumo de Aine

x = percentagem de doentes consumidores de Aine com úlcera péptica

Foram considerados custos ao longo de três meses após o aparecimento das queixas dispépticas, em virtude de ser este o período de tempo já previamente estudado por meio de ensaios clínicos da nova associação com resultados publicados. Todos os valores são referenciados a preços de 1992.

XI.3.3.1 - Incidência de úlcera péptica em consumidores de Aine

Baseado em ensaios clínicos com resultados publicados, Knill-Jones *et al.* (1992) fazem referência como taxas de incidência de úlcera péptica, endoscopicamente comprovada, associada ao consumo de Aine, as seguintes: associação Diclofenac/Misoprostol (-1,5%); Diclofenac (-3,6%); Piroxicam (-10,3%); Naproxen (-8,6%); e Ibuprofen (-10,0%).

No caso do Nimesulide, não foi possível encontrar na literatura internacional qualquer estudo com resultados comparáveis quanto a este indicador. O estudo de Marini *et al.* (1990), além de incluir apenas 20 doentes, analisa apenas os efeitos da utilização de Nimesulide durante uma semana, o que invalida a consideração dos seus resultados para este es-

tudo. Não parecendo adequado retirar este produto da análise, em virtude de ser o líder de mercado em valor, os cálculos foram efectuados pressupondo uma taxa de incidência estimada em um valor médio de 6%, calculado em função das taxas para os produtos restantes.

Os valores citados são assumidos neste estudo como referência; embora inferiores aos mencionados em vários estudos publicados na literatura internacional, este aspecto introduz um factor conservador no estudo, pelo que não afectará a validade dos resultados finais.

XI.3.3.2 - Os custos da terapêutica com Aine

Para o cálculo dos custos da terapêutica de cada um dos Aine envolvidos no estudo escolheram-se as formas de apresentação mais usadas durante o ano de 1992.

Os valores apurados como custo da dose média diária são os seguintes:

QUADRO 4
Custos de Dose Média Diária (DMD)

Medicamento	Custo da DMD
Diclofenac	76\$00
Ibuprofen	55\$00
Piroxicam	103\$00
Naproxen	146\$00
Associação Diclofenac/Misoprostol	154\$00
Nimesulide	205\$00

Fonte: IMS - Portugal, 1992.

No caso da associação Diclofenac/Misoprostol, o produto não está ainda comercializado, mas tem já um preço aprovado pelas autoridades portuguesas. Foi com base neste preço que se calculou o respectivo custo da dose média diária.

Para o cálculo do custo da terapêutica com antiinflamatórios, usaram-se ainda como pressupostos que:

- a) no caso da artrite reumatóide, o tempo médio de prescrição de Aine é de 90 dias (todo o período considerado no estudo);
- b) no caso da osteoartrose, o tempo médio de prescrição é de 30 dias; e
- c) com base na informação recolhida nas publicações do IMS-Portugal, do total de doentes em tratamento com estas duas patologias, cerca de 13% sofrem de artrite e 87%, de osteoartrose, tendo-se recorrido a estes valores como instrumento de ponderação para os cálculos (ver Quadro 2).

Considerou-se, ainda, que qualquer dos medicamentos incluídos no estudo é usado indistintamente em ambas as patologias.

XI.3.3.3 - Os custos do tratamento da úlcera péptica

Para estimar os custos de diagnóstico e tratamento da úlcera péptica em Portugal, recorreu-se a diversas fontes. Assim, realizou-se um inquérito, junto a clínicos gerais da região de Lisboa, que forneceu dados sobre o seu perfil de actuação; recorreu-se à opinião de peritos (um gastroenterologista e um cirurgião geral) para estimar o *standard* de tratamento da doença em ambulatório por parte de médicos especialistas; finalmente, no que respeita à fase de internamento, a fonte utilizada foi o Ministério da Saúde, nomeadamente as estatísticas hospitalares recolhidas pelo Serviço de Informação para a Gestão de Serviços de Saúde (SIGSS).

