

## Particularidades da Saúde do ponto de vista da análise económica de mercados

Em primeiro lugar, deveríamos reflectir se a análise económica pode ser aplicada ao sector da saúde. Tal como noutros sectores de actividade, existem factores produtivos e preços, explícitos ou implícitos. Deste modo, a análise económica tradicional também pode ser aplicada ao sector da saúde. No entanto, existem factores específicos que obrigam a ajustamentos na análise, sendo diferentes quer as características das instituições (seja pela natureza das suas funções, seja pela sua própria organização interna), quer a existência de regulamentação em praticamente todas as áreas (p.e., licenciamento, preços, qualidade), quer a percepção geral sobre o *produto* do sector. Apesar destas diferenças, muito do comportamento que se observa no sector – quer de indivíduos, quer de instituições – pode ser compreendido com recurso à análise económica.

Existem, portanto, vários factores que tornam o sector de saúde único. Não por não existirem em nenhum outro sector, mas sim por em nenhum outro estarem todos presentes, em simultâneo. Daqui se depreende que os princípios e resultados de análise económica de outros contextos não devem ser importados de ânimo leve para a economia da saúde.

Os factores que se podem considerar diferentes na análise económica no sector da saúde são a própria natureza do bem saúde, as externalidades, a incerteza, a ignorância do consumidor, a procura de cuidados e a estrutura do mercado (imperfeições de mercado, como restrições ao livre funcionamento e existência de instituições sem fins lucrativos).

A saúde é considerada um bem público, de mérito (bem que não seria consumido, de livre iniciativa, pelo consumidor, e de cujo acto de consumir beneficiará não apenas o próprio, mas também outros indivíduos que com ele se relacionem ou mesmo a comunidade), de consumo e de investimento. Existe um juízo de valor no

consumo de serviços médicos que não se encontra no consumo de outros bens. A tradução mais clara deste é o princípio geralmente aceite de que ninguém deve ser privado de cuidados médicos em caso de necessidade, independentemente das suas condições financeiras, traduzindo-se em equidade e acessibilidade, o que se encontra definido na própria Constituição Portuguesa (artigo 64º).

Um exemplo de externalidade é a vacinação, em que o conceito de imunidade de grupo traduz o facto do consumo individual de uma pessoa trazer benefício para o grupo. Além dos casos em que a protecção individual pode constituir um benefício social, existem outros em que a aversão ao risco leva a que indivíduos sem necessidades imediatas ao nível da protecção da saúde sejam contribuintes líquidos do sistema pelo simples receio de riscos futuros, e aqueles que retiram utilidade da simples constatação de existência de um sistema eficiente de protecção na saúde, embora não façam, grande utilização do mesmo.

Existe incerteza, quer quanto ao momento em que se necessita de cuidados médicos, quer quanto ao custo destes, quer quanto ao estado de saúde, quer quanto ao tratamento adequado, quer quanto ao efeito de um tratamento. Ou seja, existe imprevisibilidade quer na doença, quer na *produção*. Esta incerteza levanta alguns problemas, nomeadamente o ter um papel importante para os instrumentos de seguro, seja este privado ou social – com seguro, quem paga é uma entidade diferente de quem beneficia desse bem ou serviço, o que ocasionará uma afectação de recursos totalmente diferente. A incerteza origina assimetrias de informação entre agentes económicos que têm relações entre si, isto é, uma das partes da relação tem maior informação relevante para o valor dessa relação que a outra (um exemplo de ignorância de consumidor será o indivíduo seguir o conselho do médico quanto ao tratamento a realizar, muitas vezes

fornecido pelo próprio médico, confiando que o médico decide com mais informação).

Na procura de cuidados, há que ter em conta a relação de agência que é estabelecida (o lado da procura delega no agente da oferta o processo de decisão relativo à sua função de preferências), a indução da procura pelo prestador (incorporando o médico algumas das suas preferências na função de preferências que lhe foi delegada pelo doente), o *risco moral* (p.e., os indivíduos que se encontram protegidos dos riscos de saúde por um sistema, podem tender a ser mais descuidados, o que origina um excesso de procura de cuidados de saúde que vêm onerar o funcionamento dos sistemas) e a procura externa (derivada) de saúde – uma entidade externa ao consumidor a fazer as suas preferências.

Quanto ao funcionamento de mercado, muitas instituições que actuam no sector da saúde tem outros objectivos que não o lucro.

