

Dispêndio Familiar com Saúde na América Latina*

PHILIP MUSGROVE**

Resumo

Dados de orçamentos familiares provenientes de pesquisas em seis países Latino-Americanos, 1966-75, são usados para estimar as elasticidades-renda do dispêndio privado com saúde. Para dez cidades em cinco países a elasticidade é constante a 1,5; para áreas metropolitanas, áreas urbanas não metropolitanas e áreas rurais do Brasil ela é constante a 1,17. Os dados para o Brasil também mostram um dispêndio 30 por cento mais alto nas cidades pequenas com relação às grandes e 50 por cento mais alto na zona rural. Estes resultados são consistentes com as suposições de que o tratamento privado constitui-se num artigo de luxo comparado ao tratamento público e de que se gasta mais com o primeiro, quando este último não é disponível. Diferenças geográficas po-

dem ser ampliadas por diferenças nos mecanismos de pagamento, visto que os gastos do próprio bolso dos consumidores são declarados sem que se deduza o reembolso feito pelo setor público. Diferentes componentes do dispêndio, tais como remédios e hospitalização, mostram comportamentos bastante diferentes do total.

Os gastos dos consumidores com saúde são em muitos aspectos semelhantes a qualquer outro tipo de dispêndio; eles são dirigidos a bens e serviços específicos com o

(traduzido por José Flávio Motta do original "Family Health Care Spending in Latin America")

* As opiniões expressas neste trabalho são da responsabilidade do autor, e não refletem necessariamente as da Organização Pan-Americana de Saúde ou a de seus membros dirigentes. Reconheço com gratidão a ajuda de Louise Fox e William McGreevey, do Banco Mundial, na obtenção dos dados para o Brasil utilizados na análise, e de Mark Growley, da Organização Pan-Americana de Saúde, nas regressões apresentadas na Tabela 3.

** Consultor Regional em Economia da Saúde da Organização Pan-Americana de Saúde.

intuito de satisfazer as necessidades de um bem mais geral ("saúde"), e o processo pelo qual a saúde é melhorada por meio de investimento ou perda através de depreciação ou acidente, pode ser descrito por modelos de maximização de utilidade sob uma variedade de restrições e suposições (Grossman, 1982; Rapaport et al, 1982). Em outros aspectos, o dispêndio com saúde é diferente de qualquer outro elemento do orçamento do consumidor, porque uma grande parte é provida pelo poder público, embora não se trate inteiramente de um bem público e nem de algo requerido por lei (como a educação). Em conseqüência, para que se possa entender o quanto de tratamento de saúde as famílias demandam e compram, é necessário analisar os determinantes do dispêndio total com saúde e também a interação entre o dispêndio público e o privado.

Análises anteriores (Kleiman, 1974; Newhouse, 1977; Maxwell, 1981) basearam-se tipicamente em dados altamente agregados e concentraram-se na compreensão do dispêndio total com saúde. Tais análises indicam que o tratamento da saúde é relativamente elástico com relação à renda nos diversos países, com a elasticidade declinando em direção à unidade à medida que a renda aumenta; que renda e dispêndio são muito menos relacionados dentro dos países; e que diferenças entre países dependem não somente da renda, mas também dos custos relativos dos serviços médicos particulares a cada país, da estrutura etária e problemas de saúde da população, dos mecanismos de pagamento e outros fatores. O dispêndio privado, como uma parcela do total, depende não apenas dos fatores que determinam a demanda por tratamento de saúde, mas também da disponibilidade e custo dos serviços públicos e da cobertura e operação do sistema de seguro privado.

A maioria das análises acima citadas restringiu-se a países de renda elevada, em parte devido às limitações de dados, especialmente sobre o dispêndio privado e seus determinantes. Estudos sobre o financiamento do tratamento de saúde em países pobres têm-se

baseado quase que exclusivamente em estimativas das contas nacionais (Organização Pan-Americana de Saúde, 1982; Zschock, 1978), as quais nos fornecem pouco mais do que uma desagregação do financiamento público por fonte principal e uma estimativa grosseira do dispêndio privado total. Estudos mais detalhados, como por exemplo do sistema de seguro social (Mesa-Lago, 1978; Zschock, 1983) utilizam-se das informações desagregadas coletadas por instituições públicas, mas ainda proporcionam análises muito limitadas das despesas que os consumidores pagam do próprio bolso. Esta situação está começando a se modificar, à medida que pesquisas são empreendidas com os objetivos específicos de medir os dispêndios privados e suas causas (Banco Mundial, 1982), ou o uso pelos consumidores do sistema público de saúde (Selowsky, 1979). Dados deste tipo ainda estão limitados a bem poucos países e até agora têm sido sujeitos a análises relativamente limitadas.

