4. Gastos em saúde

Lígia Giovanella

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

GIOVANELLA, L. Gastos em saúde. In: *Solidariedade ou Competição?* Políticas e sistema de atenção à saúde na Alemanha [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001, pp. 139-184. ISBN: 978-65-5708-097-9. <http://doi.org/10.7476/9786557080979.0007>.

All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

A análise dos gastos em saúde é imprescindível para a discussão das reformas setoriais em razão da dominância de aspectos financeiros no debate. Desde a segunda metade dos anos de 1970, quando foi difundida a tese da 'explosão de custos' em saúde, diversas medidas foram implementadas com o objetivo de conter custos e gastos.

Nos últimos anos, ao longo do processo de reforma, os motes que desencadearam cada uma das três etapas da reforma concernem aos gastos nominais crescentes expressos em déficits e, em especial, ao aumento gradual das taxas de contribuição.

Na discussão a respeito da necessidade de reformas, outras deficiências do sistema de saúde têm sido trabalhadas a partir, quase sempre, do argumento de que sua resolução contribuiria para o controle da expansão de gastos. A melhoria da qualidade da atenção, a despeito de ter sido aventada, encontra-se subordinada à potencialidade da suposta contenção de gastos.

Sem dúvida, a questão principal dessa discussão tem sido o incremento dos gastos. Daí a necessidade de exame detalhado dos gastos em saúde na Alemanha para apreciar tanto a pertinência e magnitude do problema quanto os resultados das reformas – o impacto das medidas implementadas na evolução dos gastos.

Gastos em Saúde: comparação internacional

Toda comparação internacional quanto a gastos em saúde é imprecisa não só por problemas de disponibilidade de informações e dificuldades na confrontação de valores monetários, como também em vista das especificidades dos dados

e dos sistemas de atenção à saúde de cada país. Observam-se consideráveis variações das estatísticas oficiais quanto à inclusão de produtos e serviços na qualidade de gastos e/ou consumo em saúde, bem como diversidade dos sistemas de proteção em termos da cobertura e nível de complexidade e qualidade garantidas, o que dificulta comparação apurada.¹⁷²

A exposição de cada um dos grandes agregados nacionais elude a diversidade das contabilizações nacionais e da abrangência da proteção em saúde nos países, tornando difícil chegar-se a conclusões precisas quanto à obtenção de maior ou menor eficiência em determinado sistema.

As confrontações de dados internacionais, desse modo, servem como aproximação e ilustração de situações problemáticas. Com este intuito, um breve cotejo será aqui realizado.

Gastos totais em saúde *per capita* com base na paridade do poder de compra

A OECD tem coletado e divulgado, de modo sistemático, os dados sobre proteção, atenção e gastos em saúde dos países membros. Na busca de aprimoramento, este órgão tem elaborado estimativas que visam a compensar diferenças em termos do custo de vida e viabilizar melhor confrontação. Este é o caso do cálculo dos gastos em saúde *per capita* com base na paridade do poder de compra,¹⁷³ o qual, além de resolver diferenças de tamanho da população, reduz vieses monetários.

Em comparação internacional, os gastos totais em saúde na Alemanha podem ser considerados altos. A Alemanha situa-se entre os cinco países da OECD com gastos em saúde *per capita* mais elevados, situação inalterada nos diversos cortes temporais apresentados desde os anos de 1960 (Tabela 13).

Segundo cálculos efetuados pela OECD (1993b; 1997), com base na paridade do poder de compra, em 1990, a Alemanha ocidental ocupava a quinta posição entre os 24 países da OECD com gastos *per capita* inferiores aos dos EUA, Canadá e Suíça, sendo seguida de perto por França e Suécia. Já em 1995, tais posições haviam se modificado. A Alemanha, então unificada, assumiu a quarta posição, antecedida por EUA, Suíça e Luxemburgo e seguida por Canadá e França (Tabela 12).

¹⁷² Além disso, grandes agregados nacionais baseiam-se, ao menos parcialmente, em estimativas, retratando apenas de modo aproximado a situação a que se referem.

¹⁷³ O PPP (*Purchasing Power Parity*) é uma taxa de conversão de moedas que pretende equalizar o preço de uma mesma cesta de bens e serviços em todos os países, eliminando diferenças nos níveis de preços entre eles e reduzindo efeitos das flutuações das taxas de câmbio (OECD, 1993b).

Tabela 12 – Gastos totais em saúde *per capita* com base em PPP.* Países da OECD selecionados – 1960-1995.

Países	1960	1970	1980	1985	1990	1995
EUA	143	346	1.063	1.711	2.600	3.644
Canadá	109	147	743	1.244	1.811	2.069
Suíça	96	268	939	1.224	1.640	2.412
França	75	203	698	1.083	1.528	1.972
Alemanha	98	216	811	1.175	1.522	2.134
Suécia	94	271	855	1.150	1.455	1.360
Áustria	69	163	683	984	1.383	1.634
Itália	51	153	571	814	1.296	1.507
Japão	27	127	517	792	1.175	1.581
Reino Unido	79	147	458	685	985	1.246

* *Purchasing power parity*, em dólares americanos a preços correntes, para todos os bens e serviços.

Fonte: OECD, 1993b; OECD, 1997, para o ano de 1995.

A expansão da proteção à saúde nas décadas de 60 e 70 foi acompanhada de crescimento intenso, dos gastos em saúde nos diversos países da OECD, todavia, observa-se desaceleração na evolução dos gastos em saúde a partir da segunda metade dos anos 80. Esta evolução mais lenta de crescimento dos gastos totais pode ser observada na análise dos gastos *per capita* e na participação dos gastos em saúde no PNB.

Na década de 80, os gastos totais *per capita* cresceram em ritmo mais rápido na primeira metade do período, e entre 1985 e 1990, a evolução dos gastos sofreu leve desaceleração. A Alemanha destaca-se neste período. Embora permaneça entre os países com gastos mais elevados, é o segundo país de menor crescimento dos gastos nesses anos entre os países selecionados.

Durante a primeira metade dos anos 90, o crescimento dos gastos em saúde *per capita* nos países da OECD selecionados foi ainda mais lento do que o ocorrido entre 1985 e 1990 (tabela 12).¹⁷⁴ No que se refere à Alemanha, é delicado analisar esta evolução com base nas comparações internacionais disponíveis, uma vez que os dados, a partir de 1991, referem-se à Alemanha unificada. Desse modo, o cotejo com anos anteriores não é adequado. Contudo, vale a pena observar que, na Alemanha, durante a primeira metade dos anos 90, os gastos totais *per capita* cresceram de modo mais acentuado que no período anterior, porém, em ritmo mais lento do que entre 1980 e 1985.

¹⁷⁴ Mesmo nos EUA, apesar de apresentarem a terceira taxa mais elevada, os gastos cresceram mais lentamente do que no período anterior. Notadamente, a mais forte contenção ocorreu na Suécia, onde os gastos *per capita* em saúde sofreram redução de 7% no período.

Gastos totais em saúde como proporção do PNB

A forma mais simples e comum de comparação internacional da magnitude dos gastos em saúde é efetuada por meio da taxa de participação dos gastos em saúde no produto nacional bruto (PNB). Por ser uma proporção e desconsiderar gastos nominais, facilita a confrontação e indica a importância das despesas em saúde para as economias nacionais.

A apresentação de gastos totais em saúde como proporção do PNB sinaliza a importância do setor saúde na economia de cada país por englobar: o consumo de cuidados, produtos e serviços de saúde dos domicílios privados, inclusive os de iniciativa própria dos consumidores; os gastos em saúde de instituições governamentais e não governamentais; investimentos públicos e privados; gastos com pesquisa, desenvolvimento tecnológico (exceto da indústria farmacêutica) e formação na área da saúde.

Com taxas de participação em expansão, que variam entre 6% e 14% (1995) do PNB, o setor saúde tornou-se importante ramo da economia nos países da OECD. Os países mais ricos tendem a gastar mais em saúde do que aqueles de renda menos elevada,¹⁷⁵ contudo, alcançado um certo nível de gastos, não há relação progressiva direta entre a renda *per capita* de um país e gastos em saúde, seja como gastos *per capita*, seja como participação no PNB (OECD, 1994).

Observam-se expressivas diferenças de gastos em saúde entre países com níveis de renda e cobertura similares que podem ser explicadas pelos distintos desenvolvimentos históricos institucionais, nos diferentes países, com especificidades na organização do sistema de atenção e formas de relacionamento com os prestadores.

Diversos países integrantes da OECD que fomentaram políticas de contenção de gastos nos anos de 1980 tiveram algum êxito na implementação de restrições. Durante os anos 80, como exposto na tabela abaixo, a evolução dos gastos totais em saúde como proporção do PNB na maioria dos países da OECD foi mais lenta do que na década de 70. Em quatro países – Suécia, Irlanda, Portugal e Dinamarca – ocorreu redução da participação dos gastos totais em saúde no PNB. A Alemanha foi o único país a estabilizar a participação dos gastos totais em saúde no PNB, com variação de 0,1 pontos percentuais, passando de 8,6%, em 1982, para 8,7%, em 1992 (tabela 13).

¹⁷⁵ Os seis países de maior renda *per capita* – EUA, Suíça, Luxemburgo, Alemanha, Japão e Canadá – são aqueles onde se observam gastos *per capita* em saúde mais elevados, com exceção do Japão.

No entanto, não se observa padrão homogêneo de evolução dos gastos em saúde entre os países da OECD. No Canadá, Finlândia, Grécia, Islândia, Itália e Noruega, o acréscimo da participação dos gastos em saúde no PNB foi mais elevado nos anos 80 do que em 70, ao passo que continuou no mesmo ritmo da década anterior nos EUA.¹⁷⁶ Estes aumentos na Itália e na Grécia ocorreram por políticas deliberadas de expansão de cobertura e ampliação do direito à saúde – reformas sanitárias no sentido do termo que vínhamos utilizando no Brasil.

Tabela 13 – Evolução da participação dos gastos totais em saúde no PNB. Países da OECD – 1972-1992.

Países	1972	1982	1992	% var. 1982/1972	% var. 1992/1982
EUA	7,6	10,3	14,0	36	36
Canadá	7,2	8,4	10,1	17	20
Finlândia	6,0	6,8	9,4	13	38
França	6,2	8,0	9,4	29	17
Suíça*	5,5	7,5	9,3	36	—
Áustria	5,4	8,0	8,8	48	10
Alcmanha**	6,5	8,6	8,7	32	1
Holanda	6,7	8,4	8,6	25	2
Itália	5,9	6,9	8,5	17	23
Noruega	5,9	6,8	8,3	15	18
Bélgica	4,3	7,4	8,2	65	11
Suécia	7,5	9,6	7,9	28	-18
Reino Unido	4,7	5,9	7,1	26	20
Espanha	4,4	6,0	7,0	36	23
Japão	4,8	6,8	6,9	42	3
Dinamarca	6,3	6,8	6,5	8	-3
Portugal	4,1	6,3	6,0	24	-5

* O modo de contabilização de gastos em saúde na Suíça mudou, sendo inadequado o cotejo entre 1982 e 1992. ** região ocidental.

Fonte: OECD, 1994:37.

A situação da Suécia destaca-se pela importante variação nos gastos desde os anos 80, o que se repete nos anos 90. Nesse país, que iniciou a década de 1990 com forte recessão e um governo conservador, foi implementada drástica política de ajuste, que controlou a inflação e produziu diversas mudanças e cortes nos

¹⁷⁶ Nos EUA ocorreu estabilização da participação dos gastos em saúde no PNB a partir de 1992, permanecendo em torno de 14,1% (OECD, 1997).

benefícios sociais. Na saúde, foram contidos os orçamentos hospitalares – oferta predominantemente pública – e, no setor ambulatorial, o pagamento por unidade de serviço foi substituído por um sistema de remuneração por capitação.

Um processo de descentralização foi deslançado, estabelecendo-se mecanismos de ‘competição pública’ para hospitais e centros de saúde em alguns condados (Almeida, 1995; Michelsen, 1997).¹⁷⁷ Quanto ao Reino Unido, chama a atenção o acréscimo da participação dos gastos em saúde no PNB exatamente no período em que foram introduzidos mecanismos de mercado no setor público: o chamado *internal market*.

O exemplo dos EUA é, por sua vez, suficientemente forte para comprovar que um sistema financiado predominantemente de forma privada tende a produzir gastos mais elevados e que estes são de mais difícil controle. Os EUA são o país com maior renda *per capita* no mundo e, concomitantemente, com gastos em saúde mais elevados, contudo, embora as diferenças de renda com os países mais ricos subseqüentes sejam pequenas, os gastos em saúde per capita chegam a ser o dobro (OECD, 1994).

Na Alemanha, durante os anos 90, a partir da unificação, a proporção dos gastos em saúde no PNB cresceu, uma vez que foram modificadas as bases de cálculo, a produção econômica na região oriental é menor – a renda *per capita* é mais baixa – e os gastos em saúde são relativamente altos, próximos àqueles da região ocidental, o que puxa os índices para cima. O aumento da participação dos gastos totais em saúde no PNB nos anos 90 é também creditado às necessidades de recuperação da rede de atenção da região oriental, bem como de equiparação do seu consumo de serviços e ações ao padrão ocidental.

Segundo dados da OECD (1997), desde 1992 a participação dos gastos totais em saúde na Alemanha como um todo corresponderam a mais de 10% do PNB. Em 1995, alcançaram 10,4%.¹⁷⁸ Todavia, quando considerada apenas a região ocidental, a elevação da participação dos gastos em saúde no PNB nos anos 90 foi pequena: inferior a meio ponto percentual (*Bundesregierung, 1997a*). Assim, em 1995, na região ocidental, os gastos totais em saúde ficaram em 8,6% do PNB, ocupando a sétima posição no *ranking* internacional, como mostrado no gráfico a seguir.

¹⁷⁷ Em 1994, um novo governo social-democrata assumiu o poder, tendo-se creditado o resultado eleitoral à desaprovação popular da política conservadora de contenção de gastos sociais.

¹⁷⁸ Na região oriental, a participação dos gastos totais em saúde no PNB é bem mais elevada. Em 1994 representavam 13,3% do produto interno bruto (PIB) correspondente (BMG, 1997).

Gráfico 2 – Gastos totais em saúde como % do PNB – 1995

Fonte: OECD, 1997, *Health Data for Windows* (estimativas preliminares); Bundesregierung, 1997a.

Cabe lembrar que a participação dos gastos em saúde no conjunto do PNB é influenciada pelas circunstâncias econômicas. Diferentes desempenhos em relação aos gastos com saúde nos diversos países nesse período podem ser parcialmente atribuídos à evolução da economia. Além da questão da reunificação, outra possível explicação para a evolução dos gastos totais em saúde mais acelerada nos anos 90 do que nos 80 na Alemanha é a relação dos mesmos com a evolução da economia.

