

Recuperação de custos em unidades públicas de saúde: subsídios para o debate sobre novas fontes de financiamento*

Maria de Fátima Siliansky de Andreazzi**

Sumário: 1. Introdução; 2. Origens das políticas de recuperação de custos via captação de recursos privados; 3. Análise de experiências internacionais; 4. A discussão brasileira.

Palavras-chave: custos de serviços de saúde; financiamento do setor saúde; privatização no setor saúde.

Este artigo revisa as experiências internacionais com políticas de implementação de recuperação de custos em unidades públicas de saúde, especialmente através da cobrança aos usuários.

Cost recovery in public health facilities: a contribution to the debate on new sources of financing

This paper summarizes the international experience with the implementation of cost recovery in health care facilities, especially through the charges to its users.

1. Introdução

Este artigo é fruto da revisão bibliográfica que foi realizada para o desenvolvimento da pesquisa *Demanda de atenção hospitalar: padrões de configuração do "mix" público/privado na utilização de serviços públicos*, apoiada pela Red de Investigaciones en Sistemas y Servicios de Salud del Cone Sur e pelo Centro Internacional de Investigación para el Desarrollo de Canadá, durante o ano de 1996.

Na verdade, o tema ultrapassa o escopo daquele trabalho, que objetivava identificar a demanda de possuidores de fontes de financiamento privado que utilizam hospitais públicos, visando a subsidiar as propostas de ressarcimento obrigatório, por parte dos planos privados de saúde ao SUS, pelo atendimento aos segurados desses planos. Sua maior utilidade se dá em outro campo: o das propostas de financiamento de unidades públicas de saúde no Brasil que implicam a diversificação das fontes, através da captação de recursos privados, como solução para a queda dos recursos da seguridade social. Há algumas experiências em andamento no país, mas ainda não se encontram, na literatura, os resultados obtidos, o que não impede que vários atores a defendam.

* Artigo recebido em mar. e aceito em set. 1997. A autora agradece os valiosos comentários dos colegas da UFRJ, professores Luís Fernando Tura, Marco Antonio R. de Andreazzi e Regina Helena Simões Barbosa.

** Professora assistente de administração e planejamento de saúde do Departamento de Medicina Preventiva da UFRJ, mestre em saúde coletiva (Ensp/Fiocruz) e especialista em saúde internacional (Opas).

A denominada política de recuperação de custos (*cost recovery*), em unidades públicas de saúde, via captação de recursos privados tem sido internacionalmente estimulada por organismos financeiros. Como veremos, embora não tão completos como se gostaria, já existem resultados publicados sobre ela, que devem ser levados em conta nesse atual debate. Essa política tem sido especialmente implementada através de dois mecanismos:

- a) nos sistemas financiados por fontes fiscais, pela cobrança ao usuário pelos serviços prestados (*user charges*);
- b) nos sistemas financiados por seguro social, pela implantação de franquias e co-pagamentos.

Este artigo divide-se em três seções, além desta introdução: a primeira trata das origens e bases teóricas das políticas de recuperação de custos através da captação de recursos privados, especialmente pela cobrança ao usuário. A segunda analisa experiências internacionais. A terceira busca extrair pontos que possam ser úteis para o caso brasileiro.

2. Origens das políticas de recuperação de custos via captação de recursos privados

Na segunda metade da década de 80, identifica-se o grande impulso internacional em prol da denominada recuperação de custos dentro do setor público de saúde, embora esta fosse uma prática que já ocorria em países industrializados e em desenvolvimento. O marco dessa proposta, opinião esta também partilhada por Campino (1995) e por seus próprios promotores (Banco Mundial, 1993), dirigido especialmente aos países em desenvolvimento, foi o documento do Banco Mundial *Financing health services in developing countries — an agenda for reform* (Akin, Birdsall & de Ferranti, 1987). A agenda de reformas incluía quatro elementos fundamentais:

- a) cobrança ao usuário;
- b) incentivo ao desenvolvimento dos seguros privados de saúde;
- c) emprego eficiente dos recursos governamentais;
- d) descentralização.

As principais justificativas apresentadas eram que:

a) havia insuficiência de recursos para a área de saúde e que estes estavam mal distribuídos, privilegiando a atenção curativa, considerada um bem de natureza preferentemente “privada”, em detrimento da preventiva, bem “público”; para o primeiro caso, com base em estudos de demanda anteriormente realizados, evidenciava-se uma disposição de pagar por parte da população, o que já efetivamente ocorria, seja ao setor privado oficial, seja ao tradicional;

b) a atenção gratuita implicava uma ineficiência, pelo lado da demanda, na utilização dos diversos níveis de hierarquia do sistema, em que as unidades de cuidados primários, de menores custos, eram subutilizadas pela população, em detrimento dos hospitais, o que se poderia reverter por uma cobrança baseada em custos reais;

c) o sistema era inequívoco, pois os “ricos”, ao terem acesso gratuito, utilizavam mais o serviço que os “pobres”; um sistema de cobrança diferenciada por renda permitiria transferir recursos captados dos primeiros para subsidiar os segundos.

