

# A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO SECTOR PÚBLICO

Graça Maria Afonso da Costa  
Mestre Assistente  
Faculdade de Ciência e Tecnologia - UFP  
graca@ufp.pt

*A consideração do carácter público ou privado de uma actividade como a prestação de serviços de saúde na sua componente económica, independentemente de ser processada através de empresas públicas, privadas ou mistas, levará a ponderar algumas das razões que justificam a intervenção do Estado no quadro do bem-estar económico (welfare economics) adaptado a este sector de actividade. Para Moore, citado por Kniss (1998), a questão fundamental está em saber se um serviço/empresa envolve a autoridade pública, seja pela absorção de impostos, seja por questões de equidade distributiva, seja por ambas. Procurar-se-á nas secções seguintes reflectir sobre o que estará na origem deste envolvimento público.*

## 1. A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

A prestação de serviços de saúde pública é uma das maiores preocupações de qualquer economia ocidental. Confrontamo-nos em simultâneo com as alterações decorrentes do envelhecimento da população, da redução da mortalidade infantil, da subida do nível médio de conhecimentos do cidadão comum e consequente exigência por melhores serviços, e com a evolução científica traduzida nos consideráveis avanços da terapêutica, seja ela cirúrgica ou medicamentosa e ainda no elevado leque de meios complementares de diagnóstico de que o médico hoje dispõe. A responsabilidade do Estado acentua-se tanto mais quanto menos alternativas existem no mercado para assegurar parte destes serviços e manifesta-se no controlo de custos tendencialmente crescentes.

## 2. AUSÊNCIA DE INFORMAÇÃO

Quando se recorre a um médico em certa medida está a comprar-se o conhecimento do médico; o potencial consumidor do serviço confia no julgamento/procedimento do profissional até porque não tem conhecimentos específicos que lhe permitam avaliar a opinião do médico nem avaliar das suas qualificações para o lugar que ocupa. É por esta razão que o Estado assume, directa ou indirectamente, o controlo das autorizações para exercício profissional e regula a lista de fármacos a prescrever – se bem que neste último caso seja considerado mais importante a necessidade de regulamentar a compra e venda dum produto potencialmente perigoso, que obedece a parâmetros de qualidade desconhecidos do cidadão comum.

Estes problemas de informação têm maior repercussão neste sector que noutros pela sua peculiaridade. Entre outros aspectos, os produtos a adquirir – para transplantes, para cirurgia, etc. – não são produtos habituais, cuja repetição do acto da compra leva a um conhecimento do produto com alguma fiabilidade. Além dessa aprendizagem empírica, para os produtos normais de consumo existem associações independentes de defesa dos consumidores. No caso dos serviços médicos há uma tal diversidade de especializações profissionais, de estruturas hospitalares e de procedimentos médicos que o processo usado para testar os produtos de consumo habituais torna-se praticamente impossível de executar com a mesma garantia. Além do mais, estamos a falar de actividades que podem depender de factores tão subjectivos como o modo de actuar de um médico perante os pacientes, que pode resultar com uns e não com outros. Mesmo um registo de pacientes que resistiram a determinada intervenção cirúrgica pode ter a ver também com o estado de saúde inicial do paciente, idade, etc., aspectos que condicionam o processo propriamente dito.

Podemos concluir que a falta de informação é, no caso particular dos cuidados médicos, um factor determinante; isto porque se os consumidores pudessem avaliar a qualidade do que pretendem adquirir, quaisquer organizações públicas ou privadas teriam mais incentivo para procurar a eficiência e a qualidade em benefício dos utentes.

## 3. COMPETIÇÃO IMPERFEITA

Se há falta de informação há um decréscimo na qualidade da competição. Uma empresa que vende determinado produto de consumo sabe que se optar por baixar o preço unitário vai atrair mais clientes, retirando quota de mercado à concorrência. Nas actividades dos cuidados de saúde não é bem assim. Se um profissional baixar o valor das consultas face a outro da mesma área, tal pode ser interpretado como uma razão para atrair potenciais clientes e associado a uma menor qualidade do profissional!

