
Conferência / Conference

O PREÇO DA SAÚDE

PEDRO PITA BARROS

GE - J Port Gastroenterol 2007; 14: 194-198

INTRODUÇÃO

A discussão do tema “O preço da saúde” obriga desde logo a realizar algumas distinções. A primeira distinção é entre saúde e cuidados de saúde (nos quais se incluem os cuidados médicos).

Embora seja admissível que se possa retirar satisfação da utilização de cuidados de saúde, a principal valorização dos mesmos está na contribuição que dão para a melhoria do estado de saúde. Logo “preço de cuidados de saúde”, que é o que habitualmente se observa, e “preço da saúde” são aspectos distintos.

Tipicamente, a “produção” de saúde não tem um preço observável. A saúde é resultado da combinação das características de cada pessoa, do tipo e montante de cuidados de saúde que recebe e do tempo que é usado pela pessoa na “produção” dessa saúde. Inclui-se nesse conceito aspectos como o tempo de internamento necessário para receber cuidados de saúde e recuperar o nível de saúde inicial, ou o tempo de exercício físico para evitar uma deterioração do estado de saúde.

O segundo aspecto a clarificar é a diferença entre “preço” e “valor”. Estes são conceitos distintos, embora relacionados. O “preço” designa normalmente o valor da última unidade utilizada ou consumida de um recurso que seja transaccionada num mercado. O termo “valor” é normalmente usado para designar a valorização de todas as unidades consumidas. O preço encontra-se ligado a uma noção de escassez.

Esta diferença entre valor de todo o consumo realizado e valor da unidade marginal consumida é facilmente ilustrada pelo paradoxo da água e do diamante. É geralmente aceite que a água é essencial à vida. É geralmente aceite que o diamante não é essencial à vida. Contudo, o preço de um diamante é equivalente ao preço de muitos litros de água. O que explica este paradoxo?

O elemento crucial é o valor da escassez – o diamante é mais raro, logo tem um preço maior mas se tivéssemos que escolher entre deixar de ter água ou deixar de ter diamantes no planeta, não haveria grande dúvida quanto ao que seria escolhido.

Aplicado ao campo dos cuidados de saúde, quanto mais escasso for um recurso maior será o seu preço. Tem também uma outra implicação – o valor da saúde é um conceito (levando a questões de quanto vale uma vida humana) e o preço de alterações marginais no estado de saúde é outro conceito.

A terceira distinção a fazer é entre preço explícito e preço sombra. Por preço explícito, entende-se o preço através do qual um bem ou serviço é transaccionado no mercado. Contudo, determinados produtos, como a saúde, não são transaccionados no mercado. Não se consegue transferir saúde de uma pessoa para outra. Não há, por isso, um preço explícito para a saúde. Mas aumentar o *stock* de saúde de uma pessoa implica a utilização de recursos. Esses recursos têm um custo de oportunidade na medida em que poderiam ser usados noutras aplicações. Há, então, um preço implícito para incrementos no estado de saúde de uma população.

A distinção entre variações marginais do estado de saúde e o seu valor, na margem, ajudam a perceber o preço da saúde, que é diferente do preço dos cuidados médicos, como previamente se argumentou.

A análise económica desenvolveu ao longo dos anos metodologias de avaliação do valor da vida, em termos monetários, e do “preço” de alterações marginais da saúde.

O VALOR DE UMA VIDA ESTATÍSTICA

No que respeita ao valor da vida, há dois conceitos a reter: vida estatística e “anos de vida ajustados da qualidade” (QALY – *quality adjusted life years*). No primeiro caso, vida estatística, olha-se para o valor de uma vida no contexto estatístico de uma população. É um valor médio. Há diversas formas de procurar estabelecer este valor. Uma delas envolve avaliar as escolhas das pessoas quanto aos seus empregos: para o mesmo nível de qualificação profissional, trabalhos com maior risco de doença (ou mortalidade) associado tendem a pagar salários mais elevados. A comparação do acréscimo de salário com o

acréscimo de risco permite inferir o valor implícito de uma vida estatística.

Também situações de risco de outra natureza permitem inferência similar. Por exemplo, a aquisição, ou não, de dispositivos de segurança em viaturas automóveis que diminuem o risco de mortalidade em caso de acidente. As questões colocadas são então transformadas em valor monetário.

