

Associação Portuguesa de Economia da Saúde

DOCUMENTO DE TRABALHO 5/95

O MERCADO DE CUIDADOS DE SAÚDE

Álvaro Matias

Banco de Portugal
Escola Superior de Turismo do Estoril

Novembro, 1995

Notas de agradecimento:

- *Trabalho originalmente elaborado no ISEG no âmbito do Mestrado em Economia e Política Social.*
- *O autor agradece ao Professor Carlos Gouveia Pinto, pelo incentivo, críticas e sugestões efectuadas aquando da revisão deste trabalho; e ao Professor João Pereira, pela orientação e apoio proporcionado na estruturação do trabalho para efeitos de publicação.*

INDICE

Introdução	4
1. As características especiais do bem “ <i>cuidados de saúde</i> ”	5
• Esgotamento do consumo	5
• Inexistência de utilidade intrínseca no bem	6
• Não-homogeneidade e interdependência no consumo	7
• Racionalidade do consumidor	8
• Incerteza	9
• Externalidades	9
2. Que mercado para este bem?	10
3. A procura de cuidados de saúde	12
4. A oferta de cuidados de saúde	16
Conclusões	22
Referências Bibliográficas	24

Introdução

O estudo de um qualquer mercado deverá atender a 3 componentes fundamentais:

1. o objecto de escolha, que neste caso consiste no bem *cuidados de saúde*;
2. o comportamento do agente da procura, que é aqui o *doente*;
3. o comportamento do agente da oferta, que serão aqui os profissionais do sector da saúde, designadamente os *médicos*.

Estudar Economia da Saúde só fará sentido se nesta disciplina encontrarmos especificidades em algumas destas 3 componentes do mercado em causa. Ora, o que acontece aqui é que os agentes de mercado exibem comportamentos diferenciados relativamente ao que acontece noutros mercados, começando desde logo a perceber-se a origem dessas diferenças na natureza do produto aqui em causa: os **cuidados de saúde**.

Na verdade, os cuidados de saúde constituem um bem cujo consumo, por si só, não proporciona utilidade. O consumo de cuidados de saúde faz-se com o único objectivo de restabelecer um estado de saúde entretanto perdido ou debilitado. Assim sendo, estaremos em presença de um **bem sem utilidade intrínseca**, e cujo consumo estará sempre relacionado com um estado de necessidade por parte do agente da procura - o doente - que importa examinar detalhadamente.

Conforme diz *Alan Williams (1978)*, a **necessidade de cuidados de saúde** deverá ser distinguida de **procura de cuidados de saúde** e de utilização de cuidados de saúde. Assim, estaremos perante uma necessidade de consumir cuidados de saúde quando um indivíduo fica doente ou incapacitado, sabendo da existência de tratamento ou cura para a situação em causa, enquanto a procura de cuidados de saúde se manifestará quando um indivíduo considera ter uma necessidade e deseja receber tratamento.

Independentemente das objecções que poderão ser levantadas a estas definições pela separação entre medicina preventiva e medicina curativa, a verdade é que começamos a perceber como é ténue a fronteira entre a necessidade e a procura de cuidados de saúde. O papel do agente da oferta - médicos ou outros profissionais da saúde - não é necessariamente passivo, e pode mesmo ser responsável **pela indução de procura**,

fazendo os indivíduos acreditar numa necessidade de consumo de cuidados de saúde nem sempre real. Neste contexto, a necessidade é um conceito que se apresenta muito do lado da oferta, uma vez que, em última análise, a mesma existirá enquanto a prestação de cuidados de saúde apresentar uma produtividade marginal positiva, i.e., existirá procura enquanto o produto oferecido gerar benefícios marginais positivos.

Esta discussão impõe um maior detalhe das características do objecto de escolha, no caso o bem cuidados de saúde - o que procuraremos fazer já em seguida - bem como do comportamento dos agentes em presença neste mercado - o que faremos mais tarde. Este comportamento está, como veremos, rodeado de particularidades, designadamente porque o agente da oferta se apresenta no mercado em situação de superioridade relativa, o que levanta problemas ao nível da deontologia médica e do exercício, ou não, de poder discricionário por parte do médico¹.

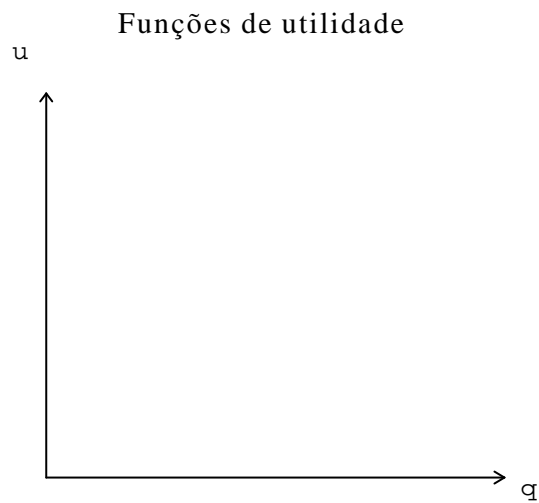
1. As características especiais do bem “cuidados de saúde”

Os cuidados de saúde constituem então um bem ou serviço (por uma questão de facilidade, daqui em diante, referir-nos-emos aos mesmos como “bem”), cujo consumo proporciona saúde, sendo esta última um estado desejado aquando do consumo daquele bem. O estado de saúde constitui efectivamente o objectivo único do consumo de cuidados de saúde, razão pela qual a procura deste bem tem características muito particulares, designadamente as seguintes:

- **Esgotamento do consumo:** a função de utilidade de cuidados de saúde tem uma forma muito particular (veja-se, para o efeito, a Figura 1), chegando mesmo a ter inclinação negativa a partir do ponto de saciedade, o qual se atinge muito mais rapidamente no consumo de cuidados de saúde do que no consumo de qualquer outro bem. A inclinação negativa a partir do ponto de saciedade (q_{cs} no gráfico junto) significa que a utilidade começa a ser decrescente a partir daquele ponto.

