

EXPERIÊNCIAS NA GESTÃO DO SETOR SAÚDE

Alvaro Portinho de Sá Freire Neto¹, Friedhilde M. Kustner Manolescu²

1,2 - Faculdade de Ciências Sociais Aplicadas - FCSA - Universidade do Vale do Paraíba - 12244-000 - São José dos Campos/SP - Brasil - alvaroportinho@bol.com.br - frida@univap.com.br

Palavras-chave: Economia da saúde, gestão de sistemas de saúde, mercado.

Área do Conhecimento: VI - Ciências Sociais Aplicadas

Resumo: Analisar os conceitos e características do setor saúde em vários países. A economia da saúde é o ramo da economia que estuda as principais determinantes do bem estar da sociedade. Ao longo do tempo, os seguradores e provedores de saúde vêm cada vez mais se defrontando com o dilema da escassez de recursos e da necessidade da melhor utilização e eficiência dos mesmos. Diante disso, a Ciência Econômica complementou essa lacuna deixada pela Ciência da Saúde estudando e avaliando fatores como demanda, oferta, mercado, fontes de financiamento e demais determinantes do setor apresentando soluções para os dilemas e problemáticas.

1. Introdução

A medicina e a economia estruturaram-se como ciência a algumas centenas de anos e ao longo desses anos vem atuando de forma distinta uma da outra. Contudo, a partir da década de 60 houve um movimento de aproximação entre as duas disciplinas devido a crescente conscientização de que os recursos destinados à saúde são e sempre serão escassos para atender as expectativas e necessidades ilimitadas do ser humano.

Os economistas já conhecedores dos princípios da escassez, satisfação e escolhas apontaram para um novo caminho no qual as opções por gastos em saúde deveriam ser amparadas em estudos técnicos para otimização dos recursos com enfoque nos resultados.

2. Características do Setor Saúde

2.1. Definição

O Setor Saúde compreende na esfera de mercado que atua de forma direta e indireta na prevenção, diagnóstico e tratamento da saúde humana visando a promoção da saúde, melhoria na qualidade de vida e bem estar social.

Atualmente, o setor saúde é composto por seguradoras de saúde, que pode ser tanto o governo quanto empresas de seguro privado; provedores de cuidados médicos, representados por hospitais, clínicas, ambulatórios e médicos; e os segurados, formados pela demanda. O governo e seus

órgãos competentes agem nesse mercado de forma diretora estabelecendo políticas e diretrizes interagindo com seguradores, provedores e segurados buscando assegurar o acesso à saúde para população.

2.2. Breve Histórico

Antes das grandes guerras o setor saúde era formado basicamente por profissionais médicos autônomos e unidades de tratamento, os hospitais. Os médicos autônomos atendiam as famílias de renda média e alta funcionando como médico da família que carregava dentro de uma maleta todo seu aparato diagnóstico-terapêutico. Já os hospitais se encarregavam de atender a demanda desprovida de recursos para ter um médico de família e os casos que necessitassem de intervenção cirúrgica, atuando em padrões filantrópicos e de caridade.

Após as grandes guerras o Setor Saúde tomou corpo e iniciou uma fase de crescentes avanços técnicos e tecnológicos. Os hospitais passaram a ser o cerne da atuação do médico moderno, devido nesses haver avançada tecnologia e apoio técnico, já os médicos autônomos evoluíram do atendimento pessoal nas residências para o atendimento ambulatorial em consultórios havendo nestes o equipamento mínimo necessário para seu trabalho.

A Medicina Social Inglesa (1943), foi o marco dessa nova fase e previa a universalização da assistência médica e a centralização das medidas preventivas correlacionando a incidência das doenças prevalentes com os

ambientes sociais e ocupacionais dos indivíduos tentando preveni-las.

Posteriormente, vieram estudos publicados por Sigerest (1946) que definiu as quatro tarefas primordiais da medicina como a promoção à saúde, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação do enfermo propondo um programa nacional de saúde como política governamental ressaltando a educação universal e gratuita, boas condições de vida e trabalho, descanso e lazer como os três pontos mais importantes da política deixando a atenção médica na quarta posição. Em seguida vieram estudos de Leavell e Clark (1965) que desenvolveram um modelo de história natural da doença e seus três níveis de prevenção no qual a prevenção primária era composta por boa nutrição, educação, orientação, boa moradia, trabalho, lazer e exames periódicos.