Por outro lado, a heterogeneidade e a complexidade dos serviços médicos, a que acresce o imponderável, dificulta comparações entre qualidade e preços, e inibe a circulação da informação. O facto de um indivíduo ter ficado satisfeito com determinado tratamento realizado pelo seu médico não garante a satisfação de outro paciente observado pelo mesmo médico e objecto do mesmo tratamento; e para comparar preços entre profissionais diferentes ter-se-ia de saber a que se referem especificamente. A prática médica é um sector de actividade que expõe todas as limitações à efectiva competição que resultam da falta de informação. Exemplo disso é a quase total ausência de publicidade ao exercício da actividade, limitando a transparência necessária à competição.

Os próprios médicos não entram em competição pelos preços, assumindo que tal prática denegriria a actividade. No caso das estruturas hospitalares, a competição não é uma questão que se coloque de um modo claro, já que as condicionantes à preferência têm muitas vezes mais a ver com a escolha do médico do que com a escolha do utente e, outras vezes, com a distância entre o domicílio do utente, ou de outro local onde ele se encontre, e o estabelecimento hospitalar.

## 4. AUSÊNCIA DE MOTIVAÇÃO LUCRATIVA

Uma importante diferença entre o mercado de serviços de saúde e o mercado competitivo de um modo geral tem a ver com a existência, no primeiro caso, de inúmeras organizações que não têm como objectivo primeiro minimizar os custos ou maximizar os lucros. Talvez pelo facto de estas organizações terem, pelo menos até há pouco tempo, garantido serem reembolsadas/subsidiadas pelos governos.

Situação contrária vive-se nos hospitais privados, claramente focalizados na eficiência e em alguns casos na inovação. Mesmo assim, existe alguma preocupação com os incentivos à eficiência pela repercussão na qualidade, tanto mais quanto esta é difícil de avaliar. Stiglitz (2000) dá-nos o exemplo de organizações privadas de recolha de sangue que ganharam a reputação de obter as colheitas a partir de indivíduos marginais, resultando no retorno do serviço às estruturas não lucrativas.

## 5. CONSEQUÊNCIAS DA INEFICIÊNCIA NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

As falhas do mercado na prestação de serviços de saúde conduzem a ineficiências que contribuem para a subida dos custos neste Sector Público. Dois exemplos desta ineficiência são o excesso na provisão de serviços e a provisão de cuidados inapropriados. O aumento do número de profissionais de saúde deveria conduzir à redução dos preços praticados mas, como já vimos, tal não acontece: os pacientes têm acesso a informação limitada e por isso avaliam a qualidade com base em preços elevados.

Se a oferta de um produto de consumo convencional aumenta e o preço não baixa, passa a existir um excesso de oferta desse mesmo produto. Nos serviços de saúde não é bem assim: porque os pacientes não sabem de que cuidados estão a carecer, quais são os mais apropriados e – se usufruírem de qualquer seguro de saúde – porque o que pagam é uma parte dos custos reais, podem ser induzidos num aumento da procura de serviços correspondente à oferta.

Existe alguma evidência da afirmação anterior. Sabe-se que se aumentar o número de cirurgias aumenta o número de operações, mesmo sem alteração de preços (Stiglitz, 2000); o mesmo se verifica para o caso de prescrições de análises clínicas em que, tal como antes, a oferta pode provocar a procura. Esta prática assenta no facto de o paciente aceitar, sem levantar questões de ordem técnica, qualquer intervenção que lhe seja aconselhada. Outra ineficiência (Stiglitz, 2000) verificada está relacionada com a prestação de serviços que podem ser inadequados, facto revelado pela comparação entre diferentes práticas em diferentes localidades, sem que tenha a ver com questões demográficas, e que levam a enormes disparidades de custos/despesas.