XI.3.3.3.1 - Ambulatório

A frequência de actos médicos considerados foi obtida através de um inquérito efectuado junto a clínicos gerais, devidamente preparado para fornecer informação sobre o perfil médio de actuação deste grupo de clínicos perante uma situação-quadro de doentes com uma das patologias articulares pré-definidas, com prescrição de Aine, que se apresentam com queixas dispépticas. Os resultados foram os seguintes:

QUADRO 5

Frequência de Actos Médicos em Ambulatório

A. Consulta inicial	
• N ^o de consultas após as queixas dispépticas	1
B. Fase sintomática	
• % de doentes que faz RX de estômago	11,5%
• % de doentes que faz endoscopia	16,5%
• Consultas associadas à endoscopia	1
• N ^o de consultas médicas (CG)	1
C. Doentes com UP confirmada	
• Consultas de <i>follow-up</i> após 1 ^a endoscopia	1
• Endoscopia de <i>follow-up</i> (% de doentes)	80%
• Consultas associadas à endoscopia	1
• Consultas de especialidade por mês	1
• Tempo de consumo de inibidores H2 (semanas)	6
D. Doentes com testes negativos	
• N ^o de consultas por mês	1
• Endoscopia de confirmação (% de doentes)	38%
• Consultas após alta hospitalar	1,6

Na fase de diagnóstico, cada doente, em média, consome duas consultas de clínica geral, sendo em 11,5% dos casos prescrito um exame radiológico do estômago e/ou do duodeno e em 16,5%, uma endoscopia.

Nos casos em que se confirma o diagnóstico de úlcera péptica, é realizada uma consulta de clínica geral adicional, e referenciados para um médico especialista, gastro ou cirurgião geral, uma média de 5% dos doentes, os quais "gastam", neste nível de cuidados, em média, uma consulta mensal. Destes doentes, em 80% dos casos é prescrita uma segunda

endoscopia para *follow-up*. A este conjunto de doentes que se apresenta ao médico de clínica geral com queixas dispépticas são prescritos medicamentos inibidores H2, em média durante seis semanas.

Nos casos em que os exames iniciais se revelam negativos, os doentes fazem mais uma consulta de clínica geral por mês, sendo prescrito a 38% deles uma endoscopia de confirmação do resultado inicial.

Nos casos em que se verifica internamento hospitalar, a média de consultas de *follow-up* é de 1,6 por doente.

XI.3.3.3.2 - Internamento

Em relação ao internamento, usou-se a informação relativa aos hospitais públicos, devido à escassez de informação referente ao sector privado e pelo facto de cerca de 85% das camas hospitalares pertencerem ao SNS, sendo portanto este largamente maioritário na prestação de cuidados em regime de internamento.

Em 1992, verificaram-se 3.085 internamentos com diagnóstico de úlcera péptica, dos quais 851 (27,6%) tiveram tratamento cirúrgico.

Os dados relevantes em relação aos episódios de internamento são apresentados no Quadro 6.

QUADRO 6
Frequência de Actos Médicos em Hospitalização

- Demora média médica	10,4
- Demora média cirúrgica	15,0
- % de admissões cirúrgicas	27,6%
- Dias em unidades de cuidados intensivos (UCI) por doente cirúrgico	0,07
- Biópsias em conjunto com 1 ^a endoscopia	100%
- Taxa de internamento	3%

XI.3.3.3.3 - Custos unitários dos actos médicos considerados

Os custos unitários foram calculados, no caso do ambulatório, através de médias ponderadas pela utilização estimada dos valores constantes das tabelas de preços do SNS, das tabelas de convenção do SNS com o sector privado e ainda de valores correntes de mercado "integralmente privado", obtidos por amostragem junto a uma policlínica de Lisboa. Esta substituição de uma lógica de custos por uma outra de preços deve-se à inexistência de informação sobre os custos de produção dos actos médicos realizados em ambulatório. Neste contexto, o recurso a preços ponderados pelos níveis de utilização deverá ser aceite como a melhor simulação dos custos reais.

No caso do internamento, usaram-se médias ponderadas dos preços das tabelas do SNS por cada Grupo de Diagnóstico Homogéneo (GDH) considerado, valores esses que são calculados em função dos custos de produção apurados nos hospitais, englobando todo o tipo de actos prestados durante o período de internamento. A ponderação foi feita levando em conta o número de casos codificado em cada um dos GDH considerados como pertinentes.

QUADRO 7 **Custos Unitários**

(Valores em Milhares de Escudos)	
Consultas C.G.	3
Endoscopia alta	12
Exame RX	7,5
Biópsia	6
Consulta hospitalar	8,5
Internamento médico	195,6
Internamento cirúrgico	580,2

Fonte: IGIFMS, prática privada, Ordem dos Médicos.