¹ Veja-se ROCHAIX, Lise (1987)

Figura 1



Assim, se confrontarmos a curva de utilidade proporcionada pelos cuidados de saúde (U_{cs}), com a que é proporcionada por outros bens ou serviços (U_{ob}), verificamos que, por um lado, nos cuidados de saúde podemos falar em desutilidade (utilidade negativa), enquanto para os restantes bens e serviços apenas podemos falar em utilidade marginal decrescente, por outro lado, o ponto de saciedade no consumo dos outros bens e serviços (q_{ob}) - para além de se atingir mais tarde - é um ponto em que tendencialmente a procura se torna perfeitamente elástica, enquanto no caso do bem cuidados de saúde aquele ponto (q_{cs}) define a fronteira entre a utilidade e a não-utilidade.

- **Inexistência de utilidade intrínseca no bem:** conforme já foi referido, os cuidados de saúde são consumidos com o objectivo único de proporcionar saúde ao consumidor/doente, e não porque o respectivo consumo proporcione utilidade por si só. Não acontece assim com os restantes bens e serviços, onde o próprio consumo gera utilidade. Efectivamente, numa situação hipotética em que fosse possível desligar o consumo de cuidados de saúde do objectivo de proporcionar saúde, assistiríamos à ausência de procura para o bem, uma vez que o seu consumo deixaria de proporcionar qualquer utilidade para o consumidor.

- ***Não-homogeneidade e eventual interdependência no consumo:***
quando se fala em cuidados de saúde estamos a pensar em bens e serviços tão diferentes como medicamentos, internamentos, consultas médicas, terapêuticas, etc., pelo que estamos em presença de um bem não-homogéneo, o que implica a existência não de um mas de vários mercados, com todos os problemas daí decorrentes, designadamente quanto à não unicidade do equilíbrio. Por outro lado, trata-se muito frequentemente de um bem com características de indivisibilidade, como acontece, por exemplo, no caso das terapêuticas para determinadas situações clínicas, as quais podem englobar um conjunto de consumos interdependentes (em cadeia), que podem ir desde a simples consulta, às análises, medicamentos, etc., cujo consumo é interdependente.

As características especiais deste bem não deixam margem para outro objectivo no consumo que não a obtenção de um melhor estado de saúde. Tal como dizem McGuire *et al* (1992), o reconhecimento de que a procura fundamental por parte do consumidor é de saúde, e não de cuidados de saúde *per si*, constituiu “*um grande avanço conceptual na análise da procura de cuidados de saúde*”. Esta procura é então uma *procura derivada* de um objectivo determinado: a obtenção de saúde.

Ora, este comportamento particular da procura exige uma análise atenta relativamente às alternativas - privada e pública - que se colocam à organização da oferta.

Assim sendo, porque as características do bem cuidados de saúde vão influenciar a estrutura do mercado, importa definir em termos mais precisos as características deste bem, as quais podem ser organizadas em função da ***racionalidade do consumidor***, da ***incerteza***, ou das ***externalidades no consumo***. Vejamos cada um destes pontos, de *per si*:

- ***Racionalidade do Consumidor:***

Relativamente a este ponto, a Economia do Bem-Estar costuma assentar em juízos normativos (em que só o próprio indivíduo é que sabe interpretar o seu bem-estar) ou não normativos (em que as escolhas dependem de uma revelação de preferências por parte do consumidor). Ora, o problema que se coloca é que o bem cuidados de saúde

apresenta características conflituais com qualquer destes juízos, o que conduz a alguns obstáculos à prossecução do óptimo, designadamente:

1. Alguns consumidores, ainda que doentes, não desejam tratamento, ou podem mesmo ignorar a sua doença;
2. Os doentes mentais não se enquadram no modelo tradicional de solvência do consumidor;
3. Os doentes em situação de emergência médica raramente têm condições para revelar as suas preferências relativamente ao consumo adequado de cuidados de saúde.

Estas situações de “*irracionalidade do consumidor*”, constituindo embora um importante impedimento à consecução do óptimo paretiano, deverão ser devidamente relativizadas, já que o problema da ignorância do consumidor que é aqui colocado enquadra-se no âmbito da informação imperfeita que caracteriza os mercados, sendo de notar que é a informação perfeita - mais do que a ignorância - que menos se encontra de acordo com os postulados da Economia do Bem-Estar. O problema está em determinar o nível óptimo de ignorância, uma vez que os custos de eliminação da mesma são habitualmente demasiados elevados para serem economicamente racionais.

