

SAÚDE — ALGUNS ASPECTOS ECONÔMICOS*

Uriel de Magalhães **

Resumo: Procura-se abordar os princípios gerais que deveriam nortear a oferta de um seguro-saúde com subsídio diferenciado, de âmbito nacional, por parte do setor público. A operação de tais serviços poderia ou não ser, também, realizada pelo Governo. Argumenta-se, no entanto, que uma relativa independência (sujeita à regulamentação apropriada), bem como o controle profissional do setor saúde deveriam ser preservados. A preocupação, aqui, deve ser com relação às vantagens comparativas do arcabouço institucional através do qual a demanda de cuidados médicos (seguro-saúde) é atendida — buscando-se a maior eficiência possível.

* Uma versão preliminar deste artigo foi elaborada quando da realização de estudos pós-doutorais do autor na Universidade de Chicago, durante o ano acadêmico 1977-78, como bolsista do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

** Professor da Escola de Pós-Graduação em Economia da Fundação Getúlio Vargas e professor-adjunto da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro.

I — SEGURO-SAÚDE: UMA SUGESTÃO PARA SUA IMPLEMENTAÇÃO

O ponto fundamental desta análise é o de que, mesmo quando a noção de externalidades positivas associadas aos cuidados médicos é reconhecida, alguns padrões de oferta pública de tais serviços são ineficientes. O que se procura é, exatamente: quais seriam as características qualitativas de um sistema ótimo?

Além do argumento das externalidades, diversos outros têm sido sugeridos para justificar a oferta pública de saúde. A seguir, apresentam-se alguns deles, embora não pareçam tão persuasivos quanto o de efeitos externos positivos.

A sugestão inicial é de que os consumidores, não tendo conhecimento perfeito, consomem cuidados médicos em quantidade inferior à desejável e que, nesse sentido, a intervenção pública poderia aumentar a eficiência.

Neste caso, o argumento mais geral é o de que a própria natureza dos cuidados médicos “produz” ignorância — já que os serviços médicos, atualmente, são complexos, bem como prestados a intervalos variáveis no tempo, para um dado indivíduo. A pergunta relevante, então, seria: se os indivíduos realmente dispusessem de um nível apropriado de informação, consumiriam mais ou menos cuidados médicos que o consumido inicialmente? A resposta é que poderiam passar a consumir mais ou menos do que anteriormente, isto é, a ignorância pode levar as pessoas a consumir mais ou menos que o desejável. Tem-se, ainda, aqui, na hipótese de ignorância do consumidor, a explicação para o fato de que os médicos vendem informação ao mesmo tempo em que realizam sua tarefa básica. No entanto, não se pode afirmar que se tem um argumento geral para defender o subsídio à demanda de cuidados médicos.

De um modo geral, há duas soluções básicas para o problema da falta de informação. A primeira consiste em fornecê-la aos consumidores. Aliás, é até mesmo desejável que o Governo subsidie a oferta de informação, já que, em geral, a produção de informação está sujeita a custos decrescentes. Não se pode esquecer, no entanto, que o tipo de informação adequada ao caso aqui tratado pode, na verdade, ser extremamente caro.

A outra solução seria a regulamentação, de forma apropriada, da produção de cuidados médicos, de modo a se poder ter certeza de que os produtores são eficientes, no sentido técnico e, possivelmente, de que os preços refletem os diversos graus de qualidade. Note-se que, em princípio, é duvidoso que se disponha de um meio razoável de se medir qualidade. Na verdade, a regulamentação pode ser, em parte, uma resposta apropriada à falta de informação por parte do consumidor. Sem dúvida, o Governo sempre estará presente na tentativa de estabelecer um compromisso entre informação e regulamentação, em qualquer sociedade, e, em especial, para o caso dos serviços médicos aqui tratado.

Há um outro argumento freqüentemente citado para justificar a presença do Governo na oferta de serviços médicos. Já que se tem um forte elemento de incerteza nas demandas individuais de quase todos os tipos de serviços médicos, Arrow(1) concluiu que o mercado privado pode não funcionar de forma apropriada na manipulação de todos os tipos de incerteza. Existiria um caso de "falha" do sistema de mercado (identificado com a ausência de mercados no que se refere ao seguro contra alguns tipos de cuidados médicos), e é exatamente essa "falha" que tornaria necessária a oferta de cuidados médicos por parte do setor público. Esse argumento é inteiramente distinto do caso de externalidades.

Lees e Rice(5) interpretaram Arrow no sentido de que, uma vez que a otimização no sentido de Pareto exige seguro contra todos os riscos, o Governo deveria proporcionar seguro contra qualquer risco efetivo que não fosse já disponível no mercado privado — o que seria possível, já que, freqüentemente, os custos de transação superam o ganho de utilidade com o seguro. É mais provável que tal ocorra quando o ganho for pequeno, isto é, no caso de seguro para cobertura, por exemplo, de gastos com consultas médicas ou com dentistas. Segundo Arrow, esses custos seriam amplamente eliminados num sistema semelhante ao Serviço Nacional de Saúde da Inglaterra.

É possível se interpretar o argumento de Arrow como sendo uma referência a um caso típico de "monopólio natural"; no entanto, a preocupação não é com o monopólio na produção de cuidados médicos. Ao invés disso, o argumento parece enfatizar que o tamanho ótimo para um esquema de seguro-saúde é "grande", de modo que apenas através da consolidação dessa função ao nível do Governo Federal é que se poderia chegar a um custo realmente baixo. Se essa for uma interpretação válida do argumento de Arrow, o que se conclui é que apenas a operação, por parte do setor público, de um sistema de seguro-saúde seria necessária (ou, então, um monopólio privado, regulamentado e legalmente constituído). A coleta de fundos através de impostos não seria imprescindível.

Não há dúvida de que a arrecadação de fundos através de impostos realmente elimina todos os custos da venda do seguro. Por outro lado, haverá os custos de fiscalização e administração do sistema tributário, além do custo resultante de um imposto não-ótimo. No entanto, tal procedimento não permite que se tenha uma livre escolha — pela qual se pagam os custos de uma estrutura de mercado. Embora alguns custos inerentes à venda do seguro possam ser eliminados, caso o Governo absorva essa tarefa, é preciso não se esquecer que parte dos custos de venda representam uma compra genuína e válida de informação, necessária quando se tem que escolher entre uma variedade de planos com distintas características. Esse custo pode ser eliminado ao se permitir que apenas um “plano” seja “vendido”, com o resultado de não se satisfazer à maioria dos indivíduos (que, então, teriam que suportar um custo bem maior do que desejariam para adotar outros meios de satisfazerem suas necessidades, nesse particular). A menos que esses custos possam ser estimados, empiricamente, não é possível afirmar-se que a oferta e operação, via setor público, de um seguro-saúde de âmbito nacional, levaria a uma solução ótima (“second best”).

Conclui-se, pois, que, somente o argumento baseado em externalidades proporciona, realmente, uma justificativa direta para a oferta pública do seguro-saúde (no sentido de que o Governo deveria intervir, subsidiando alguns indivíduos).