Em 1974, no Canadá Lalonde declarou o modelo da medicina moderna que foi considerado como a primeira declaração teórica abrangente na saúde pública dividindo-a em quatro categorias: a biologia humana, ambiente social, estilos de vida e organização da atenção a saúde. Apesar dos estudos anteriores Lalonde afirmava que até então os esforços para melhorar a saúde concentravam-se na organização do cuidado médico.

A partir desse ponto as políticas e diretrizes do setor saúde passaram a ser encaradas como área de primeira importância em políticas governamentais sendo essas, em muitas vezes, priorizadas frente outras áreas de grande importância. Com isso, elaborar políticas de saúde de forma profissional apoiada em instrumentos da economia da saúde que otimize recursos enfocando resultados passou a ser condição básica deixando o empirismo para trás.

3. Estruturação do Setor Saúde no Mundo

3.1. Estudo do Caso Americano

Os Estados Unidos se caracteriza como a única economia desenvolvida com reduzida participação do Estado no financiamento e gestão do setor saúde para a população economicamente ativa, pois, a saúde pública desse país concentra esforços na promoção a saúde para idosos e crianças e o setor privado encarregasse de promover a saúde para a

população economicamente ativa oferecendo seguros de saúde privados e empresariais.

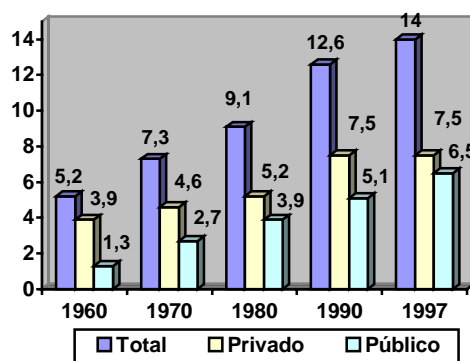
Tabela 1 - Distribuição da População Americana segundo o Tipo de Seguro - 1987 / 1995

Ano	Pop. Total	Privado		Público		
		Emprego	Próprio	Medicare	Medicaid	S/Cob.
1987	241.2	62,06%	13,47%	12,65%	8,37%	12,85%
1990	248.9	60,35%	12,82%	12,98%	9,76%	13,94%
1993	259.8	57,08%	13,13%	12,74%	12,20%	15,28%
1995	264.3	68,56%	9,23%	13,13%	12,07%	15,36%

Fonte: US. Bureau of the Census, 1995

Até meados de 60, a participação do setor público no financiamento da saúde era de aproximadamente 1% enquanto o setor privado participava com 5%, o que acarretava num problema para população de baixa renda e idosa que não tinha acesso pleno à saúde de qualidade. Em 1965, o governo americano criou dois programas públicos de saúde o *Medicare* e *Medicaid*, com objetivo de garantir o acesso a saúde à população idosa e de baixa renda, com isso, os gastos públicos em saúde saltaram de 1,3% para 6,5% do PIB entre 1960 e 1997, fato que levou a equiparação entre gastos públicos e privados.

Gráfico 1 - Distribuição Percentual dos Gastos Públicos e Privado - 1960 / 1996



Fonte: HCFA / National Health Statistics, 1998

Até a década de 80 preponderava no setor saúde americano o sistema tradicional denominado *fee-for-service* que se caracteriza pelo reembolso dos procedimentos realizados. Nesse sistema o paciente paga um prêmio mensal para manutenção do seguro e um adicional por utilização que pode ser fixo ou variável.

Essa modalidade de seguro apresenta o problema do risco moral que se refere à sobre-utilização dos serviços médicos que pode partir tanto do paciente, motivado a tal em busca de um melhor atendimento ou pelo provedor que pode induzir o paciente a ter maior número de procedimentos mesmo que não seja necessário.

Para controle do risco moral os seguradores acompanhavam os aumentos de utilização aumentando o prêmio pago pelos beneficiários ou vinculavam tais prêmios ao custo do procedimento eliminando o risco moral paciente-provedor, pois, penaliza financeiramente o paciente que sobre-utiliza os serviços. Contudo tal mecanismo encarece os planos para o beneficiário excluindo as classes baixas e mais custosas, além de não eliminar o risco moral provedor-seguradora.

