

ECONOMIA E SAÚDE

Ana Luiza d'Ávila Viana*

Hudson Pacífico da Silva**

Mário Scheffer***

Introdução

A Economia pode ser definida de duas maneiras¹. De acordo com seu campo de interesse, é a disciplina que analisa a produção, a distribuição e o consumo de bens e serviços (*outputs*) que possuem utilidade e dependem dos fatores de produção (*inputs*) – capital, trabalho e tecnologia. Já de acordo com seu método, a Economia é a ciência da otimização dos recursos escassos. Ela busca definir as condições que possibilitam obter tanto a utilidade máxima por meio de um conjunto determinado de fatores, como o custo mínimo levando em conta um determinado nível de utilidade.

Muitos repetem a máxima “a saúde não tem preço”, mas nem todos reconhecem a complexidade dos custos relacionados aos meios necessários para alcançá-la. Cabe à Economia justamente contribuir para a obtenção do melhor estado de saúde, individual e coletiva, com a ajuda dos recursos disponíveis – financeiros, humanos, materiais e tecnológicos. Ou mesmo apontar como os custos podem ser minimizados para que seja alcançado um determinado estado de saúde. Assim, a Economia pode ser aplicada tanto para analisar processos e tecnologias médicas, quanto na escolha de um tratamento, na organização de um serviço de saúde, na fabricação de medicamentos ou na seleção de melhores programas de prevenção.

A Economia da Saúde constitui hoje um campo de investigação da disciplina “Economia e Saúde”, no qual os temas são abordados segundo o método econômico. Seu desenvolvimento ocorreu a partir da década de 1960 e foi impulsionado pela crise dos modernos sistemas de proteção social, quando a questão do financiamento dos grandes sistemas nacionais de saúde passou a ser decisivo para o controle do déficit público. Os americanos e ingleses dominavam a literatura neste campo de investigação e priorizavam as questões microeconômicas, como o comportamento dos médicos e pacientes na composição dos custos em

* Professora Doutora do Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP.

** Economista, Mestre em Economia Social e do Trabalho pelo Instituto de Economia da UNICAMP e Doutorando do Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP.

*** Comunicador social, Sanitarista, Mestre e Doutorando pelo Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP.

¹ D'Intignano (2001).

saúde. Pouco se falava sobre as conseqüências do estado de saúde das populações ou dos gastos em saúde sobre o desenvolvimento econômico.

Um dos entraves para o avanço da Economia da Saúde foi a suposta contradição entre a abordagem econômica e a ética médica, motivada por uma confusão freqüente de que essa discussão levaria à restrição dos tratamentos. Na deontologia médica (do Juramento de Hipócrates aos Códigos de Ética hoje em vigor na maioria dos países) o interesse individual prevalece sobre o coletivo, o que impõe dificuldades para a compreensão da necessidade de racionalização dos gastos e da maximização dos fatores produtivos. Durante muito tempo os princípios de autonomia profissional do médico em relação a prescrições, procedimentos e remuneração, a liberdade de instalação e a livre escolha do paciente deixaram de levar em conta os efeitos de determinadas decisões sobre o sistema de saúde e sobre a população como um todo. Somente no momento em que os médicos e profissionais de saúde deixaram de contestar a legitimidade dos economistas que se interessavam pela saúde, é que foram registrados avanços nesse campo de investigação.

Ao mesmo tempo em que se apresenta como um ramo específico da Economia, a disciplina “Economia e Saúde” também estuda a formação das sociedades modernas, a constituição e o papel das instituições e os modernos sistemas de proteção social. Nesse caso, a saúde é vista pelo olhar das Ciências Sociais (e a Economia fazendo parte desse grande campo teórico) e procura-se identificar e qualificar as respostas oferecidas pelas diferentes sociedades para a questão da vida humana e da saúde.

1. Economia da Saúde: campo de especialização da Economia

1.1. Oferta, demanda e mercado

Para os economistas, compradores e vendedores representam as unidades econômicas individuais. As empresas compram trabalho, capital, insumos e matérias-primas para produzir os bens e serviços que são adquiridos pelos consumidores. Já os vendedores incluem as empresas (que vendem bens e serviços), os trabalhadores (que vendem sua capacidade de realizar trabalho) e os proprietários de recursos naturais (que arrendam terras ou comercializam seus produtos). O mercado é o local do encontro, da interação e das trocas

entre compradores e vendedores, ou seja, da configuração da oferta e demanda (ou procura) de bens e serviços.²

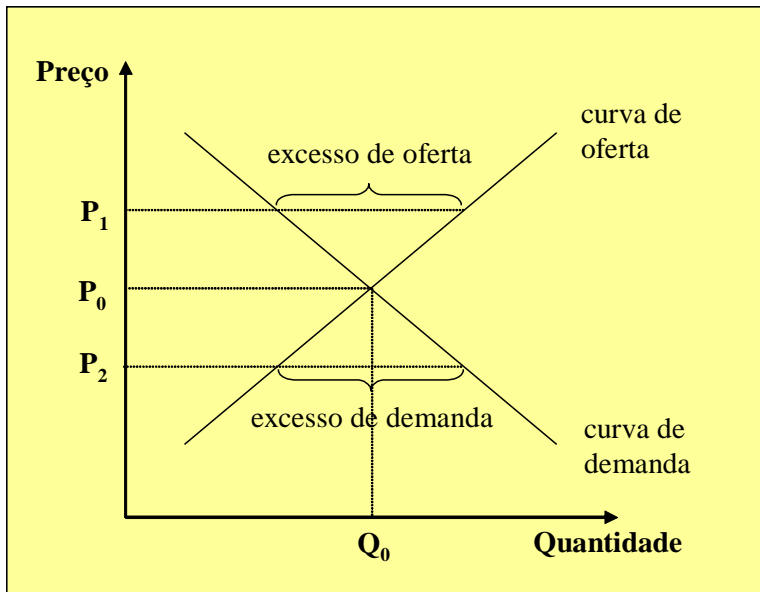
A oferta é definida como a quantidade de um bem ou serviço que os produtores desejam vender por unidade de tempo, ao passo que a demanda expressa a quantidade que os compradores desejam adquirir no mercado. A quantidade ofertada de um produto qualquer depende de alguns fatores importantes, tais como o preço desse produto, o preço de outros produtos (que podem ser substitutos ou complementares ao produto ofertado), o preço dos fatores de produção e a tecnologia. Já a quantidade demandada depende do preço do bem demandado, do preço dos outros bens (substitutos e complementares), da renda disponível do indivíduo e de suas preferências pessoais (função utilidade). Sempre que ocorre uma mudança num desses fatores, ocorre variação na quantidade ofertada/demandada.

