
Reforma de serviços de saúde pública em São Paulo: uma boa idéia destruída por uma estratégia errada?

*Hélio Zylberstajn
Denise C. Cyrillo
Antônio Carlos C. Campino*

Recebido em outubro/98

Cuidados de saúde e despesa com saúde estão na agenda de reformas políticas e governamentais, por toda parte. Também é o caso no Brasil, em que os serviços de saúde estão enfrentando uma crise dramática. Neste artigo examina-se o problema dos serviços de saúde em São Paulo, a maior cidade brasileira em que um novo modelo foi introduzido.

No primeiro tópico são apresentados dois modelos microeconômicos úteis ao estudo do setor de serviços de saúde: o modelo agente-principal e o de escolha do consumidor. Nos dois tópicos seguintes são abordados alguns aspectos da crise dos serviços de saúde no Brasil, e particularmente na cidade de São Paulo. Em seguida é examinado o chamado Plano de Atendimento à Saúde. Finalmente, algumas conclusões são extraídas dessa experiência.

TEORIA ECONÔMICA APLICADA À ATENÇÃO COM A SAÚDE: O MODELO AGENTE-PRINCIPAL E O DE ESCOLHA DO CONSUMIDOR

O modelo agente-principal foi desenvolvido para explicar os problemas criados por assimetria de informação — o fato de atores econômicos diferentes não compartilharem o mesmo conjunto de informações. Em sua forma mais simples, esse modelo assume que o principal delega para o agente a responsabilidade de selecionar e implementar uma ação. O agente é recompensado pelo principal e a este pertence o resultado do ato do agente. Em outras palavras, adotando o pressuposto de racionalidade plena, esse modelo desenha um contrato com incentivos e controles, visando diminuir os custos de transação inerentes às transações que ocorrem em um ambiente com assimetria de informação.

O problema é especificar um contrato para a remuneração do agente, visto que tanto o agente como o principal são movidos pelo egoísmo em vez de pelo altruísmo. Como declarado por Strong & Waterson (1987:20), na “teoria dos jogos, o problema do modelo agente-principal é caracterizado por envolver duas pessoas, e constituir um jogo não-cooperativo (e de soma não-constante)”.

Hélio Zylberstajn é Professor Doutor do Departamento de Economia da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo.
Fax: (011) 818-5889
E-mail: hzylbers@usp.br

Denise C. Cyrillo é Professora Doutora do Departamento de Economia da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo.
Fax: (011) 212-8107
E-mail: dccyrill@usp.br

Antônio Carlos C. Campino é Professor Titular do Departamento de Economia da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo.
Fax: (011) 818-5898
E-mail: campino@usp.br

Essa abordagem teórica pode ser útil para o estudo do setor de serviços de saúde. A sociedade ou o governo assumem o papel de principal e os agentes são os provedores de cuidados de saúde. O sistema de cuidados de saúde é constituído de tal modo que dá lugar ao aparecimento dos fenômenos de *moral hazard* e seleção adversa⁽¹⁾. A sociedade, ou o governo que a representa, quer prover todos os seus cidadãos do melhor cuidado de saúde, dados o conhecimento atual, os tratamentos e os equipamentos disponíveis. O agente, por sua vez, quer proporcionar isso com o menor esforço possível, se é uma autoridade pública, ou com custo mínimo e lucro máximo, se é um provedor privado.

Os serviços de saúde providos pelo setor público, no Brasil, estão organizados sob o **Sistema Único de Saúde (SUS)**, que não foge à interpretação do modelo agente-principal (Cyrillo & Zylberstajn, 1995), de modo que a ação para atingir os objetivos do sistema (prover cuidados de saúde para a população) é delegada aos profissionais e organizações de cuidados de saúde e os custos dos serviços de saúde não são financiados diretamente pelos beneficiários dos cuidados. O sistema SUS tem falhado em assistir à população, principalmente aqueles que mais precisam dos serviços públicos de saúde: os pobres. O SUS compreende uma estrutura hierárquica rígida, e as políticas de compensação não relacionam remuneração ao desempenho (nem das organizações, nem dos indivíduos).

Uma possível solução para o dilema do modelo agente-principal no setor de serviços de saúde foi apresentada por Enthoven (1978; 1980). De acordo com esse autor, a competição entre os planos de saúde e entre os provedores garantiria aos consumidores o acesso a melhores serviços. Sua proposta é que os serviços de saúde sejam oferecidos por planos de saúde privados, operando em mercados competitivos sob regras de incentivos financeiros. Enthoven denominou esse sistema como Plano de Saúde de Escolha do Consumidor (*Consumer-Choice Health Plan — CCHP*).

Plano de Saúde de Escolha do Consumidor

Os elementos principais da alternativa CCHP (Enthoven, 1978:713), detalhados a seguir, são:

- mudanças nas leis de imposto para subsidiar os pagamentos de prêmios individuais;
- criação de subsídios utilizáveis apenas para o prêmio de planos de saúde habilitados;
- criação de uma “competição socialmente desejável”.

Mudanças nas leis de imposto

O objetivo básico da proposta de mudança na lei tributária é “corrigir as desigualdades e os incentivos para custos crescentes” (Enthoven, 1978:710) que existiam nas leis de imposto norte-americanas.

