

As imperfeições do mercado de saúde: revisitando o marco teórico da economia da saúde

The imperfections in the health care market: revisiting the theory framework of the health economics

Las imperfecciones del mercado de salud: revisando el marco teórico de la economía de la salud

André Nunes¹

Alexandre Nascimento de Almeida²

Luiz Honorato da Silva Junior³

Resumo

O ensaio apresenta breve revisão de literatura, que introduz a discussão das imperfeições do mercado de saúde. Contrapõem-se os pressupostos de uma economia em concorrência perfeita com as falhas de mercado dos bens e serviços de saúde: existência de bens credenciais, presença de externalidades, de seleção adversa e de risco moral. A revisão aponta que, considerando-se as imperfeições do mercado, é possível que a intervenção governamental, sob a forma de provisão pública ou de regulação de mercados, produza uma melhoria de bem-estar para os consumidores.

Palavras-chave:

Economia da saúde; Mercados imperfeitos; Informação assimétrica.

Abstract

This study presents a brief literature revision, which looks into imperfections in the health care market. The assumptions of an economy in perfect competition stand in contrast to failure in the health goods and service market: the existence of credential goods, presence of externalities, adverse selection and moral hazard. The revision notes that when considering

market imperfections, it is possible for governmental intervention, by means of public health care supply or market regulation, to cause improvement regarding consumer well-being.

Key words:

Health economics; Imperfect markets; Asymmetric information.

Resumen

El ensayo presenta una breve revisión de literatura, que introduce la discusión de las imperfecciones del mercado de salud. Se contraponen los supuestos de una economía en competencia perfecta con las fallas de mercado de los bienes y servicios de salud: existencia de bienes credenciales, presencia de externalidades, de selección adversa y de riesgo moral. La revisión apunta que, considerando las imperfecciones del mercado, es posible que la intervención gubernamental, en forma de provisión pública o de regulación de mercados, produzca una mejora de bienestar para los consumidores.

Palabras clave:

Economía de la salud; Mercados imperfectos; Información asimétrica.

1 INTRODUÇÃO

No início do século XX, o objetivo dos cuidados de saúde era aliviar a

¹ Doutor em Economia. Professor da Universidade de Brasília. E-mail: andrenunes@unb.br (9 8173-5643)

² Doutor em Engenharia Florestal. Professor da Universidade de Brasília. E-mail: alexalmeida@unb.br

³ Doutor em Economia. Professor da Universidade de Brasília. E-mail: lula_honorato@hotmail.com

dor. O provimento daqueles serviços, excetuando-se as atividades caritativas da igreja, a manutenção da higiene nas forças armadas e os cuidados de saúde pública, era considerado como um bem tipicamente privado, pois a dor é individual. Atualmente, o conceito de saúde é muito mais amplo: busca-se a plenitude da saúde, ou seja, as melhores condições possíveis para uma vida saudável e produtiva. Não obstante, grande parte da população dos países mais pobres busca, nos serviços de saúde, apenas o alívio para suas dores.

A ideia de que a atenção à saúde é um bem privado tem-se alterado ao longo do tempo. De modo geral, os países do mundo têm expandido a oferta e o acesso aos bens e serviços de saúde a sua população. Alguns, como Inglaterra, Espanha e Canadá, têm sistemas de provisão pública de saúde que atendem a todos os cidadãos. Outros, como os Estados Unidos da América, optaram por um modelo de provisão privado, em que a saúde pública é responsável pelo atendimento às pessoas de menor renda e aos idosos. O Brasil, embora tenha criado um sistema de atenção à saúde público, de caráter universal, convive com outras modalida-

As imperfeições do mercado de saúde...

des de atenção, formando um *mix* público-privado bastante peculiar.

O mercado de saúde apresenta algumas particularidades que o diferenciam do chamado mercado perfeito. A literatura a respeito das imperfeições do mercado de saúde é vasta. As especificidades da saúde são reconhecidas há muito tempo. As principais diferenças da assistência médica⁽¹⁾ em relação à análise econômica tradicional seriam: (i) a natureza irregular e imprevisível da demanda, (ii) a total identificação entre o produto e a atividade de produção da assistência médica, (iii) a incerteza em relação ao produto, (iv) a não mobilidade dos fatores de produção na oferta, (v) a possibilidade de discriminação de preços por fatores como a renda e (vi) a presença de indivisibilidade.

O ambiente de mercado da saúde possui⁽²⁾ quatro características que o diferenciam dos demais: (i) a existência de diversos bens e serviços de saúde caracterizados como bens credenciais, ou seja, que necessitam de certificação pública reconhecida, (ii) a dissociação entre consumidor final e agente responsável pela indicação terapêutica, (iii) a presença de produtos e equipamentos com elevados gastos, e (iv) a presença de externalidades difusas, quando o consumo médio pela

sociedade tem um impacto direto no bem-estar de cada indivíduo, como as vacinas.

O objetivo deste ensaio é analisar as imperfeições do mercado de saúde. A ideia de imperfeições vem da comparação com o modelo de referência: a concorrência perfeita. O conhecimento das peculiaridades do mercado de saúde é fundamental para se entender o motivo de sua regulação, uma vez que a solução de mercado pode produzir perdas de bem-estar social.

As imperfeições de mercado fornecem, na visão da teoria econômica convencional, o fundamento para a ação pública na regulação dos mercados. A oferta de bens e serviços diretamente pelo Estado, ou a regulação, ocorre quando o mercado não consegue prover, no todo ou em parte, aqueles bens e serviços considerados necessários, sejam os bens públicos típicos, sejam os bens sociais, como saúde e educação, e, quiçá, os bens econômicos, como os relacionados à área de infraestrutura e de serviços básicos. Há outros instrumentos de ação relacionados a diversas formas de regulação pelo Estado, como as agências de coordenação dos mercados e a regulamentação por meio de leis de defesa da concorrência e dos direitos do consumidor.