Por outro lado, há perigos na consideração desta irracionalidade, uma vez que esta poderá levar à constatação de que terá que ser uma entidade externa ao consumidor a fazer a sua revelação de preferências. Esta *procura externa* (derivada) apresentar-se-ia assim expurgada das características de inelasticidade próprias da curva de procura de cuidados de saúde em situações especiais, como sejam as de emergência médica, em que a procura tende a independe do preço. Estariam assim as preferências do consumidor delegadas numa entidade externa cuja decisão seria uma *proxy* daquela que o próprio consumidor tomaria em situação objectiva de racionalidade. Abre-se assim a possibilidade de inclusão de risco moral por parte da oferta: voltaremos mais tarde a este assunto.

- ***Incerteza:***

A capacidade de o mercado satisfazer as condições necessárias à existência de um óptimo está relacionada com o grau de incerteza do doente relativamente a dimensões várias da prestação de cuidados de saúde, as quais podem ser sumariadas da seguinte forma:

4. Desconhecimento quanto ao custo associado à prestação de cuidados de saúde;
5. Desconhecimento quanto à qualidade associada a esses cuidados de saúde;
6. Impossibilidade em segurar eficazmente o risco de doença;
7. Existência de risco moral no consumo de cuidados de saúde;

Se os pontos 4 e 5 têm que ver com a questão do desconhecimento da tecnologia por parte do agente da procura, os dois seguintes terão que ver com o índice de exclusão social e o problema da selecção adversa enfrentados sempre que a protecção contra o risco de doença é feita no mercado. Estes níveis de incerteza associada ao consumo de cuidados de saúde conduzem inevitavelmente à discussão sobre a melhor forma de provisionamento deste bem, e neste âmbito colocam-se 2 soluções possíveis: uma consiste em segurar o risco de doença no mercado (solução a que poderemos chamar *competitiva*), outra consistirá na criação de um Serviço Nacional de Saúde (solução de carácter *universalista*). Trataremos esta matéria em maior detalhe no ponto 4.

- **Externalidades:**

Há ainda um conjunto de características dos cuidados de saúde que implicam num conjunto de efeitos externos, que têm igualmente implicações na escolha da melhor forma de provisionamento daquele bem:

8. Casos em que a protecção individual pode constituir um benefício social;
9. Casos em que a aversão ao risco leva a que indivíduos sem necessidades imediatas ao nível da protecção na saúde sejam contribuintes líquidos do sistema pelo simples receio de riscos futuros;
10. Casos de indivíduos que tiram utilidade da simples constatação de existência de um sistema eficiente de protecção na saúde, não fazendo contudo grande utilização do mesmo.

Tratam-se de problemas cruciais na área da Economia da Saúde. O primeiro levanta o problema do “*free-rider*”, enquanto o segundo se refere aos benefícios que a sociedade como um todo vai retirar de comportamentos avessos ao risco, aludindo o último à

questão da saúde ser ou não um *bem de mérito* (bem que não seria consumido por livre iniciativa do consumidor, e de cujo acto de consumir beneficiará não apenas o próprio, mas também outros indivíduos que com ele se relacionem, senão mesmo a sociedade como um todo). Este último ponto levanta a questão da subjectividade na avaliação da utilidade conferida pela prestação de cuidados de saúde (só o próprio é que poderá avaliar com rigor essa utilidade).

Se a característica 8 apenas alude a algumas externalidades positivas, tais como a vacinação, em que os comportamentos individuais acabam por constituir um benefício para a própria sociedade, já as características 9 e 10 apelam a **processos de comparação inter-pessoal de utilidade** que são de extrema dificuldade no campo da Economia da Saúde, em particular pela dificuldade em medir e comparar o carácter subjectivo das utilidades individuais. Há algumas abordagens que procuram resolver este problema da comparação inter-pessoal de utilidade, das quais a mais importante será a abordagem dos QALY's, que procura introduzir um mecanismo de medição da "qualidade da vida" por forma a permitir comparações com base na utilidade marginal de determinado número de anos de vida.

2. Que mercado para este bem ?

As 10 características especiais do bem cuidados de saúde que enumerámos atrás apontam globalmente no sentido da existência de INFORMAÇÃO ASSIMÉTRICA neste mercado, uma vez que um dos agentes em presença - o médico - dispõe de mais e melhor informação do que o outro agente - o doente/consumidor - acrescentando ainda o facto de o primeiro dominar os processos pelos quais a prestação de cuidados de saúde é disponibilizada ao segundo.

Estamos então perante uma situação de mercado em que o sistema de informação em torno da prestação de cuidados de saúde é dominado pela oferta. O reconhecimento desta situação por ambas as partes, conduz o lado da procura a delegar no agente da oferta o processo de decisão relativo à sua função de preferências, uma vez que esse agente - o médico - ao dispor de um conjunto de informação com características quantitativas e qualitativas que, reconhecidamente, não estão ao dispor do doente,

estará indubitavelmente em melhores condições para tomar decisões acertadas quanto à prestação de cuidados de saúde adequada às preferências do consumidor/doente.

Estabelece-se assim uma **RELAÇÃO DE AGÊNCIA imperfeita** entre médico e doente. A relação é imperfeita por 2 razões fundamentais:

1. Sendo o médico representativo de toda a oferta de cuidados de saúde, para além da questão do risco moral, a decisão do médico tem sempre por base a informação fornecida pelo doente, o que introduz elementos de subjectividade na avaliação do estado de saúde do doente, abrindo mesmo a possibilidade de as suas dificuldades de expressão ou comunicação condicionarem uma boa prestação de cuidados de saúde. A este respeito, há mesmo estudos que apontam para a existência de maiores taxas de sucesso nas terapêuticas exercidas em doentes com maior grau de instrução;
2. Sendo o cumprimento da terapêutica é voluntário, existe, em teoria, a possibilidade de o doente não aceitar a terapêutica prescrita.

