

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS
DEPARTAMENTO DE ECONOMIA E RELAÇÕES INTERNACIONAIS**

RODRIGO AZEVEDO PELLEGRINI

**SISTEMAS DE SAÚDE COMPARADOS: RISCO MORAL E TEORIA DA AGÊNCIA
NOS PAÍSES ESTADOS UNIDOS, CANADÁ E REINO UNIDO**

Porto Alegre

2018

RODRIGO AZEVEDO PELLEGRINI

**SISTEMAS DE SAÚDE COMPARADOS: RISCO MORAL E TEORIA DA AGÊNCIA
NOS PAÍSES ESTADOS UNIDOS, CANADÁ E REINO UNIDO**

Trabalho de conclusão submetido ao Curso de Graduação em Ciências Econômicas da UFRGS, como requisito parcial para obtenção do título Bacharel em Economia.

Orientador: Prof. Dr. Sérgio Marley Modesto Monteiro

Porto Alegre

2018

CIP - Catalogação na Publicação

Pellegrini, Rodrigo Azevedo
SISTEMAS DE SAÚDE COMPARADOS: RISCO MORAL E TEORIA
DA AGÊNCIA NOS PAÍSES ESTADOS UNIDOS, CANADÁ E REINO
UNIDO / Rodrigo Azevedo Pellegrini. -- 2018.
116 f.
Orientador: Sérgio Marley Modesto Monteiro.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade
de Ciências Econômicas, Curso de Ciências Econômicas,
Porto Alegre, BR-RS, 2018.

1. Economia da Saúde. 2. Sistemas de Saúde. 3.
Teoria da Agência. 4. Risco Moral. 5. Economia
Institucional. I. Monteiro, Sérgio Marley Modesto,
orient. II. Título.

RODRIGO AZEVEDO PELLEGRINI

**SISTEMAS DE SAÚDE COMPARADOS: RISCO MORAL E TEORIA DA AGÊNCIA
NOS PAÍSES ESTADOS UNIDOS, CANADÁ E REINO UNIDO**

Trabalho de conclusão submetido ao Curso de Graduação em Ciências Econômicas da UFRGS, como requisito parcial para obtenção do título Bacharel em Economia.

Orientador: Prof. Dr. Sergio Marley Modesto Monteiro

Aprovada em: Porto Alegre, ____ de _____ de 2018.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Sergio Marley Modesto Monteiro
UFRGS

Prof. Dr. Julio Cesar de Oliveira
UFRGS

Prof. Dra. Janice Dornelles de Castro
UFRGS

“The Theory of Economics does not furnish a body of settled conclusions immediately applicable to policy. It is a **method** rather than a **doctrine**, an apparatus of the mind, a technique of thinking, which helps its possessor to draw correct conclusions.” (KEYNES, 1922)

RESUMO

Ao longo da segunda metade do século passado, foi observado um significativo aumento no gasto destinado à saúde como porcentagem da renda nacional. Ao mesmo tempo, a literatura a respeito da Economia da Saúde relata certas características a respeito do mercado em questão, diferenciando-o do restante da economia. Dentre essas diferenças, há os casos de risco moral e problema principal-agente. Com base nisso, o estudo de como tornar os sistemas nacionais de saúde mais eficientes é de suma importância. O objetivo desse trabalho é analisar as reformas institucionais que tiveram como foco o combate aos problemas de mercado supracitados realizadas por três diferentes países (Estados Unidos, Canadá e Reino Unido). Como método, é realizada uma revisão da literatura para compreender a estrutura funcional desses três sistemas de saúde, e os temas de risco moral e problema principal-agente. Após, são analisadas as mudanças institucionais ocorridas durante a segunda metade do século XX e início do século XXI, em especial àquelas realizadas com intuito de combater os problemas de mercado em questão. A conclusão resultante da realização do estudo foi de que, há sim diferenças em certos casos nos mecanismos adotados pelos países para combater o risco moral e a teoria da agência, dependendo da estrutura do sistema de saúde ser essencialmente pública ou privada. Entretanto, certas medidas foram adotadas pelos três países analisados independentemente dessa estrutura e, assim, fazem com que, de certa forma, haja um movimento de convergência institucional entre os diferentes sistemas de saúde em questão. Dessa forma, espera-se que o presente estudo possa servir como guia para formadores de políticas públicas na missão de tornar os sistemas de saúde nacionais mais eficientes.

Palavras-chave: Economia da Saúde. Sistemas de Saúde. Teoria da Agência. Risco Moral. Economia Institucional.

ABSTRACT

During the second half of the last century, a significant rise in the share of spent destined to health as a percentage of the total national income was observed. At the same time, current literature regarding Health Economics describes certain characteristics about this market that differentiates it from the rest of the economy. Among them, there are the cases of moral hazard and principal-agent problem. With that in mind, the study of how to make health systems more efficient is of great value. The aim of this particular study is to analyze the institutional reforms adopted by three different countries (United States, Canada and United Kingdom) that had the goal of dealing with the above mentioned market problems. As method, a review of the literature is done, with the focus of understanding both the structure of this three health systems and the topics of moral hazard and agency theory relative to Health Economics. Then, the institutional changes adopted by these countries during the second half of the XX and beginning of XXI centuries, with a focus directed to the ones that aimed to fight those two market problems, are analyzed. It was possible to conclude, after the study, that there are differences in certain cases in the mechanisms adopted by these countries to deal with moral hazard and principal-agent problem, depending on the structure of the health system being mainly public or private. However, it was seen that there are some changes that were adopted by this three different countries, independently of its market structure. As so, the hypothesis that there is a certain convergence in the modern health systems is brought to debate. As a conclusion, it is expected that this works can be used as a tool to public policy makers in the mission of building efficient national health systems.

Keywords: Health Economics. Health Systems. Agency Theory. Moral Hazard. Institutional Economics.

LISTA DE FIGURAS

Figura 3.1 – Curvas de utilidade do seguro no indivíduo avesso ao risco, com e sem seguro.....	30
Figura 3.2 - Demanda por um bem com elasticidade, com e sem a presença de um seguro.....	34
Figura 3.3 - Comportamento da demanda por um serviço inelástico.....	35
Figura 3.4 - Formação da curva de demanda de um indivíduo com seguro completo.....	36
Figura 3.5 – Formação da curva de demanda de um indivíduo com seguro parcial.....	37
Figura 3.6 - Modelo de dois casos para análise de franquia.....	37
Figura 3.7 – Curva de um consumidor com seguro com copagamentos e franquia.....	38
Figura 3.8 – Efeito do seguro para o mercado da saúde.....	40
Figura 4.1 – Proporção dos modelos de planos de saúde desde 1988 a 2016 (em %)......	58
Figura 4.2 – Tempo de espera médio em comparação com tempo de espera adequado por especialidade no Canadá em 2017.....	70
Figura 4.3 – FFS e métodos alternativos de pagamento como percentual do total dos pagamentos feitos para médicos (1999-2016).....	72
Figura 4.4 – Número de médicos generalistas no Reino Unido (1989-2009).....	81
Figura 4.5 – Média do número de credenciados por médico generalista no Reino Unido (1989-2009).....	82
Figura 4.6 – Porcentagem de pacientes esperando menos de 18 semanas para receberem o tratamento indicado pelo especialista.....	85
Figura 4.7 – Número médio de APs por semana por especialista em 2003 (%).....	96
Figura 4.8 – Volume de pagamentos para hospitais no modelo PBR (2003 a 2012).....	98

LISTA DE TABELAS

Tabela 2.1 – Fonte de seguro saúde da população norteamericana.....	15
Tabela 2.2 – Market Share por tipo de plano de saúde.....	17
Tabela 3.1 – Média de consumo <i>per capita</i> estratificada por plano no estudo RAND.....	42
Tabela 4.1 – Presença de franquia por tipo de plano de saúde, Estados Unidos, 2016....	54
Tabela 4.2 – Presença de copagamentos para cirurgias por tipo de plano de saúde, Estados Unidos, 2016.....	54
Tabela 4.3 – Valores dos prêmios por tipo de plano de saúde em 2016.....	59
Tabela 4.4 – Modelos de pagamentos e reformas institucionais em Ontário, 2016.....	75
Tabela 4.5 – População coberta por seguro privado no Reino Unido como % do total (1990-2008).....	86

LISTA DE QUADROS

Quadro 2.1 – Macroestrutura histórica por tipo de financiamento e provimento dos sistemas de saúde.....	14
Quadro 4.1 – Macroestrutura do financiamento dos sistemas.....	52
Quadro 4.2 – Macroestrutura do provimento dos sistemas (Principais meios de pagamento).....	52
Quadro 4.3 – Comparação dos modelos de pagamento entre os planos tradicionais da década de 1970 e 1980 com os planos do Managed Care.....	64
Quadro 4.4 – Mudanças institucionais e consequências para os cidadãos pelo combate ao risco moral e ao problema principal-agente.....	100

LISTA DE ABREVIACÕES

ABF	<i>Activity Based Funding</i>
BMA	<i>British Medical Association</i>
CMA	<i>Canadian Medical Association</i>
DRG	<i>Diagnostic Related Group</i>
FFS	<i>Fee-For-Service</i>
FHG	<i>Family Health Groups</i>
FHO	<i>Family Health Organization</i>
FHT	<i>Family Health Team</i>
FT	<i>Financial Trust</i>
HDHP	<i>High Deductible Health Plan</i>
HMO	<i>Health Maintenance Organization</i>
NHS	<i>National Health Service</i>
NIC	<i>National Insurance Contributions</i>
PBR	<i>Payment By Results</i>
PCT	<i>Primary Care Trust</i>
POS	<i>Point Of Service</i>
PPO	<i>Preferred Provider Organization</i>
QOF	<i>Quality Opportunity Fund</i>
RBRVS	<i>Resouce-Based Relative Value Scale</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 CARACTERIZAÇÃO DOS SISTEMAS DE SAÚDE	14
2.1 A ESCOLHA DOS SISTEMAS	16
2.2 ESTADOS UNIDOS	17
2.3 CANADÁ.....	22
2.4 REINO UNIDO.....	27
3 FALHAS DE MERCADO DOS SISTEMAS DE SAÚDE.....	32
3.1 RISCO MORAL.....	36
3.2 TEORIA DA AGÊNCIA.....	46
4 FALHAS NOS SISTEMAS DE SAÚDE E MECANISMOS DE CONTROLE	54
4.1 RISCO MORAL NOS ESTADOS UNIDOS.....	56
4.2 PROBLEMA PRINCIPAL-AGENTE NOS ESTADOS UNIDOS	63
4.3 RISCO MORAL NO CANADÁ	68
4.4 PROBLEMA PRINCIPAL-AGENTE NO CANADÁ	75
4.5 RISCO MORAL NO REINO UNIDO	83
4.6 PROBLEMA PRINCIPAL-AGENTE NO REINO UNIDO	91
5 CONCLUSÃO	106
REFERÊNCIAS	108

1 INTRODUÇÃO

O crescimento dos gastos em saúde, medido como proporção do PIB dos países, ocorrido nas últimas décadas é um sinal de alerta para os economistas da saúde. De fato, contabilizando apenas os membros da OCDE, no ano 2000 esse montante somava 9,34%, enquanto que em 2015, de acordo com o dado mais atualizado disponível pela Organização Mundial da Saúde, o total era de 12,44%¹. Nos Estados Unidos, onde os gastos em saúde possuem a maior proporção dentre todos os países acompanhados, o valor correspondente é de 16,84% do PIB.

Entretanto, essa preocupação não é atual. Desde 1963, com a publicação do histórico artigo “*Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care*”, o economista Kenneth Arrow apontava as particularidades do mercado de serviços de saúde que justificavam uma análise própria do tema em relação ao restante da economia. Dentre elas, o autor discorre a respeito das questões de risco moral, ao defini-lo como um aumento do gasto por parte dos consumidores ao adquirirem um seguro, e a teoria da agência, ao afirmar que diferentes modelos de pagamentos geram determinados incentivos e mudanças nas práticas dos provedores de saúde, tanto médicos como hospitais (ARROW, 1963).

Dessa forma, dado o crescimento dos gastos em saúde e as particularidades da economia da saúde, é de fundamental importância compreender como os países lidam com essas questões. Com base nisso, o objetivo desse trabalho é analisar como a teoria da agência e o risco moral influenciam a formação dos sistemas de saúde modernos. Tal estudo justifica-se pela necessidade de se obter sistemas de saúde com mais eficiência, tendo em vista as crescentes demandas e custos em elevação. Como método, serão estudadas as mudanças institucionais ocorridas nos sistemas de saúde de três países (Estados Unidos, Canadá e Reino Unido) desde a sua criação, com ênfase naquelas que tiveram como justificativa combater os problemas de mercado supracitados.

Cabe, de antemão, adiantar que esse trabalho não pretende realizar uma análise que contenha questões éticas/morais a respeito do tema. A revisão institucional realizada tem como foco os temas relacionados com conceitos de eficiência derivados da microeconomia, restringindo as possíveis conclusões a esse campo de estudo da ciência econômica. Evidente que sistemas de saúde devem ser estudados com a devida multidisciplinariedade que o tema

¹ Disponível em <https://data.worldbank.org/indicador/SH.XPD.CHEX.GD.ZS>

requer. Entretanto, ressalta-se que esse trabalho em si possui estritamente o foco acima relatado.

Para tanto, os capítulos a seguir são separados da seguinte maneira: (i) caracterização dos três sistemas analisados; (ii) introdução às falhas de mercado risco moral e teoria da agência; e (iii) mecanismos de combate às falhas de mercado nos três países.

O primeiro capítulo, então, busca oferecer um panorama geral a respeito dos sistemas de saúde analisados. Antes disso, entretanto, será justificada a escolha dos três países, dentre tantas possibilidades existentes. As caracterizações dos sistemas são importantes para que o leitor possa compreender como cada um dos sistemas teve origem, quais são suas propostas e como é organizado. Para fins didáticos, foi utilizada uma separação entre a parte que financia o sistema, definida como o modo que os cidadãos são cobertos pelos seguros de saúde, e a parte que o provê, definida como o modo que o seguro, ou governo, contrata os serviços no mercado.

O segundo capítulo se desenvolve em torno das falhas de mercado a serem analisadas: risco moral e teoria da agência. Nesse ponto, cabe ressaltar a importância da separação da caracterização dos sistemas de saúde dos países em financiamento e provimento realizada no primeiro capítulo. O risco moral, como será visto adiante, é um problema decorrente da obtenção de seguros por parte dos consumidores, logo, deve ser aqui compreendido como um tema associado ao modelo de financiamento do sistema de saúde. Por outro lado, a teoria da agência é compreendida nesse trabalho no que se refere ao modelo de remuneração tanto a médicos como a hospitais, relacionando-se à maneira de contratação dos serviços por parte do seguro e/ou governo e, dessa forma, estando intrinsecamente ligada ao modo de provimento dos sistemas.

Como síntese, o terceiro capítulo analisa as mudanças institucionais ocorridas desde a criação de cada um dos três sistemas de saúde com base na teoria econômica do risco moral e da teoria da agência. Assim, ele é separado, primeiramente, por país, sendo que cada um possui uma seção própria, e, ainda, cada sistema de saúde é analisado conforme cada falha de mercado. Dessa forma, será possível compreender como cada falha de mercado impactou a formação desses três sistemas de saúde.

2 CARACTERIZAÇÃO DOS SISTEMAS DE SAÚDE

O objetivo deste capítulo é apresentar os sistemas de saúde a serem analisados, com ênfase nas informações que auxiliem atingi-lo. Entretanto, antes disso, será feita uma justificativa para a escolha dos sistemas destes três países em detrimento de tantos outros existentes. Será dada maior importância a mostrar como se organizam, os meios de **financiamento** que utilizam e a maneira de **provimento** de cada um, o que será chamado de macroestrutura. Assim, dessa maneira serão separados os subcapítulos a seguir, dentro de cada um dos sistemas de saúde.

Quanto ao **financiamento** do sistema, será abordada a maneira de obtenção de seguros por parte da população. O modelo de seguro será apresentado no que refere a quem está coberto, tanto pela parte pública quanto pelo setor privado, quais são os serviços oferecidos, como são financiados e como é a sua administração.

No **provimento**, o foco será voltado para o modelo principal de remuneração dos fatores produtivos nesta cadeia, no caso, restrito a médicos e hospitais. Também será exposto o modelo de instituição que corresponde cada um destes agentes, se são públicos com administração própria, se respondem a um determinado órgão ou se são da prática privada.

Tal separação é necessária pois, no mercado de serviços de saúde, há uma instituição entre aqueles que os financiam (população/consumidores) e aqueles que os ofertam (profissionais): o seguro, *lato sensu*. Assim, julga-se necessário entender tanto como as pessoas contratam ou recebem a cobertura de saúde, como de que maneira o seguro contrata os serviços demandados por esta população.

No caso dos Estados Unidos, maior foco será dado para o mercado privado, haja vista que esse é o meio de cobertura da população em geral do país (RICE et al., 2013). Os programas públicos serão apresentados para que se compreenda como a população considerada em risco obtém cobertura de saúde; entretanto, não será objeto de análise mais profunda, salvo quando pertinente e necessário para o bom entendimento do tema.

No sistema canadense, o programa público de saúde será abordado com mais ênfase, visto ser a maneira geral de obtenção de serviços de saúde de sua população, enquanto que o setor privado será analisado apenas no que se refere a sua relação com o sistema público (MARCHILDON, 2013).

A respeito do Reino Unido, também será analisado o sistema público, primordialmente, por ter como característica, assim como no Canadá, a cobertura universal

para a população, sendo o mercado privado novamente apresentado de maneira subsidiária ao público (BOYLE, 2011).

Neste momento, ainda cabe definir o conceito de **sistema de saúde**, de **cobertura universal** e os papéis dos **planos privados** em um determinado sistema de saúde. Estes conceitos serão de grande utilidade ao longo do trabalho.

Um **sistema de saúde** pode ser definido pelo conceito utilizado pela Organização Mundial da Saúde: “todas as atividades cujo objetivo primário é promover, restaurar ou manter a saúde” (MUSGROVE et al., 2000, p. 5). Entretanto, não são todas as atividades presentes neste conceito que devem ser analisadas neste trabalho. Assim como Arrow (1963) já identificava, questões de prevenção populacional, como vacinações e educação em saúde, são consenso entre autoridades públicas, independentemente do país, por terem qualificação de bem público. O foco escolhido, então, são os serviços prestados por médicos e por instituições hospitalares, por se caracterizarem como atividades que possuem diferentes mecanismos para que sejam oferecidas para as populações dos países.

O conceito de **cobertura universal** também é oferecido pela Organização Mundial da Saúde, a qual define que ela é atingida quando todos os cidadãos podem ter acesso aos serviços de saúde de qualidade que necessitam, sem dificuldades financeiras (WHO, 2008, pág. 1). Em relação aos três sistemas de saúde analisados, Canadá e Reino Unido são exemplos de países que adotaram a cobertura universal no momento da formação de seus sistemas públicos de saúde modernos. Os Estados Unidos, entretanto, não o possui como um de seus objetivos.

A respeito da organização dos sistemas de saúde nacionais, os **planos privados** de saúde podem ser classificados como (MOSSIALOS; THOMSON, 2002):

- a) Substitutivos: quando os serviços de saúde são providos pelo Estado, entretanto, uma classe de indivíduos não faz parte da cobertura governamental ou opta por não utilizá-la, sendo coberta integralmente pelo mercado privado.
- b) Complementar: quando os serviços oferecidos pelos planos privados não são oferecidos pelo sistema público.
- c) Suplementar: quando o propósito do plano privado de saúde é oferecer cobertura para alguns serviços mais especializados, com um acesso mais rápido e com aumento das opções para o consumidor.

2.1 A ESCOLHA DOS SISTEMAS

A classificação de sistemas públicos de saúde não é um consenso dentre os economistas. O motivo disso, porém, não é exclusivo do assunto. Como aponta Freeman (FREEMAN; FRISINA, 2010), o problema de classificações reside em dois extremos: ser demasiadamente generalista, não aplicável aos modelos reais e, assim, de pouca utilidade científica; ou pecar pela extrema especificidade, em que cada caso é tão bem retratado que um número muito grande de grupos taxonômicos deve existir, o que resulta em uma perda de sentido para a classificação proposta, pois essa torna-se similar a um estudo de caso.

Assim, a escolha dos sistemas de saúde aqui analisados não teve como base uma classificação determinada pela literatura. Entretanto, estudos nela presentes já utilizaram-se desses três sistemas para realizar uma análise comparada de suas estruturas, funcionamento e eficiência (ANDRADE, 2000; TUOHY, 1999; BESLEY 1994). A justificativa para tanto reside no fato de que se pode separá-los tanto pelo modelo de financiamento quanto pelo meio de provimento dos serviços.

No caso norteamericano, o mercado de saúde possui tanto o **financiamento** quanto o **provimento** primordialmente **privados**, pois os planos privados de saúde cobrem a maior parte da população enquanto os médicos e hospitais atuam como agentes da iniciativa privada.

No caso canadense, o **financiamento** é **público**, por meio de um grande programa social, mas o **provimento** é **privado**, realizado por meio de profissionais (médicos) e instituições (hospitais) cujos meios de produção são independentes do governo.

O caso britânico historicamente é constituído por **financiamento** e **provimento públicos**, sendo os fatores de produção pertencentes ao programa nacional de saúde (NHS) (BOYLE, 2011; MARCHILDON, 2013; RICE et al., 2013).

Quadro 2.1 – Macroestrutura histórica por tipo de financiamento e provimento dos sistemas de saúde

País	Estados Unidos	Canadá	Reino Unido
Financiamento	Privado	Público	Público
Provimento	Privado	Privado	Público

Fonte: Elaboração própria.

2.2 ESTADOS UNIDOS

O sistema de saúde norteamericano configura-se como um sistema misto, em que parte da população obtém seguro saúde por meio de um mercado privado, enquanto outra parte o obtém através de programas governamentais (RICE et al., 2013). Em 2014, segundo dados do Banco Mundial², menos de 50% do total gasto com saúde no país tinha origem pública. Em comparação, Reino Unido (83%) e Canadá (70%) possuíam um percentual significativamente maior. Dentre os países desenvolvidos, os Estados Unidos são o que possui o sistema público de saúde com menor proporção em relação aos gastos totais com saúde.

Importante que se note, neste sistema, que o mercado de seguros privado atua como principal fonte de cobertura para a população em geral, enquanto o governo restringe-se aos casos dos idosos e dos cidadãos de baixa renda. No primeiro caso, justifica-se a intervenção como uma forma de aposentadoria, enquanto que, no segundo, de distribuição de renda (FOLLAND, 2010). Assim, a base do sistema de saúde norteamericano baseia-se nos princípios do livre mercado, em que o princípio da competição entre as firmas tende a resultar em uma maior eficiência, enquanto o governo atua para prover assistência aos necessitados. Pode-se afirmar, então, que os Estados Unidos possui um mercado de saúde privado substitutivo, de acordo com a classificação apresentada no início do capítulo.

Ainda a respeito da organização geral, quatro principais agentes podem ser destacados no processo de formação do mercado da saúde nos Estados Unidos: (1) governo, o qual atua principalmente por meio dos seguros sociais, nas situações especiais; (2) seguros privados, responsáveis por cobrir mais da metade da população (3) provedores, formados por entidades públicas ou privadas, com fins lucrativos ou não e (4) reguladores, órgãos independentes não governamentais que atuam para a melhor prática do mercado (RICE et al., 2013).

Financiamento

O financiamento do mercado da saúde nos Estados Unidos é separado em público e privado, sendo que ambos possuem praticamente o mesmo peso nos gastos totais. A tabela abaixo demonstra a porcentagem da população por seguro.

² Disponível em <https://data.worldbank.org/>

Tabela 2.1: Fonte de seguro saúde da população norte-americana (2012)

Tipo de Seguro	<i>Market Share</i>
Seguro Privado	57%
Medicare	11%
Medicaid	13%
Seguro Militar	4%
Sem seguro	15%

Fonte: MOSES et al., 2013

Em relação aos seguros privados, 90% da população que os obtém o faz através de seu empregador, que possui benefícios fiscais para oferecê-los a seus empregados. Isso ocorre pois a renda que o trabalhador recebe por meio de um seguro de saúde contratado pelo empregador é livre de impostos. Esta prática não é obrigatória, entretanto, 98% das firmas com mais de 200 empregados oferecem seguro para seus trabalhadores e respectivas famílias, principalmente pela existência desse incentivo fiscal (CLAXTON et al., 2016). Ainda, empregados também podem adquirir seguros privados fora daqueles oferecidos pelo empregador, se assim decidirem. Trabalhadores autônomos, ou aqueles que trabalham em empresas que não oferecem seguro saúde, também possuem benefícios fiscais para adquirir um plano privado (CUTLER; ZECKHAUSER, 2000).

Os planos privados podem ser classificados em cinco classes: (i) Convencional, (ii) *Preferred Provider Organization* (PPO), (iii) *Health Maintenance Organization* (HMO), (iv) *Point Of Service* (POS) e (v) *High Deductible Health Plan* (HDHP). Em 2016, os planos PPOs, HMOs, HDHPs e POSs representaram 99% do mercado, desta maneira, serão destacados adiante (CLAXTON et al., 2016). Esses modelos de seguro saúde são classificados como *Managed Care* (cuidado administrado, em tradução livre), representando mecanismos que o mercado privado norte-americano desenvolveu e que tornaram-se populares ao longo dos anos 1990, para conter o crescimento nos gastos com saúde (GLIED, 1999).

As PPOs são planos em que os clientes possuem a escolha entre utilizar os serviços prestados pela rede preferencial ou buscar serviços de prestadores de fora dela. A assinatura do plano baseia-se em um prêmio mensal e, quando o indivíduo compra um serviço, ele tem um custo (copagamento)³, o qual representa uma parte do gasto ao qual ele incorreria se não tivesse o seguro. Caso o indivíduo escolha adquirir os serviços dos prestadores preferenciais,

³ Copagamentos e franquias serão abordados com mais ênfase no próximo capítulo, na seção “Risco Moral”

este copagamento é reduzido proporcionalmente, em relação ao co-pagamento necessário para que utilize serviços de fora da rede (FOLLAND; 2010). Este modelo de plano de saúde é atualmente o mais popular dentre os cidadãos norte-americanos, com cerca de 50% do mercado (CLAXTON et al., 2016).

As HMOs representam um modelo mais restritivo que as PPOs. Elas oferecem uma variedade de serviços aos seus clientes, a custos extras reduzidos, entretanto, limitam a contratação a duas maneiras. A primeira é que os segurados apenas possam utilizar os serviços prestados por profissionais e instituições pertencentes à rede da HMO; a segunda é que cada assinante possui um médico de atenção primária responsável por indicar e/ou aprovar os serviços a serem contratados pelo segurado. Caso esse médico não aprove determinado procedimento, o indivíduo arca com o custo total, ou seja, como se não possuísse plano de saúde (FOLLAND, 2010).

Os POSs são planos com um modelo misto entre os HMOs e PPOs. Assim como os PPOs, os segurados possuem duas opções de coberturas: serviços prestados por profissionais da rede ou de fora. Se escolherem a primeira opção, possuem benefícios financeiros. Entretanto, assim como nas HMOs, caso demandem serviços da rede conveniada, são designados a um médico de atenção primária para que gerencie seu cuidado. O processo é o mesmo: para que o paciente possa contratar algum procedimento, esse deve ser aprovado pelo médico de atenção primária que o atende (FOLLAND, 2010).

Nota-se que esses três modelos de planos de saúde constituem uma variação entre a escolha por redução de custos e, ao mesmo tempo, poder de escolha. Em um extremo, as HMOs foram criadas para reduzir os altos custos com saúde, sendo a restrição à escolha por parte do paciente o principal mecanismo do modelo. Nos anos 1980 tiveram uma grande aceitação por parte do público, sendo o principal modelo de seguro do mercado. Os planos PPOs, menos restritivos, porém, mais custosos, são atualmente o principal modelo de seguros de saúde contratados, tendo crescido em número de assinantes nos anos 2000, o que demonstra uma preferência de escolha dos consumidores por menos restrição, mesmo que isso resulte em custos maiores. (CLAXTON et al., 2016).

Os planos HDHPs possuem uma aderência mais recente do público norte-americano. Seu modelo de assinatura é por meio de um prêmio mensal, o qual geralmente é reduzido em relação aos planos HMOs e PPOs, e uma franquia alta quando da contratação de algum serviço. Dessa maneira, é dito um seguro para grandes custos, enquanto que gastos menores que a franquia são responsabilidade do próprio assinante. (RICE et al., 2013).

Tabela 2.2: Market Share por tipo de plano de saúde.

Plano	Market Share 2016
PPOs	48%
POSs	9%
HMOs	15%
HDHPs	29%

Fonte: Employer Health Benefits, 2016

As fontes governamentais de financiamento à saúde são representadas principalmente por dois programas, o Medicare e o Medicaid. Ambos são oferecidos apenas para certos grupos da sociedade, enquanto que o mercado privado tem a função de suprir a necessidade daqueles que deles não são beneficiários. A função desses programas, segundo Folland (1997), seria similar a de programas sociais de aposentadoria (Medicare) e de transferência de renda para indivíduos de menor renda (Medicaid).

A população com direito ao Medicare é composta pelos indivíduos com mais de 65 anos ou que estão aposentados por algum tipo de invalidez. Configura-se em um seguro no qual parte das despesas em saúde são cobertas pelo governo e parte pelo indivíduo. Os cidadãos podem optar por participar do plano tradicional ou adquirir um plano Medicare privado, em que são oferecidos mais benefícios aos assinantes. O programa é financiado por um imposto cobrado de todos os empregados ou profissionais liberais. No caso dos empregados, o valor é dividido com o empregador (1,45% para cada um), enquanto que o profissional liberal arca com o valor total sozinho (2,9%) (RICE et al., 2013).

O Medicaid é o programa de assistência à saúde de indivíduos de baixa renda e desempregados. Não é um seguro de saúde como Medicare, em que os custos são compartilhados, mas constitui-se como um plano que cobre todas as despesas médicas dos segurados. Contudo, o Medicaid não é um programa federal (caso do Medicare), mas sim estadual; com isso, os estados possuem autonomia para definir quais são os critérios de elegibilidade para o plano. Dessa forma, há diferenças na rede de cobertura, dependendo da localidade (FOLLAND, 2010). Como a intenção deste trabalho é avaliar o mercado norteamericano com ênfase em seu setor privado, seria de pouca utilidade abordar mais questões a respeito do financiamento público no mercado da saúde.