A elasticidade é o conceito que permite quantificar os impactos na quantidade ofertada/demandada de um produto em virtude de mudanças nos fatores que influenciam sua oferta e demanda. Três situações podem ocorrer: a variação percentual da quantidade ofertada/demandada será menor, igual ou maior do que a variação do preço, da renda ou de outra variável. Se for menor, a oferta/demanda é inelástica (menor que um); se for igual, é de elasticidade unitária (igual a um); e se for maior, é elástica (maior que um).

Em mercados competitivos, as curvas de oferta e demanda mostram a quantidade que será ofertada pelos vendedores e as quantidades que serão demandadas pelos compradores em função dos preços. O Gráfico 1 mostra que o mercado encontra-se em equilíbrio ao preço P_0 e quantidade Q_0 , pois nesse ponto a quantidade que os consumidores desejam comprar é exatamente igual à quantidade que os produtores desejam vender. A um preço mais alto, P_1 , ocorre um excesso de oferta, pois a quantidade ofertada é maior que a quantidade demandada; a um preço mais baixo, P_2 , ocorre um excesso de demanda, pois a quantidade ofertada é menor que a quantidade demandada. Nas duas situações, surgem pressões para que os preços aumentem ou diminuam, até atingir o ponto de equilíbrio.

² Pindyck e Rubinfeld (2002).

Gráfico 1 – oferta, demanda e equilíbrio de mercado



Kenneth Arrow, prêmio Nobel de Economia, demonstrou em artigo pioneiro³ que o mercado de atenção à saúde se diferencia de outros setores da economia. Por exemplo, a natureza da demanda individual por serviços de saúde é irregular e imprevisível, ao contrário da demanda por alimentos e vestuário. Isso porque a necessidade de saúde ocorre, em geral, em uma circunstância excepcional, diante de uma doença ou agravo, dificultando escolhas racionais por parte do consumidor (paciente ou usuário). No lado da oferta, a atenção à saúde também apresenta diferenças significativas em relação aos mercados tradicionais, pois o comportamento do médico iguala a atividade de produção e venda da “mercadoria”. Como o “consumidor” não pode testar previamente o “bem” adquirido, é estabelecida uma relação de confiança entre o médico e o paciente. Assim, a demanda por produtos e serviços de saúde pode ser fortemente estimulada pela atuação dos profissionais de saúde, sobretudo os médicos, e o paciente não possui controle sobre essa importante variável, que determina o quanto ele irá consumir de medicamentos, exames diagnósticos e procedimentos.

A assimetria de informações na relação médico-paciente também interfere no funcionamento do mercado de atenção à saúde, na medida em que o médico detém maior conhecimento técnico – embora por vezes limitado – em relação às possibilidades, segurança e eficácia dos tratamentos. Como resultado, a utilidade do bem que está sendo adquirido não é de inteiro conhecimento do consumidor (paciente).

³ Arrow (1963).

Outro fator a ser considerado é que a entrada de novos profissionais e provedores no mercado de atenção à saúde não é livre. Os custos elevados da formação médica e a necessidade de credenciamento das instituições que ofertam serviços de saúde são exemplos que impedem a mobilidade completa dos fatores de produção e tornam este mercado distante dos mercados puramente competitivos.

Por fim, vale destacar que médicos generalistas e especialistas enfrentam situações distintas no mercado de atenção à saúde, como mostra o Quadro 1.

Quadro 1 - Situação dos médicos generalistas e especialistas no mercado de atenção à saúde.

Generalistas	Especialistas
<ul style="list-style-type: none"> • Concorrem entre si e pela referência de pacientes aos especialistas 	<ul style="list-style-type: none"> • Monopólio parcial
<ul style="list-style-type: none"> • Produto relativamente homogêneo, salvo se atuar como “porta de entrada” do sistema 	<ul style="list-style-type: none"> • Produto diferenciado
<ul style="list-style-type: none"> • Demanda elástica em relação ao preço 	<ul style="list-style-type: none"> • Demanda pouco elástica em relação ao preço
<ul style="list-style-type: none"> • Demanda inelástica em relação à densidade de médicos 	<ul style="list-style-type: none"> • Demanda elástica em relação à densidade de médicos
<ul style="list-style-type: none"> • Demanda pouco induzida 	<ul style="list-style-type: none"> • Demanda induzida por procedimentos técnicos
<ul style="list-style-type: none"> • Preço alto = receita baixa 	<ul style="list-style-type: none"> • Preço alto = receita elevada
<ul style="list-style-type: none"> • Clientela pouco fiel 	<ul style="list-style-type: none"> • Clientela fiel