Vários problemas se colocam, portanto, no âmbito desta relação de agência entre médico e doente, designadamente:

Risco moral:

- **No consumo:** Conforme já vimos atrás, se os indivíduos se encontrarem protegidos dos riscos de saúde por um qualquer sistema (SNS ou Seguro), o seu comportamento pode tender a ser mais descuidado, o que levará a excessos de procura de cuidados de saúde que vêm onerar o funcionamento dos sistemas, podendo mesmo no caso do Seguro - como já vimos - conduzir a subidas nos prémios de seguro que levarão à saída dos melhores riscos da carteira, aumentando com isso o risco médio da mesma, estando assim desencadeado um processo de SELECÇÃO ADVERSA.
- **Na oferta:** O médico poderá incorporar algumas das suas preferências na função de preferências que lhe foi delegada pelo doente, abrindo-se assim a possibilidade de o bem fornecido, i.e., o conjunto de cuidados de saúde a prestar, virem a ser função não apenas das preferências do doente mas também do médico. Esta situação pode levar à indução da procura por

influência da função de preferências do próprio médico: problema da indução de procura.

Para melhor compreendermos as características deste mercado, passaremos agora, após a análise detalhada do objecto de escolha que acabámos de fazer, a examinar atentamente a forma como se comportam e interagem as duas forças em presença neste mercado: a oferta e a procura.

3. A procura de cuidados de saúde

A partilha do processo de decisão em matéria de cuidados de saúde por entre a oferta e a procura, bem como o reconhecimento do papel desempenhado pelo agente da oferta na especificação das decisões de consumo através da relação de agência, leva - conforme já foi referido - a um conjunto de respostas da oferta que conduzem à dominação do processo de afectação de recursos neste sector.

Nesta matéria, o entendimento do conceito de “*necessidade*”, a relação de agência e a procura induzida, deverão ser encarados como acrescentos à análise tradicional da procura, nascidos do conhecimento das características especiais do bem cuidados de saúde. Por outro lado, a incerteza relacionada com o escalonamento temporal do consumo, bem como com os custos e benefícios associados ao processo resultam numa partilha dos direitos de propriedade relativos à decisão de consumir entre os dois agentes em presença no mercado.

Esta partilha dos direitos de propriedade na decisão de consumo consubstancia-se formalmente numa delegação de poderes no agente da oferta, o qual é reconhecidamente aquele que dispõe de mais e melhor informação para decidir sobre o diagnóstico, o prognóstico, e a prescrição de cuidados de saúde adequada à situação de necessidade em que se encontra o consumidor. Trata-se, precisamente, da relação de agência que se estabelece entre os agentes da oferta e da procura de cuidados de saúde, a qual tem por base o reconhecimento por ambos os lados do mercado de que é o agente da oferta aquele que melhor conhece o processo pelo qual a prestação de cuidados de saúde conduz ao desejado estado de saúde.

Esta **relação de agência** (já tratada no ponto 2), é omnipresente e imperfeita, estigmatizando designadamente o comportamento do agente da procura, o qual vê as suas escolhas frequentemente influenciadas, senão mesmo determinadas, pela oferta. A imperfeição desta relação é aqui tal que leva a uma certa dificuldade em distinguir entre os objectivos e funções de utilidade do principal e do agente, o que não acontece nos outros mercados, onde o principal contrata o agente para que este - na posse de informação acrescida - desempenhe um acto que afecta a sua utilidade como consumidor.

É claro que, ao ganhar direitos de propriedade sobre a função de utilidade do consumidor, o agente da oferta terá à sua mercê todo um potencial para exploração do consumidor. Assim acontece, porque o médico detém a possibilidade de determinar os custos e benefícios de terapêuticas alternativas para o doente, podendo apresentá-las por forma a explorar da melhor forma a disposição do agente da procura para o pagamento de um determinado conjunto de cuidados de saúde. Este problema levanta a questão da importância do papel dos códigos de ética na conduta médica.

A verdade é que o consumidor, ao entrar numa relação de agência com o fornecedor de cuidados de saúde, não está em condições de avaliar *ex-ante* os resultados da mesma. A este respeito, o código de deontologia médica ajuda o consumidor a acreditar que o comportamento do médico será conforme áquele código de ética, o que quererá significar que a sua actuação se processará no melhor interesse do consumidor.

O problema que aqui se coloca é que o médico, cuja especialização consiste no conhecimento da relação entre cuidados de saúde e saúde, poderá não ter um entendimento objectivo do *“melhor interesse do consumidor”*, podendo ter um conhecimento reduzido das verdadeiras preferências do consumidor ou mesmo da natureza das suas restrições (orçamentais, por exemplo), o que conduzirá a escolhas inadequadas para o agente da procura. Mas, para além deste comportamento involuntário por parte do médico, poderemos ainda assistir a uma situação em que este incorpora preferências próprias na função de utilidade que lhe foi delegada pelo doente, o que conduzirá a escolhas de consumo que não respeitarão exclusivamente o princípio de maximização da utilidade do consumidor, antes servindo igualmente - em certa medida - os seus próprios interesses.