Restringindo o funcionamento do mercado, ao limitar a concorrência no sector, são as várias licenças necessárias, a proibição da publicidade ao prestador de cuidados (o código de deontologia médica impede estes profissionais de concorrerem pelo preço), a regulação da qualidade (com um acesso controlado à profissão pelos elementos da profissão) e a regulação do número de prestadores.

Quanto à intervenção pública, existe uma intensa participação do Estado no sector, o

qual cumpre papéis diferentes e por vezes contraditórios. Enquanto segurador, recolhe impostos para, em troca, assumir a responsabilidade financeira das despesas em cuidados médicos (quer pagando-os directamente, quer pagando a terceiros o fornecimento daqueles); enquanto prestador, fornece e produz inúmeros bens e serviços (p.e., hospitais, centros de saúde, P.N.V.); e, enquanto regulador, emite normas e estabelece regras e leis, as quais condicionam a actividade de todos os que participam neste sector: a população em geral (no papel de *consumidor*) e os diversos prestadores (*produtores*).

Tendo em conta estas particularidades, a Economia da Saúde tem como desafio perceber os elementos subjacentes ao crescimento constante do peso do sector público da saúde que acompanha a escassez de recursos e o aumento das despesas motivado, em parte, pelos avanços tecnológicos da medicina, aumento da população idosa e o próprio crescimento da utilização de cuidados: entre outros, porquê, como, será possível controlar esse crescimento, todos os grupos sociais têm beneficiado ou há uns que beneficiam mais que outros, existe benefício marginal, que relação entre custos e benefícios, quais são as alternativas?

Sendo a saúde um sector importante em termos de significado económico, a sua análise económica tem-se tornado cada vez mais relevante para se perceber o sistema do próprio sector.

2

## ➡ **Medição da dimensão das desigualdades em saúde e da iniquidade na prestação de cuidados através da metodologia económica**

Ao colocar questões com dimensões morais e éticas, como é o caso das ligadas às questões de desigualdades e iniquidades, certamente nos recordamos que não só a própria Lei de Bases da Saúde afirma que é fundamental obter a igualdade dos cidadãos no acesso aos cuidados de saúde, seja qual for a sua condição económica e onde quer que vivam, bem como garantir a equidade na distribuição de recursos e na utilização de serviços, como a meta nº 2 da Saúde XXI é de reduzir em pelo menos um quarto as desigualdades em saúde entre grupos sócio-económicos de cada país, através da

melhoria substancial do nível de saúde dos grupos menos favorecidos.

A análise da desigualdade é entendida como uma análise horizontal: tratamento igual para pessoas em iguais condições. Através da generalização do método de Lorenz (muito utilizado para medir a desigualdade na distribuição da renda), obtêm-se curvas de concentração que medem o grau de desigualdade de distribuição da doença. Se no eixo dos y se encontrar a proporção acumulada de doença e no dos x a proporção acumulada da população ordenada pelo rendimento, o

índice de concentração de doença ( $C_d$ ) mede a área entre a curva de concentração e a diagonal (recta de igualdade), mostrando em que medida a distribuição da variável em análise se afasta de uma situação igualitária, sendo  $C_d=0$  se a doença se distribuir de forma igual na população,  $C_d=-1$  se a pessoa mais pobre é a única que sofre de doença e  $C_d=1$  se a pessoa mais rica é a única que sofre de doença. Em Portugal, p.e., a distribuição da doença é geralmente desfavorável aos grupos de menor rendimento, concentrando-se as doenças mais graves nos mais desfavorecidos. Padronizando para o sexo e idade, entre 1987 e 1996, concluiu-se que o nível de desigualdade económica em saúde parece ter diminuído no nosso país, sendo os grupos pobres de média idade (35-44 anos) os amplamente desfavorecidos.

Outra aplicação possível é o estudo da evolução da desigualdade sócio-económica na mortalidade infantil nas últimas décadas. Seja  $Y$  o rendimento, com função densidade  $f(Y)$  e função distribuição  $F(Y)$ . Seja  $g(y)$  a mortalidade para o nível de rendimento  $y$ . Seja  $G_m(p)=F_y[g(y)]$  a proporção de mortalidade que é devida a indivíduos com rendimento igual ou inferior a  $y$ . Se  $g'(y)>0$ , os indivíduos com maior rendimento têm uma fatia maior da mortalidade. Quando  $g'(y)=0$ , qualquer que seja o  $y$ , a curva de concentração coincide com a diagonal e há independência. O índice de concentração de mortalidade é dado por  $C_m=1-2\int_0^Y F_y[g(y)]dF(y)=1-2\int_0^Y G_m(p)dp$ . Este índice tem valor -1 se só os mais pobres morrem e valor +1 se só os mais ricos morrem. Se a mortalidade for independente da distribuição de rendimento, este índice terá valor nulo. P.e., se se compararem os últimos 30 anos, conclui-se que a desigualdade a favor dos mais ricos é actualmente inferior ao detectado nos anos 70 em Portugal, embora nos distritos mais pobres não se tenha melhorado significativamente.