A fim de determinar a quantidade ótima de cuidados médicos a ser oferecida à sociedade, passa-se a considerar o bem não mais como “cuidados médicos”, mas, sim, como “o consumo de cuidados médicos do indivíduo *i*”, o qual é experimentado simultaneamente por todos os membros da comunidade. Isso equivale a tratar o consumo de cuidados médicos por parte do indivíduo *i* como um bem público. Passar-se-ia a ter, então, uma definição de “ótimo” para o problema em questão (quando a soma das avaliações marginais de todos os indivíduos com relação ao consumo de cuidados médicos por parte de um deles fosse igual ao custo marginal de produção) e poder-se-iam apresentar os meios de se alcançar uma situação ótima — caso se conhecessem as curvas de demanda individuais e da comunidade. Supondo-se que apenas a renda difere entre os indivíduos, os subsídios individuais deveriam variar inversamente com a renda e os subsídios totais deveriam comportar-se da mesma forma. Outros fatores que afetam as curvas de demanda por cuidados médicos, tais como idade, sexo, estado civil, educação, etc, poderiam também ser incorporados à análise para a constituição de um subsídio ótimo¹.

¹ Para um estudo da demanda de cuidados médicos, inclusive desdobrada por “classe” de despesas médicas, com dados para o Brasil, vide (4). Uma síntese dos principais resultados empíricos está no APÊNDICE deste artigo.

A hipótese que se fará, daqui por diante, para simplificar a análise, é a de que diferenças na renda, apenas, serão tomadas como "proxy" para determinar a demanda de cuidados médicos.

Supondo-se, como hipótese básica, que a curva de demanda de cuidados médicos da comunidade tem inclinação negativa, torna-se possível especificar as características qualitativas de esquemas ótimos sem conhecimento da verdadeira curva de demanda da comunidade². Por exemplo, um subsídio unitário ótimo sempre variará inversamente com a renda, embora seu valor preciso, em cruzeiros, dependa do formato da curva de demanda para a comunidade. Pelo menos, pode-se concluir que certos esquemas de subsídio são não-ótimos.

Quando se estende essa discussão a situações em que existem diversas doenças que os indivíduos podem contrair, não há qualquer problema analítico mais sério. Para cada doença haveria uma determinada curva de demanda da comunidade, bem como curvas de demanda individuais específicas. O ótimo seria definido de forma análoga ao caso anterior. Os subsídios ótimos variariam com o tipo de doença, bem como com relação à renda e outras características que afetam a demanda. Não necessariamente as doenças que a comunidade avaliasse como sendo as mais graves e, portanto, as que deveriam receber combate mais intensivo seriam exatamente as mesmas que a classe médica consideraria como as mais sérias.

Os cuidados médicos preventivos constituem um exemplo de tratamento com relação ao qual as avaliações dos indivíduos e da classe médica, como um todo, diferem. Até o ponto em que as diferenças sejam devidas à ignorância por parte do público, a oferta de maior informação é desejável, mas é possível, também, que as preferências devidamente "bem informadas" dos indivíduos possam diferir das da classe médica, já que, afinal de contas, uma decisão de ofertar mais serviços médicos é uma decisão de ofertar menos dos demais bens (i.e., não se pode considerar que a classe médica possa fazer julgamentos-substitutos das preferências individuais "apropriadas", com relação a todos os demais bens e serviços).

² Para tanto, seriam necessárias ainda as seguintes hipóteses auxiliares: (i) os serviços médicos são produzidos e vendidos a um preço igual ao custo marginal, sendo este constante e mínimo; (ii) os cuidados médicos são um bem "normal" a qualquer nível de preços; (iii) a avaliação marginal de um indivíduo com relação aos cuidados médicos consumidos por outro não é afetada pela quantidade de cuidados médicos que ele próprio consome, ou pela quantidade de cuidados médicos que outros estejam consumindo; (iv) os indivíduos agem de acordo com suas verdadeiras preferências (i. e., não há "barganhas estratégicas" e todos têm gostos idênticos, com relação a seu próprio consumo de cuidados médicos; (v) há apenas uma doença.

Considerar-se-á, a seguir, um caso mais complexo do problema aqui tratado. Suponha-se que os indivíduos tenham um certo grau de incertezas quanto a seu estado de saúde futuro e, portanto, no que diz respeito a suas despesas com saúde, no futuro. Isso equivale a introduzir uma demanda de seguro-saúde. A fim de se analisar o comportamento individual na presença de seguro, suponha-se inicialmente, que não existam externalidades marginais presentes. Mais adiante elas serão reintroduzidas no modelo. Suponha-se, também, que todos os indivíduos sejam avessos ao risco e que se comportem de forma a maximizar a utilidade esperada. Por último, levante-se hipótese de que a incidência de doença seja um evento aleatório. Fica excluída de consideração, portanto, a medicina preventiva, bem como o efeito que o seguro-saúde poderia ter sobre a demanda de cuidados médicos preventivos.

Com as hipóteses apresentadas acima, há um teorema que afirma que os indivíduos prefeririam um seguro com um dado prêmio p que os indenizasse contra todas as perdas possíveis, a ter que enfrentar, sem seguro, uma distribuição de probabilidade de tais perdas com média p . Em outras palavras, um indivíduo que seja avesso ao risco preferiria um seguro atuarialmente justo à alternativa de não fazer seguro. As despesas médicas são incertas e podem ser consideradas como um tipo de perda; portanto, o teorema implica em que um indivíduo avesso ao risco faria seguro de todas as suas despesas médicas caso tal seguro fosse oferecido a um prêmio atuarialmente justo.

Há um ganho social obtido na aquisição de tal seguro, na medida que a reunião de todos os "riscos" reduz o risco total, e, por decorrência, o risco por segurado, através da lei dos grandes números.

No entanto, face à existência de custos de transação, a apólice não seria vendida, efetivamente, ao prêmio p , atuarialmente justo. Por outro lado, uma vez que o indivíduo considerava preferível fazer o seguro a um prêmio atuarialmente justo à alternativa de um auto-seguro (autoproteção), preferiria também determinados tipos de seguros com prêmios atuarialmente injustos à opção de um auto-seguro, desde que o prêmio não fosse "muito" injusto. Tudo dependeria de sua aversão ao risco e do poder da lei dos grandes números em reduzir o risco.

Arrow(1 e 2) concluiu, a partir dessa análise, que a ausência de seguro, no mercado, contra certos tipos de despesas médicas que se caracterizam por certo grau de incerteza, tornaria desejável a intervenção do Governo para prover tal tipo de seguro à sociedade. Para Lees e Rice(5), como foi visto, tal tipo de seguro não seria oferecido simplesmente face a custos de transação

envolvidos na venda. Arrow(1 e 2) argumenta que, na verdade, tais custos seriam eliminados por um seguro social compulsório. Parece haver, no entanto, uma explicação alternativa do porquê de alguns tipos de seguro não serem oferecidos no mercado, isto é, do porquê de algumas despesas médicas não serem "seguráveis".

A fim de que o teorema apresentado acima seja válido, as despesas médicas devem ser variáveis aleatórias. Porém, se tais despesas não forem inteiramente aleatórias, a proposição não será mais verdadeira. De um modo geral, a quantidade de cuidados médicos demandada por um indivíduo depende de sua renda, preferências, gravidade da doença, bem como do preço cobrado pelos serviços médicos. O efeito de um seguro que indenize com relação a todos os tipos de despesas médicas é o de reduzir a zero o preço cobrado ao indivíduo, no local de prestação do serviço. Embora a incidência de doença seja um evento aleatório, a possibilidade de a presença de seguro afetar a aleatoriedade das despesas médicas depende da elasticidade-preço da demanda de cuidados médicos. Em outras palavras, somente se a demanda for perfeitamente inelástica com relação ao preço, no intervalo entre o preço de mercado e zero, é que uma dada despesa médica será "segurável" — no sentido estrito pressuposto na proposição de Arrow.