Para o cálculo do custo médio por episódio de internamento com tratamento médico, foram considerados os GDH 174 e 175 — hemorragia gastrointestinal —, 176 — úlcera péptica complicada — e 177 e 178 — úlcera péptica não complicada. Para os casos com tratamento cirúrgico,

utilizaram-se os GDH 154 e 155 — intervenções no esófago, estômago e duodeno —, tendo-se calculado os custos médios dos episódios de úlcera péptica pela respectiva demora média e pelo custo por dia de internamento daqueles GDH.

Quanto aos custos com medicamentos para tratamento dos sintomas dispépticos, consideraram-se as formas comerciais mais usadas no mercado português, tendo-se estimado um valor ponderado de 19.400\$00 como custo do tratamento durante as seis semanas indicadas pelo inquérito.

XI.4 - Resultados

XI.4.1 - Quantificação dos custos de tratamento de úlcera péptica

Com base na árvore de decisão clínica e nos preços dos actos médicos descritos anteriormente, apresentam-se no Quadro 8 os custos directos em cuidados de saúde com o tratamento de casos de úlcera péptica resultante do consumo de Aine, para um período de três meses. Tomando em consideração o percurso de cada doente sofrendo de osteoartrite (OA) ou artrite reumatóide (AR) apresentado na árvore de probabilidades (secção XI.3.2 deste estudo), os custos unitários por doente em tratamento com Aine são os seguintes:

QUADRO 8

Custos de Tratamento de Úlcera Péptica

(Valores em Escudos)	
Aine	Custo Trat. de UP
Diclofenac	8.849
Nimesulide	10.298
Piroxicam	12.893
Naproxen	11.867
Ibuprofen	12.712
Média ponderada	10.415
Assoc.Dicl./Misoprostol	7.025

O custo para a média ponderada (pelas actuais quotas de mercado em valor) dos Aine existentes é de 10.415 escudos. Para o novo produto, o custo estimado é de 7.025 escudos, inferior ao valor médio em 3.390 escudos por doente em tratamento com Aine.

XI.4.2 - Comparação de resultados

Adicionando os custos da terapêutica com cada um dos Aine, a fim de obter os custos directos totais da sua utilização, obtemos os seguintes resultados (ver Quadro 9):

QUADRO 9

Custos Totais e Comparação com a Média Ponderada dos Aine

(Valores em Escudos)				
Aine	Custo Trat. UP	Custo Terapêutica Aine	Custo Total	Diferença em Relação à Média Ponderada
Nimesulide	10.298	16.824	27.122	5.599
Piroxicam	12.893	8.436	21.329	194
Naproxen	11.867	12.020	23.887	2.364
Ibuprofen	12.712	4.496	17.208	(4.315)
Diclofenac	8.849	6.247	15.096	(6.427)
Média ponderada	10.415	11.108	21.523	-
Ass. Diclo./ Misop.	7.025	12.670	19.695	(1.828)

Neste prisma de análise, a comparação da média ponderada com cada um dos Aine e com a associação Diclofenac/Misoprostol resulta em acréscimo de custos, nos casos do Nimesulide e do Naproxen, e em redução de custos nos restantes (ver Quadro 9).

O Diclofenac é o Aine que apresenta o custo total por doente em tratamento mais baixo. Em relação à associação Diclofenac/Misoprostol, embora reduza a prevalência de complicações gastroduodenais, o elevado preço do produto, em comparação com o preço de mercado do Diclofenac, motiva um custo total médio superior em 4.599 escudos quando comparado com o Diclofenac prescrito isoladamente.

Importante é também a conclusão de que a utilização de Aine, com um custo médio ponderado de 11.108\$00 por doente, gera um consumo de outros cuidados de saúde para tratamento de úlceras pépticas associadas de montante quase idêntico (cerca de 10.415\$00 por doente em tratamento com Aine). Na verdade, os custos unitários totais da utilização dos Aine nas patologias em análise são da ordem dos 21,5 contos por doente medicado, e não apenas os 11 contos que resultam da consideração exclusiva do custo dos Aine.