Conforme diz *Alan Williams (1989)*, embora a consciência do médico seja tratada como sujeita a um código de ética, poderemos ainda assim estar em presença de **risco moral** do lado da oferta, encontrando aquele as suas motivações na própria preocupação quanto à defesa dos proventos da classe médica. Nas palavras deste autor, a situação actual da classe médica assemelha-se muito àquela em que Cristo colocou os fariseus quando a propósito da questão da justeza da cobrança de impostos lhes respondeu: “*dai a César o que é de César, e a Deus o que é de Deus*”². A analogia é curiosa, uma vez que o que se pretende dizer é que, perante o aumento do número de médicos, a situação de acréscimo concorrencial do lado da oferta coloca a classe médica sob o dilema do conflito entre o que estes pensam dever a *Deus*, i.e., à sua consciência, e aquilo que pensam dever a *César*, i.e., a todo o conjunto de doentes que, por constituírem os consumidores do serviço por eles prestado, lhes proporcionam o sustento.

É ainda neste contexto que *Lise Rochaix (1987)* nos fala do poder discricionário do médico; questionando-se sobre os efeitos sobre as despesas em cuidados de saúde do aumento do número de médicos a um ritmo mais elevado do que aquele a que aumenta a população. A este respeito a escola neoclássica apenas nos dá a resposta estática da conseqüente diminuição do número de tarefas relacionadas com a prestação de cuidados de saúde, uma vez que a oferta crescente terá que dividir o mercado entre si, o que também conduzirá os preços a uma tendência de baixa. Esta autora defende, contudo, que a oferta vai tentar contrariar esta tendência para a baixa dos preços com uma **indução de procura** que só está ao seu alcance devido ao controlo que o agente da oferta exerce sobre a informação relativa ao processo de produção de saúde, i.e, o processo pelo qual os cuidados de saúde proporcionam saúde.

O problema da procura induzida assenta portanto na assimetria de informação que, neste mercado, beneficia potencialmente o agente da oferta, e na conseqüente relação de agência que leva o doente a deixar ao médico a decisão sobre a quantidade e qualidade de cuidados de saúde a consumir. A partir daqui estão criadas as condições para a existência de procura induzida, a qual pode ser interpretada como a

² in *Bíblia Sagrada* (São Mateus, Capítulo 22, Versículos 15 a 21)

demonstração de imperfeição na relação de agência, o que terá directamente a ver com o potencial de monopólio que rodeia a profissão médica.

Uma asserção comumente referida como representativa do fenómeno de procura induzida, é a de que “*cama disponível é cama ocupada*”, o que é também conhecido como *Lei de Roemer*. Este fenómeno alude, portanto, à circunstância de uma deslocação para a direita da curva da oferta de cuidados de saúde ser acompanhada de uma deslocação ou, pelo menos, mudança de inclinação, da curva da oferta. O estudo da procura induzida como deslocação ou alteração de inclinação na curva de procura não cabe, contudo, neste trabalho. Importa, no entanto, salientar ainda que o potencial de conflitualidade entre os interesses do médico e os do doente ou mesmo da sociedade em geral, tem também que ser visto em função do processo de pagamento ao agente da oferta, o qual se faz ao acto, e não em função do resultado, o que - a acontecer - poderia constituir um factor regulador da criação de procura induzida. O problema é que, embora o consumidor de cuidados de saúde não esteja interessado em pagar serviços de saúde que resultem em benefícios marginais nulos ou negativos, ele não dispõe de informação *ex-ante* sobre os efeitos futuros das terapêuticas prescritas, sendo o custo com a aquisição dessa informação frequentemente desincentivador para o mesmo.

O mercado de cuidados de saúde tem então uma característica muito particular que o diferencia de todos os outros mercados de bens e serviços: um dos agentes em presença - o agente da oferta - dispõe indubitavelmente de mais informação do que o agente da procura, o que leva a que o encontro destes 2 agentes no mercado resulte num equilíbrio instável, em que quer o preço quer a quantidade podem ser influenciados pela oferta. O papel do agente da oferta na formulação da procura de cuidados de saúde assume mesmo uma importância significativa.

4. A oferta de cuidados de saúde

Num mercado competitivo os preços constituem, como se sabe, os sinais relevantes transmitidos a produtores e consumidores sobre a situação do mercado, sendo em função destes sinais que se processa a afectação de recursos com base na qual se organiza o processo produtivo. Os produtores maximizadores do lucro aumentarão a

produção até ao ponto em que o custo marginal com a produção do bem (ou serviço) iguale o respectivo preço praticado no mercado, sendo que este preço é já um reflexo das valorações do consumidor relativamente ao produto procurado, i.e., constitui uma importante informação, ou “sinal”, relativamente à situação da procura, em torno da qual se organizará a oferta, assim se gerando um equilíbrio de mercado.

O acesso do consumidor ao bem far-se-á então através da sua capacidade de pagar, pelo que a distribuição do produto pelos consumidores não se fará exclusivamente em função da procura de “*per se*”, mas sim igualmente por meio das dotações de riqueza dos diferentes consumidores. Como dizem McGuire *et all* (1992), “... os preços, ao fornecerem sinais relevantes à procura e oferta, actuarão assim como um mecanismo simples para a resolução de um processo de afectação de recursos extremamente complexo.”

