

As peculiaridades do mercado de serviços de saúde

JOSÉ DUARTE DE ARAÚJO*

1. Introdução; 2. Conceituação de serviços de saúde e sistemas de saúde; 3. Características do consumidor; 4. Características do sistema produtor; 5. O problema das economias externas; 6. Comentários finais.

1. Introdução

Na maioria dos países do mundo ocidental, nos quais predomina a economia de mercado, os serviços de saúde são prestados mediante pagamento direto aos médicos ou demais profissionais responsáveis pela sua execução.

Existe uma grande margem de variação quanto à forma de pagamento, quanto à participação dos diferentes tipos de previdência social no custeio, quanto à proporção de serviços considerados de interesse público e cuja responsabilidade de prestação é reconhecida como sendo dos governos etc.

Em que pese essas variações, permanece a característica fundamental de que os serviços são prestados por profissionais liberais e seus auxiliares, trabalhando em instalações apropriadas e usando os equipamentos adequados ao tipo especializado de atividade, num complexo que se convencionou denominar de Sistema de Prestação de Serviços de Saúde. A maior parte deste Sistema é operada dentro de moldes característicos de iniciativa privada, e nele movimentam-se e interagem os que consomem e os que produzem os serviços de saúde.

Encontra-se de um lado, por parte da população, uma *procura* por serviços de saúde, traduzida em termos econômicos pela capacidade de pagar

* Coordenador de ciências da saúde, do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq.).

(direta ou indiretamente) pelos serviços recebidos e, de outra parte, uma *ajerta* de serviços por um complexo sistema composto em sua essência pelos profissionais de saúde, os quais operam na expectativa de receber o justo pagamento pelos serviços prestados.

Na aparência estaria assim caracterizado um *mercado* de serviços de saúde na acepção econômica do termo. Todavia, desde que há cerca de duas décadas começaram os primeiros estudos sistemáticos sobre economia médica ou economia da saúde, ficou aparente que os serviços de saúde apresentam certas peculiaridades que entram em nítido conflito com as chamadas "leis do mercado".

Gradualmente firmou-se uma forte corrente de opinião defendendo o ponto de vista de que os serviços de saúde são um tipo de bem ao qual não se aplicam as leis do mercado. Neste caso não se pode esperar que, ao contrário do que ocorre com a maioria dos bens de consumo, o livre jogo da oferta e da procura venha a resultar na alocação adequada dos serviços à população, de modo a atender aos desejos ou às necessidades de todos.

Do ponto de vista econômico, para o adequado funcionamento de um mercado é indispensável que os consumidores saibam o que desejam (ou de que necessitam) e como satisfazer esses desejos (ou necessidades). É também necessário que os bens ou serviços sejam produzidos em condições competitivas e vendidos a um preço que reflita adequadamente o custo de sua produção e seu valor (utilidade) para o consumidor. Pressupõe-se ainda, livre acesso ao mercado e amplo fluxo de informação entre os participantes das transações. Há fortes indicações de que estes postulados básicos não se aplicam aos serviços de saúde.

Este tipo de enfoque do problema tem sido muito comum em outros países e pouco freqüente no Brasil. No momento em que uma nova geração de administradores e de economistas está sendo educada em cursos de pós-graduação que oferecem áreas de opção em política de saúde, administração de saúde ou até mesmo em economia médica, é oportuno trazer o tema para debate e enfocá-lo não apenas dentro de uma visão global mas, particularmente, à luz de nossa realidade. Este, o objetivo do presente trabalho.

2. Conceituação de serviços de saúde e sistema de saúde

Por serviços de saúde entendemos as ações ou procedimentos que têm como principal objetivo a promoção, a conservação ou recuperação da saúde daqueles que deles se beneficiam. Dentro dessa conceituação ampla, tais serviços abrangem desde a educação sanitária, as campanhas sanitárias encetadas pelos órgãos públicos de saúde, até as visitas aos consultórios médicos, as internações hospitalares, as intervenções cirúrgicas etc. Conquanto a conceituação ampla seja a correta para os fins a que nos propomos, de discutir o mercado de serviços de saúde, é indispensável restringir o conceito de *serviço de saúde* àquelas ações para as quais existe uma procura espontânea, ou seja, uma demanda efetiva em termos econômicos. Dentro desta conceituação limitada estariam incluídos predominantemente os serviços orientados para a recuperação da saúde (consultas médicas e odontológicas,