A Alemanha Ocidental, por conta do processo de reunificação, experimentou crescimento econômico de 5,7% e 5,0% do PIB em 1990 e 1991, respectivamente (BMG, 1996). A recessão foi assim postergada para 1993, quando a evolução do PIB foi negativa: -1,8%. Esta evolução da economia justifica em parte a evolução dos gastos totais como proporção do PNB, mais acelerada nos anos 90 do que nos anos 80.

Importa ainda observar que, embora os gastos totais na Alemanha aumentem sua participação no PNB mais rapidamente nos anos 90 do que nos 80, não ocorre o mesmo com os gastos do seguro social de doença – GKV, cuja participação no PNB permaneceu estável.

Participação dos gastos públicos nos gastos totais em saúde

Conquanto tenha ocorrido desaceleração no ritmo de aumento, os gastos em saúde são e permanecem predominantemente públicos na grande maioria dos países de industrialização avançada. A tabela a seguir mostra a importância do financiamento público para os gastos em saúde nos países da OECD desde os anos de 1970.¹⁷⁹ Observa-se progressivo aumento da participação dos gastos públicos no conjunto dos gastos em saúde. Gradualmente, maior número de países da OECD teve 70% ou mais de seus gastos em saúde financiados pelo setor público.

A tendência à elevação da participação dos gastos públicos no conjunto das despesas com saúde manteve-se durante os anos 90. Em 1996, os gastos públicos representavam 70% ou mais das despesas com saúde em 20 países – dentre os 25 da OECD. Em 50% destes, os gastos públicos correspondiam a mais de 80%.

Tabela 14 – Participação (em %) dos gastos públicos nos gastos totais em saúde. Países da OECD selecionados – 1970-1996

	1970	1980	1990	1996
Alemanha	73.3	79.2	76.8	78.3
Áustria	63.0	68.8	75.0	74.9
Bélgica	87.0	83.4	88.9	87.7
Canadá	70.2	75.7	74.6	71.4
Dinamarca	86.3	85.2	82.3	79.4
Espanha	65.4	79.9	78.7	76.3
EUA	37.8	42.4	40.8	47.0
França	74.7	78.8	74.5	80.7
Holanda	84.3	74.7	72.7	77.0
Itália	86.9	80.5	78.1	69.9
Japão	69.8	71.3	77.6	*78,4
Noruega	91.6	85.1	83.3	82.5
Portugal	59.0	64.3	65.5	59.8
Reino Unido	87.0	89.4	84.1	84.3
Suécia	86.0	92.5	89.9	80.2
Suíça	63.9	67.5	68.4	71,9

* Dado referente a 1995.

Fonte: OECD Health Data 97 – Health Data for Windows.

¹⁷⁹ Em 1960, na maioria desses países, os gastos públicos correspondiam a mais de 50% dos gastos em saúde, mas apenas em oito deles alcançavam 70%.

Mantém-se, portanto, a predominância dos gastos públicos no conjunto dos gastos em saúde durante os anos 90. Contudo, observa-se, a partir dos anos 80, redução da participação dos gastos públicos no conjunto dos gastos em saúde em cerca da metade dos países da OECD, dados estes tidos como comprovatórios do êxito das políticas de contenção. Na maioria dos países em que ocorreu, a redução foi leve, com queda menor do que cinco pontos percentuais para o período de 15 anos.¹⁸⁰ Mesmo com tais diminuições, a proporção dos gastos em saúde pública foi mais elevada em 1996 do que em 1970.

Na Alemanha, ainda que a participação dos gastos públicos no conjunto dos gastos não seja das mais altas, nunca tendo atingido 80%, permanece acima de 70% desde 1970, mostrando oscilações pouco acentuadas. Durante os anos 80, ocorre leve redução. Na década de 90, segundo os dados apresentados, houve pequeno acréscimo da participação dos gastos públicos no total de gastos em saúde, em especial por conta da inclusão no cômputo, dos gastos relativos à Região Oriental.

A preponderância do financiamento público da atenção à saúde entre os países da OECD – os países de maior renda *per capita* – mostra a não vigência na prática da proposição conservadora, que apela à subsidiariedade e prega a desresponsabilização do Estado: ‘quem pode, deve pagar’. Ainda que o apelo à responsabilidade individual seja manifesto, os dados mais recentes continuam a mostrar que o financiamento público é a forma dominante de garantia de acesso aos cuidados de saúde nos países da OECD no total das despesas com saúde. Essa observação é da maior importância para a discussão da situação no Brasil. Sinaliza ser o financiamento público imprescindível para a garantia de cobertura de proteção à saúde mesmo para populações cujo nível de renda é muito mais elevado do que o dos brasileiros.

Gastos Totais em Saúde na Alemanha

Na Alemanha, em 1994, último ano com dados gerais divulgados oficialmente, os gastos totais em saúde, inclusive transferências financeiras, foram de 470 bilhões de marcos – cerca de 280 bilhões de dólares.¹⁸¹ Destes, 84,5% (397 bilhões de marcos) são relativos à região ocidental, e 15,5%, à região oriental. As ações curativas constituem o principal item de despesas: 58,5% do total dos gastos

¹⁸⁰ Houve elevação da participação dos gastos públicos em menor número de países, em especial naqueles de participação inicial menos elevada, como Japão, Suíça e EUA.

¹⁸¹ Na contabilização de gastos totais em saúde realizada pelo StBA são computadas todas as despesas referentes à assistência médico-sanitária, às despesas com pesquisa e formação na área da saúde e ao consumo de bens e produtos relativos à saúde assim como despesas com benefícios em espécie – transferências financeiras aos indivíduos em consequência de adoecimento.

em saúde (274,5 bilhões de marcos) foram despendidos em tratamento médico-odontológico (ambulatorial, hospitalar, medicamentos e próteses) (StBA, 1997).

Aos gastos com ações médico-sanitárias seguem-se aqueles com transferências financeiras (auxílio-doença e aposentadorias precoces por invalidez) e medidas de reabilitação (benefícios que sucedem ao episódio de doença), em um volume de 129,1 bilhões de marcos que correspondem a 27,5% do total.

Apenas pequena parcela dos gastos totais em saúde, cerca de 7,4%, equivaleu a despesas com medidas preventivas e de acompanhamento. Com formação profissional e pesquisa universitária na área foram gastos 8,2 bilhões (1,7%).

Gastos totais em saúde segundo fonte de financiamento

Os gastos em saúde na Alemanha, como apresentado na seção anterior, são predominantemente públicos. A maioria dos gastos públicos (81%) é proveniente de receitas de contribuição dos diversos seguros sociais. O Seguro Social de Doença (GKV) arca com cerca da metade (47,9%) do conjunto de todos os gastos em saúde. A Previdência Social e o Seguro Social de Acidentes são responsáveis, respectivamente, por 7,7 % e 3,3% dos gastos totais.¹⁸²

Tabela 15 – Distribuição dos gastos totais em saúde, inclusive transferências financeiras, segundo ordenadores de despesas.* Alemanha – 1970-1994.

Fonte	Região Ocidental							BRD
	1970	1980	1990	1991	1992	1993	1994	1994
Orçamento Público	14,2	13,5	13,3	13,4	13,3	13,9	13,2	13,4
GKV	35,5	45,9	46,0	47,9	47,4	45,4	46,5	47,9
Previdência Social	9,4	6,1	6,6	6,7	6,2	7,1	7,2	7,7
Seg. Soc. Acidentes	3,6	3,3	3,0	2,9	3,4	3,7	3,7	3,3
Subtotal Público	62,6	68,8	68,9	70,9	69,9	70,0	70,6	72,3
Seg. Priv. Saúde	5,2	4,6	5,7	5,1	5,7	5,8	5,9	5,3
Empregadores	23,7	19,6	17,6	16,3	16,7	16,4	15,5	14,7
Domicílios Privados	8,5	7,0	7,8	7,6	7,7	7,8	8,0	7,7
Subtotal Privado	37,4	31,2	31,1	29,0	30,1	30,0	29,4	27,7

* As contribuições de empresários e trabalhadores estão contabilizadas apenas nos respectivos seguros sociais. No orçamento público não estão computados os gastos em saúde dos empregadores públicos (auxílio-doença, contribuições).

Fonte: StBA, 1996 e 1997.

¹⁸² Referentes ao pagamento de aposentadorias por invalidez, as medidas de reabilitação em casas de repouso (*Kur*), pagamentos de aposentadorias, tratamento de acidentados e prevenção de acidentes.

Os gastos públicos provenientes das receitas de impostos (gastos fiscais) correspondem a apenas 13,4% do conjunto dos gastos totais. União, estados e municípios gastaram 63 bilhões de marcos com medidas ligadas à saúde em 1994. Destes, 17,2 bilhões corresponderam a medidas para reabilitação social e profissional, 16,8 bilhões foram pagos a cuidados de enfermagem de longa duração (*Pflege*) pela assistência social e 11,3 bilhões de marcos destinaram-se ao financiamento de hospitais públicos e hospitais universitários. Os orçamentos públicos são ainda responsáveis por gastos com formação do pessoal da área de saúde (8,2 bilhões) e com os centros de saúde públicos (*Gesundheitsdienst*) responsáveis por programas preventivos, com os quais foram gastos, em 1994, 3,9 bilhões de marcos alemães.

A participação dos gastos públicos varia conforme o tipo de despesa. Entre os gastos com tratamento em saúde, todos os tipos de ações de saúde são financiados de modo predominante pelo setor público. Os orçamentos públicos e os seguros sociais são responsáveis por 94% dos gastos com medidas de prevenção e orientação, 76% das despesas com tratamentos, 87% daquelas com atenção hospitalar e 56% das despesas com reabilitação e auxílio-doença. Já as despesas com formação de pessoal e pesquisa médica são exclusivamente públicas (StBA, 1997).

A proporção dos gastos públicos aumentou de modo gradual, desde os anos 70, tendência que permanece nos anos 90. Maior participação dos gastos públicos no conjunto das despesas com saúde resultou principalmente da crescente participação do GKV no financiamento e da redução da participação direta dos empregadores.

Os gastos privados correspondem às despesas despendidas por empregadores, usuários no ato da utilização e seguros privados (tabela 16). Entre os gastos privados destaca-se a participação do empregadores. Em 1994, as despesas de empregadores públicos e privados com a manutenção e recuperação da saúde de seus trabalhadores, sem considerar suas parcelas de contribuição aos seguros sociais, equivaleram a 14,7% do total dos gastos em saúde (70 bilhões de marcos).¹⁸³ A maioria desses gastos, cerca de 70%, foram despendidos na forma de pagamento de salários nas seis primeiras semanas de doença (49,4 bilhões de marcos).¹⁸⁴

É marcante a alteração da participação dos empregadores no financiamento dos gastos em saúde. As despesas diretas a seu encargo (sem incluir as contribuições sociais) evoluíram mais lentamente do que todas as outras fontes desde os anos 70. Enquanto os gastos do GKV aumentaram 7,4 vezes entre 1970 e 1994, as despesas diretas dos empregadores subiram 3,7 vezes (StBA, 1996). Um dos

¹⁸³ Quando computadas as contribuições para os seguros sociais, os gastos dos empregadores correspondem a 39% do total das despesas com saúde (StBA, 1997).

¹⁸⁴ O restante das despesas foi realizado na forma de: ajuda para tratamento de saúde de seus empregados (12,3 bilhões de marcos) pelos empregadores públicos; aposentadorias precoces por invalidez para servidores públicos (4,8 bilhões), assim como 2,1 bilhões para o financiamento dos serviços de saúde (*Gesundheitsdienst*) das empresas (StBA, 1996 e 1997).

motivos para a participação decrescente dos empregadores no financiamento direto do conjunto dos gastos em saúde foi a diminuição da importância dos gastos com transferências financeiras no conjunto dos gastos em saúde.

Além das contribuições aos seguros sociais e de saúde, públicos ou privados, estima-se que os orçamentos domiciliares são responsáveis por 7,7% do conjunto dos gastos de saúde despendidos por meio do pagamento direto de despesas de saúde. A participação direta dos domicílios privados é importante para medicamentos e outros métodos terapêuticos e de ajuda e próteses dentárias. Estima-se que os indivíduos pagam diretamente cerca de um quarto dos medicamentos e mais de um terço das próteses dentárias. Os domicílios privados cobrem diretamente apenas 16% da atenção médico-odontológica ambulatorial e participam da atenção hospitalar de modo mínimo. Menos de 1% da atenção hospitalar é paga diretamente pelos doentes no ato da utilização.

Já as despesas dos seguros privados correspondem a apenas 6% do total de gastos com saúde. A participação dos gastos por conta dos domicílios privados, tanto para aqueles intermediados pelos seguros privados de saúde como para aqueles diretamente desembolsados pelos indivíduos, sofreu redução nos anos 70 e, a partir dos anos 80, aumentou de forma leve, retornando em 1994 próximo ao nível de 1970 (tabela 16).¹⁸⁵

A análise da participação de diferentes fontes de financiamento nos gastos totais em saúde, suas parcelas públicas e privadas, permite a observação da grande importância do GKV na garantia dos cuidados de saúde e possibilita o debate inicial acerca da tese da tendência à privatização dos gastos e da proteção à saúde.

Se analisados os dados apenas a partir de 1980, pode-se apontar leve tendência à privatização dos gastos em saúde. Os níveis de participação dos gastos diretos dos domicílios e com os seguros privados alcançados em 1994, porém, são similares àqueles do período de expansão da proteção social. Além disso, os gastos sob encargo direto dos domicílios privados sofreram aumento menos acelerado do que o conjunto dos gastos em saúde (StBa, 1997). Assim, embora se observe leve aumento da participação dos domicílios privados no total de gastos em saúde (3% a 4%), a tese da privatização progressiva dos gastos em saúde, segundo estes dados, não pode ser corroborada.

¹⁸⁵ O mesmo pode ser observado quando computados apenas os gastos com consumo médico-sanitário e excluídas as transferências financeiras (Schneider et al., 1995).

Gastos do Seguro Social de Doença Alemão (GKV)

A evolução dos gastos do Seguro Social de Doença alemão (GKV) reflete seu processo de desenvolvimento caracterizado por estabilidade e contínua expansão. Expansão em duplo sentido: de cobertura, por meio do processo de inclusão progressiva de trabalhadores de novos ramos da economia, característica geral da evolução dos sistemas de proteção social constituídos segundo os princípios de seguro social, e de ampliação do catálogo de ações e benefícios. A análise de seus gastos por setores de atenção permite visualizar a ampliação progressiva do catálogo de ações e benefícios e, ao mesmo tempo, os efeitos das medidas de contenção.