Enthoven propõe a instituição de um crédito de imposto restituível, baseado em custo atuarial e não na renda do indivíduo. Os recursos alocados pelos empregadores em planos de saúde a seus empregados fariam parte da renda tributável, mas o imposto resultante seria deduzido de uma parcela baseada no custo médio total dos benefícios assegurados às pessoas em cada categoria atuarial, líquido dos pagamentos diretos (*out of pocket*) do ano base. O uso de categorias atuariais garantiria às pessoas, pertencentes a grupos de alto risco de necessidade de serviços médicos, maiores créditos para deduzir do imposto. O crédito de imposto só poderia ser usado para pagar os prêmios de planos de saúde habilitados.

Subsídios para a aquisição de planos de saúde qualificados

O segundo componente da proposta de Enthoven (1978) referia-se à instituição de vales (*vouchers*) para as famílias pagarem os prêmios dos planos de saúde qualificados. O valor do vale alcançaria “100% do custo atuarial para benefícios básicos” (p.710). Assim o sistema proposto seria mais equitativo, porque “o dinheiro (...) usado para subsidiar a escolha de sistema de saúde mais caro” seria utilizado para elevar o nível de assistência provido às pessoas com pior cobertura de saúde.

Crítérios para habilitar um plano de saúde

Partindo do pressuposto de que os benefícios incluídos em planos de saúde “deveriam ser determinados pelo desejo dos consumidores expresso no mercado, e não pelo interesse dos provedores” (p.713), o autor propõe que para um plano de saúde se habilitar a receber créditos de impostos ou vales, deveria operar de acordo com regras que criassem competição justa, baseadas em qualidade e efetividade de custo. Essas regras seriam:

• Inscrição universal

Todos os planos deveriam aceitar os candidatos sem levar em conta idade, sexo, raça, origem nacional e condições de saúde anteriores. A cada ano, a agência governamental publicaria informações relativas aos custos, benefícios e limitações de cada plano qualificado. Cada plano teria de publicar, anualmente, os custos totais *per capita* incorridos, inclusive prêmios e custos pagos diretamente. Os planos deveriam publicar também as condições das opções oferecidas, de forma compreensível aos consumidores, facilitando a comparação entre os planos. Baseado nessas informações, cada chefe de família escolheria o plano que seria utilizado no ano seguinte. Esse processo de inscrição anual seria supervisionado pelo governo. Por outro lado, os planos poderiam definir os provedores que seus beneficiários

deveriam utilizar, ou seja, aqueles com os quais tivessem acordos quanto a taxas e controles de utilização.

- **Regras de determinação dos prêmios sem a prática de discriminação de preços segundo categorias de usuários e área**

Os planos poderiam cobrar preços diferentes para diferentes categorias atuariais. Entretanto, “deveriam cobrar prêmios iguais das pessoas pertencentes às mesmas categorias atuariais, se inscritas para os mesmos benefícios na mesma área” (p.713), ou seja, não seria permitido discriminação de preços nem diferenciação de serviços.

- **Taxa de acordo com a infra-estrutura de saúde da área de mercado**

As taxas referentes a cada área seriam fixadas de acordo com a infra-estrutura disponível. Assim, uma decisão governamental de construir uma nova unidade de saúde em determinada área refletiria nos prêmios pagos pelos cidadãos naquela área. Essa estratégia também preveniria subsídios cruzados de uma área para outra.

- **Limites dos pagamentos diretos (*out of pocket*)**

Os planos habilitados deveriam publicar o limite dos pagamentos diretos, incluindo deduções, co-pagamentos, e “qualquer diferença entre os pagamentos de indenização e o custo efetivo dos serviços cobertos” (p.714).

- **Padrões de desempenho**

O governo estabeleceria padrões de desempenho e de qualidade dos serviços e definiria procedimentos para reclamações, proteção dos direitos civis, punição das fraudes e arbitragem dos conflitos de interesse.

- **Plano básico**

A fim de ter planos disponíveis para consumidores de baixa renda, os planos de saúde “precisariam oferecer uma opção padrão contendo os benefícios básicos definidos na lei de seguro de saúde nacional” (p.714).

Em resumo, Enthoven propõe um esquema que visa aumentar a eficiência do sistema de serviços de saúde. O cerne do sistema é a competição entre os planos de saúde e entre os provedores. Uma questão que ocupa lugar secundário na proposta é a equidade. Nos Estados Unidos, hoje, pelo menos 35 milhões de pessoas não têm acesso a qualquer plano de saúde. O CCHP é apresentado como um passo na direção de permitir ao pobre o acesso aos cuidados de saúde, por meio de isenção de imposto, vales e obrigatoriedade da oferta de planos básicos.

O CCHP é uma idéia criativa que poderia ser usada para resolver o problema do modelo agente-principal. A competição e os incentivos de impostos podem mudar os comportamentos dos agentes para direção socialmente desejada. Como será visto nos tópicos seguintes, o Plano de Atendimento à Saúde (PAS), implantado pelo município de São Paulo, contém alguns elementos do CCHP. Essa experiência é descrita e preliminarmente avaliada neste artigo.

ALGUNS ASPECTOS BÁSICOS DA PROVISÃO E DA DEMANDA DE SAÚDE

É bem conhecido o fato de a distribuição de renda no Brasil ser muito desigual. Cerca de 90% das famílias brasileiras são classificadas no mais baixo estrato de renda (até três salários mínimos por mês)⁽²⁾. Aproximadamente 55% da mão-de-obra estão no setor informal, cujas condições de emprego tendem a ser muito instáveis. Tendo por base esses números, é fácil concluir que grande porção da população é composta por famílias pobres, com pouco acesso a serviços de saúde privados, de modo que as necessidades de cuidados de saúde dessas famílias só podem ser satisfeitas por meio de serviços públicos gratuitos.