Em 1965, para solucionar o problema das classes baixas e muito custosas que não tinham recursos para arcar com os custos dos seguros privados o governo implantou dois modelos de programas públicos o *Medicare* e *Medicaid*.

O *Medicare* foi criado em 1965 com objetivo de atender a população idosa sendo estendido em 1973 para beneficiários da seguridade social. O programa oferece duas modalidades de plano principal o *Health Insurance (HI)* e *Supplementary Medical Insurance (SMI)* que se distinguem na cobertura de serviços e divisão dos custos. O *Medicare* é administrado pelo governo federal com recursos obtidos com co-participações dos beneficiários, impostos sobre salários e contribuições do tesouro.

O *Medicaid* também iniciado em 1965 tem como objetivo financiar a assistência médica às famílias de baixa renda. Atua de forma semelhante ao *Medicare*, mas, difere por ser um programa de abrangência federal e estadual, sendo que os estados possuem maior flexibilidade na determinação, organização e financiamento dos serviços.

Na tentativa de controlar o risco moral entre provedor-seguradora as seguradoras introduziram, nos anos 80, um novo modelo de gestão de seguros de saúde: o *Managed Care*.

Esse sistema busca implementar a concorrência entre os tipos de plano de seguro permitindo maior flexibilidade nos contratos com aumento ou diminuição da oferta dos serviços de acordo com o interesse do

contratante. O que distingue o *Managed Care* dos outros modelos e o pacote de benefícios ofertados em função da restrição imposta sobre o grupo de provedores disponível.

A concorrência gerenciada busca solucionar o problema do risco moral na relação provedor-seguradora através da intensificação da concorrência aliada as práticas de gerenciamento de utilização.

O modelo só é sustentado devido à atuação de três agentes na oferta de serviços: as seguradoras ou gerenciadoras, as organizações de provedores e os provedores. As seguradoras ou gerenciadoras são as instituições que vendem o seguro para os indivíduos e essas possuem uma rede de provedores credenciados.

O controle da demanda é feito pelos médicos generalistas. Na concorrência gerenciada o paciente se limita a escolher um médico generalista que se responsabiliza pelo acompanhamento da sua saúde e realiza os encaminhamentos para médicos especialistas e para realização de exames quando necessário, já no modelo tradicional o paciente pode procurar o médico de sua escolha como lhe for conveniente. Dessa forma o médico generalista se torna o centro do trabalho de gerenciamento da utilização, sendo ele motivado a realizar menos encaminhamentos para manter o paciente em sua carteira, além correr o risco de ser acionado pela organização a qual é filiado sempre que o número de encaminhamentos excede o normal. Essa forma de gerenciamento é conhecida como *gatekeeper*.

Tabela 2 - Total dos Gastos em Saúde Per Capita (em unidades de poder de compra)

Ano	\$	Var.
1960	149	-
1970	357	139,60%
1975	605	69,46%
1980	1086	79,50%
1985	1798	65,56%
1990	2799	55,67%
1995	3767	34,58%
1997	4090	8,57%

Fonte :OECD Health, 1998

Os resultados alcançados com *Managed Care* demonstram que este é uma opção viável na redução dos custos. Visto que, entre as décadas de 60 e 80 os gastos totais per capita

aumentaram 168%, sendo que os gastos privados cresceram 105% e os públicos cresceram 358%.

Após a implantação do *Managed Care* percebe-se uma redução dos gastos privados, principalmente após os anos 90 onde os resultados de tal modelo começaram a surtir efeito.

O crescimento dos gastos públicos em 358% entre 1960 e 1980 são explicados pela implantação dos modelos de *Medicare* e *Medicaid* que se comportam de forma generosa com os pacientes. Contudo, esses têm papel importante na garantia do acesso aos serviços a grupos sociais desfavorecidos financeiramente através de serviços providos pelo setor privado e financiados pelo Estado.