Em 1998, os gastos totais¹⁸⁶ do GKV na Alemanha como um todo foram de 248 bilhões de marcos (US\$ 146 bilhões). Destes, 83% corresponderam a gastos da região ocidental, que foram de 206 bilhões de marcos (US\$ 122 bilhões). Nessa mesma região, 87% dos gastos destinaram-se ao pagamento de ações médico-sanitárias, 8% a transferências financeiras aos segurados e 5% a despesas administrativas (www.bmgesundheit.de).¹⁸⁷

Na região oriental, os gastos foram de 42 bilhões de marcos, sendo 39 bilhões utilizados em ações de saúde e 2,4 bilhões em auxílio-doença. A diferença no volume de gastos entre as duas regiões é decorrência principalmente do menor número de segurados da região oriental do que de despesas inferiores por segurado na região. Os gastos por segurado, em 1995, foram de 3.454 DM na região oriental e de 3.700 DM na região ocidental, diferença de apenas 7%.¹⁸⁸

As diferenças de gastos entre as duas regiões diminuíram rapidamente desde 1991, tendo os dispêndios da região oriental se aproximado do padrão da região ocidental. Após a unificação, a evolução dos gastos do GKV para todos os setores de atenção e benefícios na região oriental foi muito mais acelerada do que na região ocidental, em razão do processo de adequação e acomodação ao padrão de ações e gastos ocidentais.

Observou-se um processo de acomodação tanto da oferta como da demanda. A oferta diversificou-se e organizou-se para produzir e contabilizar os gastos no padrão ocidental, os profissionais de saúde ampliaram prescrições e os segurados tomaram conhecimento dos novos benefícios e ações disponíveis, passando a demandá-los.

¹⁸⁶ Os gastos totais do Seguro Social de Doença, além dos gastos com ações de saúde e benefícios em dinheiro, incluem os gastos administrativos e outros, como transferências financeiras entre as Caixas para a compensação da estrutura de riscos.

¹⁸⁷ Benefícios em espécie: auxílio-doença, auxílio-maternidade, auxílio-parto e auxílio-funeral.

¹⁸⁸ Em 1991, os gastos por segurado na região oriental correspondiam a cerca de 60% dos gastos da região ocidental (BMG, 1996).

Distribuição dos gastos do GKV por setores de atenção: região ocidental

Os gastos do Seguro Social de Doença concentram-se em ações curativas individuais, notadamente hospitalares e ambulatoriais.¹⁸⁹ As medidas de promoção e prevenção representam pequena parcela dos mesmos. A atenção ambulatorial – médico-odontológica e por profissionais diversos – é responsável por 26% dos gastos, e a atenção hospitalar, por 34 % (StBA, 1996). A seguir são analisados os gastos do GKV por setores de atenção e benefícios selecionados e sua evolução nas últimas décadas (tabela 16 e gráfico 3).

Tabela 16 – Distribuição dos gastos do GKV por setores de atenção e benefícios selecionados. Alemanha, região ocidental – 1960-1995

Atenção	1960	1970	1975	1980	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Hospitalar	17,5	25,2	30,1	29,6	32,2	33,2	32,4	32,1	33,9	34,4	34,0
Ambulatorial	20,9	22,9	19,4	17,9	18,1	18,2	17,6	17,2	18,0	17,4	17,2
Farmacêutica	12,2	17,7	15,3	14,6	15,3	16,3	16,1	16,1	13,8	12,8	13,2
Auxílio-doença	30,0	10,3	8,0	7,7	5,9	6,5	7,5	7,3	7,3	7,3	8,0
Outros meios*	2,4	2,8	4,4	5,7	6,0	6,3	6,4	6,5	6,8	7,2	7,5
Odontológica	5,2	7,2	7,1	6,4	6,0	6,1	6,0	6,1	6,3	6,1	5,9
Próteses dent.	3,0	3,5	7,2	8,6	7,1	3,6	3,7	4,1	3,0	3,2	3,3
Maternidade**	4,4	4,6	2,9	3,5	2,5	2,4	2,2	2,1	2,2	2,1	2,0
Depend. severa	–	–	–	–	0,1	1,2	1,4	1,5	1,6	–	–
Outros	4,4	5,8	5,6	6,0	6,9	7,3	6,9	7,1	7,2	7,9	8,9
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

* Outros meios: inclui outros métodos de cura e meios de ajuda. ** Maternidade inclui: ações médicas e transferências financeiras.

Fonte: BMG, 1996.

¹⁸⁹ A rubrica prevenção e ajuda/orientação é responsável por 5% dos gastos (StBA, 1996).

Atenção hospitalar

A importância da atenção hospitalar na atenção médica reflete-se na sua participação nos gastos. Atualmente, este é o setor da atenção que despende maior quantidade de recursos. Os gastos com atenção hospitalar tiveram aumento progressivo de sua importância, em especial, até 1975, quando alcançaram 30% do conjunto das despesas do GKV (gráfico 3).¹⁹⁰

Em 1995, 34% dos gastos destinaram-se ao pagamento da atenção hospitalar proporcionada aos segurados do GKV. Na última década, os gastos com este setor aumentaram de modo mais acelerado (62,1%) do que as despesas do GKV como um todo (57,9%).¹⁹¹ Por sua elevada participação, o setor hospitalar é tido como o principal responsável pelos ‘gastos crescentes’ pelos defensores da contenção de gastos na Alemanha.

Gráfico 3 – Distribuição dos gastos do GKV por setores de atenção e benefícios selecionados. Alemanha, região ocidental – 1960-1995

*Outros meios: inclui outros método de cura e meios de ajuda. **Maternidade inclui: ações médicas e transferências financeiras.

Fonte: BMG, 1996.

¹⁹⁰ No período de 1970 a 1975, por iniciativa da coalizão social-democratas/liberais então no poder, foi deslançado um processo de modernização e recuperação da estrutura de atenção – novos investimentos e ampliação de pessoal –, em particular, no setor hospitalar. Os gastos hospitalares triplicaram no período. Como grande parte da modernização foi financiada pelas diárias hospitalares, quase em sua totalidade pagas pelas Caixas, o impacto sobre as taxas de contribuição foi imediato.

¹⁹¹ A participação dos gastos hospitalares no conjunto dos gastos em saúde diminuiu levemente na maioria dos países da OECD entre 1980 e 1993, em particular como resultado de deslocamento de ações para o setor ambulatorial.

Atenção médica ambulatorial

A participação dos gastos ambulatoriais no conjunto das despesas do Seguro Social de Doença, que chegou a atingir 23% em 1970, apresentou gradual redução durante os anos 70. Desde 1980, tem-se mantido estável, oscilando entre 17% e 18% (gráfico 4). Em 1998, correspondia a 17,8% do total de gastos. Esta estabilidade da participação dos gastos médicos ambulatoriais deve-se tanto à participação progressivamente maior de outros setores da atenção quanto à evolução moderada de seus gastos, em geral inferior à média anual para o GKV.

A participação estável dos gastos com atenção médica ambulatorial no conjunto das despesas do GKV é utilizada, pela corporação médica, como argumento de não necessidade de inclusão do setor ambulatorial em medidas de contenção, no que tiveram parcial sucesso. Em 1989 e 1993, anos de entrada em vigor de leis de contenção, enquanto o GKV como um todo reduziu seus gastos, aqueles com atenção médica ambulatorial continuaram a crescer, ainda que de modo um pouco mais lento.

Gráfico 4 – Participação dos gastos ambulatoriais e hospitalares no conjunto dos gastos do GKV - Alemanha Ocidental – 1960 - 1995

Fonte: BMG, 1996.

Atenção odontológica

Os gastos com atenção odontológica na Alemanha são elevados.¹⁹² Em 1995, a atenção odontológica em seu conjunto representou 9,2% dos gastos do GKV. Sua participação, que chegou a 15% em 1980, tem decrescido a partir de então por conta de restrições feitas, em particular, para as próteses. Estas, desde 1993, correspondem apenas a um terço dos gastos com assistência odontológica.

Excluídas as próteses dentárias, a participação dos gastos com atenção odontológica no conjunto das despesas do GKV tem se mantido em torno de 6% desde os anos 80, tendo sua evolução acompanhado o ritmo do conjunto dos gastos.

O acesso a próteses dentárias foi ampliado na segunda metade dos anos 70, o que produziu forte elevação de sua participação no conjunto dos gastos, chegando a 8,6% em 1980. Entre 1975 e 1985, os gastos com próteses representaram mais de 50% da atenção odontológica como um todo. Na última década, por conta de restrições – via cortes e aumento da participação dos usuários – os gastos com próteses dentárias oscilaram fortemente, atingindo a mais baixa taxa de crescimento no somatório da década.¹⁹³

Assistência farmacêutica

Os gastos com assistência farmacêutica em 1995 foram responsáveis por 13,2% do conjunto dos gastos. Desde os anos 70, os gastos com medicamentos ocupam o terceiro lugar em importância na participação, após os setores hospitalar e ambulatorial. Na última década, a participação dos gastos com medicamentos no conjunto dos gastos do GKV aumentou, de modo gradual, até 1992. Em 1993, esta participação diminuiu, passando de 16,1 para 13,8, em virtude da redução real em 19% do montante despendido com medicamentos no ano, devido à Lei da Estrutura da Saúde (GSG), que fixou teto orçamentário para prescrições e impôs sanções aos médicos, caso fosse ultrapassado. Este mecanismo surtiu efeito ainda em 1994. No ano seguinte, as sanções, por influência da corporação médica, foram afrouxadas, e os gastos com medicamentos voltaram a aumentar mais do que o conjunto dos gastos.¹⁹⁴

¹⁹² Estima-se que os gastos totais com atenção odontológica na Alemanha sejam dos mais altos do mundo. Em 1990 representavam 0,9% do PNB, enquanto nos EUA eram de 0,62% e na Grã-Bretanha de 0,32% do PNB. Os gastos *per capita* calculados segundo preços com paridade de poder de compra eram o dobro dos da União Européia e 50% mais altos do que nos EUA (BMAS, 1994).

¹⁹³ A observação da evolução dos gastos com próteses dentárias mostra bem os efeitos de contenção das Leis da Reforma da Saúde, em 1989, e da Lei da Estrutura da Saúde, em 1993. As restrições impostas produziram diminuição imediata de 50% e 28%, respectivamente. Pode-se observar também uma reação preventiva que provocou antecipação de gastos. Em 1988, o anúncio de restrições desencadeou corrida aos consultórios, provocando forte aumento no volume de gastos com próteses no ano.

¹⁹⁴ O mesmo ocorreu em 1996. O controle de gastos no setor é particularmente difícil por conta da forte influência da indústria farmacêutica, que conseguiu vetar a elaboração de listas positivas (Steffen, 1996a).

A assistência farmacêutica é apontada como o setor da atenção em que a introdução de medidas de controle de qualidade melhor poderiam ter efeitos de eficiência – reduzindo gastos, sem produzir restrições na atenção garantida. Em 1995, as prescrições de medicamentos de efeitos duvidosos ou não comprovados¹⁹⁵ foram responsáveis por 23% dos gastos com medicamentos e outros produtos distribuídos pelas farmácias, alcançando faturamento aproximado de 7 bilhões de marcos, o montante do déficit do Seguro Social de Doença no ano para a Alemanha como um todo (Gerlinger & Schönwälder, 1996; Schwabe & Paffrath, 1996).¹⁹⁶

Outros meios de tratamento e ajuda

Os outros meios – métodos terapêuticos (*Heilmittel*) e meios de ajuda (*Hilfsmittel*) – envolvem grande diversidade de ações, com evolução diferenciada de gastos. Em seu conjunto, esta rubrica foi responsável, em 1995, por 7,5% dos gastos do GKV.

Nas últimas décadas, estas despesas cresceram sempre acima da média do conjunto dos gastos. Isto produziu expressivo aumento, mais de 70%, da participação desta rubrica no conjunto dos gastos do GKV, nos últimos vinte anos. Na última década, estas foram as despesas de crescimento mais acelerado. Este crescimento é decorrente da inclusão progressiva de novas ações terapêuticas e da difusão das referidas profissões, que disponibilizou o acesso a um maior número de segurados, bem como da maior sofisticação de meios de ajuda utilizados.

O baixo acréscimo de gastos com outros meios verificado em 1993 foi consequência da GSG, que fixou tetos máximos para a prescrição de outros métodos terapêuticos pelos médicos, idêntica medida utilizada para o controle de medicamentos. Desde 1994, têm sido negociados tetos máximos de gastos para estas ações em nível estadual, juntamente com os gastos para medicamentos.

Auxílio-doença

Com o processo de expansão do GKV e ampliação progressiva da cesta de benefícios cobertos, os gastos com transferências financeiras perderam importância. Sua participação no conjunto das despesas do GKV decresceu por conta tanto de evolução menos acelerada que a do conjunto dos gastos, como em virtude da ampliação do catálogo de ações médico-sanitárias. A maior alteração ocorreu nos anos 60, quando a participação do auxílio-doença passou de 30%, em 1960, para 10,3%, em 1970. Em 1980, os gastos com auxílio-doença atingiram

¹⁹⁵ Associações espúrias, expectorantes, medicamentos de uso externo para varizes e reumatismo, estimuladores da circulação cerebral etc.

¹⁹⁶ Não é possível afirmar que apenas o corte destes medicamentos evitaria todo o déficit, pois não foi calculada a influência do co-pagamento nestes dados, pois as receitas com co-pagamento não foram subtraídas.

seu nível mais baixo de participação: apenas 5,9%. Nos anos 90, essa proporção voltou a subir levemente, alcançando 8% em 1995.

Essa recente mudança não passou despercebida à coalizão governamental, que decretou, apesar dos protestos, a redução do benefício em setembro de 1996; uma das medidas do *Sparpaket*.¹⁹⁷

Dependência severa

As ações domiciliares ou em regime de internação relativas a cuidados de longa duração foram introduzidas no catálogo do GKV em 1989; contudo, com a criação de um ramo de seguro social específico para estes cuidados, as respectivas despesas com segurados por dependência severa passaram a ser contabilizadas no novo ramo do seguro social desde o segundo semestre de 1995.

Gastos administrativos

A preocupação a respeito dos gastos com administração tem adquirido maior importância com o avanço das medidas de contenção e da competição entre as Caixas. Os gastos administrativos seriam mais diretamente influenciáveis pelas próprias Caixas por meio da adoção de medidas gerenciais. A atuação mais eficiente das Caixas no sentido do controle de gastos administrativos poderia colocá-las em vantagem na competição por segurado.