É claro que “este mercado” é um mercado sem imperfeições no sistema de preços, sem externalidades, e em que os direitos de propriedade sobre o consumo estão claramente definidos e atribuídos. Será que é este o mercado que vamos encontrar no sector da saúde? A resposta é claramente negativa, e algumas das razões para tal estão relacionadas com a própria natureza do bem cuidados de saúde, e com a sua relação com a produção de estados de saúde, o que foi já abordado no ponto 1. Relembremos apenas que o bem cuidados de saúde não confere utilidade pelo simples acto de consumo, mas sim, e apenas, na medida em que o respectivo consumo proporcione saúde. Por esta razão, vamos encontrar sim, um mercado de cuidados de saúde que, todavia, apresenta características muito particulares, designadamente as decorrentes de indefinições nos direitos de propriedade, da existência de externalidades, e de imperfeições no sistema de preços devidas aos elevados custos de transacção associados aos cuidados de saúde.

Ora, é desde logo na ausência de informação quanto ao momento do consumo de cuidados de saúde, bem como relativamente à sua eficácia na produção do estado de saúde, que reside uma das principais razões para a falha do mercado. Na verdade, o consumidor de cuidados de saúde, por não possuir aquela informação, terá que delegar a sua decisão sobre o que consumir e quando fazê-lo numa outra entidade que possua essa informação: o agente da oferta (médico). A esta delegação de direitos de propriedade sobre o consumo chama-se - como já vimos - relação de agência,

situação em que aquele agente é o representante do principal (consumidor), sendo suposto que a tomada de decisão quanto ao consumo é feita no respeito integral pela função de preferências do consumidor.

No entanto, muitas vezes o consumidor encontra-se numa situação em que lhe é manifestamente impossível revelar as suas preferências, não lhe podendo, ainda assim, ser vedado o consumo de cuidados de saúde (sob pena de, por exemplo, risco para a própria vida). Nesta situação a relação de agência estabelece-se na mesma pela via institucional (é o caso, por exemplo, da hospitalização de doentes graves). Tratam-se de situações em que a possibilidade de risco moral é agravada pela dificuldade ou impossibilidade do doente em revelar as suas preferências, situação em que irá prevalecer o “*bom senso*” e profissionalismo do médico. São situações que, conforme já vimos, se colocam em casos de emergência médica, doentes terminais, ou quaisquer outras situações clínicas em que o estado de saúde do doente não lhe permita manifestar explicitamente a sua vontade. São situações que poderão levantar problemas humanos ou mesmo éticos mais ou menos graves, em que as escolhas do médico quanto à prestação de cuidados de saúde, para além de estarem essencialmente baseadas nas suas próprias preferências, podem ainda estar rodeadas de elementos de carácter subjectivo.

O agente da oferta será, contudo, tentado a incorporar nas suas decisões quanto à prescrição de cuidados de saúde, parte da sua própria função de preferências, o que, a acontecer, será gerador de falha adicional no mercado.

Este fenómeno designa-se por indução de procura, e é actualmente objecto de muita investigação na área da Economia da Saúde [veja-se, por exemplo, *Lise Rochaix* (1987)], colocando-se mesmo com grande acuidade face ao aumento do nº de médicos a que se assiste nas sociedades ocidentais. Num mercado competitivo, face a um aumento significativo da oferta, assistir-se-ia a uma baixa de preços por forma a restabelecer o equilíbrio àquele nível dado de procura. No mercado de cuidados de saúde será, contudo, pouco provável que assim aconteça, já que a classe médica dispõe - como já vimos - de poder de mercado suficiente para não permitir uma baixa generalizada dos honorários médicos, sendo de esperar que se verifique antes um comportamento de indução de procura que permita manter ou, pelo menos, minimizar as perdas de rendimento para o agente da oferta. Ora, esta situação só é possível

porque é neste agente que reside a informação sobre a relação Cuidados de Saúde \Leftrightarrow Saúde, pelo que se abre assim a possibilidade à oferta de criar a sua própria procura, o que aparenta ser uma espécie de revivalismo da célebre “*Lei de Say*”.

O potencial de indução de procura por parte do agente da oferta assenta na existência de incerteza, quer sobre o momento do consumo, quer sobre a natureza da relação Cuidados de Saúde \Leftrightarrow Saúde. É através do contrato de agência que o consumidor procura minimizar essa incerteza, ao adquirir do agente da oferta informação relativa à natureza e resultado provável desse consumo.

Ainda assim, dada a heterogeneidade característica do bem cuidados de saúde, o mesmo diagnóstico e tratamento poderão originar diferentes respostas em diferentes indivíduos. Estas idiosincrasias conduzem a que exista incerteza também do lado do fornecedor de cuidados de saúde, pelo que a oferta deste bem é composta de uma complicada sequência de respostas adaptativas em face daquela incerteza, o que muitas vezes se deve igualmente à dificuldade em efectuar um diagnóstico eficaz, quer pela eventual complexidade do estado de saúde do doente, quer pela dificuldade que o mesmo terá em expressar convenientemente os respectivos sintomas.

Face a este conjunto de problemas de complexidade e incerteza no fornecimento de cuidados de saúde, o mercado apenas apresenta soluções de recontração no âmbito da relação de agência. Existem contudo alternativas, como sejam o pré-pagamento ao agente da oferta, o que - como diz Arrow (1963) - consiste numa forma de transferir o nível de incerteza associado ao custo do tratamento para o agente da oferta. Este agente não estará, todavia, interessado em assumir este risco, já que isso significaria para si o duplo papel (e portanto também duplo risco) de principal e simultaneamente segurador.