A presença de uma elasticidade maior que zero nas curvas de demanda individuais de cuidados médicos implica, portanto, uma alteração nas quantidades desejadas, face, justamente, à presença do seguro-saúde. Embora cada indivíduo possa reconhecer que, usando um "excesso" de cuidados médicos, pode fazer com que o prêmio do seguro se eleve, ninguém terá interesse em restringir seu próprio uso de tais serviços, no entanto — já que o benefício adicional obtido por essa utilização excessiva é grande, ao passo que o custo adicional é, em grande parte, diluído entre os demais segurados. A existência dessa "inconsistência" implica em que é possível ter-se uma situação de ineficiência, caso os indivíduos sejam forçados, via impostos, a "comprar" um seguro que os indenize com relação a certos tipos de despesas médicas. Para uma solução eficiente, pelo menos um certo racionamento, via preço, deve ser realizado, no local de prestação do serviço.

Considerando-se as curvas de demanda individuais de cuidados médicos variando, com relação aos diversos indivíduos, é possível que a perda referente ao "excesso de utilização" na presença de seguro possa exceder o ganho de utilidade em ter tais despesas (incertas) seguradas para um indivíduo, e vice-versa para um outro. Conclui-se que não é uma política ótima proporcionar-se um seguro compulsório contra certos tipos de eventos para todos os

indivíduos. Alguns eventos podem ser “seguráveis” para alguns indivíduos, mas não para outros. Na verdade alguns eventos, embora tendo certo grau de incerteza, podem não ser “seguráveis” para ninguém. Caso os indivíduos difiram na intensidade de sua aversão ao risco, ou no grau em que seguros de diversos tipos alteram a quantidade de cuidados médicos que demandam, uma situação ótima será alcançada quando diversos tipos de apólices forem adquiridas por diversas pessoas. Poderá haver algumas pessoas que não adquirirão seguro algum, com relação a alguns eventos específicos, com certo grau de incerteza.

É mais provável que se ofereça seguro contra aqueles eventos para os quais a quantidade demandada a um preço nulo não exceda, substancialmente, a quantidade demandada a um preço positivo, contra aqueles para os quais o grau de aleatoriedade seja maior (de forma que a diluição dos riscos reduz o risco, para o indivíduo, substancialmente), e contra aqueles com relação aos quais os indivíduos tenham maior aversão ao risco. Tome-se, por exemplo, o caso de doenças “muito sérias” (em geral, de elevado custo de tratamento). Aparentemente, a elasticidade-preço da demanda por tratamento contra tais doenças não é grande (no sentido de que existe, em geral, apenas uma forma apropriada de tratamento). Por outro lado, a “aleatoriedade” associada a tais doenças é relativamente grande, no sentido de que são imprevisíveis, para qualquer indivíduo. Além disso, a aversão das pessoas a tais riscos é relativamente grande. Portanto, dever-se-ia esperar, e realmente se encontra, uma oferta de seguro contra tais eventos. Uma proposição semelhante seria válida no que diz respeito ao seguro usual contra casos de hospitalização.

Há, também, um certo grau de incerteza associada a consultas médicas, porém, o grau de aleatoriedade e aversão ao risco é, provavelmente, relativamente baixo, para a maioria das pessoas. O aumento na demanda, em resposta a um preço nulo, seria relativamente grande. Não se deveria esperar, pois, e, realmente, não se encontra, em geral, uma oferta de seguro contra tais eventos, no mercado privado. Uma análise semelhante se aplica ao caso de seguro contra despesas com dentistas, óculos e remédios.

Note-se que, se fosse possível definirem-se os eventos-doenças de forma precisa, sob o ponto de vista médico, bem como oferecer um seguro que pagasse uma quantia fixa quando um particular evento ocorresse, o tipo de efeito perverso (“moral hazard” no sentido de que o seguro-saúde, ao baixar o custo marginal dos cuidados médicos para o indivíduo, pode aumentar sua utilização), discutido acima, não existiria. O indivíduo não poderia afetar a

indenização do seguro que recebe, variando suas despesas médicas. Porém, a impossibilidade prática em fazer uma distinção precisa entre os eventos-doença, na maioria dos casos, resultou no fato de que a indenização do seguro depende das despesas médicas, garantindo, pois, a existência de um efeito-perverso.

O tipo de seguro-saúde que se vem considerando, até o momento, é aquele que proporciona uma cobertura total do custo dos serviços médicos. No entanto, diversos mecanismos poderiam ser introduzidos no contrato de seguro, em parte com o objetivo de reduzir o efeito perverso tratado anteriormente, dos quais os mais importantes são as deduções e o co-seguro. No primeiro caso, tem-se que, até um certo valor, as despesas médicas não seriam cobertas pelo seguro. No segundo caso, seria exigido do indivíduo o pagamento de uma certa fração de cada cruzeiro relativo ao custo dos cuidados médicos recebidos. Embora o indivíduo pudesse, como se viu, preferir não fazer seguro, com relação à alternativa de um seguro que lhe garantisse cobertura total das despesas médicas, nada impediria que, ao mesmo tempo, preferisse um seguro com essas características à opção de não fazer seguro.

Supondo-se a inexistência do efeito perverso aqui tratado, Arrow(1) provou que o indivíduo adquiriria cobertura total de seguro, acima de uma dedução mínima, caso o emissor do seguro estivesse disposto a oferecer qualquer apólice a um prêmio que dependesse apenas — embora pudesse exceder — do valor atuarial da apólice. Se o prêmio fosse igual ao valor atuarial, um indivíduo avesso ao risco iria, certamente, fazer cobertura contra todo e qualquer risco, de forma que a dedução ótima seria zero. A dedução ótima seria, em geral, tão mais ampla quanto maior a diferença entre o prêmio e o valor atuarial da apólice. Na hipótese, que se afigura razoável, de que a aversão ao risco do indivíduo decresce à medida que sua renda aumenta, então, é verdade, também, que a dedução ótima seria tão mais restrita quanto maior fosse sua renda.

Sem a presença de externalidades, a solução ótima ocorreria quando a soma da avaliação, por parte do indivíduo, de uma unidade marginal de cuidados médicos, mais sua avaliação da redução de risco acarretada por um aumento na cobertura de seguro, associada com o consumo da unidade marginal de cuidados médicos, igualasse o preço de tais serviços.

Enquanto Q — a cobertura ótima através de seguro — fosse positiva, e as demandas individuais não fossem perfeitamente inelásticas com relação ao

preço, o indivíduo compraria, numa situação ótima, mais cuidados médicos sob a cobertura de um seguro-saúde do que o faria no caso de este não existir. Como Q^* varia com a renda do indivíduo é um problema empírico. Parece razoável se supor que Q^* seja constante ou decresça ligeiramente com a renda.