XI.5 - Discussão

A realização deste tipo de estudos reveste-se sempre de uma dificuldade acrescida devido à escassez da informação disponível à partida. Tal facto obriga os autores a recorrerem com frequência a métodos alternativos para suprir a falta de informação, pois raramente é possível dispor do tempo e do financiamento indispensáveis à elaboração de metodologias prospectivas de recolha de dados, sem dúvida o método mais robusto e fiável, embora também não isento de falhas e erros.

A transposição para a realidade nacional de resultados de estudos efectuados noutros países e a realização de inquéritos e painéis para obtenção de informação não existente nas estatísticas de rotina são exemplos desses métodos, a que, também neste estudo, os autores recorreram.

A sua adopção é, hoje em dia, corrente na elaboração de estudos deste tipo. De facto, as alternativas situam-se no plano de nada fazer, justificando esta atitude com a inexistência de informação fiável de base que permita a realização dos estudos, ou avançar com a sua elaboração, baseada em alguns casos em pressupostos não inteiramente testados do ponto de vista empírico. Esta alternativa conduz a uma progressiva construção do conhecimento, estimulando o aparecimento de novos caminhos de investigação neste importante domínio de questões sociais.

Aliás, a metodologia de avaliação económica de programas na área da saúde, ao propor a efectivação de uma análise de sensibilidade, consciente que muito dificilmente se poderá dispor de todos os dados robustos e fiáveis a 100%, procura deste modo ultrapassar esta limitação.

No caso concreto deste estudo, alguns pontos são merecedores de crítica. A utilização de estudos internacionais sobre a prevalência de úlcera péptica em doentes consumidores de Aine é uma questão que se justifica pela não existência de motivos para diferenciar a população portuguesa das que integraram os estudos publicados, nos aspectos relevantes para este assunto.

O *standard* de actos médicos foi obtido junto a um grupo de clínicos gerais da região de Lisboa e generalizado a todo o país. Também aqui não se identificam razões substantivas que levem a estimar que os comportamentos médicos, neste tipo de patologias, se diferenciem conforme a região.

O estudo pode ainda ser criticado pela não consideração do impacto dos potenciais efeitos secundários do Misoprostol, certamente geradores também de algum acréscimo nos custos dos cuidados de saúde. Este facto deve, no entanto, ser contrabalançado, no nível da interpretação dos resultados, pela consideração exclusiva de custos e benefícios directos (directamente ligados ao consumo de cuidados de saúde), deixando de fora da análise todas as conseqüências habitualmente designadas como benefícios indirectos, ou seja, de acordo com a metodologia do capital humano, a valorização do tempo livre de doença através do valor da produção que esse tempo proporciona.

Na verdade, se uma tecnologia de saúde proporciona um menor nível de doença, as suas conseqüências manifestam-se em termos de redução de custos com cuidados de saúde, benefícios directos (neste caso o valor do tratamento dos casos de úlcera péptica evitados) e também quanto ao valor do tempo livre de doença que se pode transformar em capacidade produtiva, benefícios indirectos. Numerosos estudos de avaliação económica no âmbito da saúde apontam estes últimos como os mais significativos, pelo que a sua não inclusão neste estudo introduz uma importante margem de segurança na apreciação dos resultados.

Um outro aspecto que reforça o carácter conservador do estudo é a não consideração da mortalidade evitada, fruto da redução do número de casos de úlcera péptica.

XI.6 - Conclusões

Para o actual espectro de consumo de Aine para tratamento da artrite reumatóide e da osteoartrose em Portugal, que se pode estimar num total de cerca de 420 mil habitantes, 4,5% da população total, os custos de tratamento com Aine, para um período de três meses, é em média de cerca de 11,1 contos, sendo que os custos incrementais para tratamento de úlcera péptica associada ao consumo de Aine são de 10,5 contos por doente tratado, ou seja, um total de cerca de 21,5 contos por doente. Pode-se pois concluir que o custo real da utilização dos Aine nestas patologias é duas vezes superior ao custo "directo" dos medicamentos.

Tomando como referência o preço aprovado para a associação Diclofenac/Misoprostol em 1992, a sua utilização reduziria significativamente o número de casos de úlcera péptica causados como efeito secundário do uso de Aine. Em termos económicos, pode-se dizer que este medicamento proporciona uma poupança de 3.390\$00 por doente em cuidados de saúde para tratamento de casos de úlcera péptica.