Provisoriamente, ante a preponderância de dados do setor público e de estimativas agregadas, pode ser válido fazer uso de pesquisas-padrão sobre a renda e o dispêndio das famílias para estudar o gasto privado com saúde. Dados deste tipo também são relativamente raros na América Latina, mas não tanto quanto as informações coletadas especificamente para estudar como o tratamento de saúde é demandado e financiado. Sem ajustamentos para subsídios e transferências, tais dados também tendem a fornecer medidas viesadas do dispêndio líquido e da quantidade de tratamento médico realmente obtida; este problema será discutido mais adiante. Dados de orçamentos familiares, entretanto, têm a grande vantagem de cobrir uma ampla variedade de rendas e outras variáveis relevantes, incluindo detalhadas informações geográficas e demográficas, a longo prazo, pode não haver razão para se esperar muita associação entre renda e dispêndio com saúde, ou entre este último e as verdadeiras condições de saúde, devido às grandes mudanças na tecnologia médica e nas condições de vida em geral (Fuchs, 1979), mas em uma "cross-section" num dado

instante do tempo, pode ser possível medir uma elasticidade-renda precisa. Isto é o mais provável quando apenas o dispêndio privado é estudado, já que a escolha entre o tratamento privado e o público pode ser altamente dependente da renda quando este último está disponível para um consumidor. Tal raciocínio sugere que a renda de uma família e seu acesso a serviços providos publicamente — talvez indicados através do local onde ela vive — deveriam ser estudados com proveito nos dados do orçamento familiar, mesmo se outras características que influenciam a necessidade de tratamento de saúde e que pertencem a um modelo completo de tomada-de-decisão familiar não fossem consideradas.

Este trabalho utiliza dados provenientes de várias pesquisas sobre famílias, em seis países Latino-Americanos entre 1966 e 1975, com o objetivo de, primeiramente, estimar elasticidades-renda e — para a única pesquisa com substancial variação geográfica — investigar como a disponibilidade de serviços públicos e a maneira pela qual eles são fornecidos e pagos parecem afetar os gastos familiares. Outras fontes são usadas para fornecer alguma informação acerca desses serviços públicos, mas deve ser enfatizado que esses dados não são disponíveis com o mesmo nível de detalhe que os dispêndios privados: algumas das constatações feitas, embora plausíveis e, talvez, de fácil confirmação com base em dados mais desagregados do setor público,

deveriam, portanto, ser consideradas mais como hipóteses do que como conclusões, até que pesquisa mais completa seja conduzida.

Em um estudo anterior sobre rendas e dispêndios familiares (1978a), baseado em dados de dez cidades sul-americanas em cinco países, estimei as elasticidades do dispêndio para o gasto total da família com tratamento de saúde e também para outros gastos com seguros, à parte das contribuições para o seguro social, do qual o seguro de saúde é um componente. Os resultados, mostrados adiante, fornecem estimativas razoavelmente precisas da elasticidade do gasto com saúde, as quais, todavia, diferem entre países em mais de 50 por cento (de 0,81 a 1,34). Muito desta variação pode se dever a diferenças no custo e disponibilidade dos serviços públicos, sobre os quais as pesquisas não continham informações. As elasticidades do seguro de saúde e de outros seguros variam ainda mais e são menos precisas. No caso do Chile, há alguma evidência de que a elasticidade do tratamento de saúde converge para um à medida que a renda se eleva, mas os desvios-padrão das estimativas são bastante grandes. As regressões de onde provêm estas elasticidades mostram também que o dispêndio com saúde é influenciado pelo tamanho da família, a idade do chefe e emprego da esposa, mas estas variáveis não têm efeitos consistentes nos diversos países.

ELASTICIDADES COM RELAÇÃO AO DISPÊNDIO TOTAL (desvios-padrão entre parênteses)

Chile (Santiago)	Colômbia (quatro cidades)	Equador (duas cidades)	Peru (Lima)	Venezuela (duas cidades)
Dispêndio total com saúde, exceto seguro de saúde privado				
0,844 (0,052)	1,171 (0,040)	0,904 (0,050)	0,808 (0,055)	1,341 (0,063)
Seguro total, incluindo seguro de saúde e excluindo seguro social				
ND	1,116 (0,204)	1,205 (0,383)	0,756 (0,033)	1,253 (0,090)
Chile, dispêndio total com saúde; elasticidade por estrato				
Baixo	1,283 (0,709)		Alto	1,071 (0,166)