Existem várias tentativas de estimar o valor da vida por esta abordagem. Johansson, Johansson e O'Connot (1996) colocam a fasquia nos 7,4 a 8,9 milhões de dólares. Viscusi e Aldi (2003), numa revisão de vários estudos, apontam para 6,6 milhões de dólares. Hakes e Viscusi (2004) usando informação sobre utilização de cintos de segurança, obtêm uma estimativa entre 2,2 e 7,9 milhões de dólares. Na União Europeia, em 2000, a DG Environment usava como valor de vida estatística um valor médio de 1,4 milhões de euros, e um valor máximo de 3,5 milhões de euros.

Realizou-se uma “experiência em aula”, onde se pediu aos alunos que respondessem de forma anónima a uma pergunta simples:

“Os acidentes de viação são uma das principais causas de morte em Portugal. Uma medida possível para reduzir o risco de mortalidade em acidentes de viação consiste em equipar o veículo com sistemas de segurança, como *airbags*.

Suponha que foi criado um novo equipamento de segurança. O equipamento permite a redução do risco de morte em 5 vidas por 100 000 habitantes. O novo equipamento exige um plano de manutenção anual por forma a garantir o seu perfeito funcionamento.

Qual o valor de manutenção anual pelo qual está disposto a adquirir o equipamento (de 0 a 5000 euros):

As respostas tiveram o seguinte padrão:

2006	2005	2003
27 respostas	42 respostas	43 respostas
11 estrangeiros	1 estrangeiro	10 estrangeiros
14 mulheres	19 mulheres	22 mulheres
13 homens	23 homens	21 homens
Idade média: 22,7 anos	Idade média: 21,3 anos	Idade média: 21,3 anos
Valor da vida: 8,22 M	Valor da vida: 7,57 M	Valor da vida: 8,24 M

Mais importante que o valor exacto, é a ordem de grandeza, que mesmo num contexto específico não está muito longe dos valores encontrados em estudos com maior detalhe e profundidade.

O conceito de vida estatística concentra a atenção numa entidade abstracta, tornando anónima a “vida” de que se está a falar, e como tal evita o dilema de valorização de

cada vida em concreto. Contudo, em cada caso clínico, o médico defronta-se com decisões que envolvem essa valorização da vida. Frequentemente, são decisões de vida ou morte, com diferença no estado de saúde da pessoa envolvida. Mas muitas vezes, os médicos têm pela frente situações de ganhos marginais no estado de saúde. Em qualquer dos casos, uma característica comum é a presença de incerteza quanto ao resultado final (numas situações mais do que noutras, naturalmente).

Em todas estas decisões é cada vez mais obrigação ética do médico pensar em termos globais – os recursos que utiliza num doente deixam de estar disponíveis para outro doente. Há um custo de oportunidade que é incorporado no processo de decisão. Esse custo de oportunidade é, do ponto de vista económico, um “preço”.

Na verdade, há muito tempo que os médicos estão habituados a tomar este tipo de decisões. Quando gerem o seu tempo, e decidem atender mais rapidamente um doente, por ser um caso de menor gravidade, para dedicarem mais tempo ao caso de maior gravidade, estão implicitamente a atribuir um “preço” ao tempo dedicado a cada um, tendo em conta as melhorias potenciais no estado de saúde. Esse “preço” encontra-se expresso em unidades de tempo. Este exemplo revela a principal característica do “preço” – reflectir o custo de oportunidade de um recurso escasso.

O outro conceito relevante é o de anos de vida ajustados pela sua qualidade. Nesse conceito reconhece-se que os diferentes estados de saúde têm distinta valorização e procura-se reflectir numa escala essa valorização. A escala definida funciona então como forma de comparar diferentes estados de saúde entre si. A comparação do “valor”, ainda que numa escala subjectiva de satisfação, permite comparar intervenções alternativas em termos dos benefícios gerados. Estes ganhos de benefícios podem então ser confrontados com os custos, e dessa forma ajudar o processo de decisão. Onde encontramos a utilização destes conceitos é na denominada avaliação económica, tradicionalmente aplicada a medicamentos e a tecnologias pesadas.