As estatísticas sobre saúde são, não-surpreendentemente, muito escassas. A taxa de mortalidade infantil é alta (em torno de 60 por mil); a esperança de vida é de aproximadamente 67 anos; devido à queda dramática da taxa de fertilidade, a taxa anual de aumento da população é relativamente baixa (as últimas estatísticas estão perto de 1,3%), indicando que o País está a ponto de concluir sua transição demográfica. A análise das estatísticas disponíveis conduz a uma conclusão curiosa: o Brasil não solucionou os problemas básicos de saúde de sua população e, ao mesmo tempo, terá no futuro próximo grande população idosa. Uma implicação importante dessa situação é que as populações infantil e idosa pobres aumentarão dramaticamente a demanda de serviços de saúde a serem providos pelo setor público.

Os recursos destinados aos setores de saúde e saneamento não são suficientes para atender à demanda presente. A infra-estrutura de água e saneamento atende a cerca de 90% da população urbana, mas nas áreas rurais os serviços de água e esgoto atingem, respectivamente, em torno de 60% e 1% da população. A cobertura de vacinação da população infantil para várias doenças típicas é de 60% a 90%. Os recursos humanos disponíveis para os cuidados de saúde colocam o Brasil em uma posição intermediária quando comparado com outros países: em números aproximados, há um médico por 1.300 habitantes e uma enfermeira por 600 habitantes. Os hospitais privados oferecem a maioria de leitos (75%), enquanto o setor público provê a maioria dos serviços primários (consultas e prevenção). Até o final dos anos 80, entre os hospitais públicos, eram os hospitais sob administração federal que ofereciam a maior proporção de leitos.

Considerando que o PAS — uma experiência nova de organização do sistema de cuidados de saúde — foi implantado em São Paulo, vale a pena apresentar alguns dados específicos sobre a cidade.

Os dados das tabelas de 1 a 4 mostram, resumidamente, que:

- o número de hospitais no estado de São Paulo é relativamente grande, com parcela significativa localizada na

- capital (19%), sugerindo que a ação dos serviços de saúde da cidade excede seus limites geográficos (tabela 1);
- as organizações privadas estão predominantes na rede hospitalar (85%) e são também importantes nos Serviços de Apoio a Diagnóstico e Terapias (32%) (tabelas 1 e 2);

- há número significativo de médicos (7,544), sendo a proporção entre profissionais alocados em atividades administrativas e em atividades diretas da saúde quase unitária (16,5 mil para 17,7 mil) na administração municipal de São Paulo (tabela 3);

Tabela 1

**Infra-Estrutura Hospitalar do Estado de São Paulo e Capital
Segundo Tipo e Nível Administrativo — 1994**

Tipo de Hospital e Nível Administrativo	Estado de São Paulo			Capital			
	Números Absolutos	Porcentagem	Leitos / Hospital	Números Absolutos	Porcentagem Coluna	Porcentagem Linha	Leitos/ Hospital
Hospitais Gerais	658	77,32	132,2	109	68,13	16,6	229,4
Hospitais Especializados	193	22,68	230,5	51	31,88	26,4	168,5
- Psiquiatras	98	11,52	334,6	13	8,13	13,3	220,4
- Outros	95	11,16	123,0	38	23,75	40,0	150,8
Total	851	100,00	154,5	160	100,00	18,8	210,0
Governo							
Federal	6	0,71	161,8	2	1,25	33,3	431,0
Estadual	57	6,70	397,1	28	17,50	49,1	317,5
Municipal	66	7,76	96,5	14	8,75	21,2	196,7
Particular							
Com Fins Lucrativos	280	32,90	137,1	72	45,00	25,7	144,4
Sem Fins Lucrativos	442	51,94	142,8	44	27,50	10,0	243,2

Fonte: Fundação SEADE, Anuário 1995

Tabela 2

**Unidades de Saúde Contratadas e Conveniadas com o SUS por Prestador e Tipo
Estado de São Paulo e Capital — 1994**

Prestador	Tipo de Serviço	Distribuição Percentual	
		Estado de São Paulo	Município de São Paulo
Públicas	Serviços Médicos e Odontológicos	94,99	97,91
	Serviços de Apoio a Diagnoses e Terapia	5,01	2,09
	Total	100,00	100,00
	Porcentagem do total de estabelecimentos	77,71	79,01
Privadas	Serviços Médicos e Odontológicos	68,23	35,94
	Serviços de Apoio a Diagnoses e Terapia	31,77	64,06
	Total	100,00	100,00
	Porcentagem do total de estabelecimentos	20,80	19,19
Universitário	Serviços Médicos e Odontológicos	75,00	100,00
	Serviços de Apoio a Diagnoses e Terapia	25,00	0,00
	Total	100,00	100,00
	Porcentagem do total de estabelecimentos	1,49	1,80
Total	Serviços Médicos e Odontológicos	89,13	86,06
	Serviços de Apoio a Diagnoses e Terapia	10,87	13,94
	Total	100,00	100,00
Total de Estabelecimentos		5.115	667

Fonte: Fundação SEADE, Anuário 1995

Tabela 3**Profissionais Existentes na Secretaria Municipal da Saúde, Segundo o Cargo
Município de São Paulo — 1994**

Cargo	Número	Porcentagem
Total	41.718	100,00
• Médicos	7.544	18,08
• Profissionais em atividades diretas de saúde	17.718	42,47
• Profissionais em atividades administrativas	16.456	39,45