hospitalizações, atos cirúrgicos etc.) e, numa medida variável com o grau de educação ou com o nível econômico das populações, um elenco de medidas preventivas tais como imunizações, acompanhamento pré-natal, exames periódicos de saúde etc., para os quais já existe também alguma demanda efetiva. Como se vê, os limites entre o conceito amplo e o conceito limitado são artificiais e sujeitos a modificações na dependência de fatores socioeconômicos. O fundamental é distinguir que há serviços de saúde, para os quais existe uma demanda traduzida pela procura espontânea e pela capacidade de pagar, e há outros serviços para os quais, num determinado contexto socioeconômico, essa demanda não é manifesta. É conveniente destacar desde logo que não se deve confundir demanda com *necessidade*, diferença essencial sobre a qual teceremos considerações mais adiante.

É importante também desde já reconhecer que pode existir, e existe em determinadas circunstâncias uma procura evidente por serviços de saúde sem a correspondente capacidade de pagar, o que do ponto de vista estritamente econômico não poderia ser considerado como *demanda*, embora inegavelmente o seja do ponto de vista social.

O modo como a sociedade se organizou para prestar os serviços de saúde solicitados e/ou necessários à população evoluiu através dos tempos e hoje constitui uma realidade complexa que pode ser mais bem apreendida mediante um enfoque sistêmico.

O que se convencionou em nossos dias denominar de *sistema de serviços de saúde* abrange a todos os indivíduos, equipamentos, instalações administrativas, cujo objetivo seja a promoção, a conservação ou a recuperação da saúde. Os vários componentes deste complexo sistema, que têm como denominador comum o seu objetivo, podem ser mais bem entendidos como subsistemas com características próprias de composição e de operação, de funções e de responsabilidades que os tornam bem distintos apesar do objetivo comum.

Um documento do Ministério da Previdência e Assistência Social¹ nos dá uma posição oficial sobre a questão.

De acordo com este documento, que define sistema como “a articulação de um conjunto de instituições interdependentes”, o Sistema Nacional de Saúde compreende três subsistemas:

- a) Saneamento e controle do meio ambiente;
- b) Prestação de serviços de saúde às pessoas;
- c) Atividades de apoio ao sistema.

Desde que as atividades do subsistema de Saneamento e controle do meio ambiente, bem como aquelas de apoio ao próprio sistema são desenvolvidas inteiramente sob a responsabilidade do poder público, estando portanto fora do mercado, interessa pois ao nosso estudo apenas o subsistema de prestação de serviços de saúde às pessoas. Este sistema abrange três setores:

¹ Ministério da Previdência e Assistência Social. *Sistema Nacional de Saúde*. Brasília, INPS, 5-8 ago. 1975. Para uma conceituação mais ampla de *sistema de saúde*, veja Chaves, M. *Saúde e sistemas*. Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, 1972.

- a) *setor privado*: de fins lucrativos e comerciais;
- b) *setor fechado*: das corporações militares e das mutualidades limitadas;
- c) *setor público*: exercido por instituições oficiais e por entidades privadas de fins sociais ou filantrópicos, para o público em geral.

A nosso ver esta divisão não espelha claramente a nossa realidade, pelas seguintes razões:

- a) O setor privado em si é bastante complexo e abrange desde os consultórios de médicos e dentistas, exercendo a clínica, nos moldes tradicionais, aos grupos de prática médica, até às grandes cooperativas e empresas médicas cujos sistemas de remuneração pelos serviços prestados variam amplamente. Este é o setor que funciona essencialmente dentro do mercado.
- b) O chamado "setor fechado" ou é parte do setor público (as corporações militares) ou, no caso das mutualidades, está na fronteira do setor privado e de certa forma participa do mercado.
- c) As instituições filantrópicas gradualmente passaram a receber também uma clientela paga (predominantemente previdenciária) e a rigor não podem ser consideradas como do setor público.
- d) Finalmente, o que é da maior importância, o Ministério da Previdência Social — pela magnitude dos seus gastos com serviços pessoais de saúde, seja mediante prestação direta, seja através de compra desses serviços a terceiros (setor privado, instituições filantrópicas etc.) — permeia todo o subsistema, como um *grande comprador* e passa a ter uma influência preponderante no mercado, quase configurando o que Samuelson² chama de *monopsony*, ou seja, o inverso do monopólio — um monopólio de compradores.

Alguns autores, ao se referirem aos subsistemas de serviços de saúde que operam com as características de iniciativa privada utilizam o termo *indústria de serviços de saúde* que enfatiza o seu aspecto empresarial e a crescente presença do capital em sua organização e operação.³

3. Características do consumidor

A rigor toda a população é constituída de consumidores, em grau variável, de serviços de saúde, como dos demais bens e serviços oferecidos pela sociedade.