Se se supõe a existência de externalidades no consumo de cuidados médicos, torna-se necessário acrescentar, à avaliação individual de seu próprio consumo, a avaliação, por parte dos demais membros da comunidade, com relação às quantias que estariam dispostos a pagar, para que o indivíduo em questão consumisse uma unidade adicional de cuidados médicos. A igualdade entre essa nova soma de termos com o preço dos serviços médicos determinaria uma situação ótima. Essa análise pressupõe, logicamente, que não haja ganho de utilidade, para a comunidade, em ter as despesas médicas do indivíduo seguradas. Caso a comunidade também avaliasse positivamente a redução de risco para o indivíduo, seria necessário acrescentar essas avaliações à avaliação, do próprio indivíduo, dos benefícios do seguro.

O seguro reduziria o preço unitário dos cuidados médicos a um tal nível que permitisse ao indivíduo a aquisição da quantidade ótima de cuidados médicos. O indivíduo, provavelmente, pagaria um certo preço unitário positivo pela compra de cuidados médicos, de forma a assegurar que a quantidade adquirida seja a ótima, sendo que pagaria, também, parte do prêmio pelo seguro. A comunidade, então, pagaria, através da receita fiscal, a diferença entre o prêmio que o indivíduo teria pago e o prêmio atuarialmente justo. Assim, subsidiando a aquisição de determinados tipos de seguro deste modo, a comunidade poderia induzir o indivíduo a consumir a quantidade ótima de cuidados médicos³.

A estrutura de subsídios eficientes dependeria, então, da renda e das demais características que afetam a demanda de cuidados médicos e a demanda de seguro.

Para os indivíduos que, mesmo na ausência de subsídios, já consomem cuidados médicos numa quantidade tal que um consumo adicional, por parte deles, não geraria benefícios para os demais, não se deveria oferecer subsídio.

³ Problemas decorrentes de um excesso de demanda, dadas as restrições de oferta, no caso brasileiro, serão tratados na seção II, a seguir.

Em princípio, este grupo seria constituído pelos indivíduos de renda mais elevada, porém a renda à qual os subsídios⁴ começariam a ser pagos seria, provavelmente, diferente, de acordo com os diversos tipos de despesas médicas.

Quando a quantidade ótima de cuidados médicos fosse inferior àquela que o indivíduo demandaria caso os cuidados médicos fossem gratuitos, dever-se-ia cobrar do indivíduo algum preço positivo (co-seguro) por tais serviços. Esse preço deveria ser calculado de tal modo que assegurasse que a quantidade de cuidados médicos comprada pelos indivíduos seria a ótima. Os cuidados médicos não podem, numa situação ótima, ser proporcionados gratuitamente ao indivíduo. Preços positivos deveriam ser cobrados, ou outras formas de racionamento deveriam ser impostas.

Quando a quantidade ótima de cuidados médicos se iguala àquela demandada a um preço nulo, então, todas as contribuições individuais podem ser realizadas sob a forma de prêmios de seguro. Somente neste caso particular, no entanto, é que o ótimo ocorre, quando os cuidados médicos são fornecidos a um preço ("user price") nulo. Note-se, ainda, que, em geral, o prêmio não precisa ser nulo, mesmo se o "preço de utilização" for nulo.

Um outro caso, provavelmente bem mais comum do que em geral se imagina, ocorre quando a quantidade ótima excede aquela que o indivíduo demandaria a um "preço de utilização" nulo. Mesmo se os cuidados médicos fossem fornecidos gratuitamente, pode ser que os custos referentes ao tempo do indivíduo (deslocamento e outros), ou, mesmo, os custos "psicológicos" de ter que lidar com uma burocracia com a qual não está familiarizado, desencorajem o indivíduo de obter cuidados médicos que os demais gostariam de vê-lo consumindo. Uma forma de fazer com que o indivíduo consuma a quantidade ótima de cuidados médicos é compensá-lo por esses "custos implícitos", que ele tem que suportar, caso aumente seu consumo com relação ao nível que escolheria a um "preço de utilização" (i.e., cobrado no local de prestação dos serviços) nulo.

A maioria das discussões deste problema sugerem, como solução, que os cuidados médicos deveriam ser proporcionados de uma forma mais atrativa ou

⁴ No sentido de incentivar a compra de um seguro que proporcione maior cobertura que aquele que os indivíduos, neste grupo (de mais baixa renda), teriam comprado por sua própria iniciativa. De um modo geral, este seguro ótimo envolveria, conforme observado anteriormente, preços unitários subsidiados, que decresceriam à medida que a renda do indivíduo decrescesse, para uma dada doença.

conveniente para o indivíduo (como, por exemplo, através de postos médicos numerosos ou com unidades volantes). O problema é que, em geral, uma alteração no modo pelo qual os cuidados médicos são oferecidos só pode ser conseguida a um elevado custo. Uma alternativa que, por sinal, deveria receber um pouco mais de atenção dos estudiosos do problema, seria a cobrança de um preço **negativo** ao indivíduo, pela aquisição de tais serviços — isto é, **dever-se-ia pagar** a certos indivíduos para que consumissem mais cuidados médicos (eventualmente, isso poderia ser feito através de bens meritórios, tais como alimentos, acoplados gratuitamente ao pacote de serviços médicos oferecidos, incorrendo-se, porém, em sérias ineficiências — solução subótima, mercado paralelo desses alimentos, maior burocracia de controle).

Alguns aspectos teóricos poderiam ser, ainda, discutidos, neste cenário de um seguro-saúde eficiente, de âmbito nacional. Caso esse esquema de seguro subsidiado fosse construído de tal forma que o prêmio dependesse (embora, face ao subsídio, fosse inferior) das perdas esperadas, para qualquer indivíduo, numa determinada classe de renda, o prêmio poderia ser aumentado caso o indivíduo resolvesse comprar, no mercado privado, um seguro-saúde suplementar. Dispondo de um seguro suplementar, ele utilizaria mais cuidados médicos e, portanto, incorreria em mais despesas. Dessa maneira, variar o valor do prêmio do seguro-básico para levar em consideração a presença do seguro suplementar seria uma outra forma de desencorajar sua aquisição, quando esta acarretasse uma utilização excessiva de cuidados médicos.

Note-se que, na hipótese de informação imperfeita por parte da população, uma das formas de se ter certeza de que menos indivíduos estariam adquirindo quantidades subótimas de cuidados médicos seria tornar compulsória a aquisição de um seguro que garantisse uma cobertura mínima. Face a custos de transação, tal exigência pode fazer sentido no que se refere à cobertura contra doenças muito sérias. Na verdade, no que se refere às doenças mais sérias, tais como as doenças mentais crônicas e as que acarretem invalidez física permanente, poderia ser apropriado utilizar-se o sistema fiscal para levantar-se todos os fundos.

Este esquema teria a vantagem de manter uma boa margem de livre escolha para o indivíduo, na aquisição de cuidados médicos, tanto com relação à quantidade quanto ao tipo dos cuidados médicos adquiridos. Manteria, também, a utilização do sistema fiscal — taxação sobre as folhas de pagamento e rendas individuais — relativamente baixa, para um dado nível de serviços

médicos oferecidos à população. Por último, poder-se-iam usar os mecanismos de seguro-saúde privados, competitivos, para proporcionar o esquema de seguro com as características gerais aqui abordadas. Uma grande variedade de planos poderia, presume-se, ser oferecida à população, e a competição entre os planos manteria baixos os custos.