Tais propostas foram implementadas em diversos graus pelo mundo afora, sob os auspícios dos mecanismos de fomento do Banco Mundial e de outros organismos financeiros internacionais. Encontramos referências de sua implantação em muitos países: Sudão (Bekele & Lewis, 1986), Zaire (Moens, 1990), Zimbábue (Hecht, Overholt & Holmberg, 1993), Níger (Weaver et alii, 1994), Nigéria (Vogel, 1994), Mali (Kegels, 1994), Quênia (Mwabu, Mwanzia & Liambila, 1995), China (Xingyuan et alii, 1993), Papua Nova Guiné (Thomason, Mulou & Bass, 1994), Peru (Gertler, Locay & Sanderson, 1987), Jamaica (Lewis & Parker, 1991) e El Salvador (Fiedler, 1993). Márquez (1990), numa extensa revisão de mecanismos de controle de custos no continente americano, cita outros exemplos: Bolívia, Colômbia, República Dominicana, Guatemala, Honduras, México, Panamá, Chile e Uruguai. De fato, em cada uma das referências encontramos muitas mais, de modo que o fenômeno parece estar bastante disseminado. Ressaltamos que a maioria dos países assinalados encontra-se entre os que apresentam piores indicadores de desenvolvimento econômico, de saúde e de gasto *per capita* com saúde e cujos sistemas de saúde públicos são financiados predominantemente por fontes fiscais (Banco Mundial, 1993). A colocação relativamente tardia dessas reformas no Brasil se deve, a nosso ver, também ao retardo da implantação de políticas econômicas de corte “neoliberal” havido no nosso caso. Os porquês da relação entre essas duas políticas veremos agora, na discussão de seus determinantes.

De um modo geral, aponta-se a crise econômica dos anos 80 e as conseqüentes restrições fiscais ao setor público de saúde como determinantes das propostas. Encontramos essa linha de análise tanto no documento do Banco Mundial (Akin, Birdsall & de Ferranti, 1987) quanto em todas as outras referências aqui citadas.

Achamos importante sair do que entendemos estar em um nível fenomênico e fenomenológico do problema para nos determos no que consideramos a sua gênese, que repousa na mudança das relações de acumulação capitalista nessa fase recente, que se tem convencido denominar de “neoliberalismo”.

A recuperação de custos via cobrança ao usuário é um mecanismo que transfere diretamente a este a carga da cobertura de seus gastos com saúde, seja para substituir a carga indireta impositiva (via impostos), seja para aumentar a carga financeira total com saúde. Essa transferência, dada a magnitude dos gastos envolvidos, tende a ser parcial, caso não sejam desenvolvidos mecanismos de seguro privado concomitantes. Tal proposta é coerente com o novo padrão de acumulação, dos pontos de vista econômico, político e ideológico.

É um fato amplamente conhecido que a economia mundial enfrenta, desde a década de 70, uma reversão de sua tendência de crescimento verificada após a II Guerra Mundial, tanto da produção quanto da produtividade. Cresce, em paralelo, a concorrência intercapitalista, particularmente entre os oligopólios japoneses e alemães e os norte-americanos, sendo que os primeiros haviam passado inicialmente por um processo de reestruturação industrial, que mudou consideravelmente a composição orgânica do capital, tendo como resultante a maior densidade tecnológica e o desemprego da mão-de-obra (Teixeira, 1994). O diagnóstico da crise evidentemente faz-se segundo interesses de classe subjacentes. No campo não subordinado ao capital, ressalta-se a tese marxista da queda tendencial da taxa de lucro das economias capitalistas e também da superprodução, ou melhor, do subconsumo das massas, relativo à capacidade produtiva global (Sweezy, 1970; Novelo, 1995). No campo do capital, destaca-se a tese “neoliberal”, que procura eliminar todos os fatores que impeçam a plena acumulação do capital e que constituíam, em grande medida, o padrão anterior de desenvolvimento das economias capitalistas, baseado na regulação estatal do investimento e do consumo (Oliveira, 1988). O essencial da política econômica “neoliberal” compreende: a desregulamentação das atividades produtivas e do mercado de trabalho; a quebra de barreiras alfandegárias; a diminuição da carga fiscal que incide sobre o capital; o aumento da extração da mais-valia, através da redução salarial e da extinção de garantias trabalhistas; a privatização de todas as atividades passíveis de desenvolvimento pelo capital. A diminuição dos gastos sociais do Estado, portanto, não é um aspecto transitório dos processos de ajuste econômico, e tampouco constitui descaso político com a população. Ao contrário, é um elemento estrutural, resultante da chamada crise fiscal do Estado, dada pela disputa pela utilização dos fundos públicos entre investimentos privados ou benefícios públicos, ou mesmo pelo colapso do próprio encolhimento do Estado, no campo fiscal, preconizado por esse padrão de acumulação.

O keynesianismo representou, naquela conjuntura de crescimento pós-II Guerra, o arcabouço, no campo das idéias, de uma alternativa de desenvolvimento da sociedade ainda sob a égide do capitalismo, se apresentando como resposta às suas crises cíclicas e contrapondo-se ao crescimento da participação política das

massas populares e ao avanço ideológico do socialismo, assim como o militar da União Soviética. Do mesmo modo, o neoliberalismo representa o arcabouço, no campo ideológico, do pleno desenvolvimento dos oligopólios sem as barreiras que se contrapunham a isso, com a crise aberta no Leste europeu. A falsificação ideológica mais marcante do neoliberalismo reside no fato de que o livre mercado regulador da alocação de recursos e benefícios, que se apresentava como tese, à época, progressista dos economistas clássicos, já há tempos se transformou no mercado regulado pelos oligopólios transnacionais, daí, inclusive, a impropriedade de sua denominação “liberal” (Feijóo, 1995).

A quebra do Estado, de suas instituições e seus potenciais mecanismos redistributivos é uma necessidade não apenas econômica no neoliberalismo, mas também política, enquanto o Estado for potencialmente permeável à influência das massas populares através dos mecanismos da democracia formal. Constitui, assim, um arcabouço de nova política social, baseada na responsabilidade individual e no discurso assistencialista, sem grandes comprometimentos fiscais do capital.

Evidentemente, as propostas de financiamento do setor saúde que aqui estudamos constituem o ajuste setorial congruente com esse padrão de acumulação. Assim como no campo da macroeconomia, as justificativas que embasam essas propostas também são falsificações ideológicas, pois não encontram correspondência na realidade. Essa tese é que procuraremos desenvolver em seguida, a partir da análise de experiências internacionais.