O sistema de saúde norteamericano não possui cobertura universal para seus habitantes. Este, inclusive, era um dos objetivos do Affordable Care Act, chamado também de Obamacare, no momento em que obrigava os estados a adotarem o Medicaid para seus

habitantes de baixa renda. Entretanto, em 2018 o documento foi revogado pelo congresso americano. Dessa forma, em torno de 15% da população não possui nenhuma cobertura oficial de planos de saúde. Essas pessoas obtêm certos tipos básicos de serviços de saúde e serviços emergenciais através de centros comunitários de saúde. Por outro lado, essa população não possui acesso, a não ser que arque com os custos totais, a médicos especialistas e serviços mais específicos. (VAN LOON; BORKIN; STEFFEN, 2002).

Provimento

O provimento de serviços de saúde nos Estados Unidos será abordado neste trabalho apenas no que concerne ao mercado privado de atenção à saúde, não sendo apresentados, dessa forma, os modelos de contratos referentes aos programas Medicare e Medicaid neste ponto.

Os planos do Managed Care possuem 3 modelos de pagamentos para médicos ao contratar seus serviços: (i) salários, em que há um pagamento fixo mensal ao prestador de serviço, independentemente do número de pacientes que este possui ou da quantidade de serviços prestados, (ii) sistema de capitação, com um pagamento calculado com base no número de pacientes tratados por um médico, e (iii) pagamento por procedimento *Fee For Service* (FFS), em que a cada procedimento realizado o prestador recebe uma compensação financeira⁴ (GLIED, 1999).

É preciso diferenciar, neste ponto, o provimento de serviços por médicos generalistas, ou de atenção primária, do provimento por parte de médicos especialistas. Os primeiros representam o que se chama de cuidado primário, responsáveis por acompanhar pacientes por períodos continuados, independentemente de receberem ou não algum tipo de tratamento. Atuam na prevenção e, também, no tratamento de certas doenças. São, por vezes, denominados de *gatekeepers*, pois representam, em certos casos, o primeiro contato do paciente com o sistema de saúde e, ao mesmo tempo, determinam quais serviços estes pacientes possuem o direito de contratar. Quando o paciente possui algum diagnóstico que necessite um tratamento mais específico, o médico generalista encaminha o paciente a um especialista. Esse é um provedor focado em tratar o paciente por um determinado período, enquanto houver necessidade.

Pagamentos com base em salários e no sistema de capitação são comuns para os médicos generalistas, com mais ênfase para o último. Em ambos os modelos de pagamento,

⁴ Na seção “Teoria da agência” esses métodos de pagamento serão abordados com mais ênfase

não há um incentivo para que médicos busquem a sobrecontratação de serviços por parte de pacientes (GLIED, 1999). Os planos HMOs, PPOs e POSs introduziram os médicos generalistas no mercado de atenção à saúde nos Estados Unidos como uma maneira de controlar custos, sendo, dessa maneira, responsáveis por dividir os riscos financeiros, por meio desses modelos de pagamento, com o seguro contratado. Foi graças a esses planos que esses dois modelos de pagamentos se tornaram mais populares no mercado (ANDRADE, 2000a).

Por outro lado, médicos especialistas costumam receber com base em pagamentos por procedimento FFS. Essa é uma prática que exime o profissional de qualquer compartilhamento de risco com o seu contratante, no caso a seguradora, configurando-se em um incentivo à prática de sobrecontratação de serviços, pois aquele que demanda o serviço recebe o seu retorno financeiro (GLIED, 1999).

Os hospitais norte-americanos são em sua maioria compostos por instituições privadas sem fins lucrativos (cerca de 60% dos casos) (DEBER, 2002). Dos demais, os hospitais privados com fins lucrativos são minoria no mercado privado e os hospitais públicos correspondem àqueles destinados ao tratamento de militares, representados pelo programa governamental destinado a essa população (*Veterans*), e ao tratamento de pessoas de baixa renda, principalmente destinados aos serviços emergenciais.

Os hospitais norte-americanos são pagos majoritariamente por planos de saúde pelo sistema de Grupos de Diagnósticos Relacionados, em tradução livre (*Diagnosed related groups* - DRG) (RICE et al., 2013). Nesse sistema, existe um acordo entre o provedor e o seguro sobre o montante a ser repassado por paciente. Os pacientes são separados em grupos de diagnósticos, sendo que cada um possui um valor específico pelo seu tratamento no hospital.

2.3 CANADÁ

O Canadá possui um sistema de saúde que pode ser definido como uma interação entre a parte pública, o seu financiamento, e a parte privada, o seu provimento (DEBER, 2002). Isso, pois todos os cidadãos canadenses estão cobertos por um amplo seguro nacional de

saúde, financiado pelo governo, o Medicare. Por outro lado, os prestadores de serviços deste mercado, na sua grande maioria médicos independentes, atuam como profissionais liberais da prática privada, oferecendo serviços ao Medicare, ao mesmo tempo em que os hospitais constituem-se em instituições privadas sem fins lucrativos. Assim, esse sistema funciona através da relação contratual entre as províncias canadenses, responsáveis por administrar localmente o seguro saúde de seus habitantes, com as firmas provedoras de serviços, sejam os médicos, ou os hospitais.

Define-se, também, que o Canadá possui um mercado privado de assistência à saúde que pode ser dito como complementar à cobertura pública. Enquanto o Medicare abrange a maior parte dos serviços de saúde (aqueles qualificados como essenciais, incluindo consultas médicas, procedimentos cirúrgicos, medicamentos prescritos e gastos hospitalares), o segmento privado é responsável por atuar principalmente nos casos de saúde odontológica, oftalmológica e de medicamentos não prescritos e não considerados como essenciais, ou seja, aqueles não cobertos pelo programa público.

Isso ocorre pois qualquer plano privado que seja suplementar ao sistema público é proibido ou desencorajado por uma série de leis e regulamentações provinciais (MARCHILDON, 2013). Das 10 (dez) províncias canadenses, 6 (seis) proíbem a prática de planos suplementares. Nas demais 4 (quatro) províncias, a prática mais comum de desincentivo é a proibição da atividade médica concomitante em ambos os mercados, privado e Medicare (FLOOD; ARCHIBALD, 2001).

Financiamento

O sistema canadense de financiamento à saúde é conhecido como Medicare. Promulgado em 1984, pelo Canadian Health Act, o programa nacional de saúde do Canadá é um modelo de sistema universal de cobertura, financiado por meio de impostos, em que todos os cidadãos participam, sem a necessidade de arcarem com nenhum tipo adicional de despesas (ANDRADE, 2000b).

O Ato de 1984 teve como base 5 critérios que deveriam ser alcançados pelo plano nacional de saúde Medicare (CANADA; MINISTER OF JUSTICE, 2011):

- Administração pública: a administração do plano de saúde deve ser realizada pela autoridade pública, sem fins lucrativos, na forma de cada uma das 10 (dez) províncias nacionais. Trata-se de uma administração descentralizada, em que cada um destes territórios tem autonomia para gerir o seguro saúde de sua população residente. Entretanto, os pontos-chaves do Medicare devem ser respeitados por todas de maneira

igual. As províncias também devem respeitar os limites fiscais de boas práticas estipulados pelo governo federal;

- Abrangência: os planos provinciais devem cobrir todos os gastos com médicos, hospitais e serviços cirúrgicos ortodônticos e, onde há leis específicas de uma determinada província, os serviços adicionais ofertados por outros profissionais da saúde. Esse ponto demonstra uma das práticas de autonomia de cada província, a qual pode decidir por oferecer serviços não cobertos obrigatoriamente por outros territórios;
- Universalidade: este critério obriga as províncias a que seus planos de saúde cubram todos os residentes de seus territórios de maneira uniforme. Como prática, as províncias requerem que os cidadãos se registrem no seu Medicare para obtenção da cidadania;
- Portabilidade: o cidadão deve ter cobertura de saúde em termos nacionais. Caso esteja em outra província por um determinado período de tempo que não a de sua residência, deve ser coberto pelo Medicare de seu local de origem - apenas caso se torne residente de outra província seu plano deve ser transferido para sua nova localidade. A cobertura em outra província é válida para serviços emergenciais e de urgência, sendo que a procura por serviços médicos em outro local por opção do paciente não é permitida;
- Acessibilidade: este critério tem a intenção de assegurar que o cidadão canadense tenha acesso a serviços médicos, hospitalares e de cirurgias odontológicas, sem que haja qualquer prática que desincentive a contratação do serviço. Assim, o ato de 1984 proíbe as práticas de cobranças adicionais por serviços prestados e discriminações de acesso, seja por idade, status de saúde ou condições financeiras. Todos os cidadãos devem ter as mesmas condições de acessar o sistema de saúde.

Por meio deste programa social abrangente, o governo canadense financia mais de 70% dos gastos totais com saúde do país⁵. O restante é composto principalmente por gastos diretos da população com serviços não cobertos. Impostos provinciais constituem a maior parte da fonte destes gastos, sendo que cada uma das províncias possui autonomia para sua cobrança. Há transferências do governo federal também disponíveis para uso das províncias, entretanto, são condicionadas ao cumprimento dos 5 (cinco) critérios do Ato de 1984. Ainda, há as chamadas “Equalizações”, que representam um modelo de transferência governamental

⁵ <https://data.worldbank.org/indicator>

para províncias com menores poderes de arrecadação. O propósito dessas “Equalizações” é garantir que os cidadãos obtenham serviços razoavelmente similares a taxas razoavelmente comparáveis, respeitando o conceito de equidade (MARCHILDON, 2013).

Desde que dentro dos limites locais de suas províncias, os pacientes possuem o direito da escolha de seus médicos, hospitais e outras instituições de saúde. Contudo, a demanda por serviços é restrita pelos médicos generalistas. Assim como no caso das HMOs nos Estados Unidos, o paciente só tem acesso a um serviço se o médico de atenção primária o prescrever, decidindo a respeito sobre a necessidade de testes diagnósticos, uso de medicamentos e encaminhamentos para especialistas. Uma vez encaminhados, os pacientes possuem a livre escolha de consultar com o especialista de preferência, de acordo com a agenda desse (MARCHILDON, 2013).

Provimento

Para o propósito do presente trabalho, o provimento de serviços de saúde no Canadá será separado em serviços médicos e serviços hospitalares. Não será dada atenção aos serviços cirúrgicos ortodônticos também cobertos pelo Medicare canadense. Também não é de interesse do presente trabalho detalhar o mercado privado de serviços complementares de saúde deste país, assim como não foi feito com o mercado público de saúde dos Estados Unidos (Medicare norteamericano e Medicaid).

Ambos os serviços a serem detalhados, médicos e hospitalares, são providos através de firmas privadas, ou no caso dos médicos, profissionais privados, autônomos, que possuem como característica de mercado importante a negociação com as entidades provinciais para a definição da remuneração pelos serviços prestados. Essas entidades são compostas pelos ministérios provinciais de saúde e de autoridades regionais de saúde. Todos os contratos são firmados em comum acordo com os médicos locais das províncias, assim como com os hospitais, através das instituições que os representam (MARCHILDON, 2013).

Em geral, o regime mais comum de financiamento dos médicos canadenses, tanto generalistas como especialistas, é o de pagamento por procedimento, pois 74% dos profissionais são assim remunerados (MARCHILDON, 2013). Nesse modelo, o pagamento é realizado pelos ministérios provinciais de saúde, e os valores de cada procedimento são acordados entre os ministérios e as associações locais representativas dos médicos. Os demais 26% são pagos por um sistema misto, de salário com pagamento por procedimentos, ou pelo sistema de capitação com pagamento por procedimentos.

Recentemente, um novo sistema, que introduziu no sistema canadense o pagamento pelos sistema de capitação e o pagamento por performance, tem sido adotado em algumas províncias, como em Ontário. Entretanto, o pagamento por procedimento ainda se mantém muito popular entre os médicos canadenses e as organizações que os representam. Sabe-se que essa forma é muito criticada por autoridades locais, pela sua propensão à criação de demanda excessiva de cuidados em saúde⁶ (MARCHILDON; SCHRIJVERS, 2011).

Os hospitais canadenses são constituídos em sua maior parte por instituições privadas sem fins lucrativos (98%), enquanto que as demais são também privadas, entretanto com fins lucrativos (SLOAN, 2000;DEBER, 2002).

Os hospitais canadenses são remunerados na forma de orçamentos globais por quase 30 (trinta) anos. Este modelo de financiamento é constituído de uma soma definida de recursos repassados a hospitais para que sejam cobertas sua despesas operacionais por um período determinado, geralmente 1 (um) ano. A soma total repassada a um hospital é, via de regra, baseada no histórico de custos desta instituição, independentemente do número de pacientes tratados ou da intensidade da demanda por recursos. O hospital, dessa forma, possui autonomia para utilizar seus recursos, limitada a responsabilidade fiscal pré-determinada pelo orçamento recebido. O governo, por outro lado, não possui riscos financeiros, pois garante um teto de gastos, representado pelo orçamento repassado (SUTHERLAND et al., 2013).

⁶ Os novos modelos de remuneração canadense e os problemas relacionados à demanda excessiva serão apresentados no terceiro capítulo.

2.4 REINO UNIDO

O sistema britânico de saúde é chamado de *National Health Service* (NHS). O acesso universal à saúde é assegurado por meio do provimento da maioria dos cuidados médicos por parte do próprio governo para todos os cidadãos, financiados por um regime geral de impostos. Classifica-se, dessa maneira, o sistema de saúde britânico como de financiamento e provimento públicos. A grande diferença deste caso para os norteamericano e canadense é a posse pública dos recursos produtivos de serviços de saúde. Os hospitais são administrados pelo governo e os profissionais da saúde, em geral, são empregados pelo Estado. Um mercado privado de seguros de saúde existe, entretanto, com um peso de mercado muito reduzido. Em 2016, 85% do gasto em saúde teve como origem os cofres públicos, enquanto o restante se divide em gastos diretos dos consumidores com medicamentos e a contratação de seguros privados (FOLLAND, 2010).

Por ser um modelo de funcionamento financiado e provido pelo governo, o NHS é conhecido como um sistema de medicina socializada. Essa definição é conhecida nos Estados Unidos pelo histórico papel do governo britânico como quem define e implementa as medidas que achar adequadas de maneira centralizada, não existindo a princípio a figura da regulação própria dos mercados (PHELPS, 1995).

O mercado privado de saúde cobre cerca de 12% dos cidadãos e oferece principalmente serviços emergenciais eletivos de saúde. Entretanto, diferentemente do caso canadense, o mercado privado não possui a restrição de oferecer apenas serviços não cobertos pelo sistema público. Considera-se, dessa maneira, o mercado privado britânico de saúde como complementar ao serviço público, pois é uma opção a este (BOYLE, 2011).

Financiamento

O NHS foi criado em 1948 e, desde então, provê serviços de saúde para todos os cidadãos britânicos, independentemente do quanto cada um contribuir para o seu financiamento. De fato, um dos princípios deste sistema afirma que “o NHS proverá serviços de saúde para todos baseados na necessidade clínica de cada um, e não na capacidade de pagamento” (Department of Health 2000a).

Mesmo sendo o NHS uma organização nacional, ele é organizado e administrado de uma maneira local, com base nas *Primary care trusts* (PCTs). Essas instituições são responsáveis por contratar os serviços de saúde dentro de seu território geográfico pré-

determinado, também definindo o tipo e a quantidade dos serviços a serem oferecidos, dentro dos orçamentos fixos repassados pelo governo central (BOYLE, 2011).

O financiamento do NHS é realizado por fundos públicos em sua maioria derivados de impostos federais (3/4 do total). Esses impostos são compostos de imposto sobre renda, imposto sobre lucro e taxações sobre produtos específicos (álcool, cigarro e outros). Também atuam como fonte de receita as contribuições previdenciárias conhecidas como *National Insurance Contributions* (NICs), cobradas do empregador, do empregado e dos profissionais autônomos sobre a renda ou o salário pago. Essa taxa provê cobertura para o cidadão para benefícios como seguro-desemprego, seguro-saúde e outros benefícios sociais. Cerca de 10% da receita do NHS tem origem nessa contribuição. Entretanto, o acesso a serviços do NHS não é condicionado ao pagamento ou não da taxa (BOYLE, 2011).

Com base nesse modelo de receitas, com taxas sobre renda, contribuições previdenciárias NICs e impostos sobre consumo, o sistema britânico de saúde é considerado progressivo em seu financiamento. Por mais que haja impostos indiretos, no caso dos impostos sobre consumo, que penalizam as pessoas de menor renda na sociedade, a maioria da receita do sistema é derivada de impostos progressivos sobre renda e das NICs, que também aumentam sua porção sobre a renda conforme esta aumenta (WAGSTAFF et al., 1999).

A respeito do orçamento do sistema, em 1998, foi adotado o mecanismo conhecido como *Spending Review* por parte do parlamento britânico, consistindo em fixar o orçamento do ministério da saúde a cada 2 anos com base em negociações desse órgão com o tesouro (BOYLE, 2011). Dessa forma, o total gasto com serviços de saúde é definido de forma centralizada pelo Estado. O orçamento destinado a cada área geográfica possui o objetivo da busca pela equidade de acesso aos serviços de saúde para toda a população britânica. Esse repasse é realizado pela proporção de habitantes de cada localidade e, para atingir o objetivo da equidade, também há transferências governamentais extras para áreas de menor status socioeconômico (FOLLAND, 2010).

Em relação ao mercado privado de seguros, 12.3% da população em 2008 possuía seguro saúde por este meio (BOYLE, 2011). O perfil mais comum desses consumidores era de homens entre 56 e 64 anos, vivendo em áreas de maior renda, com educação superior e componentes das classes de rendas mais elevadas. Os benefícios desses planos se concentram em tratamentos para condições agudas, definidas como responsivas a curto prazo a um determinado tratamento.

Certos planos constituem o escopo de sua cobertura com os serviços que demoram mais do que um determinado período para serem realizados pelo NHS, como uma forma de obtê-los de maneira mais rápida. Esse mercado privado não possui a figura dos médicos generalistas como porta de entrada e aprovadores dos tratamentos a serem realizados. Inclusive, consultas com médicos generalistas normalmente não são cobertas pelos planos privados, visto que o sistema público cobre serviços de atenção primária de uma maneira ampla. (BOYLE, 2011).

Provisamento

Para ofertar os serviços de saúde à população, o NHS possui um modelo que separa as organizações que provêm estes serviços (hospitais e profissionais da saúde) das organizações que os contratam, as PCTs. Esse modelo de funcionamento foi criado em 1990, quando o NHS foi reformado pelo partido conservador britânico para que fosse criado um mecanismo de “mercado interno”⁷.

As 151 PCTs presentes no sistema de saúde, cada uma com aproximadamente 340.000 habitantes sob sua responsabilidade, representam, então, as organizações responsáveis pela contratação de serviços para a população. Sua fonte de fundos é baseada nas transferências do ministério da saúde para suas contas. Com os fundos recebidos, as PCTs contratam serviços de médicos, separados em generalistas e especialistas e hospitais para atender sua população local. Seus contratos, então, são realizados com 3 diferentes agentes: médicos generalistas, médicos especialistas e hospitais (BOYLE, 2011).

O sistema de saúde público britânico foi o primeiro a trabalhar mais enfaticamente com os médicos generalistas como porta de entrada no sistema de saúde. Assim como nos HMOs privados norte-americanos e no Medicare canadense, os serviços no Reino Unido são divididos em cuidado primário, realizado por essa categoria de profissionais, e o cuidado secundário e terciário, realizado por médicos especialistas e hospitais. Além desta função de porta de entrada, os generalistas também são responsáveis por decidir e aprovar o encaminhamento de pacientes para os serviços mais especializados, sendo a sua única via de contratação (BOYLE, 2011).

A prática de médicos generalistas no Reino Unido pode ser separada em 3 (três) modelos distintos: (i) sócios de clínicas de atenção primária, (ii) profissionais autônomos sem sócios, ou (iii) empregados de clínicas de atenção primária. Essas clínicas sempre são

⁷ A reforma dos anos 1990s será abordada no capítulo 3

dirigidas por médicos generalistas, ou por um único profissional ou por um corpo de sócios. Em termos de proporção, apenas 18% dos médicos generalistas são assalariados em clínicas, sendo a maioria, no caso, sócios onde trabalham (BOYLE, 2011).

A remuneração dos médicos generalistas foi reformada em 2003, em um acordo entre a associação representativa dos profissionais e o ministério da saúde britânico. Esse novo contrato possui 4 (quatro) mecanismos de remuneração, os quais compõem a renda das clínicas. Os médicos, como sócios dessas, dividem os lucros entre si. A remuneração, dessa forma, é composta de: (i) somas por paciente, as quais representam pagamentos referentes ao número de pacientes que a clínica acompanha, levando em consideração as condições específicas desses, como diagnósticos, sexo, idade e outros; (ii) serviços adicionais, os quais diferentes PCTs combinam com as clínicas locais a possibilidade de ofertarem serviços extras não necessariamente cobertos pelo NHS; (iii) horas extras, em que as clínicas recebem remunerações extras para o provimento de serviços entre as 18:30 e 08:00; e (iv) bônus *Quality and Outcomes Framework* (QOF), uma remuneração extra para os médicos generalistas de clínicas que alcançassem níveis de qualidade pré-determinados (em níveis clínicos, de acesso e administrativo), após serem avaliados pela PCT com a qual possuem contrato (BURR, 2008; MAYNARD, 2003).

A escolha do médico generalista pode ser realizada pelo paciente, entretanto, geralmente os pacientes são vistos pelo primeiro médico que estiver disponível na clínica em que estiverem conveniados. Em 2000, uma nova meta do NHS previa que em 2004 um paciente poderia ter acesso a um médico de cuidado primário em até 48 horas. Uma das novas medidas para que se atingisse tal meta era a introdução dos bônus QOF (Department of Health 2000a).

Os cuidados mais especializados são providos, por sua vez, em instituições hospitalares e por médicos especialistas. O acesso a estes serviços é feito através da atenção primária, quando há a necessidade e, então, o encaminhamento por parte do generalista.

Os médicos especialistas trabalham em regime de salários, sendo contratados pelo ministério da saúde e, dessa forma, pagos pelo NHS. O atual contrato entre a associação médica britânica e o ministério da saúde a respeito do tema foi firmado em 2003, e possui o plano de trabalho como novidade. A base da remuneração deste contrato envolve um salário base, para 40 horas semanais, o qual o profissional receberá correspondentemente ao acordo de horas trabalhadas no hospital e a quais atividades é responsável, de acordo com o plano. Isso ocorre pois alguns médicos especialistas trabalham também para a prática privada, reservando algumas horas para este fim. Por outro lado, nesse contrato, há um limite mínimo

de horas destinadas ao sistema público, para que o médico mantenha-se vinculado (MAYNARD, 2003).

Os serviços hospitalares são providos diretamente pelo NHS, na maioria dos casos, através de hospitais de administração estatal conhecidos como *NHS trusts*, representando assim instituições públicas ligadas ao ministério da saúde britânico. Em 2004, houve a criação das *Financial Trusts* (FTs), correspondendo a *NHS trusts* reformadas com base no Ato para a Saúde de 2003 para que tivessem mais liberdade de atuação local do que as *trusts* tradicionais. A diferença de uma FT para uma *NHS trust* é que na primeira a direção da instituição é composta por um conselho local de gestão, escolhido pela população local atendida pelo hospital, pelos trabalhadores do hospital e por seus pacientes. Na prática, o resultado dessas medidas foi aumento da autonomia para retenção de lucros nas FTs e contração de empréstimos para, assim, realizarem investimento futuros (BOYLE, 2011).

Também no Ato de 2003 foi introduzido o atual método de pagamento dos PCTs para as *NHS trusts*, chamado de *Payment By Results* (PBR). Similar ao modelo de DRG, pagamento por grupos diagnósticos para os hospitais norteamericanos, os hospitais são remunerados pela quantidade de pacientes que atendem, dependendo também por qual motivo foram internados (BOYLE, 2011). Anteriormente, os hospitais eram pagos similarmente a como funciona no atual sistema canadense, em que orçamentos globais eram destinados a suas contas para que oferecessem à população de sua localidade os serviços de saúde. Dessa maneira, a remuneração hospitalar que antes era insensível ao volume e natureza de sua atividade tornou-se mais competitiva entre as diferentes instituições de saúde, visto que no modelo de PBR o quantum de atividade modifica a remuneração hospitalar (BOYLE, 2011).

3 FALHAS DE MERCADO DOS SISTEMAS DE SAÚDE

Após terem sido apresentados os sistemas de saúde objetos dessa análise, este capítulo tem como objetivo apresentar e conceituar as falhas do mercado da saúde que serão relacionadas aos sistemas. Essas falhas serão separadas em falhas de financiamento e de provimento, para fins didáticos, a fim de que se tenha uma correlação com as informações apresentadas no capítulo anterior.

As falhas de financiamento investigadas neste trabalho são compostas pelo risco moral e pela seleção adversa. Foram assim classificadas por estarem vinculadas à relação seguro-paciente. A falha de provimento a ser apresentada será a da teoria da agência. Está assim classificada por ter relação com o meio de pagamento dos profissionais e instituições que oferecem serviços no mercado da saúde.

Antes de definir cada uma delas, entretanto, será feita uma apresentação sobre seguros no mercado da saúde, referente a conceitos de grande importância para o entendimento do tema. Isso faz-se necessário no momento em que as falhas de mercado se relacionam com a existência de seguros no mercado da saúde. Por isso, deve-se, primeiro, compreender por que as pessoas contratam seguros e como eles atuam.

Seguros

A existência de seguros no mercado da saúde está relacionada com a natureza da demanda por seus serviços. Como existe incerteza a respeito do estado de saúde de um indivíduo, o seu gasto futuro com saúde é incerto. Assim, Arrow (1968) afirma que existe uma demanda por certeza por parte dos indivíduos, que são avessos ao risco, o que justifica a contratação de seguros.

Dessa forma, pode-se utilizar o modelo de Friedman e Savage (1948) sobre incerteza para analisar a origem dos seguros de saúde. Os autores construíram duas curvas de utilidade, uma com e outra sem a presença de um seguro (NYMAN, 2006).

Utilidade esperada sem seguro (Eu^s)

$$Eu^s(y) = \pi \cdot u[y_1 - (y_1 - y_0)] + (1 - \pi) \cdot u(y_1)$$

$$Eu^s(y) = \pi \cdot u(y_0) + (1 - \pi) \cdot u(y_1)$$

Utilidade esperada com seguro (Eu^c)

$$Eu^c(y) = \pi \cdot u[y_1 - (y_1 - y_0) + (y_1 - y_0) - (y_1 - y^*)] + (1 - \pi) \cdot u[y_1 - (y_1 - y^*)]$$

$$Eu^c(y) = \pi \cdot u(y^*) + (1 - \pi) \cdot u(y^*)$$

$$Eu^c(y) = u(y^*)$$

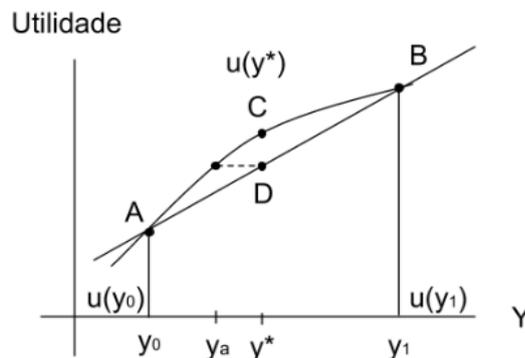
No modelo, y_1 representa a renda original do indivíduo; $(y_1 - y_0)$ representa a perda financeira do indivíduo para consumir determinado serviço de saúde; π é a probabilidade de o indivíduo necessitar algum cuidado em saúde (ficar doente); e y^* é a renda esperada do indivíduo considerando o custo do tratamento e a probabilidade de necessitá-lo. Nele, o prêmio pelo seguro é aquele considerado “justo”, representado por $(y_1 - y^*)$.

O resultado da análise dessas equações é que o indivíduo enfrenta uma escolha entre a utilidade gerada por uma distribuição de renda entre y_1 e y_0 (Caso sem seguro, Eu^s) e uma renda certa de y^* (caso com seguro, Eu^c). Como a média da distribuição das rendas y_1 e y_0 é igual a y^* , o indivíduo tem, então, de escolher entre uma distribuição de rendas com média y^* e uma renda certa em y^* .

Sobre o comportamento do indivíduo, uma premissa deve ser adotada antes de que se analise o gráfico resultante dessas utilidades. É assumido que indivíduos são normalmente avessos ao risco. Isso quer dizer que, pela teoria de Bernoulli, a utilidade da renda possui uma forma côncava, a qual cresce com o aumento da renda, entretanto a taxas decrescentes (NYMAN, 2006).

Com essas premissas adotadas, segue-se para a análise do comportamento destas curvas de utilidade:

Figura 3.1 – Curvas de utilidade do seguro no indivíduo avesso ao risco, com e sem seguro.



Fonte: FRIEDMAN; SAVAGE, 1948

Pela análise da figura 3.1, em tendo de escolher entre uma renda fixada em y^* , a qual gera a curva de utilidade côncava representada pelos pontos ACB, ou a incerteza entre as rendas y_0 e y_1 , a qual gera a curva de utilidade representada pela reta ADC, ele escolherá a primeira, ou seja, a utilidade gerada pela presença do seguro, visto que o ponto C possui uma utilidade superior ao ponto D.

Também conclui-se que, mesmo que o seguro cobre do indivíduo um prêmio superior ao “justo” ($y_1 - y^*$), esse ainda contratará o seguro pela utilidade gerada pela certeza de uma determinada renda. O prêmio máximo que o seguro pode cobrar do indivíduo, ou seja, o prêmio que faça o indivíduo ser indiferente a respeito do seguro, é ($y_1 - y_a$). Isso ocorre pois no ponto $u(y_a)$ a utilidade do indivíduo é a mesma que no ponto D, o qual representa a utilidade do indivíduo sem a cobertura do seguro.

Terminologia dos seguros

A respeito dos modelos gerais de seguros, podem ser divididos em dois grandes grupos: o seguro completo, no qual o indivíduo está coberto em 100% de suas despesas, sem necessidade de pagamentos extras para consumo e o seguro com compartilhamento de custos, em que, para a contratação de algum serviço, o indivíduo tem um custo marginal diferente de zero (FOLLAND, 2010).

O seguro completo é contratado por meio de prêmios. O consumidor paga uma quantia mensal fixa, a qual fornece cobertura para seu consumo em saúde. Entretanto, em sistemas públicos de saúde que oferecem cobertura completa à população, esse prêmio normalmente é pago na forma de impostos. No caso do Canadá e Reino Unido, são os impostos gerais (pois não há imposto específico para a saúde), os quais, por sua estrutura progressiva, representam uma transferência de renda da população mais rica para os pobres (FOLLAND, 2010).