Fez-se, ao longo de toda a discussão do problema, a hipótese de que os cuidados médicos seriam produzidos e vendidos a um preço que igualasse o custo marginal, constante e mínimo. Implícita na suposição de que há um único custo marginal relevante, está a hipótese de que os custos de produção são minimizados. Frequentemente se alega que as instituições de saúde, especialmente os hospitais, não têm qualquer incentivo em minimizar custos quando são reembolsados via seguro-saúde, já que as reduções de custo resultam em reduções de receita sob o usual método de reembolso baseado nos custos. Porém, um seguro-saúde com subsídio diferenciado não pagaria, em geral, todo o custo unitário dos serviços médicos, mas somente uma fração deste. O consumidor, então, teria um incentivo em considerar o custo (preço) dos cuidados médicos que demanda. Isso implica em que os serviços oferecidos com melhores condições para o consumidor seriam recompensados com uma parcela maior da população de pacientes. Se um dos objetivos dos produtores institucionais de saúde é aumentar o produto gerado, tal recompensa os induziria a manter os custos baixos.

Finalmente, lembre-se que, a fim de montar um esquema nacional de seguro-saúde com subsídio diferenciado, conforme aqui tratado, dois tipos de informação são necessários. Em primeiro lugar, é preciso haver informação detalhada no que se refere às demandas individuais de cuidados médicos e seguro-saúde. Além disso, é preciso que se tenha informação em que se basear uma estimativa da curva de demanda de cuidados médicos da comunidade — a qual poderia ser gerada através do consenso político sobre o assunto em questão. Isso, de certo modo, conduz ao segundo tópico a ser abordado neste trabalho.

II — CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE A POLÍTICA DE SAÚDE NUM MODELO TEÓRICO DE REGULAMENTAÇÃO

O papel tradicional da regulamentação na análise econômica tem sido, em geral, como uma solução “ad hoc” para a eliminação de uma ou outra consequência alocativa indesejada, ou falha do sistema de livre mercado.

A partir de um certo recolhimento, por parte dos estudiosos do assunto, de que tal modelo, na prática, pode, num saldo líquido, ter gerado mais problemas do que soluções, desviou-se a atenção para a influência que os poderes de intervenção do Estado poderiam ter sobre a distribuição da riqueza, bem como a eficiência econômica.

No que diz respeito ao processo político, a análise econômica tradicional apresenta um tratamento dicotômico no que se refere à alocação de recursos e à distribuição da riqueza na sociedade.

Portanto, o meio natural de se eliminar o erro implícito na análise tradicional seria estudarem-se os efeitos alocativos da regulamentação sob o domínio das pressões políticas por redistribuição presentes no processo de regulamentação.

Stigler(12), por exemplo, advoga que os interesses dos "produtores" tendem a prevalecer sobre os interesses dos "consumidores", vistos esses como os dois principais interesses em jogo no processo regulatório. Stigler parece ter compreendido que o antigo modelo de "proteção ao consumidor" aproxima-se muito de um enfoque tratando da regulamentação como se fosse um bem livre.

A seguir, procura-se sintetizar as idéias de Stigler sobre o assunto. O bem transacionado através da regulamentação seria uma transferência de riqueza. Do lado da demanda, haveria os interesses dos indivíduos, através de grupos constituídos, formal ou informalmente. Do lado da oferta, haveria seus representantes políticos. A "proteção ao produtor" caracteriza-se pelo domínio de um pequeno grupo, com grandes interesses "per capita" (em termos de renda); sobre um grande grupo (consumidores) com interesses menos concentrados.

Assim, no "leilão político", somente um grupo, na visão de Stigler, seria bem sucedido. Este receberia, então, o direito de taxar a riqueza de todos os demais. O grupo bem sucedido seria de tamanho reduzido, face a uma relação direta entre o tamanho do grupo e os custos de utilização do processo político.

Note-se que, para Stigler, haveria dois motivos principais que limitariam o tamanho do grupo: (a) ausência de um "mercado" com transações efetivas contínuas em política: qualquer sistema de voto é descontínuo, referindo-se sempre a um "pacote" de assuntos. Os custos de informação teriam que ser

inferiores ao ganho esperado, e um indivíduo com um pequeno interesse ("per capita") em jogo, não incorreria nesses custos, abandonando o processo; (b) custos de organização: embora possa haver economias de escala na organização do apoio político e neutralização da oposição, devem ocorrer de forma limitada. Quanto maior fosse o grupo que procurasse a transferência, mais estreita seria a base da oposição e maiores seriam os interesses ("per capita") que determinariam a força da oposição.

O principal legado do modelo de Stigler seria uma lei de retornos decrescentes ao tamanho do grupo, em política. Como corolário natural tem-se que: dado que a transferência total de renda de um grupo para outro é endógena, pode-se afirmar que a lei de retornos decrescentes se aplica aos recursos transferidos, também — face à oposição provocada pela transferência e à demanda que essa oposição exerce sobre os recursos econômicos com o objetivo de restringir a transferência.

A contribuição básica de Peltzman⁽⁹⁾ foi dar ênfase ao fato de que, dentro da moldura teórica básica proposta por Stigler, os custos envolvidos na utilização do processo político limitam não só o tamanho como também os ganhos do grupo dominante. Desenvolveu, ainda, as implicações daí decorrentes para a decisão de "entrada" no "mercado de regulamentação", bem como para a estrutura de produção e preços que surgiria face à presença de regulamentação no mercado.

O modelo, conforme desenvolvido por Peltzman, aplica-se a qualquer processo de redistribuição de renda tendo por base o mecanismo político-institucional.

Em termos de formalização analítica, Peltzman tratou, inicialmente, do modelo de Stigler, conforme o interpretou. O principal "ganho" desse esforço de formalização foi poder chegar à conclusão, não-comentada por Stigler em seu modelo original, de que a escolha, por parte dos responsáveis pela regulamentação, não está limitada à seleção do tamanho apropriado de um grupo de interesses a quem beneficiar ou taxar; engloba, também, a seleção de uma estrutura apropriada de benefícios e custos intragrupo (12, págs. 13-19). Peltzman exemplifica, considerando o caso de uma transferência de renda dos "consumidores" para os "produtores", num mercado genérico. O objetivo da regulamentação, no caso, levaria a uma minimização da oposição, por parte dos consumidores, através da exploração das diferenças entre eles, no que se refere à riqueza "per capita" ou ao grau de respostas da riqueza aos impostos, ou, mesmo, à sensibilidade do apoio político por eles oferecido com relação à

taxação imposta. Em caso particular, conforme será desenvolvido mais adiante, o problema é suficientemente geral para que seja tratado em termos de dois grupos compostos pelos consumidores de baixa renda (“subsidiados”) e os consumidores de alta renda (“taxados”), ou, ainda, os produtores de baixa renda (“subsidiados”) e os produtores de alta renda (“taxados”).