Fonte: D’Intignano (2001: 207)

1.2. Regulação e funcionamento do mercado

A teoria econômica associa a necessidade de regulação com a existência de falhas que podem afetar a eficiência do mercado e o bem-estar da sociedade. Os prestadores de serviços (profissionais, clínicas, hospitais, laboratórios etc.), as empresas que realizam intermediação financeira (operadoras de planos e seguros de saúde) e os usuários (consumidores/pacientes) são alguns dos principais agentes que atuam no mercado de atenção à saúde. Os conflitos decorrentes do comportamento e dos interesses desses atores tendem a afetar negativamente o adequado funcionamento desse mercado.⁴

Na relação entre as operadoras de planos de saúde e os usuários podem ocorrer várias falhas. Uma delas é a seleção adversa, que consiste na incorporação de clientes de maior risco, em decorrência do comportamento

⁴ Silva (2003).

do usuário de omitir informações sobre suas reais condições de saúde. Isso implica aumento dos prêmios (mensalidades) cobrados, já que o risco médio dos segurados e os custos das operadoras tendem a aumentar. Como resultado, os usuários de menor risco tendem a abandonar o sistema, enquanto permanecem aqueles que demandam maiores gastos. Outra falha de mercado ocorre quando as operadoras, para fugir da combinação de baixos prêmios e alto custo potencial, adotam a chamada seleção de risco. Neste caso, criam barreiras para a entrada de clientes de alto risco, como a restrição de acesso para determinados grupos e a adoção de prêmios diferenciados de acordo com o risco. Existe também o chamado risco moral, que diz respeito a mudanças no comportamento dos usuários, mediante maior exposição a situações de risco e conseqüente utilização excessiva dos serviços.

O risco moral também está presente na relação entre usuários e prestadores de serviços de saúde, materializado na indução da demanda. Como há assimetria de informações, uma vez que os provedores possuem maior nível de conhecimento sobre os meios de diagnóstico e tratamento, os usuários (pacientes) podem ser induzidos a consumir uma quantidade maior de produtos e serviços, seja para auxiliar de fato na solução dos seus problemas de saúde, seja para elevar a renda do prestador.

Já a relação entre as operadoras de planos de saúde e os prestadores de serviço apresenta falhas em função da incorporação de novas tecnologias e da indução de demanda feita pelo prestador de serviço em sua relação com os usuários. Como estas falhas provocam aumento de custos, as operadoras são estimuladas a interferir no trabalho dos prestadores mediante a imposição de mecanismos de controle sobre os níveis de produção de serviços.

Diante desses problemas, é possível afirmar que o mercado de serviços de atenção à saúde não é capaz de ofertar adequadamente à população planos de assistência médica, o que torna necessária a atuação do Estado no sentido de regular as práticas e as falhas existentes nesse mercado.

1.3. Macroeconomia e saúde

A macroeconomia é o ramo da ciência econômica que estuda a determinação e o comportamento dos grandes agregados econômicos: o Produto Interno Bruto (PIB), o consumo nacional, o investimento agregado, a balança comercial, o desemprego, o nível geral de preços, entre outros. A sua preocupação não é com o

comportamento das unidades econômicas individuais ou com a determinação de preços em mercados específicos, mas com as políticas que afetam o comportamento do sistema econômico como um todo.

A taxa de crescimento do PIB, a taxa de desemprego e a taxa de inflação são as principais medidas que permitem avaliar o desempenho macroeconômico de um país em determinado período. Vejamos seus significados:

- PIB: é uma medida da atividade econômica nacional que expressa o valor de todos os bens e serviços finais produzidos em determinado período de tempo, dentro dos limites territoriais do país;
- Desemprego: é a situação de ociosidade involuntária que atinge a parcela da força de trabalho (população economicamente ativa) que não consegue encontrar ocupação;
- Inflação: é o aumento contínuo e generalizado no nível de preços, o que implica perda do poder aquisitivo da moeda;

Se a macroeconomia estuda a dinâmica do sistema econômico como um todo, a macroeconomia da saúde preocupa-se com as questões que afetam os sistemas de saúde no seu conjunto, envolvendo duas grandes áreas de investigação: gasto, emprego, inflação e outros aspectos da saúde como parte da Economia; e a situação de saúde da população e sua relação com as variáveis de natureza econômica. São exemplos de análises macroeconômicas da saúde: saber como um determinado nível de crescimento do PIB afeta os níveis de saúde da população e como um aumento na expectativa de vida afeta os gastos com atenção à saúde.⁵

A análise de séries temporais permite demonstrar, por exemplo, que o PIB *per capita* está relacionado positivamente com a esperança de vida ao nascer e negativamente com o coeficiente de mortalidade infantil: o aumento de 1% do PIB *per capita* provoca, em média, um aumento de 0,13% na esperança de vida e uma redução de 1% na mortalidade infantil nos países em desenvolvimento.⁶