Os seguros com compartilhamento de custos possuem duas maneiras habituais de cobrar do consumidor uma parte de suas despesas: copagamentos e franquia. No mecanismo de copagamentos, quando o consumidor contrata um determinado serviço, o seguro cobre uma parte dos gastos, enquanto o segurado arca com o restante. Geralmente, esse modelo é representado por uma taxa de cosseguro C^8 , a qual representa a fração que deve ser paga pelo paciente por serviço demandado. Assim, $(1-C)$ é de responsabilidade do seguro, enquanto C é de responsabilidade do paciente (PHELPS, 1995).

⁸ Por definição, $0 < C < 1$.

A franquia é um pagamento que deve ser realizado pelo consumidor cada vez que ele contratar um serviço, durante um determinado período. Assim, o consumidor só tem direito aos benefícios do seguro após o pagamento da franquia. A intenção deste mecanismo é evitar a utilização do seguro para pequenos gastos, os quais ficariam a cargo do próprio consumidor (PHELPS, 1995).

Esses dois mecanismos de compartilhamento de custos do seguro com seus segurados não representam simplesmente uma renda extra para o seguro. Como será demonstrado na seção “Risco Moral”, a intenção destes mecanismos é reduzir a sobreutilização de serviços de saúde por indivíduos segurados, visto que no seguro completo possuem custo marginal igual a zero.

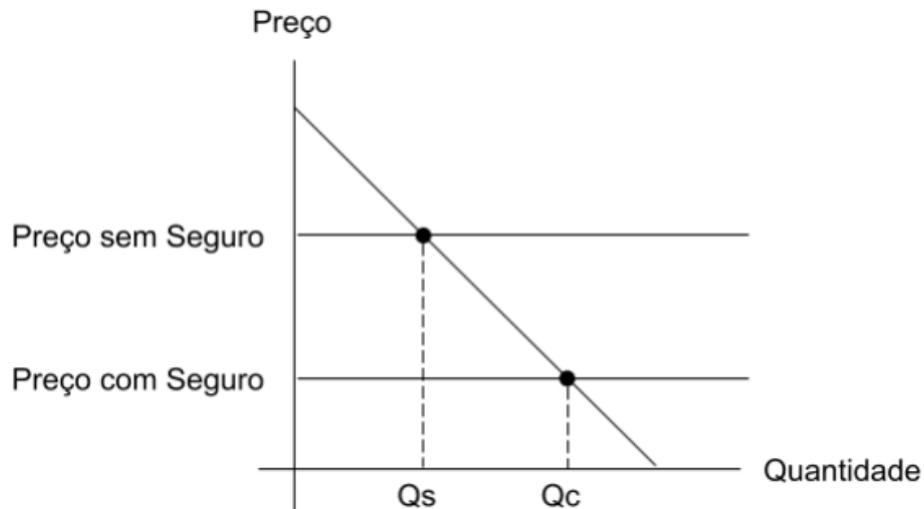
3.1 RISCO MORAL

O risco moral no caso dos serviços de saúde, é definido como o aumento na demanda por esses serviços decorrente da contratação de um seguro (ARROW, 1963). Assim, deve ser entendida como uma consequência intrínseca à presença de seguros no mercado da saúde. A sequência natural dos fatos pode ser entendida como a seguinte: (1) o indivíduo contrata um seguro de saúde; (2) o seguro de saúde se compromete a cobrir as despesas do indivíduo com saúde, seja integral ou parcialmente; (3) o preço que o indivíduo necessita pagar por um serviço é reduzido em relação ao preço que pagaria se não possuísse seguro; (4) o indivíduo demanda mais serviços do que o faria se não tivesse seguro, pois o custo marginal está reduzido.

Dessa forma, compreende-se a definição dada por Mark Pauly (1968, p. 3), quando afirma: É reconhecido na literatura que o seguro, por baixar o custo marginal de serviços de saúde para o indivíduo, aumenta a demanda por estes serviços. Essa característica foi denominada de “Risco Moral”.

A maneira mais simples de se compreender o conceito de risco moral é pela análise de uma curva de demanda individual (FOLLAND, 2010). A partir da figura 3.2, percebe-se com clareza que a presença de um seguro faz com que um indivíduo consuma mais de um determinado bem. Se um determinado indivíduo não possuir um seguro, o preço que precisa pagar para contratar um serviço é igual ao preço de mercado e o consumo igual a uma quantidade Q_s . Na presença do seguro, o preço de um serviço pode ser dividido em preço de mercado e preço efetivamente pago pelo consumidor. Como este último sempre é menor que o primeiro, a quantidade consumida pelo indivíduo segurado será maior Q_c .

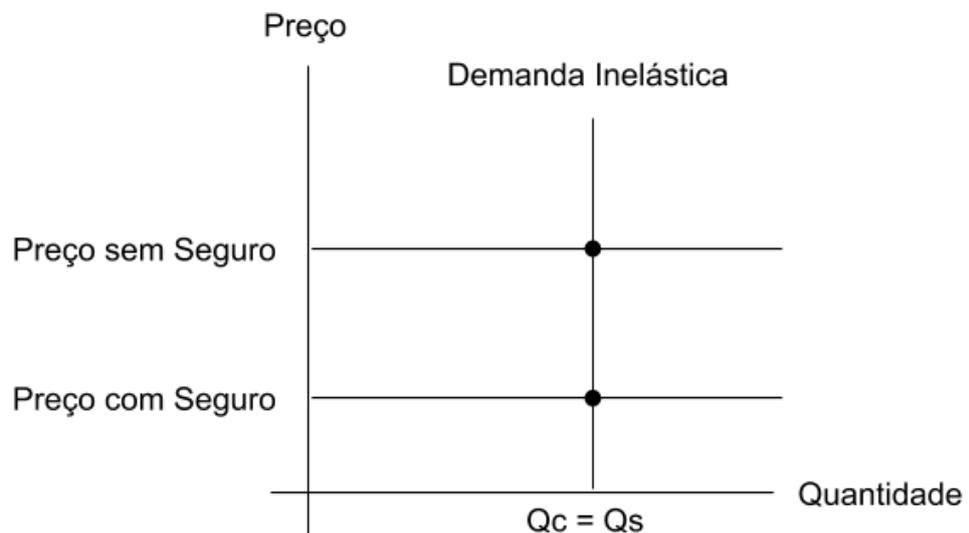
Figura 3.2 - Demanda por um bem com elasticidade, com e sem a presença de um seguro.



Fonte: FOLLAND, 2010.

Não obstante, como Nyman (NYMAN, 2006) aponta, não são todos os serviços de saúde que estão sujeitos ao fenômeno do risco moral. Segundo o autor, a teoria faz sentido para qualquer serviço médico que indivíduos possuam a escolha a respeito de contratá-lo ou não. Para procedimentos em que pacientes possuem menor poder de escolha, como cirurgias de emergência ou cuidados com doenças graves, a teoria não se aplica. De fato, a intenção é que se delimite o risco moral aos serviços de saúde que possuam maior elasticidade, ou seja, sejam sensíveis aos preços de mercado. A demanda de serviços inelásticos, por outro lado, não possui sensibilidade alguma à mudança de preços e, dessa forma, o risco moral não ocorre. Na figura 3.3 pode-se entender graficamente por que isso ocorre (FOLLAND, 2010).

Figura 3.3 – Comportamento da demanda por um serviço inelástico.



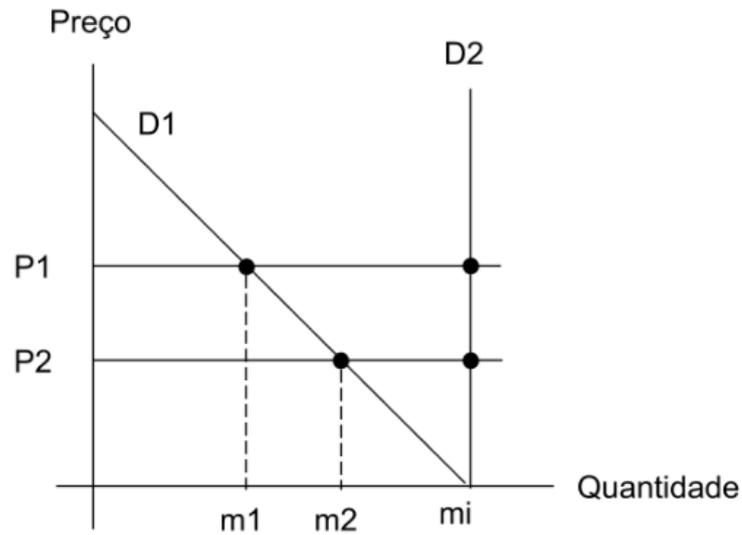
Fonte: FOLLAND, 2010

Nesse momento, analisar-se-ão as modificações nas curvas de demanda individuais por serviços de saúde causadas pela contratação de um seguro, que dependem do modelo de seguro contratado, dentre os apresentados no início do capítulo.

Em um seguro completo, que cubra todos os custos de um paciente com saúde, os serviços cobertos pelo plano passam a possuir uma curva de demanda inelástica em relação ao seu preço. A quantidade consumida, então, será aquela em que a curva de demanda se encontra com o eixo dos preços. Isso ocorre pois o preço efetivo pago pelo indivíduo é zero, ou seja, custo marginal = 0 (zero). Assim, o preço de mercado não mais limita o padrão de consumo do indivíduo, e, assim, não mais faz parte de sua demanda Marshalliana (PHELPS, 1995). Na figura 3.4 pode-se ver como isso se comporta no gráfico de demanda do indivíduo.

$P1$ e $P2$ são exemplos de níveis de preço. $D1$ é a curva de demanda do indivíduo sem seguro. $D2$ é a curva de demanda do indivíduo com seguro que cobre todas as despesas. $m1$ é a quantidade consumida pelo indivíduo em $D1$ para o preço $P1$, assim como $m2$ para o preço $P2$. Por outro lado mi é a quantidade consumida pelo indivíduo na curva $D2$, independentemente do preço do bem, tendo em vista que seu custo marginal é sempre igual a 0 (zero).

Figura 3.4 – Formação da curva de demanda de um indivíduo com seguro completo.

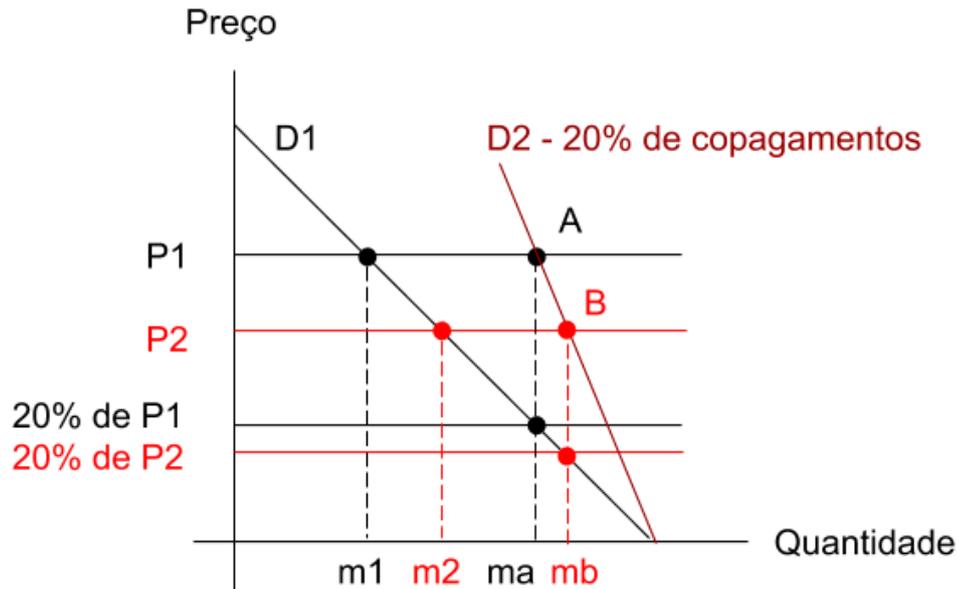


Fonte: PHELPS, 1995.

O segundo modelo de seguro analisado é o que possui custos compartilhados com os segurados. Primeiro, analisar-se-á o efeito dos copagamentos em relação ao risco moral e, após, o efeito da franquia.

A figura 3.5 mostra o efeito de um modelo de seguro com copagamentos a uma taxa de cosseguro (C) em uma demanda individual. A curva de demanda para um indivíduo sem seguro é representada pela curva $D1$. Assim, se o preço do serviço for ($P1$), o indivíduo consumirá ($m1$). Por outro lado, se este mesmo indivíduo contratar um seguro que pague 80% de suas despesas, o preço efetivo que necessita pagar para consumir o serviço é de 20% de ($P1$). Dessa forma, consumirá um total igual a (ma) por um preço de mercado igual a ($P1$), resultando no ponto (A). Se for feito o mesmo mecanismo para um preço de mercado inferior ($P2$), o resultado será o consumo de uma quantidade (mb), resultando em um ponto diferente, (B). A junção dos pontos A e B, então, mostra a nova curva de demanda de um indivíduo que contrate um seguro que cobre 80% de seus gastos.

Figura 3.5 – Formação da curva de demanda de um indivíduo com seguro parcial.



Fonte: PHELPS, 1995

Logo, nesse modelo de seguro, a curva de demanda é afetada na sua inclinação, sendo que quanto menor a taxa de cosseguro (C), maior será o desvio da curva de demanda para a verticalidade, até o ponto em que o indivíduo não possui copagamentos⁹ necessários para serem arcados ao contratar um determinado seguro, e, assim, sua demanda por serviços torna-se inelástica (quando estar-se-á diante de um sistema de cobertura completo).

Além do mecanismo de copagamentos, os seguros também possuem as franquias como um modo de controlar o aumento na demanda de seus serviços causada por risco moral. Pode-se analisar o papel da franquia com um modelo de dois casos, na figura abaixo.

Figura 3.6 - Modelo de dois casos para análise de franquia. P representa o preço do serviço, M a quantidade, D a franquia e C a fração de copagamento

$$\text{Custo} = P.M \quad \text{para } P.M < D$$

$$\text{Custo} = D + (P.M - D).C \quad \text{para } P.M > D$$

Fonte: ZWEIFEL; MANNING, 2000

No caso dos custos dos serviços serem menores que a franquia, o indivíduo possui uma curva de demanda igual àquela do indivíduo sem seguro, pois não é economicamente

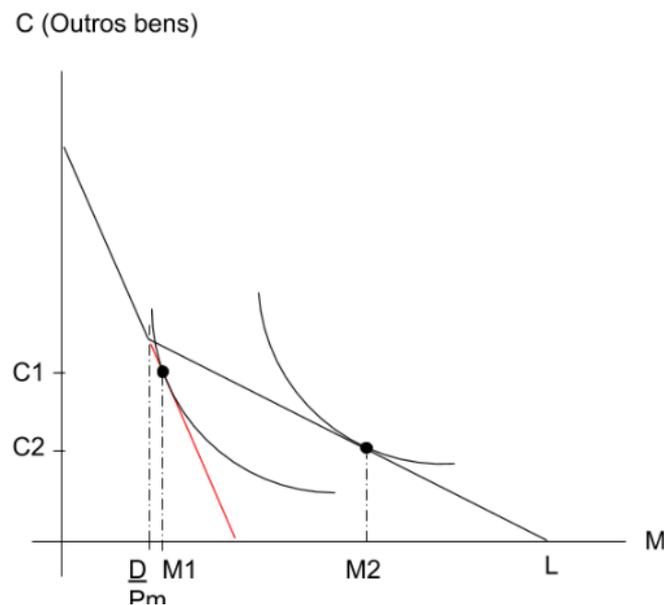
⁹ Nesse caso, $C=0$

benéfico utilizar a cobertura do seguro a um preço (D). No segundo, para custos superiores à franquia, o indivíduo possui cobertura do seguro, a depender da fração de copagamento acordada.

Para analisar apenas o efeito da franquia no consumo, pode-se citar como exemplo o caso de $C = 0$, ou seja, o seguro cobre 100% das despesas maiores que a franquia. Nesse caso, o gasto do consumidor terá um máximo em D , sendo que valores superiores a isto serão responsabilidade do seguro. Para esse consumo além da franquia, então, o indivíduo possui uma demanda inelástica, semelhante ao do caso com seguro que cubra todos os gastos. Em uma cobertura com franquia em que $C = 0,5$, o indivíduo arca com 100% do seu consumo com saúde até o montante igual a D e, após, paga 50% dos gastos maiores que o ultrapassarem.

Assim, para se analisar em conjunto o efeito destes dois mecanismos de controle de risco moral, pode-se verificar a figura 3.7 (ZWEIFEL; MANNING, 2000).

Figura 3.7 – Curva de um consumidor com seguro com copagamentos e franquia. M = serviços de saúde, C = outros bens da economia, D = franquia, P_m = preço dos serviços de saúde, P_c = preço dos outros bens da economia.



Fonte: ZWEIFEL;MANNING, 2000

Este gráfico representa os efeitos de um seguro com os mecanismos de franquia e copagamentos em relação à cesta de consumo demandada por um indivíduo. No eixo vertical há o consumo de bens que não sejam relacionados à saúde do indivíduo e no eixo horizontal há o consumo de serviços de saúde. As curvas de indiferença não se modificam após a

contratação de um seguro. Entretanto, a reta orçamentária é modificada dependendo dos valores de franquia e copagamentos.

Em relação ao copagamento, a inclinação dessa reta sofre um desvio horizontal quanto menor for a fração do copagamento, favorecendo o consumo de serviços de saúde. Ou seja, quanto mais o seguro contratado pagar pelos serviços de saúde para o indivíduo, maior será o consumo possível de serviços de saúde em relação aos outros bens da economia, pois os preços relativos destes serviços estarão reduzidos.

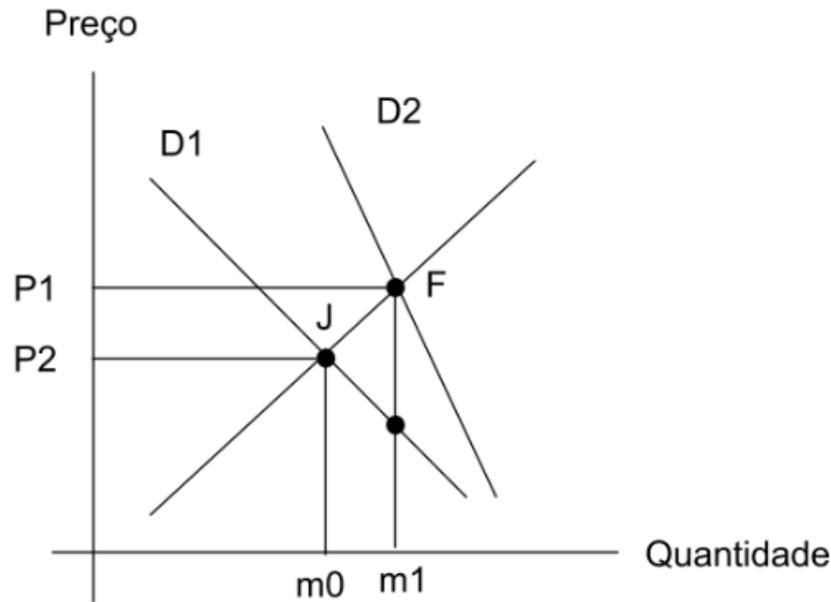
Em relação à franquia, a reta de restrição orçamentária é separada em dois momentos. O primeiro ocorre quando os custos com saúde são menores que a franquia necessária para utilizar o seguro. Nesse caso, haverá uma relação de preços igual àquela do indivíduo sem seguro, ou seja (P_m/P_c) . No momento em que esse gasto supera a franquia, o indivíduo utilizará o seguro para compensar seus gastos com saúde. Dessa forma, os preços relativos são modificados e a inclinação da reta se torna $(C \cdot P_m/P_c)$. Como $0 < C < 1$, a inclinação se torna mais horizontal, favorecendo o consumo de serviços de saúde.

Para fins de comparação, a semirreta vermelha indica como seria a restrição orçamentária do indivíduo sem seguro. Assim, ao invés de resultar em uma quantidade M_2 de serviços de saúde e C_2 de outros bens, o indivíduo consumiria mais de outros bens C_1 e menos de serviços de saúde C_2 .

A análise que pode ser feita com o gráfico, portanto, é a respeito da relação risco moral vs. copagamentos e franquias. Quanto maiores estes dois mecanismos de custos compartilhados, mais semelhante ao consumo de um mercado sem seguro será o consumo do indivíduo. Caso a taxa de copagamento seja de 100%, em um caso extremo, o indivíduo terá o mesmo custo com ou sem seguro, pois $P_m = C \cdot P_m$. Caso a franquia seja maior do que qualquer possível gasto com saúde por parte do indivíduo (ponto L), os preços relativos não serão modificados, pois o ponto em que a curva inicia sua inclinação ocorrerá após este gasto máximo com saúde. Ou, pela análise do modelo de dois casos da figura 3.6, todos os gastos com saúde serão representados pela primeira linha, em que $\text{Custo} = P \cdot M$ (ZWEIFEL; MANNING, 2000).

O resultado do risco moral para o mercado como um todo é a existência de **peso morto para a sociedade**, ou seja, um desvio da alocação mais eficiente. Isso ocorre pois se fornece mais assistência à saúde do que se deveria fornecer, de acordo com as preferências dos consumidores. Novamente por meio de um gráfico, pode-se analisar qual o efeito da existência de um seguro para o mercado da saúde, na figura 3.8 (FOLLAND, 2010).

Figura 3.8 – Efeito do seguro para o mercado da saúde.



Fonte: PHELPS, 1995

O gráfico acima mostra a interação entre as curvas de oferta e de demanda para serviços de saúde. Entretanto, há duas curvas de demandas, $D1$ e $D2$, onde $D1$ representa a demanda de um mercado sem a presença de seguros, em que os indivíduos pagam 100% de suas despesas e $D2$ a demanda de uma população coberta por seguro, em que os indivíduos pagam apenas uma fração C deste gasto.

Como visto anteriormente, a existência de um seguro para as demandas em saúde causa uma rotação da inclinação da curva de demanda para o sentido vertical. Assim, o cruzamento das curvas de demanda e oferta acontece a preços maiores e a quantidades maiores (ponto F) em relação ao caso sem seguro (ponto J). O resultado é a ocorrência de peso morto para a sociedade.

A conclusão que pode-se chegar a respeito de risco moral e os mecanismos de atuação dos seguros é que existe um *trade-off* entre os benefícios da redução do risco para os indivíduos e o peso morto para a sociedade causado pelo risco moral (MANNING; MARQUIS, 1996). Quanto maior a redução do risco para os indivíduos que contratam um determinado seguro, obtida através da redução dos seus gastos potenciais com saúde, por meio de baixos copagamentos e franquias, maior será o peso morto resultante para a sociedade como um todo, causada pelo aumento na quantidade e nos preços dos serviços.

Evidências Empíricas

As evidências empíricas presentes na literatura indicam que, de fato, indivíduos utilizam menos serviços de saúde quando precisam pagar mais por estes serviços. Há diversos estudos sobre o tema com diferentes metodologias e desenhos para a investigação dessa hipótese. Entretanto, aquele que possui o maior nível de evidência é o estudo RAND, que será detalhado a seguir. Os estudos tradicionais a respeito do tema se baseiam em dois modelos: o primeiro analisa o padrão de consumo de uma determinada população antes e depois de alguma mudança no contrato de pagamento pelos serviços (aumento ou redução de copagamentos, por exemplo) - este é chamado de método natural. A crítica a esse modelo de estudo é a existência de fatores de confundimento, pois analisam-se dois contratos que não pertencem ao mesmo período do tempo, o que pode representar um fator importante na análise dos dados.

O segundo modelo faz uma análise entre o padrão de consumo de diferentes indivíduos, cobertos por diferentes contratos (o contrato do grupo de indivíduos A possui uma fração de copagamentos maior do que a do grupo B, por exemplo). O problema do método é o de seleção, haja vista que pode haver algum motivo não presente na análise de dados de por que os indivíduos do grupo A escolheram um contrato e os do grupo B, outro (ZWEIFEL; MANNING, 2000).

O estudo RAND não utiliza nenhuma das metodologias acima. Ele foi desenhado como um estudo randomizado e prospectivo, possuindo maior nível de evidência do que os anteriores, e, por isso, será apresentado neste trabalho no que concerne a sua metodologia e seus resultados (MANNING et al., 1987).

Estudo RAND

O estudo RAND teve o objetivo de analisar como diferentes modelos de compartilhamento de custos entre o seguro e o segurado afetam o consumo de serviços de saúde. Para tanto, cidadãos de 6 (seis) cidades dos Estados Unidos foram alocados em seguros com as seguintes características: (i) taxa de copagamento (TC) de 0% (C0), (ii) TC de 25% (C25), (iii) TC de 50% (C50), (iv) TC de 95% (C95), e (v) franquia (D). Todos possuíam um máximo de custo para o indivíduo, sendo que gastos acima deste total seriam cobertos pelo seguro. A alocação foi realizada de maneira randomizada, em que o participante não tem poder de escolha do plano. Os resultados do estudo, após 3 anos de seguimento, estão representados na tabela 3.1.

Tabela 3.1 – Média de consumo *per capita* estratificada por plano no estudo RAND

Plano	Consultas ambulatoriais	Gastos Totais (1984 US\$)
Sem copagamento (C0)	4.55	794
25% (C25)	3.33	634
50% (C50)	3.03	674
95% (C95)	2.73	518
Franquia (D)	3.02	608

Fonte: Estudo RAND. Traduzido para o português.

Os autores destacam alguns resultados que consideram interessantes, pela análise da Tabela 3.1. Os gastos totais por serviços contratados pelos indivíduos cobertos pelo plano C0 foram 45% maiores do que os do grupo C95, demonstrando que quanto menor a taxa de copagamento para o indivíduo, mais ele tende a consumir serviços de saúde. Os seguros intermediários tiveram resultados dentro desta variação. A percepção dos autores é que este aumento na despesa está mais relacionado com a quantidade de vezes que os indivíduos procuram serviços do que pela intensidade desses. Isso porque a despesa de indivíduos do grupo C0 com serviços ambulatoriais foi 67% maior do que as despesas do grupo C95, sendo que o número de consultas ambulatoriais cresceu em um montante muito similar, 66%. Em relação ao grupo D, destacam também o aumento no número de consultas ambulatoriais do grupo C0 (44%) e o aumento em montante similar dos gastos ambulatoriais (50%). A hipótese dos autores, então, é de que o aumento nos preços dos serviços modifica mais a procura por cuidado dos indivíduos; entretanto, uma vez que a consulta é realizada, os indivíduos utilizam relativamente a mesma intensidade de serviços, prescritos pelo médico, independentemente do preço (MANNING et al., 1987)

3.2 TEORIA DA AGÊNCIA

Com berço na ciência econômica, a teoria da agência surgiu entre os anos 1960 e 1970 a partir dos estudos de Wilson (1968) e Arrow (1971), baseados nas descobertas sobre compartilhamento de riscos entre indivíduos e grupos (EISENHARDT, 2015). A teoria tenta descrever as relações baseadas em contratos nos quais o principal contrata o agente para executar em seu nome determinado serviço. Se ambas as partes forem maximizadoras de utilidade, o problema da agência surge porque nem sempre o agente, possuindo interesses próprios, age de acordo com os interesses do principal (JENSEN & MECKLING, 2008).

Na economia da saúde, a relação entre aqueles que pagam pelos serviços de saúde, representados pelas figuras dos seguros ou pelo governo, com aqueles que provêm estes serviços, representados pelos médicos e pelos hospitais, representa um problema principal-agente (ROBINSON, 2001). De um lado, os provedores procuram receber o máximo possível por seus serviços prestados, enquanto o seguro e o governo possuem o objetivo de oferecer serviços de qualidade para seus segurados (cidadãos) ao menor custo possível.

Os diferentes modelos de remuneração acordados entre essas duas partes implicam em diferentes incentivos para a performance dos serviços (CHALKLEY, 2012). Assim, para que se compreenda como a teoria da agência relaciona-se com o mercado da saúde, os principais modelos de remuneração para médicos e para hospitais serão apresentados e analisados separadamente, no que diz respeito ao mérito de seus incentivos para a provisão dos serviços. Sempre que o modelo vigente gere incentivos para os provedores diferentes dos objetivos do sistema de saúde do país, estar-se-á na presença de um problema principal-agente.

Teoria da agência e incentivos por tipo de pagamento (Médicos)

É de consenso na literatura econômica que o modelo de pagamento influencia o comportamento dos médicos (ARROW, 1963). Dessa forma, é preciso que seja encontrada uma maneira para que seus incentivos estejam alinhados com os objetivos do sistema de saúde. Seja por parte dos seguros privados ou do governo, os objetivos são caracterizados, principalmente, em que seja oferecido à população atendimento de qualidade e a custos controlados (FRIEDBERG et al., 2015).

Três modelos de remuneração aos médicos podem representar o meio de pagamento por seus serviços prestados: pagamento por procedimento/*fee for service* (FFS), capitação e salário. Entretanto, esses métodos de pagamento podem coexistir, para que uma combinação

de seus incentivos seja alcançada, em determinados casos. Também não representam o único modelo de remuneração, uma vez que outros mecanismos, como pagamentos por performance podem representar tentativas de aumento na eficiência do sistema (FRIEDBERG et al., 2015).

O modelo de pagamento FFS, historicamente, sempre foi mais utilizado pela prática médica. Inclusive, Arrow (1963) afirma que existe uma propensão da classe para esse modelo de pagamento, e que isso possui implicações na sua prática. Nesse modelo, aquele que provê o serviço de saúde, nesse caso, o médico, recebe uma quantia exata em contrapartida por um serviço realizado. Conseqüentemente, isso gera incentivos para que o maior número possível desses serviços seja realizado, visto que o risco do alto custo pelo tratamento médico é do seguro ou governo.

A retenção do paciente e a qualidade do atendimento (quantidade de serviços por paciente) são os principais objetivos do médico assim remunerado, pois não possui incentivos para reduzir a quantidade de serviços, como exames laboratoriais e de imagem, por exemplo, e, assim, reduzir o custo total por paciente, ao mesmo tempo em que é incentivado a sobreutilizar os serviços de saúde, pois é remunerado com base na quantidade desses. O ponto positivo é o aumento da produtividade do médico e da qualidade do atendimento, enquanto o ponto negativo é a propensão ao alto custo dos tratamentos (RUDMIK, 2014).

Um conceito importante nesse caso é o de demanda induzida pelo ofertante, visto que o médico define, na maioria dos casos, tanto o tratamento, em termos de qualidade, quanto a quantidade de serviços que o paciente deve receber. A demanda induzida pelo ofertante é, então, definida como todo serviço que um consumidor completamente informado não contrataria, mas que, pela assimetria de informações entre o médico e o paciente, ele acaba contratando por indicação do seu médico. Esses serviços, evidentemente, são compostos por aqueles que o próprio médico provê, pois aumentam sua renda (BICKERDYKE et al., 2002).