Fonte: Centro RH/Secretaria Municipal de Saúde, in Fundação SEADE, Anuário 1995

Tabela 4**Distribuição das Famílias Por Grupos Socioeconômicos que Utilizaram Serviços de Saúde nos 30 dias
Anteriores à Pesquisa, Por Posse ou Não de Convênio Médico
Município de São Paulo — 1994**

Utilização Segundo Condição de Pagamento/Posse de Convênio	Grupos Socioeconômicos				
	A	B	C	D	Total
Condição de Pagamento					
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Pago	25,8	15,6	6,2	7,2	3,9
Pré-pago	62,3	51,3	36,4	17,4	14,8
Gratuito	11,9	33,3	57,4	75,4	81,3
Posse de Convênio					
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Pelo menos um componente possui	90,3	60,3	52,7	23,6	58,2
Nenhum componente possui	9,7	39,7	47,3	76,4	41,8

Fonte: Fundação SEADE, Pesquisa de Condições de Vida, 1995

- grande proporção da população é assistida por sistemas de saúde alternativos, ou seja, planos de saúde privados, sendo a população pobre, por sua vez, assistida por cuidados de saúde do setor público (tabela 4).

**A CRISE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL:
CONFLITOS CRIADOS PELA ÊNFASE EM SISTEMA
DE SAÚDE PÚBLICO ABERTO E
DESCENTRALIZADO**

Em 1985, depois de 20 anos de administrações autoritárias, um regime democrático foi inaugurado. Naquele momento, existia certa compreensão de que a pobreza e a desigualdade de renda haviam se agravado no período militar. Não-surpreendentemente, a nova Constituição, aprovada em 1988, refletiu esse sentimento geral, incluindo muitos direitos sociais generosos. Considerando a questão saúde, a Constituição de 1988 introduziu uma

nova abordagem enfatizando a descentralização (e, por conseguinte, a **municipalização** do sistema de cuidados de saúde) e a estatização (e, por conseguinte, a hostilidade contra o setor privado, voltado para o lucro). Seguindo esse modelo, em princípios de 1990 o INAMPS (a gigantesca organização de serviços de saúde federal) foi extinto, sendo sua estrutura transferida para os estados e para os governos locais. Naquele momento, também de acordo com as políticas da Constituição de 1988, esses sistemas preexistentes começaram a ser substituídos por nova estrutura, o SUS.

De acordo com a Constituição de 1988, a “saúde é um direito de todos e um dever do Estado”, e os serviços de saúde públicos devem ser organizados em um sistema único, o mencionado SUS (Sistema Único de Saúde), no qual as instituições privadas devem ter apenas uma participação complementar. O modelo, no entanto, não tem resolvido o conflito entre o serviço público e as atividades

privadas e, ao mesmo tempo, criou um conflito entre os três níveis de administração pública. Por um lado, os princípios adotados pelo modelo SUS, isto é, **universalização** do acesso e **municipalização** da operação, atribuíram a todo cidadão brasileiro o direito de usar os serviços providos pelo SUS, em qualquer ponto do território nacional. Por outro lado, porém, desde que o governo local é o agente de operações do SUS, os recursos deveriam ser distribuídos de acordo com o tamanho das necessidades locais e da demanda potencial. Em cidades pequenas, é possível prever o tamanho do perfil da demanda de serviços de saúde, mas em cidades médias e grandes, que são pólos regionais e tendem a atrair consumidores das cidades pequenas, a demanda é menos previsível. Se a área de influência de uma cidade é maior do que seus próprios limites geográficos, os governos municipais podem ter de alocar seus recursos para assistir aos cidadãos de outras cidades. Assim, o **direito universal à saúde** é incompatível com a descentralização, ou seja, a **municipalização** do SUS.

Para resolver essa falha potencial, o sistema deveria estabelecer regras para a distribuição dos recursos financeiros, compensando as cidades que assistem aos cidadãos não-residentes. Além disso, deveriam ser adotados critérios cuidadosamente definidos para prevenir o pagamento de serviços não-razoáveis e desnecessários. Tais regras e critérios não foram incluídos, até o momento, no modelo. A distribuição de recursos entre estados e municípios é ainda decidida sob a influência de pressões políticas.

A contradição do conceito de SUS é crítica em cidades grandes, como é o caso de São Paulo, com uma população de 10 milhões e uma área de influência muito maior do que seu próprio território. De fato, estudos recentes da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (FIBGE) mostram que São Paulo atrai os consumidores de serviço de saúde de todo o país, e até mesmo de alguns países vizinhos. Além dessas questões, o problema agravou-se porque nos últimos anos a cidade tem sido governada por partidos políticos de oposição às administrações federal e estadual. Como o critério político é determinante na distribuição de recursos dentro do SUS, a administração municipal não tem tido êxito na obtenção de recursos compatíveis com as necessidades da cidade. A cidade deve oferecer serviços de saúde para grande população, mas, ao mesmo tempo, é assistida deficientemente pelos recursos do SUS.

O papel dos serviços privados de saúde e o conflito público versus privado

Embora a Constituição de 1988 tenha eleito o setor público como o *locus* principal dos serviços de saúde, o fato é que o setor privado representa papel dominante

nesse negócio. Os hospitais privados (visando ou não ao lucro) prestam a maioria dos serviços. Os pacientes do SUS podem ser assistidos em hospitais privados que se filiam ao sistema. O SUS é um gigantesco contratante. Os hospitais privados contratados por ele são pagos por procedimento, cujo preço é definido em uma tabela nacional — a tabela de preços SUS. Geralmente, ao mesmo tempo que os preços SUS são muito baixos⁽³⁾, os mecanismos de controle são muito frouxos. Casos de fraude são freqüentemente publicados na mídia. Os hospitais privados são acusados de cobrar duas vezes pelos mesmos serviços: dos cidadãos diretamente e também do SUS. Os médicos são acusados de cobrar taxas adicionais por serviços que deveriam ser providos gratuitamente, e para os quais eles são supostamente pagos pelo sistema SUS.