Quando visto sob esse prisma peculiar, de consumidor de serviços de saúde, o cidadão médio apresenta-se com características que o distinguem nitidamente da sua posição, por exemplo, como consumidor de alimentos, vestuário ou de outros bens de consumo. Algumas dessas características, que entram em contradição com as leis do livre mercado, necessitam de uma análise mais cuidadosa.

² Samuelson, Paul A. *Economics*. 8. ed. New York, McGraw Hill, 1970. Na tradução para o português (p. 620) encontra-se a expressão *Monopsonio* que, de acordo com as raízes gregas, indica a existência de "um comprador único" (*monos* = único, *opsóneim* = comprar).

³ Klarman, H. E. *The economics of health*. New York, Columbia University Press, 1965. Veja também Fuchs, V. R. *The contribution of health services to the American economy. Milbank Memorial Fund Quarterly*, n. 44, p. 65-103, 1966.

A primeira delas é a *falta de conhecimento do consumidor*. Com a exceção óbvia de que o eventual consumidor seja ele mesmo um profissional de saúde, pode generalizar-se a afirmativa de que falta ao cidadão médio o conhecimento necessário para julgar a necessidade que tem de um determinado serviço de saúde e, mais ainda, de avaliar a quantidade dos serviços de que precisa ou a qualidade e a eficiência (ou eficácia) dos serviços que recebe. No caso da saúde, o consumidor não só não tem o conhecimento, como depende da informação do próprio produtor (vendedor) sobre a qualidade do produto e até mesmo sobre a quantidade a ser adquirida. Mais ainda: o consumidor sob o *stress* da doença não está em condições de julgar, ou seja, ocorre exatamente o oposto da aquisição de outros bens ou serviços em que se pode pressupor um conhecimento satisfatório por parte de quem consome, não só dos seus desejos e necessidades, como também do grau de utilidade que para si representam os bens ou serviços adquiridos ou consumidos. É bem verdade que nas sociedades dominadas pela mania do consumo as técnicas de *marketing* e a avassaladora onda de propaganda nos *mass media* tornam duvidoso o grau de informação real do consumidor mesmo nas transações comuns do mercado. No entanto, mesmo com esta ressalva a situação contrasta de maneira flagrante com o que ocorre na procura e aquisição dos serviços de saúde. No momento em que um cidadão toma consciência de que necessita da atenção de um dentista, ou de um clínico geral, por exemplo, ele está inteiramente à mercê do profissional que vai decidir quais os atos especializados são necessários ao paciente, qual a sua quantidade e duração, quais os medicamentos que deverá ainda adquirir e consumir, e durante quanto tempo, fatos estes amplamente justificados pelas características altamente especializadas dos serviços a serem prestados (ou consumidos). O paciente (consumidor) pode no máximo ter um conhecimento de referência da boa qualificação do profissional procurado e esperar que o mesmo aja de acordo com o melhor conhecimento atual de sua profissão, mas definitivamente não dispõe dos meios de exercer julgamento sobre o serviço pelo qual está pagando. Este conhecimento por parte do comprador é considerado uma condição essencial para o funcionamento de um mercado livre.

Ainda do ponto de vista do consumidor, outra dificuldade séria é a de distinguir o que é *necessidade* e o que é *demand*.

O conceito de *demand* é estritamente econômico, e segundo Castro & Lessa⁴ é "o volume de bens e serviços que a comunidade está disposta a adquirir a determinados preços". Assim sendo, a *demand* por serviços de saúde é função da renda pessoal, do preço dos serviços e da importância que os indivíduos atribuem aos mesmos.

Já o conceito de *necessidade* é bem mais amplo e variável de acordo com o contexto socioeconômico e cultural, de uma parte, e com o nível de

⁴ Castro, A. B. & Lessa, C. F. *Introdução à economia*. Rio de Janeiro, Editora Forense, 1967. p. 29. No caso de serviços de saúde também se observam diferenças na elasticidade da *demand* para tipos diversos de serviço, p. ex., a *demand* de serviços de prótese dentária é bem mais elástica que a de extrações, a de cirurgia plástica que a de cirurgia abdominal etc.