3. Análise de experiências internacionais

Procuraremos aqui avaliar a política de financiamento por meio da recuperação de custos, via captação de recursos privados — cobrança ao usuário e desenvolvimento de seguros privados —, verificando em que medida os seguintes objetivos propostos se efetivam:

- a) capacidade de geração de recursos adicionais;
- b) eficiência na utilização de recursos sanitários;
- c) equidade.

Geração de recursos adicionais

A capacidade de geração de recursos adicionais foi um objetivo que pôde ser mais bem avaliado em todas as experiências. Os números devem ser comparados com cuidado, já que parece não haver uniformidade no denominador utilizado, alguns incluindo gastos totais, outros excluindo destes os gastos com pessoal:

- a) Níger (um hospital de referência) — recuperação de 16% dos custos operacionais totais, sendo que 22% dos custos ambulatoriais e 5% referentes a internações, em 1987 (Weaver et alii, 1994);
- b) Zimbábue — recuperação de 2% dos gastos correntes em 1990, 5% em 1993 e 8% em 1994, com uma cobertura de 62% das contas hospitalares pagas (Hecht, Overholt & Holmberg, 1993);
- c) Zaire (um distrito sanitário) — recuperação de 60% dos custos operacionais em 1987 (Moens, 1990);
- d) El Salvador — recuperação de 7,6% das transferências do Ministério da Saúde aos hospitais e 9,6% aos centros e postos de saúde, em 1990, num total de 4,02% para todos os serviços; em 1992, 3,75% desse total (Fiedler, 1993);
- e) Guatemala — recuperação de 2% dos gastos do Ministério da Saúde, em estudo realizado em 1986 (Márquez, 1990);
- f) Jamaica — recuperação de 1,5% dos custos dos serviços do Ministério da Saúde, em estudo de 1989 (Márquez, 1990);
- g) Panamá — recuperação de 10% dos gastos do Ministério da Saúde, em estudo de 1987 (Márquez, 1990);
- h) Peru — recuperação de menos de 3% dos gastos do Ministério da Saúde, em estudo de 1987, sendo que 80% dos pacientes hospitalizados são pagantes (Márquez, 1990);
- i) Argentina — recuperação de 20 a 30% dos custos ambulatoriais dos seguros sociais, em estudo de 1987 (Márquez, 1990).

Os pequenos valores assinalados representam as limitações estruturais de tal proposta. Uma primeira limitação seria a pequena capacidade de pago da maioria da população desses países. Akin e seus colegas (1987) tinham conhecimento do problema, tanto que propunham o estabelecimento de tarifas que representassem de 3 a 5% dos ingressos anuais de uma família de baixa renda e, mesmo, previam isenções das tarifas. Tais valores, na proposta original e nos casos analisados, de fato são baixos, da ordem de US\$0,50 para consultas ambulatoriais, US\$2 por semana de internação, considerando uma série de isenções. Em consequência, verifica-se que os preços praticados no setor público estavam inferiores aos custos reais dos serviços e, evidentemente, aos preços praticados pelo setor privado concorrente.

O melhor resultado alcançado num distrito sanitário do Zaire pode ser atribuído à implementação conjunta de um plano de pré-pagamento local que, em 1987, após um ano de funcionamento, já alcançava a cobertura de 59,4% da população.

Um elemento fundamental não encontrado nessas experiências refere-se aos custos administrativos que o sistema deve implementar e operar para se adaptar a esse mecanismo de financiamento e qual a sua participação sobre a arrecadação observada. Tais custos decorrem do próprio processo de contabilização e cobrança, e também da avaliação sócio-econômica da população para determinar os isentos. De fato, as experiências deduzem (Hecht, Overholt & Holmberg, 1993) que a implementação de um efetivo sistema de cobrança deve levar em conta o reforço da capacidade gerencial dos níveis central e local de governo. A cobrança necessita vir acompanhada da existência de um cuidadoso sistema de apuração de custos nas unidades de saúde de cada serviço prestado, do monitoramento dos índices de inflação e da capacitação para elaboração e cobrança das contas médicas. O nível central deve adquirir ou melhorar sua capacidade de avaliação e auditoria sobre o nível local. Caso fosse, de fato, interesse dos empreendedores, haveria de implantar-se um sistema para monitorar impactos sobre a equidade. Tudo isso requer a operação de sistemas de informação e a incorporação de pessoal capacitado nas áreas de administração, planejamento, economia e análise financeira, que, contraditoriamente, países que implementaram essa política referem não possuir em quantidade suficiente para cobrir as demandas do nível local (Hecht, Overholt & Holmberg, 1993).

Um outro aspecto que envolve custos administrativos é o das isenções, que implicam a organização de um sistema que avalie as possibilidades de pagamento dos usuários. Seus custos não são apenas financeiros mas políticos, pois os exemplos reconhecem explicitamente a existência de práticas de fisiologismo e corrupção (Hecht, Overholt & Holmberg, 1993; Fiedler, 1993). Recentemente o próprio Banco Mundial admitiu problemas de custos: “O principal problema do financiamento público universal é que este subsidia os mais favorecidos, que podem pagar os serviços que lhes são prestados, e deixa menos recursos para o governo gastar com os carentes. Medidas que obriguem os que dispõem de meios para pagar a totalidade ou parte de seus custos a fazê-lo podem fazer sentido em termos de justiça social, mas também têm suas desvantagens. *Freqüentemente são altos os custos administrativos de determinar uma clientela-alvo*” (Banco Mundial, 1993).

Há custos judiciais que acompanham a cobrança das contas não-pagas. Há custos políticos da recusa de atendimento aos não-isentos que, por qualquer motivo, resistam à cobrança.