As imperfeições do mercado de saúde...

O ensaio inclui esta pequena introdução e mais quatro seções. Na segunda seção, apresentam-se considerações acerca dos mercados e da ideia de racionalidade econômica. Na terceira, faz-se um paralelo entre os mercados competitivos e as imperfeições do mercado de saúde. As considerações finais encontram-se na quarta seção.

2 CONSIDERAÇÕES ACERCA DE MERCADOS E RACIONALIDADE

O modelo econômico de concorrência perfeita pressupõe um consumidor racional que compra e vende bens e serviços em um mercado competitivo. Problemas ocorrem quando a racionalidade do indivíduo é prejudicada ou quando os mercados não são competitivos. Para alguns teóricos,⁽³⁾ nenhuma das condições de perfeita competição está presente no mercado de saúde, fato que justifica a presença do Estado.

A racionalidade econômica é personificada pelo “homem econômico”, o qual possui, entre outras, três características: a) conhecimento da realidade que o cerca, dos estados futuros e das probabilidades a eles associadas; b) conhecimento dos preços dos bens e serviços e do benefício associado à compra, ou seja, sabe o

que quer consumir; c) decisão de comprar ou de não comprar que produz um resultado maximizador do seu interesse em relação aos seus objetivos. Sob esse enfoque, as principais variáveis que interferem nas decisões da firma e na utilidade dos consumidores são conhecidas e controladas, permitindo-lhes que maximizem, respectivamente, seu lucro e sua utilidade. A racionalidade implica também o acúmulo de informação, que permite o aprendizado, viabilizado pela estabilidade do sistema, a qual faz com que a decisão racional minimize o risco inerente às decisões econômicas. Essa aprendizagem permite a geração de expectativas racionais em relação ao comportamento futuro.

A utilização do conceito de racionalidade individual implica aceitar alguns pressupostos, que, embora sejam amplamente adotados para se definir preferências e para se construir a racionalidade do consumidor, geram dificuldades quando confrontados com o comportamento das pessoas. A ideia implícita de que deveria ser unicamente racional⁽⁴⁾ empenhar-se pelo autointeresse não corresponde à realidade. Não é absurdo afirmar que a maximização do interesse é racional, entretanto parece insólito derivar dessa afirmação que tudo o que não for maximização

As imperfeições do mercado de saúde...

do autointeresse é irracional. Outro pressuposto que permeia a ortodoxia econômica é o de que cada agente toma sua decisão individualmente, e a agregação dessas decisões produz o resultado final. A consequência óbvia dessa conduta é que o comportamento dos agentes não será cooperativo, ou seja, os indivíduos não terão qualquer propensão natural a cooperar, a não ser que o resultado estratégico da situação os leve a tal atitude. Outra crítica à racionalidade é a de que os agentes saibam estimar o futuro, conheçam corretamente todas as opções de escolha e as probabilidades associadas e sejam capazes de ordená-las, utilizando-se uma relação de preferências. Em outras palavras, o agente é capaz de dizer qual a opção preferida entre todas as opções disponíveis. Então, o conjunto de escolhas do agente deve incluir todas as opções e a possibilidade de tomar decisões inconsistentes ao longo do tempo, o que também não afeta a hipótese de racionalidade.

Uma visão mais holística, que incorpore comportamentos de classes, de massa ou de grupos, resultantes de dimensões nascidas da organização social, e não meramente da agregação das ações individuais, apresenta vantagens e limita-

ções. O escopo da visão sociológica produz importantes contribuições para a compreensão dos processos sociais de longo prazo, porém resulta em limitações quando se estudam estratégias e mecanismos característicos da decisão do *policy maker*. O ganho da visão holística é a possibilidade de se descrever o problema, utilizando-se de ampla gama de categorias e produzindo-se uma análise multifacetada. Entretanto, perde-se em acuidade na análise dos resultados da ação individual, importante balizador para as decisões econômicas e para se entender a ação do operador de política. Neste ensaio, consciente de certa miopia na escolha de uma única visão de mundo, opta-se pelo construto da racionalidade engendrada pelos economistas, porque, mesmo com as limitações apresentadas, importa entender os ganhos analíticos que a ideia de racionalidade produz na análise econômica. O pressuposto do agente racional é fundamental para se compreender as estruturas de mercado, uma vez que a racionalidade é entendida não apenas como racionalidade do consumidor, mas de todos os agentes que interagem no mercado: produtores, vendedores de insumo, varejistas.

Os estudiosos neoclássicos contribuíram para o entendimento das chama-

As imperfeições do mercado de saúde...

das estruturas de mercado: um mercado é teoricamente perfeito quando todos os agentes têm perfeito conhecimento das condições de oferta e procura e da relação de troca consequente. O valor de troca produz-se, naturalmente, no mercado, sob o império da concorrência. Com essa simplificação, definem-se as condições para a existência de concorrência perfeita: a) o mercado é formado por um grande número de empresas vendedoras, todas relativamente pequenas e com atuação independente, de modo que nenhuma possa, isoladamente, afetar o preço de mercado; b) o produto é homogêneo, não sendo possível sua diferenciação pelos compradores, a não ser pelo preço; c) todos os agentes estão perfeitamente informados a respeito de tudo o que se passa no mercado; d) a liberdade de acesso ao mercado é completa, não havendo barreiras à entrada.

Dessa forma, situações de oligopólio ou de concorrência monopolística constituem imperfeições de mercado. Pode haver concorrência entre as firmas, mas cada uma tem o próprio mercado, ainda que não haja barreiras intransponíveis entre os concorrentes. O padrão de concorrência não se caracteriza apenas pela competição de preços, mas também

pela competição de produtos. Os produtos não são homogêneos, mas devem ter algum grau de substitutibilidade. Assim, as empresas devem alterar a qualidade, as características e a apresentação do produto para atrair compradores pela diferenciação de seu produto. Entretanto, as imperfeições, ou falhas de mercado, não se limitam a casos de monopólio ou de oligopólio. Outras situações relevantes são a indivisibilidade do produto, as externalidades, os riscos e as incertezas na oferta de bens, a assimetria de informações. Essas situações são o fundamento para a intervenção do Estado na economia e para a regulação do mercado.