Os gastos do GKV com administração apresentaram evolução similar à do conjunto de gastos, mantendo quase constante seu percentual de participação em torno de 4% a 5% dos gastos totais do GKV desde os anos 70. Sua maior participação ocorreu em 1990, quando alcançou 5,14%.¹⁹⁸

A partir do cotejo dos gastos administrativos dos seguros privados, é possível estimar os gastos administrativos das Caixas como não excessivos. Os gastos administrativos dos seguros privados de saúde na Alemanha, em 1992, representaram 15% das receitas com prêmios e 12,7% do conjunto de suas receitas.¹⁹⁹

O aumento dos gastos administrativos é tido como uma das prováveis consequências inadequadas da maior competição entre as Caixas, uma vez que

¹⁹⁷ Para maiores detalhes acerca do *Sparpaket*, vide Stotz & Giovanella, 1996.

¹⁹⁸ Os gastos administrativos variam entre as Caixas e regiões. Em 1995, os gastos administrativos das Caixas Locais foram de 5,3%, na região ocidental, e de 6,4%, na região oriental (AOK, 1995). Para *Techniker Krankenkasse*, uma das Caixas Substitutas para Empregados, de clientela restrita e das mais ricas, estes gastos foram de 4,3%.

¹⁹⁹ Em cotejo internacional com base em estimativas feitas pela OECD, a participação dos gastos administrativos no total de gastos em saúde na Alemanha seria das mais altas entre os países da OECD. Os autores, porém, chamam a atenção para o provável nível mais elevado deste tipo de gastos nos EUA e das dificuldades para a confrontação (OECD, 1995a). Nos EUA, em 1987, os gastos administrativos dos seguros privados eram de 11,7% (Schwartz & Busse, 1994). Donaldson & Gerard (1992) referem para o mesmo caso 13,4%.

esta, mais do que estimular o aumento da eficiência, poderia levar a acréscimo de gastos administrativos das Caixas, em especial com *marketing* e serviços personalizados de atendimento ao cliente.

GKV: relação entre receitas e despesas

A justificativa imediata das medidas de contenção reside nos reiterados déficits apresentados pelas Caixas, uma vez que as despesas têm crescido com frequência mais rapidamente do que as receitas de contribuição. Na última década pode-se observar ciclos bianuais de déficits e superávites resultantes das reformas introduzidas. Déficits recorrentes, ao final da década de 80, desencadearam a Lei da Reforma da Saúde, de 1988, cujos efeitos se fazem notar nos dois anos imediatamente posteriores.

Em 1991 e 1992, os gastos voltam a superar as despesas. As medidas da Lei da Estrutura da Saúde, implementadas no início de 1993, produziram redução dos gastos em 1993 e superávits neste ano e no subsequente. Em 1995 e 1996 houve novos déficits e foram implementadas medidas de contenção no segundo semestre de 1997. Nesse ano, seus efeitos sobre a contenção já puderam ser avaliados. Após um déficit de quase 7 bilhões de marcos no ano de 1996, o GKV fechou 1997 com superávit de 1,1 bilhões.

Tabela 17 – Seguro Social de Doença alemão (GKV). Receitas, despesas e saldo financeiro. Região ocidental – 1970-1997. Saldo financeiro. Região oriental – 1991-1997*

Ano	Receitas	Despesas	Saldo Oeste	Saldo Leste	Saldo Total
1970	26.116	25.179	937	-	
1980	88.452	89.834	-1.382	-	
1985	11.831	114.108	-2.277	-	
1986	118.507	119.867	-1.361	-	
1987	125.074	124.997	77	-	
1988	132.639	134.376	-1.737	-	
1989	139.682	129.927	9.755	-	
1990	147.753	141.654	6.099	-	
1991	154.221	159.814	-5.593	2.773	-2.820
1992	167.778	176.876	-9.098	-256	-9.354
1993	184.421	175.362	9.059	1.355	10.414
1994	194.181	192.120	2.061	116	2.177
1995	212.233	217.352	-5.119	-1.836	-6.955
1996	219.700	224.340	-4.640	-2.140	-6.780
1997	220.750	219.350	1.400	-300	1.100

*Em milhões de marcos correntes.

Fonte: BMG, 1996 T.10.9; para 1996 e 1997, <http://www.bmgesundheit.de> em 11.06.98.

Os déficits, assim como a evolução dos dispêndios por item, são diferenciados entre as Caixas. Em 1996, os gastos por contribuinte nas Caixas Substitutas aumentaram 3,6% na região ocidental e 3% na região oriental, enquanto suas receitas de contribuição cresceram apenas 1,1%. Os gastos das Caixas Locais tiveram aumento maior: 6,4% na região ocidental e 2,4% na oriental, contra pequeno aumento de receitas de contribuição de 0,7% e 1,5%, respectivamente.

Recentemente, o Fundo de Compensação da Estrutura de Riscos dos Segurados entrou no rol dos motivos de déficits. As Caixas, obrigadas a fazer repasses para o Fundo, responsabilizam-nos por suas dificuldades financeiras. Em 1996, as Caixas Substitutas apresentaram déficit de 3,3 bilhões de marcos (700 milhões na Região Leste), tendo participado com 16 bilhões na compensação financeira de riscos. As Caixas Locais, em decorrência das diferenças na estrutura de riscos de seus segurados, receberam montante similar e apresentaram déficit de 2 bilhões. As Caixas de Empresas, que transferiram 1,4 bilhões para o fundo de compensação, alegam que estas transferências seriam responsáveis por seu déficit de 400 milhões de marcos (FR.04.03.97).

O Problema dos Gastos em Saúde: explosão dos custos ou erosão das receitas?

O debate sobre o problema dos gastos no setor saúde é impregnado pela instrumentalização política na apresentação de dados. Kühn (1995a) se pergunta como é possível utilizar a metáfora “a explosão de custos”, que sugere acontecimentos catastróficos por um período de vinte anos. “Como alguma coisa pode explodir durante 20 anos?” A utilização desta metáfora, por si só, sugere certa arbitrariedade.

Se analisados os artigos que difundiram a “explosão de custos” na Alemanha, na metade dos anos 70, a ‘explosão’ pode ser em parte atribuída a dois simples artifícios estatísticos. Um deles é o valor do ano-base selecionado. Quanto mais baixo o valor do ano-base, maior o crescimento. O outro é a relação entre as ordenadas. Quanto menor o intervalo na escala utilizada no eixo das ordenadas e menor o espaçamento nas abcissas, mais abrupta parece ser a subida da curva. Assim, uma função linear levemente ascendente foi apresentada como tendência exponencial (Kühn, 1995a).

O aumento dos gastos em saúde nas últimas décadas (de 1980 e 1990) foi gradual. Apenas no início dos anos 70, verificou-se uma evolução abrupta dos

gastos de saúde em curto espaço de tempo. Não obstante, a metáfora da explosão de custos não seria adequada mesmo neste caso.

O expressivo aumento dos gastos das Caixas entre 1970 e 1975 foi decorrente da expansão da atenção garantida pelas Caixas por meio da ampliação do catálogo obrigatório e modernização hospitalar (Alber, 1992); tanto que o GKV passou a responder por 44% das despesas totais com saúde em 1975, participação quase um terço maior do que em 1970 (35%) (Stegmüller, 1996a).

A dinâmica expansiva de gastos do GKV entre 1970 e 1975, para Stegmüller, deve ser compreendida no contexto de ampliação da proteção à saúde do período 1965-1975, quando foi garantida, em alto nível, a maior parte da população.²⁰⁰ Uma dinâmica específica que não se repetirá, pois o ciclo da expansão se esgota necessariamente com a universalização – a garantia real da proteção para a maior parte da população com a oferta e o acesso a serviços em qualidade e quantidade suficientes.²⁰¹

Se analisada a evolução da participação dos gastos em saúde no PNB após este período, observa-se certa estabilização dos gastos do GKV. De fato, o que provocou a discussão sobre a contenção foi o aumento contínuo das taxas de contribuição do Seguro Social de Doença. Nos últimos vinte anos, as taxas médias de contribuição aumentaram gradualmente, tendo crescido três pontos percentuais. Passaram de 10,47%, em 1975, para 13,45%, em 1996. Desde os anos 70, embora o objetivo político-econômico das medidas de contenção de gastos em saúde tenha sido a estabilização das taxas de contribuição, esta não foi atingida.

No debate sobre as possibilidades de melhora da posição da Alemanha na competição econômica internacional (*Standort Deutschland*), a diminuição dos custos sociais do trabalho, entre os quais se incluem as contribuições para o Seguro Social de Doença, tem sido considerada um dos fatores centrais. Daí a ênfase na estabilização/redução das taxas de contribuição (Deppe, 1996a). Para Kühn (1995), a tematização do problema das contribuições como ‘explosão de custos’ levou a uma tipologia de soluções voltadas para cortes nos gastos e concentradas nos pacientes. Se a questão fosse o alcance de maior eficiência – redução de custos das ações de saúde – e elevação da economicidade do sistema, as soluções centrar-se-iam no controle dos prestadores de serviços e dos produtores de insumos, principais responsáveis pelos incrementos de gastos.

²⁰⁰ Os anos 60, até o início dos anos 70, correspondem a um período de forte expansão em diversas áreas sociais. Na Alemanha, entre 1960 e 1975, o conjunto dos gastos sociais cresceu em 11 pontos percentuais em relação ao PIB (Behagel, 1994).

²⁰¹ Como consequência dessa expansão, as taxas de contribuição passaram de 8,2%, no ano de 1970, para 10,4%, em 1975, e a participação dos gastos do GKV no PNB aumentou de 3,7 para 5,7% no mesmo período.

Evolução das receitas: participação da renda do trabalho assalariado na economia

O problema não seria tanto de incremento de gastos e mais de erosão das receitas. A modalidade de financiamento do sistema alemão, por meio da arrecadação de contribuições, faz com que as receitas das Caixas – limitadas aos rendimentos do trabalho assalariado – estejam imediata e diretamente ligadas à conjuntura econômica e à situação do mercado de trabalho.

Para diversos autores, o aumento das taxas de contribuição foi essencialmente condicionado pelo descompasso entre a evolução do PNB e os rendimentos do trabalho assalariado, o qual se expressa na redução da participação da cota de salários na economia popular (*Volkseinkommen*)²⁰² (Kühn, 1995b; Deppe, 1996b; Steffen, 1996a; Gerlinger & Schönwälder, 1996; Stegmüller, 1996a). A economia popular corresponde, em termos simples, à parcela do PNB constituída pela soma de todos os rendimentos provenientes de salários, ordenados, juros, aluguéis e lucros. A cota de participação dos salários na renda popular aumentou continuamente até o início dos anos 80, alcançando o seu ápice em 1982 e, a partir de então, tem declinado gradualmente, com uma única exceção.

A participação dos rendimentos do trabalho assalariado na renda nacional foi, em 1982, de 76,9% e caiu, em 1993, para 72,1%. Em 1995, esta proporção da renda nacional caiu novamente para 69%, estando atualmente abaixo do nível dos anos 70 (Steffen, 1996a). Este declínio da participação da massa salarial na renda nacional tem como contrapartida o aumento da participação das rendas decorrentes da atividade empresarial, do trabalho autônomo e de capital.²⁰³

Semelhante diminuição da participação dos rendimentos do trabalho assalariado na renda popular ocorre mesmo quando são excluídas diferenças decorrentes da mudança da estrutura de ocupação para o cálculo da cota de participação dos rendimentos do trabalho assalariado (Schäfer, 1996a e 1996b).²⁰⁴

²⁰² *Brutto-Lohnquote*: participação da renda proveniente do trabalho assalariado, não autônomo – inclusive contribuições dos empregadores para o seguro social –, na economia popular em percentagem. A economia popular (*Volkseinkommen*) inclui rendimentos pessoais provenientes do trabalho assalariado e autônomo, além de atividades empresariais, e corresponde a mais de 70% do PNB. No Brasil, a participação da massa salarial no PIB é menor que 30% (FSP.02.05.98:1-3).

²⁰³ Os rendimentos do trabalho autônomo cresceram nos anos 80 e 90. Enquanto em 1980, a renda disponível em um domicílio de um autônomo era duas vezes àquela de um operário, em 1994 esta relação havia subido para três vezes. Paralelamente, aumentaram os lucros e foram reduzidos os impostos sobre as rendas provenientes da atividade empresarial e elevados os impostos sobre os rendimentos do trabalho, tudo isto contribuindo para a redução da cota de rendimentos do trabalho assalariado, base para desconto das contribuições (Stegmüller, 1996: 69).

²⁰⁴ Poder-se-ia supor que a participação da renda do trabalho assalariado teria sido reduzida por um aumento do trabalho autônomo, por exemplo. Ao considerar-se mudanças na estrutura da ocupação, este argumento perde validade.

Desde o início dos anos 80, o volume total dos salários tem crescido mais lentamente do que o PNB, o que se expressa na diminuição da cota de participação dos rendimentos do trabalho assalariado na renda popular. Se a participação da renda do trabalho assalariado no PNB diminui, significa que a potencialidade de financiamento do Seguro Social de Doença não aumenta proporcionalmente conforme o aumento do PNB.

Assim, mesmo que os gastos em saúde evoluam no mesmo ritmo de crescimento do PNB, situação que pode ser amplamente desejável, as taxas de contribuição terão de ser majoradas. Ou seja, com a diminuição relativa da renda do trabalho assalariado, a base financeira do sistema GKV – centrada nas contribuições do trabalho assalariado – sofreu erosão. A manutenção de receitas condizentes a um volume de gastos iguais ou crescentes implicou o aumento das taxas de contribuição, uma vez que o funcionamento das Caixas tem, como princípio, o equilíbrio entre despesas e receitas.

Tabela 18 – Cota de participação dos rendimentos do trabalho assalariado na economia popular: Alemanha Ocidental – 1960-1995

Ano	Salários
1960	60,1
1970	68,0
1975	74,2
1980	75,8
1985	73,0
1990	69,6
1995	69,0

Fonte: Kühn, 1995b; Deppe, 1998a; Steffen, 1996a.

Nesse sentido, a argumentação de empresários de que os custos do trabalho aumentaram por conta da elevação das taxas de contribuição para os diversos ramos do seguro social, o que levaria à piora de sua posição na competitividade internacional, tem pouco fundamento. A cota de participação dos rendimentos do trabalho na renda nacional – salários mais contribuições sociais – tem diminuído, o que significa dizer que os custos totais do trabalho foram reduzidos, apesar da elevação das taxas das contribuições sociais. A evolução real da renda do trabalho na última década tem sido modesta. Acordos coletivos têm sido fechados nos níveis de inflação e índices maiores têm resultado, por vezes, de contrapartidas compensatórias para os empregadores.