percepção dos indivíduos, de outra. No que diz respeito aos serviços de saúde, esta conceituação ampla de *necessidade* comporta dois tipos de restrições. Em primeiro lugar, independentemente do nível sociocultural da sociedade, existe um mínimo de serviços de saúde que podem ser considerados essenciais e indispensáveis. É claro que, na medida em que as sociedades se desenvolvem econômica e socialmente, este mínimo considerado essencial tende a aumentar pela incorporação de novos serviços e técnicas que antes não eram assim considerados. Surgiu mesmo a noção do *direito à saúde* a qual tem sólida base humanística e jurídica, mas acarreta sérias implicações do ponto de vista econômico, como já analisamos em trabalho anterior.⁵

De qualquer maneira, é indiscutível o fato de que em nossos dias cada sociedade, de acordo com os seus valores éticos e com suas possibilidades econômicas, reconhece a existência de determinados serviços de saúde a que todos indivíduos têm direito, independentemente do seu poder aquisitivo.

Outro aspecto a ser considerado é o das *necessidades sentidas e não sentidas*, vale dizer, das necessidades percebidas pelo próprio indivíduo em confronto com aquelas que os técnicos e especialistas em saúde consideram como válidas ou até mesmo essenciais, independentemente da percepção individual. A diferença entre essas duas categorias é pequena no que diz respeito às medidas de recuperação de saúde do indivíduo doente, porém torna-se pronunciada quando se trata das medidas de promoção e manutenção da saúde no âmbito da medicina preventiva e da saúde pública.

A tendência moderna tem sido alargar a gama dos serviços considerados de saúde pública, o que vem sendo feito com apoio não só da classe médica como de toda a sociedade. Só mais recentemente é que começaram a erguer-se vozes contra este fenômeno da crescente *medicalização* da sociedade. O mais eloqüente desses críticos, Ivan Illich,⁶ leva a extremos seu ataque ao *establishment* médico. Todavia, pondo de parte os seus exageros fica da sua análise uma séria denúncia ao aumento artificial das necessidades de serviços de saúde para atender aos interesses da indústria produtora desses serviços em busca da ampliação do seu mercado.

Em 1969, Osvaldo Campos⁷ estudou o problema da necessidade *versus* demanda reconhecendo o fato de que o Estado deve interferir ativamente no processo de produção e aquisição de serviços de saúde para corrigir as imperfeições do mecanismo de mercado. Ele recomendou ainda a aplicação das técnicas de planejamento de saúde com o objetivo de quantificar as *necessidades reais* de serviços de saúde e identificar o hiato entre essas necessidades e a demanda expressa economicamente. O interesse público

⁵ Araújo, J. Duarte de. The right to medical care and its economic consequences: an American dilemma. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, n. 6, p. 317-27, 1972. Neste trabalho destaca-se o conflito entre o "direito à saúde" proclamado pela sociedade norte-americana, e as desigualdades resultantes da prestação de serviços de saúde no sistema de livre empresa.

⁶ Illich, Ivan. *A expropriação da saúde*. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1976.

⁷ Campos, O. O estudo da demanda e das necessidades e sua importância para o planejamento de saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, n. 3, p. 79-81, 1969.

exigiria o atendimento das necessidades reais e não apenas da demanda efetiva, freqüentemente abaixo daquelas.

Um documento oficial da Organização Panamericana de Saúde⁸ distingue as *aspirações*, as *necessidades* e a *demanda* por serviços de saúde e considera que diferentes comunidades, embora possam ter as mesmas necessidades de serviços de saúde, dependentes de fatores biológicos e ambientais, freqüentemente revelam, por motivos de ordem social e cultural, *aspirações* diferentes e, devido às variáveis de ordem econômica, também expressam demandas distintas entre si.

Para aqueles que planejam a operação do sistema de saúde o que importaria considerar seriam as necessidades. Cumpre não esquecer, todavia, a quem vai caber a responsabilidade do custeio das necessidades que superem a demanda efetiva.

4. Características do sistema produtor

Como já definimos anteriormente, o sistema de prestação de serviços de saúde é um complexo heterogêneo do qual participam em proporções variáveis o governo e a iniciativa privada. Também já assinalamos o fato de que o setor privado tende em alguns países a se organizar em moldes empresariais, assumindo as características de uma indústria de serviços.

Da mesma forma que os *consumidores*, também o sistema produtor de serviços de saúde apresenta peculiaridades em sua estrutura e em seu comportamento, que o diferenciam dos demais sistemas de produção que operam no mercado de bens e serviços.

Na opinião de Victor Fuchs,⁹ uma das características especiais da indústria de serviços de saúde é a *restrição à entrada de novos produtores no mercado*. A formação dos profissionais de saúde é longa, de difícil acesso, e de alto custo (seja em termos de gastos efetivos, seja em termos de *custos de oportunidade*), o que limita o número de profissionais habilitados.