No caso do dispêndio com educação — que, de forma semelhante ao tratamento de saúde, inclui muitos valores zero e muita variação devida a fatores outros além da renda — as elasticidades estimadas a partir das observações individuais parecem não dizer tudo. Quando utilizei como observações as médias do dispêndio com educação e do dispêndio total por quartis de renda, eliminando quaisquer efeitos transitórios da renda dentro dos quartis, as elasticidades elevaram-se de cerca de 1,0 para quase 2,0 (1978b). Apliquei, portanto, o mesmo procedimento aos dados referentes ao dispêndio com saúde, combinando as observações para todas as dez cidades. Os resultados aparecem na Tabela 1, sendo os quartis definidos pela renda por pessoa nas famí-

lias e comparados em dólares de igual poder de compra. Os dados são também mostrados na Figura 1, produzindo uma elasticidade estimada de 1,5, mais alta do que quaisquer dos valores obtidos para os países individuais com dados desagregados. Em uma cidade (Caracas), uma segunda pesquisa foi realizada nove anos mais tarde, permitindo uma análise de como o dispêndio mudou à medida que a renda real se elevou. Calculei índices de preço quartil-específicos e usei-os para comparar rendas e despesas em termos reais nos dois anos (1981); os resultados para o dispêndio com saúde também aparecem na Tabela 1. Nos três quartis mais altos, as mudanças implicam uma elasticidade de cerca de 0,9, mas no quartil mais pobre o dispêndio familiar com saúde decli-

TABELA 1
DISPÊNDIO FAMILIAR TOTAL ESTIMADO POR PESSOA, E DISPÊNDIO PRIVADO COM SAÚDE, POR QUARTIL DE DISPÊNDIO TOTAL POR PESSOA. DEZ CIDADES SUL-AMERICANAS (dólares de 1968 por ano).

Quartil:	1 (baixo)		2		3		4 (alto)	
	Total	Saúde	Total	Saúde	Total	Saúde	Total	Saúde
Cali	174	0.96	293	2.81	531	8.87	961	20.66
Barranquilla	201	2.77	339	5.93	504	12.55	924	36.87
Medellín	146	1.02	247	3.80	421	6.69	915	29.19
Quito	156	3.67	320	11.10	586	17.76	1236	35.97
Guayaquil	160	2.18	266	5.83	512	9.42	1044	27.14
Maracaibo	192	1.31	330	2.81	494	5.04	924	20.70
Santiago	220	1.96	421	5.14	714	9.00	1483	27.58
Bogotá	229	2.89	384	3.80	586	11.25	1227	40.73
Lima	220	4.36	394	6.54	631	13.88	1290	34.06
Caracas	320	4.64	677	19.84	1162	45.32	2050	129.56

Caracas, Venezuela, apenas, em 1966 e 1975: dispêndio em bolívares por pessoa por mês (bolívares de 1966; valores de 1975 deflacionados por um índice variável)

1966

1975: nominal
real

As cidades são ordenadas por renda familiar mediana crescente, em dólares de 1968, a taxas de câmbio de paridade do poder de compra. Valores do dispêndio total são medianos dentro dos quartis (12,5, 37,5, 62,5 e 87,5 por cento da distribuição acumulada). O dispêndio real com saúde em 1975 em Caracas inclui um ajustamento para o diferencial de inflação dos preços de bens e serviços médicos.

FIGURA 1

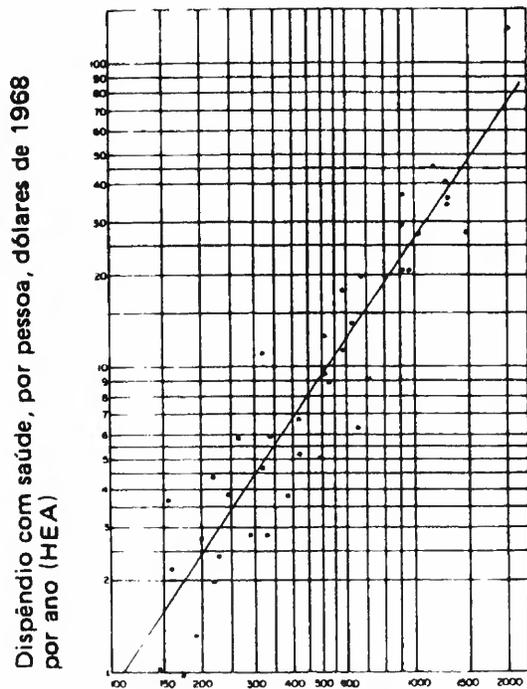
DISPÊNDIO FAMILIAR TOTAL ESTIMADO
POR PESSOA, E DISPÊNDIO COM SAÚDE.
QUARTIS DE DISPÊNDIO POR PESSOA, DEZ
CIDADES SUL-AMERICANAS (DÓLARES DE
1968 POR ANO)