Bens indivisíveis são aqueles para os quais não se podem estipular preços via mercado, cujas características são a não exclusividade e a não rivalidade. Os bens nos quais se aplica a não exclusividade são aqueles em que não se aplica o direito de propriedade, de que é um exemplo o consumo da “sensação” de segurança dada à população pela existência das forças armadas. É claro que o consumo desse bem por um indivíduo não impede seu consumo por qualquer outro indivíduo. A não rivalidade implica o acesso de mais pessoas ao consumo do bem sem o aumento de custos: se dez ou

As imperfeições do mercado de saúde...

cem pessoas frequentam um grande parque público, os custos de implantação e de manutenção do parque não se modificam. Os bens indivisíveis ou bens públicos puros, como a defesa nacional, devem ser oferecidos pelo Estado.

A questão da externalidade apresenta-se quando uma transação econômica entre dois agentes atinge outro agente que não participa dessa, ou quando o consumo ou a produção de um bem ou serviço tem efeitos sobre outros indivíduos. A relação entre um consumidor que faz um belo jardim em frente a sua casa transborda a transação, que, em princípio, é entre o consumidor (dono da casa) e o jardineiro (produtor do serviço), e atinge os vizinhos, que desfrutam do prazer de ver o jardim e da possível valorização de suas casas, exemplo típico de externalidade positiva. Uma transação entre dois agentes que produza efeito prejudicial a um terceiro, como é o caso da poluição, é exemplo de externalidade negativa.

Risco é a incerteza de perda financeira. Os riscos que prejudicam a oferta de bens são os relacionados aos prazos excessivamente longos de maturação para o investimento. Investimentos de elevado risco, como pesquisas científicas, ou de retorno em longo prazo podem ser, de

alguma maneira, produzidos ou regulados pelo Estado. Nas sociedades modernas, busca-se controlar a variabilidade dos eventos e compreender-se a natureza dos riscos para converter o futuro incerto em oportunidades de ganhos⁽⁶⁾ que impulsionem a sociedade.

Para se entender a assimetria de informações, é preciso recordar que a noção de mercado perfeito está relacionada ao pleno conhecimento das condições de oferta e de procura. Sem conhecimento perfeito dos aspectos quantitativos e qualitativos que influem no mercado, não se pode tomar decisões racionais. Dois conceitos são relevantes: a seleção adversa e o risco moral. Observe-se que o termo seleção adversa surgiu no mercado de seguros para indicar situações em que as operadoras cobram prêmios médios para populações com riscos diferenciados, o que afastará a população na qual o risco é menor, que considerará alto o preço, e concentrará a demanda na população de alto risco, para quem o prêmio será considerado baixo. O risco moral, expressão também criada no mercado de seguros, refere-se ao baixo incentivo aos indivíduos que contratam seguros para evitar a sinistralidade. O copagamento e a franquia são formas de se evitar o risco moral

As imperfeições do mercado de saúde...

no cenário microeconômico, porque, se esse não for controlado, poderá inviabilizar esse tipo de operação financeira.

Ressalte-se que não é tarefa fácil encontrar mercados em concorrência perfeita em seu estado mais puro. Os axiomas que sustentam as suas características, e que são importantes para a formulação de análise econômica, são raramente encontrados de forma concomitante nos mercados. Essa dificuldade torna-se ainda maior quanto mais sofisticadas forem as relações econômicas verificadas, que parece ser o caso do mercado de saúde.

3 AS DIFERENÇAS ENTRE O MERCADO COMPETITIVO E O MERCADO DE SAÚDE

No que se refere ao mercado de saúde, algumas suposições da racionalidade do homem econômico devem ser mais bem qualificadas. O indivíduo não tem perfeito conhecimento do seu estado de saúde ou da falta de saúde. Ele não sabe corretamente o que deve “consumir”, e também não há garantia de que sua decisão de comprar ou não o produto produza resultado que maximize os seus objetivos. A falta de informação a respeito do resultado da ação médica sobre sua saúde coloca o médico em uma posição de intermediário da decisão de consumo. A

decisão médica poderá influenciar tanto a demanda quanto a oferta de seus próprios serviços, fato que poderia induzir o consumidor a um sobreconsumo.

A incapacidade do consumidor de tomar decisões racionais acerca de sua demanda por serviços de saúde pode ser entendida como falha de mercado e pode ser equacionada com melhores informações ao consumidor e, conseqüentemente, com melhor qualidade dos produtos ofertados. Essa incapacidade ocorre de três formas: (i) total incapacidade de tomar decisões racionais, em face do estado de inconsciência ou de doença mental, (ii) capacidade limitada de tomar decisões racionais, decorrente de doenças que ameaçam a vida, mas que não limitam a capacidade mental, e (iii) capacidade total de tomar decisões racionais, relativas a doenças, em que não há risco à vida.

A questão da incapacidade é, basicamente, uma questão informacional, e não está relacionada apenas às condições físicas e/ou psicológicas. Há ruídos na informação que impedem o consumidor de tomar a decisão adequada que maximize sua utilidade. Em um mercado competitivo, o preço é a informação mais importante para que o consumidor faça sua escolha. As interações dos agentes racio-

As imperfeições do mercado de saúde...

nais, por meio da oferta e da procura, determinam o nível de preços, não sendo relevante a ação individual. É nesse ambiente que os consumidores racionais decidem, ao visualizarem seu próprio interesse, sobre o que consumir. Essas condições quase nunca estão presentes no mercado de saúde.