Um corolário interessante da análise de Peltzman, neste ponto é o de que (supondo-se uma taxa \tilde{c} o \tilde{c} o efetiva distinta entre consumidores de baixa e alta renda): se o grupo de consumidores de baixa renda tiver uma demanda “per capita” suficientemente grande, bem como uma elasticidade de demanda e uma sensibilidade a impostos relativamente baixas com rela \tilde{c} o \tilde{c} o aos de alta renda — o que parece ocorrer, efetivamente —, este \tilde{u} ltimo poderia tornar-se parte do grupo beneficiado (i.e., obter, tamb \tilde{e} m, um pre \tilde{c} o subsidiado). De forma an \tilde{a} loga, alguns consumidores de baixa renda poderiam estar sendo taxados, mesmo que a maioria deles estivesse sendo beneficiada. A “base de apoio” \tilde{a} s a \tilde{c} o \tilde{c} o \tilde{c} es dos respons \tilde{a} veis pela regulamenta \tilde{c} o \tilde{c} o, portanto, n \tilde{a} o pode ser identificada com um \tilde{u} nico interesse econ \tilde{o} mico. Esse cen \tilde{a} rio se afigura particularmente caracter \tilde{i} stico do caso brasileiro, no setor sa \tilde{u} de, onde, de um modo geral, as fragment \tilde{a} rias evid \tilde{e} ncias dispon \tilde{i} veis levam a crer que a classe m \tilde{e} dia baixa e a classe m \tilde{e} dia t \tilde{i} pica parecem ser as mais beneficiadas com o sistema em vigor, quando, em princ \tilde{i} pio, somente a primeira deveria ser realmente inclu \tilde{i} da no grupo de consumidores a serem beneficiados. Adicionalmente, a hip \tilde{o} tese levantada \tilde{e} de que os efetivamente pobres, sobretudo no meio rural, n \tilde{a} o s \tilde{a} o, realmente, beneficiados (face, principalmente, ao congestionamento da oferta existente, pelos usu \tilde{a} rios acima mencionados, o que \tilde{e} facilitado por uma distribu \tilde{i} o \tilde{c} o geogr \tilde{a} fica “perversa” dos servi \tilde{c} os m \tilde{e} dicos dispon \tilde{i} veis), embora, sem d \tilde{u} vida, a classe m \tilde{e} dia alta seja a mais efetivamente taxada, neste caso.

Ao generalizar o modelo de Stigler no que se refere \tilde{a} transfer \tilde{e} ncia de renda atrav \tilde{e} s do processo pol \tilde{i} tico, Peltzman passa a se concentrar na regula \tilde{c} o \tilde{c} o de pre \tilde{c} o e “entrada” num mercado, derivando outras implica \tilde{c} o \tilde{c} es finais no que se refere a lucros e \tilde{a} demanda de novas disposi \tilde{c} o \tilde{c} es regulat \tilde{o} rias. A primeira conclus \tilde{a} o que obt \tilde{e} m, de import \tilde{a} ncia para o caso brasileiro, refere-se \tilde{a} organiza \tilde{c} o \tilde{c} o do mercado em estudo. Setores naturalmente com caracter \tilde{i} sticas monopol \tilde{i} sticas e setores com caracter \tilde{i} sticas tipicamente competitivas s \tilde{a} o, ambos, politicamente mais sujeitos \tilde{a} regula \tilde{c} o \tilde{c} o do que setores oligopol \tilde{i} sticos. Ora, o setor de produ \tilde{c} o \tilde{c} o de sa \tilde{u} de \tilde{e} tipicamente competitivo, por suas caracter \tilde{i} sticas b \tilde{a} sicas, muito semelhantes \tilde{a} s da produ \tilde{c} o \tilde{c} o agr \tilde{i} cola, no que se refere ao n \tilde{u} mero de unidades produtoras potenciais, dispers \tilde{a} o geogr \tilde{a} fica dos “mercados”, influ \tilde{e} ncia do meio ambiente f \tilde{i} sico e s \tilde{o} cio-econ \tilde{o} mico

na determinação de tecnologia de produção a ser empregada, amplo espectro de técnica de produção (permitindo a combinação dos fatores de forma bem maleável), e outras. Essa conclusão decorre de uma implicação do modelo formal de que o resultado da regulamentação seria a fixação de um preço oligopolístico para o setor, de forma que haveria tanto maior estímulo à regulamentação, quanto mais distante (monopólio e competição) se estivesse do preço oligopolístico. É interessante notar que Posner (10), com base numa argumentação que se atribui mais ampla (porém, menos rigorosa) que a de Peltzman, concluiu que, havendo assimetria nas posições de interesses individuais dos membros de um determinado setor de produção, pode ser mais atraente, economicamente, para setores caracterizados por grande número de produtores, obter regulamentação via setor público do que se cartelizarem privadamente. Um exemplo clássico é o da produção agrícola, mas a análise adapta-se de forma perfeita ao caso do setor saúde, de interesse para o Brasil.

Outra conclusão do modelo generalizado de Peltzman, e de especial interesse para o caso brasileiro é a relação entre regulamentação e a produtividade e/ou crescimento num setor de produção. Redução nos custos ou expansão da demanda elevariam o "excedente total" sobre o qual os responsáveis pela política regulatória poderiam exercer seu controle. Aumentaria, portanto, o ganho político. Ora, o caso do setor saúde no Brasil é típico. Não, certamente, quanto a reduções nos custos, muito pelo contrário, porém, certamente, no que se refere à rápida expansão da demanda por serviços de saúde nas três últimas décadas — o que pode ser facilmente constatado, empiricamente, por qualquer medida que se queira (vide, por exemplo, os dados apresentados em 11 e 13).

O modelo gera, ainda, uma previsão do viés da regulamentação. Quanto mais elástica for a demanda e quanto maiores forem as economias de escala, maior será o viés favorável aos consumidores. Ora, no caso de saúde, a demanda parece ser muito elástica (sobretudo com relação à renda, variando-se a qualidade), embora as economias de escala não pareçam, "a priori", ser muito pronunciadas (tomando-se por base estudos já realizados em outros países — vide 3 e 4, Caps. 3 e 4). Essa hipótese é compatível com uma legislação que se volta basicamente para a proteção ao consumidor, sem, porém, deixar de se preocupar com os estímulos à oferta dos serviços adequados, no caso brasileiro. É interessante notar que o caso típico de saúde, num país em desenvolvimento, como o Brasil, é exatamente oposto ao caso típico do setor agrícola, no que se refere à estabilidade relativa das curvas de oferta e demanda. No setor saúde, a variabilidade é muito maior na demanda (rápida expansão da renda) que na oferta (a utilização de tecnologias mais avançadas segue, em

geral, um ritmo relativamente lento). Ora, conforme a análise clássica de regulamentação de preços em mercados, face à variabilidade diferenciada das curvas de oferta e demanda nesses mercados (7), no caso do setor saúde ter-se-ia que a regulamentação torna-se, realmente, demandada para proteger os interesses dos consumidores, que são os que perdem na situação de instabilidade relativa da demanda com relação à oferta.