Importante fator adicional para erosão das receitas do Seguro Social de Doença (GKV) foi o aumento progressivo do desemprego. Enquanto na Alemanha Ocidental, em 1981, existiam 1,3 milhões de desempregados, essa população ultrapassara, em 1996, a casa dos 4 milhões em todo o país. Afora a redução da base de contribuição que os proventos menores implicam, a base de cálculo para as taxas de contribuição pagas pelo seguro-desemprego ao GKV foi diminuída.

O alto nível de desemprego na Alemanha, ao contrário da maior parte dos países da OECD, é fenômeno relativamente recente, em especial, da década de 90.²⁰⁵ A taxa de desemprego alemã, mesmo sendo mais baixa que nos outros países, encontra-se em alta desde a metade dos anos 80. Em março de 1997 estava em 9,7% e continuava a crescer. No início dos anos 90 (1990 a 1993), por conta do impulso decorrente da unificação, as taxas de desemprego foram contidas. O maior número de postos de trabalho na Alemanha Ocidental foi atingido em 1992, quando 29,1 milhões de pessoas encontravam-se ocupadas, incluídos os autônomos. O problema do desemprego na região oriental é mais grave, pois a taxa de desemprego ultrapassa 20% em alguns dos cinco novos estados. Estima-se que, de 1989 a 1995, foram extintos 3,34 milhões de postos de trabalho na região oriental, ao passo que, no mesmo período, foram criados 800 mil novos postos na região ocidental (*Bundestregierung*, 1997b).

Diversas outras alterações no mercado de trabalho contribuíram para a erosão de receitas do GKV. Além do desemprego crescente, o aumento da participação dos trabalhadores por tempo parcial e das mulheres – grupos cujos salários são, em geral, mais baixos – no total de contribuintes compulsórios, também teve repercussões sobre o potencial de arrecadação do GKV.

Na região ocidental, a proporção de trabalhadores em tempo parcial entre a população ocupada com obrigatoriedade de asseguramento passou de 8%, em 1980, para 12,8%, em 1995. A proporção de mulheres, por sua vez, passou de 38,6%, em 1980, para 42%, em 1995 (BMAS, 1996a). Ao mesmo tempo, aumentou o número de relações de trabalho dispensadas de contribuições sociais (Schönbach, 1997:65).

Outros fatores que pesaram para essa situação foram os reajustes insuficientes dos tetos dos salários de contribuição e a transferência de ônus de outros ramos do seguro social para o GKV, em especial, da previdência e seguro-desemprego. Aspecto este, enfatizado por críticos das reformas propostas pela coalizão governamental liberal-conservadora.

²⁰⁵ Outra característica alemã é a baixa taxa de desemprego entre jovens. Graças ao sistema dual de formação profissional, nas empresas e escolas profissionais, a Alemanha apresenta a penúltima taxa dentre as mais baixas, 7,6% para jovens de 15-19 anos e 9,5% para menores de 25 anos, entre 19 países da OECD. Na Espanha estas taxas eram de 50% e 41% e na Itália 36% e 35% (dados de 1995 e 1996) (*Bundestregierung*, 1997b).

Tabela 19 – Taxas de desemprego em países selecionados – 1970-1997

Países	1970-1980	1980-1990	1994	1995	1996	1997*
Alemanha**	2,5	5,7	8,4	8,2	9,0	9,7
Bélgica	4,6	10,4	10,0	9,9	9,8	9,6
Dinamarca	4,3	7,4	8,2	7,2	6,9	6,3
França	4,1	9,0	12,3	11,7	12,4	12,5
Grã-Bretanha	3,8	9,5	9,6	8,8	8,2	7,3
Itália	6,5	9,3	11,4	11,9	12,0	12,2
Japão	1,7	2,5	2,9	3,1	3,4	3,3
Holanda	3,9	9,9	7,1	6,9	6,3	5,7
Noruega	1,1	3,0	5,4	4,9	4,8	4,7
Áustria	1,8	4,2	3,8	3,9	4,4	4,4
Suécia	2,1	2,4	9,8	9,2	10,0	10,9
Suíça	0,4	0,6	4,7	4,2	4,7	5,5
Espanha	5,2	17,9	24,1	22,9	22,2	21,4
EUA	6,2	7,0	6,1	5,6	5,4	5,2
União Européia	4,2	9,3	11,1	10,8	10,9	10,9

*Relativo ao mês de março de 1997; todas as outras taxas são médias dos períodos. **A partir de 1994, as taxas se referem à Alemanha como um todo.

Fonte: Eurostat, International Labour Office e OECD apud Sozialpolitische Umschau, 1997: n.254.

Nos últimos anos, como estratégia para equilibrar as finanças de outros ramos do seguro social, estreitou-se a base de cálculo para as contribuições de aposentados, desempregados e beneficiários da assistência social pagas respectivamente pela previdência social, seguro-desemprego e municipalidades ao GKV, produzindo, em consequência, redução das receitas das Caixas.²⁰⁶

Ao mesmo tempo, as Caixas foram obrigadas a aumentar as contribuições de seus segurados para a previdência e para o seguro-desemprego durante a vigência do auxílio-doença. Estima-se impacto negativo dessas medidas sobre as receitas do Seguro Social de Doença, por volta de 5 bilhões anuais, o equivalente ao déficit do GKV na região ocidental em 1995 (Am Orde, 1996; CSU/FDP, 1996b; Gerlinger & Schönwälder, 1996).

²⁰⁶ Em 1995, por exemplo, a base de cálculo das contribuições para a saúde, pagas pelo Ministério do Trabalho para os beneficiários de seguro-desemprego, foi reduzida de 100% para 80% do último salário bruto.

Evolução dos gastos: gastos do GKV como proporção do PNB

De fato é difícil apontar uma contínua explosão de gastos se analisada a evolução das despesas do sistema de Seguro Social de Doença GKV em relação ao PNB. Após o período de intensa expansão – de ampliação de serviços, clientela e gastos – entre 1970 e 1975, os gastos do GKV, como proporção do produto nacional bruto, permaneceram quase constantes, apresentando oscilações de apenas meio ponto percentual em sua participação no PNB. A média da participação dos gastos do GKV no PIB, entre 1976 e 1985, foi de 5,8 %. Entre 1986 e 1995, a média desta participação ficou em 5,9 % (Steffen, 1996a).

Não é possível, portanto, caracterizar a evolução dos gastos em saúde na Alemanha – sejam estes totais ou do seguro social – como em contínua explosão (Kühn, 1995b; Deppe, 1996a; Steffen, 1996a; Gerlinger & Schönwälder, 1996; Stegmüller, 1996a). O que se observa é a estabilidade da participação dos gastos do GKV no PNB. Mesmo para os gastos totais na região ocidental, a participação no PNB é quase estável, tendo aumentado apenas um ponto percentual em vinte anos (gráfico 5).

Gráfico 5 – Evolução das taxas de contribuição e das participações dos gastos totais em saúde e do GKV no PNB. Alemanha, Região Ocidental – 1970-1994

Fonte: Kühn, 1995b; BMG, 1996; Stegmüller, 1996a; Bundesregierung - *Presse und Informationsamt*, 1997a.

Em síntese, pode-se afirmar que as taxas de contribuição permaneceriam estáveis se a participação da renda do trabalho assalariado e o nível de ocupação durante o período tivessem sido sustentados no mesmo patamar, dado ter permanecido quase constante a participação dos gastos do GKV no PNB desde 1975-1980. O problema principal, assim, é menos de descontrole de gastos, interno aos sistemas de seguro e de atenção à saúde, e mais de erosão das receitas.

Elucidar o problema da erosão das receitas não implica afirmar a inexistência de problemas na evolução dos gastos. A evolução dos gastos manteve dinâmica própria induzida pela oferta e ocorreu de forma independente e paralela ao estreitamento da base de financiamento do Seguro Social de Doença, decorrente da tendência à crise econômica evidenciada desde a metade dos anos 70, que marcou o fim do período de prosperidade do pós-guerra, o chamado 'milagre alemão', com suas elevadas taxas de crescimento, e levou a perdas reais dos trabalhadores assalariados e ao aumento do desemprego.

Problemas na organização da atenção e a falta de maior controle sobre os prestadores, assim como a não implementação de medidas anteriormente acordadas, são também apontados como responsáveis pelos déficits atuais do GKV. Entre os problemas organizacionais são referidos a falta de articulação entre a atenção ambulatorial e hospitalar, as formas de remuneração dos prestadores, em especial, da atividade ambulatorial por meio de unidades de serviço, o reduzido controle sobre o mercado farmacêutico, entre outros.

Em outra perspectiva, o crescimento dos gastos em saúde não seria um problema. A expansão dos serviços sociais pessoais é apontada como parte da solução para o problema da produtividade crescente, mediante a qual o conjunto dos bens materiais é produzido por parcela menor da força de trabalho, resultando em desemprego. A expansão de gastos sociais, considerando-se que estes podem ser realizados de forma eficiente, seria um possível resultado positivo do aumento da produtividade do trabalho (Kühn, 1996). Para outros autores, ainda, se o problema é a base da arrecadação, a solução estaria em mudança radical: a modificação do modelo de seguro social para um sistema universal financiado com recursos fiscais (Offe, 1990; Mayntz & Scharpf, 1995).²⁰⁷

²⁰⁷ Nesta perspectiva, o modelo universalista adotado no Brasil não seria extemporâneo, mas sim avançado. Autores que discutem mudanças estruturais na esfera do trabalho, não apenas a redução de postos de trabalho, mas também maior rotatividade, períodos mais frequentes de desemprego etc. indicam como melhor alternativa para a proteção os sistemas universais com base em contribuições fiscais. Não obstante, também para defensores da redução dos custos sociais do trabalho, um sistema universal de base fiscal é apontado para reduzir custos sociais do trabalho e melhorar a posição de competitividade do país (Biedenkopf, 1993).

Crescimento dos Gastos em Saúde: mitos, retórica e consensos

O principal objetivo das reformas recentes dos sistemas de proteção e atenção à saúde nos países centrais na última década tem sido a contenção de gastos. Mesmo que em diversos países, como é o caso da Alemanha, não se possa falar em ‘explosão de custos’, esta tem sido a metáfora empregada para a necessidade de reformas ‘neo-eficientistas’.

A expansão dos gastos em saúde não é uma particularidade do sistema de saúde alemão nem fenômeno recente. É observada na grande maioria das economias desenvolvidas – em particular, desde os anos 50 –, concomitante à extensão das formas de proteção à saúde após a universalização dos direitos sociais de cidadania.

A elevação progressiva dos gastos com assistência à saúde no pós-guerra é inquestionável. Contudo, esse fato tem sido encarado como problema apenas em tempos recentes. Os gastos em saúde tornaram-se uma preocupação quando, a partir da metade dos anos 70, o crescimento econômico alterou-se, ficando mais lento. Como alta proporção desses gastos eram públicos e foi mantido o nível de impostos, o baixo crescimento econômico reduziu as receitas governamentais, gerando pressões por contenção (Aaron, 1996; Almeida, 1995 e 1996).

A novidade atual está na sua consideração como problema por amplos setores. O aumento gradual dos gastos em saúde tem sido ponderado no mundo contemporâneo como problema tanto por governos conservadores como por social-democratas. A questão tornou-se objeto privilegiado de estudo para economistas da saúde, tendo sido publicada vasta literatura que enfoca seus diferentes aspectos. Entretanto, não há consenso acerca das razões da expansão de custos e gastos e, principalmente, a respeito da importância relativa de cada um dos fatores envolvidos no complexo processo de determinação dos mesmos. Dependendo da influência atribuída aos fatores arrolados, soluções diversas são apontadas. Os diversos autores enfatizam distintos aspectos, tornando-se difícil separar o que é ideologia – o estrito interesse de contenção – e análise distanciada, pois o campo dos recursos públicos é prenhe de disputas.

No contexto de globalização da economia e com a intensificação da competição internacional, as pressões para redução de gastos em saúde intensificaram-se. O crescimento da parcela dos gastos públicos tem merecido maiores cuidados do que o do conjunto dos gastos em saúde. O aumento dos gastos totais não teria maior importância – a menos que pressionem as despesas governamentais –, uma vez que, sejam altos ou baixos, representariam apenas o prestígio de determinado setor (o de saúde) no conjunto da economia, não exercen-

do influência na competitividade internacional. De fato, para os gastos públicos, não há qualquer relação entre o seu patamar e a posição de um país na competição internacional.

Os gastos em saúde são avaliados como tendo peso quanto à competitividade apenas quando os gastos públicos afetam o balanço dos orçamentos governamentais – o equilíbrio fiscal – ou no caso de o volume de gastos privados alterar os níveis de poupança e investimentos privados (Aaron, 1996).

No caso da Alemanha, os gastos públicos são, na maior parte, financiados por contribuições sociais vinculadas aos salários, o que interfere nos custos do trabalho. Desse modo, os empresários reivindicam a redução dos custos sociais do trabalho sob a alegação de que as taxas de contribuição social devem ser estabilizadas ou reduzidas para que os custos do trabalho sejam contidos, de modo que a Alemanha melhore a sua já excelente posição na competição internacional.²⁰⁸

Carece de melhor fundamentação, todavia, a argumentação de empresários de que os custos do trabalho foram acrescidos por conta da elevação das taxas de contribuição, ou que são obrigados a pagar seguro-saúde para seus empregados, o que não ocorreria em outros países²⁰⁹ e levaria à piora de sua posição na competitividade internacional. Na Alemanha, a cota de participação dos rendimentos do trabalho no PNB tem diminuído. Além disso, a comparação internacional dos gastos em saúde mostra que não é possível estabelecer relação ou comprovar a tese, muito difundida pelos conservadores, de que haveria conexão entre nível de gastos em saúde e posição de um país na competição internacional. Os países com maior competitividade – o que pode ser expresso, grosso modo, pelo nível de exportações – apresentam, em geral, gastos mais altos e os de pior posição, menores gastos em saúde como proporção do PNB, exceto o Japão.²¹⁰

A base ampliada de defesa da inevitabilidade de contenção é possível não apenas por imposições de políticas de controle dos déficits públicos, com as quais diversos governos têm se defrontado, mas também pela forma de exposição do problema como exigência intrínseca, decorrente da natureza específica dos gastos

²⁰⁸ A Alemanha ocupa o segundo lugar no volume financeiro de exportações; situa-se após os EUA e antes do Japão. É responsável por cerca de 10% das exportações mundiais. Mais da metade destas têm como destino os países da União Européia. O mesmo ocorre com as importações alemãs: 55% têm como origem os países europeus.

²⁰⁹ Como por exemplo, nos países asiáticos. Contudo, para a Coreia do Sul é interessante observar que ampliou a cobertura da proteção social à saúde, em 1989, para 100% da população, segundo dados da OECD. Mantém, porém, um dos níveis mais altos de participação direta dos usuários: cerca de 40% (OECD *Windows*, 1997).