A reta ajustada corresponde à regressão:

$$\text{Log}_{10} \text{HEA} = -3,0533 + 1,4895 \text{Log}_{10} \text{PCE} \\ (0,6490)$$

$$R^2 = 0,8439$$

$$F = 5\,2673$$



Dispêndio total por pessoa, dólares de 1968 por ano (PCE)

nou, sendo a elasticidade implícita em torno de $-0,5$. Não está claro se isso é devido à expansão dos serviços públicos gratuitos, o que teria reduzido a necessidade de gasto privado, ou se reflete outros fatores, tais como melhores condições de nutrição e saneamento, que teriam melhorado a saúde das famílias mais pobres. Uma vez que os índices de preço quartil-específicos conduzem a uma estimativa de que a renda real cresceu de apenas 3 por cento no quartil mais pobre, é bem possível que o poder de compra real tenha diminuído ligeiramente, sendo o índice um tanto imperfeito para todas as famílias, exceto as do ponto médio do quartil. Se esse fosse o caso, então a elasticidade do dispêndio com saúde seria também positiva mesmo no quartil mais baixo.

A maior pesquisa sobre gastos familiares já realizada na América Latina foi conduzida no Brasil em 1974-75 (FIBGE, 1978). As tabelas publicadas mostram as médias do dispêndio total das famílias (sob várias definições ligeiramente diferentes) e do dispêndio total com o tratamento de saúde — e com vários de seus componentes, tais como médicos, hospitalização e cirurgia, drogas e medicamentos, etc —, por região do país, localização metropolitana/urbana não metropolitana/rural, e classe de dispêndio total (nove classes são distinguidas para a maioria das regiões e localizações). A pesquisa divide o Brasil em sete regiões, em duas das quais não se tiraram amostras das áreas rurais, devido ao custo do trabalho de campo. São elas: a Região 6, consistindo apenas do Distrito Federal, e a Região 7, que inclui os dois-terços ocidentais do país, fracamente povoados. Utilizei as informações de quatro das cinco regiões remanescentes, apenas omitindo a Região 2 (Estado de São Paulo), na presunção de que nela os padrões de dispêndio não seriam muito diferentes daqueles no Rio de Janeiro (Região 1). As quatro regiões estudadas incluem as de rendas familiares e dispêndios com saúde máximos e mínimos. O sistema de saúde pública brasileiro foi recentemente estudado, de maneira extensiva (McGreevey, 1982), mas houve pouca ou nenhuma análise anterior do dispêndio das famílias, embora alguma pesquisa nesse campo esteja agora sendo planejada (Programa de Investigação em Serviços de Saúde, 1982). Utilizei os dados sobre dispêndio total com saúde, mostrados na Tabela 2 e na Figura 2, para análise igual àquela discutida acima, com uma diferença: o número muito maior de observações torna possível estimar os efeitos de região e localização, bem como uma elasticidade com relação ao dispêndio total.

Da observação da Figura 2, fica claro que a relação da renda familiar com o dispêndio em saúde privada apresenta elasticidade aproximadamente constante. Além disso, em todos os níveis de gasto total, as famílias rurais são as que mais dispendem com a saúde, as de cidades pequenas e médias

TABELA 2

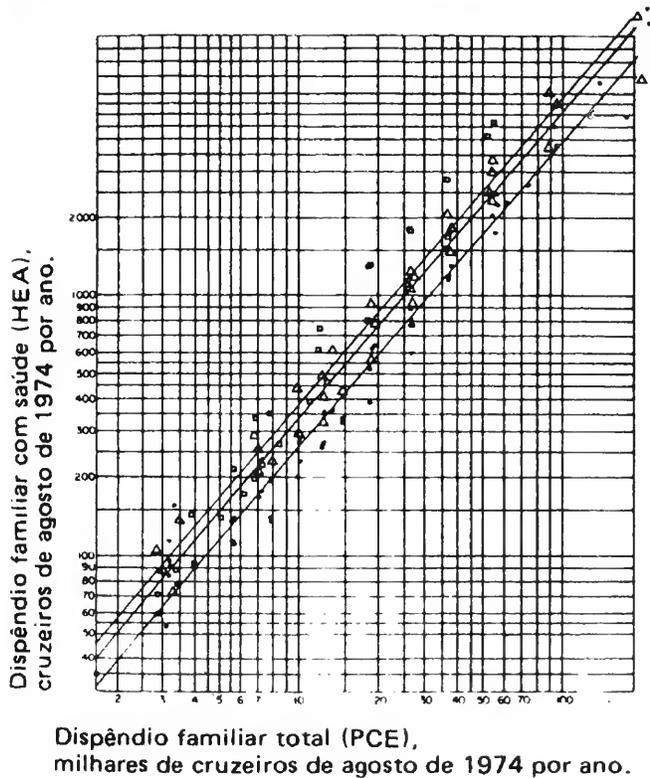
VALORES MÉDIOS DO DISPÊNDIO FAMILIAR TOTAL (PCE) E DO DISPÊNDIO PRIVADO COM SAÚDE (HEA), EM CADA UMA DAS NOVE CLASSES DE DISPÊNDIO FAMILIAR TOTAL, POR ÁREAS URBANAS E RURAIS, EM QUATRO REGIÕES DO BRASIL (CRUZEIROS DE AGOSTO DE 1974 POR ANO). AS CLASSES DE DISPÊNDIO TOTAL SÃO DEFINIDAS POR SUCESSIVOS INTERVALOS NÃO SOBREPOSTOS DESSA VARIÁVEL; A CLASSE 1 COMEÇA EM DISPÊNDIO ZERO E A CLASSE 9 TEM O LIMITE SUPERIOR ABERTO. AS FRONTEIRAS DAS CLASSES DE DISPÊNDIO VARIAM ENTRE REGIÕES E ENTRE ÁREAS URBANAS E RURAIS, DE MODO A REDUZIR O NÚMERO DE CLASSES VAZIAS (SOMENTE QUATRO CLASSES DE RENDAS ALTAS NAS ÁREAS RURAIS E DUAS REGIÕES ESTÃO VAZIAS)