De modo geral, as pequenas cidades dispõem de um ou de dois hospitais, que concentram toda a prestação de cuidados à saúde. As grandes cidades possuem maior rede de oferta de serviços de saúde, porém, mesmo nelas, devido ao grau de especialização dos serviços e à vinculação aos planos e seguros de saúde, que direcionam o paciente para o atendimento em determinado local, que seja conveniado, há sensível redução no número de prestadores (hospitais, clínicas e profissionais liberais) disponíveis no mercado. O grande número de especialidades e de corporações médicas e o caráter oligopolista dos hospitais⁽⁷⁾ impedem a existência de padrões clássicos de formação de preços, o que os impele a serem formados por mecanismos externos ao mercado, como tabelas de remuneração fixadas por entidades médicas. O fato de os médicos não utilizarem métodos, como a publicidade e a divulgação dos preços,

para maximizar seu lucro é um exemplo de comportamentos diferenciados entre médicos e maximizadores de lucro⁽¹⁾, assim como o fato de as recomendações dadas pelo médico, para um tratamento futuro, não possuírem ligação com seu interesse próprio. São exemplos, também, os seguintes: a ética médica determina que o tratamento seja direcionado para o objetivo de curar o paciente, independentemente de sua capacidade de pagamento; o médico é um *expert* em doenças e fornecerá sempre a informação correta acerca do estado de saúde do paciente, sem qualquer outro propósito.

Além do grande número de pequenos ofertantes, há outros pressupostos necessários para que o mercado seja competitivo. Os mais importantes são homogeneidade, informação perfeita, não existência de barreiras à entrada, não existência de externalidades e não existência de ganhos de escala. Se um ou mais desses pressupostos forem violados, está-se num mundo de concorrência imperfeita.

3.1 A homogeneidade dos bens

Bem homogêneo é aquele em que o único fator de decisão para sua compra é o preço, não havendo qualquer diferenciação entre os produtos, de que é um

As imperfeições do mercado de saúde...

exemplo a aquisição de uma *commodity* (soja, minérios, petróleo etc.). A homogeneidade é, de fato, mais importante que a existência de muitas empresas produtoras do bem. Economias com poucas empresas podem caracterizar-se como mercado competitivo, desde que seus bens sejam homogêneos: por exemplo, se os planos de saúde A, B ou C oferecem o mesmo serviço, o consumidor escolherá aquele de preço mais reduzido, mas não é fácil para ele comparar um tipo de serviço que possui características de heterogeneidade e de diferenciação de preços, o que fica mais difícil quando os planos oferecem muitas possibilidades de escolha. A homogeneidade é importante para que o comprador possa realizar comparações e conseguir capturar o quanto pode valorar os bens que deseja comprar.

Outra característica desejável é a substitutibilidade entre os bens. A escolha de um jantar em um restaurante, simplesmente ao se consultar o cardápio, é um exemplo claro de substitutibilidade. Altera-se a escolha do prato, sem grandes perdas de bem-estar. Quando se trata de escolher o cardápio de consumo de bens de saúde, essa escolha não é tão trivial, pois não é fácil perceber a homogeneidade e a substitutibilidade em saúde. O tra-

tamento com um médico renomado não é igual ao tratamento prestado por um médico recém-formado. Uma solução trivial seria tratar os dois médicos como serviços diferenciados, que atenderiam a preferências, também, diferenciadas. A percepção da diferença da qualidade do serviço é dificultada pela informação imperfeita. Igualmente, não é fácil decidir entre dois médicos renomados, ou entre dois médicos recém-formados, consultando apenas o preço. A percepção de o quanto o preço é sinalizador de melhor qualidade na prestação do serviço é muito tênue. O que o paciente busca, quando se dirige a um médico, é a informação da melhor forma de sanar o seu problema de saúde. Caso o consumidor resolva procurar diversos médicos para ter certeza da decisão mais adequada, corre o risco de aumentar a sua incerteza, porque, mesmo com um diagnóstico igual (fato que pode não acontecer), cada um dos médicos pode optar por um tratamento distinto. Pode-se afirmar que os custos de transação são muito elevados nesse mercado⁽⁸⁾, pois estão associados à obtenção de informações sobre a qualidade e o preço dos serviços.

A heterogeneidade na prestação dos serviços de saúde não é de fácil solução. Em outros mercados, a heterogenei-

As imperfeições do mercado de saúde...

dade dos bens e serviços é reduzida, quando se busca a informação. A propaganda pode ser uma forma de melhorar a informação: por exemplo, no mercado de automóveis, o consumidor poderá optar por dezenas de modelos heterogêneos que possuam certas semelhanças, dada uma faixa de preços que esteja disposto a pagar, mas, se o seu desejo é comprar um carro, ele terá centenas de opções; contudo a propaganda poderá influenciá-lo, levando-o a optar por um veículo com características específicas, um veículo utilitário, por exemplo.

Entretanto, quando se trata de consumo de saúde, essa solução parece não servir. A decisão sobre qual médico escolher não é solucionada pela propaganda, ou pela mídia, em geral. Pelo contrário, a ética médica questiona a propaganda como forma de divulgação dos serviços médicos profissionais. O fato é que a não homogeneidade e a não substitutibilidade fazem com que o preço não seja o único fator decisivo na tomada de decisão do consumidor em saúde.

3.2 A informação perfeita

A falha de mercado mais citada na literatura e a menos compreendida é a informação perfeita. Nela, o consumidor

sabe o que quer comprar, conhece o que está comprando e tem exata noção da satisfação que sua compra pode produzir. Para que isso ocorra, é necessário que haja simetria de informação entre comprador e vendedor, que devem ter o mesmo grau de conhecimento a respeito das características do bem transacionado. Quando isso ocorre, o preço é fator decisivo na determinação das escolhas; em outras palavras, a informação é transmitida apenas pelo preço.