1.4. Financiamento e sistemas de saúde

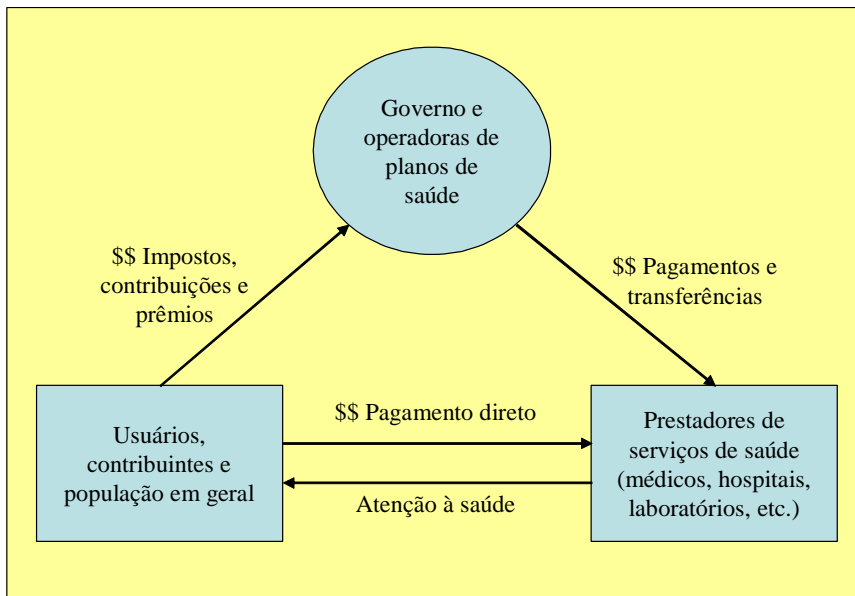
Em todo o mundo, chama a atenção a recente crise fiscal dos estados contemporâneos e o progressivo aumento dos custos vinculados às políticas e à prestação de serviços de saúde. Os modelos de financiamento

⁵ Getzen (1997).

⁶ D'Intignano (2001: 37-38).

estão associados às formas históricas de organização dos diferentes sistemas de saúde e apontam quem são os agentes ou instituições responsáveis pelo pagamento dos serviços de saúde. Da mesma forma, evidenciam como as fontes de recursos são utilizadas em cada situação. O gráfico a seguir apresenta resumidamente o fluxo de financiamento no âmbito dos serviços de atenção à saúde.

Gráfico 2 – fluxo de financiamento da atenção à saúde



De modo geral, os usuários podem ter acesso aos serviços de saúde de três formas distintas. No caso de sistemas nacionais de saúde (Inglaterra, Canadá, Suécia, Espanha, Portugal, Itália) o acesso é universal (para toda a população) e o sistema é financiado com recursos fiscais provenientes de impostos pagos por toda a sociedade. Se o sistema de saúde for organizado com base no modelo de seguro social (Alemanha, França e maioria dos países da América Latina), o acesso aos serviços é restrito a grupos especiais, como os trabalhadores do mercado formal de trabalho, e o financiamento do sistema é composto pelas contribuições sociais pagas por empresas e trabalhadores. Também há sistemas de saúde nos quais o principal acesso aos serviços ocorre por meio do próprio mercado (EUA, Suíça, Austrália); nesse caso, as principais fontes de financiamento são os prêmios pagos pelos usuários às empresas seguradoras de saúde, assim como o pagamento direto aos prestadores de serviço.

Mas em muitos casos os sistemas de saúde são mistos. É o caso do Brasil, onde convivem dois subsistemas de saúde: o Sistema Único de Saúde (SUS), público e de acesso universal, financiado por impostos e contribuições sociais pagos por toda a sociedade; e pelo sistema de saúde suplementar, privado, de acesso

restrito a cerca de 20% da população, financiado pelas mensalidades pagas pelos clientes individuais e principalmente por empresas que financiam planos de saúde coletivos para seus funcionários.

O gasto total com saúde efetuado pelo Estado brasileiro nos três níveis de governo corresponde a aproximadamente R\$ 53,6 bilhões.⁷ Esse montante equivale a 3,45% do PIB ou R\$ 303,17 por habitante/ano. São valores muito baixos se comparados ao gasto de outros países, como Canadá, EUA e Argentina, que atingem 6,9%, 6,3% e 5,0% do PIB, respectivamente.⁸ Além disso, o padrão de financiamento brasileiro é caracterizado por um elevado aporte de recursos provenientes de fontes privadas: de acordo com a Pesquisa de Orçamentos Familiares do IBGE, o gasto privado responde por 56,2% do gasto total com saúde, dos quais 21,7% representam gastos com planos de saúde e 34,5% gastos diretos dos cidadãos.

Também é importante destacar que o subsistema privado é, em parte, financiado com recursos públicos, por meio do atendimento nas unidades do SUS de coberturas excluídas pelos planos de saúde, da compra de planos privados para o funcionalismo público, da dedução de imposto de renda de pessoas físicas e jurídicas referentes a gastos com planos e seguros, da isenção de impostos de entidades filantrópicas que comercializam planos privados, dentre outras formas de subsídios diretos e indiretos.

1.5. Avaliação econômica em saúde

As avaliações econômicas constituem uma das ferramentas mais utilizadas para determinar a eficiência das intervenções de saúde e a principal justificativa para a realização desse tipo de estudo é a reconhecida escassez dos recursos disponíveis – pessoas, tempo, instalações, equipamentos, materiais e conhecimento.⁹ Assim, o foco das avaliações econômicas diz respeito aos resultados alcançados por um conjunto de recursos que foram mobilizados para esta finalidade.

A alocação de recursos escassos (limitados) constitui preocupação central dos estudos de avaliação econômica e sua importância pode ser mais bem visualizada pelo conceito de “custo de oportunidade”, bastante utilizado pelos economistas e que pode ser definida como o conjunto de bens e serviços aos quais os

⁷ Dados relativos ao ano de 2003.

⁸ Organización Panamericana de la Salud (2005).

⁹ Herrera e colaboradores (2002).

agentes econômicos devem renunciar quando tomam a decisão de consumir um determinado bem. Por exemplo, quando alguém decide comprar um carro, o custo de oportunidade associado a esta decisão é a renúncia a outros bens de consumo: uma viagem, roupas, a pintura do apartamento etc. Do mesmo modo, a decisão de alocar mais recursos na saúde implica menor disponibilidade de recursos para serem alocados em outras áreas como educação, saneamento, infra-estrutura, cultura etc.