Outra solução, seria o pagamento pelos resultados, o que permitiria transferir integralmente o risco de incerteza para o agente da oferta. Este último terá, no entanto, mais uma vez grande relutância em aceitar esta hipótese, dada a já referida incerteza associada aos resultados da terapêutica.

O mercado não proporciona, portanto, respostas eficientes quando a relação de troca se concentra no curto prazo e se realiza entre um pequeno número de agentes com

reduzida informação sobre a natureza e resultados proporcionados pelo consumo do bem cuidados de saúde, e ainda onde aquele bem apresenta um baixo índice de substituibilidade para os consumidores.

Esta incerteza referente ao momento, forma e custo associado ao consumo de cuidados de saúde, leva a que os indivíduos incorram em perdas de bem-estar, razão pela qual procuram segurar essa incerteza (que se apresenta sob a forma de risco de doença). Por esta razão, a procura de cuidados de saúde conduz a uma procura de seguros de saúde.

No entanto, este mercado de seguros está também longe de funcionar de forma ideal, o que se fica a dever a uma série de problemas que podem ocorrer, designadamente o problema do **risco moral**, a que, de resto, já nos referimos, quer do lado da oferta, quer do lado da procura.

A provisão de cuidados de saúde poderá então ser garantida por duas formas:

- *Solução competitiva*: segurar os riscos de saúde no mercado;
- *Solução universalista*: Criação de um Serviço Público de Saúde³.

Acontece porém que ambas as soluções padecem, designadamente, de problemas de risco moral no consumo, uma vez que, quer os indivíduos se encontrem protegidos pelo mercado (seguro de saúde), quer pelo Estado (Serviço Nacional de Saúde), a verdade é que a frequência com que os mesmos recorrem à prestação de cuidados de saúde é bastante superior àquela que ocorreria se não se encontrassem protegidos. Este excesso de procura induzido pelo risco moral, leva a que o custo marginal social (CMgS) associado ao consumo de cuidados de saúde seja superior ao custo marginal individual (CMgl). Assim, porque $CMgS > CMgl$, temos perdas potenciais de bem-estar social associadas ao consumo individual de cuidados de saúde.

As duas soluções de provisão do bem diferem na forma como distribuem aqueles excessos de procura. Assim, no mercado, os indivíduos que não quiserem aceitar o acréscimo do prémio a pagar decorrente do excesso de procura de cuidados de saúde, podem preferir auto-segurar-se. O problema é que aqueles que optam pelo auto-seguro, fazem-no por considerarem o prémio de seguro excessivo relativamente ao

³ Vulgarmente designado (como acontece em Portugal) por Serviço Nacional de Saúde (SNS).

seu risco de doença. Sairão, portanto, os “melhores” riscos (indivíduos com baixa probabilidade de ocorrência do acontecimento seguro), pelo que vão restar no mercado os “piores” riscos, i.e., aqueles em que a probabilidade de ocorrência do risco (doença) é mais elevada: assistiremos então a um processo de selecção adversa, que levará a uma nova subida dos prémios de seguro, processo que continuará em ciclo até que, no limite, assistiremos ao desaparecimento do mercado.

No caso do Serviço Nacional de Saúde, o custo associado ao excesso de procura será dividido em “pooling” por todos os contribuintes líquidos para o sistema. Não se infira, contudo, daqui uma ineficiência do SNS relativamente ao mercado, por este permitir o mecanismo de auto-seguro como forma de escapar ao ónus decorrente do excesso de procura, dado que - para além desse auto-seguro se fazer a um custo acrescido para o próprio - ambos os sistemas dispõem de mecanismos para regular os excessos de procura decorrentes do risco moral.

Efectivamente, enquanto que no mercado podem ter sido estabelecidas franquias nos contratos de seguro por forma a obrigar os indivíduos a suportarem as primeiras unidades de cuidados de saúde até um montante determinado, no caso do SNS existem frequentemente uma série de mecanismos de racionamento não-preço, que têm por objectivo evitar o recurso desequilibrado à prestação de cuidados de saúde por parte do SNS.

É precisamente no respeitante aos mecanismos ao dispor de um e outro sistema que, tendo em vista evitar o risco moral no consumo, se costuma atribuir superioridade ao SNS, isto pela simples razão de este dispor de custos administrativos menores com a gestão das consequências do risco moral. Estes custos menores acontecem devido ao facto de a maior universalidade deste sistema (SNS) relativamente ao mercado (Seguro) permitir-lhe explorar economias de escala no processo de gestão, o que não acontece com o método do Seguro.

Não existe, portanto, um equilíbrio competitivo neste mercado, dado que, quer as características de indivisibilidade do bem, quer os elevados custos da tecnologia, quer ainda o comportamento peculiar dos agentes em presença, impedem que a formação dos preços tenha como referencial os custos marginais com a produção. Deixando,

portanto, de se fazer os ajustamentos de mercado com base no preço⁴, a concorrência faz-se pela tecnologia, consistindo esta num importante sinal transmitido para o exterior sobre a qualidade dos actos médicos.