As questões tratadas pela informação imperfeita, os problemas de risco moral e a seleção adversa são questões centrais no provimento de bens e serviços de saúde. A incerteza com a qualidade do bem ou serviço adquirido parece ser mais intensa nos serviços de saúde do que na maioria das outras mercadorias. As possibilidades de aprendizado com experiências anteriores, próprias ou de terceiros, frequentes quando se trata de outro tipo de mercadoria, não são evidentes no mercado de serviços de saúde. A incerteza tem, aqui, uma característica especial: sua assimetria. Enquanto o médico, em teoria, possui todos os conhecimentos necessários para prestar os cuidados de saúde, o consumidor, além de não possuir a informação sobre como deve proceder, deve

As imperfeições do mercado de saúde...

acreditar nos diagnósticos e nos conselhos médicos.

As questões da informação imperfeita e da informação assimétrica não são exclusividades do mercado de saúde. O texto clássico “O mercado de ‘limões’” trata dessa questão⁽⁹⁾: o mercado de limões refere-se ao mercado de carros usados; o termo “limão” é uma gíria norte-americana para algo ruim, e “ameixa” significa algo bom; na língua portuguesa, são usados, respectivamente, os termos “abacaxi” e “uva”. No mercado de automóveis usados, os vendedores, proprietários dos carros, sabem se os seus carros são um limão ou uma ameixa, porém os compradores não conhecem a qualidade desses carros. Existe, portanto, uma assimetria de informações, que faz com que o consumidor tenha dúvidas quanto a ser justo ou não o preço cobrado pelo carro. Surge, então, um ruído, que dificulta a percepção da real relação entre preço e utilidade que o bem pode lhe proporcionar. A assimetria de informações pode ocorrer tanto para o vendedor quando para o comprador, bastando que um dos lados do mercado possua mais informações que o outro, como no exemplo do mercado de carros usados.

Uma característica do setor de saúde⁽²⁾ é a existência de formas específicas de assimetria de informação entre provedores de serviços médicos, financiadores de gastos com saúde e pacientes. Há duas possibilidades de incerteza: a incerteza da necessidade de uso dos serviços médicos e a incerteza do diagnóstico. Importante assimetria de informação diz respeito à situação econômico-financeira das operadoras de planos e seguros de saúde. Mesmo para os consumidores mais bem informados, é difícil conhecer a real situação econômica da operadora, informação fundamental para a continuidade da prestação da assistência à saúde. Novamente, surge espaço para a ação do Estado, que, como órgão regulador, pode controlar a solvência das operadoras e determinar a forma de apresentação de indicadores que revelem sua situação econômico-financeira. Para alguns, essa falha de mercado é suficiente para justificar a presença da regulação no mercado de saúde. Em certos contratos típicos do mercado de saúde, como nos contratos de seguro de saúde, há clara assimetria de informações. As seguradoras não possuem informações completas acerca da conduta e da exata situação de saúde de seus segurados, que podem falsear a verdade, com o

As imperfeições do mercado de saúde...

objetivo de reduzir o valor do prêmio a ser pago. Há duas categorias de assimetrias de informação: a seleção adversa e o perigo moral.

Nos contratos típicos de seguro de saúde, a questão da seleção adversa ocorre quando a seguradora não consegue fazer uma acurada avaliação dos riscos ou quando está impedida, por algum dispositivo legal, de discriminar os grupos de risco. A presença desse dispositivo pode implicar a redução da oferta no mercado, em que os agentes de alto risco são beneficiados em detrimento dos de menor risco. Na verdade, a questão da seleção adversa, na prestação de serviços de saúde pelas seguradoras, passa a ser relevante apenas em mercados com algum tipo de regulação. Do ponto de vista do bem-estar social, é melhor para os indivíduos se associarem realizando a divisão do risco entre toda a população. O agente intermediador dessa divisão de riscos é a seguradora, que calcula o risco médio associado à população e financia o fluxo de gastos realizados por meio dos recursos auferidos com toda a população segurada. O valor do prêmio cobrado é calculado segundo os gastos esperados (*experience rating*). Esse modelo de cobrança faz que os indivíduos de maior risco, idosos e

doentes crônicos, paguem prêmios mais elevados.

A impossibilidade de discriminação dos indivíduos, segundo o seu grau de risco, produz a seleção adversa de consumidores⁽¹⁰⁾. Na prática, a seguradora pode acabar com a assimetria de informação com a introdução de exame médico individual, o preenchimento de relatório para a investigação de doenças preexistentes, o tempo de carência mínima e a averiguação de outras condições de risco individual, além da *experience rating*. O caso norte-americano é um exemplo da não importância prática da informação assimétrica, em que os indivíduos podem ser discriminados, segundo seu risco individual.

No caso brasileiro, a questão parece relevante, pois a seleção adversa está associada à proposta de regulamentação do setor privado. O regulador, com o intuito de garantir acesso mais igualitário a toda população, produz uma legislação que pretende acabar com a discriminação entre os indivíduos. Entretanto, se a seguradora é obrigada a cobrar tarifa única para todos os indivíduos (*community rating*), ao cobrar o prêmio médio, somente os indivíduos com risco maior irão comprar o seguro, o que configura um real

As imperfeições do mercado de saúde...

problema de seleção adversa de consumidores. Então, a regulação provocaria um perverso problema, já que, na tentativa de proteger parcela da população via mecanismo regulatório, poderá gerar a exclusão de grande número de possíveis segurados, não dispostos a pagar o prêmio médio. Além das perdas diretas de bem-estar dos indivíduos que optaram por não comprar o seguro, pagando o prêmio médio, em médio prazo, as seguradoras irão elevar o prêmio médio, pois permanecerão em sua carteira apenas segurados de maior risco.

Em um mercado sem regulação, as seguradoras ofertam diversos tipos de contrato, segmentando o mercado e fazendo com que o segurado, ao escolher o seu contrato, revele o seu tipo. Assim, indivíduos de pequeno risco aceitam pagar menos por planos de seguro com menor cobertura (*cream skimming*). A oferta de contratos não diferenciados, em geral, implica perda de bem-estar, dado que consumidores com risco mais baixo não poderiam desfrutar de cobertura plena, pois teriam de arcar com o preço pago pelos indivíduos de maior risco⁽¹⁰⁾.