3.2. Estudo do Caso Canadense

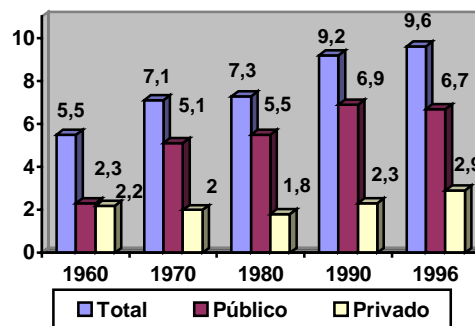
O sistema de saúde canadense é quase em sua totalidade público, sendo permitida a participação do setor privado somente como provedor de serviços ou segurador de serviços suplementares.

As primeiras iniciativas para criação de um sistema nacional de seguro-saúde ocorreram em 1957 e 1968 quando o governo implementou o *Hospital Insurance and Diagnostic Services Act* e o *National Medical Care Insurance Act* respectivamente, mas, o sistema só foi consolidado em 1984 com a criação do sistema nacional de saúde *Canadian Health Act*.

Dessa forma o governo canadense é, praticamente, o único segurador e único comprador de serviços médicos, caracterizando-se como um monopólio para oferta e um monopólio para compra de serviços médicos dos provedores de saúde.

Com a implantação do sistema nacional canadense após 1957 percebe-se um crescimento nos gastos públicos que saltaram de 2,3% para 6,7% do PIB entre os anos de 1960 e 1996.

Gráfico 2 - Gastos em Saúde como Percentual do PIB



Fonte: OECD Health, 1998

O sistema canadense é sustentado por uma parceria entre o governo federal e os governos das províncias. O governo federal determina a base dos serviços a serem ofertados e financia parte desses, além de garantir o provimento para alguns grupos sociais específicos. As províncias têm o papel principal na manutenção do modelo possuindo autonomia no planejamento, gerenciamento e provimento dos serviços recebendo repasses federais para manutenção do sistema.

Os princípios gerais que determinam o sistema de saúde canadense são: a administração pública dos seguros-saúde, garantia de acesso a todos serviços necessários, universalidade do serviço à população, portabilidade aos residentes das províncias mesmo que fora de seu território e o acesso razoável sem imposições de barreiras.

Os seguros são gerenciados por uma divisão do departamento de saúde das províncias que se encarregam da compra dos serviços, os provedores de saúde podem ser públicos ou privados.

As províncias recebem repasses do governo federal para investir na saúde, a partir de 1977 os repasses passaram a ser calculados per capita de acordo com a política federal. Os hospitais recebem orçamento em bloco para os serviços realizados durante o ano calculado de acordo com custos históricos ou projeções futuras, a forma usual de determinação do orçamento é utilizar o número de leitos.

Tal método de remuneração dos hospitais gera incentivos à sobre-utilização, pois, os hospitais admitindo mais pacientes ou prolongando seu tempo de permanência como internados terá maior número de procedimentos realizados e leitos ocupados e assim maior orçamento.

Embora o Canadá não utilize oficialmente o controle através do *gatekeeper* 46 % dos seus profissionais médicos são generalistas, o qual também se torna responsável pelo controle e encaminhamento dos pacientes.

Em meados de 80 o setor saúde canadense também vivenciou um aumento expressivo nos gastos com saúde, devido ao aumento da demanda em virtude do envelhecimento da população e incorporação de novas tecnologias e utilizou controles nominais impostos pelo governo federal para controle desse aumento.

Em 1986/1987 o governo federal determinou o programa de estabilização do financiamento reduzindo em 2% o índice de correção dos orçamentos a serem repassados as províncias. Já em 1991/1992 e 1994/1995 o governo congelou o valor per capita a ser repassado as províncias com base no patamar de 1990/1991 e em 1994 / 1995 determinou uma redução de 3% no índice que corrige os repasses, dessa forma conseguiu reduzir os gastos per capita em saúde.

Tabela 3 - Total dos Gastos em Saúde Per Capita (em unidades de poder de compra)

Ano	\$	Var.
1960	103	-
1970	251	143,69 %
1975	423	68,52 %
1980	717	69,50 %
1985	1197	66,95 %
1990	1696	41,69 %
1995	2029	19,63 %
1997	2095	3,25 %

Fonte: OECD Health, 1998

Embora que de forma diferente o controle de demanda no Canadá surtiu efeito conforme elucidado no gráfico acima, fato que demonstrou que tanto a oferta privada americana quanto a oferta pública canadense foram eficientes no controle da sobreutilização e sem grandes perdas de eficiência.