A noção de QALY pondera cada ano remanescente da vida de uma pessoa pela qualidade de vida esperada no ano em questão. O seu cálculo de uma forma expedita baseia-se na utilização de instrumentos testados, como o EuroQoL (EQ-5D), havendo a transposição das respostas para uma escala que representa valorizações obtidas num grupo representativo da população. As perguntas abrangem os aspectos de mobilidade, autonomia, capacidade de desenvolver actividades do dia a dia, dor e ansiedade. A escala é construída inquirindo às pessoas qual o número de anos de perfeita saúde que consideram equivalentes a uma esperança de vida com determinada condição.

Para além do valor de uma vida estatística e da qualidade de vida, medida pelos “Anos de vida ajustados da qualidade” (QALY), é ainda possível obter estimativas do valor de melhorias do estado de saúde, avaliadas pelo consumo proporcionado pela maior esperança de vida e pela maior taxa de sobrevivência.

Essa valorização assenta em diversas hipóteses e parâmetros, encontrando-se a metodologia descrita em Becker, Philipson e Soares (2005), mas tem como fundamento a valorização do consumo possibilitado pelo rendimento médio do país, ponderado pela probabilidade de sobrevivência em cada idade. Procura-se encontrar o valor monetário que é equivalente a ter maior longevidade em termos de mais possibilidades de consumo hoje. Nas contas realizadas, os autores incluem também Portugal.

PIB per capita		Esperança de vida à nascença		Taxas de crescimento	
1965	1995	1965	1995	GDP	Vida
2 567	7 798	64	74	203,8%	15,1%

Valor em termos de rendimento anual	Taxa de crescimento do rendimento equivalente
2 424	298,3%

Fonte: Becker, Philipson e Soares (2005)

Este valor indica que os ganhos de longevidade em 30 anos foram responsáveis por sensivelmente um terço do “crescimento económico em conceito alargado”. Ilustra também a forma como a análise económica procura quantificar “ganhos em saúde”, neste caso associados com ganhos de mortalidade ao nível da população.

O “PREÇO” DA SAÚDE

A distinção entre “cuidados de saúde” e “saúde” é crucial para se conseguir penar no que seja uma definição económica do preço da saúde. Para esse efeito, é necessário explicitar um pouco mais o enquadramento dentro do qual se define o “preço” da saúde.

Admite-se que o indivíduo retira satisfação do consumo de bens e serviços (alimentação, viagens, filmes, etc...) e de ter um bom estado de saúde. Além disso, quanto maior saúde tiver, maior satisfação retira dos restantes consumos. Reconhece-se que a caracterização do estado de saúde num indivíduo é multidimensional. No entanto, para efeitos de exposição, admite-se que se pode reduzir essa caracterização a um índice, que se designa genericamente por “saúde”.

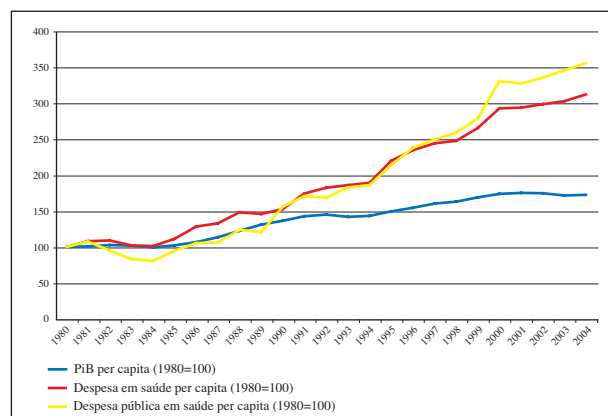
A saúde do indivíduo é determinada por dois factores essenciais: tempo dedicado à “produção” de saúde e consumo de cuidados de saúde. A relação desse consumo de

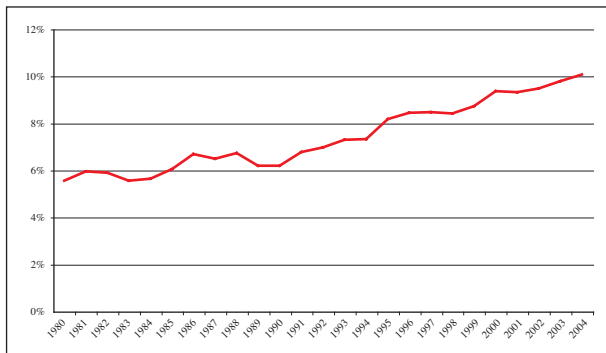
cuidados de saúde e do tempo dedicado à “produção” de saúde com o nível de saúde alcançado depende de diversos factores, entre os quais a idade e a educação. Garantir um mesmo nível de saúde tem custos mais elevados, implica utilização de maior volume de recursos em pessoas mais idosas. Maior educação leva a uma maior capacidade de, para o mesmo nível de recursos usados (tempo e cuidados de saúde), alcançar um melhor estado de saúde.