Vale a pena penetrar-se em certas peculiaridades do modelo de Peltzman, no que se refere à estrutura de regulamentação de preços, e se estender a análise para o caso do setor saúde. A proposição básica é a de que a busca das vantagens sob o ponto de vista político levaria os responsáveis pela regulamentação a suprimir certas forças econômicas que poderiam, caso contrário, afetar a estrutura de preços. A estrutura de subsídios, conforme demonstrado analiticamente por Peltzman sob hipóteses bastante gerais (vide 9, págs. 35 e 36) segue um sistema no qual os grupos de consumidores de "alto custo" (pobres) são subsidiados pelos consumidores de "baixo custo" (ricos). Todo o problema tem por fulcro a hipótese de que os responsáveis pela regulamentação procuram sempre uma estrutura tributária que minimize a oposição. Suponha-se, por exemplo, no caso do setor saúde, que a renda "per capita" esteja crescendo rapidamente para apenas um (ricos) dos dois grupos existentes de consumidores. Numa análise simples de teoria dos preços, isso levaria à elevação na demanda desse grupo e um monopólio, maximizando lucro, elevaria, então, o preço do bem para esse grupo. Caso o mercado fosse regulamentado, no entanto, seria impossível contar-se com uma concentração do aumento de impostos sobre tal grupo de consumidores, já que se estaria violando o princípio básico de igualar-se, na margem, a oposição decorrente dos dois grupos. Essa "política de preços" parece ser exatamente compatível com as decisões regulatórias tomadas pelo Governo no caso do setor saúde, no Brasil. Embora sejam taxados os salários até o nível de 20 salários mínimos, sendo que boa parte desses indivíduos (os de maior renda) não utilizam os serviços de saúde previdenciários, discute-se, a nível de Governo, cobrar, como adicional ao imposto previdenciário, a assistência médica prestada aos segurados. Embora essa cobrança leve em conta diferenças de renda, não há dúvida que incidirá fortemente sobre a faixa dos segurados mais pobres, composta por usuários freqüentes do sistema público de assistência médico-social. Aliás, a combinação desses dois mecanismos de financiamento/controle da demanda no setor saúde, no Brasil, parece ser o resultado natural, em termos de regulamentação, das forças mais significativas do lado da demanda por serviços médicos, nos últimos trinta anos, no País. Estas últimas estariam presentes no rápido êxodo rural, pressionando a oferta de assistência médica

básica nas cidades e, mais recentemente, o aumento transitório das desigualdades de renda (embora com intensa mobilidade) face ao rápido crescimento econômico, que vem pressionando a oferta a uma distribuição perversa da qualidade e variedade dos serviços disponíveis, contrária à prioridade em assistência básica, no sentido das “doenças de massa” típicas do meio brasileiro.

III – SUGESTÕES PARA REFORMULAÇÃO GRADATIVA DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL

Na seção I, anterior, apresentou-se uma visão sintética de um modelo teórico “ótimo” sob critério estritamente econômico, no que se refere a um sistema nacional de saúde. Tal modelo, que racionaliza a presença do Estado no setor basicamente em termos das externalidades positivas, produzidas por melhorias básicas na assistência médica à população (e, em grau de importância bem menor, em termos dos elevados custos de informação para aquisição racional de serviços médicos por parte do consumidor), advogava, como hipótese prática, a adoção de um sistema de subsídios variáveis no setor saúde, com o objetivo de racionalizar a utilização (demanda) e, indiretamente, corrigir a alocação de recursos (oferta), tendo por fim o estímulo ao auto-seguro individual e a firme perseguição de prioridades nacionais bem definidas, estimulando-se a contenção dos custos, que, pela experiência internacional recente, podem vir a se tornar vertiginosos.

Por outro lado, a seção II objetivou justificar a regulamentação (em seus aspectos genéricos) do setor saúde no Brasil, com base num modelo teórico de comportamento do regulador “racional”, num enfoque misto, em que os conceitos tradicionais de maximização econômica são combinados com critérios políticos de comportamento. O modelo parece explicar, “a priori”, de forma bastante razoável, a experiência brasileira, neste particular⁵.

Que modelo adotar? Um sistema nacional de saúde tipicamente de mercado, baseado num complexo sistema de subsídios variáveis, onde o elemento de competição seria fundamental para o desenvolvimento futuro (embora sujeito, evidentemente, a uma regulamentação básica por parte do Governo)? Ou, alternativamente, a manutenção do atual sistema, em sua maior parte estatizado, de atendimento às necessidades médicas da população?

⁵ Pretende-se estender a análise, no futuro, para interpretação de tópicos específicos da regulamentação no setor saúde – bem como reunir evidência empírica detalhada, para cada uma das proposições apresentadas.

A proposta que se faz é de que, na busca de maior eficiência para a utilização de um dado conjunto de recursos, o desejável seria um sistema que combinasse as vantagens do sistema de mercado — com base num seguro-saúde privado, com uma faixa básica, de contribuição conjunta, empregado/empregador, não necessariamente de mesma proporção, e faixas suplementares à guisa de “fringe-benefits” — à conveniência política e, mesmo, necessidade econômica de se manter a presença do Estado no atendimento às camadas efetivamente pobres da população (ou seja, com renda familiar inferior a três salários mínimos regionais). Tal sistema teria grandes vantagens: (i) permitiria uma diminuição na taxa de contribuição compulsória de empregados e empregadores para o INAMPS, já que, para boa parte dos atuais contribuintes, só restaria a contribuição propriamente previdenciária (aposentadoria); (ii) permitiria um sistema de mercado, mais eficiente, para o atendimento da classe média; (iii) permitiria a concentração de esforços do Governo na “indigência médica”, sobretudo no meio rural.

A ação do Governo continuaria, no entanto, a ser decisiva no setor. As seguradoras privadas, que teriam um amplo mercado para atuar, em termos de seguro-saúde, seriam obrigadas a contribuir para um fundo de assistência médica às populações de baixa renda, sob responsabilidade do Governo. Seria desejável, ainda, que, via regulamentação, se procurasse estimular a oferta privada de serviços médicos básicos às camadas mais pobres da população. Nesse particular, propor-se-ia a presença do Estado na construção de hospitais apenas munidos de equipamento principal, que seriam objeto de contratos de “leasing”, sem manutenção, à iniciativa privada (preferencialmente a equipes autônomas de médicos), com opção de compra após um período suficientemente longo de funcionamento, e onde a regulamentação de “preço” fosse feita via “consumidor” (só poderiam atender a consumidores até uma certa faixa de renda salarial), o que se afigura, como o melhor método, na prática, para estimular o controle de custos e a competição, dificultando, nos limites do tolerável, a discriminação de atendimento via preços⁶.

É importante frisar que a presente proposta implicaria apenas uma realocação de um certo segmento de segurados entre a assistência médica e um seguro-saúde, ambos, via setor público *versus* um seguro-saúde via setor privado. A organização atuarial dos benefícios financeiros da previdência continuaria a mesma — via setor público, com a base de até vinte salários mínimos de contribuição do empregado e empregador, e via setor privado, através da atuação complementar dos fundos de pensão.

⁶ Para controle, nesse particular, bastaria o INAMPS manter um cadastro atualizado dos indivíduos economicamente ativos, por CPF e faixa salarial, para cruzamento das informações de atendimentos regularmente fornecidas pelos hospitais.

APÊNDICE

A Tabela A, a seguir, apresenta, à guisa de ilustração, algumas das estimativas da demanda de cuidados médicos, para uma amostra de orçamentos familiares da cidade de São Paulo coletada no período abril 1971-outubro 1972, conforme consta da tese doutoral do autor (6; pág. 127, Tabela III.2.1).

