

Introdução de mecanismos concorrenciais no sistema de saúde português : para que resultados?

Catherine Dos Santos. Enseignant-chercheur. Groupe ESC Clermont. France

RESUME

Devant la difficulté de résoudre en profondeur les dysfonctionnements des systèmes de santé, des réformes radicales de l'organisation et de la régulation des systèmes sont envisagées ou expérimentées. Les expériences étrangères tout comme les travaux de certains économistes aboutissent a priori aux mêmes conclusions : pour réformer le système de santé, il faut introduire des mécanismes de concurrence dont on attend des bienfaits en matière de maîtrise des dépenses et de production de qualité. Par ailleurs, les termes mêmes de concurrence et de privatisation sont au cœur du débat actuel sur l'avenir du système de santé. Concernant une telle proposition, le discours est double : pour certains, elle paraît attrayante, pour d'autres provocante.

Les arguments mis en avant dans le débat sur les mérites comparés du monopole et de la concurrence étant souvent plus idéologiques qu'appuyés sur des données objectives, il a semblé intéressant de rassembler l'évidence scientifique disponible là où des approches concurrentielles ont été tentées. Au-delà des discours idéologiques, l'objectif ici consiste à évaluer les attendus, mais aussi les risques inhérents à la mise en concurrence (au moins partielle) des acteurs du secteur de santé portugais.

OBJECTIVOS

As experiências estrangeiras de reforma dos sistemas de saúde, tal qual os trabalhos de certos economistas, resultam a priori em mesmas conclusões : para uma reforma no sistema de saúde, é necessário introduzir mecanismos de concorrência da qual se esperam resultados satisfatórios no que diz respeito à administração de despesas e à produção de qualidade. Aliás, os próprios termos "concorrência" e "privatização" estão no centro do debate atual sobre o futuro do sistema de saúde. Com respeito à uma tal proposição, o discurso é duplo : para alguns, ela parece atraente, para outros provocativa.

Como os argumentos sobressaídos no debate sobre os méritos comparados do monopólio e da concorrência são frequentemente mais ideológicos que apoiados sobre dados objetivos, pareceu-nos interessante reunir a evidência científica disponível nos lugares onde as iniciativas da concorrência já foram tentadas.

Para além dos discursos ideológicos, o objetivo deste trabalho consiste em avaliar os considerandos, mas também os riscos inerentes à implantação da concorrência (ao menos parcial) dos atores do setor de saúde português.

METODOS

Os trabalhos do CREDES (Bocognano et al., 1998) permitem, sob uma perspectiva funcionalista, distinguir a concorrência sobre a **função de financiamento** daquela sobre a **função de gestão de cuidados**.

A função de financiamento é assumida pelos seguradores, quer sejam eles públicos (no âmbito de um sistema nacional de saúde), para-públicos (sistemas de seguro social) ou privados (mutualidades e companhias de seguros). Trata-se definitivamente de colocar o indivíduo ao risco : a finalidade da colocação ao risco (da imersão ao risco) consiste em modificar o comportamento dos atores fundamentais, neste caso o consumidor, no mercado de cuidados, a fim de responsabilizá-lo por sua despesa de saúde.

No âmbito da implantação de concorrência sobre a função de comprador, os fundos coletados pelo regulador são divididos entre os empreiteiros de cuidados em situação de concorrência : estes novos atores do sistema de cuidados têm como função gerar estes fundos e comprar cuidados junto aos profissionais de saúde. O objetivo é finalmente o de colocar em concorrência estes profissionais de saúde.

RESULTADOS

A implantação de concorrência sobre a função de financiamento não é um conceito que prevalece na Europa, com exceção de uma margem – especialmente em certos países, pela parte mais rica da população que se assegura com títulos privados. A ideia que inspira as reformas europeias é antes de tudo a de uma concorrência limitada à função de gestão de cuidados.