Nas suas escolhas sobre o nível de consumo, nível de cuidados de saúde e tempo dedicado à “produção” de saúde, o indivíduo tem que respeitar uma restrição: o valor dos cuidados de saúde e dos bens de consumo adquiridos não pode exceder o rendimento disponível do indivíduo. O rendimento disponível é determinado pelo tempo de trabalho e pela taxa de salário por unidade de tempo. O tempo de trabalho é igual ao tempo disponível, depois de descontado o tempo dispendido em outras actividades (dormir, comer, lazer), líquido do tempo dedicado à “produção” de saúde. Este tempo disponível é tanto mais elevado quanto maior for o *stock* de saúde.

Este conceito significa que não existe um preço único, de mercado, para a saúde, uma vez que não se “compra” saúde. O facto de não haver um mercado onde se possa comprar “saúde” significa que não existe um “preço de mercado” para a saúde. É necessário usar então um conceito ligeiramente distinto – sendo o preço um conceito de escassez, pode-se definir o valor em termos dos recursos consumidos, de uma unidade adicional de saúde. Existe, por isso, um “preço” diferente para a saúde de cada um, consoante as suas características.

O preço da saúde é definido como o custo de oportunidade de ter que abandonar outros consumos para obter mais uma unidade de saúde. Esse custo de oportunidade contém diversos elementos: a aquisição de cuidados médicos, valorizada ao preço respectivo, e o tempo dedicado à “produção” de saúde, valorizado à taxa de salário por unidade de tempo.





Despesa em saúde / PIB.

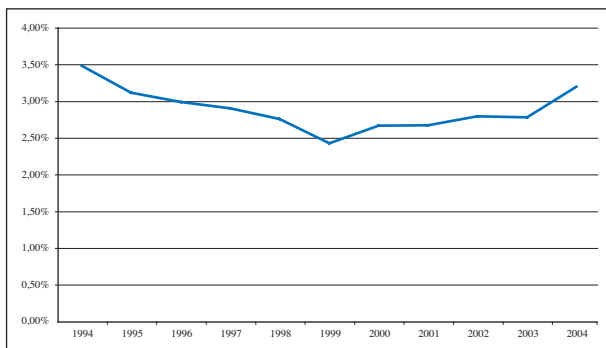
Este preço será tanto maior quanto maior for o preço dos cuidados médicos utilizados e quanto menor for a capacidade de produção de “saúde” (uma vez que se exige mais recursos nesse caso). Salários mais elevados significam também um maior custo de oportunidade do tempo, e logo custos mais elevados, em termos de rendimento sacrificado.

Resulta desta discussão que as despesas com cuidados de saúde são apenas uma das componentes do “preço” da saúde, faltando incluir o valor do tempo dispendido pelas pessoas.

A este respeito, é bem conhecido que Portugal tem vindo a ter despesas em saúde, face à riqueza gerada, que são cada vez maiores. O crescimento das despesas com saúde ficou-se a dever sobretudo ao ritmo de crescimento das despesas públicas em saúde.

Os dois últimos anos, de quase estagnação da despesa pública em saúde em termos nominais, foram uma excepção à tendência histórica. Ainda é cedo para saber se ocorreu uma alteração estrutural na dinâmica de crescimento ou se foi apenas uma situação conjuntural de eliminação de ineficiências (desperdício de recursos) que permitiu esse menor crescimento, e uma vez esgotada a capacidade de reduzir ineficiências se regressa ao ritmo histórico.

Por outro lado, não se tem qualquer informação sobre o maior ou menor tempo dedicado pelas pessoas a cuidados



Valor tempo perdido / Despesas em cuidados de saúde.

médicos. É possível unicamente construir algumas visões parcelares. Da evolução das actividades hospitalares, observa-se uma redução do tempo médio de internamento, o que para um mesmo resultado final em termos de saúde, se traduz num menor “preço” da saúde.