Em vários países há ainda a dificuldade adicional dos *exames de estado* os quais, justificados em defesa da boa qualidade dos serviços, constituem mais uma barreira à entrada de novos profissionais no mercado.

Outra característica essencial a destacar é que mecanismos considerados normais no mercado de bens e serviços, tais como a *propaganda e a competição de preços são, no caso da saúde, mal vistos e até mesmo expressamente condenados pelo Código de Ética*.¹⁰ Segundo Fuchs “estas práticas restritivas significam que uma avaliação do *output* e da *performance* da indústria (de serviços de saúde) pelos economistas não pode ser levada adiante usando os mesmos pressupostos que seriam apropriados para a avaliação de uma indústria mais competitiva”.

⁸ Organización Panamericana de la Salud. *Sistemas de Salud*. Washington, 1972. (Publicación científica, n. 284.)

⁹ Fuchs, V. R. op. cit. O autor chama a atenção para os aspectos monopolistas do exercício das profissões da saúde.

¹⁰ Conselho Federal de Medicina. *Código de Ética Médica*. *Diário Oficial da República*, jan. 1965.

Esta caracterização da produção de serviços de saúde como uma indústria leva necessariamente a uma discussão do *mecanismo de determinação dos preços* destes serviços, desde que os mesmos não estejam sujeitos aos mecanismos usuais para outros bens e serviços.

Há aqui algumas práticas ou tradições estranhas às normas econômicas, e que precisam ser analisadas.

Uma delas é a da prestação de serviços gratuitos aos indigentes. Esta prática, de tradição milenar, reflete a atitude humanista dos responsáveis pela prestação dos serviços de saúde diante da procura de serviços por indivíduos que deles necessitam, mas que não podem pagar. Em termos econômicos isto representaria uma transação fora do mercado: uma demanda sem suporte financeiro. É óbvio que todo serviço tendo um custo, eventualmente alguém tem de pagar pelo serviço prestado gratuitamente, ou então o seu custo é uma deseconomia para o fornecedor.

Esta prática evoluiu muito, através dos anos, e gradualmente o atendimento aos não-pagantes foi-se organizando em obras pias, misericórdias etc., até os nossos dias em que o poder público passa a avocar a si o pagamento dos serviços prestados a essa parcela da população. É o que ocorre, por exemplo, nos Estados Unidos com a criação do *Medicaid* que custeia os serviços de saúde para os chamados "indigentes médicos" (*medicalli indigent*) e, em outros países, com a universalização da previdência social. Vem assim o progresso da legislação social corrigir uma situação anômala do ponto de vista econômico.¹¹

Dentro da mesma linha de comportamento profissional está aquilo que Klarman¹² denominou de "*sliding scale of fees*", ou seja, uma escala móvel de preços que permite cobrar de cada um, de acordo com a capacidade de pagar.

Em meconquência das peculiaridades aludidas, não é difícil imaginar quais os mecanismos empregados para fixar os preços de um tipo de serviço que é prestado em condições tão diversas das do livre mercado. Estaria aqui aberto o campo para a discriminação de preços e outras práticas nitidamente monopolistas. Estes aspectos do problema foram cuidadosamente analisados desde 1958 por Kessel.¹³

5. O problema das economias externas

Por definição, economias externas são os efeitos positivos ou negativos que resultam, para terceiros, de uma determinada transação econômica. Os serviços que trazem grandes economias externas de modo geral são levados a efeito pelo governo pois os benefícios são distribuídos largamente e falta

¹¹ Sommers, Anne R. *Health care in transition: direction for the future*. Chicago, Hospital Research and Educational Trust, 1971. A autora analisa as tendências da organização de assistência médica num país rico. Nos Estados Unidos é considerado "indigente médico" o indivíduo com renda familiar abaixo de US\$3.000 anuais.

¹² Klarman, H. E. op. cit.

¹³ Kessel, R. A. Price discrimination in medicine. *Journal of Law & Economics*, v. 1, p. 20-53, 1958.

aos indivíduos isolados o estímulo para realizar despesas em benefício de terceiros.