Em suma, por causa dos baixos preços pagos pelo SUS e de seus procedimentos de controle ineficazes ou não-existentes, o sistema tem um mecanismo de incentivo embutido que pode induzir o superfaturamento de procedimentos. Esse mecanismo pode ser considerado como uma forma de defesa usada pelos hospitais privados para compensar os baixos preços fixados pelo SUS. No entanto, depois de anos de aceitação tácita do superfaturamento, a credibilidade do SUS foi minada seriamente. Mesmo que os preços sejam corrigidos para níveis mais realistas, o superfaturamento tende a persistir graças à **cultura** criada.

Além dos serviços em convênio com o SUS, o setor privado no Brasil é responsável pelo atendimento de aproximadamente 40 milhões de consumidores de planos de saúde. Devido à baixa qualidade dos serviços oferecidos pelo sistema público, o mercado para planos de saúde tem prosperado. A falta de regulamento e controle, porém, tem dado espaço para muitos conflitos entre os consumidores e os planos de saúde. Os consumidores reclamam, principalmente, contra a exclusão arbitrária da cobertura de doenças de alto custo e os reajustes dos prêmios a taxas superiores à da inflação da economia.

Assim, embora haja certo consenso acerca da falta de eficácia do sistema público de saúde, a percepção geral a respeito da má conduta dos hospitais e dos planos de saúde privados embasa argumentos contra reformas em direção ao mercado livre.

O impacto da crise no setor público em serviços de saúde em São Paulo

A crise fiscal do Brasil afetou negativamente os programas sociais, inclusive os serviços de saúde. Um dos impactos é, obviamente, a menor disponibilidade de recursos para os serviços de saúde. Outro é a queda dos salários reais dos servidores públicos. Nas Secretarias de Saúde dos três níveis da administração pública, os

salários de médicos e outros profissionais alcançaram níveis extremamente baixos, não havendo incentivo para o desempenho eficiente. O absentismo e a rotatividade são altos, e médicos e outros profissionais com vários empregos não são raros. Recente pesquisa desenvolvida pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), e patrocinada pelo Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas, revelou que 55% dos médicos brasileiros tinham três ou mais empregos, 72% trabalhavam no setor público e 60% no setor privado, sendo que somente 12% trabalhavam exclusivamente no setor público (Convênio FIOCRUZ-CFM-PNUD, 1996). Em virtude da falta de recursos materiais e do baixo comprometimento dos recursos humanos, a qualidade dos serviços de saúde no setor público deixa a desejar. Isso explica, de certa forma, por que a imagem dos hospitais e das clínicas do setor público é tão ruim.

A baixa frequência dos médicos nas clínicas e unidades básicas de saúde do setor público ensinou à população que uma necessidade de cuidado de saúde tem maior probabilidade de ser atendida nas alas de emergência dos grandes hospitais. Como resultado, os hospitais ficam abarrotados com casos simples e de rotina e, ao mesmo tempo, o atendimento primário opera com capacidade ociosa, em termos. A administração do setor público tem muito pouco poder para mudar essa situação, pois o Estatuto dos Servidores Públicos dá estabilidade a esses funcionários. A partir desse diagnóstico a respeito das causas dos problemas dos serviços de saúde do sistema municipal de São Paulo, surgiu a idéia de criar um novo modelo de cuidados de saúde pública na cidade.

A crise dos serviços de saúde alcançou nível dramático no Brasil. O fato de milhões de cidadãos não terem escolha e serem **forçados** a utilizar os serviços conveniados com o SUS transformou a saúde em um problema de primeira ordem. O potencial político de uma eventual solução para o problema estimulou a busca de alternativas ao sistema vigente. É nesse contexto que surge em São Paulo o PAS — Plano de Atendimento à Saúde —, cujas características originais e efetivas, bem como o impacto do suposto sucesso sobre a demanda e as condições para sua continuidade são apresentados a seguir.

UMA SOLUÇÃO CRIATIVA, MAS MAL-IMPLEMENTADA: O PAS

O Plano de Atendimento à Saúde (PAS) começou a ser desenvolvido no final de 1994. A idéia original propunha a substituição de um sistema público de financiamento e prestação de serviços de saúde por um sistema privado de provisão de serviços, financiado pelo governo, com recursos do SUS e do governo municipal, e gratuito para a população, como determina a Constituição.

As instalações de saúde estão distribuídas por toda a cidade e incluem hospitais e unidades básicas de saúde que fornecem atendimento primário e preventivo, além das unidades de auxílio ao diagnóstico e ao tratamento. Os profissionais (médicos, enfermeiras e outros) são servidores públicos, sob a legislação do Estatuto dos Servidores Públicos, e há constantes reclamações de escassez de recursos humanos e materiais. É usual os pacientes esperarem em longas filas pelo atendimento. Nos hospitais privados, contratados pelo SUS, os serviços não são de qualidade muito melhor. O diagnóstico feito pela administração da cidade de São Paulo apontou várias causas, entre elas a falta de motivação dos profissionais, suportada pela falta de relação entre o sistema de remuneração e o desempenho e pelos baixos salários, e a ausência de mecanismos de controle.