Classe de dispêndio:	1		2		3		4		5		6		7		8		9		
	PCE	HEA	PCE	HEA	PCE	HEA	PCE	HEA	PCE	HEA	PCE	HEA	PCE	HEA	PCE	HEA	PCE	HEA	
Áreas Metropolitanas																			
Rio de Janeiro (Região 1)	3256	92	7103	168	12569	335	18993	548	26684	803	37698	1300	54682	2052	93196	4467	212233	11172	
Curitiba (Região 3)	3309	156	7229	178	12423	272	19064	563	26738	885	37389	1184	56119	2466	93965	3677	208811	12827	
Porto Alegre (Região 3)	3403	77	7287	234	12616	357	19241	643	26723	899	37289	1148	55635	1741	94170	3701	173224	4902	
Belo Horizonte (Região 4)	3207	115	6997	211	10197	284	13462	363	18967	619	26717	880	37512	1748	54345	2039	137471	6521	
Fortaleza (Região 5)	3103	54	5730	111	7895	139	10211	230	12466	258	14690	334	18841	547	26526	765	56977	2243	
Recife (Região 5)	3172	84	5712	140	7897	193	10072	272	12454	348	14738	411	18785	519	26978	767	61722	2274	
Salvador (Região 5)	3196	96	5672	113	7909	135	10118	200	12422	264	14685	319	18784	387	26575	595	74222	2656	
Áreas não-metropolitanas (URB)																			
Região 1	3270	72	7101	212	12319	406	18992	778	26485	1071	37386	1488	53161	2490	88696	6064	197940	6790	
Região 3	3465	137	7026	264	12375	491	19053	805	26775	1206	37467	1785	54110	2984	88782	3707	192455	12050	
Região 4	2849	104	6806	289	10101	441	13502	620	18802	926	26497	1248	36973	2073	54838	3317	95043	5406	
Região 5	3023	88	5614	137	7891	229	10096	295	12391	329	14702	429	18853	569	26772	942	54202	2350	
Áreas rurais (RUR)																			
Região 1	3171	91	6784	197	11191	392	18552	793	26376	1095	36628	1687	---	---	---	---	---	---	
Região 3	3329	89	6876	336	12100	739	18841	1325	26654	1745	36647	2787	52685	4104	88451	5586	---	---	
Região 4	1591	35	2864	71	3962	143	5614	215	7870	350	11832	617	18688	1322	26445	1792	55040	4650	
Região 5	1638	35	2896	60	3943	94	5032	140	6189	173	7340	224	8453	269	12755	458	35950	1504	

FIGURA 2
DISPÊNDIO TOTAL E DISPÊNDIO COM SAÚDE, POR FAMÍLIAS. ÁREAS METROPOLITANAS, URBANAS NÃO METROPOLITANAS E RURAIS. QUATRO REGIÕES DO BRASIL 1974-1975

- Áreas metropolitanas
 △ Áreas urbanas não metropolitanas (URB)
 □ Áreas rurais (RUR)

As três retas ajustadas correspondem aos resultados da regressão para a Região 1, Estado do Rio de Janeiro, para a área metropolitana do Rio de Janeiro, outras áreas urbanas e áreas rurais do referido Estado (vide Tabela 3 para as regressões).