No caso de serviços médicos, consideremos por exemplo um caso tratado de febre tifóide. Além dos evidentes benefícios para o paciente, com este tratamento quebra-se um elo na cadeia de transmissão da doença, beneficiando indiretamente todas as pessoas que poderiam ser contagiadas pelo indivíduo doente. Aqui, em termos econômicos, embora haja nítida economia externa, o benefício marginal individual das despesas com o tratamento excede nitidamente o benefício marginal social (para a comunidade). Ainda em relação à mesma doença, se considerarmos o custo de uma vacinação, veremos que o benefício marginal para o indivíduo já não é claramente mais alto do que o benefício marginal social: o indivíduo com a vacina se protege contra um risco hipotético de adoecer; para a comunidade, cada indivíduo que se vacina aumenta a imunidade de massa e afasta o risco de uma epidemia. Se formos um passo além e considerarmos outra medida para prevenir a febre tifóide (e também inúmeras outras doenças), qual seja o saneamento básico, veremos que o custo é tão alto e os benefícios tão difusamente distribuídos que, para cada cidadão isolado, o benefício marginal seria muito pequeno e não justificaria o seu investimento. Daí, serviços como os já mencionados serem considerados como de utilidade pública e, conseqüentemente, realizados mediante financiamento do governo.

Estes efeitos externos fazem com que a tendência a consumir espontaneamente os serviços de recuperação de saúde seja bem maior que a de buscar serviços de natureza preventiva ou de promoção da saúde. Em conseqüência, se os serviços de medicina preventiva são considerados necessários do ponto de vista técnico, não se pode todavia confiar no mercado para sua adequada distribuição: é indispensável a iniciativa dos órgãos públicos. Esta, aliás, é a lógica econômica subjacente a todo o movimento de saúde pública que desde a primeira metade deste século vem beneficiando grande parte da humanidade.

Toda a pesquisa médica que resulta em vastas economias externas, da mesma forma somente pode ser custeada pelo poder público, pois é um tipo de gasto sem nenhum benefício marginal privado, salvo no caso especial da indústria farmacêutica.

6. Comentários finais

Do exposto, podemos concluir que há razões suficientes para considerar que a prestação de serviços de saúde foge às normas que regem o mercado de bens e serviços. Como decorrência natural deste fato, pode-se também concluir que a alocação desses serviços na dependência dos mecanismos comuns do mercado leva necessariamente a sérias falhas na sua distribuição entre as diferentes camadas da população. Está aí em grande parte a origem da má distribuição espacial dos serviços, das desigualdades do nível de atenção médica prestada aos grupos populacionais em função da sua

renda e até mesmo da inflação dos custos dos serviços de saúde que em países como os Estados Unidos já alcançou níveis alarmantes.

Diante dessas conclusões é importante cogitar que medidas podem ser tomadas para assegurar às diferentes camadas da população os serviços médicos necessários com as características indispensáveis de qualidade, acessibilidade e eficácia.

Uma primeira opção seria a de tentar enquadrar a prestação de serviços de saúde dentro das leis do mercado. Acreditamos que se pode liminarmente afastar esta hipótese, pois a maior parte das peculiaridades da prestação dos serviços de saúde, que acabamos de analisar, constitui características inerentes ao exercício de profissões as quais além da alta complexidade técnica envolvem aspectos éticos bastante delicados. Tentar aplicar simplesmente as normas do mercado aos serviços de saúde, submetendo-os rigorosamente à lei da oferta e da procura, resultaria em modificações capazes de desfigurar o exercício das profissões de saúde, enfatizando suas características de indústria e desprezando os seus aspectos de ciência, arte, ou até mesmo de sacerdócio, como tanto apreciam dizer aqueles que os ministram. Na realidade, qualquer tentativa de submeter a prestação de serviços de saúde rigidamente aos postulados do sistema de mercado iria de encontro à própria natureza desses serviços e à ética que deve reger os seus profissionais.

No outro extremo está a opção da completa retirada dos serviços de saúde do sistema de mercado e a assunção, pelo poder público, da total responsabilidade pelo sistema de prestação destes serviços, tanto de promoção e manutenção da saúde, como os de recuperação dos indivíduos doentes, estes mais estreitamente ligados à tradição do sistema de mercado. Aqui, tenderia a desaparecer a distinção entre necessidade e demanda, desde que o objetivo fosse o atendimento pleno das necessidades. Desapareceria qualquer motivação de lucro, mas desapareceriam igualmente, muitas das características liberais do exercício das profissões da saúde.