Dois pontos principais caracterizam a análise econômica. Primeiro, ela lida tanto com as entradas (*inputs*) como com os resultados produzidos (*outputs*), às vezes chamados de custos e benefícios de cada atividade. Em segundo lugar, a análise econômica está preocupada em si mesma com escolhas, em função da escassez de recursos. Levando em consideração essas duas características, é possível definir avaliação econômica como a análise comparativa de alternativas de ação em termos de seus custos e benefícios. Por isso, as tarefas básicas de qualquer avaliação econômica consistem em identificar, medir, valorar e comparar os custos e os resultados das alternativas consideradas.¹⁰

Na área da saúde, a literatura registra a existência de diversos métodos de avaliação econômica. Uma das formas de se distinguir esses métodos é classificá-los em estudos parciais ou completos, com base na utilização parcial ou completa de três elementos fundamentais: custos, resultados e alternativas. Assim, uma avaliação econômica só é completa quando compara duas ou mais alternativas e quando avalia simultaneamente os custos e resultados das alternativas estudadas.

Quadro 2 - exemplos de estudos parciais e completos de avaliação econômica em saúde

Estudos parciais	Estudos completos
<ul style="list-style-type: none"> • estudos de descrição de resultados, onde se avalia um programa ou serviço em termos de seus efeitos e benefícios, sem comparar alternativas ou analisar os custos; • estudos de descrição de custos, nos quais se analisam os custos do programa, incluindo por exemplo os custos associados a uma enfermidade, sem levar em conta as alternativas ou os resultados; • estudos de custos e resultados, nos quais não se consideram as alternativas mas somente os custos e os resultados de uma determinada ação ou programa; • estudos de eficácia ou efetividade, nos quais se examinam as alternativas e os resultados, sem estimar os custos; • estudos de análise de custo, nos quais se comparam 	<ul style="list-style-type: none"> • estudos de custo-benefício, nos quais tanto os custos quanto os resultados das alternativas comparadas são medidos em unidades monetárias; • estudos de custo-efetividade, em que se comparam os efeitos das distintas alternativas em unidades físicas, tais como: anos de vida ganhos, número de internações evitadas, número de casos prevenidos, número de vidas salvas, etc; • estudos de custo-utilidade, que buscam atribuir valor qualitativo aos resultados, de modo que as unidades obtidas são anos de vida ajustados pela qualidade (AVAQ); • estudos que analisam a minimização de custos, buscando identificar a alternativa menos custosa entre diversas alternativas que apresentam os mesmos

¹⁰ Drummond e colaboradores (1997).

distintas alternativas em termos de custo, mas sem levar em conta os resultados dessas alternativas.

resultados.

Fonte: Drummond et alii (1997), *apud* Herrera et alii (2002).

2. Saúde como direito, mercadoria e relação com o desenvolvimento

2.1. As três dimensões da política de saúde

Os sistemas nacionais de saúde inserem-se em contextos socioeconômicos e políticos específicos, ou seja, os sistemas de saúde conformam as economias modernas e, reciprocamente, foram desenvolvidos por elas; concorreram para a formação da democracia política e foram também formados por ela. Por isso, a política de saúde comporta três dimensões complexas:¹¹

- **A dimensão da saúde como proteção social:** a inserção da política de saúde como componente dos modernos sistemas de bem estar social trouxe a noção do direito à saúde, assimilada por diferentes nações. É uma característica das sociedades modernas a preocupação com a saúde e a procura por cuidados médicos. Assim, não parece mais possível ou até mesmo razoável para a maioria das sociedades alterar este quadro da saúde enquanto direito de cidadania.
- **A dimensão industrial da saúde:** a saúde está inserida em um complexo mercado constituído por poderosos setores industriais, a exemplo das empresas farmacêuticas e de equipamentos eletroeletrônicos, que são responsáveis por expressiva parcela do investimento e da rentabilidade econômica mundial. O setor saúde é também responsável por um imenso número de empregos diretos e indiretos, sendo, em muitos países, a principal fonte empregadora.
- **A dimensão política da saúde:** estão presentes na política de saúde redes de instituições que representam uma complexidade de atores, provedores, usuários, profissionais, pagadores e governantes. Cada um deles mobiliza recursos, constrói interesses, estabelece coalizões e disputa posições e poder. Assim, são constituídas arenas de conflitos, consensos, pactos e acordos.

2.2. Desmercantilização do acesso e mercantilização da oferta

¹¹ Moran e Freeman (2002).

O fenômeno mais marcante na área da saúde, nos últimos 60 anos, pode ser descrito, por um lado, pela desmercantilização do acesso à saúde e, por outro, pela mercantilização da oferta e da provisão. Ao mesmo tempo, desenvolveu-se um enorme parque industrial ligado à saúde, representado pelas indústrias de base química, de biotecnologia, mecânica, eletrônica e de materiais.

O processo de desmercantilização do acesso resultou na saúde como direito e na formação dos modernos sistemas de proteção social e de saúde, que passaram a se responsabilizar pelo risco social de um indivíduo adoecer. Esse risco passou a ser de responsabilidade coletiva, coberto pelo conjunto da sociedade, isto é, garantido pela idéia do direito social. A formação dos modernos sistemas de proteção social teve início com a formação dos seguros ocupacionais e nacionais na Europa, no início do século XX, e aprimorou após a Segunda Guerra Mundial, com a formação dos grandes sistemas nacionais de saúde financiados por impostos públicos. Vale destacar que a saúde foi peça-chave nesse processo, pois o adoecimento constitui um risco social que demanda proteção. Ao transformar a cobertura desse risco em uma responsabilidade da sociedade, do coletivo e, conseqüentemente, em uma obrigação do Estado, teve início um longo movimento de desmercantilização do acesso à saúde.