A proposta original do PAS pretendia corrigir alguns desses problemas, sob o pressuposto da presença de um problema típico do modelo agente-principal caracterizado, basicamente, pela falta de compromisso dos servidores — os agentes — com os objetivos da sociedade — o principal. A proposta do PAS constituiu-se em um novo modelo organizacional que, originalmente, associava o pagamento ao desempenho, introduzindo assim incentivos para mudar o comportamento dos agentes, e visava garantir a concorrência entre os provedores. Na fase de planejamento, cogitava-se também testar a proposta — inicialmente em uma pequena área da cidade ou apenas no nível primário dos serviços de saúde —, avaliar a experiência e corrigir os desvios antes de sua implementação generalizada.

Muitos obstáculos impediram a implementação da proposta original. Primeiro, não era possível mudar as políticas de remuneração, por serem reguladas pelo Estatuto dos Servidores Públicos. Para resolver esse problema, o PAS estimulou a formação de cooperativas de trabalho que se encarregariam da prestação dos serviços de saúde a partir da infra-estrutura do próprio Município. Em princípio, a população teria o direito de escolher anualmente a cooperativa a que se filiaría com base na qualidade do tratamento recebido ao longo do ano. A receita da cooperativa seria determinada pelo produto de uma tarifa fixa *per capita* pela população cadastrada na mesma (em tese, função de qualidade dos serviços prestados).

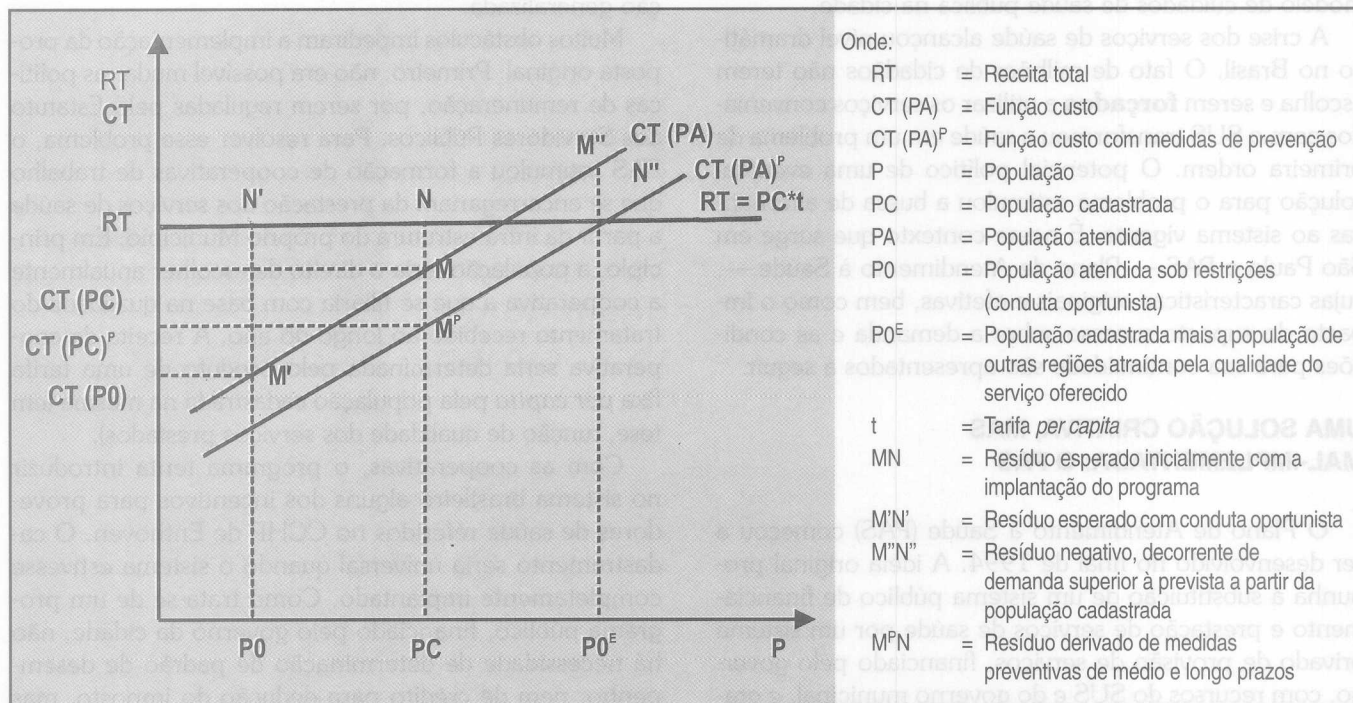
Com as cooperativas, o programa tenta introduzir no sistema brasileiro alguns dos incentivos para provedores de saúde referidos no CCHP de Enthoven. O cadastramento seria universal quando o sistema estivesse completamente implantado. Como trata-se de um programa público, financiado pelo governo da cidade, não há necessidade de determinação de padrão de desempenho, nem de crédito para dedução do imposto, mas poderia ter sido pensado um esquema de vales (*vouchers*)