No caso brasileiro, em que existem seguros privados de saúde que viabilizam o pagamento, não diretamente pelo indivíduo, mas indiretamente pelo terceiro pagador (*third payer*), os custos administrativos envolvem ainda a necessidade do relacionamento com inúmeros pagadores, cada um com mecanismos próprios de cobrança e auditoria. Para a avaliação da dimensão desses custos, há de se reportar a um outro tipo de experiência, de mercado mais desenvolvido, e o exemplo mais

conhecido é o norte-americano. Atribui-se, à necessidade de cada hospital operar um sistema complexo para lidar com uma enormidade de pagantes, parcela dos seus altos gastos com saúde, comparados com outros países que possuem apenas um pagador (Himmelstein & Woolhandler, 1986; Glaser, 1991).

A pouca magnitude alcançada no levantamento de recursos adicionais para o setor saúde tem levado ao descrédito da cobrança como alternativa de financiamento. Campino (1995), por exemplo, contesta a tese do Banco Mundial sobre a importância que foi dada a esse mecanismo de financiamento, dado o déficit existente nos gastos públicos com saúde. O que se havia alcançado de recuperação de custos, nos casos por ele estudados, se situava em torno de 1,5 a 8% em três hospitais públicos latino-americanos. Segundo ele, há de se recorrer à via impositiva para a resolução do problema.

Eficiência na alocação de recursos

A maioria dos estudos analisados não utilizou desenhos específicos para a avaliação dessa questão. Procuraremos discuti-la de modo indireto, através dos efeitos encontrados na utilização de serviços de saúde. Estes apontam para uma modificação, de fato, nos padrões de utilização, principalmente para a população de menor renda, com a imposição de barreiras financeiras ocasionadas pela cobrança de tarifas.

Na China (Xingyuan et alii, 1993) foi realizado, em 1988, um inquérito populacional em escala nacional em áreas rurais, procurando comparar utilização e gasto sob diferentes mecanismos de financiamento de atenção à saúde — o pagamento direto e esquemas de pré-pagamento locais. O país foi dividido em três regiões homogêneas, segundo categorias sócio-econômicas. O índice de filiação aos esquemas locais de pré-pagamento variava diretamente com o nível sócio-econômico. Na região mais afluenta, as modalidades de financiamento não alteraram a utilização de consultas médicas, pois a média anual por pessoa foi a mesma, três por habitante/ano. Para as outras regiões de menor nível sócio-econômico, ser segurado aumentava a utilização. O que ainda é mais importante, *a probabilidade de um paciente utilizar um serviço de saúde de maior complexidade era maior para os que pagavam do que para os que tinham seguro, nas regiões menos afluentes*. Esses resultados refutam as teses que justificam a cobrança pelo lado da eficiência. Ou seja, a existência de barreiras financeiras no ato do consumo médico parecem induzir a população à procura de um recurso que lhes pareça mais resolutivo, embora apresente-se com tarifa mais cara, por motivos subjetivos ou objetivos relacionados à maior gravidade do caso.

Outros estudos realizados em países industrializados (Glaser, 1991) que implementaram, nos seus sistemas de seguro social, co-pagamento para alguns procedimentos, visando a conter a superutilização, verificaram que, para não causar uma diminuição na demanda que implicasse efeitos deletérios sobre a saúde, o co-pagamento era geralmente insignificante. Na Alemanha, os custos para coletá-lo

eram maiores do que o ingresso obtido. A curto prazo o co-pagamento diminuía a demanda que, no longo prazo, se regularizava nos patamares anteriores. Essa diminuição da demanda, no entanto, se dava basicamente nos grupos sociais de menor renda e com condições de saúde mais precárias. Caso o co-pagamento fosse significativo e houvesse possibilidades de mercado, os pacientes terminavam por adquirir seguros complementares e não se alterava a sobreutilização de serviços médicos.

Alguns autores consideram (Moens, 1990) a linha de argumentação pelo lado da eficiência supérflua na presença de uma referência obrigatória aos níveis mais custosos do sistema de atenção à saúde.

Equidade

A avaliação da equidade deve considerar seus dois aspectos:

a) a equidade no financiamento — referindo-se à carga financeira segundo níveis de possibilidade de pagamento, sendo considerada progressiva aquela que recaísse proporcionalmente mais nos mais afluentes e regressiva a oposta;

b) a equidade na prestação de serviços — referida à igual probabilidade de recebimento de um mesmo nível de atenção à saúde segundo a necessidade apresentada.

Duas questões, assim, são colocadas:

a) em que medida a variação dos indicadores sócio-econômicos afeta a demanda?

b) em que medida esses indicadores afetam a oferta, ou seja, as respostas dadas pelos prestadores de saúde à demanda apresentada?

Para a discussão da equidade no financiamento, poderíamos considerar preliminarmente os resultados de estudos comparativos sobre mecanismos de financiamento de saúde atualmente prevalentes: pagamento direto, seguros privados, seguro social e fontes fiscais. Num recente e discutido estudo que compara 10 sistemas de saúde de países industrializados nos anos 80 (Wagstaff & Van Doorslaer, 1992), o pagamento direto foi considerado o mais regressivo, assim como também o foram os países cujos sistemas de saúde repousavam principalmente na combinação pagamento direto/seguros privados, no caso, EUA e Suíça. No pagamento direto, especialmente nas situações em que não há discriminação de tarifas segundo renda, encontrou-se um mecanismo inverso de justiça fiscal: as famílias de menor renda suportavam maior carga financeira com atenção médica

que as famílias com maior renda. Por outro lado, os mecanismos fiscais foram considerados os mais progressivos.

Podemos visualizar o mesmo fenômeno nos nossos exemplos. No caso chinês (Xingyuan et alii, 1993), cujo sistema de atenção à saúde para a população rural, como vimos, é principalmente financiado por um *mix* de pagamento direto/pré-pagamento local, verificou-se que o percentual sobre a renda com pagamento de tarifas de atenção médica era significativamente maior na região menos desenvolvida do que nas demais: 4,9%, comparada com 1,8% na região mais desenvolvida e 2,3% na intermediária.