O objetivo maior da concorrência organizada consiste em liberar ganhos de produtividade pela instauração de uma verdadeira concorrência entre os fornecedores de cuidados. Este objetivo pode ser atingido de maneira centralizada ou descentralizada. De maneira centralizada, quando as funções de regulador, de financiamento e de gestão de cuidados se cobrem numa perspectiva de organização monopolística do sistema de saúde. É então o regulador-financiador-gereciador de cuidados que será encarregado de colocar os fornecedores de cuidados em concorrência, conduzindo-se assim como comprador experiente. De maneira descentralizada, quando este monopólio é rompido, segundo modalidades diversas como nos Países Baixos, na Alemanha, na Grã-Bretanha, etc. O regulador pode não ser, neste caso, o financiador, nem o gereciador de cuidados. Ele não assegurará mais diretamente a concorrência entre os fornecedores de cuidados. Ele delegará esta missão aos gereciadores que podem ser os seguradores (Países Baixos) mas também profissionais de saúde (Grã-Bretanha).

A garantia de uma certa equidade no acesso aos cuidados conduz a maioria dos sistemas de saúde a não introduzir ou a limitar mais ou menos severamente a concorrência plena e inteira entre os financiadores, isto é, a excluir um sistema de seguros privados facultativos, sem barreiras. A tendência é forte, em compensação, para o regulador que permanece financiador em delegar a função de cuidados em troca de uma taxa atuarial que presume eliminar a tentação de seleção dos riscos nos gereciadores de cuidados, favorecendo sempre a eficácia produtiva para uma melhor escolha seletiva de fornecedores de cuidados. Parece-nos que o balanço eficácia (controle dos custos e garantia de qualidade) – equidade (garantia de igualdade de acesso aos cuidados) é mais favorável quando o gereciador de cuidados, a quem o regulador-financiador delegou a função de gestão, é um profissional da área de saúde (Grã-Bretanha) do que um da área de seguros (Países Baixos,...). Pode-se pensar que esta melhor performance deve-se ao fato que o regulador do sistema de saúde, assim realizado, beneficiará não somente as vantagens de uma coordenação mercantil, mas também às de uma coordenação não-mercantil fundada sobre competências específicas dos operadores-profissionais de saúde e de seus comportamentos éticos. Não parece inevitável que a cobertura funcional regulador-financiador-operador (gereciador de cuidados) deva ser sistemática e radicalmente rompida.

DISCUSSÃO ET CONCLUSÃO

Qual a introdução de concorrência em Portugal?

O estudo dos sistemas de saúde nos países que ofereceram um amplo espaço à concorrência sobre a função de financiamento sugere que uma tal iniciativa esconde um risco importante de iniquidade. Em compensação, as experiências de managed care nos Estados Unidos e de fundholding no Reino Unido mostram que é possível racionalizar a oferta de cuidados sem necessariamente degradar a qualidade das prestações.

A comparação das diversas experiências estrangeiras mostra igualmente a necessidade da emergência de um regulador com competências múltiplas: ele tem por função garantir a qualidade das prestações e tomar cuidado para que os lucros realizados pelos agentes da concorrência resultem de uma racionalização do processo produtivo e não de um fenômeno de seleção dos pacientes segundo seus níveis de risco. Enfim, as convergências baseadas entre os sistemas americano e britânico parecem defender uma implicação importante dos médicos na gestão do risco, mesmo se esta gestão supõe competências suplementares, principalmente em termos de processamento da informação.

Mais do que uma verdadeira introdução da concorrência organizada, a situação em Portugal se sobressai quando muito de uma experimentação repetindo várias características da concorrência, aplicadas somente em certos setores do sistema de saúde. A transferência de um modelo social em geral, e ainda mais particularmente das modalidades de concorrência nos sistemas de saúde, não é automática : entretanto, tanto a globalização quanto a integração europeia deveriam favorecer uma tal convergência. Parece, pois, que as políticas de saúde interna trabalham sempre de uma maneira relativamente autônoma as políticas de saúde e as reformas dos sistemas de saúde. Também os paradigmas da política são reformulados na ocasião de cada onda de reformas em cada país e de cada mudança de orientação política dos Estados membros.

BIBLIOGRAFIA

De Campos, 2004, *Decentralization and Privatization in Portuguese Health Reforms*, Sistema Nacional de Saude, volume tematico : 4.

Bocognano A., Couffinal A., Grignon M., Mahieu R. et Polton D., 1998, *Mise en concurrence des assurances dans le domaine de la santé. Théories et bilan des expériences étrangères*, Paris, Credes-INSEE 1998/11, n° 1243.

Rothschild M., Stiglitz J., 1976, "Equilibrium in competitive Insurance Markets: an essay on the economics of imperfect information", *Quarterly Journal of Economics*