3.3. Estudo do Caso Inglês

O sistema de saúde inglês até 1948 era administrado de forma mista entre iniciativa privada e pública, a partir de 1946 foi implementado o *National Health Service (NHS)* através de um Ato do Parlamento determinando a nacionalização e a

universalização do acesso aos serviços de saúde.

Assim os serviços passaram a ser financiados pelo governo federal através de impostos diretos (82%), impostos sobre salários (13%) e de taxas impostas aos usuários (4%).

Na prática o sistema inglês incorporou os médicos especialistas, enfermeiras e pessoal dos hospitais ao funcionalismo público, os médicos generalistas continuaram atuando de forma autônoma auferindo rendimento de forma mista através de capitação pública e privada.

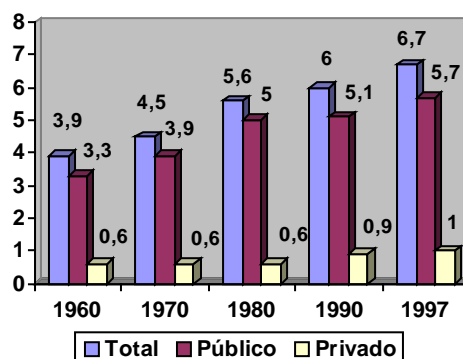
Todo paciente tinha direito de associar-se à carteira de um médico generalista que se responsabilizava pelo atendimento primário assim como pelos encaminhamentos e isso fez da Inglaterra a precursora do *gatekeeper*.

As Autoridades Distritais responsabilizaram-se pelo atendimento ambulatorial e hospitalar primário recebendo um orçamento calculado em função dos serviços ofertados para determinado grupo populacional, dessa forma acumulavam dupla função de segurar e prover os serviços médicos.

Os Conselhos Regionais ficaram responsáveis pelo planejamento mais amplo do provimento dos serviços, além de serem responsáveis também pelos serviços de apoio à comunidade.

O sistema de saúde inglês é financiado em maior parte pelo setor público apresentando um dos índices mais baixos de participação privada no provimento dos serviços, fato comum em sistemas predominantemente público.

Gráfico 4 - Gastos em Saúde como Percentual do PIB



Fonte: OECD Health, 1998

Tal sistema, ao longo do tempo, mostrou-se insustentável devido a demanda crescente ocasionada pelo envelhecimento da população e inovações tecnológicas. O sistema também não previa um mecanismo para evitar a sobreutilização a não ser o próprio racionamento arbitrado pelos médicos sob imposição da restrição orçamentária.

As restrições orçamentárias resultaram em longas filas de espera e dificuldade de acesso aos serviços gerando insatisfação e, conseqüentemente, crescimento da participação das seguradoras privadas que garantiam acesso rápido aos serviços além de complementar a renda dos médicos.

Tabela 4 - Participação da População com Cobertura de Seguro Privado 1970 – 1995

Ano	% da pop.	Variação
1970	3,6	-
1975	4,1	0,5 %
1980	6,4	2,3 %
1985	8,9	2,5 %
1990	11,5	2,6 %
1995	10,6	- 0,9 %

Fonte: Laidng and Buisson, 1997

A partir de 1989, o governo federal inglês, reconhecendo as falhas do sistema propôs uma reformulação. As principais falhas apontadas consistiam na falta de concorrência entre os provedores dos serviços, visto que, a função de comprar e prover os serviços eram exercidas pelo mesmo órgão: as Autoridades Distritais.

A principal proposta da reforma de 1989 foi a introdução de um mercado interno no sistema, caracterizado pela separação das funções de oferta e demanda, ou seja, separação dos papéis de financiamento e provimento dos serviços de saúde.

Segundo Andrade (2000), o objetivo da reforma era expandir o volume dos serviços médicos providos elevando a eficiência na utilização dos recursos a qual seria alcançada introduzindo sobretudo maior grau de concorrência e uso mais racional da intermediação do *gatekeeper*.