Outro processo, em sentido oposto, foi o da mercantilização da oferta, que se iniciou com o assalariamento dos profissionais, principalmente médicos, no começo do século XX; passou pela conformação das empresas médicas e resultou na formação das operadoras de planos e seguros de saúde, que realizam diferentes tipos de intermediação financeira entre usuários e prestadores de serviços. No Brasil, diversos estudos abordaram a mercantilização da oferta, com destaque para a participação do profissional médico no mercado de trabalho, a ampliação do assalariamento e das formas de trabalho em grupo¹², as relações entre capitalismo, previdência e saúde¹³, a constituição das empresas médicas, que contaram com bases de apoio estatal para seu desenvolvimento¹⁴, as relações entre educação e prática médica na ordem social capitalista¹⁵ e a consolidação das empresas operadoras de planos de saúde privados, que modifica e cria novos padrões nas relações entre o sistema público e o setor privado.¹⁶

¹² Donnangelo (1975).

¹³ Cohn (1980).

¹⁴ Cordeiro (1984).

¹⁵ Schraiber (1989).

¹⁶ Bahia (2001).

Dois períodos de expansão podem ser destacados no processo de mercantilização da oferta de assistência à saúde no Brasil. O primeiro foi caracterizado pelo predomínio das relações entre a política previdenciária e o empresariamento do segmento de assistência médica, ou seja, a mercantilização da oferta, nesse período, foi incentivada pelo próprio processo de desenvolvimento do sistema de saúde no país, cuja trajetória esteve atrelada ao surgimento, expansão e consolidação da Previdência Social. Essa trajetória foi marcada pela crescente capitalização da medicina, incentivada pelo Estado brasileiro, que ofereceu condições para a realização de investimentos privados no setor saúde, mediante a aquisição de serviços e produtos vinculados ao complexo médico-industrial, ao financiamento de investimentos e à contratação de serviços da rede privada.

O segundo período, atual, caracteriza-se pela expansão da clientela da medicina privada em um contexto marcado pela tentativa de universalização do acesso aos serviços públicos de saúde. Paradoxalmente, esse período de consolidação do sistema público de saúde coincide, no Brasil, com um período de crescente mercantilização da saúde, em que os serviços de assistência médica passaram a constituir uma mercadoria como outra qualquer, submetida às regras de produção, financiamento e distribuição de tipo capitalista.

No primeiro período, o Estado centralizava as decisões estratégicas, criava demanda e financiava os serviços privados. Já no período atual, percebe-se maior autonomia do setor privado, que passa a contar com uma base própria de financiamento. O Estado, por sua vez, perde a capacidade de controlar diretamente a expansão do setor.¹⁷

2.3. Complexo industrial da saúde

A acumulação de capital em saúde se traduz pela formação de grandes indústrias transnacionais, que conformam um complexo industrial. Trata-se de um processo recente, altamente dependente da inovação tecnológica e do avanço científico no campo biomédico. A revolução tecnológica dos últimos 25 anos, ao lado da etapa atual de globalização e da financeirização acelerada da riqueza, ampliaram e fortaleceram esse complexo, formado por setores que aliam dinamismo industrial, inovação e interesse social.

¹⁷ Braga e Silva (2002).

Recente estudo sobre a competitividade de cadeias produtivas integradas no Brasil¹⁸ mostrou que o complexo industrial da saúde é constituído por um conjunto interligado de produção de bens e serviços em saúde, um conjunto selecionado de atividades produtivas que mantêm relações intersetoriais de compra e venda de bens e serviços e que se move no contexto da dinâmica capitalista. Três grupos se destacam:

- As indústrias de base química e biotecnológica, que produzem fármacos e medicamentos, vacinas, hemoderivados e reagentes para diagnóstico. Os medicamentos constituem o principal filão deste grupo, liderado por um conjunto de grandes empresas, altamente intensivas em tecnologia e que dominam o mercado mundial;
- As indústrias de base mecânica, eletrônica e de materiais, que produzem equipamentos, próteses, órteses e materiais de consumo. Aqui, destaca-se a indústria de equipamentos, tanto pelo seu potencial de inovação quanto pelo seu impacto nos serviços e nas mudanças de práticas assistenciais;
- Os setores prestadores (hospitais, ambulatórios e serviços de diagnose e terapia), que organizam a cadeia de suprimentos dos produtos industriais em saúde, e articulam o consumo desses produtos tanto nos espaços públicos quanto privados.

O estudo do complexo industrial da saúde é fundamental, pois o Brasil é altamente dependente da importação desses bens. A maior autonomia do país frente a esses interesses é imprescindível para a sustentabilidade e a consolidação do sistema público de saúde.

O quadro a seguir resume os três processos/dimensões, que nem sempre foram sequenciais, não foram constituídos em um mesmo momento histórico e nem de forma combinada. Mas hoje convivem de forma complexa e contraditória em um mesmo sistema de saúde.

Quadro 3 - saúde como direito, bem econômico e campo de acumulação de capital

A saúde como direito → desmercantilização do acesso → sistemas de proteção social

A saúde como bem econômico → mercantilização da oferta → assalariamento dos profissionais (médicos), formação de empresas médicas e intermediação financeira (planos e seguros)

A saúde como campo de acumulação de capital → formação do complexo industrial da saúde → globalização e financeirização

¹⁸ Núcleo de Economia Industrial e Tecnológica do Instituto de Economia da UNICAMP (2002).