O pagamento direto acompanhado de isenções segundo a situação sócio-econômica somente seria progressivo caso houvesse um subsídio advindo da cobrança da população com capacidade de pago, a ser destinado à população com menos recursos. Uma condição indispensável seria que as tarifas praticadas estivessem acima do custo real dos serviços prestados. Não notamos essa preocupação nos casos analisados. Ao contrário, as referências à relação tarifa/custo eram para ressaltar o subsídio existente aos pagantes: no Zimbábue, chama-se a atenção para a defasagem das tarifas em relação à inflação (Hecht, Overholt & Holmberg, 1993); no Níger, a grande maioria das tarifas praticadas era menor, algumas 10 vezes, do que os custos operacionais do hospital em questão, inclusive para diárias em leitos públicos, que eram até mais baratas que as tarifas do setor privado (Weaver et alii, 1994).

O outro aspecto da equidade refere-se à prestação de serviços. Alguns dos indicadores de avaliação que têm sido estudados referem-se a acesso e utilização. Essa questão apresenta dificuldades operacionais, no que toca a desenhos que procurem trabalhar oferta, demanda e utilização num modelo multifatorial hierarquizado. Uma das dificuldades existentes, por exemplo, se refere à aferição da necessidade de saúde, que pode estar sendo realizada de maneiras distintas que dificultam a comparação de resultados (Wagstaff & Van Doorslaer, 1992). Márquez (1990) sugere mesmo que as controvérsias acerca das barreiras ao acesso relacionadas com a cobrança de tarifas não poderiam ser adequadamente resolvidas no momento, pela falta de estudos adequados. No entanto, essas controvérsias não impediram o impulso à proposta.

De fato, ao contrário da avaliação do grau de recuperação de custos alcançado, encontramos poucas referências explícitas à equidade. Em Mali (Kegels, 1994), o hospital rural havia implantado um sistema de cobrança com tarifas que cobriam todos os custos operacionais, com exceção de pessoal, há dois anos. Na avaliação da atenção prestada à população pré-escolar, encontrou-se uma taxa muito baixa de internação hospitalar e uma taxa alta e precoce de mortalidade hospitalar, pela demora na obtenção de atenção médica, ambas atribuíveis às barreiras de acesso decorrentes dos custos do tratamento.

O estudo chinês (Xingyuan et alii, 1993) também evidenciou barreiras ao acesso da população de menor renda, mesmo numa situação em que não haveria barreiras legais, pela possibilidade de acesso a fundos de bem-estar locais, caso

não houvesse condição de pago. Como ocorria com a utilização de consultas médicas, a taxa de internações por mil habitantes era maior para a população segurada do que para os pagantes. Os pagantes da região menos próspera tinham uma taxa que representava quase a metade daquela apresentada pelos pagantes da mais próspera. Quanto aos dias de permanência no hospital por mil habitantes, nota-se também uma diferença entre os segurados, que ficavam mais tempo do que os pagantes. Evidentemente, em que medida isso representa incentivos à utilização de serviços desnecessários embutidos nos seguros, ou diferentes padrões demográficos, de morbi-mortalidade, de oferta de serviços, ou mesmo culturais, seria uma questão para aprofundamento. A conclusão a que se chegou é que, mesmo levando-se em conta esses fatores, os custos da internação, especialmente na região mais pobre, contribuíram muito para explicar as distintas taxas de internação. Além disso, o estudo evidenciou uma importante barreira financeira, em todas as regiões: dos pacientes que obtiveram referência para internação, 7% dos segurados não procuraram os cuidados, comparados a 21% dos pagantes, 66% dos quais disseram não o terem feito por problemas de custos.

No Zaire (Moens, 1990), procurou-se também avaliar diferenças no padrão de utilização de serviços de saúde entre segurados e não-segurados de um plano de pré-pagamento local. As características das populações segurada e não-segurada variaram somente nos extremos de renda, as faixas mais alta e mais baixa tendo um percentual menor de filiação. Embora fazendo as devidas ressalvas referentes aos determinantes da demanda por hospitalização, também aqui verificou-se que a taxa de internações era significativamente maior na população segurada do que na não-segurada.

Na Irlanda (Nolan, 1993), encontramos um trabalho bastante importante para a proposta de *mix* público/privado para o financiamento das unidades públicas: procurou-se avaliar os efeitos que distintos mecanismos de financiamento teriam sobre a utilização de serviços de saúde, através de inquérito em amostra aleatória da população, realizado em 1987. Lá, o sistema público de atenção à saúde é financiado através de três mecanismos, sendo que a população é classificada entre eles segundo variáveis sócio-econômicas, principalmente renda e ocupação: a categoria I recebe cuidados ambulatoriais e hospitalares financiados por fontes fiscais; a categoria II paga pela consulta médica; a categoria III paga pela consulta médica e alguns serviços hospitalares. Para cobrir a parte não financiada pelo Tesouro, o Estado monopoliza a administração de um seguro voluntário. Para utilização de consultas médicas, os resultados alcançados, mesmo controlando variáveis relacionadas positivamente com o fenômeno (idade, sexo, maternidade recente e doenças crônicas), mostraram que os membros da categoria I (gratuidade) apresentaram 1,5 mais consulta no período em questão do que os membros das outras categorias (pagantes). Para as internações, também controlando outras variáveis relacionadas positivamente ao fenômeno (sexo, maternidade recente, utilização de consultas médicas e doenças crônicas), encontrou-se que a qualidade de ser coberto pelo seguro voluntário aumentava a probabilidade de internação e

permanência no hospital, mais do que estar na categoria I (gratuidade), *refletindo, para o autor, uma tendência dos prestadores a privilegiarem a categoria pagante sobre a categoria gratuita*. Tal fato foi também percebido através da análise dos resultados da pergunta sobre os porquês da filiação ao seguro voluntário por membros das categorias II e I (atenção hospitalar gratuita): a maioria referiu-se à facilidade de obter internações.