As funções das autoridades distritais passaram ser exclusivamente de compra dos serviços para população residente no distrito de sua administração, contudo, o provimento dos serviços passou a ser de livre escolha para a autoridade e paciente podendo estes

trocar de provedor em busca de maior performance sempre que necessário.

Já aos provedores foi permitida maior autonomia econômico-administrativa podendo esses determinar sua própria política salarial, administrativa e financeira com possibilidade de acumular capital sem autorização prévia, escolher a gama de serviços a serem ofertados e quais relações contratuais adotar junto às autoridades distritais.

A outra inovação da reforma atingiu a forma de remuneração do médico generalista que passou a ser remunerado em função do risco da sua carteira além do número de pacientes desta.

O racionamento da utilização também seria obtido através da implantação de fundos de médicos generalistas que possuíssem mais de 9.000 associados podendo esses receber e administrar um orçamento próprio comprando serviços de outros provedores públicos e privados.

Embora a reforma de 1989 tenha apontado os principais problemas do sistema acabou sendo não eficaz para garantir a existência de concorrência entre os provedores. Os grandes dilemas do sistema não foram solucionados e o racionamento continua funcionando como o mecanismo de alocação dos recursos e de contenção de demanda.

Apesar de terem ocorrido ganhos a reforma não garantiu sustentação em longo prazo e em 1999 o partido trabalhista propôs uma outra reformulação abolindo os fundos de médicos generalistas e criando grupos de médicos que atenderiam a determinada população em uma região geográfica. Contudo, tal reforma ainda não pode ser analisada profundamente devido seus resultados ainda estarem sendo colhidos.

4. Conclusão

A intervenção pública no financiamento e provimento de serviços de saúde é justificada pelos formuladores de política pública devido essas serem de interesse comum e geral a população. Apesar de verdadeira esta consideração não implica na necessidade de provimento e financiamento destes bens pelo Estado.

As particularidades presentes no mercado de saúde são diferenciadas dependendo da forma de financiamento destes bens, sugere-se que no caso de financiamento público os

problemas de risco moral são de difícil controle. Quanto aos consumidores, a implementação de um sistema de divisão de custo condicionado ao nível de renda não é incompatível com o princípio de acessibilidade, mas pode significar perda de popularidade para os governantes.

Com respeito aos provedores, supõem que, como a maior parte dos países que opta por financiamento público esses tem grande parte dos serviços também providos de forma pública, com isso, a centralização administrativa torna mais difícil a implementação de sistemas de divisão de risco.

Por último, a superutilização de tecnologia determina um gasto elevado com recursos médicos que não necessariamente se traduzem em benefício para os consumidores. Uma forma de assegurar que não ocorra perda de bem estar social é garantir maior flexibilidade nos desenhos de contratos.

O funcionamento eficiente do mercado de bens e serviços de saúde depende da regulação proposta pelo Estado. É importante que o Estado garanta a sustentabilidade financeira dos planos de seguro, um sistema de informação sobre os provedores e planos de seguro; garantia de livre associação e direito de renovação dos contratos na medida em que os indivíduos têm condições de escolher entre diversos tipos de contratos, pode ser que não sancionem o uso intensivo de tecnologia.

5. Referências Bibliográficas

www.scamilo.org.br

www.abah.com.br

www.ufsc.br

www.saude.gov.br

www.who.int

www.prosaude.org.br

www.hc-sc.gc.ca/medicare/chaover.htm

www.ans.gov.br

Berto, Dalvio José Berto e Beulke, Rolando. Gestão de Custos e Resultados na Saúde, Saraiva, 1999.

Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde (Ministério da Saúde). Formação, Profae, 2002.

Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar. Notícias Hospitalares - Gestão de Saúde em Debate, Pro-Saúde, 2002.

Esteves, Maria Josefa Vilar. A Utilização dos Custos Hospitalares em Hospitais Paulistas, FESP/USP, 1992.

Andrade, Mônica Viegas. Externalidades Difusas: Uma Aplicação para o Caso da Saúde, EPGE/FGV, 2000.

Andrade, Mônica Viegas. Ensaio em Economia da Saúde, EPGE/FGV, 2000.

Andrade, Mônica Viegas. Seguro de Saúde Privado: Lições do Caso Americano, EPGE/FGV, 2000.