2.4. Desenvolvimento e saúde

Nas sociedades contemporâneas o bem-estar da população é fruto das políticas de crescimento econômico que garantem renda e emprego; das políticas sociais universais (previdência social, educação e saúde), que se responsabilizam pela promoção da igualdade e pela qualidade de vida; e das políticas assistenciais voltadas para os grupos excluídos em função da renda ou discriminados de alguma outra forma. Ou seja, o bem-estar é fruto tanto do desenvolvimento econômico quanto do desenvolvimento social.

Amartya Sen, ganhador do prêmio Nobel de Economia, apresentou dois grupos de teorias do desenvolvimento¹⁹. No primeiro estão aquelas que tratam da idéia de que qualquer progresso material traz inevitavelmente mais sacrifícios do que bem-estar. Nesta concepção, os interesses dos indivíduos e grupos devem estar subordinados aos interesses do crescimento econômico, o que pode justificar vias autoritárias e, no limite, o crescimento sem melhorias na distribuição de renda e nos benefícios sociais. No outro grupo de teorias encontram-se aquelas que admitem uma combinação virtuosa entre desenvolvimento, liberdades individuais e maior igualdade social. Estas valorizam as políticas públicas capazes de promover o bem-estar coletivo. Nesse caso, o foco é o desenvolvimento econômico e social, que deve estar associado à melhor distribuição equitativa da riqueza e da renda, ao estabelecimento de um equilíbrio regional, à garantia da soberania nacional, de uma sociedade civil forte e de um Estado democrático.

A melhoria das condições de saúde não depende só do êxito das políticas de saúde. Está condicionada também à forma como são conduzidas as diferentes políticas públicas responsáveis pela garantia de condições mínimas de bem-estar para a população. Enfim, depende da combinação entre desenvolvimento econômico e social, e da compatibilização entre economia de mercado, democracia e bem estar coletivo.

No caso brasileiro, o SUS foi implantado tardiamente, já na derrocada do projeto desenvolvimentista, que se conformou a partir de 1930 e foi responsável pelo processo de industrialização e modernização da sociedade brasileira. Surgiu no término do apogeu do crescimento brasileiro (nos anos 80), quase meio século após os sistemas de saúde europeus, exatamente 40 anos depois sistema inglês, criado logo no início do longo período de fortalecimento das economias européias. O sistema de saúde brasileiro, ao contrário, foi

¹⁹ Sen (2004)

concebido em um período de crise, seguido da adoção de políticas de cunho liberal, que impuseram barreiras e limites para a efetiva implantação de um sistema mais universal, redistributivista e igualitário. Com isso, o SUS carece até hoje de uma integração com as políticas de crescimento e de desenvolvimento nacional. O resultado é a ausência de uma política de investimentos e de um planejamento estratégico para o SUS.

3. Conclusões

As relações entre Economia e Saúde podem ser estudadas a partir de duas diferentes abordagens. A predominante no mundo atual é representada por economistas e pesquisadores vinculados à Economia da Saúde, um ramo do conhecimento que tem por objetivo a otimização das ações de saúde, ou seja, o estudo das condições mais adequadas de distribuição dos limitados recursos e meios disponíveis para assegurar à população os melhores níveis de assistência à saúde e as melhores condições de vida possíveis. Os estudos desenvolvidos no âmbito da Economia da Saúde aplicam conceitos e metodologias de análise fornecidas pela teoria econômica tradicional. Incluem, entre outros, a identificação dos níveis de oferta e demanda por serviços de saúde, a análise das combinações adequadas de pessoal e tecnologia para garantir níveis mais elevados de eficiência na produção de serviços, a identificação dos níveis desejados de gastos com o setor saúde, a análise das falhas de mercado e as avaliações econômicas das intervenções de saúde.

A segunda abordagem amplia o escopo da Economia da Saúde e consiste em estudar as relações entre Economia e Saúde a partir de uma visão integrada entre o social, o político e o econômico. Enfatiza, simultaneamente, as relações de mercado, o papel das instituições, as políticas públicas, os sistemas de proteção social e os padrões de desenvolvimento capitalista. Ao aplicar estas concepções ao setor saúde, é possível investigar o movimento simultâneo da desmercantilização do acesso (saúde como direito), da mercantilização da oferta (saúde como bem econômico) e da criação de um complexo industrial ligado ao setor (saúde como espaço de acumulação de capital). Permite, assim, responder às seguintes questões:

- Qual é o papel do setor saúde no atual momento de desenvolvimento capitalista?
- Quais são os determinantes macro-econômicos da demanda e da oferta em saúde? Quais são suas relações com o modelo institucional do sistema de saúde e com os recursos mobilizados pelos atores-chave que atuam na área?

- Quais são as variáveis que interferem nas decisões de investimento público e privado na área da saúde?
- Quais são as relações que se estabelecem entre os diferentes setores que fazem parte do complexo industrial da saúde?
- Quais são os determinantes do processo de inovação tecnológica e de acumulação de capital na área da saúde?
- Como as políticas públicas afetam os setores do complexo industrial da saúde? De que forma as estratégias adotadas por esses setores influenciam essas políticas?

O quadro a seguir traz um conjunto de fontes de dados e informações que podem ser acessados via Internet para aprofundamento das questões tratadas neste capítulo.