Em um problema de risco moral, um dos lados do mercado não conhece a conduta ou o comportamento do outro

lado do mercado. Considere-se o mercado de contrato de seguro de saúde, no qual as seguradoras não sabem se seus segurados possuem ou não o hábito de zelar por sua saúde. Considere-se, também, o caso de contratos de seguro contra o furto de automóveis, em que um segurado tanto pode tomar as precauções necessárias para dificultar o furto de seu carro, quanto pode ter um comportamento desleixado, o que aumentaria as chances de um furto. Esse tipo de comportamento constitui o risco moral. A questão do risco moral em saúde está associada à não utilização dos serviços de saúde em um nível racional, e não a desvios de conduta ou de padrões éticos. A racionalidade limitada é produzida pela inexistência de custo adicional para o uso de tais serviços, e pode ocorrer uma utilização além do nível necessário⁽¹¹⁾. O comportamento de um médico que pede número exagerado de exames clínicos para um paciente, a ser pago pelo seguro do paciente, também pode ser considerado um exemplo de risco moral^(12,13). Os provedores podem induzir maior utilização de serviços, produzindo a demanda pela oferta, com a criação de procedimentos desnecessários na oferta de serviços. Esse processo viola pressuposto básico da teoria econômica clássica⁽³⁾, pois o médi-

As imperfeições do mercado de saúde...

co atua em duas posições: como prestador dos serviços (oferta) e como agente do paciente (demanda).

Observa-se que o risco moral pode apresentar-se em duas situações distintas: na relação entre os consumidores e os provedores e na relação entre os provedores e a seguradora e/ou o governo, no caso de serviços pagos pelo Estado. A questão do risco moral torna-se mais acentuada na presença de seguro pleno, ou de financiamento público, quando o custo marginal do serviço demandado é zero. A seguradora, ao prever o excesso de utilização, incorpora esses custos no preço do prêmio e faz com que esses se elevem para todos os agentes, independentemente de seu comportamento moral.

O risco moral pode se derivar de outra questão, que é a discussão conhecida como relação principal-agente, que integra a teoria dos incentivos. A decisão do agente econômico de delegar uma tarefa a outro, em um ambiente de informação assimétrica, pode criar o risco moral. Nesse ambiente, existe uma relação contratual entre dois agentes, o governo que paga a conta e o prestador de serviços hospitalares, ou as operadoras de plano/seguro de saúde e os hospitais e demais prestadores de assistência à saúde.

Aquele que delega é denominado principal, e aquele que cumpre a tarefa em troca da remuneração é o agente. O agente possui informações referentes a suas capacidades ou ao trabalho a ser realizado, que só são parcialmente conhecidas pelo principal. A obtenção dessas informações tem custos muito elevados para serem monitorados⁽¹⁴⁾. Além disso, os objetivos do principal não coincidem inteiramente com os do agente.

Como afirmado anteriormente, em uma relação entre paciente-médico, seguradora-paciente, seguradora-médico surgem problemas de informação assimétrica, seleção adversa e risco moral. O paciente depende do médico para saber a natureza de sua doença e não consegue afirmar com certeza se a quantidade e a qualidade do serviço prestado foram as mais adequadas. Se o paciente possui um seguro/plano de saúde, sua preocupação com o custo do tratamento passa a ser mínima, o que aumenta o poder discricionário do médico ou, ainda, gera incentivos adversos para o paciente procurar mais de um médico, em busca de mais informações relativas a seu caso. Muitas vezes, médicos e seguradoras, bem como pacientes e seguradoras, não concordam quanto à forma mais adequada de se rea-

As imperfeições do mercado de saúde...

lizar o tratamento. A questão é, portanto, como fazer com que os interesses convirjam. O ponto central da teoria é discutir quais são os incentivos necessários à pessoa para quem se delega a tarefa e o que fazer para que o agente aplique o maior esforço possível para agir no melhor interesse daquele que a delegou (o principal) quando o agente tem alguma vantagem informacional em relação ao principal e tem interesses distintos dos desse.

Uma forma de controlar demandas desnecessárias é impor ao consumidor o pagamento de parcela do custo de uso do bem ou serviço de saúde. Os instrumentos mais utilizados são copagamentos e cosseguros, que são valores específicos ou fração da tarifa cobrada pelo serviço prestado, e franquias, que são limites inferiores de dispêndio em que o segurado é responsável pelo pagamento ao prestador do serviço. Estudos apontam que a demanda por serviços médicos é elástica em relação aos preços⁽¹⁵⁾ e que as condições de saúde dos indivíduos, em geral, não se alteram em decorrência da redução dos procedimentos médicos. A redução afeta apenas os indivíduos de alto risco e os mais pobres. O encaminhamento de uma solução para esse problema seria a implementação de um desenho de mecanis-

mo que produzisse uma divisão de custos que fosse condicionada aos níveis de renda e às condições de risco individual.

3.3 A não existência de barreiras à entrada

O pressuposto da não existência de barreiras é necessário para garantir a concorrência perfeita. A ideia de que um setor da economia produz lucratividade maior que os demais faz com que haja elevação do custo de oportunidade de permanência em outro setor que produz menor lucro e, assim, os produtores migram para o setor mais atrativo. Exemplo desse comportamento no Brasil é a elevação da participação do setor bancário em seguros de saúde.

A questão dos bens credenciais, ou seja, as restrições à entrada de novos profissionais, justificadas pela necessidade de especialização e de residências e, principalmente, impostas à prática de profissionais não médicos, são fatores limitantes da mobilidade de recursos que elevam os custos dos cuidados médicos.