Enfim, não fomos capazes de encontrar, na literatura, fatos que comprovassem que a implementação da recuperação de custos via cobrança aumentasse o acesso para a população com menos recursos ou diminuísse sua carga financeira com assistência à saúde; ao contrário, os problemas referentes à equidade são com frequência lembrados (Moens, 1990; Bekele & Lewis, 1986; Mwabu, Mwangia & Liambila, 1995; Thomason, Mulou & Bass, 1994; Kegels, 1994). Concluímos pelo caráter, antes de tudo, ideológico da cobrança de taxas aos usuários, como alternativa para o aumento dos recursos para saúde e a promoção da equidade. Não encontra justificativa econômica, pois não é capaz de captar suficientes recursos e é uma forma regressiva, que penaliza a população com menos recursos. Politicamente, reforça as soluções individuais, que terminam sendo menos efetivas do que as demandas coletivas.

Recentemente, o próprio Banco Mundial (1993) rediscutiu as quatro reformas preconizadas em 1987. No entanto, a mudança mais significativa se deu no reconhecimento das incertezas e ineficiências apresentadas pelo crescimento de um mercado segurador de saúde privado, principalmente relativas a falhas na cobertura assistencial e ao aumento dos custos, preconizando, então, o reforço ao mecanismo de seguro social como alternativa. O banco mantém, todavia, sua posição favorável à cobrança, mesmo reconhecendo serem seus benefícios ainda inconclusivos e contraditórios.

Pode-se, finalmente, argüir pela inevitabilidade das soluções “neoliberais” para a organização da economia e, especificamente, do setor saúde. Para esse argumento, somente resta lembrar que o “fim da história” pode ser um doce desejo, mas a observação criteriosa do passado é mais favorável à inevitabilidade do aprofundamento das contradições entre a tremenda acumulação de capital que esse modelo engendra e a crescente exclusão de parcelas cada vez maiores da população dos benefícios que o produto social permite para o desenvolvimento da humanidade.

4. A discussão brasileira

No Brasil, ao contrário de alguns casos assinalados, em que não há sistemas de cobertura de riscos desenvolvidos, encontramos algumas características importantes a considerar:

a) a existência de um mecanismo de financiamento público — combinação de fontes fiscais e seguro social — e de instituições desenvolvidas para a arrecada-

ção desses tributos, *potencialmente capazes de sustentar a universalização com gratuidade, em patamares per capita superiores ao atuais, desde que se eliminem os subsídios ao consumo privado de serviços de saúde hoje existentes, que se utilizem as fontes fiscais da nação, contemplando os interesses mais amplos da população*, e que se imprima eficiência à oferta.

b) a existência de um mercado privado de serviços e planos de saúde desenvolvidos, que já vem absorvendo parte da clientela que se dispõe a ter atenção privada; essa clientela foi calculada em 32 milhões de pessoas com seguros privados de saúde em 1989, aproximadamente 20% da população (Andreazzi, 1991); além disso, segundo a Pnad de 1986, 46 milhões de pessoas haviam pago por serviços de saúde naquele ano (Mendes, 1993), cerca de 30% da população.

Consideramos, no entanto, que, para avaliar adequadamente as potencialidades da captação de recursos privados pelas unidades públicas de saúde ou outras reformas de financiamento da atenção à saúde, há de se verificar se a clientela atual coberta por seguros privados não estaria inflacionada pelos subsídios existentes a pessoas físicas e jurídicas e às próprias seguradoras, algumas de natureza supostamente filantrópica. Face à crise financeira atual do SUS, uma parcela da população obriga-se a comprar seguro de saúde privado. Tais fatos, caso revertidos, certamente deixariam de criar um forte incentivo para a cobertura privada, diminuindo os níveis atuais. Dessa clientela, uma parcela se utiliza de serviços públicos, em função das exclusões apresentadas pelos planos de saúde privados, respaldadas na legislação vigente. Essa clientela potencialmente geradora de recursos privados através de seguros apenas se tornaria real para as unidades públicas se houvesse uma integralidade compulsória dos planos. A localização geográfica desse mercado potencial faria, ainda, que a proposta não fosse factível para o conjunto das unidades públicas de saúde.

A cobrança compulsória, outra reforma potencial, embora ainda não colocada de modo explícito pelo poder público no país, parece encontrar boa acolhida no governo central. Implicitamente, no entanto, há um estímulo para que o nível local cubra o déficit do orçamento da seguridade social destinado à saúde, diversificando suas fontes de financiamento, através da cobrança e/ou de convênios com seguradoras privadas. Tal estratégia do nível local pode significar, para muitos, mais que questão de princípios, uma estratégia de sobrevivência de transição, até que variáveis determinantes do orçamento público possam ser de outra forma controladas. A discussão que se segue dirige-se a essa alternativa visando, à luz dos casos analisados, a identificar que preocupações deveríamos ter e que impactos poderíamos prever com essa reforma.

A existência de um mercado já desenvolvido de serviços privados de saúde implicará, para as unidades públicas de saúde, a necessidade de passarem a contar com estratégias de competição naquele mercado, com exceção de alguns nichos hoje existentes, como, por exemplo, alguns procedimentos de alto custo. É preciso

aqui lembrar que os custos reais de algumas dessas unidades, em decorrência de suas funções de ensino e pesquisa, podem ser mais elevados do que os custos do setor privado. Um preço competitivo, nesse caso, significará um preço subsidiado, a não ser que o Estado abdique daquelas suas funções relevantes.