Os principais aspectos que poderiam ser ressaltados são:

- a) as elasticidades-renda encontradas, embora apresentando diferenças de acordo com o tipo de despesa médica, foram todas fortemente significativas;
- b) a variável "escolaridade do cônjuge do chefe da família" (ao contrário da variável referente à própria escolaridade do chefe) mostrou-se, de um modo geral, bastante significativa;
- c) a variável "informação" apresentou mais significância nas demandas de cuidados médicos referentes a dentistas e hospitais, conforme esperado, já que, de um modo geral, são "produtos" adquiridos com menor frequência pelo consumidor;
- d) a variável "idade do chefe" apresentou um nível de significância razoável apenas nas demandas de cuidados médicos referentes a dentistas e hospitais;
- e) a variável "tamanho da família" (em grande parte determinada pelo número de crianças existentes) apresentou-se especialmente significativa na demanda de cuidados médicos referentes a dentistas.

A introdução da variável "gastos com seguro-saúde privado" na demanda de cuidados médicos (total) mostrou a forte significância desta variável na explicação do grau de utilização dos serviços médicos (quer em termos de quantidade, quer em termos de qualidade, já que a variável dependente se refere aos gastos com serviços médicos), conforme apresenta-se abaixo (valor do "t" entre parênteses):

TABELA A
Demanda de Cuidados Médicos – Formulação Básica

Variáveis Explicativas	TOTAL		REMÉDIOS		MÉDICOS		DENTISTAS		HOSPITAIS	
	COEF.	t	COEF.	t	COEF.	t	COEF.	t	COEF.	t
log Y	0,62561	7,982 ^a	0,27973	3,961 ^a	0,52288	8,430 ^a	0,27721	4,548 ^a	0,12876	2,987 ^a
E	0,02925	0,913	-0,01749	-0,606	0,01552	0,613	0,02593	1,041 ^d	0,03925	2,229 ^a
EC	0,08890	2,650 ^a	0,06697	2,210 ^a	0,04809	1,813 ^b	0,05101	1,957 ^b	0,02059	1,116 ^d
INFO	0,00839	1,819 ^b	0,00473	1,134 ^d	0,00502	1,372 ^c	0,01094	3,044 ^a	0,00733	2,883 ^a
INFOE	-0,00068	-1,035 ^d	-0,00030	-0,512	-0,00032	-0,622	-0,00069	-1,345 ^c	-0,00058	-1,603 ^c
ID	0,00644	1,588 ^c	0,00409	1,22 ^d	0,00056	0,176	0,00634	2,012 ^a	0,00374	1,676 ^b
S	-0,55532	-0,676	-0,52362	-0,708	-0,26028	-0,401	-0,58696	-0,923	-0,26176	-0,580
log FS	0,26873	2,316 ^a	0,13733	1,314 ^c	-0,15974	-1,741 ^b	0,22920	2,541 ^a	0,02722	0,426
Constante	-2,34515		0,02285		2,79875		1,68626		0,81725	
	n = 1.901; R ² = 0,11663; Erro Padrão: 2,00362 F = 31,22461		n = 1.901; R ² = 0,03461; Erro Padrão: 1,80422 F = 8,47967		n = 1.901; R ² = 0,10108; Erro Padrão: 1,58385 F = 26,59379		n = 1.901; R ² = 0,08176; Erro Padrão: 1,55726 F = 21,05664		n = 1.901; R ² = 0,05282; Erro Padrão: 1,10142 F = 13,18774	

Variáveis: Y – renda familiar; E, EC – nível de escolaridade do chefe da família e de seu cônjuge, respectivamente; INFO – gastos com informação, de caráter geral (livros, revistas, jornais); INFOE = (INFO) x (E) – variável utilizada para se testar a complementação ou substituição entre “informação” e “escolaridade” na demanda por cuidados médicos; ID – idade do chefe da família; S – sexo do chefe; FS – tamanho da família. (Para detalhes, vide nosso estudo original, referido acima).

a, b, c, d: O coeficiente é significativo aos níveis de 2,5%, 5%, 10% e 16%, respectivamente, num teste unilateral.

$$\log M = -2,47493 + 0,65681 \log Y + 0,01495 E + 0,09454 EC +$$

(8,613)^a (0,443) (2,827)^a

$$+ 0,00064 ID - 0,6013 S + 0,26153 \log FS + 0,09046 \log SEG$$

(1,594)^c (-0,743) (2,254)^a (2,459)^a

$$n = 1.901; R^2 = 0,11618; \text{Erro Padrão} = 2,00360; F = 35,54858;$$

a, b, c, d: O coeficiente é significativo aos níveis de 2,5%, 5%, 10% e 16%, respectivamente, num teste unilateral.

Fonte: (6; pág. 131, Tabela II. 2.2).

Note-se, ainda, que, conforme se pode observar, no que se refere às demais variáveis, renda, escolaridade do cônjuge do chefe e tamanho da família, continuaram apresentando os mais elevados níveis de significância.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Arrow, K. J., "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care", *American Economic Review*, dezembro de 1963, p. 945.
- (2) ———, "Replay", *American Economic Review*, março de 1965, pp. 154-58.
- (3) Bailey, M. Richard, "Economies of Scale in Medical Practice", em Klarman, Herbert, *Empirical Studies in Health Economics*. The Johns Hopkins University Press, Baltimore, 1970, pp. 255-273.
- (4) Feldstein, Martin S., *Economic Analysis for Health Service Efficiency*, North-Holland Publishing Company, Amsterdam, 1970, Caps. 3 e 4.
- (5) Lees, D. S. e Rice, R. G., "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care: Comment", *American Economic Review*, março de 1965, pp. 140-54.
- (6) Magalhães, Uriel de, *Demanda por Saúde no Brasil: Dois Estudos de Caso*, tese doutoral, não-publicada; Escola de Pós-Graduação em Economia da FGV; Rio de Janeiro, agosto de 1977.
- (7) Massel, Benton F., "Price Stabilization and Welfare", *Quarterly Journal of Economics*, Maio 1969, pp. 284-98.
- (8) Pauly, Mark V., *Medical Care at Public Expense*, Praeger Publishers, Inc., Nova York, 1971.
- (9) Peltzman, S., "Toward a More General Theory of Regulation", *Journal of Law and Economics*, agosto 1976.
- (10) Posner, R., "Theories of Economic Regulation", *Bell Journal*, outono, 1974.

- (11) Rezende da Silva, Fernando A. e Mahar, Dennis, *Saúde e Previdência Social: Uma Análise Econômica*. Coleção Relatórios de Pesquisa no. 21, IPEA, 1974.
- (12) Stigler, G., "The Theory of Economic Regulation", *Bell Journal*, primavera, 1971. (Também em *The Citizen and the State*, The University of Chicago Press, Chicago, 1975).
- (13) II Plano Nacional de Desenvolvimento Econômico (1975-1979).

Abstract: The paper presents some general principles that should be taken into account as a differentiated subsidy health insurance is being considered by the Government, at a national level. The operation of such services could also be undertaken by the public sector, although it is not a must. The central point is that some degree of independence (certainly, subject to an appropriate regulation), as well as the professional control of the health sector, should also be preserved. The focus should rest on the comparative advantages of alternative institutional arrangements for meeting health services and health insurance demands, with an eye on maximum efficiency.