²¹⁰ Os 20 países com maior volume monetário de exportações em ordem decrescente em 1996 eram: EUA, Alemanha, Japão, França, Grã-Bretanha, Itália, Canadá, Holanda, Hong Kong, Benelux, China, Coreia do Sul, Singapura, Taiwan, Espanha, México, Suécia, Suíça, Malásia, Rússia (*Bundesregierung*, 1997c).

em saúde. Os defensores mais aguerridos da contenção buscam alicerçar-se em raciocínios fundamentados em aspectos econômicos e, por vezes, até biológicos, apresentados como neutros para a sustentação de políticas neo-eficientistas.

Os argumentos aparentemente mais imparciais fundam-se em análises custo-benefício.²¹¹ Em termos economicistas, a contenção de gastos em saúde seria essencial. O raciocínio é o seguinte: uma vez que a maioria dos gastos em saúde é despendida em assistência médica e que, atingido determinado nível, o aumento dos gastos não traz maiores incrementos à expectativa e/ou à qualidade de vida da população, tornar-se-iam necessárias medidas racionalizadoras (Médici, 1994a).²¹² Motivo menos nobre seria o de os preços em saúde tenderem a subir mais do que os índices de preços.

Semelhantes raciocínios não são desprovidos de fundamento. Constituem referências necessárias à formulação de políticas de saúde intersetoriais que tenham por objetivo melhorar a saúde das populações. Considerando-se o processo saúde e doença como socialmente determinado, a atenção à saúde surge como um dos fatores em segunda instância que podem influenciar no adoecer e morrer das populações. É sempre difícil avaliar o impacto das ações de saúde no estado de saúde, isto é, nos resultados de saúde, uma vez que se reconhece o importante impacto de mudanças nas condições de vida, de ações de redistribuição de renda e mesmo de ações ambientais, nutricionais e educacionais no estado de saúde das populações (McKeown, 1976; Wilkinson, 1997; Pearce, 1997).

Mesmo assim, verifica-se correlação positiva entre gastos em saúde e esperança de vida. O que não poderia ser de outra maneira, em virtude de haver correlação positiva entre renda *per capita* e expectativa de vida, afora o fato de os países mais ricos tenderem a gastar mais em saúde. Contudo, tal relação não é direta. No caso de gastos muito baixos, não pode ser evidenciada; apenas quando os gastos atingem determinado patamar, a correlação positiva aparece. No outro limite, o de gastos mais altos, a correlação também desaparece. Todavia, estes limites não são consensuais.

A perda desta correlação no limite superior pode ter explicação óbvia. Existe um limite biológico para a extensão da vida humana, mesmo que não se possa precisar qual.²¹³ Atingida certa idade avançada, maiores gastos com assis-

²¹¹ Este é o caso da discussão sobre o estabelecimento de prioridades e a definição de cestas mínimas. Como, por exemplo, as recomendações do Banco Mundial (1993) para países pobres: os gastos deveriam ser apenas com ações preventivas, sem qualquer dispêndio com ações que aliviem o sofrimento das pessoas, pois estes não resultariam em redução dos anos de vida perdidos ou vividos com incapacidade (tomados como medida do benefício).

²¹² Esse argumento, contudo, não pode servir de base para a formulação de qualquer política de saúde no Brasil, pois em qualquer aspecto que se considere em termos internacionais – seja como proporção do PNB, seja *per capita* –, o volume de gastos em saúde no Brasil é baixo.

²¹³ Alguns autores trabalham com 85 anos como a taxa de expectativa de vida a que se pode chegar. Mais recentemente aponta-se a idade de 90. Taxas mais elevadas só seriam possíveis no caso de ruptura das fronteiras do conhecimento atual (Olshansky, Carnes & Cassel, 1993).

tência médica não seriam capazes de estender ainda mais a vida. Poderiam, sem dúvida, aumentar o nível de conforto ou a qualidade de vida dos indivíduos.

O problema deste argumento é sua utilização apenas como base para a exigência de contenção de gastos em saúde e não de novas concepções para as políticas de saúde. Embora exista limite biológico para o prolongamento da vida (difícil de ser determinado) há evidências de que a erupção das doenças crônicas pode ser retardada para idades mais avançadas (Fries, 1984; Kühn, 1995c) e que a qualidade de vida na velhice – assim como em qualquer idade – apresenta distinções de classe social (House, Kessler & Herzog, 1990).²¹⁴

Quando as restrições crônicas são analisadas de forma diferenciada conforme o *status* socioeconômico, conhece-se que a duração e a qualidade de vida dos seres humanos não está determinada por um destino biológico ou demográfico. A tese da piora da qualidade de vida nos anos de vida prolongados às custas do progresso médico é válida apenas para as populações pertencentes aos estratos socioeconômicos inferiores. Esse conhecimento implicaria direcionar as políticas de saúde no sentido da promoção da saúde de forma coletiva e do alcance de maior equidade em resultados de saúde.

A formulação de políticas intersectoriais fundadas no conceito ampliado de saúde – como aquele incorporado à constituição brasileira – ou mesmo a introdução de ações preventivas de escopo menos abrangente não implicam, de forma imediata, a redução de gastos e, por isso, são preteridos. A operacionalização do enfoque ampliado pressuporia até nova abordagem para gastos em saúde, mas não está dado previamente se maiores ou menores.

Na discussão internacional quanto aos gastos e custos crescentes da atenção médica, diversos fatores são arrolados. A expansão dos gastos é ponderada, com maior frequência, como sendo motivada: pela extensão de cobertura da proteção à saúde e ampliação da oferta de serviços médico-sanitários; pelo envelhecimento populacional e transformação na estrutura de morbi-mortalidade; pelo desenvolvimento da tecnologia médica e intensificação dos cuidados; pela variabilidade das condutas médicas; e, enfim, pela dominância dos prestadores.

Extensão de cobertura

Na maioria dos países da OECD, a atenção à saúde, assim como a educação, foi e é julgada um direito de todos os cidadãos. Entende-se que a garantia do direito à saúde não pode ser deixada ao mercado privado, no qual cada um compra

²¹⁴ Esses autores encontraram por exemplo que as pessoas entre 35 e 40 anos do estrato econômico mais baixo apresentaram um nível de doenças crônicas e restrições similar àquele da população de 75 anos e mais do estrato socioeconômico mais elevado. O que demonstra que nos grupos sociais de maior renda já ocorreu uma compressão da morbidade para idades mais avançadas.

conforme sua disponibilidade de recursos financeiros. A universalização do direito à saúde decorreu de processos históricos e sociais, nos quais a mobilização dos trabalhadores organizados pela melhoria das condições de vida foi de fundamental importância.²¹⁵ O propósito principal da extensão dos seguros sociais de saúde compulsórios ou de sistemas nacionais de saúde com a universalização do direito à saúde foi prevenir a situação em que pessoas permaneçam sem cuidados em decorrência da falta de condições financeiras para pagá-los quando da necessidade de sua utilização.²¹⁶

Com isso, foram criados sistemas sociais de proteção, na forma de seguros sociais compulsórios ou de sistemas públicos nacionais de saúde, que estenderam, pouco a pouco, a cobertura ao conjunto da população, universalizando a proteção. Entre os membros tradicionais da OECD, quase todos os países, com exceção dos EUA e Suíça,²¹⁷ experimentaram um processo de universalização da cobertura de esquemas públicos de proteção à saúde. Em sua maioria, essa proteção foi universalizada antes dos anos 70 (Abel-Smith, 1996).

A expansão de gastos segue-se à extensão da cobertura como consequência direta da facilitação do acesso e do aumento do número de possíveis consumidores. O seguro obrigatório e a cobertura pública universal, contudo, não produzem maiores gastos que o consumo por meio de seguros privados. A curto prazo, o seguro público tende a aumentar gastos, mas estes sistemas em geral são mais vantajosos, a longo prazo, em termos financeiros. Por facilitar o controle, os gastos dos seguros compulsórios vêm a ser menores do que os produzidos pelo seguro voluntário privado. O Reino Unido foi um dos países em que a cobertura universal foi garantida mais cedo pela via legal. Nos anos 50, argumentava-se que a universalização levaria a consumo descontrolado. Mas já no início dos anos 60 observou-se que a participação dos gastos totais em saúde no PNB tinha sido reduzida. Essa proporção tem-se mantido, até o momento, em níveis mais baixos, quando comparada a outros países no mesmo patamar de industrialização (Lobato, 1997). O exemplo dos EUA, mostra que a solução via mercado implica prêmios e gastos mais altos que os do seguro compulsório.

²¹⁵ A universalização do direito à saúde é parte do processo de construção dos *welfare states*. Para uma boa discussão e compreensão sobre a origem e expansão dos *welfare states*, ver Fleury, 1996.

²¹⁶ A exigência de seguro decorre também de característica essencial do cuidado de saúde: é raro que sua necessidade possa ser prognosticada. Atualmente, os cuidados de saúde são onerosos demais para que possam ser pagos no ato com os próprios recursos do usuário e muitas famílias não têm condições de custear prêmios de seguros privados. Os seguros privados, cujos prêmios são definidos com base no risco de adoecer, oneram de maneira excessiva aqueles que mais necessitam de proteção – idosos e doentes crônicos, sem falar nos menos favorecidos economicamente.

²¹⁷ A Suíça vem caminhando nessa direção e, mesmo nos EUA, têm sido formuladas propostas governamentais para garantir a universalização. A Turquia tem planos para alcançá-la antes do próximo milênio.

rio regulado. Colocar o asseguramento da saúde no domínio dos gastos públicos tem possibilitado uma expansão mais moderada dos gastos.

Envelhecimento populacional

Embora o envelhecimento populacional seja tradicionalmente apontado e evocado pela sua visibilidade como o principal argumento da necessidade de controle de gastos, diversos autores têm demonstrado que este fator não influencia de forma determinante a dinâmica atual de evolução dos gastos em saúde (Scitovsky, 1988; Fuchs apud Abel-Smith, 1996; Schwartz & Busse, 1994; Gerdtham, 1993).²¹⁸

Nas justificativas de medidas de contenção, apresentadas por governos conservadores, empresários e liberais, afirma-se ser imperativo o controle de gastos, pois a evolução demográfica, ao produzir uma população cada vez mais idosa e existindo proporção cada vez maior de velhos, levaria à contínua expansão dos gastos em saúde, tornando impossível financiá-los de maneira solidária. O desenvolvimento demográfico seria o componente que detonaria a explosão de gastos em saúde.

Nos países industrializados, o envelhecimento demográfico é resultado de longo processo, de mais de um século, de redução gradual da mortalidade e de queda da natalidade. A redução da mortalidade por si só não faz aumentar a proporção de velhos em uma população, mas produz ganhos de vidas humanas em todas as idades, em particular, entre os mais jovens, aumentando a proporção destes em um primeiro momento. O que pesa de modo decisivo para o envelhecimento da população é a queda da fecundidade. A mudança da estrutura etária populacional com a acumulação progressiva de proporção de pessoas em idade mais avançada somente sucede ao declínio da mortalidade se houver diminuição concomitante no número de nascimentos (Berquó, 1980).

O argumento relativo ao envelhecimento populacional não é de todo desprovido de fundamento, mas não tem o mesmo sentido para o seguro social de doença e para a previdência social, na qual a relação contribuintes/beneficiários declinaria pouco a pouco, fazendo com que um número decrescente de jovens fosse obrigado a financiar proteção a um número de velhos progressivamente maior. O envelhecimento populacional traz consequências para as condições de saúde e bem-estar em razão de o risco de adoecimento aumentar com a idade, com repercussões nos indicadores de mortalidade. Os estudos a respeito da transição demográfica demonstram o rápido crescimento da proporção de mortes por doenças crônico-degenerativas – em particular, as cardiovasculares e os tumores – paralelamente ao claro declínio das doenças infecciosas e parasitárias.

²¹⁸ Em especial nos países que completaram a transição demográfica.

Isso não significa, porém, que a mortalidade por essas doenças venha aumentando de modo gradual. Ocorre que as taxas de mortalidade por doenças crônico-degenerativas é maior em faixas etárias mais elevadas (Possas, 1993). Considerada a proporção de mortes, observa-se aumento da importância das doenças crônico-degenerativas em virtude da redução das doenças infecciosas e parasitárias. Contudo, quando se relaciona a mortalidade com a população e se avalia o risco de morrer por diferentes tipos de causas, verifica-se ter ocorrido redução para o maior número de causas, não apenas para as infecciosas e parasitárias.

Estudos relativos à mortalidade adulta nas economias desenvolvidas têm demonstrado que taxas específicas por idade para diversas doenças crônico-degenerativas estão declinando.²¹⁹ Tais pesquisas mostram que, quando a mortalidade cai, as taxas específicas também declinam nos grupos etários até 60 anos tanto para as doenças infecciosas como para as crônico-degenerativas (Murray, Yang e Qiao apud Possas, 1993).²²⁰

Também se leva em conta o fato, há muito reconhecido, de as pessoas necessitarem mais cuidados de saúde ao envelhecer. Em diversos países tem sido demonstrado que os gastos com atenção à saúde são três vezes maiores para homens entre 65 e 74 anos do que para aqueles entre 15 e 44 anos. Além disso, idosos com 75 anos ou mais gastam o dobro do que os membros do grupo entre 65 e 74 anos (Sandier apud Abel-Smith, 1996). Na Alemanha, os gastos *per capita* com pessoas maiores de 65 anos constituem o dobro daqueles com pessoas entre 45 e 65 anos (Schwartz & Busse, 1994).

Maiores gastos em saúde para as idades mais avançadas, todavia, não estão diretamente relacionados ao envelhecimento populacional, mas à intensificação dos cuidados nos últimos anos de vida. Cerca de um quinto dos gastos em saúde é efetuado no último ano de vida da pessoa, independente de sua idade. Estudos mostram que o aumento dos custos concernentes aos cuidados de saúde relacionados à idade pode ser explicado, quase que na íntegra, pelos custos dos cuidados de saúde prestados às pessoas que morrem no espaço de um ano e que essas despesas estão concentradas no último ou nos dois últimos meses de suas vidas (Fuchs apud Abel-Smith, 1996). Assim, não se pode afirmar que quanto mais velha a população maiores serão os gastos em saúde. Os gastos em saúde concentram-se no último ano de vida, mas não são diretamente relacionados à idade.

²¹⁹ Possas (1993) contudo adverte que não se deve tirar conclusões apressadas destes estudos, aplicando-os aos países em desenvolvimento com o intuito de defender que não é preciso preocupar-se com o aumento de doenças crônico-degenerativas, como fazem os organismos internacionais que propõem cestas mínimas.