O fracasso de mercado a que se assiste, conduz aliás a respostas institucionais que pressupõem um ajustamento pelas quantidades, e não pelo preço. É neste contexto que surge a defesa de um sistema público de saúde com carácter universalista (SNS), que terá a virtualidade de resolver o problema da selecção adversa, padecendo contudo de importantes problemas de risco moral no consumo, os quais só teriam solução integral no âmbito da privatização dos serviços de saúde.

Temos, por conseguinte, que ambas as soluções terão defeitos e virtualidades, acabando ambas por coexistir na prática, uma vez que à maior eficácia do sistema público de saúde, contrapõem-se uma maior eficiência económica de um sistema privado, que - é sabido - se consegue a custo de elevados níveis de exclusão social. Os sistemas serão, portanto, complementares. A sua coexistência, não sendo pacífica, passa pela existência de um *preço-sombra*, que poderá assumir a forma de um imposto, taxa, ou outra, por forma a equilibrar o problema do risco moral com o da selecção adversa.

Sem prejuízo da abordagem técnica a que procurámos proceder relativamente às vantagens e inconvenientes dos dois tipos tradicionais de resposta ao fracasso do mercado em análise, não se pretende a formulação de um juízo normativo sobre qual dos sistemas será preferível, uma vez que um tal juízo requereria outro âmbito e profundidade na análise, que não cabe nos objectivos deste estudo.

⁴ A este respeito, repare-se por exemplo, que o código de deontologia médico impede estes profissionais de concorrerem pelo preço.

Conclusões

Neste estudo do mercado de cuidados de saúde, começámos por analisar o objecto de escolha, apresentando um conjunto de 3+10 características deste bem que, por si só, bastariam para o diferenciar de outros bens ou serviços. A acrescer a esta situação, verificámos ainda que o comportamento dos agentes de mercado é aqui muito particular, estabelecendo-se entre ambos uma relação de agência que reflecte a assimetria na distribuição da informação entre os intervenientes, padecendo de problemas de risco moral quer do lado da oferta quer do lado da procura.

Neste mercado, o papel dos preços no fornecimento de informação e na afectação de recursos é claramente inadequado, pelo que a alternativa - do tipo "*second best*" se coloca ao nível do ajustamento pelas quantidades, o que, por sua vez, irá levantar problemas de *trade-off* entre eficiência e equidade que, muitas vezes, exigirão por parte da oferta respostas institucionais que entram no campo da teoria da escolha pública.

A influência do agente da oferta sobre a formulação da procura de cuidados de saúde parece ser, conforme já vimos, a característica principal deste mercado.

A razão de ser desta influência baseia-se na assimetria da informação que é característica deste mercado, e ainda na imperfeição da relação de agência que se estabelece entre consumidor e prestador de cuidados de saúde, mercê da qual o agente da oferta ganha direitos de propriedade sobre a decisão de consumir. Esta delegação de direitos de propriedade sobre a decisão de consumo no agente da oferta, vem abrir a possibilidade da indução de procura, que constitui um problema relevante no contexto de solvência do consumidor de cuidados de saúde, o qual - devido ao problema da informação assimétrica - tem dificuldade em julgar o "*pacote*" de cuidados de saúde que lhe foi prescrito pelo agente da oferta.

A existência de procura induzida neste mercado será tanto menor quanto melhor informado estiver o paciente sobre o processo de transformação de cuidados de saúde em saúde, i.e., sobre a função de produção de saúde. O problema que se coloca aqui são os elevados custos de aquisição da informação relevante para este efeito, os quais

acabam por exercer um efeito de exclusão pelo preço, levando o consumidor a acreditar no contrato de agência [também] para obviar a esses custos.

A indução de procura acontece apesar do código de deontologia médica, o qual deverá constituir um obstáculo ao risco moral do lado da oferta. Efectivamente, o código de ética a que está sujeita a profissão médica funciona como uma restrição à indução de procura, tal como acontecerá com outros argumentos eventualmente introduzidos na função de utilidade do agente da oferta.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARROW, Kenneth J. (1963) - “*Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care*”, *The American Economic Review*, Volume LIII, nº 5
- CULYER, A. J. (1971) - “*The nature of the commodity “health care” and its efficient allocation*”, *Oxford Economic Papers*, Vol. 23, pp 189-211
- EVANS, Robert G. - “*Supplier-Induced Demand: Some Empirical Evidence and Implications*”, M. Perlman (ed.), *The Economics of Health and Medical Care*, MacMillan, London
- MANNING, W.G.; NEWHOUSE, J.P.; DUAN, N.; KEELER, E.B.; LEIBOWITZ, A.; and MARQUIS, S. (1987) - “*Health Insurance and the Demand for Medical Care: Evidence From a Randomized Experiment*”, *American Economic Review*, Vol. 77, pp 251-277
- MCGUIRE, A.; J. HENDERSON; and G. MOONEY (1992) - “*The Economics of Health: an introductory text*”, London, Routledge & Keegan Paul
- ROCHAIX, Lise (1987) - “*O poder discricionário do médico: mito ou realidade?*”, in A. C. Campos e J. Pereira (eds), *Sociedade Saúde e Economia*, ENSP, Lisboa
- WILLIAMS, Alan (1989) - “*Incentives, Ethics and Clinical Freedom*”, in G. López-Casasnovas (ed.), *Incentives in Health Systems*, Springer-Verlag, Berlim
- WILLIAMS, Alan (1978) - “*Need - an Economic Exegesis*”, in A. J. Culyer and K. Wright (eds), *Economic Aspects of Health Services*, Martin Robertson, London