Um aspecto a considerar são os custos administrativos. A maior parte das unidades públicas de saúde há pouco vem-se capacitando a trabalhar com o pagamento prospectivo do SIH-SUS, mais simples do que as atuais formas predominantes no setor privado: pós-pagamento por ato médico. Essa maior parte não possui sistemas de custos adequados. Muitas não possuem a qualidade de recursos humanos necessária. Haveria de se implantar um sistema de avaliação e auditoria do financiador público, em função da possibilidade da dupla apresentação de contas médicas num sistema universalizado.

Um outro conjunto de aspectos mais relevantes a considerar diz respeito à equidade. Pelo lado do financiamento, a equidade passa pela já citada eliminação dos subsídios públicos aos planos privados de saúde, proposta que inclui o ressarcimento dos atendimentos de emergência às seguradoras privadas. A cessão de abatimentos fiscais a pessoas físicas encontra argumentos contrários em termos do controle da sonegação fiscal dos prestadores de saúde. No entanto, certamente esse controle é distinto para uma miríade de profissionais liberais, clínicas de diagnóstico e tratamento e hospitais, onde poderia caber o argumento, e para empresas de seguro-saúde, em sentido amplo, universo que não alcança os quatro dígitos no país e que já conta com a regulamentação da Susep, que se poderia estender ao conjunto do mercado (Andreazzi, 1991), fatores esses que facilitam um controle fiscal direto nas empresas.

Pelo lado do acesso, há de se considerar se existe excesso de oferta financiada pelo SUS para aquela parcela da população que potencialmente não deveria buscar complementaridade privada. Caso não haja excesso, evidentemente estaríamos dificultando ainda mais o acesso, ao privatizarmos parcela da capacidade instalada. Que população, descontando-se a citada inflação, seria essa? Sabemos que dos atualmente cobertos por planos de saúde privados, aqueles que o fazem via convênios com empresas encontram-se na ordem de 80 a 90% do total (Andreazzi, 1991; Mendes, 1993). O impacto da eliminação dos subsídios a pessoas jurídicas e a algumas empresas seguradoras sobre a sua cobertura seria uma estimativa a ser realizada. Sobre as pessoas físicas, provavelmente apenas as famílias com renda média mensal acima de 40 salários mínimos resultariam em um mercado (considerando-se um custo mensal de R\$200 pelo plano de saúde, equivalente a 5% da renda familiar), sendo seu impacto sobre a cobertura total do seguro de saúde privado, porém, limitado, pelas razões já citadas.

Assim, tomando a taxa de leitos cadastrados no SUS por mil habitantes (Giovannella et alii, 1996), vemos que, com exceção de seis estados, quatro da região Norte e dois da Nordeste, esta fica acima dos 2,42 leitos por mil habitantes apontados pela Portaria Inamps nº 3.046/1982, que ainda tem servido de base para o estabelecimento de padrões de cobertura assistencial, não configurando, no glo-

bal, uma carência de oferta que, não obstante, deveria ter sua distribuição por região e por especialidade mais detalhada para ser mais bem configurada. Lembremos porém que, se apenas considerarmos os leitos públicos, que representam em torno de 20% dessa oferta, tal conclusão fica completamente invalidada. Logo, a discussão da privatização parcial da capacidade instalada pública implica a evidente maior utilização de leitos privados para a cobertura assistencial à população. Tal decisão, portanto, comporta níveis mais complexos de análise, que extrapolam o nível das unidades de saúde e incorporam uma análise de custo-efetividade da oferta regional de serviços hospitalares.

Pelo lado do comportamento dos prestadores, em que já foi constatado o incentivo ao atendimento de pagantes em detrimento dos gratuitos quando coexistem os dois mecanismos na mesma unidade, haveria de se impor barreiras para reverter essa tendência. Uma delas seria um limite à capacidade instalada a ser privatizada, que deveria existir apenas onde houvesse excesso de oferta e corresponder a um máximo relacionado à cobertura da população com seguros privados, estimada já sem os subsídios e, evidentemente, variando conforme a região, pelas razões já citadas. Um outro aspecto seria a proibição da prática profissional privada dentro da unidade pública, que daria um incentivo adicional para a seleção equanimemente negativa dos usuários. A complementação salarial advinda desses leitos privados deveria ser distribuída para todas as categorias profissionais e todos os funcionários. Um outro aspecto fundamental é que os preços praticados devem cobrir os custos de produção dos serviços prestados e gerar receitas adicionais para que o Estado não esteja, de fato, subsidiando a prática privada nos estabelecimentos públicos.

De qualquer modo, dada a importância da equidade, as unidades deveriam obrigatoriamente implementar sistemas transparentes de monitoramento da demanda, de modo a ajustar suas metas, e isso deveria ser prioritário sobre os objetivos de levantamento de recursos.

Nos marcos atuais do SUS, a captação privada implica um ajuste do modelo de gestão, no sentido da autonomia administrativa e financeira das unidades locais. Há compatibilidade com a diretriz constitucional do controle social? Poderia haver, desde que o conselho de gestão dessas unidades estivesse subordinado aos conselhos previstos no SUS, em vez de serem totalmente subordinados à indicação do poder público, como é feito atualmente, podendo, mesmo, ser necessariamente paritários, com seus membros aprovados nos conselhos de saúde correspondentes.