²²⁰ Nas economias desenvolvidas, por exemplo, as taxas de mortalidade para algumas doenças cardiovasculares têm inclusive declinado e seu desfecho advém em idades mais avançadas. As mortes por doenças cardiovasculares no Brasil ocorrem em idade mais precoce, além de as taxas de mortalidade serem mais elevadas do que nos EUA, por exemplo (Chor et al., 1995).

Além disso, ao contrário do que se acredita, os gastos com idosos de 80 anos ou mais podem ser mais baixos do que aqueles com pessoas menos velhas (65 a 79 anos). Uma pesquisa feita nos EUA mostrou que os gastos com pessoas que morrem com 80 anos ou mais representam apenas 80% dos gastos efetuados com pessoas que morrem entre 65 e 79 anos. Em idades muito avançadas, o gasto não apenas é menor, como a composição do gasto também é diferente, pois se concentra em cuidados domiciliares – médicos e enfermagem – (Scitovsky, 1988). Os resultados desse estudo mostram que o adocimento grave de pessoas de idade não muito avançada leva a emprego mais intensivo de tecnologias onerosas do que para as de idade avançada, além de sugerirem que a elevação da expectativa de vida para além dos 80 anos poderia resultar em diminuição dos gastos em saúde, ou pelo menos que os gastos em idades avançadas não aumentam progressivamente com a idade.²²¹

Os efeitos das mudanças demográficas nos gastos com cuidados de saúde foram freqüentemente superestimados. Pesquisas mais recentes feitas para os países de industrialização avançada têm demonstrado a pequena participação do fator envelhecimento na evolução dos gastos em saúde. Em 20 anos, este foi responsável por apenas 8% do crescimento dos gastos do Serviço Nacional de Saúde Britânico. Estimativas para Holanda e França apontam ser o envelhecimento populacional responsável por apenas 0,3% de aumento dos gastos de saúde por ano (Abel-Smith, 1996). Na Suécia, a evolução demográfica foi responsável por menos de um quarto do aumento dos gastos com saúde entre 1970 e 1985. Contabilizado por ano, o aumento de gastos explicados pelo fator demografia foi de apenas 0,8% e, para o período de 1985 a 2005, estima-se redução no impacto das mudanças demográficas para 0,3% ao ano (Gerdtham, 1993). Na Alemanha, demonstrou-se que as mudanças demográficas condicionaram aumento de 0,2% na utilização e de 0,5% nos gastos em saúde ao ano, durante os anos 80 (Schwartz & Busse, 1994).

O envelhecimento da população alemã influi indiretamente nos gastos em saúde devido à ‘intensificação dos cuidados’ em saúde para grupos populacionais idosos. Os gastos em saúde correspondentes às pessoas de idade mais avançada aumentaram nos últimos 20 anos com maior rapidez do que para os mais jovens, o que pode ser evidenciado por meio da comparação entre os gastos com saúde dos aposentados e dos outros integrantes do Seguro Social de Doença. Em 1970, a parcela de gastos dos aposentados no conjunto dos

²²¹ Afirmações como esta são evidentemente muito precipitadas. O estudo teria de ser replicado e não é possível prever quais tecnologias estarão disponíveis no futuro. Além disso, no caso do Brasil, em certos hospitais, a ganância financeira associada à falta de ética leva à produção de procedimentos invasivos, mesmo para pacientes terminais de mais de 90 anos de idade, como por exemplo, entubamento e a internação em UTI.

gastos era de 26,7%, apenas levemente mais alta do que a cota de participação de segurados aposentados no GKV (26,1%). Em 1992, a cota de aposentados (27,6%) permanecia similar, porém, sua utilização de serviços de saúde produzia 41,7% dos gastos.²²²

A pouca influência direta, atual e futura do envelhecimento populacional nos gastos em saúde na Alemanha é bem ilustrada quando se observa a evolução demográfica nas últimas décadas. Como se pode verificar na tabela abaixo, a proporção de pessoas com 65 anos ou mais mantém-se estável, em torno de 15%, desde 1975.²²³ Em vista desta estabilidade, não é de se esperar impacto explosivo do envelhecimento populacional nos gastos em saúde.

Tabela 20 – Proporção de pessoas com 65 anos ou mais.* Países selecionados – 1960, 1976 e 1990

Países	1960	1976	1990
Alemanha	10,2	14,7	15,3
Áustria	12,2	15,1	15,1
Canadá	7,6	8,7	11,5
EUA	9,2	10,7	12,6
França	11,6	13,5	14,0
Itália	9,2	12,5	15,3
Japão	5,7	8,1	12,0
Reino Unido	11,7	14,2	15,7
Suécia	11,8	15,4	17,8
Suíça	10,7	13,4	15,0

*% da população total.

Fonte: OECD, 1993b.

Cálculos referentes à evolução da taxa média de contribuição do GKV prognosticam elevação das mesmas, condicionadas pela evolução demográfica, em apenas 1,3 pontos percentuais entre 1993 e 2005 (Gerlinger & Schönwälder, 1996). Pode-se afirmar, portanto, que os efeitos da evolução demográfica no aumento dos gastos em saúde, ainda que relevantes, não são tão importantes quanto parecem em análise mais apressada (ou ideologicamente mais intencionada). Os efeitos do envelhecimento populacional tendem a reduzir conforme se completa o ciclo da

²²² Os gastos com os aposentados que mais aumentaram foram os referentes a medicamentos e internações hospitalares. Em 1992, 54,3% dos gastos com medicamentos e 52,2% dos gastos com internações hospitalares corresponderam ao tratamento de aposentados (SVR, 1994).

²²³ Entre 1960 e 1975 observou-se aumento importante desta proporção – quase 50% – mesmo período em que ocorreu maior aumento dos gastos em saúde.

transição demográfica, previsto, na Alemanha, para 2030. Além disso, a curva de custos com os idosos não sobe linearmente ou exponencialmente de acordo com o alcance de idades mais avançadas. Depois dos 80 anos há redução dos gastos com atenção à saúde, em particular daqueles com cuidados invasivos.²²⁴ Embora o crescimento da parcela da população de idade avançada possa vir a influenciar de forma expressiva os gastos com cuidados sociais mais amplos,²²⁵ o envelhecimento não será fator importante no crescimento dos gastos com cuidados de saúde.²²⁶

Discutir com profundidade o fator envelhecimento populacional permite desmascarar a aparente neutralidade de determinados argumentos empregados na defesa de cortes na área social. Sob o termo envelhecimento populacional subentende-se, em geral, a elevação da expectativa de vida, objetivo amplamente desejado. Como é ambicionado e inevitável e aparece como característica biológica, a consideração do envelhecimento populacional como responsável por gastos crescentes leva à 'naturalização' do problema do incremento dos gastos. Desse modo, confere-se aparente imparcialidade ao argumento de inevitabilidade da contenção. Esta estaria determinada por um 'destino biológico'.

A ênfase no aspecto do envelhecimento populacional tem como consequência a conclusão de que não seria possível financiar de modo solidário os gastos em saúde, pois sua evolução fugiria ao controle e independeria da ação de prestadores; dos modos de organização da oferta; de determinado desenvolvimento e de incorporação das tecnologias no setor; ou, mesmo, de outras medidas mais ampliadas de promoção da saúde. O aumento seria incontrolável e o problema insolúvel. Desse modo, a única opção seria cortar, racionar, pois não seria possível gastar tanto para tão poucos resultados. A naturalização leva à inevitabilidade do racionamento. O que atende a exigências ideológicas neoconservadoras, mas não corresponde nem aos problemas setoriais nem às necessidades reais dos pacientes.²²⁷

²²⁴ Na Alemanha, ainda que a proporção de pessoas com 65 anos ou mais possa ser considerada estável, nos últimos anos houve aumento da proporção da população em idades mais avançadas. O grupo de 80 anos ou mais elevou-se de 2,1%, em 1975, para 3,8%, em 1990, e o grupo de 75 anos ou mais passou de 4,8% para 7,2% da população total no mesmo período (OECD, 1993b). Para dar conta das novas necessidades desse grupo populacional, foi criado novo ramo do seguro social para cuidados de enfermagem de longa duração, como referido no capítulo 1.

²²⁵ Na Alemanha, a questão do envelhecimento populacional é tema de discussão acirrada principalmente em outras áreas da proteção social, em particular, no que toca às aposentadorias.

²²⁶ Além disso, na Alemanha, o impacto das mudanças demográficas sobre os gastos em saúde pode ainda ser menor se for considerado o movimento migratório e a maior taxa de natalidade entre os imigrantes. A maioria das estimativas de projeções de evolução demográfica discutidas de modo ampliado levam em conta um movimento migratório muito baixo. Caso o movimento migratório seja devidamente ponderado, as estimativas indicarão claro rejuvenescimento populacional (Birg apud Schwartz & Busse, 1994).

²²⁷ Para Schwartz & Busse (1994), a reclamação sobre os gastos crescentes devido ao envelhecimento da população é irônica inversão de valores. No século XIX, a aspiração era que todas as pessoas alcançassem o seu limite biológico. Agora que este foi atingido ou está próximo na Alemanha, lastima-se como estado de calamidade ou situação de emergência.

A tese de que se necessita de cuidados em demasia com o avanço da idade é, em especial, atrativa em períodos de restrições financeiras e utilizada por neoconservadores que sempre consideraram os sistemas de *welfare* muito caros ou prejudiciais ao livre desenvolvimento das forças de mercado. O aumento da expectativa de vida é um triunfo da sociedade, mas para políticos de saúde neoconservadores tornou-se um iminente desastre (Olshansky, Carnes & Cassel, 1993).

Em síntese, conquanto o tratamento da população com mais de 65 anos de idade incorra em maiores gastos, não se pode responsabilizar o envelhecimento populacional pela elevação dos gastos com saúde na Alemanha. O acréscimo de gastos ocorreu mais devido à intensificação dos cuidados. Isto é, número maior e/ou ações mais caras estão sendo dispensadas aos contribuintes aposentados, o que está relacionado tanto a mudanças e emprego da tecnologia médica quanto à forma de prestação de serviços de saúde, fatores analisados a seguir.

Desenvolvimento da tecnologia médica

Assim como o envelhecimento populacional, o emprego de novas tecnologias médicas tem sido avaliado como das principais causas detonadoras da explosão de gastos em saúde. A expansão tecnológica é ponderada como fator principal para o constante aumento de gastos em saúde, porque a introdução de novas tecnologias produz freqüentemente o aumento de gastos mais do que a sua redução. Costuma-se equiparar as novas e mais caras tecnologias ao progresso médico – apesar de representarem apenas uma faceta deste – e se conclui que, em breve, este se tornará inacessível, não podendo mais fazer parte de esquemas de asseguramento solidário.

Análises mais apuradas mostram, porém, que nem o progresso médico nem a introdução de novas tecnologias leva de forma inexorável ao aumento de gastos. Para Schwartz & Busse (1994), não é tanto o emprego de novas tecnologias que forçosamente provoca a elevação de gastos, mas a forma como estas são introduzidas.²²⁸

Uma tecnologia pode ser onerosa em decorrência dos altos custos iniciais do equipamento, da exigência de pessoal especializado para empregá-la, do longo processo de pesquisa ou porque, uma vez introduzida, é utilizada de forma inadequada.

As mudanças da tecnologia médica que têm contribuído para a intensificação dos cuidados, associada à complexidade dos casos tratados, têm sido descritas como os principais fatores do aumento dos custos hospitalares. Contudo, estes aumentos não podem ser atribuídos aos avanços do progresso técnico setorial em

²²⁸ Com isso, os autores contra-argumentam a proposição de que o progresso médico se tornará impagável.

si, mas sim a dimensões do desenvolvimento tecnológico, aos objetivos pelos quais é impulsionado e à forma específica de incorporação das tecnologias do setor saúde. Há evidências também de que não é tanto a introdução dos mais recentes e onerosos avanços tecnológicos que encarecem os cuidados de saúde, gerando a necessidade de aumento dos orçamentos destinados à saúde, mas sim as mudanças incrementais da tecnologia médica.

Um estudo americano a respeito de custos hospitalares mostrou que um terço da intensificação do cuidado foi ocasionada por novas tecnologias e dois terços por pequenas melhorias tecnológicas e mudanças nos padrões de prática médica: maior número ou maior complexidade de ações empregadas em determinada condição patológica (Ashby & Craig apud Abel-Smith, 1996).

Parte do problema é que novas e caras tecnologias podem ser empregadas de modo que não produzam melhoria de resultado das ações de saúde. Tecnologias mais onerosas podem substituir outras mais antigas, ou ser apenas agregadas sem substituir as usadas antes e os resultados de sua utilização serem os mesmos do emprego da anterior. Novos métodos diagnósticos podem também ser utilizados sem a introdução de abordagens terapêuticas adequadas ou sem influenciar a melhoria do processo terapêutico.

Deste modo, um dos principais problemas com a introdução de novas tecnologias na área da saúde é que podem ser adotadas sem que repercutam em resultados positivos para a saúde dos pacientes, gerando até impacto negativo na eficiência e efetividade da atenção, pois grande parte é difundida mesmo que seu emprego não tenha sido avaliado de modo rigoroso quanto à eficácia e qualidade. A avaliação de tecnologias é prática pouco difundida e, em geral, restrita aos medicamentos. A maioria é introduzida antes de avaliação crítica e das recomendações de comissões de especialistas ou de sociedades de especialistas.

Muitas tecnologias hoje utilizadas nunca foram avaliadas.²²⁹ Não é raro o abandono ou a restrição do emprego de tecnologias após longos períodos de uso por ter sido comprovada sua inefetividade ou a possibilidade de produção de graves danos (Abel-Smith, 1996).²³⁰ Quando são avaliadas, o processo é tão demorado que são implementadas antes de as recomendações terem sido elaboradas. Além disso, essas recomendações costumam derivar de estudos produzidos sob enco-

²²⁹ Na União Européia, são requeridas hoje evidências de efetividade apenas para medicamentos. A responsabilidade para estabelecê-las é do produtor e as indicações para o uso devem ser aprovadas pelas autoridades competentes. Nos EUA, a Food and Drugs Administration (FDA) tem avaliado equipamentos e alguns procedimentos.

²³⁰ Radiografar fetos foi prática difundida nos anos 30, abandonada depois que se demonstrou que poderia causar leucemia. A amnioncentese foi amplamente utilizada até que se descobriu que poderia causar danos ao feto e a sua utilização foi restringida. Mastectomias totais foram amplamente utilizadas até ser reconhecido que cirurgias localizadas produzem os mesmos resultados.

menda dos produtores de equipamentos, por médicos e instituições científicas cooperantes. Em virtude de estarem articulados aos interesses dos produtores, o objetivo desses estudos é mais comprovar a utilidade do que avaliar a qualidade e elaborar recomendações de emprego. Assim, é comum que a difusão de novas tecnologias decorra não de avaliação crítica, mas de clima favorável da opinião médica e pública de que determinada tecnologia ou procedimento responde a necessidades médicas (Schwartz & Busse, 1994).