Aumentos na qualidade e na quantidade dos serviços prestados aos pacientes não são, necessariamente, maléficos ao sistema de saúde. De fato, por si só, eles aumentam a utilidade do paciente que os recebe. Entretanto, a utilidade marginal dos serviços prestados tende a se reduzir com esses aumentos, enquanto os custos aumentam, o que gera uma ineficiência para o sistema pela sobreutilização. Na perspectiva dos seguros de saúde e dos sistemas governamentais, os serviços de saúde devem ser providos de maneira que as necessidades dos segurados e da população sejam atendidas. O que for contratado além é visto como gasto desnecessário, o que vai de encontro aos objetivos do sistema (FRIEDBERG et al., 2015).

O sistema de capitação pode ser visto como um pagamento por paciente por determinado período. O contrato é definido com um custo médio de cada paciente, ao longo

de um ano, multiplicado pelo número total de pacientes que o médico possui em carteira. Essa forma de pagamentos diz respeito principalmente à prática de médicos generalistas, de atenção primária, por serem aqueles que mantêm um contato com o paciente por um período de tempo prolongado. Assim, como exemplo, diga-se que um paciente consulte em média 3 vezes ao ano com um médico generalista. Se a consulta custa R\$ 50,00, em acordo entre o médico e o seguro ou governo, a remuneração anual deste médico será de $R\$50 \times 3 \times n^\circ$ de pacientes em carteira (BOYLE, 2011).

A justificativa principal desse modelo de pagamento é a ausência de incentivos para que haja demanda induzida pelo ofertante, visto que ele recebe por paciente, e não pelo número de serviços totais prestados. Assim, existe um incentivo ao médico para a redução de procedimentos realizados por paciente, para que maximize a renda recebida. O problema encontrado neste modelo de contrato, então, configura-se como o oposto do modelo FFS. Dos objetivos dos seguros e do governo (qualidade e controle de custos), o método de capitação evita o excesso dos gastos, entretanto, cria incentivos para que a qualidade (quantidade de serviços por paciente) da prática médica seja diminuída.

Entretanto, a competição entre os provedores é um incentivo para que haja a manutenção da qualidade do atendimento no modelo de capitação. Tendo em vista que o médico recebe pelo número de pacientes que possui em carteira, a atração de novos pacientes constitui uma forma de aumento na renda. Para que isso ocorra, contudo, deve haver mecanismos de competição no mercado, para que se evite que os provedores possuam poder de monopólio sobre seus pacientes e, dessa maneira, devam competir pelos pacientes por meio da qualidade do serviço oferecido. (SIMOENS; GIUFFRIDA, 2004).

Os salários representam um pagamento independente do número de pacientes tratados e da quantidade de serviços realizados. Não criam incentivos para o aumento na qualidade do atendimento proposto, ao mesmo tempo em que tendem a reduzir a quantidade de pacientes atendidos (RUDMIK, 2014). O benefício a quem paga pelos serviços de saúde é que o gasto é totalmente previsto. Não obstante, se esse é o único modelo de pagamento ao médico, sem mecanismos suplementares que aumentem a eficiência, regulações e incentivos implícitos devem ser adotados para que se evite a queda na produtividade do profissional (MAYNARD, 2003).

Em verdade, a remuneração médica baseada em apenas um desses três modelos é contraindicada por diversos autores (BUCHANAN, 1988; BURR, 2008; CHALKLEY, 2012; FRIEDBERG et al., 2015; GOSDEN; PEDERSEN; TORGERSON, 1999; ROBINSON, 2001; RUDMIK, 2014). Uma remuneração flexível, baseada tanto em um componente fixo,

como o sistema de capitação ou um salário, somada a um componente variável, como o pagamento por procedimento FFS, pode produzir os incentivos almejados por aqueles que pagam pelo serviço, pois oferece um equilíbrio entre a redução de custos e a manutenção da qualidade e da quantidade dos serviços a um nível almejado. Ainda, existem também novas alternativas de pagamentos, que podem somar-se a essas combinações e, assim, aumentar a eficiência da relação principal-agente.

O pagamento por performance é um mecanismo que pode ser combinado aos anteriores para compor a remuneração do profissional. Em última análise, é definido como um bônus pago ao médico baseado em objetivos clínicos populacionais alcançados, principalmente em termos de qualidade. Assim, esse modelo está intimamente relacionado com a definição, por parte do principal, de quais são as metas a serem alcançadas pelo profissional. O resultado de sua implementação é a tentativa de que os objetivos de quem paga (principal) estejam em linha com os objetivos de quem fornece o serviço (agente). O modelo, então, normalmente existe quando o governo é o contratante dos serviços médicos, uma vez que possui objetivos populacionais, como rastreamento de doenças crônicas, prevenção de infecções, dentre outros (RUDMIK, 2014).

Evidências empíricas

Assim como para a teoria do risco moral, os dados empíricos confirmam a teoria do problema principal-agente na prática médica (SIMOENS; GIUFFRIDA, 2004). Gosden e colaboradores (1999) realizaram uma revisão da literatura sobre os diferentes métodos de pagamentos para os médicos e acharam resultados compatíveis com a teoria. A maioria dos estudos comparava salários com pagamentos por procedimento e as variáveis a investigar eram, principalmente, a quantidade de consultas e de procedimentos realizados pelo paciente. Em geral, o resultado foi que médicos remunerados por salários oferecem menos serviços do que médicos pagos por procedimento.

De um total de 19 (dezenove) estudos, 9 (nove) tiveram como resultado um menor número de consultas realizadas por médicos assalariados; 5 (cinco) estudos de um total de 9 (nove) que investigaram o volume de exames laboratoriais e de imagem concluíram que os médicos pagos por salário pediram menos exames para seus pacientes. Nos 4 (quatro) estudos que investigaram a quantidade de serviços hospitalares utilizados por médicos, os médicos assalariados tiveram menores taxas de uso desses recursos. Dois estudos que investigaram a prática de cirurgias concluíram que aqueles que eram pagos com salários realizaram menos cirurgias e tiveram mais infecções pós-operatórias do que médicos pagos no regime FFS.

Os 2 (dois) estudos que incluíam o sistema de capitação em sua análise concluíram que médicos assalariados possuem menores volumes de consultas, pedem menos exames complementares e estão associados a menores taxas de uso de recursos hospitalares do que o sistema de capitação. Entretanto, esses estudos também incluíam o regime de pagamentos por procedimento FFS, o qual, dentre os três, representava a maior intensidade de serviços, enquanto que o modelo de capitação representava um meio termo entre esse e o pagamento por salário.

Em relação ao pagamento por performance, existe uma menor quantidade de estudos presentes na literatura (RUDMIK, 2014). Doran e colaboradores (2011), de fato, encontraram modificações nos comportamentos dos médicos após a implementação de pagamentos por performance na Inglaterra. Os autores destacam que a melhora da qualidade dos serviços com metas definidas foi expressivo logo na implementação do novo modelo de remuneração, entretanto, para serviços que não eram relacionados com o pagamento do bônus, não houve melhora na prática clínica. Também ressaltam que os custos do governo foram aumentados para que se pagasse o bônus prometido, o que indica que deve ser feita uma análise de custo vs. aumento da qualidade dos serviços.

Teoria da agência e incentivos por tipo de pagamento (Hospitais)

A respeito da prática hospitalar e dos possíveis incentivos a serem analisados com base na teoria da agência, não só os modelos dos contratos serão abordados, mas também o tipo de instituição. Dessa forma, elas são separadas em 3 (três) modelos diferentes (DEBER, 2002):

- Administração pública: nesse modelo de administração, o governo, federal ou regional, é o dono do hospital e o responsável por suas operações. A estabilidade financeira não é o único objetivo da instituição, já que metas sociais também a representam. Não há risco financeiro de falência, tendo em vista que o Estado é responsável pelas dívidas contraídas pela instituição. Também não há autonomia na retenção de lucros e os investimentos realizados dependem de autorizações de recursos repassados pelo governo. Esse é o modelo histórico de operação dos hospitais britânicos, por exemplo, que fazem parte do serviço nacional de saúde (NHS);
- Instituição privada sem fins lucrativos: essas instituições não fazem parte da administração pública, sendo constituídas por uma administração independente. São denominadas sem fins lucrativos pois o lucro não pode ser distribuído entre os

- acionistas ou qualquer pessoa física da empresa. Por outro lado, ele pode ser gasto com autonomia em pesquisa, educação, investimento em infraestrutura dentre outros. Assim, o lucro é um dos objetivos da instituição, mesmo que não seja o único. Essas instituições normalmente recebem contribuições de caridade, seja de organizações religiosas ou de fundações preocupadas com a saúde. Também podem ter outros objetivos além da estabilidade financeira, embora possam ir à falência caso não sejam responsáveis fiscalmente, pois não possuem o governo como sustentação caso incorram em recorrentes prejuízos. Nos sistemas de saúde dos Estados Unidos e do Canadá é esse modelo de administração que predomina. No Reino Unido, as novas FTs se assemelham a esse tipo de administração, pela maior autonomia que recebem;
- Instituição privada com fins lucrativos: os donos dessas instituições são investidores pessoa física ou jurídica que possuem como principal objetivo a distribuição de lucros. Assim, a qualidade e eficiência do hospital são consideradas meios de se atingir esse objetivo e não um fim em si próprio. Além de poderem distribuir o lucro entre os acionistas, então, outra diferença para as empresas sem fins lucrativos é a impossibilidade de receberem doações de caridade. O argumento de defensores deste modelo de administração é a maior eficiência que uma instituição que tenha o interesse de reduzir custos ao máximo e maximizar as receitas e os lucros pode gerar. Entretanto, elas representam uma pequena parte dos hospitais dos Estados Unidos, e uma ainda menor quantidade dos hospitais canadenses.

Os pagamentos por serviços hospitalares são representados por 3 (três) diferentes modelos: (i) FFS, igual ao relatado anteriormente para o caso dos médicos; (ii) o sistema de orçamento global e (iii) o DRG (BOACHIE, 2014).

Para os hospitais, o pagamento FFS possui os mesmos incentivos para sobreutilização de serviços já relatados na seção anterior. Sempre foi o modo prevalente de remuneração de hospitais privados dos Estados Unidos, até que o excesso nos custos, através do incentivo a prover serviços de cada vez maior qualidade, mais caros, e em maior quantidade, fez com que fosse substituído gradualmente a partir da década de 1980, quando o método DRG foi implementado no mercado (RICE et al., 2013).

O modelo de orçamento global constitui um pagamento de um montante fixo para os hospitais para proverem seus serviços durante um período de tempo, geralmente 1 (um) ano. Esse montante é calculado, via de regra, com base nos custos históricos de operações da

instituição, sem levar em consideração o número de pacientes tratados ou a intensidade dos serviços por paciente, tanto em termos de qualidade quanto de quantidade.

Nesse modelo, o objetivo é que se controlem os gastos hospitalares dentro de um limite máximo, o orçamento, e que se evite o crescimento das despesas. Por isso, é implementado em países onde o governo é o financiador do sistema de saúde, pois possui autoridade para limitar os custos como assim desejar. Os pontos positivos deste modelo para os gestores residem no fato de serem administrativamente simples, terem baixo custo de operação e manterem uma previsibilidade no fluxo de recursos do sistema (SUTHERLAND et al., 2013).

Em relação aos pontos negativos do sistema, a ineficiência é o principal deles, por diferentes motivos. Um deles é a situação criada de que a receita do hospital não está relacionada ao volume de serviços realizados, ao tipo e nem a qualidade do cuidado, sendo de certa maneira arbitrária. Sendo a receita independente da quantidade de pacientes tratados, não há incentivos para que se aumente o número de pessoas atendidas. Além disso, os hospitais têm um incentivo para reduzir os serviços realizados por paciente, pois a receita também é independente da quantidade de serviços realizados. Assim como no caso dos salários, a qualidade e quantidade dos serviços não são estimuladas neste modelo de pagamentos, o que acaba por reduzir a eficiência do sistema, pois menos pacientes sendo tratados significa um aumento na fila de espera daqueles que necessitam de tratamento (SUTHERLAND et al., 2013).

Tendo em vista que os custos hospitalares representam o maior gasto nos sistemas de saúde, o método de DRG foi inserido no modelo de pagamentos nos anos 1980 nos Estados Unidos, primeiro no sistema público e, após, disseminado ao sistema privado, como uma forma de aumentar a eficiência dos serviços. Esse método remunera os hospitais com um preço fixo por pacientes, porém, nele os pacientes são classificados quanto ao diagnóstico que possuem ou a qual procedimento realizarão na internação. Cada diagnóstico ou procedimento, desse modo, possui um preço específico, baseado na média de todos os pacientes classificados no mesmo grupo, por isso o nome do método é grupos de pacientes relacionados (SUTHERLAND et al., 2013).

É preciso que se compreenda, nesse momento, a diferença desse modelo de pagamento do pagamento por procedimento FFS. Nesse último, por exemplo, por um paciente internado para realizar uma cirurgia, todos os serviços que o hospital provê são cobrados. Assim, as diárias de permanência, os remédios utilizados, o aluguel da sala de operação, dentre outros, são levadas em consideração no momento de finalizar a conta hospitalar. Dessa forma, há

incentivos para que o máximo de serviços seja provido, pois o hospital está sendo remunerado por cada um deles.

No modelo de DRG, um paciente que se interna para uma cirurgia cardíaca possui um custo tabelado, com base no custo médio de todos os pacientes que se internam para a realização da mesma cirurgia. O tempo de internação, os remédios e outros serviços prestados não são levados em conta para a remuneração. Dessa forma, o incentivo é contrário ao do modelo FFS, pois o hospital tende a reduzir a quantidade dos serviços.

Por outro lado, como o hospital recebe com base no número de pacientes internados para a realização de tratamentos, ele possui também incentivos para ofertar serviços a um nível de qualidade competitivo no mercado, uma vez que pacientes possuem a opção de diferentes locais de tratamento. Esse método acaba por fazer com que o hospital tenha como objetivo assistir o maior número possível de pacientes a um custo que caiba dentro do repasse do seguro ou governo, mas que ao mesmo tempo faça com que mantenha-se competitivo, com a intenção de atrair novos pacientes. (BOACHIE, 2014).

4 FALHAS NOS SISTEMAS DE SAÚDE E MECANISMOS DE CONTROLE

Antes de que sejam apresentados e analisados os mecanismos de controle das falhas de mercado dos sistemas de saúde, é preciso que seja resumido o que foi considerado a “macroestrutura” de cada um. Os quadros 4.1 e 4.2 demonstram como funciona cada sistema em relação ao seu financiamento e provimento, respectivamente.

O sistema de saúde norteamericano é financiado pelos seguros privados de saúde, contratados individualmente por trabalhadores, ligados ao emprego pelos benefícios fiscais em relação ao salário e expandidos, em grande parte, para a família do beneficiário. O governo financia apenas os serviços para os aposentados (maiores de 65 anos) e portadores de certas doenças crônicas, por meio do Medicare, e para pessoas de baixa renda, por meio do Medicaid. Os principais modelos de pagamento para hospitais, médicos generalistas e especialistas são, respectivamente, DRG, capitação e FFS.

No sistema de saúde canadense, todos os serviços considerados essenciais pelo governo são por ele financiados, por meio dos planos provinciais de saúde. Os planos privados são em geral proibidos e desincentivados por diversas leis que regulamentam o setor, sendo restritos aos serviços não providos pelo governo (odontológicos, oftalmológicos e outros). Em relação ao provimento, em geral, médicos são remunerados pelo modelo FFS, tanto generalistas como especialistas, enquanto hospitais, constituindo instituições totalmente independentes do governo, privadas e sem fins lucrativos, são pagos na sua maioria por orçamentos globais.

O Reino Unido possui o NHS como seu sistema público de saúde, o qual atende a toda a população em uma grande gama de serviços. Os planos privados são permitidos e, em geral, atuam como opção ao sistema público. Os hospitais historicamente eram administrados pelo próprio governo e, após os anos 1990, tornaram-se instituições semi-independentes. São remunerados, atualmente, pelo modelo de *Payments By Results* (PBR). Os médicos generalistas são independentes e pagos pelo governo em um sistema de capitação, enquanto médicos especialistas são contratados pelo NHS com salários.

Quadro 4.1 – Macroestrutura do financiamento dos sistemas:

País	Estados Unidos	Canadá	Reino Unido
Sistema Público	Medicare e Medicaid Cobertura para idosos e indivíduos de baixa renda	Medicare canadense Cobertura universal	NHS Cobertura universal
Planos Privados	Substitutivo Cobertura completa para população em geral	Complementar Cobertura para serviços não oferecidos pelo Medicare	Suplementar Cobertura alternativa para serviços oferecidos pelo NHS

Fonte: Elaboração própria

Quadro 4.2 – Macroestrutura do provimento dos sistemas (Principais meios de pagamento):

País	Estados Unidos	Canadá	Reino Unido
Serviço Hospitalar	Privados sem fins lucrativos DRG	Privados sem fins lucrativos Orçamento global	Públicos PBR
Atividade Médica	Capitação (Gen.) FFS (Esp.)	FFS (Gen.) FFS (Esp.)	Capitação (Gen.) Salários (Esp.)

Fonte: Elaboração própria

A partir dessas “macroestruturas”, será analisado nas próximas seções como as falhas de mercado de risco moral e teoria da agência são vistas e quais são os mecanismos que cada um deles possui para lidar com a sua presença.

4.1 RISCO MORAL NOS ESTADOS UNIDOS

A presença de risco moral, como visto anteriormente, é inerente a qualquer mercado em que haja cobertura por seguros. Nos Estados Unidos, é um tema muito debatido na literatura econômica. De fato, a aceitação da teoria proposta por Mark Pauly (1968) no mercado da saúde proposta ganhou notoriedade em decorrência da alta da inflação desses serviços no país na década de 1960 e 1970, com média próxima de 7% e 10% ao ano, respectivamente, e pico em 1975, quando a inflação anual de serviços de saúde foi de 12,6% (U.S. Bureau of Labor Statistics). Desde então, os economistas da saúde têm uma constante preocupação com o problema de risco moral e sua consequente elevação dos custos.

Nesse sistema, pode-se elencar 2 (dois) mecanismos distintos de combate ao risco moral, os quais são separados em mecanismos do lado da oferta e do lado da demanda (GLIED, 1999).

Do lado da demanda, o mecanismo de combate ao risco moral é o compartilhamento de custos entre os seguros e os segurados apresentados na seção “Risco Moral” do capítulo passado, representadas pelos copagamentos e pelas franquias. Representando um custo marginal diferente de zero, eles inibem o consumo de serviços de saúde em comparação com o seguro completo. Esse mecanismo é compatível com um sistema de saúde privado, visto que não há a necessidade de equidade no acesso à saúde. Como será visto na análise dos mecanismos canadenses e britânico, por outro lado, eles são incompatíveis com o conceito de cobertura universal presente nos respectivos sistemas de saúde desses países (GLIED, 1999).

Para que se entenda a extensão do compartilhamento de custos com os segurados, analisa-se o relatório da instituição Kayser sobre a composição dos seguros de saúde no mercado norteamericano, para o ano de 2016 (CLAXTON et al., 2016).

Tabela 4.1 – Presença de franquia por tipo de plano de saúde, Estados Unidos, 2016

Tipo de Plano	Presença de franquia	Valor médio da franquia
PPOs	85%	\$ 1,028
POSs	76%	\$ 1,737
HMOs	46%	\$ 917
HDHPs	100%	\$ 2,199
Todos	83%	\$ 1,478

Fonte: Employer Health Benefits, 2016

Tabela 4.2 – Presença de copagamentos para cirurgias por tipo de plano de saúde, Estados Unidos, 2016

Tipo de Plano	Presença de copagamentos	Valor médio da taxa de cosseguro
PPOs	86%	19%
POSs	75%	16%
HMOs	84%	21%
HDHPs	78%	18%
Todos	83%	19%

Fonte: Employer Health Benefits, 2016

As tabelas 4.1 e 4.2 mostram a presença significativa dos custos compartilhados nos seguros do mercado de saúde norteamericano. Em média, 83% dos planos de saúde possuem franquias anuais para que os segurados possam utilizar os benefícios financeiros do seguro. O valor médio dessa franquia, em 2016, foi de \$1,478. Assim, para que um consumidor médio utilizasse seu seguro, naquele ano, teria que ter gastos maiores que esse valor em serviços de saúde.

A respeito dos copagamentos, 83% dos planos de saúde tinham algum custo adicional para cada serviço prestado aos seus segurados, quando contratavam alguma cirurgia. A maioria desses planos cobrava uma taxa de cosseguro, a qual, na média, representava 19% dos gastos totais que deveria ser pago pelo paciente.

Algumas tendências também podem ser ressaltadas nesse momento. Desde 2006, os planos de saúde vêm aumentando os mecanismos de custos compartilhados com seus beneficiários. Na época, 55% dos planos possuíam franquias anuais para os serviços cobertos, a um valor de 584 dólares. Em 2011 esses valores se elevaram para 74% e 991 dólares e, atualmente, como visto na tabela 4.1 estão em 83% e 1,478 dólares.

Entretanto, há uma grande variação entre essas franquias cobradas, com diferentes faixas de cobranças por parte dos planos de saúde. Em 25% deles, a franquia é menor do que 500 dólares por ano, ao mesmo tempo em que em 14% dos planos, ela é superior a 2.000 dólares. Esses dados demonstram uma variabilidade entre os diferentes planos de saúde, para que os consumidores possam escolher diferentes modalidades dentre as disponíveis. (CLAXTON et al., 2016)

Outra tendência do mercado é a maior procura por parte dos consumidores por planos de saúde que possuam um máximo de pagamentos extras para os segurados. Em 2011, cerca de 80% dos planos de saúde possuíam um mecanismo que limitava os gastos extras dos beneficiários a, aproximadamente, 13,000 dólares por ano para a família toda. No último relatório de 2016, quase todos os planos de contratados possuíam esse mecanismo, visto que a proporção foi de 98% dos planos de saúde. (CLAXTON et al., 2016).

Com tais dados disponíveis, é visto que o mecanismo de custos compartilhados entre seguro e segurado possui ampla presença no mercado de seguros dos Estados Unidos. Ainda, a sua representatividade vem crescendo desde o início dos anos 2000, haja vista o aumento no número de planos exigindo franquias para os benefícios financeiros. Por outro lado, uma nova tendência é a maior demanda por planos que possuam algum tipo de limite de gastos por parte dos segurados, uma vez que quase todos os planos contratados em 2016 possuíam esse modelo.

Do lado da oferta, o mecanismo de combate ao risco moral é a limitação da disponibilidade dos serviços aos pacientes. A ideia é que o paciente não consuma os serviços que demande, mas sim apenas aqueles que necessite. Quem julga, então, haver necessidade ou não de determinado procedimento é o médico generalista, de atenção primária, alocado ao paciente como o médico responsável pelo seu cuidado integrado. Dessa forma, ele atua como *gatekeeper* (controlador de acesso) do sistema de saúde, como uma tentativa de assegurar que a assistência seja apropriada e evitar a sobreutilização (FOLLAND, 2010).

Nos Estados Unidos, a figura do *gatekeeper* foi introduzida no mercado no início dos planos conhecidos como *Managed Care* (cuidado gerenciado). Na verdade, esse termo representa uma série de práticas adotadas pelas instituições do mercado da saúde nos Estados Unidos a partir dos anos 1970 com vistas a reduzir a demanda de serviços desnecessários e a contrair a elevação dos custos, principalmente após a inflação de serviços médicos e hospitalares dos anos 1960 e 1970 (FOX; KONGSTVEDT, 2013).

Até os anos 1980, o modelo de planos de saúde que predominava no mercado norte-americano era o convencional/tradicional. Esses planos funcionavam de maneira a

reembolsar os gastos com saúde dos beneficiários. Não existia preferência ou exigência de que o serviço fosse contratado por determinado prestador nem qualquer contrato especial entre prestador e seguro. Em verdade, o paciente consumia os serviços de saúde dos profissionais que desejasse, pagava por eles com recursos próprios e, após, era reembolsado pelo seguro de saúde conforme acordado em contrato, a depender dos mecanismos de compartilhamento de custos (FOLLAND, 2010).

Consequentemente, esse modelo de seguros faz com que não haja nenhuma forma de controle por parte dos seguros do gasto com saúde. Os preços são ditados pelos médicos, os serviços demandados pelos pacientes e, após serem realizados, o seguro reembolsa todo o custo incorrido pelo segurado.

A partir do Ato das HMOs, de 1973, o governo federal criou incentivos para que modelos alternativos ao sistema clássico de planos de saúde fossem desenvolvidos e estimulados. As medidas do Ato de 1973 para o estímulo às HMOs eram 3 (três): maior financiamento público para estes planos, regulamentação legislativa que permitisse o funcionamento de planos alternativos e obrigação para que empresas com mais de 25 empregados oferecessem algum destes planos aos seus trabalhadores¹⁰ (MECHANIC, 2004).

De fato, antes do Ato de 1973, e até mesmo após, diversos estados norte-americanos proibiam as práticas que viriam a ser adotadas pelos planos do Managed Care, como restrição de profissionais para contratação de serviços por parte dos segurados e contratos entre seguradoras e profissionais com remuneração diferenciada (FOLLAND, 2010). Os principais oponentes aos novos planos eram os próprios médicos e as associações, pelo benefício que tinha a classe com os planos tradicionais e seu funcionamento. Em 1982 o estado da Califórnia liberou a prática das HMOs de selecionar provedores para seus segurados, e, no período de 1982-1984, outros 15 (quinze) estados também liberaram diversas outras restrições para a prática de seguros com cuidado administrado, abrindo espaço para um futuro crescimento (GLIED, 1999).

As HMOs, então, foram as primeiras formas alternativas ao seguro tradicional para cobertura de saúde. A ideia central do plano era que o paciente seria atendido por uma rede de profissionais e instituições de saúde, os quais administrariam os cuidados necessários ao paciente. Assim, duas novas práticas em relação aos planos tradicionais são modificadas, as quais auxiliam na contração da demanda: a inserção do médico de atenção primária e os contratos firmados entre seguros e profissionais (FOLLAND, 2010).

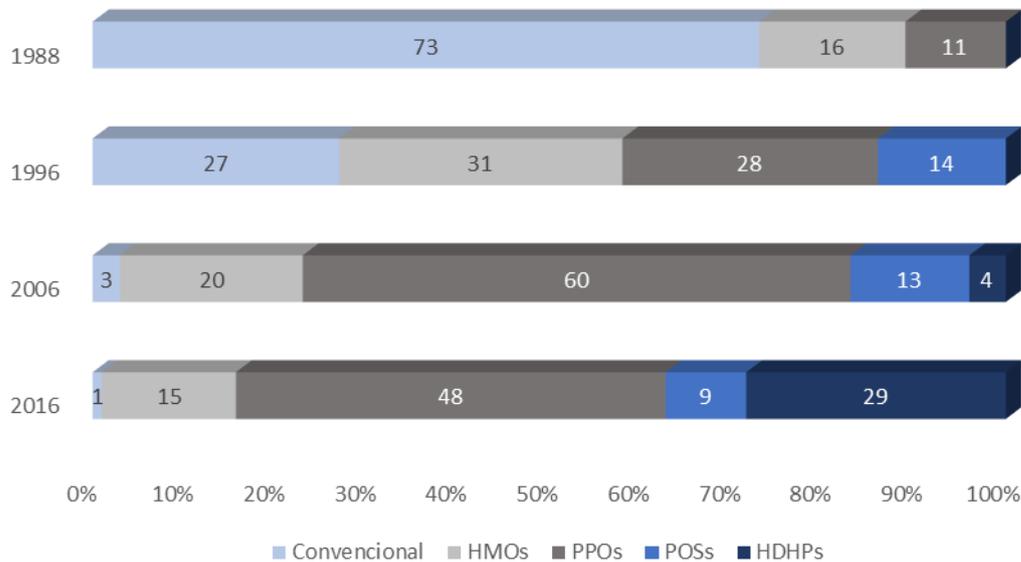
¹⁰ A obrigação de oferecer um plano HMO foi revogada em 1995, mas, até então, representou um grande incentivo à prática desse modelo.

Com a possibilidade de limitar o uso de serviços de saúde dos pacientes, os planos HMOs começaram a atuar com a figura do médico *gatekeeper*. Trata-se de um modelo de atenção à saúde em que cada paciente do plano possui um médico generalista que deve administrar os serviços de saúde do paciente. Dessa forma, não mais o paciente consome em decorrência apenas de suas preferências, pois é limitado à aprovação do seu médico de referência, o qual se baseará no conceito de necessidade (GLIED, 1999).

Entretanto, o modelo só conseguiria ser posto em prática com eficiência com uma legislação que permitisse a restrição do acesso de pacientes aos provedores por parte dos seguros. Dessa forma, eles poderiam tanto firmar contratos individuais com provedores, os quais se comprometeriam a utilizar protocolos específicos para a solicitação de exames e o encaminhamento a serviços mais especializados, quanto verificar se os profissionais da rede estavam, de fato, adotando-os e, assim, utilizando o conceito de necessidade para limitar a sobreutilização dos serviços de saúde. Aqueles que não o fizessem sofreriam penalidades e, em último caso, seriam excluídos da rede, para que os pacientes não pudessem mais ter acesso a esses profissionais (FOLLAND, 2010).

Com os incentivos dados pelo governo e a redução no preço dos prêmios dos seguros, as HMOs e outros planos de saúde classificados como *Managed Care* aumentaram sua participação de mercado a partir dos anos 1990. Em 2016, último dado disponível, possuíam em conjunto 99% do *market share* no mercado de seguros saúde (Figura 4.1).

Figura 4.1 – Proporção dos modelos de planos de saúde desde 1988 a 2016 (em %).



Fonte: Employer Health Benefits, 2016

A análise dos dados, por outro lado, também mostra o crescimento da participação de mercado de planos como as PPOs, em relação aos primeiros planos de Managed Care, as HMOs. Eles representam uma maior liberdade de escolha para os pacientes, pois não necessitam que o médico *gatekeeper* aprove a contratação do serviço demandado, apenas incentivam financeiramente que o paciente se sujeite a tal restrição, como já visto anteriormente (GLIED, 1999).

Dessa forma, como David Mechanic (2004) escreveu em seu artigo “*The rise and fall of managed care*” (“O ascender e a queda do ‘Managed Care’”, em tradução livre), foi possível notar um movimento de rejeição por parte dos consumidores norteamericanos às severas restrições praticadas pelos planos HMOs, mesmo que isso significasse aumento dos custos. Planos que representassem um melhor equilíbrio entre redução de custos e liberdade de consumo, como os PPOs, se beneficiaram ao longo da década de 2000 por essa mudança nas preferências, mesmo que a prêmios maiores (Figura 4.1 e Tabela 4.3).