para aumentar a concorrência entre as cooperativas provedoras dos serviços. O PAS foi implementado, entretanto, sem um teste inicial, em todo o Município, ficando a cargo de cada cooperativa de trabalho formada a provisão dos serviços de saúde em cada regional de saúde em que se divide o Município, configurando um sistema composto de subsistemas integrados, abrangendo Unidades Básicas de Saúde (UBS) e um ou mais hospitais localizados na região. Cada cooperativa tem autonomia para decidir sobre a escolha dos provedores de serviços e materiais, a contratação de pessoal e o controle dos custos. Como cooperativas de trabalho, seus membros (médicos, enfermeiras e outros) não são empregados públicos, não têm direito à estabilidade no emprego inerente ao funcionalismo público, nem a uma escala salarial fixa. A remuneração de cada membro fica, em tese, diretamente associada ao tamanho da diferença entre a receita e os custos incorridos no período. Teoricamente, é possível identificar duas alternativas para aumentar essa diferença: por meio do aumento da produtividade e da eficiência na provisão dos serviços de saúde à população cadastrada; e pela redução da qualidade dos serviços e/ou pela transferência dos casos mais complexos, intensivos em mão-de-obra e medicamentos, para outras unidades pertencentes a outras esferas administrativas (ainda o problema de *moral hazard*). Para evitar a segunda alternativa, alguns padrões de desempenho e mecanismos de controle deveriam ser adotados, o que não foi feito.

O sistema introduzido em São Paulo é inovador em relação ao que existe em vigor no País, especialmente em termos da autonomia operacional dada às cooperativas e da conexão entre remuneração e desempenho.

Um dos pré-requisitos para a implementação do PAS foi a formação das cooperativas de trabalho e a desvinculação dos funcionários públicos da área da saúde. Isso foi conseguido por meio de licenças temporárias aos médicos e outros profissionais para formarem as cooperativas. No final de determinado período, os cooperados teriam seus empregos de volta, caso desejassem, ou seriam desvinculados definitivamente, caso estivessem satisfeitos na cooperativa. Nas negociações para a formação das cooperativas, o risco do negócio acabou sendo reduzido pela eliminação da proposta inicial de aspectos que garantiriam a concorrência, como já mencionado: o modelo implementado não incorpora os *vouchers* como forma de pagamento direto dos beneficiários às cooperativas e determina um mercado cativo para cada cooperativa, eliminando a possibilidade de escolha pelos usuários. Para atrair médicos e outros profissionais, as cooperativas garantem remuneração fixa bastante atraente, dadas as condições do mercado de trabalho.

Da forma como foi implementado, o modelo pode incentivar comportamentos oportunistas, como reduzir a população assistida aumentando o tempo de espera, por exemplo. Para ilustrar essa situação e as implicações do comportamento oportunístico, apresenta-se no gráfico a seguir as funções de receita e custos.



Custo e Receita da Cooperativa em Função da População Atendida

Sob a hipótese de tarifa apropriada⁽⁴⁾, a provisão de serviços de saúde para a população registrada produziria uma receita total maior do que o custo total, gerando um resíduo positivo (MN). No entanto, se a cooperativa agisse oportunisticamente e reduzisse a população assistida para P0, por exemplo, o resíduo seria maior (M'N').

Esse tipo de comportamento pode ser evitado se houver várias cooperativas que concorram entre si. O esquema de *vouchers* poderia ser utilizado para estimular a concorrência. Cada família da população cadastrada receberia um vale com o qual poderia comprar serviços de saúde da cooperativa que escolhesse. Sob essa forma, o modelo incentivaria as cooperativas a prover bons serviços e oferecer programas de atenção preventiva para reduzir custos e, assim, aumentar a receita residual. Essa situação também pode ser vista no gráfico; para a população cadastrada o resíduo seria maior (M^PN), porque os custos seriam reduzidos quando a atenção preventiva fosse oferecida à população.

Em resumo, a proposta original considerava que cada Unidade Básica de Saúde, e hospital, deveria ser administrada por uma cooperativa de trabalho; os beneficiários receberiam vales para usar os serviços, o que lhes garantiria a escolha e aumentaria a concorrência entre as cooperativas; e a remuneração dos cooperados seria determinada a partir do resíduo derivado da diferença entre receita fixa e custos do atendimento, implicando uma associação direta entre desempenho e remuneração.

O PAS foi implementado em todo o município de São Paulo, com algumas características diferentes da proposta original. As cooperativas não foram criadas espontaneamente, pois a idéia encontrou forte resistência entre os médicos e outros profissionais de saúde que preferiram permanecer como servidores civis em vez de assumirem um projeto desconhecido e que parecia arriscado.

Para atrair os médicos e outros profissionais de saúde, o governo garantiu um pagamento fixo e atraente para as cooperativas, tendo sido fixado um patamar mínimo de salários para os membros cooperados, mais alto do que o salário pago aos médicos e profissionais de saúde funcionários públicos. Assim, as cooperativas perderam uma característica fundamental, a da remuneração ligada ao desempenho. Outro aspecto não considerado foi a multiplicidade de cooperativas em cada região; ao contrário, o desenho implementado determinou a administração de todo o conjunto de instalações de saúde (UBS, laboratórios, hospitais etc.) de cada regional de saúde por uma única cooperativa, eliminando, portanto, a possibilidade de concorrência entre

cooperativas. O PAS criou, em vez de um mercado competitivo, vários monopólios regionais.

No período inicial de implementação do PAS os recursos eram abundantes, os médicos bem pagos e os recursos alocados ao programa suficientes para melhorar a qualidade dos serviços, o que foi percebido pela população. A demanda explodiu. O impacto da explosão da demanda no resíduo das cooperativas também pode ser visto no gráfico. Como já mencionado, a Constituição brasileira garante a todo cidadão o direito a serviços de saúde sem qualquer despesa, sem qualquer restrição, nem mesmo geográfica. Por causa da melhoria na qualidade dos serviços de saúde, no segundo semestre de 1996 pessoas de outros municípios foram atraídas, aumentando a demanda de serviços de saúde das unidades do PAS (P0^E), implicando aumento de custo e resíduo negativo (M''N'').