Em termos globais, a redução de custos proporcionada pela introdução da associação, para o nível de preços de 1992, é de 1.828\$00 por doente em tratamento, considerando que o consumo deste medicamento se fará em substituição a todos os outros Aine considerados no estudo, de forma proporcional à sua quota de mercado actual.

Assim, se estimarmos que o novo produto pode atingir uma quota de mercado de 20%, ou seja, atendendo à estimativa de prevalência indicada no Quadro 2, cerca de 80 mil doentes com prescrição deste fármaco, pode-se esperar uma redução no total dos gastos em cuidados de saúde da ordem de 146 mil contos, derivada do menor número de casos de úlcera péptica verificados.

Em conclusão, o uso da associação Diclofenac/Misoprostol revela-se economicamente favorável, desde que se tenha em conta a globalidade dos cuidados de saúde, e não apenas os gastos com medicamentos, o que parece, sem dúvida, a perspectiva mais adequada para encarar o problema.

Bibliografia

- AKEHURST, Ron. An evaluation of the cost of arthritis. *British Journal of Medical Economics*, n. 5, p. V-VI, 1992.
- BEARDON, P.H.G. *et al.* Gastrointestinal events in patients prescribed nonsteroidal anti-inflammatory drugs: A controlled study using record linkage in Tayside. *Q J Med*, v. 71, p.497-505, 1989.
- COLES, L.S. *et al.* From experiment to experience: side effects of non-steroidal anti-inflammatory drugs. *American Journal of Medicine*, n. 74, p. 820-828, 1983.
- COLLINS, A.J. e DU TOIT, J.A. Upper gastrointestinal findings and faecal occult blood in patients with rheumatic diseases taking non-steroidal anti-inflammatory drugs. *British Journal of Rheumatology*, n. 26, p. 295-298, 1987.
- DOWNIE, W. The treatment of arthritis: a survey of current medical and patient opinion. *British Journal of Medical Economics*, n. 5, p. 1-6, 1992.
- DRUMMOND, M. *et al.* Economic Evaluation of Pharmaceuticals. A European Perspective. *PharmacoEconomics*, v. 4, n. 3, p. 173-186, 1993.
- FRIES, J.F. *et al.* Towards an epidemiology of gastropathy associated with non steroidal anti-inflammatory drug use. *Gastroenterology*, v. 90, p. 647-655, 1989.
- GIERCKSKY, K.E. *et al.* Epidemiology of NSAID induced gastrointestinal problems and the role of cimetidine in their prevention. *Aliment Pharmacol Therap*, n. 2 (Suppl I), p. 33-41, 1988.
- GRAHAM, D.Y.*et al.* Prevention of NSAID induced gastric ulcer with Misoprostol: multicenter double-blind placebo-controlled trial. *Lancet* 1988, ii: 1277-1280.
- HUSBY, G. *et al.* A double-blind multicenter trial of piroxicam and naproxen in osteoarthritis. *Clin. Rheumatology*, n. 5, p. 84-91, 1986.

- KNILL-JONES, R. *et al.* Economic evaluation of gastric ulcer prophylaxis in patients with arthritis receiving non-steroidal anti-inflammatory drugs. *Postgrad Med Journal*, n. 66, p. 639-646, 1990.
- KNILL-JONES, R. An economic evaluation of Arthrotec in the treatment of arthritis. *The British Journal of Medical Economics*, v. 5, p. 51-58, 1992.
- KURATA, J.H. e HAILE, B.M. Epidemiology of peptic ulcer disease. *Clin. Gastroenterology*, v. 13, p. 289-307, 1984.
- MARINI U. *et al.* Double-Blind Endoscopic Study Comparing the Effect of Nimesulide and Placebo on Gastric Mucosa of Dyspeptic Subjects. *Drug Investigation*, v. 2, n. 3, p. 162-166, 1990.
- MORRIS, A.D. *et al.* Effect of anti-inflammatory drug administration in patients with rheumatoid arthritis. An endoscopic assessment. *Scand. Journal of Rheumatology*, v. 16 (Suppl 67), p.131-135, 1981.
- ROBINSON *et al.* Effect of ranitidine on gastroduodenal mucosal damage induced by non steroidal anti-inflammatory drugs. *Dig Dis Sci*, n. 34, p. 424-428, 1989.