Deve ser notado, também, que a possibilidade do mercado de autorregular-se em relação a esse *trade-off* entre liberdade de escolha e controle de custos é característica de um mercado privado, em que seguros e consumidores atuam para escolher a melhor combinação destas características do serviço. Nos casos em que o governo escolhe os serviços cobertos para a população essa escolha é exógena ao sistema, tendo em vista que o consumidor não financia o seu próprio seguro, mas sim o do mercado como um todo.

Tabela 4.3 – Valores dos prêmios por tipo de plano de saúde em 2016.

Tipo de Plano	Valor do prêmio familiar anual
PPOs	\$19,003
POSs	\$18,297
HMOs	\$17,978
HDHPs	\$16,737
Todos	\$18,142

Fonte: Employer Health Benefits, 2016

O sistema de saúde dos Estados Unidos, então, possui duas formas de combate ao risco moral, separadas em mecanismos do lado da demanda e da oferta. O primeiro é composto pelo compartilhamento de custos entre seguros e segurados, na forma de franquias e copagamentos, para evitar que o custo marginal seja igual a zero. Do lado da oferta, o consumo é restrito aos serviços tidos como necessários, pois a figura do *gatekeeper* atua no controle da demanda dos pacientes.

4.2 PROBLEMA PRINCIPAL-AGENTE NOS ESTADOS UNIDOS

O problema de principal-agente nos Estados Unidos sempre esteve relacionado como uma das causas do alto custo do tratamento médico no país. O histórico padrão de pagamentos por procedimento (FFS) para (i) médicos generalistas, (ii) especialistas e para (iii) hospitais sempre fora condenado pelos economistas do país, principalmente por sua propensão a elevar o custo dos tratamentos médicos.

Somado ao modelo de pagamento por procedimento FFS, a estrutura dos planos de saúde tradicionais dos anos 1970 e 1980, também favorecia os altos preços cobrados no mercado, acertados entre os provedores (médicos e hospitais) e pacientes. Nesse caso, os médicos tinham muito mais autonomia para cobrar os valores que achassem adequados, pois eram pagos pelos próprios pacientes, os quais seriam posteriormente reembolsados pelos planos de saúde.

Dessa forma, tanto médicos quanto pacientes, responsáveis pela contratação de serviços, não tinham incentivos para manter o custo dos tratamentos controlados. Com o advento do *Managed Care*, todavia, o próprio plano passou a pagar aos médicos, possuindo inclusive poder de escolha sobre quais provedores comporiam a sua rede preferencial, sendo que aqueles que cobrassem valores superiores ao considerado aceitável não fariam parte do plano. Os médicos, a partir de então, começaram a oferecer descontos para esses planos, a fim de participar da rede e obter benefícios pelo maior número de pacientes (GIRARDI; CARVALHO; GIRARDI, 2007).

Dessa forma, além de modificar quem paga pelos serviços de saúde, como o *Managed Care*, o sistema alterou também o modo como cada um dos três agentes citados acima recebe por seus serviços, para que se adequassem à ideia de redução dos custos e, ao mesmo tempo, fosse mantida a qualidade dos serviços no sistema norteamericano. Dentre elas, destacam-se: modelo de capitação para médicos generalistas, modelo *Resource-Based Relative Value Scale* (RBRVS) para os especialistas e modelo DRG para hospitais (BUCHANAN, 1988; FOLLAND, 2010; RICE, 2006; ROBINSON, 2001). O primeiro tem suas origens nos planos pertencentes à classe *Managed Care*, enquanto os outros dois tiveram sua origem no programa governamental Medicare e, após, tiveram uma grande aceitação no mercado privado (DRANOVE; SATTERTHWAITTE, 2000).

Antes da adoção desses novos modelos, os economistas norteamericanos compartilhavam a seguinte percepção, que pode ser entendida a partir do economista Alain Enthoven (NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE, 1978, p. 651):

As cobranças hospitalares e as taxas cobradas por médicos aumentaram mais do que os preços pagos por consumidores em geral [...] Existe uma grande variação no consumo per capita de vários serviços de saúde muito custos (por exemplo, hospitalizações e cirurgias) dentre populações semelhantes, sem nenhuma necessidade médica aparente ou resultados melhores... As pessoas poderiam estar tão saudáveis quanto estão com metade das hospitalizações e dos procedimentos adotados.

O governos dos Estados Unidos respondeu a tal situação com os incentivos ao *Managed Care*, com início em 1973 com o Ato das HMOs e outros mecanismos ao longo dos anos 1980, como as já vistas liberações para operacionalizar esse modelo de planos. Com o tempo, as HMOs, POSs e PPOs foram gradativamente modificando o modelo de pagamento para médicos, principalmente os *gatekeepers* de suas redes de atendimento, para um modelo de capitação. Além disso, em 1983, o governo federal modificou o modelo de pagamento para os hospitais pelos serviços prestados aos beneficiários do Medicare, adotando o DRG, e em 1992 modificou o pagamento aos médicos, principalmente especialistas para o RBRVS (DRANOVE; SATTERTHWAITE, 2000).

O modelo de capitação para o pagamento dos médicos generalistas foi justamente uma necessidade imposta ao sistema para que pudessem cumprir com seu papel de *gatekeepers* da maneira mais adequada possível. Como são eles quem decidem a quais serviços os pacientes serão encaminhados e quais possuem o direito de adquirir com benefícios por parte do seguro, o modelo de capitação se adequa no momento em que o médico recebe pelo número de pacientes que possui, e não pela quantidade de serviços que provê. Ao mesmo tempo, a qualidade deve ser mantida a níveis adequados pelo motivo da competição por pacientes, haja visto que os planos possuem uma cartela de diferentes médicos generalistas e o paciente deve escolher um dentre eles. Os salários, por outro lado, possuem o incentivo do controle de custos que os planos desejam, embora desincentivem a produtividade do atendimento a um maior número de pacientes (IVERSEN; LURÅS, 2012).

Pode-se citar ainda outro sistema para o pagamento de médicos generalistas nos Estados Unidos, o de capitação com fundos para encaminhamento para especialistas. O modelo significa um passo adiante no sentido de transferência de risco entre seguro e provedor em relação ao modelo tradicional de capitação: além de receber um montante fixo de pagamento pelos seus serviços, o médico recebe um montante extra, para cobrir os custos dos pacientes com procedimentos realizados por outros médicos, os especialistas. Assim, sempre que um médico generalista fizer um encaminhamento de um paciente, seja a outro médico ou a um hospital, é dele a responsabilidade do pagamento desses serviços (ANDRADE; LISBOA, 2000).

O modelo possui certa aceitação quando os médicos generalistas fazem parte de clínicas, para que possam, em conjunto, diminuir os riscos individuais de uma prática como essa. Assim, dividem o lucro resultante, ou compartilham o prejuízo, do que sobra desse montante após os encaminhamentos. O problema dessa prática está, justamente, no desincentivo a encaminhamentos, inexistente no sistema puro de capitação, de potenciais pacientes que estejam com necessidades reais (IVERSEN; LURÅS, 2012).

Em relação ao pagamento para médicos especialistas, o modelo substituto ao histórico pagamento por procedimento FFS desenvolvido pelo mercado norteamericano foi o de RBRVS. Na verdade, não constitui uma modificação de incentivos para a prática médica, pois continua a ser um pagamento por procedimento realizado, mas é um modelo que calcula de maneira diferente o montante a ser pago por procedimento, com 3 (três) diferentes bases de cálculo: (i) tempo do médico, (ii) custo do procedimento (materiais e outros), (iii) valor para compensar pelos riscos da prática (custos do seguro de responsabilidade profissional) (MCCORMACK; BURGE, 1994).

O modelo RBRVS foi aprovado pelo congresso dos Estados Unidos em 1992, após uma atuação conjunta dos membros do legislativo com a comunidade médica para que se chegasse a um acordo por uma tabela apropriada que englobasse todos os procedimentos de uma maneira adequada a ser pago pelo Medicare. Para tanto, a Universidade de Harvard desenvolveu um novo sistema de classificação, chamado de CPT (Current Procedural Terminology), o qual representa mais de 7.000 procedimentos, visitas e outros serviços médicos (MCCORMACK; BURGE, 1994). Dessa forma, o governo norteamericano buscou tornar mais transparentes e homogêneos os ganhos dos médicos em decorrência de diferentes procedimentos realizados¹¹.

Os planos do *Managed Care*, logo após a implementação do RBRVS no Medicare, começaram a introduzi-lo como seu método de pagamento aos médicos especialistas. Em pesquisa realizada dois anos após a aprovação na Câmara dos Deputados, com questionários enviados aos planos de saúde, apenas 9% da amostra não tinha intenção de utilizar esse método em seus contratos (MCCORMACK; BURGE, 1994). O fato de o governo utilizar a negociação com as entidades médicas para tabelar os serviços contratados a um preço tido como “justo” foi de grande auxílio para que os planos de saúde pudessem fazer o mesmo.

¹¹ O modelo RBRVS deu origem ao atual modelo de pagamento do SUS, no Brasil, para seus médicos especialistas, com base na Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM), definida em conjunto com o Conselho Federal de Medicina.

Para os contratos hospitalares, a mudança de modelo de pagamento nos Estados Unidos veio com a implementação do modelo DRG. Assim como para os demais, o motivo da mudança está relacionado com o alto custo dos tratamentos hospitalares, em ritmo superior aos níveis gerais de inflação à época. Dessa forma, o governo americano, em 1983, impôs seu poder de mercado com base no *Medicare* para modificar a maneira que remunerava esses serviços, para que os provedores tivessem incentivos para a redução de custo dos tratamentos realizados. (DRANOVE; SATTERTHWAITTE, 2000)

Em verdade, a terminologia do *Diagnosed Related Groups* (DRG) foi criada no ano de 1973 como uma classificação de pacientes dentre diferentes diagnósticos, para que o governo pudesse medir a eficiência de diferentes hospitais. Na época, era composto de 333 grupos de pacientes diferentes, os quais ano a ano eram modificados para retratar com mais precisão a realidade. No início dos anos 1980, a universidade de Yale criou o que considerava ser a versão final desses grupos diagnósticos, composta por 470 diferentes classes possíveis. Em 1983 o modelo DRG foi aprovado pelo legislativo como base de pagamento para serviços hospitalares.

Como detalhado no capítulo anterior, o modelo DRG remunera o hospital por cada paciente admitido para tratamento. Esse montante varia de acordo com a doença do paciente e o tratamento necessário. Cada respectivo valor pago por grupo DRG de pacientes é calculado com base na média nacional de custos para tratar pacientes do mesmo grupo DRG. A ideia desse sistema é que o hospital, em comparação com o antigo modelo de pagamento por procedimento, teria o incentivo de reduzir os custos dos tratamentos realizados por paciente, ao mesmo tempo em que há incentivos para que mantenham a qualidade do tratamento a um nível competitivo para atrair novos pacientes (WILEY, 2011).

Atualmente, o modelo é extensivamente empregado como modelo de remuneração hospitalar, tanto no *Medicare* quanto dentre os planos privados de saúde do *Managed Care*. Os custos de pacientes internados, desde sua implementação, têm crescido a um ritmo menor do que os demais custos em saúde, muito pela mudança de comportamento dos hospitais, cada vez tratando pacientes de maneira mais conservadora (medicamentos ao invés de cirurgias) e evitando a permanência de paciente em leitos hospitalares sempre que possível (MIHAILOVIC; KOCIC; JAKOVLJEVIC, 2016).

Quadro 4.3 – Comparação dos modelos de pagamento entre os planos tradicionais da década de 1970 e 1980 com os planos do Managed Care.

Profissional	Modelo de pagamento e fonte de pagamento no seguro tradicional	Como é atualmente nos planos Managed Care
Médicos Generalista	Fee-for-service / Pacientes	Capitação / Seguro
Médicos Especialistas	Fee-for-service / Pacientes	RBRVS / Seguro
Hospitais	Fee-for-service / Pacientes	DRG / Seguro

Fonte: Elaboração própria

Com base no quadro acima, resume-se os mecanismos de combate aos problemas de principal-agentes adotados pelo sistema de saúde norteamericano. A estrutura histórica de pagamentos FFS para os provedores de saúde, associada ao fato de serem os próprios pacientes que os remuneravam, tinha como resultado o incentivo a elevação dos custos de tratamentos médicos. Assim, o sistema criou mecanismos para que os objetivos dos médicos e hospitais se alinhassem com a ideia de controle de custos, dentre os quais destacam-se: (i) a mudança de fonte pagadora, anteriormente realizada pelo paciente e, com o advento do Managed Care, pelos planos de saúde; (ii) o modelo de capitação como fonte de remuneração dos médicos generalistas; (iii) a criação por parte do governo federal e, após, adotada pelos planos privados, dos sistemas RBRVS para o pagamento dos médicos especialistas e DRG para os hospitais.

4.3 RISCO MORAL NO CANADÁ

Em relação aos Estados Unidos, o financiamento dos sistemas de saúde canadense e britânico possui uma origem distinta, de modo que o risco moral possui tanto consequências como mecanismos de combate diferentes. Como consequência do risco moral nesses países, destaca-se o tempo de espera para o atendimento dos pacientes, enquanto como mecanismo não existe o compartilhamento de custos, mas o governo possui poder de barganha para evitar a escalada dos preços. Deve ser destacado o fato de que o último mecanismo, o da barganha, modifica a consequência do risco moral, de preços elevados para maior tempo de espera. Essa ideia será discutida ao longo do capítulo (FOLLAND, 2010).

Serão destacados, para o Canadá, dois mecanismos que funcionam como controle do risco moral e de suas consequências: (i) os médicos *gatekeepers*; e (ii) o poder de barganha do governo sobre os provedores. Antes disso, entretanto, será justificado o porquê do compartilhamento de custos não ser utilizado nesse sistema.

Tanto no Canadá como no Reino Unido, o compartilhamento de custos é uma prática que não é utilizada. Isso ocorre pois ambos os países têm como objetivo de seus sistemas de saúde a cobertura universal para seus cidadãos (WHO, 2008). Já definido anteriormente no presente trabalho, esse conceito representa a ideia de que a saúde não é considerada um bem, mas sim um direito do cidadão. Dessa forma, os serviços de saúde não devem possuir desincentivos financeiros para seu acesso, de modo que ele seja equalitário, independentemente da renda das pessoas. Como resultado, o acesso à saúde não se baseia em demanda, mas sim em necessidade. A comprovação dessa forma de pensar a saúde, para o Canadá, está no próprio Ato de 1984, o qual criou as diretrizes do Medicare, quando obrigava o sistema a prover igual acessibilidade a todos os cidadãos (CANADA; MINISTER OF JUSTICE, 2011).

É interessante, entretanto, notar que não necessariamente um programa de saúde público está impedido de adotar o compartilhamento de custos com seus cidadãos. No caso dos Estados Unidos, por exemplo, o Medicare norteamericano cobra, em média, 20% de cosseguro para qualquer serviço contratado pelos beneficiários. Os 80% restantes são de responsabilidade do seguro público. Dessa forma, pode-se notar que existe a possibilidade sim de um sistema público de saúde compartilhar custos com os cidadãos, no entanto, pela definição de cobertura universal, evidente que tal mecanismo vai de encontro com seus ideais (ANDRADE, 2000a).

Em relação ao primeiro mecanismo de controle do risco moral, os *gatekeepers*, o sistema de saúde canadense historicamente sempre se baseou na prática de médicos generalistas para o atendimento à população. Apesar de o país possuir uma baixa taxa de médicos a cada 1.000 habitantes em comparação com a média da OCDE, a taxa de médicos de atenção primária no Canadá é maior do que a média dos demais países. Isso ocorre pois os generalistas representam mais da metade dos médicos canadenses (51%), demonstrando uma clara preferência do sistema em detrimento de médicos especialistas. Nos Estados Unidos, por comparação, a proporção é de cerca de 35%. O resultado disso, para a população canadense, é que 91% das pessoas referem possuir uma fonte regular de atendimento por um médico de atenção primária (Canadian Institute for Health Information 2009).

De fato, o acesso a médicos especialistas e seus serviços de alto custo não é proibido pela maioria das províncias canadenses. Entretanto, a remuneração paga pelo *Medicare* a médicos pelo atendimento e fornecimento de serviços a pacientes que não foram encaminhados por seus médicos de atenção primária é penalizada, gerando taxas menores aos especialistas. Como consequência, a necessidade de aprovação por parte de médicos generalistas para que pacientes tenham acesso aos serviços do sistema constitui a maioria dos casos, o que faz com que assumam o papel de *gatekeepers* (HUTCHISON et al., 2011).

Além da grande proporção de médicos generalistas e dos incentivos de encaminhamentos que a população possui para consultar com tais médicos, existe um grande investimento federal para a prática desses profissionais no Canadá. No ano de 2000, por exemplo, o governo federal lançou um projeto piloto de 800 milhões de dólares canadenses para reformas na atenção primária do Medicare, chamado *Primary Health Care Transitional Fund*.

Esse projeto ainda utilizou dois relatórios encomendados pelo congresso canadense para avaliar o sistema nacional de saúde, (Commission on the Future of Health Care in Canada 2002), os quais demonstraram uma menor satisfação com as condições de trabalho de médicos generalistas, insatisfação com a acessibilidade por parte dos pacientes de serviços de atenção primária e uma menor procura por parte de estudantes de medicina pela residência de medicina de família e comunidade¹². Como resultado, em 2003, o programa foi estendido para incluir 16 bilhões de dólares canadenses voltados a melhorias da prática de atenção primária, com foco em melhoria na remuneração desses profissionais e investimentos em infraestrutura (HUTCHISON et al., 2011).

¹² A medicina de família e comunidade é a principal representante dentre as residências para a prática de atenção primária.

Dessa forma, o sistema de saúde canadense possui incentivos financeiros e institucionais para que os serviços de saúde sejam gerenciados pelos médicos generalistas, ao assumirem a função de *gatekeepers*. O resultado é que mais de 90% da população possui um cuidado administrado pela prática de atenção primária. Fazendo a comparação com o sistema norteamericano, no qual o consumidor possui a escolha pelos benefícios financeiros ou a liberdade de demanda, a cultura da atenção primária está mais consolidada no Canadá do que nos Estados Unidos (FOLLAND, 2010).

O outro mecanismo para evitar as consequências do risco moral é o poder de barganha exercido pelo Medicare na contratação dos serviços de saúde. Na verdade, essa é uma prática comum aos países que possuam o financiamento público como principal fonte dos serviços de saúde (ANDRADE, 2000a).

Como demonstrado anteriormente, além do aumento na demanda por serviços, outra consequência natural do risco moral é o aumento nos preços desses serviços, impulsionados pela sobredemanda decorrente do próprio risco moral. Entretanto, em países com financiamento público, os preços não são autorreguláveis pelo mercado, mas sim resultado de acordos entre o governo e os provedores dos serviços de saúde. Como os governos representam a maioria dos consumidores, os preços tendem a ser reduzidos pelo poder de barganha que possuem (ANDRADE, 2000a).

Pedro Pita Barros (2012) utiliza os conceitos de barganha de Nash para descrever tal fenômeno. Segundo o autor, os preços são acordados no mercado entre um pagador e um provedor. Como a teoria prevê, as conclusões são bastante compreensíveis: quanto maior o poder de barganha do provedor e maiores as alternativas de fontes de renda, maiores serão os preços.

No Canadá, além do governo possuir cobertura de 100% da população, o provimento de serviços oferecidos pelo *Medicare* possui diversas restrições. A maior delas é a proibição de que planos de saúde privados possam cobrir serviços oferecidos pelo Medicare. Em seis das dez províncias canadenses, a lei proíbe diretamente esse tipo de prática. Nas demais quatro províncias (Nova Brunswick, Newfoundland, Nova Escócia e Saskatchewan) os médicos devem optar entre participar do programa Medicare ou aceitar o pagamento de planos privados, sendo impossível que atuem nos dois sistemas. Como o Medicare possui uma demanda extremamente superior a qualquer plano privado, esses últimos constituem uma raridade para a contratação dos serviços cobertos. Ainda, na província de Nova Escócia, as taxas cobradas por médicos por procedimento dos planos privados não podem ser superiores àquelas que o Medicare paga aos seus médicos. Por si só, essa proibição e esses desincentivos

para a existência de planos privados já reduz drasticamente a demanda de serviços da prática privada (HUTCHISON et al., 2011).

A alternativa que resta aos médicos que quiserem oferecer serviços cobertos pelo *Medicare* para os pacientes pela prática privada é cobrar diretamente deles, sem cobertura por planos de saúde. Entretanto, em seis províncias os médicos devem desistir do direito de cobrar os planos de saúde por quaisquer serviços realizados para atuar dessa forma, ou seja, o profissional deve se descredenciar do *Medicare*. Nas 4 províncias restantes (Alberta, Nova Brunswick, Ilha de Prince Edward e Saskatchewan) os médicos podem solicitar um afastamento temporário, durante o qual também não receberão pagamentos pelo *Medicare*, porém, podem retornar ao fim do período como determinado na ocasião do afastamento (HUTCHISON et al., 2011). Dessa forma, os médicos praticamente não possuem alternativas viáveis ao *Medicare*, de modo que o governo possui um significativo poder de barganha no momento de acordar a remuneração com os provedores de saúde.

A comparação entre os preços dos serviços nos Estados Unidos e no Canadá, inclusive, foi motivo de grande estudo feito por Victor Fuchs (1990). Para o ano de 1985, os médicos norte-americanos, depois de ajustes de *mix* de especialidades e paridade do poder de compra, principalmente, possuíam uma renda em média 35% superior aos canadenses. As taxas por procedimento cobradas pelos médicos norte-americanos também eram maiores, com grandes variações dentre os tipos. Cirurgias eram, em média, 139% mais caras nos Estados Unidos, enquanto consultas eram, em média, 60% mais custosas.

O resultado do controle dos efeitos do risco moral não por retração da demanda da população, mas sim por redução dos preços pagos por esses serviços, tem como consequência, então, o aumento no tempo de espera para os pacientes, ao invés da elevação dos preços. Explica-se.

Em livres mercados de bens e serviços, o preço é um instrumento pelo qual a quantidade demandada de determinado bem ou serviço é equacionado com a oferta. Dessa forma, se a demanda for excedente à oferta para um determinado preço, a competição entre os compradores leva a aumentos de preços. Por sua vez, esse movimento leva a um aumento na quantidade ofertada do bem ou serviço, ao mesmo tempo em que gera uma redução na demanda. O preço se manterá subindo até que a quantidade demandada se iguale a quantidade ofertada. Um mesmo movimento em direção ao equilíbrio aconteceria se a oferta superasse a demanda a um determinado preço (GLOBERMAN, 2013).

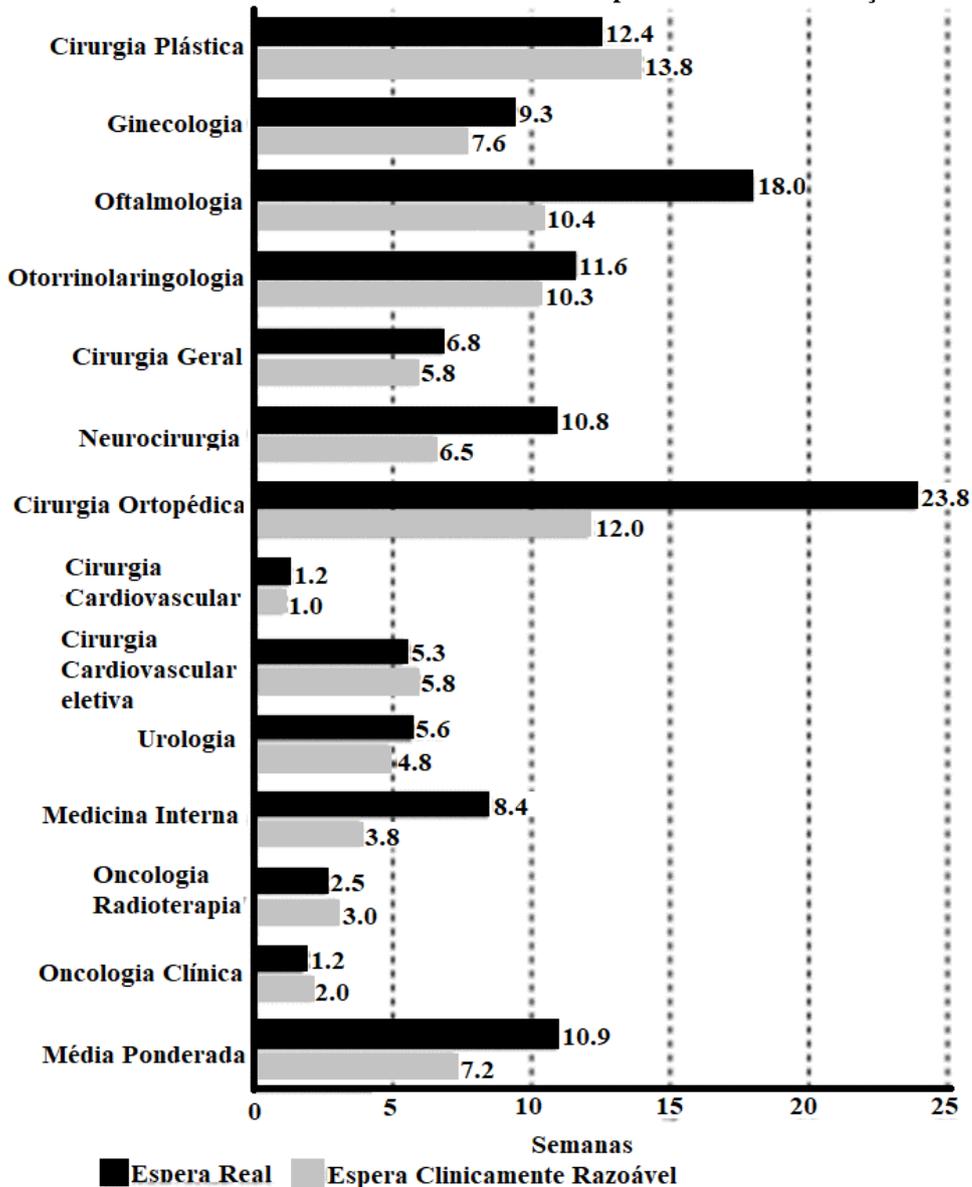
Entretanto, em sistemas públicos de saúde, os preços não se baseiam nas dinâmicas de mercado, mas sim em decisões governamentais. Em possuindo restrições orçamentárias, os

governos possuem certos limites para o gasto total destinado a oferecer os serviços de saúde a suas populações. O resultado da combinação entre limite orçamentário e necessidade de provimento de todos os serviços de saúde necessários à população, sem custo direto algum aos cidadãos, é a menor remuneração aos provedores de saúde, ou seja, a redução do preço dos serviços prestados. Conseqüentemente, para o sistema de saúde, haverá uma demanda excedente, pois a demanda das pessoas pelos serviços, a qual é máxima (pois não há custo marginal para o paciente), será superior à oferta dos provedores ao preço acordado com o governo (FOLLAND, 2010).

Em relação ao Canadá, então, o tempo de espera dos pacientes para receber tratamento médico é o principal problema relacionado ao risco moral. Em 2017, os cidadãos canadenses demoravam, em média, 10.2 semanas para conseguirem atendimento médico com médicos especialistas. Após, esperavam mais 10.9 semanas até o início do tratamento indicado pelo médico, o que representava um total de mais de 20 semanas desde a procura pelo médico (BACCHUS BARUA, 2017).

Por outro lado, em tendo a disponibilidade de destinar os recursos para serviços considerados mais essenciais, ou urgentes, que outros, o governo garante que determinados procedimentos sejam providos em tempo adequado. Na figura 3.2 tem-se os tempos de espera dos pacientes desde a consulta com o especialista e a realização dos procedimentos. O gráfico também mostra o tempo de espera considerado adequado, por tipo de procedimento, para comparação com o que é visto na realidade. Nota-se, por exemplo, que, de fato, serviços urgentes como cirurgias cardíacas e tratamentos oncológicos possuem um tempo mais curto até o início do tratamento em relação aos demais, inclusive menores do que o próprio tempo considerado adequado para sua categoria. Porém, deve-se perceber também que não são todos os procedimentos que possuem um tempo adequado para sua realização desde o encaminhamento do médico especialista. Com isso, a média ponderada de todos os serviços é superior em 3,5 semanas ao recomendado pela comunidade médica, 10.9 vs. 7.2. Algumas especialidades possuem uma situação mais evidente, como cirurgias ortopédicas (23.8 semanas) e oftalmológicas (18.0 semanas) (BACCHUS BARUA, 2017).

Figura 4.2 – Tempo de espera médio em comparação com tempo de espera adequado por especialidade no Canadá em 2017 – semanas desde a consulta com especialista até a realização do tratamento.



Fonte: Canadian Institute For Health Information, 2017.

Dessa forma, o risco moral é combatido, no Canadá, de maneira diferente em comparação aos Estados Unidos. Como o sistema de saúde nacional possui a cobertura universal como um de seus princípios, não é permitida a cobrança direta para a obtenção de serviços de saúde, impossibilitando que o compartilhamento de custos seja adotado pelo Medicare. Por outro lado, como esse seguro público possui a totalidade do mercado para os serviços que provê, é visto um grande poder de barganha em relação aos provedores de saúde, o que resulta em um mecanismo de barrar as elavações sistemáticas dos preços cobrados pelos provedores. Como consequência, o Canadá possui custos controlados com base no orçamento público, mas filas de espera para que a população possa obter os serviços de saúde

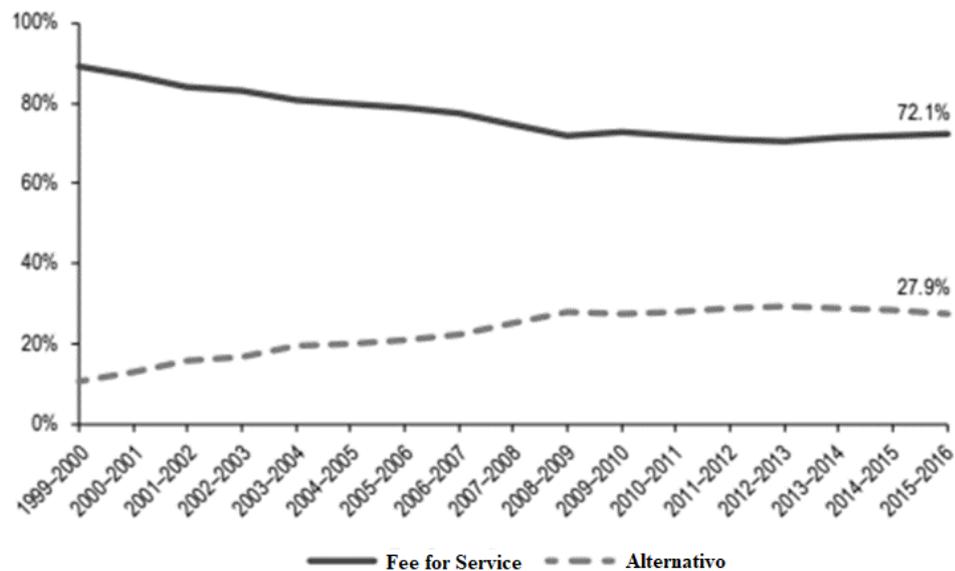
demandados. Isso ocorre, pois o mercado não se autorregula como no caso norteamericano, possuindo um agente central definidor das políticas sociais.