Nossas conclusões, portanto, são as que se seguem:

a) à luz das razões acima apontadas e da experiência internacional aqui analisada, consideramos que, de forma alguma, a implantação de políticas de recuperação de custos via captação de recursos privados constitui solução adequada para a crise financeira atual das unidades públicas de saúde; apontá-la como tal é livrar o poder público da responsabilidade constitucional com a saúde da

população e omitir aspectos essenciais determinantes dessa crise que possam subsidiar os atores sociais capazes de reverter a situação;

b) o ressarcimento ao Estado, por parte das seguradoras privadas de saúde, dos gastos efetuados no atendimento a seus segurados é uma medida necessária para interromper os subsídios regressivos atualmente existentes, ao lado de outras medidas nesse sentido, no campo fiscal;

c) e mais, dadas as características do sistema de saúde no Brasil, acreditamos que muito poucas unidades se enquadrariam nessa possibilidade, se tivermos as preocupações aqui debatidas.

Além disso, devemos considerar que os fóruns políticos do SUS — conferências municipais, estaduais e a X Conferência Nacional de Saúde — repudiaram toda e qualquer modalidade de privatização de serviços de saúde públicos no país. Portanto, qualquer alternativa pontual nesse sentido, para ser legítima, deverá obter o aval da população e demonstrar que seu *modus operandi* não fere os princípios da universalização e da equidade.

Referências bibliográficas

Andreazzi, M. F. S. O seguro saúde privado no Brasil. Rio de Janeiro. Fundação Oswaldo Cruz, 1991. (Tese de Mestrado.)

Akin, J.; Birdsall, N. & de Ferranti, D. *Financing health services in developing countries: an agenda for reform*. Washington, World Bank, 1987.

Banco Mundial. *Relatório sobre o desenvolvimento mundial: 1993. Investindo em saúde*. Rio de Janeiro, FGV, 1993.

Bekele, A. & Lewis, M. A. Financing health care in the Sudan: some recent experiences in the Central Region. *Int. J. Health Plann. Manage*, 1(2):111-27, 1986.

Campino, A. C. C. Alternativas de financiamiento de la atención médica en América Latina y el Caribe. *Revista de Saude Pública*, 29(3):234-42, 1995.

Doorslaer, E. Van & Wagstaff, A. Equity in the delivery of health care: some international comparisons. *Journal of Health Economics*, 11:389-411, 1992.

Feijóo, J. C. V. O Estado neoliberal e o caso mexicano. In: Laurell, A. C. (org.). *Estado e políticas sociais no neoliberalismo*. São Paulo, Cortez, 1995.

Fiedler, J. L. Increasing reliance on user fees as a response to public health financing crises: a case study of El Salvador. *Soc. Sci. Med.*, 36(6):735-47, 1993.

Gertler, P.; Locay, L. & Sanderson, W. Cuotas a los usuarios de los servicios de salud. Análisis de sus efectos potenciales en el Perú. *Bol. Of. Sanit. Panamericana*, 66(103):635-55, 1987.

Giovanella, L. et alii. Equidade em saúde no Brasil. *Saúde em Debate*, 49-50:18-25, 1996.

Glaser, W. A. *Health insurance in practice. International variations in financing, benefits and problems*. San Francisco, Jossey-Bass, 1991.

Hecht, R.; Overholt, C. & Holmberg, H. Improving the implementation of cost recovery for health: lessons from Zimbabwe. *Health Policy*, 25:213-42, 1993.

Himmelstein, D. U. & Woolhandler, S. Cost without benefit: administrative waste in U.S. health care. *N. Eng. J. Med.*, 314:441-5, Feb. 13, 1986.

Kegels, G. Paying for health care instead of buying drugs. An experience from Western Mali. *Ann. Soc. Belg. Med. Trop.*, 74(2):149-60, 1994.

Lewis, M. A. & Parker, C. Policy and implementation of user fees in Jamaican public hospitals. *Health Policy*, 18(1):57-85, 1991.

Márquez, P. Containing health costs in the Americas. *Health Policy Planning*, 5(4):299-315, 1990.

Mendes, E. V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: Mendes, E. V. *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo, Hucitec; Rio de Janeiro, Abrasco, 1993.

Moens, F. Design, implementation, and evaluation of a community financing scheme for hospital care in developing countries: a pre-paid health plan in the Bwamanda Health Zone, Zaire. *Soc. Sci. Med.*, 30(12):1.319-27, 1990.

Mwabu, G.; Mwanzia, J. & Liambila, W. User charges in government facilities in Kenya: effect on attendance and revenue. *Health Policy Planning*, 10(2):164-70, 1995.

Nolan, B. Economic incentives, health status and health services utilization. *Journal of Health Economics*, 12:151-69, 1993.

Novelo, U. F. Estado keynesiano e Estado neoliberal. In: Laurell, A. C. (org.). *Estado e políticas sociais no neoliberalismo*. São Paulo, Cortez, 1995.

Oliveira, F. O surgimento do antivalor. Capital, força de trabalho e fundo público. *Novos Estudos Cebrap* (22), out. 1988.

Sweezy, P. M. *The theory of capitalist development*. New York, Monthly Review Press, 1970.

Teixeira, A. *O ajuste impossível. Um estudo sobre a desestruturação da ordem econômica mundial e seu impacto sobre o Brasil*. Rio de Janeiro, UFRJ, 1994.

Thomason, J.; Mulou, N. & Bass, C. User charges for rural health services in Papua New Guinea. *Soc. Sci. Med.*, 39(8):1.105-15, 1994.

Vogel, R. J. Health care cost-recovery simulations from parametric estimates: methodology and results from Ogun state, Nigeria. *Int. J. Health Plann. Manage*, 9(2):183-98, 1994.

Wagstaff, A. & Doorslaer, E. Van. Equity in the finance of health care: some international comparisons. *Journal of Health Economics*, 11:361-87, 1992.

Weaver, M. et alii. Prospects for reform of hospital fees in sub-Saharan Africa: a case study of Niamey National Hospital in Niger. *Soc. Sci. Med.*, 38(4):565-74, 1994.

Xingyuan, G. et alii. Financing health care in rural China: preliminary report of a nationwide study. *Soc. Sci. Med.*, 36(4):385-391, 1993.