Outra razão para que a avaliação de tecnologias seja tão pouco difundida está na dificuldade de estabelecer seu uso apropriado e eficiente. As metodologias são caras e complexas, envolvendo aspectos éticos muitas vezes cruciais. Afora isso, não somente os produtores de equipamentos, mas também os prestadores de serviços têm interesse no emprego não padronizado de tecnologias. Nesse caso, equipamentos capital-intensivos onerosos – cuja amortização apenas é possível com a produção de ações em grande volume – são usados por estarem disponíveis e não porque seu uso resultará em melhor qualidade da atenção.

A necessidade de controle da utilização de tecnologias não decorre só de preocupações com os gastos, mas, principalmente, da qualidade da atenção prestada. Para a decisão de implementação de nova tecnologia em saúde não basta saber se o método é seguro e se afere com acuidade ou realiza aquilo a que se propõe. A questão vital é em que medida o novo procedimento contribui para a melhoria dos resultados e para quais pacientes. Muitas das tecnologias médicas podem ser efetivas unicamente quando aplicadas a pacientes em determinadas situações.

Economistas da saúde alertam para o fato de que, em outro ramos industriais, a maioria das inovações tecnológicas leva à racionalização, com redução de custos, o que não ocorreria no setor saúde. Essa ausência de racionalização aconteceria em razão de a demanda em saúde não ser orientada pelos preços: todas as ações são ofertadas pelos seguros sociais – no caso da Alemanha, pelo GKV –, quase sem participação financeira direta dos pacientes (Meyer apud Schwartz & Busse, 1994; Burger & Kasper, 1998). Esta explicação é o continente de determinado tipo de solução: os pacientes devem pagar para que os preços sejam controlados.

O aumento de gastos que segue a introdução de novas tecnologias não se deve à garantia pública da atenção nem é peculiaridade do setor saúde.²³¹ Segundo Aaron (1996), para entender o processo pelo qual novas tecnologias produzem aumento de gastos, importa não confundir gastos (*cost*), cujo significado é o conjunto das despesas, e preços. Em qualquer setor da economia, mudanças

²³¹ A demanda em saúde é inelástica, não acompanha diretamente a variação de preços. Mesmo em raciocínio economicista, a sinalização via preços não seria mecanismo adequado ao controle da demanda em saúde, em razão das características específicas do bem saúde.

tecnológicas diminuem preços, mas costumam acarretar acréscimo de gastos. Uma comparação com a indústria de computadores torna claro que a implantação de novas tecnologias tem levado a reduções notáveis dos preços de produtos, quase que mês a mês, todavia, ao mesmo tempo, a difusão do uso dos computadores tem produzido enorme aumento dos gastos nesta área.

No setor saúde, uma nova tecnologia pode, por vezes, diminuir os preços, mas implicar aumento de gastos, uma vez que a disponibilidade de equipamentos e o fato de o procedimento ser menos invasivo, envolvendo menor risco, estimula aumento do volume de procedimentos produzidos.²³²

De mais a mais, uma característica do setor saúde é que a introdução de novas tecnologias não envolve a substituição de mão-de-obra. Não substitui trabalho (recursos humanos) por capital (equipamentos). Os métodos diagnósticos e terapêuticos inovadores somam-se aos já existentes, as novas tecnologias demandam mais pessoal e profissões que possam operar e interpretar os novos meios tecnológicos, o que encarece a atenção. Assim, por não substituir trabalho por capital, a produtividade do setor saúde avança de forma mais lenta do que em outros setores (Médici, 1994a).

Destacam-se ainda os interesses dos produtores – indústrias farmacêuticas, de equipamentos e insumos médicos – na difusão de novas tecnologias. Os produtores, no afã de abrir novos mercados e aumentar o consumo, criam novas exigências em saúde por parte dos consumidores. Entretanto, a utilização de novas tecnologias não é imposta por parte dos pacientes, que as exigiriam estimulados pelo *marketing* de produtores e prestadores. A maioria dos pacientes (66%) julga que seu médico deve resolver acerca do emprego de equipamentos e tecnologias (Schwartz & Busse, 1994). Para os pacientes, o mais importante, mesmo na Alemanha, continua a ser a qualidade da interação pessoal médico-paciente e não o emprego de equipamentos. Mesmo assim, nas situações em que medidas terapêuticas efetivas existem, os pacientes não desejam renunciar à tecnologia.

Em síntese, um dos fatores mais importantes na elevação de gastos em saúde é o emprego inadequado de tecnologias, ou seja, introdução de tecnologias sem comprovação, utilização não estandardizada e, em geral, sem reflexão suficiente no que diz respeito ao uso individual.

Diversidade de condutas médicas

Outro problema ligado ao emprego da tecnologia é a falta de claro conhecimento de quais ações devem ser produzidas – quais recursos devem ser empregados para o tratamento de determinado paciente. O processo de trabalho em

²³² Uma retirada da vesícula biliar via laparoscópica, reduzindo o tempo de permanência hospitalar, por exemplo.

saúde é artesanal: 'A medicina é arte e não técnica', diriam uns. 'Não existem doenças, existem doentes', diriam outros e apelariam à autonomia no exercício da profissão contra qualquer protocolo ou norma de conduta obrigatória.

A multiplicidade nos padrões de prática médica é citada como problema que produz ineficiências na atenção à saúde. Em inúmeras situações há variedade de opções quanto ao procedimento a ser empregado. Estas, em geral, envolvem delicadas escolhas: entre a intervenção cirúrgica e o manejo medicamentoso ou entre este e a simples observação por certo período.²³³ A diversidade de condutas, decorrente da forma de produção do conhecimento médico, do tipo de processo e objetos de trabalho, ou melhor, da falta de condutas normatizadas, aliada a formas específicas de remuneração médica, como o pagamento por unidade de serviço, acarreta a inevitável tentação para intervir e produzir ações desnecessárias.

Há desconhecimento quanto a um cuidado de saúde ser efetivo, apropriado e eficiente no uso dos recursos ou não, tornando-se ainda mais difícil estimar os benefícios prospectivos para um paciente individual. Muitos dos serviços oferecidos podem ser desnecessários, incluindo-se aí, afora o emprego excessivo, aqueles inefetivos ou inadequados. Ações impróprias são aquelas referentes a tratamentos cujos prováveis riscos excedem os prováveis benefícios ou aquelas cujo emprego efetivo diz respeito à condição diferente da apresentada pelo paciente. As estimativas de ações desnecessárias no Canadá variam entre 30% e 60% dos gastos em saúde, ao passo que, nos EUA, estima-se que 30% dos cuidados são inadequados. É provável que estas proporções sejam superestimativas, uma vez que os estudos feitos englobam uma parcela das ações em saúde e não levam em conta que, no caso da abolição das ações desnecessárias, parte delas seria substituída por outras (Abel-Smith, 1996).

Abel-Smith (1996) questiona também se o médico está em condições de conhecer o que é necessário e apropriado. Embora o conhecimento médico seja julgado científico, é muito mais comum que seja presumido ou inferido do que provado. A aceitação de tratamentos quase sempre resultou de relatórios de médicos baseados em suas experiências com pequeno número de casos e não de cuidadosos estudos populacionais aleatórios.

Apenas recentemente têm sido desenvolvidos estudos para definir protocolos de condutas. Estes podem contribuir para diminuir a variabilidade de condutas médicas e o volume de ações desnecessárias e impróprias daí decorrentes, aumentando a qualidade ao definir quais tratamentos e quais etapas do tratamen-

²³³ Em certas situações, os pacientes optam pela observação. Em estudo realizado nos EUA, pacientes com severos sintomas relacionados à próstata optaram pela observação quando lhes foi dada a chance de escolha informada (Abel-Smith, 1996).

to são necessárias e eficientes, tendo por base os seus resultados.²³⁴ Isso não significa dizer que a medicina poderia operar sem variações com base em especificações precisas. Os casos individuais variam, bem como as condições em que o serviço é prestado, o que, por sua vez, não impede que orientações mais especificadas possam ser aplicadas.

Dominância dos prestadores

Finalmente, nem o envelhecimento populacional nem a difusão de tecnologias médicas onerosas explicaria de maneira convincente porque a carga dos custos de saúde varia de modo tão amplo entre países em níveis similares de desenvolvimento. Importante fator para explicar tais diferenças está na história institucional do asseguramento e da organização da atenção à saúde nos diversos países. Para Abel-Smith (1996), o elemento mais importante para explicar a 'explosão de custos em saúde' em análise de perspectiva de longo prazo é produto da interação histórica entre prestadores e consumidores, que resultou na precedência dos primeiros, em especial, como consequência do poder político da profissão médica.

As atuais estruturas dos sistemas de saúde e formas de abordagem para o controle de gastos dependem, de modo expressivo, da força política relativa aos grupos de prestadores e de como suas relações de poder com os governos evoluíram ao longo do tempo. Ainda que os próprios consumidores tenham originalmente se organizado para prover o próprio asseguramento, os prestadores passaram a ter o domínio desta relação por interferência dos governos. Segundo Abel-Smith, os prestadores de serviços seriam os responsáveis pela escalada de preços. Resumindo o seu argumento: os primeiros seguros-saúde organizados pelos trabalhadores (consumidores) para garantir acesso a cuidados custáveis preocupavam-se em controlar custos. Isto levou à pressão e competição entre os prestadores. Frente a consumidores organizados, os prestadores articulavam-se para defender seus interesses, dando resposta às pressões competitivas dos seguradores que ameaçavam suas rendas e práticas. Quando o conflito tornava-se insuportável, os governos intervinham quase sempre a favor dos prestadores, anulando as medidas de controle de custos propostas pelos consumidores. Desse modo, os prestadores teriam passado a decidir quais cuidados seriam necessários.

²³⁴ Importa recordar que quando não formulados por consenso entre especialistas, mas apenas para reduzir custos dos planos de saúde privados, os protocolos podem impedir assistência adequada. É o que pode ocorrer no emprego de protocolos como mecanismo para o controle de gastos pelos seguros privados, a exemplo das *HMOs* americanas e operadoras de planos de saúde atuantes no Brasil.

Em termos econômicos, a relevância dos prestadores na determinação dos aumentos contínuos de gastos com saúde é também decorrente de uma das características do bem saúde: a assimetria de informações (a ignorância do consumidor). O paciente sofre o desconforto, mas desconhece e pouco opina sobre o que deve ser feito. Essa decisão é deixada ao médico. O paciente tem dúvidas sobre o diagnóstico, o tratamento e o prognóstico. O médico decide o que deve ser consumido, e inúmeras indústrias se desenvolveram para prover o que o médico precisa para os pacientes ou para persuadi-lo de que seus produtos são essenciais (Abel-Smith, 1996).

O diferente desenvolvimento histórico institucional explica, em grande parte, as expressivas diferenças nos gastos *per capita* e nos gastos totais como proporção do PNB entre os EUA e os principais países europeus. Nos EUA, o asseguramento desenvolveu-se de múltiplas formas, sendo quase exclusivamente privado e composto, em boa parte, por seguros organizados pelos próprios prestadores de serviços, com pouco controle sobre gastos e voltado à classe média.

O contraste com os países europeus é imenso. Na Europa, os seguros sociais foram desenvolvidos para operários e o controle de gastos tinha o intuito de manter acessíveis os níveis dos prêmios. Em diversos países, os pagamentos a hospitais e médicos foram negociados pelos governos e/ou seguros sociais com as associações de prestadores. A distribuição de hospitais foi planejada, e a introdução de equipamentos de grande porte programada, evitando-se duplicação. Em muitos países, controles dos preços de medicamentos e esquemas estritos de referência para especialistas pelos clínicos gerais foram desenvolvidos, efetuando-se o pagamento a médicos segundo um modelo de capitação (Abel-Smith, 1996).²³⁵

Resumindo, pode-se afirmar que o desenvolvimento institucional contribui para esclarecer por que razão os países com nível de vida e renda *per capita* semelhantes apresentam participação de gastos totais em saúde no PNB tão diferenciada. O desenvolvimento institucional explicita as diferenças nos gastos totais, mas não a proporção de gastos públicos. Entretanto, os determinantes da garantia de maior ou menor proteção social devem ser buscados em processos histórico-sociais mais amplos. Em particular, no nível de organização e na capacidade de mobilização, formulação de estratégias e construção de alianças da classe trabalhadora (Esping-Andersen, 1985). A análise das relações entre prestadores e consumidores trata apenas, em primeiro nível de aproximação, da alocação de recursos da economia nacional no setor saúde e não da alocação dos recursos públicos entre diversos setores.

Esse conjunto de considerações a respeito dos diversos fatores que influenciam a evolução dos gastos em saúde sugere, em primeiro lugar, a partir de evidências razoáveis, que o envelhecimento populacional não leva de modo inexorável ao

²³⁵ Há evidências de que países cujos sistemas de saúde se organizam com base nesses mecanismos gastam comparativamente menos com saúde, como é o caso tradicional da Grã-Bretanha.

aumento dos gastos em saúde. Da mesma forma que não é necessário que se tornem 'impagáveis' a assistência à saúde e o progresso médico (no bom sentido das expressões 'alívio do sofrimento' e 'prolongamento da vida com boa qualidade'). Sugere também que maior eficiência na prestação de serviços de saúde pode ser alcançada por meio do controle sobre prestadores de serviços e produtores da área da saúde – indústrias de medicamentos, de equipamentos, materiais e insumos médico-hospitalares –, assim como sobre os provedores de seguro (as seguradoras). Todos esses grupos exercem forte influência no consumo de ações médico-sanitárias.

Adequadas avaliações para a admissão de novas tecnologias e produtos em saúde, normatização de condutas, mudanças nas formas de remuneração e contratação dos prestadores podem contribuir decisivamente para uma prestação de ações em saúde mais econômica sem perda da qualidade. Políticas que tiverem por finalidade o alcance de maior eficiência deveriam incluir estas modalidades de medidas de racionalização da oferta. Como será visto a seguir, a meta das políticas de contenção, porém, é mais a redução dos gastos em saúde do que o alcance de maior eficiência ou a melhoria da qualidade da atenção prestada. O objetivo de estabilização das taxas de contribuição para desonerar o fator trabalho leva mais facilmente a cortes e deslocamento de gastos para os segurados do que à diminuição dos custos, uma vez que este é propósito subordinado.