4.4 PROBLEMA PRINCIPAL-AGENTE NO CANADÁ

O problema de principal-agente, no sistema canadense de saúde, possui origens diferentes ao serem consideradas as atividades médica e hospitalar. Para a primeira, o histórico modelo de pagamento no país é constituído pelo método FFS, fazendo com que, pelos seus incentivos à superutilização dos serviços de saúde (o que gera aumento de custos), o sistema constantemente crie mecanismos para modificá-lo. Por outro lado, na prática hospitalar, o método predominante de pagamento sempre foi constituído pelo sistema de orçamentos globais. Assim, a preocupação do governo é oposta ao caso da prática médica, pois é a falta de produtividade dos hospitais a principal consequência nesse caso, tendo o governo que criar mecanismos para incentivá-la.

Historicamente, o modelo FFS sempre dominou outras formas de pagamento por serviços médicos no Canadá. A emergência de outros modelos de pagamentos teve início a partir dos anos 1960, quando o sistema canadense presenciou diversas reformas em sua estrutura. Entretanto, nenhuma dessas fórmulas conseguiu, até hoje, a mesma participação na renda dos médicos como o FFS: em 2016, mais de 70% da renda médica era gerada por esse modelo. Por mais que essa proporção tenha caído ao longo dos últimos 20 anos, desde 2008 o resultado anual permanece entre 70 e 73%, com pequenas variações, conforme a Figura 4.3 (CANADIAN INSTITUTE FOR HEALTH INFORMATION, 2017).

Figura 4.3 – FFS e métodos alternativos de pagamento como percentual do total dos pagamentos feitos para médicos (1999-2016).



Fonte: CANADIAN INSTITUTE FOR HEALTH INFORMATION, 2017.

Esse padrão de remuneração no Canadá está intimamente relacionado com as preferências da classe médica no país (EMERY; AULD; LU, 1999). O fato dos médicos preferirem um modelo de remuneração por procedimento não é exclusividade do Canadá, como pode ser notado nos comentários de Arrow (1963) ao afirmar que tal prática é inerente ao comportamento do profissional, como já dito no capítulo 2. No Canadá, entretanto, há uma forte resistência da classe a outros modelos de pagamento, como demonstram a história. Da mesma forma que o governo possui poder de barganha para limitar os preços cobrados por serviços de saúde, a forma de remuneração é uma imposição desses profissionais.

Pode-se perceber tal fato desde a era pré-*Medicare*. Na década de 1930, a província de British Columbia lançou um programa governamental para atender a população em termos de saúde, inexistente até então. Entretanto, como o modelo de pagamento aos médicos oferecido era composto pelo sistema de capitação, a maioria se recusou a registrar-se no programa. Em 1935, de acordo com a escala de pagamentos por capitação do sistema de British Columbia, a remuneração do médico em média era maior do que praticada fora do programa, com base no pagamento por procedimento. Mesmo assim, a perda de autonomia somada à elevação dos riscos financeiros fizeram com que os médicos não aderissem ao programa (EMERY; AULD; LU, 1999).

Em 1937, a *Canadian Medical Association* (CMA) publicou uma declaração em seu Comitê Econômico sobre a autonomia do profissional: “Os médicos devem ser remunerados pelas taxas acordadas aceitas pelas devidas organizações médicas em cada província do país”.

Entretanto, foi na década de 1960 que evidenciou-se ainda mais a preferência dos médicos pelo modelo de pagamento FFS. Em 1959, o premier Tommy Douglas da província de Saskatchewan iniciou uma campanha política para que se aprovasse o seguro universal público para seus habitantes. Até a época, o *Medicare* ainda não havia sido criado e nenhuma província canadense possuía um seguro público nos moldes do programa atual. No entanto, desde o início da campanha, os médicos foram os principais opositores à aprovação. Ao invés de um seguro público, em que o governo fosse o pagador dos serviços prestados, a comunidade médica defendia a criação de subsídios para que aqueles que não tivessem seguro de saúde pudessem contratá-los a partir dos já existentes na prática privada.

Um modelo como esses asseguraria uma autonomia profissional muito maior, visto que manteria seus contratos com a prática privada como sempre o fizeram. Por outro lado, a intenção do governo era contratar os médicos com remunerações pré-pagas (pelo sistema de capitação ou salários). O resultado da divergência entre o plano do governo de implementar o

seguro público em Saskatchewan e as preferências dos médicos foi uma greve de 11 dias na província. A partir de 1º de julho de 1962, como resposta à aprovação do Ato do Seguro de Saúde de Saskatchewan, dois terços dos médicos da província fecharam seus consultórios e deixaram de atender pacientes em hospitais (MARCHILDON; SCHRIJVERS, 2011).

Para que fosse solucionada essa questão, o governo de Saskatchewan convidou Stephen Taylor, um famoso médico e político da época, para costurar um acordo entre a província e a associação médica. Assinado em 23 de julho de 1962, no Acordo de Saskatoon o governo se comprometia a manter o modelo de pagamento FFS e a independência profissional dos médicos, os quais não responderiam diretamente ao governo, mas quem regularia a prática continuaria a ser a própria comunidade, por meio da associação médica (MARCHILDON; SCHRIJVERS, 2011).

Modelos alternativos ao FFS de pagamento vêm ganhando mais espaço no cenário canadense desde 1990, como visto na Figura 4.3. Entre 1995 e 2000, todas as províncias, a não ser Quebec e British Columbia, haviam aumentado a destinação de recursos para modelos alternativos de pagamento para médicos, principalmente para a prática de atenção primária, ou seja, os médicos generalistas. A província de Ontário, maior do país, é uma das expoentes na tentativa de modificar o modelo de remuneração desses profissionais (XU; YU, 2003).

Em Ontário, o governo provincial lançou uma série de medidas para reformar os serviços de atenção primária a partir do final da década de 1990, sendo a principal delas a mudança na forma de remuneração dos profissionais. Antes das medidas, 94% dos médicos dessa prática eram remunerados de maneira FFS. Em 2015, essa proporção caiu para menos de 25% (SWEETMAN; BUCKLEY, 2014).

Isso só foi possível através de fortes incentivos governamentais para realizar uma transição no modelo de pagamentos. Enquanto a província mantinha os pagamentos FFS estáveis em termos de preços, destinou 1,5 bilhão de dólares canadenses para o desenvolvimento de novos meios de pagamentos em 2002 (SWEETMAN; BUCKLEY, 2014).

Em verdade, não só os modelos de pagamentos foram modificados, mas também a forma das instituições médicas. Antes, a maioria dos médicos atuava em clínicas próprias, sozinhos, assim como ocorre na maioria das demais províncias até hoje. A partir de 2002, o governo de Ontário criou novos modelos de instituições para que estivessem mais alinhadas com seus objetivos de cuidado dos pacientes, cada um deles, então, possuindo uma forma de remuneração específica. São eles: *Family Health Groups* (FHG); *Family Health Organization* (FHO); e *Family Health Team* (FHT) (MARCHILDON; HUTCHISON, 2016).

Essas instituições são formadas por um conjunto de médicos (no mínimo três), as quais são remuneradas de diferentes maneiras pelo *Medicare* de Ontário. Os médicos são, então, sócios dessas clínicas, e dividem, proporcionalmente com sua contribuição para a clínica, os rendimentos auferidos.

As FHGs trabalham com um modelo de FFS com bônus. Na verdade, foi o primeiro modelo de instituição criado pelo plano de 2002 e representa uma transição de um modelo puro FFS para a remuneração por capitação. Nele, o governo remunera a FHG com pagamentos por performance, em que para cada paciente tratado na clínica são pagas certas quantias para o provimento de certos serviços preventivos (como vacinas e rastreamento de câncer). Assim, o governo consegue direcionar o provimento dos serviços para que a população seja atendida conforme o que considera adequado, e não apenas pelos interesses dos médicos. Somado a isso, os habituais pagamentos por procedimento são também realizados (SWEETMAN; BUCKLEY, 2014).

As FHOs e FHTs são instituições semelhantes no modo de remuneração. Representam instituições remuneradas pelo modelo de capitação, principalmente. Para o atingimento de determinadas metas, há também o pagamento por performance, nos mesmos serviços prestados pelas FHGs. A diferença entre essas duas instituições reside no fato de FHTs possuírem outros profissionais da saúde trabalhando em suas dependências, como dentistas e fisioterapeutas. São incentivadas pelo governo provincial para que os pacientes tenham um atendimento mais integrado entre as diferentes áreas da saúde (SWEETMAN; BUCKLEY, 2014). A tabela 4.4 resume as novas instituições criadas pela província de Ontário.

Tabela 4.4 – Modelos de pagamentos e reformas institucionais em Ontário, 2016.

Modelo (ano do estabelecimento)	Porcentagem dos médicos totais em Ontário	Modelo de pagamento
Family Health Group (2003)	20,5%	FFS com pagamento por performance
Family Health Organization (2007)	40,2%	Capitação com pagamento por performance
Family Health Team (2005)	22,1%	Capitação com pagamento por performance

Fonte: SWEETMAN;BUCKLEY, 2014, tradução nossa

Entretanto, em geral, o sistema de saúde canadense, possui o modelo de remuneração FFS como principal mecanismo de pagamento para médicos. O problema disso é a conhecida tendência à superutilização de serviços de saúde desse modelo, causada por demanda induzida pelo ofertante. A histórica preferência da classe por esse modelo é o principal fator causador desse quadro. Entretanto, o sistema tem adotado modelos alternativos para superar essa resistência, principalmente no que diz respeito à prática de médicos generalistas (50% do total da força de trabalho).

Os novos modelos constituem-se de práticas mistas de FFS com pagamento por performance, para que os médicos alinhem-se mais com aquilo que o governo provincial considera essencial e de capitação com pagamento por performance, para que os médicos também tenham a contenção de custos como um de seus objetivos. É preciso que se note, também, que as províncias adotam incentivos financeiros para que médicos decidam, voluntariamente, modificar seu modelo de remuneração, não se constituindo, então, como uma imposição governamental, mas sim uma decisão dos próprios profissionais. Isso é importante institucionalmente no Canadá, visto a histórica exigência de autonomia por parte da classe médica (SWEETMAN; BUCKLEY, 2014).

Diferentemente do caso médico, a remuneração hospitalar no Canadá está sendo reformada em direção ao aumento da produtividade. Atualmente, quase todos hospitais ainda são remunerados com orçamentos globais. Estudos empíricos demonstram consistentemente uma utilização dos recursos de maneira ineficiente, em comparação com outros países desenvolvidos. Esse fato, somado à incapacidade das províncias de contraírem mais os recursos repassados aos hospitais, criou a possibilidade do aparecimento de um novo modelo de financiamento dessa prática. Duas províncias, Ontário e British Columbia (BC) tornaram-se as pioneiras na implementação do *Activity Based Funding* (ABF), a versão canadense do DRG norteamericano, como forma de pagamento por serviços hospitalares (SUTHERLAND et al., 2011; SUTHERLAND 2016; JASON, 2011).

De fato, os dados de atendimento hospitalar no Canadá demonstram a necessidade de se aumentar a produtividade do sistema nesse quesito. Poucos pacientes são atendidos, muitos pacientes não precisariam estar internados, mas estão, e muitos ficam um tempo superior ao necessário (o que piora ainda mais o acesso de novos pacientes ao sistema). Estima-se que em torno de 14% do total de pacientes internados no país poderiam ser tratados de maneira ambulatorial, ou seja, fora do ambiente hospitalar (Canadian Institute for Health Information). Em Ontário, se 10% desses pacientes recebessem alta hospitalar e fizessem seu tratamento de casa, isso resultaria em uma economia de 35 milhões de dólares canadenses (The Ontario

Association of Community Care Access). Dados do *Commonwealth Fund* indicam que pacientes permanecem internados, em média, 7.5 dias no Canadá, o que representa um número superior à média dos demais países, de 6.5. Em relação aos comparados no presente trabalho, por exemplo, esse dado é de 5.4 para os Estados Unidos e 6.0 para o Reino Unido.

Acredita-se que a falta de eficiência dos hospitais canadenses é resultado do modelo de remuneração empregado para os serviços hospitalares há mais de 30 anos no país, o orçamento global. Como essa forma representa uma soma de fundos destinada ao hospital para cobrir suas atividades pelo período de 1 (um) ano, não depende nem da intensidade dos tratamentos providos nem da quantidade de pacientes atendidos. Esse modelo sempre foi associado ao objetivo de retenção de gastos, visto que a fonte pagadora tem um prejuízo limitado ao montante destinado ao hospital, o qual é fixo. Entretanto, os objetivos de atender ao maior número de pessoas e da melhor maneira possível não são cumpridos, visto não haver incentivos contratuais para que os hospitais o façam. (SUTHERLAND et al., 2013).

Uma séria limitação do orçamento global é a falta de incentivos para melhorar a eficiência da instituição. Como não há fontes geradoras de novas receitas para o hospital, seja aumentando o número de pacientes tratados ou a quantidade de serviços realizados para eles, os hospitais não possuem incentivos para reduzir o tempo de internação dos pacientes, ou tratar pacientes de maneira ambulatorial, sem necessidade de permanecerem nas dependências hospitalares constantemente. O resultado disso é que, dentre os países da OCDE, o Canadá possui a maior proporção de pacientes (25%) esperando quatro ou mais meses por cirurgias eletivas¹³ (SUTHERLAND et al., 2013).

Como tentativa de melhorar a eficiência dos serviços hospitalares, duas províncias, Ontario e British Columbia, tornaram-se as pioneiras na introdução de um novo modelo de pagamento, adotado a partir de 2010. Em ambas, a alternativa escolhida teve como base o modelo DRG, praticado nos Estados Unidos desde a sua aprovação como meio de financiamento dos pacientes do Medicare norteamericano. No Canadá, esse método de pagamento para hospitais é conhecido como *Activity Based Funding* (ABF) (SUTHERLAND; JASON, 2011).

Como relatado no capítulo passado, o modelo DRG, ou ABF, no Canadá, remunera o hospital com base em uma classificação. Cada paciente é internado por um motivo e, com base nele, é calculado o montante repassado pelo serviço prestado pelo hospital. Nos Estados Unidos foi adotado como uma maneira de controlar os custos, pois o modelo anterior era o

¹³ Cirurgias eletivas são aquelas que podem ser postergadas por até 1 ano, sem grandes prejuízos em termos de saúde para o paciente.

FFS. Por outro lado, no Canadá, o objetivo da introdução do DRG/ABF é o aumento da produtividade do sistemas, haja visto que o modelo atual corresponde ao orçamento global (SUTHERLAND; JASON, 2011).

Em abril de 2010, a província de British Columbia (BC) aprovou a destinação de 20% de todo seu orçamento em saúde para pagamentos com base no modelo ABF para hospitais, o que representa a metade do total destinado a esses serviços. Somado a isso, também foram criados pagamentos extras por procedimentos especiais, como cirurgias com tempo de espera muito significativos, para aumentar a produtividade. Esse modelo foi imposto aos hospitais de maior porte, totalizando 23 instituições das 90 presentes na província. Hoje, essas instituições recebem a maioria de suas receitas com base tanto em um orçamento anual e pagamentos por pacientes no modelo ABF, cada um com metade de participação, e alguns pagamentos extras destinados aos casos com maiores tempos de espera (SUTHERLAND et al., 2013).

Na província de Ontário, desde 2012, existem dois mecanismos com os quais os hospitais são reembolsados por seus serviços. O primeiro, chamado de Alocação Baseada em Saúde, é constituído de um orçamento global destinado a todos os hospitais da província. Cada um deles é remunerado com base na sua performance relativa com foco em utilização de serviços e eficiência. Utilizando modelos de regressão que incorporam as características próprias de cada hospital, o modelo determina o valor esperado, baseado na média dos hospitais da província, que cada instituição deve receber.

Assim, não é mais um modelo puro de orçamento global, mas também possui características de receita por quantidade, visto que quanto maior a participação dos serviços de um hospital no total, maior será sua fatia no ano. O outro modelo, mais recente, é chamado de Procedimentos Baseados em Qualidade e foi incorporado ao sistema em 2012, introduzindo o modelo ABF na província de Ontário. Na época, cobria apenas 4 (quatro) procedimentos (prótese de quadril, prótese de joelho, catarata e diálise) e correspondia 6% do total repassado aos hospitais. Em 2015, esse modelo havia sido expandido para cobrir diversos outros serviços, e a fatia no total dos repasses chegou a 30% (SUTHERLAND et al., 2016).

Em resumo, o problema principal-agente no Canadá possui como mecanismo de combate recentes modificações no método de pagamento, tanto a médicos como a hospitais. Em relação aos primeiros, a sua histórica preferência de recebimento por meio de FFS está sendo modificada pelo modelo de capitação, representando um modelo com menos incentivos à sobreutilização. Como visto, a província de Ontário representa o local onde essa transição está mais avançada. Por outro lado, os hospitais historicamente são remunerados com base em

um orçamento global. O problema, nesse caso, diferentemente dos pagamentos a médicos, é a falta de incentivos para uma maior eficiência e produtividade. Para solucionar essa situação, o governo vêm tentando adotar um modelo nomeado como ABF, baseado no DRG norteamericano, representando repasses com base no número de pacientes tratados e seus grupos diagnósticos.

4.5 RISCO MORAL NO REINO UNIDO

O problema do risco moral no Reino Unido compartilha similaridades tanto em relação aos mecanismos de controle quanto a sua consequência para o sistema canadense. De fato, ambas as nações possuem o mesmo modelo de financiamento do sistema de saúde, o qual é constituído por finanças públicas e com cobertura para toda a população. Como o sistema britânico também possui como um de seus objetivos a cobertura universal, os serviços são totalmente gratuitos na hora do acesso por parte da população, inviabilizando a existência de compartilhamento de custos.

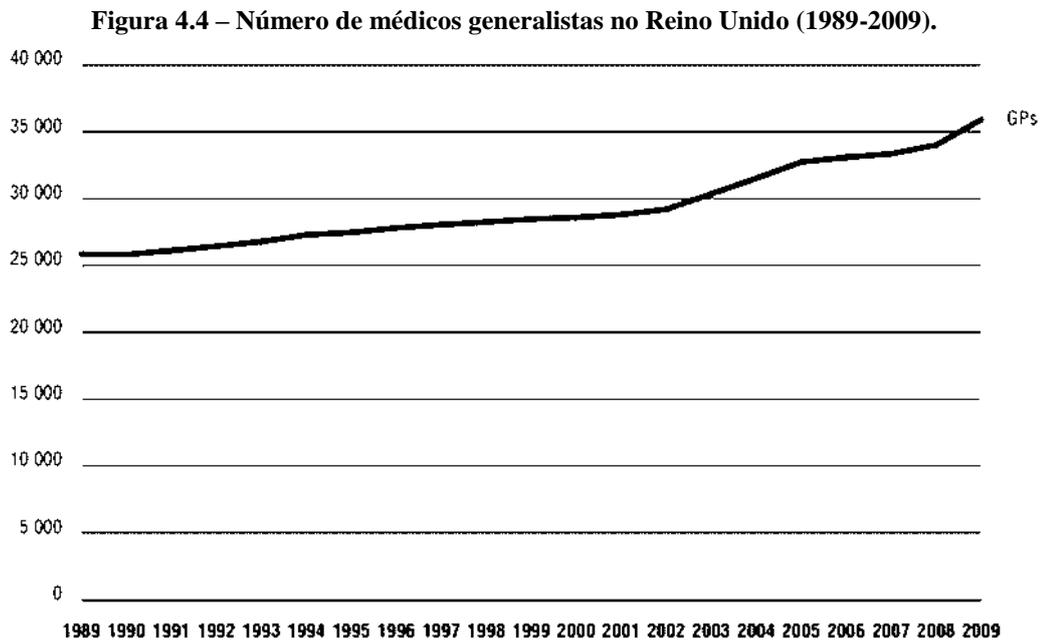
Por outro lado, o sistema de atenção primária é muito desenvolvido no país, desempenhando o papel de *gatekeeper*, e o governo controla totalmente os recursos destinados à saúde, possuindo significativo poder de barganha no mercado. Assim como visto no caso canadense, essa combinação tende a gerar um problema de demanda excedente, aumentando o tempo de espera dos pacientes por seus tratamentos. No Reino Unido, entretanto, há mais um mecanismo para combater essa situação: a existência um mercado privado de saúde suplementar (ANDRADE, 2000b; BOYLE, 2011; FOLLAND; GOODMAN; STANO, 1978). Os mecanismos para o controle dos efeitos do Risco Moral no Reino Unido, então, são (i) os *gatekeepers* e (ii) o poder de barganha do governo sobre os provedores.

A respeito dos *gatekeepers*, sua participação no sistema de saúde britânico é ainda mais representativa se comparada aos sistemas norteamericano e canadense. Nos Estados Unidos, os pacientes que se submeterem aos cuidados dos médicos generalistas possuem benefícios financeiros por parte de seus planos de saúde. No Canadá, o paciente encaminhado pelo médico generalista a um especialista consegue atendimento com mais facilidade do que se procurar diretamente tratamentos especializados. No Reino Unido, por outro lado, há o registro universal do paciente com o médico generalista de sua escolha e o paciente só tem direito ao acesso de tratamentos que seu médico o encaminhar. A única exceção ocorre nos casos de atendimentos de emergência, quando o paciente se dirige diretamente ao hospital (ROLAND; GUTHRIE; THOME, 2012).

Além disso, a nação possui historicamente a cultura de incentivo à prática de atenção primária a sua população. Martin Roland, político e médico inglês, define a atenção primária no Reino Unido como “a jóia da coroa do NHS” (OGDEN, 2016). Em se tratando de um sistema de saúde com um planejamento centralizado, o governo tem maior controle sobre para quais setores devem ser destinados os investimentos, para que a estrutura dos fatores de

produção em saúde seja mais adequada aos propósitos do sistema. O desenvolvimento das práticas de atenção primária, com médicos generalistas, é a base do sistema britânico, sendo referência para diversas outras nações (PRIMARY CARE WORKFORCE COMMISSION, 2015).

Ao longo das últimas três décadas, o número de médicos de atenção primária no Reino Unido teve um significativo crescimento. Em 1989, havia cerca de 25.000 médicos generalistas trabalhando no NHS. Em 2010, esse número havia aumentado para algo em torno de 35.000. Nesse período, a população da nação aumentou cerca de 9%, o que representa uma significativa redução na proporção médico generalista por habitante. Dessa forma, a média de pacientes que cada médico de atenção primária possui cadastrados foi reduzida de 1999, no ano de 1989, para 1432, em 2009 (Figuras 4.4 e 4.5). Em 1951, por exemplo, esse número era de 2506. No ano de 2016, último dado disponível, havia 34.914 médicos credenciados no NHS para atenção primária, correspondendo a uma queda em relação ao dado de 2009 (BOYLE, 2011).



Fonte: BOYLE, 2011

Figura 4.5 – Média do número de credenciados por médico generalista no Reino Unido (1989-2009).



Fonte: BOYLE, 2011

Para que esse tipo de sistema de saúde, baseado em médicos de família, se desenvolva, é preciso que haja constantes políticas de investimento público. Dessa forma, de tempos em tempos, o Reino Unido faz avaliações sobre o desempenho do NHS e, com base nelas, projeta políticas futuras. A última dessas avaliações foi realizada em 2014, chamada de *Primary Care Workforce Commission*. Segundo o relatório final, o setor de atenção primária no Reino Unido vinha enfrentando deteriorações desde 2009, com queda no número de profissionais, redução dos investimentos em proporção com a atividade hospitalar e piora nos indicadores de acesso de pacientes. De fato, o relatório indica que, em determinados períodos históricos, é necessário que planos de investimentos sejam realizados para manter a qualidade do cuidado primário no NHS, e o ano de 2014 representava um deles (PRIMARY CARE WORKFORCE COMMISSION, 2015).

O resultado dessa avaliação, então, foi a definição de uma série de investimentos a serem realizados até o ano de 2021 no NHS, com foco na retomada do bom desempenho do setor de atenção primária. Em um documento chamado *General Practice Forward View*, o governo britânico publicou quais seriam essas medidas, as quais incluíam um aumento no investimento anual corrente do setor, de 9,6 bilhões de libras por ano, para 12 bilhões, até o ano de 2021, somado a um pacote anual extra de 500 milhões a ser investido apenas no período 2015-2021, aumento de 5.000 médicos de família até o ano de 2021 e mais diversas ações para melhorar a prática desses profissionais, como proteção legal e apoio a profissionais que sofram de problemas psicológicos (NHS ENGLAND, 2016).

O outro mecanismo de controle dos efeitos do risco moral, no Reino Unido, é o poder de barganha do Estado na negociação de preços pelos serviços prestados. De fato, não há restrições dos tipos de serviços que podem ser prestados pela iniciativa privada como no caso do Canadá. Entretanto, o sistema público de saúde possui uma ampla cobertura de serviços, livres de cobranças para o acesso da população, o que por si só reduz a demanda por seguros privados. O resultado disso é que a prática privada se concentra no provimento de serviços que possuam um significativo tempo de espera para serem realizados pelo NHS, para justamente facilitar seu acesso (BOYLE, 2011).

Além disso, o governo britânico possui incentivos para que os médicos especialistas dediquem o máximo de tempo de trabalho para o NHS, em detrimento da prática privada. Historicamente, desde 1948, com a criação do NHS, os profissionais que desejassem trabalhar em tempo integral pelo governo, recebendo o salário máximo, deveriam limitar sua renda da prática privada em até 10% desse salário, mesmo trabalhando em horários alternativos ao destinado ao sistema público. No último modelo de contrato firmado entre a associação médica e o governo, os médicos especialistas devem comprometer-se a trabalhar um mínimo de 40 horas semanais para o NHS, mas não possuem limites de renda pela prática privada (BOYLE, 2011).

Em relação aos contratos entre governo e provedores de saúde, eles são firmados de maneira negocial, entre uma organização representante do sistema de saúde especializada em lidar com seus trabalhadores, a Confederação do NHS, e as sociedades representativas de cada grupo de profissionais, a *British Medical Association* (BMA), sendo que o Comitê dos Médicos de Atenção Primária e o Comitê dos Especialistas representam cada grupo médico (BOYLE, 2011).

Somado a este modelo de negociação, no Reino Unido, o Ministério da Saúde possui uma restrição de recursos definida pelo Tesouro britânico. A cada três anos, esse órgão realiza um plano com a alocação proposta de recursos governamentais dentre os diferentes ministérios em um documento chamado *Spending Review*. Dessa forma, deve ser notado que a decisão do montante gasto com saúde no país é, em grande maneira, definido de forma exógena (BOYLE, 2011).

Novamente, assim como mostrado no caso canadense, essa combinação de risco moral e controle de gastos por parte do governo leva a um aumento no tempo de espera para que pacientes possam receber seus tratamentos. De fato, o tempo total de espera das pessoas para receber serviços de saúde sempre foi uma preocupação do NHS (BOYLE, 2011).

Desde 2004, o governo britânico, por meio da diretriz nacional *NHS Improvement Plan*, adotou o limite de 18 semanas para que os pacientes fossem tratados após o encaminhamento do médico generalista. Antes desse documento, o Ministério da Saúde observava o acesso dos pacientes aos serviços de saúde com base no número total de pessoas esperando tratamento. Em 1998, esse dado atingiu um máximo histórico de 1,3 milhão de pessoas, o que levou o governo a aprovar o *NHS plan*, em 2000, aumentando o orçamento do NHS de 33 bilhões de libras, em 1997, para 67,4 em 2005. Em 2004, foi aprovado um novo plano estratégico para o NHS, o *NHS Improvement Plan*, o qual tinha como objetivo o tempo máximo de espera dos pacientes em 18 semanas para o início do tratamento. Para tanto, o orçamento do NHS seria aumentado para 90 bilhões de libra até o ano de 2008 (HARRISON et al., 2008).

O governo britânico, então, observa anualmente a proporção de pessoas esperando mais de 18 semanas para receberem tratamento no NHS, dentre todos os pacientes em filas de espera. Na figura 4.6 é possível verificar o desempenho do sistema nesse quesito nos últimos 10 anos. Desde 2000, com o *NHS Plan*, e, posteriormente, 2004, com o *NHS Improvement Plan*, o acesso de pacientes a seus tratamentos possuía uma tendência de melhora desse indicador, até o final de 2013, quando quase 95% dos pacientes tinham acesso a cirurgias e outros procedimentos em menos de 18 semanas (NHS, 2017).

Figura 4.6 – Porcentagem de pacientes esperando menos de 18 semanas para receberem o tratamento indicado pelo especialista.



Fonte: NHS England, 2017

Desde 2013, entretanto, o acesso dos pacientes vem piorando gradativamente em termos de tempo de espera. Em 2017, menos de 90% dos pacientes conseguiam tratamento antes de 18 semanas após o encaminhamento. Segundo o relatório anual do NHS de 2017, essa piora nos indicadores é resultado de pressões de demanda, como envelhecimento da população e novos tratamentos disponíveis, e da situação financeira atual do sistema britânico de saúde. De fato, o orçamento total do ano de 2017 foi de 107 bilhões de libras, tendo um crescimento modesto desde o ano de 2008, de 90 bilhões. O instituto King's Fund, da Inglaterra, prevê um crescimento em termos reais de 1,2% ao ano de 2009 a 2021 no gasto do Ministério da Saúde britânico. Historicamente, desde a criação do NHS, esse crescimento foi de 4% acima da inflação, sendo que o Departamento de Orçamento do NHS estima como necessário, com base em suas projeções, um crescimento próximo de 4,3% anualmente para manter seus indicadores de qualidade controlados (HAM, 2018).

É importante notar que no sistema de saúde do Reino Unido pode-se perceber um outro comportamento em decorrência do tempo de espera: a demanda por seguro privado. De fato, mesmo sendo livres para prover quaisquer serviços, os seguros privados têm uma estreita oferta de benefícios, incluindo serviços hospitalares e de médicos especialistas para o tratamento de condições agudas, como cirurgias, exames de imagem para diagnóstico, dentre outros. Inclusive, há planos que limitam a sua cobertura aos serviços aos quais a lista de

espera do NHS é mais longa que seis semanas. Sendo assim, a existência da prática privada da medicina, no Reino Unido, está intimamente ligada a uma demanda excedente no sistema privado, que não consegue suprir a necessidade da população de maneira adequada, gerando filas de espera para acesso aos serviços (BOYLE, 2011).