As barreiras à entrada, por meio de regulamentação e controle de licenciamentos para atuação profissional e controle do número de vagas nas escolas de saúde, são, em princípio, criadas para

As imperfeições do mercado de saúde...

proteger o consumidor, mas também podem ser apontadas como fatores de pressão à elevação dos custos. Acresce-se, ainda, que o excesso de regulamentação pode favorecer o corporativismo médico, uma vez que a redução de oferta tende a aumentar os preços. No Brasil, as barreiras à entrada são comuns em algumas carreiras médicas específicas, como a do anestesista, em que o profissional recém-formado tem bastante dificuldade de entrar no mercado, sem que esteja vinculado a alguma associação de classe.

No caso dos planos de saúde, a tendência parece ser o desenvolvimento de certa concentração no mercado. No Brasil, a fusão e o fechamento de empresas têm aumentado após a implantação da regulação pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que gerou concentração e elitização dos planos, porque, após a implantação das medidas de saneamento do mercado, de modo geral, ficou mais caro contratar serviços particulares de saúde. A comercialização de planos restritos, só de consulta, ou apenas de atenção ambulatorial, não é mais permitida pelo novo marco regulatório⁽¹⁴⁾.

3.4 A não existência de externalidades e de ganhos de escala

Os ganhos de escala ou as economias de escala acontecem quando grandes custos fixos são rateados por quantidades produzidas em escala crescente, de que é exemplo a empresa coletora de esgotos. Para que a empresa inicie seu funcionamento, é necessário grande investimento em custos fixos: implantação física da rede coletora, estação de coleta e tratamento dos resíduos. Os custos variáveis dessa empresa são pequenos. Implantada a estrutura física, o fornecimento do serviço a um consumidor adicional implica custos variáveis pequenos. Então, para cada consumidor adicional, o custo marginal de conectar o consumidor à rede coletora de esgoto é sempre menor que a receita marginal, oriunda do pagamento realizado pelo consumidor para a prestação do serviço. Essa estrutura de produção, chamada de monopólio natural, representa uma função de produção de rendimentos crescentes de escalas. A cada unidade produzida, o custo marginal é menor que a receita marginal. Quando isso ocorre, é mais eficiente que uma empresa forneça o bem ou serviço. Caso haja duas empresas coletoras de esgoto, existiria uma duplicação dos custos fixos, que

As imperfeições do mercado de saúde...

seriam rateados pelo mesmo número de consumidores, fato que resultaria em uma produção menos eficiente.

Há situações em que os ganhos de escala aparecem em provedores de saúde. A implantação e o funcionamento eficiente de grandes hospitais, que necessitam de elevados recursos para financiar seus custos fixos, como os hospitais de referência em câncer, em ortopedia, em transplantes, só são viáveis se considerados em grande escala. Não há espaço para muitos desses hospitais em um mesmo espaço territorial, o que ocorre, também, com as companhias de seguro. Por um lado, grandes companhias de seguro podem distribuir seus custos fixos, de *marketing* e administrativos, ou, ainda, custos catastróficos de alguns segurados, entre todos os seus produtos, reduzindo-se, assim, o custo unitário médio. Por outro lado, diversas pequenas companhias, que competem entre si, teriam maior dificuldade em ratear seus custos, produzindo um preço do prêmio mais elevado para o consumidor. Assim, no mercado de serviços de assistência à saúde, diversas e pequenas companhias competindo entre si, cada qual com custos diferentes, implicam um custo final maior por unidade de produto.

A externalidade apresenta-se quando uma transação econômica entre dois agentes atinge outro que não participa dessa, ou no caso em que o consumo ou a produção de um bem ou serviço tem efeito sobre outros indivíduos, ou, ainda, quando o mercado não imputa preços ao bem considerado. O aumento de freqüentes de uma loja decorrente da propaganda realizada pela loja vizinha, a elevação da segurança de uma casa em virtude da contratação de guarda-noturno na casa ao lado ou a melhora das condições de tráfego de automóveis decorrente da instalação de uma linha de metrô e da consequente redução de pessoas que viajam de automóveis são exemplos de externalidades positivas. Já uma transação entre dois agentes que produza um efeito prejudicial a um terceiro, como é o caso da poluição, é um exemplo de externalidade negativa.

As externalidades, também, estão presentes no mercado de saúde⁽¹⁶⁾. Assim, o consumo de cuidados de saúde está associado a efeitos externos, a exemplo do benefício de uma campanha de vacinação, que não se limita ao indivíduo, mas envolve toda a comunidade, com reflexos para a demanda de serviços de assistência à saúde. O caso da vacinação é mais bem exemplificado pelo conceito de externali-

As imperfeições do mercado de saúde...

dade difusa, que ocorre quando o bem-estar de cada agente é afetado pelo comportamento médio dos demais agentes da economia, pois a probabilidade de ficar doente depende tanto da decisão individual como da decisão da média da sociedade. Na presença de externalidades difusas entre os indivíduos, no consumo de vacinas, dependendo da tecnologia utilizada na produção, o provimento privado pode ser ineficiente⁽¹⁰⁾. É provável que esse resultado ocorra em outras situações, como em serviços de saneamento, de limpeza urbana e de atenção preventiva à saúde.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando o ambiente de imperfeições encontrado no mercado de saúde e as características de bem público de algumas atividades sanitárias, alguns economistas justificam a intervenção do Estado e tratam a saúde como um setor especial, diferente de outros setores da economia. O diferencial vem da relativa imprevisibilidade das necessidades de atenção, do risco de morte, quando há falta de atendimento oportuno, e dos custos, que, em alguns casos, podem ser elevadíssimos, inacessíveis às famílias de baixa renda e, inclusive, às de renda mé-

dia⁽¹⁷⁾. Justificada a intervenção do Estado, a questão central é como essa intervenção deve ocorrer e se ela produz uma melhoria de bem-estar.