gastam menos do que aquelas e as das maiores áreas urbanas (sete das quais são distinguidas nas quatro regiões estudadas) são as que menos gastam. Estas relações são testadas através de análise de regressão, cujos resultados aparecem na Tabela 3. Deve-se notar que as famílias são geralmente maiores nas áreas rurais do que nas metropolitanas ou urbanas não metropolitanas, de modo que se as famílias fossem reclassificadas pela renda por pessoa, as famílias rurais aparentariam ser mais pobres com relação às das cidades. Para um dado nível de renda (por pessoa), o diferencial urbano-rural no dispêndio com saúde seria até mesmo maior do

que aparece nesta análise. Diferenças regionais como um todo são significantes, porque o dispêndio é maior na Região 5 do que na Região 4, mas a maioria dos pares de regiões não difere. As diferenças entre as áreas metropolitanas/urbanas não metropolitanas/rurais são significantes e da ordem de 30 por cento (urbanas não metropolitanas) e 50 por cento (rurais), com relação às áreas metropolitanas. A elasticidade-renda estimada é de 1,17 e difere de forma não significativa entre as quatro especificações testadas. Não há evidência, na amplitude do dispêndio total estudado, quer de saturação nas rendas elevadas, quer de um limiar abaixo do qual as famílias apresentem uma elasticidade muito mais alta.

Estes três resultados — a alta elasticidade-renda, as diferenças regionais e as diferenças por localização — são, todos, consistentes com o seguinte modelo simples: o dispêndio total com saúde é um bem normal, com uma elasticidade-renda declinando para um (Newhouse, 1977), mas o tratamento privado constitui-se num artigo de luxo comparado aos serviços públicos fornecidos gratuitamente ou aos serviços subsidiados. Portanto, o dispêndio privado com saúde pode ter uma elasticidade acima de um mesmo em rendas muito altas, porque à medida que a renda familiar cresce, os serviços privados substituem os públicos; e a um dado nível de renda, o dispêndio privado será mais elevado onde menos serviços públicos estiverem disponíveis. No Brasil, a maior parte do tratamento público de saúde é fornecida através do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), o qual é parte do sistema de previdência social. As despesas do INAMPS são altas com relação às receitas tributárias do governo (incluindo as contribuições sobre a folha de pagamento, as quais financiam grande parte do sistema) nas regiões mais pobres do país (McGreevey, 1982, p. 54), de modo que há alguma transferência líquida das regiões mais ricas para as mais pobres; os gastos "per capita" porém, são ainda mais baixos nestas últimas (McGreevey, tabelas 8 e V.14). O dispêndio privado é mais alto na Região 4 (Centro-Oes-

TABELA 3

BRASIL, 1974: DISPÊNDIO PRIVADO FAMILIAR COM SAÚDE COMO UMA FUNÇÃO DO DISPÊNDIO FAMILIAR TOTAL. DIFERENÇAS ENTRE REGIÕES E ENTRE ÁREAS METROPOLITANAS-URBANAS NÃO METROPOLITANAS-RURAIS.

Variáveis: HEA = Log_{10} Dispêndio com Saúde
 PCE = Log_{10} Dispêndio Total
 URB = Área urbana não metropolitana
 RUR = Área rural
 REG 1, 3, 4, 5 = Região (Rio de Janeiro; Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul; Minas Gerais e Espírito Santo; nove estados nordestinos)

Resultados da regressão (desvios-padrão dos coeficientes entre parênteses):

$$1) \text{ HEA} = 1,1728 \text{ PCE} - 2,2745 \text{ REG1} - 2,2149 \text{ REG3} - 2,1873 \\ (0,0162) \quad (0,0740) \quad (0,0738) \quad (0,0715) \\ \text{REG4} - 2,3339 \text{ REG5} + 0,1100 \text{ URB} + 0,1633 \text{ RUR} \\ (0,0678) \quad (0,0177) \quad (0,0188)$$

$$R^2 = 0,9992, F = 21499$$

$$2) \text{ HEA} = 1,1446 \text{ PCE} - 2,0700 \text{ REG1} - 2,0255 \text{ REG3} - 1,9787 \\ (0,0203) \quad (0,0908) \quad (0,0910) \quad (0,0870) \\ \text{REG 4} \quad 2,1653 \text{ REG5} \\ (0,0836)$$

$$R^2 = 0,9986, F = 17996$$

$$3) \text{ HEA} = -2,3841 + 1,1994 \text{ PCE} + 0,1270 \text{ URB} + 0,1885 \text{ RUR} \\ (0,0805) \quad (0,0186) \quad (0,0210) \quad (0,0223)$$

$$R^2 = 0,9711, F = 1422$$

$$4) \text{ HEA} = -2,1945 + 1,1736 \text{ PCE} \\ (0,0982) \quad (0,0231)$$

$$R^2 = 0,9522, F = 2572$$

Testes F marginais:

- somando todas as variáveis binárias a (4) $F = 1414$
- somando as variáveis regionais a (3) $F = 1057$
- somando URB e RUR a (2) $F = 43$

N = 131 observações.

te), onde a despesa do INAMPS por indivíduo da população é 95 por cento da média nacional, do que nas Regiões 1 e 3 (Sul e Sudeste), onde o gasto do INAMPS é 20 por cento acima da média. Essa relação rompe-se, entretanto, para a Região 5 (Nordeste, a mais pobre do país), onde o dispêndio do INAMPS é apenas metade da média nacional,

e o dispêndio privado é também o mais baixo; nesta comparação, os dispêndios privado e público parecem ser mais complementares do que substitutos, talvez devido à importância relativa dos diferentes componentes das mudanças nos tratamentos médicos (este ponto é considerado mais adiante).