Quadro 4 - Economia e Saúde: fontes de dados e informações

Item	Fonte	Endereço eletrônico
Regulação do mercado privado de atenção à saúde no Brasil	Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	http://www.ans.gov.br
Financiamento do SUS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS)	http://siops.datasus.gov.br
Legislação do Sistema Único de Saúde	Sistema de Legislação de Saúde (Saúde Legis)	http://portal.saude.gov.br/saudelegis
Redes e Associações de Economia da Saúde no Brasil	Projeto “Economia da Saúde: fortalecendo sistemas de saúde para reduzir desigualdades”	http://getinternet.ipea.gov.br/economiadasaude/
	Rede Economia da Saúde	http://dtr2001.saude.gov.br/sctie/portal_des/rede_economia_saude.htm
	Associação Brasileira de Economia da Saúde – ABRES	http://www.abres.cict.fiocruz.br/
Publicações especializadas em Economia da Saúde	European Journal of Health Economics	http://www.springerlink.com
	Health Affairs	http://www.healthaffairs.org
	Health Economics	http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/jhome/5749
	Health Economics, Policy and Law	http://journals.cambridge.org/action/displayJournal?jid=HEP
	Health Policy and Planning	http://heapol.oxfordjournals.org/
	Journal of Health Economics	http://www.elsevier.com/wps/find/homepage.cws_home
	The International Journal of Health Planning and Management	http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/jhome/4005

Bibliografia

- Almeida C. O mercado privado de serviços de saúde no Brasil: panorama atual e tendências da assistência médica hospitalar. Brasília: IPEA, 1998. Disponível em <http://www.ipea.gov.br>
- Arrow KJ. Uncertainty and the welfare economics of medical care. *American Economic Review* 1963, 53(5): 941-973.
- Bahia L. O mercado de planos e seguros de saúde no Brasil: tendências pós-regulamentação. In: Negri B; Giovanni G, editores. Brasil: radiografia da Saúde. Campinas: Unicamp, 2001.
- Braga JCS; Silva PLB. A mercantilização admissível e as políticas públicas inadiáveis: estrutura e dinâmica do setor saúde no Brasil. In: Negri B; Giovanni G, editores. Brasil: radiografia da Saúde. Campinas: Unicamp, 2001.
- Cohn, A. Previdência social e processo político no Brasil. 1ª edição. São Paulo: Editora Moderna, 1980.
- Cordeiro H. As empresas médicas. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984.
- D'Intignano BM. Économie de la santé. 1^{re} édition. Paris: Presses Universitaires de France, 2001.
- Del Nero CR. O que é Economia da Saúde. In: PIOLA, SF; VIANNA, SM. Economia da Saúde: conceito e contribuição para a gestão da saúde. 3ª edição. Brasília: IPEA, 2002. P. 5-21.
- Donnangelo MCF. Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho. São Paulo: Pioneira, 1975.
- Drummond MF.; O'Brien B; Stoddart GL.; TorranceGW. Methods for the economic evaluation of health care programmes. Oxford: Oxford University Press, 1997.
- Edwards RT. Paradigms and the research programmes: is it time to move from health care economics to health economics? *Health Economics* 2001 October, 10(7): 635-649.
- Freeman R; Moran M. A Saúde na Europa. In: Negri, B; Viana, AL, editores. O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio. São Paulo: Sobravime/Cealag, 2002. P. xxxxx
- Gadelha CA. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 2003, 8(2): 521-535.
- Getzen TE. Health Economics: fundamentals and flow of funds. New York: John Wisley & Sons, 1997.
- Herrera MC; Rodríguez JC; López RG; Abreu RM; González AMG; Casulo JC. La Economía de la Salud: ¿debe ser de interés para el campo sanitario? *Revista Panamericana de Salud Pública* 2002, 12(5):359-365.
- Médici AC. Aspectos teóricos e conceituais do financiamento das políticas de saúde. In: PIOLA, SF; VIANNA, SM. Economia da Saúde: conceito e contribuição para a gestão da saúde. 3ª edição. Brasília: IPEA, 2002. P. 23-68.
- Melamed C; Costa NR. Inovações no financiamento federal à atenção básica. *Ciência & Saúde Coletiva* 2003, 8(2): 393-401.
- Núcleo de Economia Industrial e da Tecnología do Instituto de Economia da Universidade Estadual de Campinas. Estudo de competitividade por cadeias integradas no Brasil. Campinas: Unicamp, IE, 2002.
- Organización Panamericana de la Salud. Situación de salud en las Américas – indicadores básicos 2005. OPS, 2005. Disponível em <http://www.paho.org>
- Pindyck RS; Rubinfeld DL. Microeconomia. 5ª. edição. São Paulo: Makron Books, 2002.

Pinho DB; Vasconcellos MAS (editores). Manual de Economia. 5ª. edição. São Paulo: Saraiva, 2004.

Sandroni P. Dicionário de economia do século XXI. Rio de Janeiro: Record, 2005.

Schraiber LB. Educação médica e capitalismo. São Paulo: Hucitec, 1989.

Sen A. Teorías del desarrollo a principios del siglo XXI. Banco Interamericano de Desarrollo, 2004. Disponível em www.iadb.org/etica.

Silva HP. Estado, regulação e saúde: considerações sobre a regulação econômica do mercado de saúde suplementar. Leituras de Economia Política 2003, 10: 193-226.

Ugá MAD; Santos IS. Uma análise da progressividade do financiamento do Sistema Único de Saúde. Cadernos de Saúde Pública, Agosto 2006, 22(8): 1597-1609.

Ugá MAD. Instrumentos de avaliação econômica dos serviços de saúde: alcances e limites. In: PIOLA, SF; VIANNA, SM. Economia da Saúde: conceito e contribuição para a gestão da saúde. 3ª edição. Brasília: IPEA, 2002. P. 209-226.

Viana ALD, Silva HP, Elias PEM. Economia política da saúde: Introduzindo o debate. Divulgação em Saúde para Debate, CEBES, n.37, out.2006. (no prelo).