## 6. À PROCURA DE UM RACIONAL PARA A INTERVENÇÃO DO ESTADO

Até agora as questões incidiram nas falhas de mercado como ineficiência geradas por falta de informação e por uma competição imperfeita. Mas uma das razões para a intervenção do Estado nos cuidados de saúde não está relacionada com a eficiência. Mesmo se a concorrência fosse perfeita, isto é, mesmo que o mercado funcionasse sem desvios, haveria sempre pessoas que não acederiam aos cuidados de saúde adequados.

E a saúde é tão determinante que permite constituirmo-nos como agentes económicos, aceites como parte integrante da sociedade com a qual temos um pacto social, deduzindo-se a ausência de cuidados de saúde desfavorável ao *fair equality of opportunity*, encarada a *opportunity* como o acesso a bens básicos ou recursos (Rawls citado por Anand, 2002). Sendo comumente aceite que a nenhum indivíduo, independentemente do seu nível de rendimentos, deverá ser negado o acesso aos cuidados de saúde, as opções a tomar deverão partir de outros atributos como idade, probabilidade de sucesso de um tratamento, etc. Como o direito de voto não é sujeito a transacção no mercado, como não é negociável o serviço militar, também o direito a viver – acesso a cuidados médicos – não deverá ser controlado pelo mercado (Stiglitz, 2000).

A análise do valor de equidade subjacente aos parágrafos anteriores coloca-nos a questão da relação entre a iniquidade na saúde e a iniquidade noutras áreas, ou da iniquidade de uns face à iniquidade de outros. Segundo Anand (2002) a falta de equidade na saúde é vista como mais preocupante que a iniquidade, por exemplo, de rendimentos, sendo que os cuidados prestados à primeira infância são considerados uma questão básica de igualdade de oportunidades; também não é indiferente o segmento de indivíduos sobre o qual recai a iniquidade. Anand (2002) diz-nos que reconhecemos maior injustiça quando falamos de grupos sistematicamente colocados à margem do acesso a recursos.

Também Musgrave (Musgrave e Musgrave, 1976) afirma que as consequências sociais da iniquidade na distribuição dos serviços de saúde diferem das relativas à distribuição do rendimento, pelo que a sociedade quererá tratar as diferentes situações de iniquidade de modo distinto.

## 7. CONCLUSÃO

A perspectiva de que há serviços e bens cuja disponibilidade para qualquer indivíduo não deverá depender dos seus rendimentos, denominada *specific egalitarianism*<sup>1</sup> (Tobin citado por Anand, 2002), não gera unanimidade. Entre alguns economistas circula a opinião que os serviços médicos devam ser encarados de modo idêntico aos restantes serviços e a que aposta deverá ir no sentido das campanhas de prevenção, reduzindo assim os encargos do Estado com estes serviços. No entanto, é maioritária, pelo menos entre as democracias ocidentais, a tendência para assegurar a todos os indivíduos o direito a um nível mínimo de cuidados de saúde.

O desafio colocado aos gestores públicos estará em obter os melhores resultados possíveis, dados os objectivos fixados para assegurar serviços médicos mínimos, com os meios financeiros disponibilizados pelos responsáveis politicamente eleitos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Anand, S. (2002). The Concern for Equity in Health. In: *Harvard Center for Population and Development Studies, Working Paper Series*, Vol. 12, Issue 1, February.

Arrowsmith, J. e Sisson, K. (2002). Decentralization in the Public Sector: The Case of the U.K. National Health Service. In: *Relations Industrielles/Industrial Relations*, Vol. 57, nº 2, pp. 354-380.

Kniss, C. (1998). Juggling organizational goals. In: *Journal of Public Administration Research & Theory*, April, pp. 282-291.

Musgrave, R. e Musgrave, P. (1976). *Public Finance in Theory and Practice*, McGraw-Hill.

Stiglitz, J. (2000). *Economics of the Public Sector*, 3rd edition, W.W. Norton & Company.

Voelker, K., Rakich, J., French, G. (2001). The Balanced Scorecard in Healthcare Organizations: A Performance Measurement and Strategic Planning Methodology. In: *Hospital Topics*, Summer, Vol. 79, Issue 3, pp. 13-25.

<sup>1</sup> Em contraste com o *general egalitarianism*.