A implementação do PAS transformou o **monopólio** público de atenção com a saúde em um monopólio privado. Mudou o caráter das cooperativas e, embora tenha melhorado temporariamente a qualidade dos serviços, também aumentou as despesas. Hoje, o município de São Paulo tem dois grupos de médicos e profissionais de saúde: os que não se uniram às cooperativas (ainda são funcionários públicos e continuam na folha de pagamento da Secretaria de Saúde do Município de São Paulo) e os que se uniram a elas. Some-se a isso o aumento das despesas por causa da explosão da demanda como resultado da melhoria na qualidade.

ALGUMAS OBSERVAÇÕES FINAIS

Podem ser tiradas três conclusões principais da experiência do PAS em São Paulo. Em primeiro lugar, a teoria econômica pode ajudar de fato os governos a achar soluções mais eficientes e mais equitativas para a crise do setor de saúde. Os economistas podem trazer alguns *insights* interessantes para esse problema. Em segundo, deveria ser acentuado que as políticas de saúde teriam de ser pensadas como políticas de longo prazo. É muito importante planejar cuidadosamente e avaliar os programas, dando às novas opções o tempo necessário para serem implementadas e testadas em nível experimental e exploratório e em pequena escala. Finalmente, uma vez que a experiência do PAS não foi conduzida sob tal enfoque, é possível que um programa potencialmente bom (a concepção do PAS original, com esquemas de pagamento relacionados a desempenho e competição de mercado sob regulação social) seja inevitavelmente associado, no Brasil, a práticas políticas ruins. Se esse for o caso, é possível que uma boa solução seja abandonada por causa de uma estratégia de implementação errada. ♦

NOTAS

- (1) Segundo Strong & Waterson (1987:21), o perigo moral "surge quando o principal e o agente compartilham a mesma informação até o momento em que o agente seleciona uma ação, mas depois disso o principal só pode observar o resultado ou *payoff*"; e a seleção adversa, por sua vez, "surge quando o principal não tem acesso a alguma informação que é pertinente à ação, enquanto o agente pode fazer uso dessa informação ao selecionar uma ação".
- (2) Os números apresentados neste tópico foram extraídos de Oliveira (s/data).
- (3) Por exemplo, o preço de uma consulta médica simples é de R\$ 2,04.
- (4) Uma tarifa apropriada deveria considerar o custo real do tratamento da doença e a probabilidade de ocorrência da doença no perfil de morbidez da população da área.

RESUMO

Cuidados de saúde e despesa com saúde estão, por toda a parte, na agenda de reformas políticas e governamentais. Isso também ocorre no Brasil, cujos serviços de saúde estão enfrentando uma crise dramática. Neste artigo examina-se o problema dos serviços de saúde em São Paulo, a maior cidade brasileira em que um novo modelo de serviços de saúde foi introduzido. No primeiro tópico são apresentados dois modelos microeconômicos úteis ao estudo do setor de serviços de saúde: o modelo agente-principal e o de escolha do consumidor. Nos dois tópicos seguintes são abordados alguns aspectos da crise dos serviços de saúde no Brasil e, particularmente, na cidade de São Paulo. Em seguida é examinado o novo modelo chamado Plano de Atendimento à Saúde (PAS) e, finalmente, são extraídas algumas conclusões dessa experiência.

Palavras-chave: serviços de saúde pública, Plano de Atendimento à Saúde (PAS), economia institucional.

ABSTRACT

Everywhere, healthcare and public health expenses are in the political and governmental reforms' agenda. This also occurs in Brazil, where public healthcare services face a dramatic crisis. This article examines the problems of public healthcare services in São Paulo, the largest Brazilian city, where a new public healthcare model was introduced. The first topic presents two microeconomic models that are useful in the analysis of the healthcare services' sector: the main agent model and the consumer choice model. The next two topics deal with some aspects of Brazil's healthcare service crisis and, particularly, that of the city of São Paulo. The new model called *Plano de Atendimento à Saúde* is examined and, finally, some conclusion from this experience are brought up.

Uniterms: public healthcare services, Plano de Atendimento à Saúde (PAS), institutional economy.

REFERÊNCIAS
BIBLIOGRÁFICAS

- CONVÊNIO FIOCRUZ-CFM-PNUD. *Perfil dos médicos no Brasil*. Rio de Janeiro, 1996. [Relatório de Pesquisa, Mimeo.]
- CYRILLO, D.C. & ZYLBERSTAJN, H. A crise da saúde e o PAS. *Informações FIPE*, São Paulo, Brasil, p.15-17, mar. 1995.
- ENTHOVEN, Alain C. Consumer-Choice Health Plan (second of two parts): a national-health-insurance proposal based on regulated competition in the private sector. *The New England Journal of Medicine*, Boston, USA, v.298, n.13, p.709-720, 1978.
- ENTHOVEN, Alain C. *Health plan — the only practical solution to the soaring cost of medical care*. Reading, Mass., Addison-Wesley, 1980. 196p.
- OLIVEIRA, Francisco Eduardo Barreto. A liberalização da economia e a saúde. IPEA, s/ data. [Mimeo.]
- STRONG, N. & WATERSOON, M. Principals, agents and information. In: CLARKE, Roger & McGUINNESS, Tony (eds.). *The economics of the firm*. Oxford, Blackwell, 1987. 190p.