Esta opção foi logicamente adotada pelos países de economia socialista. Todavia, o que é muito significativo, passou a ser também a opção adotada em grau variável em países de economia capitalista, dentre os quais o exemplo clássico é a Grã-Bretanha, com o seu Serviço Nacional de Saúde em funcionamento há quase três décadas, com inegável êxito, apesar de eventuais problemas.¹⁴

Na grande maioria dos países capitalistas de economia mais desenvolvida, o reconhecimento das dificuldades e das distorções ocasionadas pelo funcionamento de um *mercado livre* de serviço de saúde deu lugar à instituição dos seguros de saúde, figurando a Alemanha como pioneira no campo.¹⁵

Atualmente há uma tendência generalizada à redução da faixa de serviços de saúde pagos diretamente pelo consumidor, passando a responsabilidade do custeio aos seguros ou ao sistema de previdência social. Dentro deste

¹⁴ British Medical Association. *Health services financing*. St. Albans, Fisher, Knight, s.d.

¹⁵ Coube a Bismarck, no século passado, o mérito de ter criado o primeiro sistema de seguro de saúde destinado a dar cobertura à classe assalariada da Alemanha.

quadro nota-se mais ainda que gradualmente passam a ganhar terreno as formas de seguro estatal de saúde por oposição aos seguros particulares.

Um interessante caso a considerar é o dos Estados Unidos, bastião da livre iniciativa e da prestação de serviços médicos na base do pagamento direto (*fee for service*) onde em 1964 foi aprovado o *Medicare*, que é um programa estatal que assegura serviços de saúde gratuitos aos maiores de 65 anos (13% da população americana). Pouco depois foi aprovado outro programa, o *Medicaid*, que reconhece a responsabilidade do poder público (governo federal e estados) pelo pagamento dos serviços de saúde prestados aos “indigentes médicos” como já foi dito anteriormente. Mais recentemente, acham-se em discussão no Congresso propostas para criar um seguro estatal de saúde, afastando o seguro por empresas particulares.¹⁶ Como se vê, há uma tendência nítida para inseri-los no universo dos chamados serviços de interesse público mesmo nos países de economia capitalista mais ortodoxos.

No caso particular do Brasil, observa-se — como já foi anteriormente mencionado — um sistema misto em que coexistem os serviços prestados no mercado à pequena parcela de população capaz de pagamento direto, e um sistema previdenciário em expansão que já oferecia, em 1971, cobertura a 67,22% da população urbana.¹⁷

Existe ainda uma incipiente indústria de seguros privados de saúde com participação majoritária das empresas internacionais, as quais ao verem reduzida a sua clientela nos países de origem buscam no Brasil seus novos mercados. Este é, contudo, um fenômeno que se opõe à tendência histórica de evolução do sistema de saúde que é nitidamente no sentido de maior responsabilidade e participação do Estado.

Outra face do problema é que a parcela da população que não pode pagar os serviços médicos de que necessita nem está coberta pela previdência social obviamente não dispõe de recursos para o pagamento de prêmios de seguros particulares de saúde. Para este contingente humano, que em nosso país pode ser estimado como da ordem de 20 a 30 milhões de pessoas, não há outro meio de assegurar os serviços de saúde indispensáveis à satisfação de suas necessidades mínimas, a não ser sob a responsabilidade estatal.

Resta apenas discutir a forma como o Estado irá assegurar estes serviços. Mais uma vez, ainda observando a tendência histórica nos países de economia capitalista, a hipótese mais provável é a de que se amplie a cobertura de previdência social até alcançar a sua universalização. Neste caso, mesmo preservando a forma de exercício das profissões de saúde com suas características de atividade liberal, com pagamento pelos serviços prestados, será possível ao Estado, na qualidade de maior comprador, exercer o indispensável controle sobre a qualidade, a acessibilidade, a adequação e a distribuição dos serviços, tarefa bastante difícil com o sistema fragmentário que existe em nossos dias.

¹⁶ Sommers, A. op. cit.

¹⁷ Ministério do Trabalho e Previdência Social. *Assistência Médica na Previdência Social*. Brasília, 1973.

Será também de esperar que a indústria de serviços de saúde seja induzida a adotar formas de organização e de funcionamento mais eficazes e passe a preocupar-se com o barateamento dos custos operacionais. Será diante de preocupações desta ordem que se poderão confirmar vantagens dos sistemas de pré-pagamento a exemplo da Kaiser-Permanente, da Califórnia,¹⁸ ou do Health Insurance Plan (HIP), da área de Nova Iorque, sobre os sistemas tradicionais de pagamento por unidades de serviços, preferidos pelas companhias privadas de seguro, e defendidos pelas associações da classe.