Na Tabela 4.5 é possível visualizar o tamanho da cobertura dos planos privados na população do Reino Unido. Historicamente, cerca de 10-12% das pessoas possuem cobertura dos seguros privados. De fato, essa população, na sua maioria, tende a ser composta por indivíduos e suas famílias, de alta renda, entre 50 e 70 anos, que vivem em áreas de maior riqueza, têm um nível educacional superior e trabalham em grandes empresas (FOUBISTER, [s.d.]).

Tabela 4.5 – População coberta por seguro privado no Reino Unido como % do total (1990-2008).

Ano	População coberta por Seguro Privado
1990	11.7 %
1993	10.9 %
1998	11.7 %
2003	11.2 %
2008	12.3 %
2015	10.6 %

Fonte: Relatório Laing & Buisson

A comprovação da relação entre tempo de espera e demanda por seguros privados já foi testada e afirmada na literatura por diversos autores (BESLEY, 1999; BÍRÓ; HELLOWELL, 2016; KING; MOSSIALOS, 2002). Segundo análise de Anikó Biró e Mark Hollowel (2016), em estudo com dados de diferentes localidades da Inglaterra, um aumento em 10 semanas na lista de espera leva um aumento na cobertura de seguros privados em até 8%. Para Timothy Besley (1999) o número total de pacientes em lista de espera por mais de 12 meses serve como principal medida de qualidade do NHS, sendo que a sua conclusão com base nos dados da época resultou em maior demanda por seguros de saúde privados nas localidades que possuíam o maior número de pacientes em fila de espera por pelo menos 12 meses por 1.000 habitantes. Para cada paciente por mil habitantes a mais com esse tempo de espera, a demanda por seguros privados aumenta 2%, segundo conclusão do estudo.

Em comparação com os dois sistemas de saúde analisados anteriormente, é visto uma similaridade entre os casos britânico e canadense no que se refere a mecanismos de combate ao risco moral e consequências para o consumidor. No Reino Unido, também não há a figura do compartilhamento de custos, como nos seguros privados norte-americanos. A demanda,

estimulada por esse fato, é então controlada pela figura dos gatekeepers e os serviços limitados ao orçamento nacional, o qual, definido pelo governo federal, se busca se adequar bianualmente conforme as necessidades da população. Entretanto, um dos resultados para os cidadãos é, assim como no Canadá, a existência de filas de espera de pacientes para o recebimento de certos tratamentos. A grande diferença que pode ser vista, por outro lado, em relação a esse país, é que os britânicos têm a possibilidade de recorrerem ao mercado de seguros privados para a obtenção de serviços de longa espera, configurando-se num sistema privado de saúde suplementar ao sistema público.

4.6 PROBLEMA PRINCIPAL-AGENTE NO REINO UNIDO

Em virtude da estrutura de formação do NHS, em 1948, uma das críticas mais presentes a respeito do sistema é a sua falta de eficiência. No sistema britânico, não só o financiamento dos serviços é público, como grande parte dos serviços também são providos dessa maneira, por meio de instituições governamentais, o que implica em relevantes questões de teoria da agência. Dessa forma, ressaltam-se diversas reformas realizadas desde a década de 1990 para tornar o sistema mais dinâmico e produtivo, a saber: (i) reforma estrutural de semi-mercado de 1991; e (ii) reformas nos modelos de remuneração dos provedores, durante os anos 2000.

A pedido da associação de hospitais londrinos, no ano de 1984, o professor de economia de Stanford Alain Enthoven passou um mês na Inglaterra avaliando o sistema britânico de saúde. Segundo o professor (ENTHOVEN, 1991, p. 61):

O NHS é capaz de alocar recursos direcionados para que se tenha certeza que todos terão acesso a serviços básicos de saúde [...] Entretanto possui sérios problemas: rigidez, centralização excessiva, e uma completa falta de incentivos a inovações e melhorias na eficiência do sistema.

Essa sempre fora a principal crítica ao sistema britânico de saúde. A estrutura montada a partir da criação do NHS, em 1948, era considerada a grande responsável por essa ineficiência. Não só o financiamento era realizado por meio do governo, como também grande parte do provimento dos serviços. Os únicos serviços que mantiveram o provimento por instituições privadas foram os de atenção primárias, os quais seriam realizados por clínicas formadas por médicos generalistas. Similarmente como ocorre no Canadá, o governo contrata serviços dessas clínicas por meio de negociações entre órgãos governamentais e associações médicas e assim as remunera pelos serviços prestados. Entretanto, os hospitais foram estatizados pelo governo. Antes de propriedade de instituições de caridade e voluntárias, constituindo-se em instituições privadas sem fins lucrativos, tornaram-se instituições governamentais de responsabilidade do Ministério da Saúde, por meio do NHS (GREENGROSS; GRANT; COLLINI, 1999).

A administração estatal¹⁴ de todos os hospitais do NHS fazia com que diversos problemas de principal-agente estivessem presente no sistema. Podem ser citados, segundo Enthoven (ENTHOVEN, 1991; PROPPER, 1995):

¹⁴ No segundo capítulo uma revisão sobre os modelos de administração foi realizado.

- a) Ineficiência: não havia incentivos para que os hospitais realizassem melhorias de eficiência. Não haveria penalidades se um hospital tivesse um custo por paciente 25% superior aos demais, assim como não haveria recompensas se o contrário ocorresse.
- b) Incentivos perversos: um hospital que fosse produtivo a ponto de reduzir o tempo de espera para tratamento de pacientes provavelmente atrairia maior demanda para atendimentos, mesmo não recebendo mais recursos para tanto, visto que a remuneração hospitalar na época era baseada em orçamentos globais. Assim, havia um desincentivo para tanto.
- c) Monopólio da oferta: em serviços prestados por monopólios, a falta de competição entre os provedores faz com que as necessidades e preferências dos pacientes não sejam atendidas no sistema de maneira eficiente.
- d) Investimentos ineficientes: nos hospitais estatais do Reino Unido, os fundos para investimentos possuíam origens diferentes dos fundos operacionais. Isso porque decisões de investimentos eram realizadas por parte do Ministério da Saúde, em nível nacional, independentemente da eficiência e dos lucros dos hospitais mais eficientes. Não havia retenção de lucros para futuros investimentos por parte das instituições.

Até os anos 1990, então, não havia separação entre o órgão responsável por contratar e por prover serviços hospitalares. O Ministério da Saúde britânico, por meio das autoridades distritais, era responsável pelas duas funções, pois era o dono dos hospitais. Sendo assim, essas autoridades recebiam fundos do governo nacional com base no número de habitantes de sua localidade, e os distribuíam dentre seus hospitais da maneira que achassem conveniente. Esses hospitais, por sua vez, eram administrados por representantes das autoridades e os investimentos eram realizados com base nos planos nacionais do NHS.

Durante o governo de Margaret Thatcher, a partir de 1987, uma nova estrutura foi montada para o NHS, com base nos planos *Working for Patients* e *The Health of the Nation*. Por mais que houvesse um consenso a respeito da crise financeira enfrentada pelo NHS nos anos 1980, também era de comum acordo o fato de que o modelo público de financiamento dos serviços de saúde era uma maneira efetiva de controlar os custos desses serviços. Assim, os documentos continham recomendações a respeito do modelo de provimento do sistema. A principal mudança derivada deles ficou conhecida como reforma de “semi-mercado”, ou “mercado interno” (OLIVER, 2005).

A mudança nessa estrutura, então, ocorreu em 1990, quando foi aprovado o *National Health Service and Community Care Act*. Com implementação a partir do ano seguinte, o Ato criou o mecanismo de mercado interno no NHS, a partir do momento em que a contratação dos serviços permanecia como responsabilidade das autoridades distritais do NHS, agora chamadas de PCTs, porém, o provimento dos serviços seria realizado pelas novas instituições criadas pelo Ato, as *NHS Trusts*. Assim, os hospitais antes dirigidos pelo Estado tornaram-se organizações semi-independentes, sem-fins lucrativos, as *NHS Trusts* (BOYLE, 2011).

Nesse sentido, a grande mudança, com a criação do mercado interno no sistema britânico de saúde, foi a mudança na administração hospitalar. As *NHS Trusts* não são instituições privadas, embora tenham sido separadas do Ministério da Saúde quando criadas. Possuem uma administração própria, indicada por um órgão independente, ao qual o NHS delega essa função, chamado *Appointments Commission*, entretanto ainda possuem uma regulação por parte do NHS. A partir desse corpo de diretores, planejam os investimentos e os planos de negócios a cada três anos, submetendo-os para a aprovação do Ministério da Saúde. Possuem certa autonomia para retenção de lucros, mas não para contratação de empréstimos, os quais devem ser contratados com o governo, a partir de aprovações dos planos trienais (OLIVER, 2005).

As PCTs, por outro lado, se tornaram as instituições que contratavam os serviços a serem prestados pelas *NHS trusts* para a população. Os fundos do Ministério da Saúde seriam alocados com base no total de habitantes de cada localidade atendida por cada PCT. Com base nisso, elas contratariam as *NHS trusts* por contratos, os quais, na época, ainda consistiam em orçamentos globais para cada hospital (BOYLE, 2011).

Assim, o monopólio da oferta de serviços havia sido quebrado, pois as *NHS trusts* competiriam por maiores fundos distribuídos pelas PCTs, visto que poderiam reter os lucros como fontes de novos investimentos. Acreditava-se que, com isso, a oferta seria mais responsiva às demandas dos pacientes e os serviços se tornariam mais eficientes tecnicamente. Para tanto, algumas condições deveriam ser respeitadas: a estrutura de mercado deveria ser a mais competitiva possível, deveria haver o máximo de informação disponível para os consumidores realizarem compras conscientes, os custos de transação deveriam ser baixos e os provedores deveriam ter motivações financeiras (PROPPER, 1995).

Em 2004, uma nova forma de administração hospitalar foi criada no NHS, as *Foundation Trusts* (FTs), a partir do *Health and Social Care Act*. Em comparação com as *NHS Trusts*, as FTs possuem maior autonomia em termos de gestão, aproximando-se muito de uma instituição privada sem fins lucrativos. Segundo o Ministério da Saúde, não são

consideradas instituições privadas pois têm a obrigação legal de manterem a promoção da saúde. As principais inovações deste novo modelo de instituição em relação ao antigo constituem-se em: (i) liberdade para a captação de recursos de entidades privadas, (ii) autonomia para realizar os investimentos que acharem adequados, conforme a disponibilidade de recursos obtidos através da retenção de lucros e desses empréstimos, (iii) administração realizada por um corpo próprio de diretores, escolhidos pela própria comunidade local, sem interferência do Ministério da Saúde e (iv) regulação por parte de uma instituição chamada Monitor (DEPARTMENT OF HEALTH, 2005).

Dessa forma, as FTs foram criadas para manter o plano do governo de criar um NHS dirigido pelos pacientes. O foco dessa reforma era prover tratamentos de melhor qualidade, de acordo com as preferências dos cidadãos. A função das FTs, em última análise, era devolver o poder de decisão do governo central às organizações locais, escolhida pelos próprios pacientes das localidades regionais. De fato, a gestão dessas instituições é realizada pelo Conselho de Governadores, eleitos diretamente pelas comunidades locais, trabalhadores e pacientes de cada FT, totalmente independentes de outras instituições. Em sendo livres do controle gerencial do Ministério da Saúde, possuem liberdade quase completa de investimento, tendo apenas que obedecer às demandas solicitadas pelas PCTs no momento da assinatura dos contratos de fornecimento de serviços. Essa regulação e monitoramento é feita, então, pelo órgão chamado Monitor, para assegurar que os contratos sejam cumpridos pelas instituições (DEPARTMENT OF HEALTH, 2005).

Desde a implementação desse novo modelo o plano do governo era que todas as NHS trusts tornariam-se FTs. O modelo antigo que havia sido criado para dinamizar e prover mais competição ao mercado ficara obsoleto e as FTs eram as novas instituições responsáveis para tanto. Em dezembro de 2017, havia 154 hospitais atuando na forma de FTs, utilizando 66% do total financeiro destinado a serviços hospitalares pelo NHS, enquanto que 80 ainda constituíam NHS trusts, com 34% dos recursos restantes (NHS IMPROVEMENT, 2017).

Assim, fica claro que a intenção do governo britânico era aumentar a eficiência do sistema por meio de maior competição dentre os provedores de saúde. Em separando os contratantes dos ofertantes, os primeiros, na figura das PCTs, poderiam selecionar os hospitais mais eficientes e que estivessem mais de acordo com as melhores práticas do NHS para proverem serviços de saúde à sua população responsável. Por outro lado, os hospitais, em tendo a liberdade de reter lucros, contrair empréstimos e realizar os investimentos que achassem mais adequados, teriam motivos financeiros para aumentar a eficiência de seus

serviços, para que pudessem aumentar seu capital investido, pois esse não seria mais imposto pelo NHS, como antigamente.

Nesse novo sistema, os hospitais que tivessem melhores resultados financeiros seriam aqueles com maior capacidade de realizar investimentos e, dessa forma, aumentar sua produção, atendendo mais pacientes. Assim, não só as firmas teriam um incentivo à busca de maior eficiência, como aquelas que mais tivessem sucesso nesse objetivo seriam as mais recompensadas no mercado, na forma de lucros e captação de empréstimos, criando uma seleção natural para, então, aumentar sua capacidade produtiva na forma de investimentos (PROPPER, 1995).

As reformas nos modelos de remuneração dos provedores no sistema britânico de saúde tiveram como base a adoção do *NHS plan*, no ano 2000. Como já ressaltado, esse plano de governo foi realizado como uma forma de melhorar os indicadores de qualidade do sistema de saúde, principalmente o tempo de espera de pacientes. Assim, não só houve um aumento no orçamento do NHS para os anos seguintes, mas a maneira como os provedores são remunerados também seria modificada, com o mesmo objetivo de melhora da eficiência. O documento, em si, indicou os rumos futuros para o pagamento pelos serviços providos e, assim, iniciou um período de negociações entre o governo e os órgãos representativos de cada classe profissional: (i) médicos generalistas, (ii) médicos especialistas, e (iii) hospitais. Durante os anos de 2002 e 2004, então, os novos contratos para cada grupo de profissional foram aprovados pelo NHS (BOYLE, 2011).

Em relação aos médicos generalistas, antes dos anos 2000, seus serviços eram remunerados com base em um sistema de capitação e uma tabela de pagamentos por procedimentos chamada de *Red Book*, constituindo-se em um sistema misto entre esses dois modelos. Em 1998, cerca de 50% da renda desses profissionais era originada em cada um deles. Como a maioria dos médicos generalistas britânicos atuam como sócios em clínicas (76%), a remuneração é feita pela PCT da localidade para a própria clínica, a qual divide o lucro resultante das atividades dentre os sócios, conforme melhor acordarem (MAYNARD, 2003).

A partir de 2003, portanto, o novo contrato criou uma remuneração composta por quatro mecanismos distintos:

- a) Somas por paciente (Capitação): constituídas por pagamentos por paciente para que as clínicas cubram os custos do atendimento básico. Por meio de uma fórmula chamada *Carr-Hill*, o pagamento é calculado com base no número de pacientes e em suas características, como sexo, idade, necessidades especiais com relação a condições

locais da população, e outros. Assim, duas clínicas que tiverem o mesmo número de pacientes podem receber montantes diferentes, pois as características desses pacientes também impactam os pagamentos.

- b) Serviços adicionais: Esse mecanismo funciona com base em acordos realizados entre cada PCT e as clínicas de sua localidade, para o provimento de serviços extras, não essenciais, acordados. Cada PCT possui sua própria lista de remuneração por serviços adicionais, possuindo assim liberdade para atender às demandas específicas de sua população.
- c) Horas extras: definido como o atendimento entre as 18:30 e as 08:00, as horas extras são pagas por procedimento realizado. Esses atendimentos foram vistos como uma forma de o NHS aumentar a produtividade de seu sistema como um todo, para reduzir as filas de espera e assim aumentar o acesso dos pacientes.
- d) Bônus *Quality and Outcomes Framework* (QOF): esse pagamento é realizado com base no alcance de certas medidas de qualidade por parte de cada clínica, constituídas por práticas médicas (realização de medição de pressão em pacientes cardíacos e aconselhamento sobre cessar tabagismo, por exemplo), práticas administrativas (manter os prontuários dos pacientes atualizados, guardar resultados de exames e enviá-los a outros médicos quando solicitados) e práticas de acesso dos pacientes (conseguir uma consulta em menos de 48 horas, avaliações positivas por parte dos pacientes).

Dessa forma, o sistema britânico de saúde criou um modelo de remuneração para médicos generalistas que estivesse mais de acordo com as expectativas do próprio sistema, que possui: uma parte significativa da remuneração com base em um sistema de capitação próprio, que calcula o pagamento por cada paciente com base também em suas características físicas, biológicas e locais; um mecanismo de pagamento por procedimento FFS definido por cada PCT, fazendo com que as decisões sobre consumo sejam menos centralizadas no NHS e, assim, mais próximas dos pacientes de cada localidade; pagamentos FFS para horas extras, a fim de aumentar a produtividade do sistema como um todo e, assim, melhorar o acesso de pacientes aos serviços de saúde; e, por fim, possui uma parte significativa, a qual foi planejada para representar pelo menos 15% da renda dos médicos generalistas, com base em pagamentos por performance, os bônus QOF, para que o governo pudesse definir metas de qualidade de atendimento, seja sobre questões clínicas, administrativas ou de acesso, de forma a alinhar os interesses dos médicos aos seus, uma vez que eles seriam remunerados conforme atingissem os objetivos definidos pelo próprio NHS.

O novo contrato dos médicos especialistas também foi assinado em 2003, com negociações entre o NHS Confederation e a BMA. Até então, o modelo de contrato permanecia o mesmo desde 1948 e era baseado em um salário mensal, calculado a partir das atividades propostas pelo hospital para o médico (como atendimento em uma clínica, realização de pesquisas, ser chefe de serviço e consultorias para outros médicos). Aqueles que decidissem trabalhar com a prática privada poderiam fazê-lo de duas maneiras: com remuneração de até 10% da recebida pelo NHS ou aceitando uma redução de 1/11 (um onze avos) na sua renda do NHS e sem limite da renda privada (BOYLE, 2011).

No entanto, havia reclamações das duas partes, médicos e hospitais. Do ponto de vista dos primeiros, não havia limite de realização de atividades esperadas, argumentando que trabalhavam em certas ocasiões mais horas do que o acordado e não havia recompensas por parte do NHS para aqueles que mais se devotavam ao sistema público. Os hospitais, por outro lado, contestavam o fato de ser difícil verificar a remuneração total dos médicos por parte da iniciativa privada, de que compromissos dos profissionais com o sistema privado em certas ocasiões atrapalhavam seus deveres com o hospital e que, assim, não conseguiam administrar de maneira adequada seus funcionários (NAO, 2007; WILLIAMS; BUCHAN, 2006).

Dessa forma, a principal demanda por parte dos hospitais pode ser dita como um maior comprometimento dos médicos com o trabalho realizado no serviço público. A principal causa seria o meio de pagamento baseado puramente em um salário para realizar determinadas funções, sem outros mecanismos associados de produtividade e incentivos (MAYNARD, 2003).

Em 2003, então, o novo contrato trouxe como mecanismo de produtividade o *Job Plan* (Plano de Trabalho, em tradução livre). Esse plano consiste em um documento acordado entre hospital e médico especialista que exprime (NHS EMPLOYER, 2011):

- a) Quais funções o médico possui no hospital e nas instituições pertencentes a ele (exemplo faculdade, centro de pesquisa);
- b) Os objetivos a serem alcançados pelo seu trabalho;
- c) Quando o trabalho é realizado e quanto tempo ele dedica a cada função;
- d) Onde o trabalho é realizado;
- e) Qual a flexibilidade que o médico possui.

Para que esse planejamento seja realizado, o contrato de 2003 criou o conceito de *Programmed Activities* (PA) (Atividades Programadas, em tradução livre). Cada PA é constituída por quatro horas de atividades, nas quais o hospital contrata o médico para prestar

determinada função. A remuneração, então, é baseada no número de PAs acordadas entre o médico e o hospital.

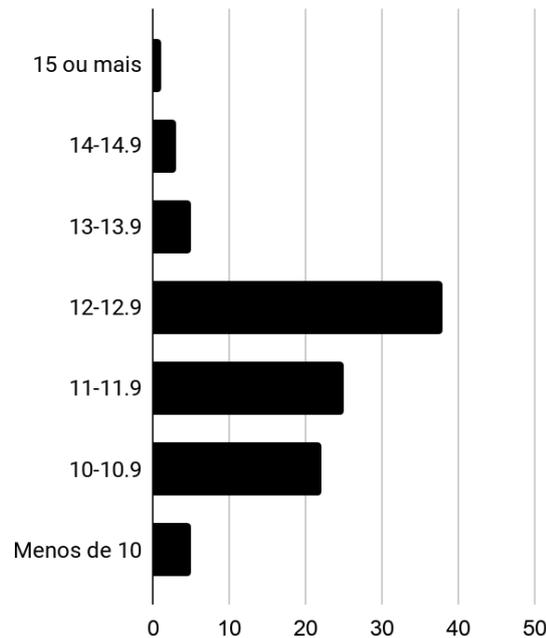
A intenção de realizar tal documento era o maior controle dos hospitais sobre os médicos contratados. Em relação ao trabalho em práticas privadas, por exemplo, são permitidas apenas em certos tipos de PAs, como plantões de sobreaviso, quando não há a necessidade da presença integral do médico no hospital, enquanto que em outras PAs é proibida a atividade dupla nos dois setores. Assim, seria resolvida a queixa de sobreposição de trabalhos entre a prática privada e pública do profissional (MAYNARD, 2003).

Outras especificações também eram mais detalhadas no novo contrato, como metas de produtividade, horas realizadas e objetivos da prática, de forma que, embora não houvesse mecanismos diretos de remuneração baseados em produção, como pagamentos FFS, havia um mínimo acordado de atividade entre hospital e médico a ser cumprido.

Associado a essa maior transparência em relação ao comprometimento dos médicos com os hospitais, o Plano de Trabalho também é utilizado como uma maneira de pagamento por performance a longo prazo. Isso porque o NHS possui um sistema de progressão salarial. Antigamente, a progressão era baseada principalmente em anos de trabalhos; a partir da criação do Plano de Trabalho, apenas aqueles profissionais que cumprissem suas obrigações acordadas estariam aptos ao progresso salarial do sistema público, criando um incentivo a mais para o cumprimento dos contratos (NAO, 2007).

A Figura 4.7 mostra o número de PAs que cada médico, assim que assinados os novos contratos em 2003, dedicava ao hospital de trabalho. A maioria dos especialistas era contratada entre 10 a 13 APs por semana, sendo que, como cada PA possui quatro horas, o tempo semanal destinado ao sistema público ficava em torno de 40 a 52 horas (NAO, 2007).

Figura 4.7 – Número médio de PAs por semana por médico especialista em 2003 (%).



Fonte: National Audit Office Survey of Consultants, 2003

Em relação ao pagamento para hospitais, antes de 2003, eram financiados por meio de orçamentos globais, recebendo uma determinada quantia por ano para proverem serviços acordados em contrato. Nesse sistema, os montantes eram negociados entre o hospital (apenas NHS trust na época) e a PCT local, independentemente da quantidade de serviços prestados pelo hospital no ano (BOYLE, 2011).

O *NHS plan* de 2000, criado em uma época de longas filas de espera e queda na satisfação dos pacientes com os serviços médicos no Reino Unido, havia modificado a visão do órgão em relação ao seu sistema de saúde, focando em atendimentos mais acessíveis, convenientes, de alta qualidade e em que o paciente fosse visto como um parceiro. Ou seja, era o conceito de *Patient driven NHS* (NHS dirigido aos pacientes, em tradução livre). Dessa forma, assim como a remuneração de médicos generalistas e especialistas havia sido reformada, a remuneração hospitalar era o próximo alvo de mudança. Também em semelhança com os demais, o novo mecanismo deveria focar em aumentar a produtividade do setor, para entregar mais e melhores serviços aos cidadãos (APPLEBY et al., 2012; DIXON, 2004; DEPARTMENT OF HEALTH, 2002; INFORMATION; BOX, 2010).

O novo modelo de contrato escolhido para os hospitais, segundo o projeto do Ministério da Saúde de 2002 deveria (DEPARTMENT OF HEALTH, 2002):

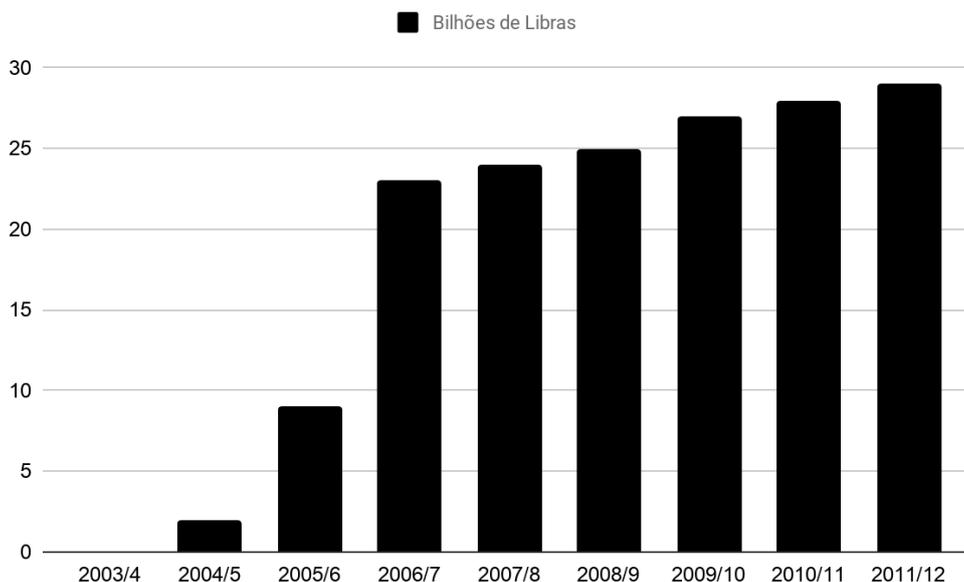
- a) Remunerar os hospitais de maneira justa e transparente pelos serviços prestados, enquanto administrasse riscos e a demanda;
- b) Manter a escolha de provedor como um direito do paciente;
- c) Recompensar melhorias na eficiência e na qualidade dos serviços prestados;
- d) Auxiliar a manutenção da capacidade de atender a demanda;
- e) Focar a discussão no volume e no mix de serviços prestados por pacientes, e não nos preços.

Com esses objetivos traçados, o governo britânico introduziu como nova forma de pagamento por serviços hospitalares um modelo similar ao DRG norteamericano e o ABF canadense, chamado nacionalmente de *Payment By Results* (PBR). Como nos demais, a remuneração seria baseada na quantidade de pacientes tratados, conforme uma tabela pré-determinada de grupos diagnósticos.

Segundo o próprio governo, justificando as mudanças, esse plano de pagamentos reduz custos enquanto mantém, ou até melhora, a qualidade dos serviços, pois os preços pagos por grupo diagnóstico baseados no custo médio significam que provedores mais caros necessitam reduzir custos para que sejam sustentáveis e aqueles com custos reduzidos possuem o incentivo para que os mantenham abaixo da média, pois geram lucros. A competitividade do setor, enquanto permite que pacientes do NHS sejam tratados no hospital que preferirem, faz com que níveis mínimos de qualidade sejam adotados, pois é de interesse do hospital atender ao maior número de pacientes possível, já que recebem por atividade (WRIGHT et al., 2017).

A implementação inicial do PBR restringiu-se a procedimentos eletivos e, com o passar do tempo, foi expandido para todas as possíveis atividades hospitalares, compreendendo 1.300 diferentes grupos diagnósticos. Na figura 4.8 há o desenvolvimento desse modelo de pagamentos ao longo dos anos, desde a sua criação até o ano de 2012 (APPLEBY et al., 2012).

Figura 4.8 – Volume de pagamentos para hospitais no modelo PBR (2003 a 2012).



Fonte: APPLEBY, 2012

Nesse momento, é importante ressaltar a importância da adoção dessas duas medidas para o mercado dos serviços hospitalares de maneira complementar: o mercado interno e o PBR. Após terem sido criadas, as NHS trusts teriam mais liberdade em relação aos hospitais anteriores, administrados pelo próprio ministério da saúde. Com a possibilidade de reter lucros operacionais, foram criados incentivos financeiros para uma maior eficiência no provimento dos serviços. Entretanto, o meio de pagamento permanecia engessado com os orçamentos globais, sem que a renda recebida fosse vinculada a quantidade de atividade da instituição. Com o advento do PBR, mais um passo em direção a maior eficiência foi dado no sistema britânico, por ser objetivo também dos hospitais o atendimento ao maior número de pacientes possível, a um custo controlado pelo PBR. Os hospitais que conseguissem maiores lucros por sua maior eficiência também poderiam realizar investimentos para aumentar sua capacidade e, assim, sua produção. Dessa forma, há fortes recompensas para hospitais eficientes, no momento em que recebem mais por suas atividades, com base no PBR, e como consequência podem investir os lucros em novos equipamentos, facilidades e profissionais, com base nas NHS trusts e, mais recentemente, nas FTs (WRIGHT et al., 2017).

Em resumo, no Reino Unido, o problema principal-agente deu origem para, além das reformas nos modelos de pagamento para os provedores de saúde, uma reforma na estrutura do sistema de saúde britânico, conhecida como Mercado Interno. De maneira geral, em tendo origem como um sistema inteiramente público, com financiamento e provimento

integralmente estatais, as mudanças institucionais ocorridas ao longo dos séculos XX e XXI tiveram um objetivo de aumentar a produtividade dos serviços prestados. Os meios de pagamento para médicos, historicamente representados por modelo de capitação para generalistas e salários para especialistas foram reformados, resultando em pagamentos de bônus por produtividade para ambos os casos. Os hospitais, por outro lado, deixaram de receber orçamentos globais e criou-se um modelo de reembolso por grupos diagnósticos, o PBR, similar ao DRG dos Estados Unidos. Além da mudança no meio de pagamento, os hospitais britânicos também obtiveram uma maior autonomia para a retenção de lucros e a realização de investimentos, como uma forma de selecionar as melhores instituições e, assim, tornar o mercado mais eficiente.