Quanto às diferenças entre as áreas metro-

politanas/urbanas não metropolitanas/rurais, a cobertura da população pelo INAMPS é mais completa nas áreas urbanas, embora o Brasil seja um dos relativamente poucos países Latino-Americanos nos quais há substancial cobertura rural (Zschock, 1983, pp. 35-37). Muito da diferença urbano-rural pode ser devida às dificuldades de fornecer tratamento público de saúde aos trabalhadores agrícolas; assim, repeti a análise na Tabela 2 usando uma classificação agrícola/não-agrícola. O dispêndio privado é mais alto, para um dado nível de dispêndio total, no setor agrícola, conforme esperado; também não há diferença significativa entre as três ocupações agrícolas distinguidas na pesquisa, ou entre as oito ocupações não-agrícolas. Entretanto, a maneira pela qual o INAMPS fornece o tratamento provavelmente amplia as verdadeiras diferenças no dispêndio privado por localização: nas áreas metropolitanas, a maior parte do tratamento de saúde é fornecida diretamente, com pequeno ou nenhum custo para o consumidor, enquanto cidades menores e áreas rurais o INAMPS freqüentemente reembolsa os consumidores por despesas privadas, bem como paga outras instituições do setor público por serviços fornecidos. Uma vez que os dados de orçamentos familiares não revelam o dispêndio médico líquido dos reembolsos, os custos privados são um tanto aumentados em áreas não metropolitanas (Zschock, 1983, p. 6). Parecem não ter sido compilados dados mostrando a distinção entre a provisão direta e os reembolsos para áreas urbanas e rurais; mas "serviços complementares pagos pelo INAMPS" os quais incluem os reembolsos, estão disponíveis por estado e região (McGreevey, p. 116). Tais "serviços complementares" correspondem a uma parcela ligeiramente mais alta dos desembolsos totais no Nordeste (região mais rural), e uma parcela notavelmente baixa no Sul do País (mais urbano).

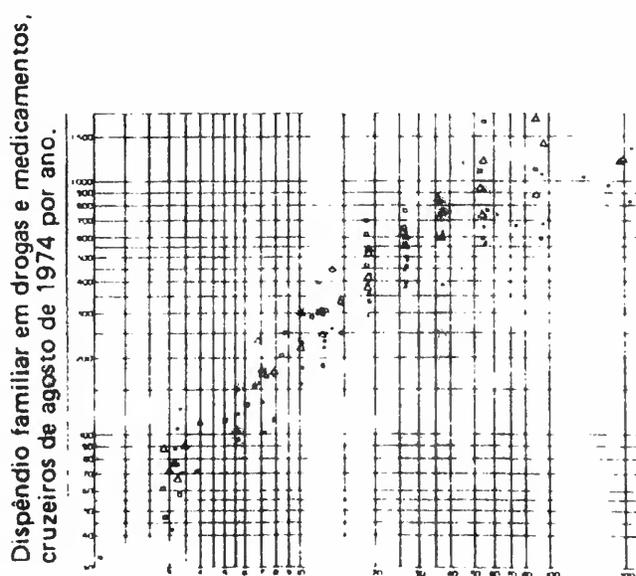
A simples relação de elasticidade constante que caracteriza o dispêndio privado total com saúde não se aplica a todos os componentes; as diferenças regionais e de localização quanto ao dispêndio também

variam de acordo com qual componente é estudado. A Tabela 4 mostra os dispêndios médios nos dois itens que mais divergem do padrão seguido pelo dispêndio total — drogas e medicamentos, e hospitalização e cirurgia. Os dados para o primeiro são também apresentados na Figura 3, de cuja observação percebe-se que o dispêndio com drogas mostra uma tendência em direção à saturação, independentemente de região e localização. O dispêndio rural é mais elevado do que nas áreas metropolitanas ou nas áreas urbanas não metropolitanas, em níveis mais altos de dispêndio familiar total; mas, em níveis baixos de dispêndio, as famílias rurais parecem gastar *menos* em drogas e medicamentos. Isto pode refletir uma distribuição das famílias rurais mais pobres em áreas onde até mesmo farmácias são raras, de modo que a explicação novamente se volta para a disponibilidade de bens e serviços.