Existem pelo menos seis abordagens à noção de equidade distintas: igualdade (acesso, tratamento para necessidades iguais, capacidades básicas de Sen; equidade horizontal e vertical), direitos (uma distribuição é equitativa se os direitos foram adquiridos de uma forma justa; pouca aplicação na saúde), mínimo básico (definição problemática), utilitarismo (maximização da utilidade esperada;

impossibilidade de medir funções de utilidade), maximin de Rawls (cada indivíduo procura maximizar a posição do pior elemento da sociedade, antes de saber a posição que cada um ocupa) e *envy-free* (uma distribuição é equitativa se cada pessoa não estiver disposta a ter o cabaz de consumo de qualquer outra pessoa). Todas estas alternativas têm desvantagens no que toca à sua aplicabilidade prática. O Estudo ECuity utilizou uma definição operacional, com um critério de equidade horizontal (tratamento igual para igual necessidade), para todos os grupos de rendimento, definindo tratamento como a despesa em saúde imputada de acordo com a utilização de serviços (consumo multiplicado pelo seu custo médio) e referindo-se a necessidade a uma variável aproximada segundo vários indicadores de saúde (p.e., estado geral de saúde, presença de doenças crónicas, actividade limitada). Na avaliação da equidade na prestação de cuidados, o índice (tipo Le Grand) de equidade (horizontal) na prestação mede o grau de afastamento entre as curvas de concentração para a utilização e doença:  $HI_{LG}=C_u-C_d$ . Se  $>0$  há iniquidade a favor dos mais ricos (p.e., Reino Unido, Espanha, Portugal e EUA), se  $<0$  dos mais pobres (p.e., Dinamarca e Holanda) e se  $=0$  a utilização distribui-se pela população de acordo com a distribuição da doença.

Algumas estratégias para atingir a equidade são a educação para a saúde (com os mais pobres como alvo preferencial), formação de profissionais de saúde (quanto à dificuldade de comunicação com classes menos favorecidas) e aplicação de preços relativamente diferentes a consumidores com diferentes capacidades de pagar.

Outro estudo que se pode realizar é a equidade no financiamento da saúde. O índice de progressividade de Kakwani mede a diferença entre a concentração do financiamento e a concentração do rendimento (curva de Lorenz):  $p_K=l_C-l_G$ , sendo  $l_C$  o índice de concentração do financiamento da saúde e  $l_G$  o índice de Gini (rendimento). Se  $>0$  é progressivo (a % rendimento que é afectada ao imposto aumenta à medida que o rendimento aumenta: p.e., Itália, Finlândia e Reino Unido), se  $<0$  é regressivo (o inverso: p.e., EUA e Suíça) e se  $=0$  é proporcional (todas as famílias contribuem com igual %

rendimento: p.e., Dinamarca, França e Espanha). Em Portugal, ao longo da década de 80, o financiamento do sistema de saúde português deixou de ser globalmente progressivo para passar a ser moderadamente regressivo (como, p.e., Alemanha e Holanda), eventualmente devido à menor agressividade do sistema fiscal e ao crescimento do peso das despesas suportadas directamente pelos cidadãos.

Se existirem alterações nos métodos de financiamento da saúde de um determinado país, haverá consequências na equidade. Os impostos são um método progressivo de financiar este sector. O financiamento através da segurança social é geralmente progressivo, mas em menor

grau que os impostos e existindo excepções importantes (p.e., Holanda e Alemanha – os grupos de rendimento mais elevado são excluídos das coberturas por via da segurança social). Os seguros privados parecem seguir um método progressivo em certos países mas revelam-se altamente regressivos onde têm real importância. Os pagamentos directos são, em todos os países, a forma mais regressiva de financiar a saúde. Os sistemas que baseiam o financiamento no sistema geral de impostos tendem a ser ligeiramente progressivos e os que recorrem principalmente à segurança social ou aos seguros privados, como método de financiamento, tendem para a regressividade.