Assim, quaisquer que sejam os caminhos que o sistema de prestação de serviços de saúde venha a trilhar em nosso meio, provavelmente o resultado final será a adoção de um modelo que retire esses serviços do chamado "livre mercado" dentro do qual, pela sua própria natureza, e pelas características especiais dos profissionais que são responsáveis pelos mesmos, jamais será alcançada a sua adequada distribuição para atender à demanda e às necessidades da população. Esta, a lição que resulta do enfoque do problema sob o prisma da economia entendida como "ciência que estuda a melhor maneira de distribuir os recursos escassos para atender aos desejos de toda a população".

Summary

In most western-world countries, where a market economy prevails, health services are rendered against direct payment to doctors and related professionals.

Most of what is conventionally called a health-service system is operated by private enterprise.

The costs of health services vary according to how they are paid for, the share of the various types of social-welfare organizations involved with them, and the proportion of the services considered as public interest (the latter being recognized as governments responsibility).

About two decades ago, when the first systematic studies appeared on medical or health economics, it became evident that health services present certain peculiarities which clearly conflict with "market laws".

From the economic viewpoint, it is indispensable for the adequate functioning of the market that three requirements be fulfilled:

1. the consumer must know which goods and services he needs, and how to satisfy such needs;
2. such goods and services should be produced under competitive conditions; and
3. they should be sold at prices reflecting their production costs and usefulness to the consumer.

¹⁸ Sommers, Anne R. ed. *The Kaiser Permanente Medical Care Program, a symposium*. New York, The Commonwealth Fund, 1971. Nos grandes centros urbanos do nosso país já começaram a atuar organizações similares que prestam serviços integrais de saúde a grupos de segurados em convênio com empresas empregadoras e com a previdência social.

It is also assumed that consumers should have free access to the market, and that an ample flow of information should exist between transacting parties.

There are strong indications that these basic postulates do not apply to health services.

This article intends to raise such an issue and have it discussed by the new generation of administrators and economists attending post-graduate courses on health policy, health administration and medical economics. The author presents it not only generally but particularly in the light of the Brazilian reality.

The author defines both health services and health systems, as well as the characteristics of the consumers of these services and the systems which produce them.

Based on the analysis of the personal health service subsystem — the only one of the National Health System's three subsystems, where Government participates — the author concludes that the rendering of health services does not follow the rules of the goods and services market.

Therefore, allocating such services through market mechanisms results in flaws in their distribution to the different population strata, such as: inadequate spacial distribution; the degree of medical attention varies according to patients' income levels; inflationary costs of the services etc.

He analyzes the viability of some alternatives to avoid such flaws. He suggests that the trend seems to indicate the adoption of a modal where health services be withdrawn from the "free market" by enlarging government social welfare until it covers all of this country's population.

COMUNICAÇÃO EM PROSA MODERNA

Othon M. Garcia

5.^a edição

Obra revolucionária no campo da expressão em língua portuguesa, ensina não apenas a escrever, mas principalmente a pensar com eficácia e objetividade e a escrever sem a obsessão do purismo gramatical, mas com a clareza e a coerência indispensável a fazer da linguagem, oral ou escrita, um veículo de comunicação e não de escamoteação de idéias.

CUSTOS

UM ENFOQUE ADMINISTRATIVO

George S. G. Leone

Esta obra supre a lacuna representada, até aqui, pela ausência de um livro-texto de contabilidade de custos especialmente destinado a professores e alunos dos cursos regulares das escolas de administração e, de um modo geral, a gerentes financeiros e tantos quantos lidem com custos e análise contábil e financeira.

A extraordinária receptividade alcançada pela primeira edição — esgotada em poucos meses — impôs ao Editor sua imediata reimpressão, revista, e ao Autor sua reformulação. A partir desta tiragem, **Custos — Um enfoque administrativo** apresenta-se em dois volumes: o primeiro correspondendo à edição original, o segundo reunindo as soluções aos exercícios e problemas contidos naquele, com maior proveito para os claros objetivos didáticos da obra em seu conjunto.

À clareza expositiva do primeiro volume, acrescenta-se agora a possibilidade de dinamizar os trabalhos escolares, pois tanto o professor quanto o aluno contarão agora com meios de verificar a aprendizagem de maneira prática e rápida. E aqueles que, por si mesmos pretendem recordar ou entrar pela primeira vez em contato com a matéria disporão de meios para avaliar os próprios esforços e aproveitamento.

Em todas as livrarias

Pedidos à EDITORA DA FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS

Praia de Botafogo, 188 — CP 9.052 — ZC-02

Rio de Janeiro — RJ