O Mercado Interno, criado nos anos 1990s, significou uma mudança estrutural no NHS. Em uma tentativa de tornar o sistema público de saúde mais eficiente, o princípio da competição de mercado foi utilizado, criando uma separação entre os órgãos contratantes dos serviços e os órgãos provedores, mesmo que ambos permanecessem como entidades estatais. Dessa forma, mesmo com a manutenção do financiamento e provimento públicos, em consonância com as reformas nos modelos de pagamento, o governo federal realizou diversas modificações no NHS com foco em torná-lo mais eficiente e produtivo.

4.7 SÍNTESE DOS MECANISMOS

Após o discorrido ao longo do presente capítulo, um resumo sobre o que foi concluído pode ser visto no quadro abaixo (Quadro 4.4).

Quadro 4.4 – Mudanças institucionais e consequências para os cidadãos pelo combate ao risco moral e ao problema principal-agente.

Falhas de mercado	Estados Unidos	Canadá	Reino Unido
Risco moral (mecanismos)	Compartilhamento de Custos e <i>Gatekeepers</i>	<i>Gatekeepers</i> e Poder de Barganha	<i>Gatekeepers</i> e Poder de Barganha
Risco moral após mecanismos (consequência para o consumidor)	Aumento nos preços dos prêmios	Tempo de espera para atendimento	Tempo de espera para atendimento e demanda pelo mercado privado
Problema Principal-Agente (Novos modelos de pagamento)	Capitação para generalistas RBRVS para especialistas DRG para hospitais	Capitação para generalistas ABF para hospitais	Capitação com bônus para generalistas Salário com bônus para especialistas PBR para hospitais
Problema Principal-Agente (Outros mecanismos)	Pagamento realizado pelo Seguro	-	Mudança no modelo de administração hospitalar
Problema Principal-Agente (Como se modificou o sistema)	Criação do Managed Care e imposições do Medicare extendidas ao mercado privado	Incentivos financeiros oferecidos pelas províncias aos provedores	Reforma de 1991 criando o Mercado Interno e Reformas dos anos 2000s nos meios de pagamento

Fonte: Elaboração própria

A respeito do risco moral, pôde ser visto que, nos três diferentes sistemas, a figura do *gatekeeper* foi muito bem aceita como um modelo de limitar o acesso irrestrito dos pacientes aos serviços de saúde, e, dessa forma, limitá-lo aos serviços essenciais. Nos Estados Unidos, onde não há o objetivo de se obter um sistema universal de saúde, o mercado privado de seguros permite que o compartilhamento de custos com o consumidor possa minimizar os efeitos do risco moral e, dessa forma, reduzir o peso morto à sociedade. Por outro lado, o Canadá e o Reino Unido não permitem a cobrança direta pelo uso de serviços. Um mecanismo que possuem, entretanto, é o poder de barganha do Estado em relação aos altos

custos dos serviços, reduzindo seus preços ao negociar com as entidades médicas e hospitalares devidas.

O resultado dessas medidas é próprio de cada caso. Nos Estados Unidos, o risco moral tem como principal efeito os altos custos dos serviços de saúde. Dessa forma, o que objetivamente é visto no mercado pelos consumidores é a elevação dos prêmios dos seguros privados. Por outro lado, o Canadá e o Reino Unido possuem um efeito diferente em comum: o tempo de espera para os pacientes obterem serviços. Por terem a oferta limitada pelo orçamento público, a demanda não consegue ser integralmente suprida, fazendo com que o governo tenha que priorizar certos procedimentos e serviços, considerados essenciais, em detrimento de outros, eletivos. Ainda, no Reino Unido há também a possibilidade de se obter serviços em um mercado privado suplementar ao público, enquanto o Canadá possui diversos mecanismos para inibir esse tipo de atividade.

A respeito da teoria da agência, diversas reformas nos modelos de pagamentos, tanto para médicos quanto para hospitais, foram realizadas nos três sistemas estudados. Em termos gerais, pôde-se verificar uma tendência: (i) de combater a sobreutilização de serviços nos casos do tradicional pagamento por FFS e (ii) de criar incentivos para um sistema mais eficiente nos casos de pagamentos por salários. Como resultado, foi visto o surgimento e incentivo ao modelo de capitação para os profissionais da saúde e, para os hospitais, um método semelhante, chamado DRG nos Estados Unidos, ABF no Canadá e PBR no Reino Unido.

Especificamente, os Estados Unidos combateram os altos custos gerados pelo pagamento FFS de duas formas: (i) reformas no modelo de reembolso por serviços, médicos ou hospitalares, e (ii) a criação do Managed Care. A respeito do primeiro, os médicos generalistas tiveram seus reembolsos modificados para um modelo de capitação, para que tivessem riscos e custos compartilhados junto aos seguros de saúde. Os médicos especialistas tiveram a criação, inicialmente por parte do governo e, após, do mercado privado, de tabelas fixas de reembolso compatíveis com o custo e o tempo de cada atividade, chamada RBRVS, evitando que fossem prescritos procedimentos mais rentáveis sem a devida indicação. Para os hospitais, o governo federal, na figura do Medicare, na década de 1980, criou o sistema DRG, com grande sucesso em todo o território nacional e, posteriormente, adotado em diversos outros países. Na prática, era a adoção de um modelo de capitação baseado em diagnósticos, também compartilhando os custos entre seguros e hospitais.

Entretanto, grande atenção também deve ser dada ao surgimento do Managed Care, no momento em que modificou estruturalmente a prática dos seguros privados. Com ele, o pagamento pelos serviços passou a ser realizado pelo seguro, e não pelo próprio consumidor com posterior reembolso. Os seguros puderam modificar os modelos de pagamento, selecionando os médicos que com eles concordassem, e também submetendo esses mesmos profissionais a uma prática mais eficiente, limitando a prescrição de qualquer procedimento e, assim, compartilhando custos.

O Canadá, historicamente, possuía a resistência dos médicos a modelos alternativos de pagamento. Entretanto, o governo possui incentivos para que a classe aceite novos métodos, principalmente a figura do reembolso por capitação. As províncias oferecem benefícios financeiros para que médicos formem clínicas e, a partir delas, administrem uma cartela de pacientes e, assim, recebam conforme o número de pessoas atendidas. Em relação aos hospitais, o modelo ABF representa uma adaptação canadense ao DRG norteamericano, com vistas a reduzir custos.

O Reino Unido possui um histórico diferente dos outros dois países na questão problema principal-agente. Nesse caso, é a falta de incentivos para fornecer mais serviços e de maneira mais ágil que prevaleceu durante a segunda metade do século XX. Com uma estrutura em que o Estado centralizava fortemente o financiamento e o provimento dos serviços, a ineficiência era a principal questão a ser combatida. Dessa forma, o governo criou o chamado mercado interno, com vistas a permitir uma maior flexibilidade e, de certa forma, um mercado competitivo que levasse os serviços a serem mais eficientes. Além disso, como os profissionais da saúde sempre foram funcionários do governo e hospitais públicos, os salários foram modificados para que possuíssem parte da remuneração com um mecanismo de reembolso com base em performance, como um bônus.

5 CONCLUSÃO

No presente trabalho, foram estudadas as estruturas dos sistemas de saúde dos Estados Unidos, Canadá e Reino Unido; a teoria econômica a respeito dos temas risco moral e teoria da agência; e como esses dois problemas de mercado tiveram impacto na formação moderna dos sistemas analisados, conforme as mudanças institucionais ocorridas com objetivo de mitigar seus efeitos.

Pode-se perceber que a macroestrutura do sistema de saúde influencia nas práticas de combate aos problemas de mercado analisados. No sistema de financiamento privado, é mais fácil a implementação de compartilhamentos de custos para lidar com o risco moral. No sistema público, pode ser visto um maior poder de barganha por parte do Estado para evitar a elevação dos preços cobrados por prestadores de serviços. Como a demanda, nesse caso, é regulado pelo governo, ele precisa escolher quais serviços possuem preferência, visto uma tendência à formação de filas de espera para atendimentos. O sistema privado, por outro lado, a custos maiores, é autorregulado as prioridades são acertadas pelas próprias demandas dos agentes.

Entretanto, o interessante a ser concluído com o presente trabalho é uma aparente convergência de certas práticas nos três sistemas de saúde analisados, independentemente das origens da macroestrutura, privadas ou públicas. Em relação ao problema de risco moral, os *gatekeepers* foram adotados com grande adesão ao longo da trajetória de formação moderna desses sistemas, independentemente do fato de possuírem um financiamento privado ou público, como uma forma de contrair a demanda excedente causada pela presença do seguro (risco moral).

No caso da teoria da agência, houve uma constante busca de implementação do modelo de capitação por parte dos três sistemas. Quando se pretende buscar a redução de custos, é um método mais eficiente se comparado ao FFS, e quando a busca é por um método com mais incentivos à produção, também é superior ao modelo de salários. Assim, o pagamento tanto médico como hospitalar, atualmente, possui uma tendência de ser baseado primordialmente em um sistema de capitação. Nos Estados Unidos, com provimento privado, os planos de saúde implementaram tal modelo ao longo das décadas de 1970 e 1980, quando a reforma do *Managed Care* foi aprovada pelo governo. No Canadá, com finamento público e provimento privado, o governo vêm tentando implementá-lo no pagamento para médicos com base nas negociações com as associações da classe. Para os hospitais, esse modelo deve

substituir o sistema de orçamentos global nos próximos anos. O Reino Unido, um sistema primordialmente público, também adotou esse método de pagamento, tanto para os médicos, principalmente na figura dos generalistas, como para os hospitais, conforme as reformas dos anos 2000, introduzidas pelo *NHS plan*.

Conclui-se, assim, que foi possível analisar como os diferentes países lidaram com os problemas de risco moral e teoria da agência no mercado da saúde com base nas mudanças institucionais ocorridas em seus sistemas de saúde. Mesmo que cada um dos três países analisados possua particularidades em seus sistemas de saúde, percebe-se uma certa convergência em termos de medidas de combate a esses problemas. Assim, espera-se que esse trabalho possa servir de alguma maneira como base para futuras decisões de formuladores de políticas públicas, para que se tenha sistemas de saúde correspondentes às necessidades de suas populações.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, Mônica Viegas. **Ensaio em economia da saúde**. 2000b. Tese (Doutorado em Economia) - Escola de Pós-Graduação em Economia FGV, Rio de Janeiro, 2000.
- ANDRADE, MV; LISBOA, MB. Sistema Privado de Seguro-Saúde: Lições do Caso Americano. **Revista Brasileira de Economia**, Rio de Janeiro, vol.54, n.1, pp.5-36, Jan. 2000.
- APPLEBY, John et al. **How can payment systems help to deliver better care?** London, The King's Fund, 2012. Disponível em: <http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/payment-by-results-the-kings-fund-nov-2012.pdf>
- ARROW, Kenneth J. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. **The American Economic Review**, v. 53, n. 5, p. 941–973, 1963. Disponível em: <<http://www.jstor.org/stable/1812044>>
- BACCHUS, Barua. **Waiting Your Turn**. Vancouver: Fraser Institute, 2017. Disponível em: <<https://www.fraserinstitute.org/sites/default/files/waiting-your-turn-2017.pdf>>
- BARROS, Pedro Pitta. **Models of negotiating and bargaining in health care**. In: JONES, Andrew. *The Elgar Companion to Health Economics*, Second Edition. Massachusetts: Edward Elgar Publishing Limited, 2012. p. 233–241.
- BESLEY, Timothy. The Demand for Private Health Insurance: Do Waiting Lists Matter? . **Journal of Public Economics**, Elsevier v. 72, p. 12 pages, 1999. Disponível em: <http://www.nuffield.ox.ac.uk/economics/papers/2013/Besley_2013.pdf%5Cnhttp://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ecn&AN=1378151&site=ehost-live&scope=site>
- BICKERDYKE, Ian et al. **Supplier-induced demand for medical services**. Melbourne: Productivity Commission Staff Working Paper, 2002. Disponível em: <<https://www.pc.gov.au/research/supporting/supplier-induced-medical-demand/sidms.pdf>>
- BIRO, Anikó; HELLOWELL, Mark. Public–private sector interactions and the demand for supplementary health insurance in the United Kingdom. **Health Policy**, v. 120, n. 7, p. 840–847, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.05.002>>
- BOACHIE, Micheal Kofi. Healthcare Provider-Payment Mechanisms: A Review of Literature. **Journal of Behavioural Economics, Finance, Entrepreneurship, Accounting and Transport**, v. 2, n. 2, p. 41–46, 2014.
- BOYLE, Seán. **United Kingdom (England): Health system review**. London: London School of Economics and Political Science. *Health systems in transition*, v. 13, 2011. Disponível em: <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/302001/UK-HiT.pdf>
- BUCHANAN, A. Principal/agent theory and decision making in health care. **Bioethics**, New Jersey, v. 2, n. 4, p. 317–333, 1988. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11651923> >
- BURR, Tim. **NHS Pay Modernisation: New Contracts for General Practice Services in England**. London: National Audit Office, 2008. Disponível em: <<https://www.nao.org.uk/wp-content/uploads/2008/02/0708307.pdf>>
- GOVERNMENT OF CANADA; MINISTER OF JUSTICE. **Canada Health Act ReVision**, 2011. Disponível em: <<http://laws-lois.justice.gc.ca/PDF/C-6.pdf>>

- CANADIAN INSTITUTE FOR HEALTH INFORMATION. **Physicians in Canada, 2016:** Summary Report, 2017. Disponível em: <https://secure.cihi.ca/free_products/Summary_Report_2015_EN.pdf><<https://www.cihi.ca/en/physicians-in-canada>>
- CHALKLEY, M. **Contracts, information and incentives in health care.** In: JONES, Andrew. *The Elgar Companion to Health Economics*, Second Edition. Massachusetts: Edward Elgar Publishing Limited, 2012, p. 240–249.
- CLAXTON, Gary et al. **Employer Health Benefits: 2016 Annual Survey**, The Kaiser Family Foundation, 2016. Disponível em: <<http://files.kff.org/attachment/Report-Employer-Health-Benefits-2016-Annual-Survey>>
- CUTLER, David M.; ZECKHAUSER, Richard J. **The Anatomy of Health Insurance.** In: CULYER, Anthony. *Handbook of Health Economics*, Elsevier. v. 1, p. 563–643, 2000.
- DEBER, Raisa B. **Delivering Health Care Services: Public, Not-For-Profit, or Private?** Commission on the Future of Health Care in Canada, Toronto, August, 2002. Disponível em: <<http://www.publications.gc.ca/collections/Collection/CP32-79-17-2002E.pdf>>
- DEPARTMENT OF HEALTH. **Reforming NHS financial flows:** Introducing payment by results. London, Government of England, October 2002. Disponível em: <<http://www.doh.gov.uk/nhsfinancialreforms/financialflowsoct02.htm>>.
- DEPARTMENT OF HEALTH. **A Short Guide to NHS Foundation Trusts.** London, Government of England, 2005. Disponível em: <https://www.wvl.nhs.uk/Library/Foundation_Trust/Foundation_Trust_Guide.pdf>
- DIXON, Jennifer. Payment by results—new financial flows in the NHS. **British Medical Journal**, London, v. 328, n. 7446, p. 969–970, 2004.
- DORAN, Tim et al. Effect of financial incentives on incentivised and non-incentivised clinical activities: Longitudinal analysis of data from the UK Quality and Outcomes Framework. **British Medical Journal**, London, v. 343, n. 7814, p. 1–12, 2011.
- DRANOVE, D.; SATTERTHWAITE, M. A. **The industrial organization of health care markets.** In: CULYER, Anthony. *Handbook of Health Economics*, Elsevier, volume 1, p. 1094–1139, 2000.
- EMERY, J. C. Herbert; AULD, Chris; LU, Mingshan. **Paying for physician services in Canada:** The institutional, historical and policy contexts. University of Calgary, Canada. Disponível em: <[http://portal.publicpolicy.utoronto.ca/.../Physician Behaviour%252...](http://portal.publicpolicy.utoronto.ca/.../Physician_Behaviour%252...)>.
- ENTHOVEN, Alain. Consumer-Choice Health Plan. **The New England Journal of Medicine**, v. 326, n. 5, p. 298–304, 1978.
- ENTHOVEN, Alain C. Reform of the British National Health Service. **Health Affairs**, v. 40, n. 2, p. 60–70, 1991.
- FLOOD, Colleen M.; ARCHIBALD, Tom. The illegality of private health care in Canada. **Canadian Medical Association Journal**, v. 164, n. 6, p. 825–830, 2001. Disponível em: <<http://www.cmaj.ca/content/164/6/825>>
- FOLLAND, Sherman. **The economics of health and health care.** 6th ed. Boston: Prentice Hall, 2010.
- FOUBISTER, Thomas. **Private Medical Insurance in the United Kingdom.** Copenhagen:

World Health Organization. 2006. Disponível em:

<http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/98422/Private_Medical_Insurance_UK.pdf>

FOX, Peter D.; KONGSTVEDT, Peter R. **A History of Managed Health Care and Health Insurance in the United States**. In: FOX, PD. *The Essentials of Managed Health Care*. 6th ed. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning; 2013.. Disponível em:

<<http://samples.jbpub.com/9781284043259/Chapter1.pdf>>

FREEMAN, Richard; FRISINA, Lorraine. Health care systems and the problem of classification. **Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice**, v. 12, n. 1–2, p. 163–178, 2010. Disponível em:

<<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13876980903076278>>

FRIEDBERG, Mark W. et al. **Effects of Health Care Payment Models on Physician Practice in the United States**. Rand Institute, Santa Monica, 2015. Disponível em: <<https://www.rand.org/pubs/periodicals/health-quarterly/issues/v5/n1/08.html>>

FRIEDMAN, Milton; SAVAGE, L. t. **The Utility Analysis of Choices Involving Risk**.

Journal of Political Economy, v. 56, n. 4, p. 279–304, 1948. Disponível em:

<<http://www.jstor.org/stable/1826045>>

FUCHS, Victor. **The Future of Health Policy**. First Edition. Massachusetts: Harvard University Press, 1990.

GIRARDI, Sábado Nicolau; CARVALHO, Cristiana Leite; GIRARDI, Luísa Gonçalves.

Modalidades de contratação e remuneração do trabalho médico : Os conceitos e

evidências internacionais. Organização Pan-Americana da Saúde, maio de 2007 Disponível em: <http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/NESCON-UFMG/Modalidades_contratacao_trabalho_medico.pdf>

GLIED, Sherry. **Managed Care**. In: CULYER, Anthony. *Handbook of Health Economics*, Elsevier. v. 1, 2000. p 682-702.

GLOBERMAN, Steven. **Reducing Wait Times for Health Care: What Canada Can Learn from Theory and International Experience**. Fraser Institute, 2013. Disponível em: <

<https://www.fraserinstitute.org/sites/default/files/reducing-wait-times-for-health-care.pdf>>

GOSDEN, T.; PEDERSEN, L.; TORGERSON, D. How should we pay doctors? A systematic review of salary payments and their effect on doctor behaviour. **QJM : monthly journal of the Association of Physicians**, Oxford, v. 92, n. 1, p. 47–55, 1999.

GREENGROSS, Peter; GRANT, Ken; COLLINI, Elizabeth. **The history and development of the UK National Health Service 1948 - 1999**. DFID Health Systems Resource Centre, London, 1999. Disponível em: <

<https://assets.publishing.service.gov.uk/media/57a08d91e5274a31e000192c/The-history-and-development-of-the-UK-NHS.pdf>>

HAM, Chris. A funding boost for the NHS in England. **British Medical Journal**, London, v. 2741 p. 2741, 2018. Disponível em: <<https://www.bmj.com/content/361/bmj.k2741>>

HARRISON, Anthony et al. **The NHS Improvement Plan 2004**. Department of Health, July 2004. Disponível em: <<http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2010/03/pnsuk3.pdf>>

HUTCHISON, B. et al. Primary health care in Canada: systems in motion. **Milbank**

Quarterly, v. 89, n. 2, p. 256–288, 2011. Disponível em:
<<http://doi.wiley.com/10.1111/j.1468-0009.2011.00628.x>>

IVERSEN, Tor; LURÅS, Hilde. **Capitation and incentives in primary care**. In: JONES, Andrew. *The Elgar Companion to Health Economics*, Second Edition. Massachusetts: Edward Elgar Publishing Limited, 2012. p. 280–288.

KING, D. R.; MOSSIALOS, E. The Determinants of Private Medical Insurance Prevalence in England. **LSE Health and Social Care**, London, n. 3, p. 1–36, 2002.

MANNING, Willard G. et al. Health Insurance and the Demand for Medical Care : Evidence from a Randomized Experiment. **The American Economic Review**, v. 77, n. 3, p. 251–277, 1987. Disponível em: <<http://www.jstor.org/stable/1804094>>

MANNING, Willard G.; MARQUIS, M. Susan. Health insurance: The tradeoff between risk pooling and moral hazard. **Journal of Health Economics**, v. 15, n. 5, p. 609–639, 1996.

MARCHILDON, Gregory. **Canada: Health system review**. Health systems in transition, v. 15, n. 1, , 2013. Disponível em:
<<http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed11&NEWS=N&AN=23628429>>

MARCHILDON, Gregory P.; HUTCHISON, Brian. Primary care in Ontario: New proposals after 15 years of reform. **Health Policy**, v. 120, n. 7, p. 732–738, 2016. Disponível em:
<<http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.04.010>>

MARCHILDON, Gregory P.; SCHRIJVERS, Klaartje. Physician resistance and the forging of public healthcare: A comparative analysis of the doctors' strikes in Canada and Belgium in the 1960s. **Medical History**, v. 55, n. 2, p. 203–222, 2011. Disponível em:
<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3066667/>>

MAYNARD, Alan. Do Those Who Pay the Piper Call the Tune? **Health Policy Matters**, York, volume 13, n. 8, 2003. Disponível em: <
<https://www.york.ac.uk/media/healthsciences/documents/research/hpm8final.pdf>>

MCCORMACK, L. A.; BURGE, R. T. Diffusion of Medicare Rbrvs and Related Physician-Payment Policies. **Health Care Financing Review**, v. 16, n. 2, p. 159–173, 1994. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10142370>>

MECHANIC, David. The Rise and Fall of Managed Care. **Journal of Health and Social Behavior**, v. 45, n. 2004, p. 76–86, 2004. Disponível em: <
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15779467>>

MIHAILOVIC, Natasa; KOCIC, Sanja; JAKOVLJEVIC, Mihajlo. Review of Diagnosis-Related Group-Based Financing of Hospital Care. **Health Services Research and Managerial Epidemiology**, New York, v. 3, 2016. Disponível em:
<<http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2333392816647892>>

MUSGROVE, Philip et al. **Health Systems: Improving Performance**. World Health Organization, v. 78, 2000. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf>

NAO (National Audit Office). **Pay Modernisation : A New Contract for NHS Consultants in England**. Government of England. London, 2007. Disponível em: <
<https://publications.parliament.uk/pa/cm200607/cmselect/cmpublic/506/506.pdf>>

NHS. **Options for the Future of Payment by Results : 2008 / 09 to 2010 / 11**. Department

- of Health, 2007. Disponível: <
<https://publications.parliament.uk/pa/cm200607/cmselect/cmpublic/506/506.pdf>>
- NHS. **Referral to treatment (RTT) waiting times for consultant-led elective care: 2016-17 Annual Report.** NHS England, 2017. Disponível em:
 <<http://www.england.nhs.uk/statistics/wp-content/uploads/sites/2/2013/04/RTT-Annual-Report-2014.pdf>>
- NHS EMPLOYER. **A guide to consultant job planning.** London, 2011. Disponível em: <
<https://www.ed.ac.uk/files/imports/fileManager/national-job-planning-guide-consultants.pdf>>
- NHS ENGLAND. **General Practice Forward View.** London, April, 2016. Disponível em:
 <<https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2016/04/gpfv.pdf>>
- NHS IMPROVEMENT. **Performance of the NHS Provider Sector year ended 31 March 2017.** London, March, 2017. Disponível em: <
https://improvement.nhs.uk/documents/1264/M12_201617_provider_sector_performance_report_-_Fin_Accts_-_FINAL.pdf>
- NYMAN, J. **The Value of Health Insurance.** In: JONES, Andrew. *The Elgar Companion to Health Economics, Second Edition.* Massachusetts: Edward Elgar Publishing Limited, 2012. p. 95–113.
- OGDEN, Joy. **Implications of the Primary Care Workforce Commission report.** London, v. 27, n. 5, p. 43–47, 2016. Disponível em:
 <<http://doi.wiley.com/10.1002/psb.1462><http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/psb.1462/abstract>>
- OLIVER, Adam. The English National Health Service: 1979-2005. **Health Economics**, v. 14, n. SUPPL. 1, p. 75–99, 2005. Disponível em: <
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16161187>>
- PAULY, Mark V. The Economics of Moral Hazard. **The American Economic Review**, v. 58, n. 3, p. 495–500, 1968. Disponível em: <<https://www.jstor.org/stable/pdf/1813785.pdf>>
- PHELPS, C. E. Perspectives in health economics. **Health Economics**, v. 4, n. 5, p. 335–53, 1995. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8563833>>
- PRIMARY CARE WORKFORCE COMMISSION. **The future of primary care creating teams for tomorrow.** London, Primary Care Commission, p. 6, 13, 2015. Disponível em:
 <[https://www.hee.nhs.uk/sites/default/files/documents/The Future of Primary Care report.pdf](https://www.hee.nhs.uk/sites/default/files/documents/The_Future_of_Primary_Care_report.pdf)>
- PROPPER, Carol. Agency and incentives in the NHS internal market. **Social Science and Medicine**, v. 40, n. 12, p. 1683–1690, 1995. Disponível em: <
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0277953694002852>>
- RICE, Thomas. **The physician as the patient's agent.** In: JONES, Andrew. *The Elgar Companion to Health Economics, Second Edition.* Massachusetts: Edward Elgar Publishing Limited, 2012.. p. 261–269.
- RICE, Thomas et al. **United States of America: health system review.** *Health systems in transition*, v. 15, n. 3, p. 1–431, 2013. Disponível em:
 <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24025796>>
- ROBINSON, J. C. Theory and practice in the design of physician payment incentives. *The*

Milbank quarterly, v. 79, n. 2, p. 149–177, III, 2001. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11439463>>

ROLAND, M.; GUTHRIE, B.; THOME, D. C. Primary Medical Care in the United Kingdom. **The Journal of the American Board of Family Medicine**, London, v. 25, n. Suppl 1, p. S6–S11, 2012. Disponível em: <<http://www.jabfm.org/cgi/doi/10.3122/jabfm.2012.02.110200>>

RUDMIK, Luke. Physician payment methods: A focus on quality and cost control. **Journal of Otolaryngology - Head and Neck Surgery**, v. 43, n. 1, 2014. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1186/s40463-014-0034-6>>

SIMOENS, Steven; GIUFFRIDA, Antonio. The impact of physician payment methods on raising the efficiency of the healthcare system: An international comparison. **Applied Health Economics and Health Policy**, v. 3, n. 1, p. 39–46, 2004. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15702939>>

SLOAN, Frank A. **Not-for-profit ownership and hospital behavior**. In: CULYER, Anthony. *Handbook of Health Economics*, Elsevier. v. 1, 2000. p. 1141–1174

SUTHERLAND, Jason M. et al. British Columbia Hospitals: Examination and assessment of payment reform. **BMC Health Services Research**, v. 11, n. 1, p. 150, 2011. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/150>>

SUTHERLAND, Jason M. et al. **Paying for Hospital Services: A Hard Look at the Options**. CD Howe Institute, Toronto, 2013. Disponível em: <https://www.cdhowe.org/sites/default/files/attachments/research_papers/mixed/Commentary_378_0.pdf>

SUTHERLAND, Jason M. et al. Paying for volume: British Columbia's experiment with funding hospitals based on activity. **Health Policy**, v. 120, n. 11, p. 1322–1328, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.09.010>>

SUTHERLAND, Jason M.; JASON, M. **Hospital payment mechanisms: An overview and options for Canada**. Access, p. 1–24, 2011. Disponível em: <http://www.cfhi-fcass.ca/Libraries/Hospital_Funding_docs/CHSRF-Sutherland-HospitalFundingENG.sflb.ashx>

SWEETMAN, Arthur; BUCKLEY, Gioia. Ontario's Experiment with Primary Care Reform. **School of Public Policy**, Calgary, v. 7, n. 11, p. 1–39, 2014. Disponível em: <<https://www.policyschool.ca/wp-content/uploads/2016/03/ontario-health-care-reform.pdf>>

TUOHY, Carolyn Hughes. Dynamics of a changing health sphere: The United States, Britain, and Canada. **Health Affairs**, v. 18, n. 3, p. 114–134, 1999. Disponível em: <<https://www.healthaffairs.org/doi/pdf/10.1377/hlthaff.18.3.114>>

VAN LOON, Ruth Anne; BORKIN, Joyce R.; STEFFEN, John J. Health care experiences and preferences of uninsured workers. **Health and Social Work**, v. 27, n. 1, p. 17–26, 2002. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11926213>>

WAGSTAFF, Adam et al. Equity in the finance of health care: Some further international comparisons. **Journal of Health Economics**, v. 18, n. 3, p. 263–290, 1999. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10124309>>

WHO. **The global push for universal health coverage**. Bulletin of the World Health Organization, v. 86, n. 11, p. 871–876, 2008. Disponível em: <http://www.who.int/health_financing/GlobalPushforUHC_final_11Jul14-1.pdf>

WILEY, Miriam. **From the origins of DRGs to their implementation in Europe.** In: BUSSE, Reinhard. *Diagnosis-Related Groups in Europe—Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals.* Berkshire: Mc Graw Hill press. 2011. p. 3–7. Disponível em: <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/162265/e96538.pdf>

WILLIAMS, Sally; BUCHAN, James. **Assessing the New NHS Consultant Contract.** The King's Fund, London, 2006. Disponível em: <https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field_publication_file/assessing-new-nhs-consultant-contract-sally-williams-james-buchan-10-may-2006.pdf>

WRIGHT, Adam et al. **Towards an effective NHS payment system: eight principles,** NHS Providers, London, 2017. Disponível em: <<https://www.health.org.uk/sites/health/files/EffectivePaymentSystemEightPrinciples.pdf>>

XU, Mengxuan; YU, Weiqiu. Physician Payment Options: A Policy Discussion for New Brunswick. **University of New Brunswick Journal**, n. 506, 2003. Disponível em: <https://economics.acadiau.ca/tl_files/sites/economics/resources/ACEA/Papers%20and%20Proceedings/2003/M.Xu.W.Yu.2003.pdf>

ZWEIFEL, Peter; MANNING, Willard G. **Moral hazard and consumer incentives in health care.** In: CULYER, Anthony. *Handbook of Health Economics*, Elsevier. v. 1, 2000. p 450-478.