Em termos agregados, para um cidadão médio representativo, este factor pode ser visto como a probabilidade de um internamento, multiplicada pela demora média e pelo salário médio.

Os cálculos realizados com os valores referentes aos dias de internamento revelam que este é ainda um factor menor no crescimento das despesas com saúde, não excedendo os 3,5% das despesas com cuidados de saúde.

Os dias de internamento não são a única fonte de dias perdidos por doença. No entanto, não se encontra informação sobre este tempo dispendido em tratamento de saúde facilmente disponível, como série cronológica. O Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006 permite, para esse ano, ter uma aproximação maior, já que é explicitamente inquirido quantos dias um trabalhador faltou por motivo de doença. Na amostra, 4,5% dos trabalhadores inquiridos declararam ter faltado pelo menos um dia nas duas últimas semanas. A média de dias de falta, dado que faltou pelo menos um, para este conjunto de observações foi de 5,65. Sabendo que em 2004 a população empregada foi de 5,075 milhões e sendo a estimativa da população portuguesa total de 10,536 milhões, um individuo representativo faltou ao trabalho 3,2 dias por ano por motivo de doença. Valorizando ao salário médio diário, o custo correspondeu a cerca de 143 por ano. Este valor equivale a cerca de 15% do total das despesas em cuidados de saúde. O valor encontrado desta forma é substancialmente mais elevado que o determinado através dos dias de internamento, sugerindo que estes últimos dão apenas uma visão parcelar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pretendeu-se clarificar que *valor e preço* da saúde são conceitos distintos. Distinguiram-se igualmente os conceitos de preço de cuidados de saúde e preço da saúde. Os diferentes conceitos são quantificáveis do ponto de vista económico, sendo que o valor da saúde pode ser decomposto em valor da vida e em valor da qualidade de vida. A quantificação do valor da vida é feito recorrendo ao conceito de vida estatística.

O preço da saúde, por seu lado, tem que ser definido apropriadamente. Um preço é definido, em termos económicos, pela escassez. No caso da saúde, corresponderá ao valor marginal da saúde, qual o esforço necessário para se acrescentar mais uma unidade de saúde.

O “preço” da saúde tem que reconhecer que, para aumentar o *stock* de saúde, é necessário usar cuidados de saúde (tempo médico e de enfermagem, equipamento, meios de diagnóstico, medicamentos, etc...) mas também tempo da pessoa para que possa transformar esses cuidados de saúde em saúde propriamente dita.

O preço é definido então, do ponto de vista económico, como o custo de obter uma unidade adicional de saúde. Esta definição implica que o preço é potencialmente não linear (será diferente consoante a capacidade de beneficiar de cuidados de saúde, por exemplo) e é potencialmente distinto de pessoa para pessoa, já que aspectos como o valor do tempo utilizado e a capacidade de transformar cuidados de saúde e tempo em saúde são distintos para diferentes pessoas.

Correspondência:

Faculdade de Economia
Universidade Nova de Lisboa
Campus de Campolide
1099-032 Lisboa
email: ppbarros@fe.unl.pt
url: <http://ppbarros.fe.unl.pt>

BIBLIOGRAFIA

- Barros, P., 2005, *Economia da Saúde – Conceitos e comportamentos*, Livraria Almedina.
- Becker, G.S., T.J. Philipson e R.R. Soares, 2005, “The Quantity and Quality of Life and the Evolution of World Inequality”, *American Economic Review*, 95(1): 277-291.
- Hakes, J.K. e W.K. Viscusi, 2004, “Dead Reckoning: Demographic Determinants of the Accuracy of Mortality Risk Perceptions,” *Risk Analysis* 24 (3): 651–664.
- Johanesson, M., P.-O. Johanesson e R. O'Connor, 1996, “The value of private safety versus the value of public safety”, *Journal of Risk and Uncertainty*, 12: 263 - 275.
- OECD, 2006, *OECD Health Data*, Paris.
- Viscusi, W.K. e J. Aldy, 2003, “The Value of a Statistical Life: A Critical Review of Market Estimates throughout the World,” *Journal of Risk and Uncertainty*, Springer, 27(1): 5-76.