O caso brasileiro é peculiar, dado que, embora exista um sistema de saúde de acesso universal, sem qualquer restrição de atendimento, coexiste um setor privado (saúde suplementar) que é responsável pela cobertura de, aproximadamente, 24% da população⁽¹⁸⁾. Segundo a mesma fonte, o Sistema Único de Saúde (SUS) atende, hoje, a uma população de 145 milhões de cidadãos. Entretanto esses números são relativos, pois o paciente que possui plano de saúde pode acessar o SUS e, eventualmente, aquele que utiliza o SUS compra serviços de saúde no mercado, o que produz diversas interações entre o sistema público e o sistema privado.

A opção de fornecimento de serviço de saúde de caráter universal, de forma gratuita, pelo Estado é embasada na premissa de que a grande restrição dos cidadãos aos cuidados de saúde é a questão da barreira-preço. Assim, o provimento público e universal produziria uma elevação do bem-estar, ao possibilitar o acesso a um bem antes inacessível. Aliando-se a quebra da barreira-preço e as externalidades positivas da provisão da saúde às de-

As imperfeições do mercado de saúde...

mais imperfeições do mercado de saúde, justifica-se a intervenção do Estado, que não é isenta de problemas. Essa intervenção estende-se a todas as relações políticas engendradas na viabilização do projeto de implantação e de funcionamento do SUS, as quais passam pela questão federativa, e juntam interesses e responsabilidades, nem sempre convergentes, de estados, municípios e União, assim como de grupos privados que fornecem serviços ao sistema público e de grupos da sociedade civil organizada. Os desafios desse modelo de atenção são enormes, entre os quais a crescente necessidade de financiamento do setor. Considerando-se a restrição de financiamento, a questão da justiça alocativa passa a ser prioritária, ou seja, o desenho de um mecanismo que promova a distribuição mais justa e equitativa desses bens e serviços é central.

O setor de saúde suplementar tem peculiaridades que o distinguem dos demais setores econômicos e que podem resultar em perdas de bem-estar na ausência de regulação. Há, nesse setor, inúmeras falhas de mercado: a presença de bens públicos, as externalidades, o monopólio natural e a assimetria de informação. Nesse contexto, a regulação surge como forma de corrigir essas ineficiências. A as-

simetria de informação caracteriza-se pelo fato de que os pacientes não detêm informação suficiente para julgar a qualidade da decisão do profissional, portanto não podem tomar decisão a respeito da utilidade do ato médico. Na relação do segurador, seja com os provedores, seja com os segurados, surgem os problemas da seleção adversa e do risco moral. Então, consideradas essas imperfeições, há um espaço para a regulação do setor de saúde suplementar. Entretanto, nada garante que a intervenção do governo leve a situações de maior eficiência econômica, já que, dependendo dos mecanismos implementados para garantir o acesso a esses bens, os problemas de seleção adversa poderão ser maximizados.

Referências Bibliográficas

1. ARROW, K. J. Uncertainty and the welfare economics of medical care. *American Economic Review*, v. LIII, n. 5, December, 1963.
2. ANDRADE, M. V. & LISBOA, M. B. A. Economia da saúde no Brasil. In: LISBOA, M. B.; MENEZES FILHO, N. A. (Org.). *Microeconomia e Sociedade no Brasil*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2001. v. 1, p. 285-332.
3. DONALDSON, C. & GERARD, K. Market failure in health care. In: *Economics of health care financing: the visible hand*. London: MacMillan, 1993.
4. SEN, A.K. *Sobre ética e economia*. São Paulo: Companhia das Letras, 1999.
5. WALRAS, L. *Compêndio dos elementos de economia pura*. São Paulo: Nova Cultural, 1988.
6. BAHIA, L. Risco, seguro e assistência suplementar no Brasil. 2001. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/portal/site/aans/publicações.asp>>. Acesso em: 10 jan. 2017.
7. MÉDICI, A. C. Incentivos governamentais ao setor privado de saúde no Brasil. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro: FGV, v. 26, n. 2, p. 79-115, abr./jun., 1992.
8. WILLIANSO, O. Transactions-cost economics: the governance of contractual. *The Journal of Law and Economics*, v. 22, n. 2, p. 223-261, 1979.
9. AKERLOF, G. A. The market for “lemons”: quality uncertainty and the market mechanism. *The Quarterly Journal of Economics*, v. 84, issue 3, Aug, p. 488-500, 1970.
10. ANDRADE, M. V. Ensaio em Economia da Saúde. Tese de Doutorado, Escola de Pós-Graduação em Economia, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2000.
11. MANNING, W. G. *et al.* Health insurance and the demand for medical care: evidence from a randomized experiment. *American Economic Review*, v. 77, n. 3, p. 251-277, 1987.
12. CAMERON, A. C. *et al.* A microeconomic model of the demand for health care and health insurance in Australia. *Review of Economic Studies*, v. 55, n. 1, p. 85-106, 1988.
13. SAPELLI, C. & VIAL, B. Self-selection and moral hazard in Chilean insurance. *Journal of Health Economics*, 830, p. 1-18, 2003.
14. OCKÉ-REIS, C. A reforma institucional do mercado de planos de saúde: uma proposta para criação de *benchmarks*. Rio de Janeiro: IPEA, 2005 (Texto para Discussão 1075).
15. NEWHOUSE, J. P.; Insurance Experiment Group. *Free for all? Lessons from the RAND health insurance experiment*. Cambridge, Massachusetts/London, England: The MIT Press, 1993. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.308.6945.1724a>.
16. MÉDICI, A. C. A medicina de grupo no Brasil. Brasília: OPAS (Série Desenvolvimento de Políticas Públicas n.º 1), 1991.
17. MUSGROVE, P. Public and private roles in health. In: MUSGROVE, P. *Health economics in development*. Health, nutrition, and population. Washington, DC: World Bank, 2004.
18. ANS (2016). Cadastro de Beneficiários e Operadoras da ANS/MS. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/portal/site/consultas/consultas.asp>>. Acesso em: 10 jan. 2017.

Recebido: 21.08.2017

Revisado: 19.08.2017

Aprovado: 09.01.2018