FIGURA 3

DISPÊNDIO FAMILIAR TOTAL E DISPÊNDIO COM DROGAS E MEDICAMENTOS. ÁREAS METROPOLITANAS, URBANAS NÃO METROPOLITANAS E RURAIS. QUATRO REGIÕES DO BRASIL, 1974-75

- Áreas metropolitanas
 - △ Áreas urbanas não metropolitanas
 - Áreas rurais
- (dados da Tabela 4)



Dispêndio familiar total (PCE), milhares de cruzeiros de agosto de 1974 por ano.

TABELA 4

VALORES MÉDIOS DO DISPÊNDIO PRIVADO FAMILIAR COM DROGAS E MEDICAMENTOS (DROGAS) E COM HOSPITALIZAÇÃO E CIRURGIA (HOSP), EM CADA UMA DAS NOVE CLASSES DE DISPÊNDIO FAMILIAR TOTAL, POR ÁREAS URBANAS E RURAIS EM QUATRO REGIÕES DO BRASIL (CRUZEIROS DE AGOSTO DE 1974 POR ANO). OS LIMITES DAS CLASSES DE DISPÊNDIO FAMILIAR TOTAL (PCE) E AS MÉDIAS DO DISPÊNDIO TOTAL NAS CLASSES, SÃO OS MESMOS DA TABELA 2 E NAO SAO REPETIDOS AQUI.

Classe de dispêndio:	Drogas e Medicamentos									Hospitalização e Cirurgia								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Áreas metropolitanas																		
Rio de Janeiro	75	134	233	336	452	594	659	1059	1350	0	2	18	37	91	142	382	984	2356
Curitiba	125	101	182	325	381	386	575	593	830	0	28	18	70	133	262	796	1104	5903
Porto Alegre	70	180	250	428	499	630	557	679	966	0	5	5	19	68	84	268	929	234
Belo Horizonte	104	176	228	261	362	458	619	589	1040	1	6	16	19	76	106	139	249	901
Fortaleza	42	95	112	184	220	246	391	447	771	1	1	2	12	7	7	46	70	460
Recife	77	120	169	236	296	324	385	483	742	0	2	5	2	9	10	16	55	511
Salvador	88	102	116	158	188	253	294	395	670	1	0	0	2	24	1	7	18	527
Áreas não-metropolitanas (URB)																		
Região 1	67	175	305	525	651	770	921	1779	1293	4	1	14	68	88	97	350	818	1330
Região 3	90	181	317	420	604	598	935	888	1212	17	37	77	146	193	447	934	731	6182
Região 4	88	233	307	446	534	632	860	1195	1414	0	5	22	36	95	106	263	702	1351
Região 5	71	105	175	220	248	330	383	562	740	2	7	12	15	29	17	49	120	716
Áreas rurais (RUR)																		
Região 1	76	161	290	618	664	715	---	---	---	2	4	13	10	66	255	---	---	---
Região 3	58	160	307	471	569	818	1080	1109	---	18	93	242	503	631	1111	2088	3809	---
Região 4	33	61	111	152	253	396	707	771	1707	0	0	6	11	30	61	271	393	1629
Região 5	28	47	72	113	130	170	205	304	603	0	2	3	6	9	16	17	53	364

Hospitalização e cirurgia, em contraste, mostra um crescimento explosivo com a elevação da renda; esta é indubitavelmente a categoria para a qual o tratamento privado é mais claramente um artigo de luxo comparado aos serviços prestados por hospitais públicos, de modo que as famílias mais pobres não dispõem essencialmente nada nessa categoria. As diferenças entre as áreas metropolitanas/urbanas não metropolitanas/rurais não parecem ser estáveis nas diversas regiões, mas há diferenças regionais pronunciadas, com dispêndios particularmente elevados na Região 3 (Sul), em todas as três localizações. O Brasil é singular entre os países Latino-Americanos por ter uma grande parcela de leitos de hospitais privados (Zschock, 1983, Tabela 2), que podem estar concentrados no Sul do país, relativamente urbano e de alta renda. Naturalmente, na medida em que o tratamento hospitalar privado é reembolsado aos consumidores, as despesas líquidas podem estar bem mais aumentadas do que o total do dispêndio líquido privado com saúde.

Dirão estes resultados qualquer coisa de útil para a política de saúde, em particular para a alocação dos recursos de saúde pública? Algumas conclusões, sujeitas à verificação com informações mais detalhadas acerca do dispêndio público e do verdadeiro uso dos serviços médicos podem ser asseguradas. Primeiro, a elasticidade relativamente alta para o dispêndio privado significa que, em épocas de crescimento da renda, a carga sobre o sistema público é aliviada por pacientes que mudam para os serviços privados, porque estes são considerados melhores, o tempo de espera é menor, ou por alguma

outra razão que justifique seu custo pessoal mais elevado. Quando a renda cai, todavia, alguma demanda privada deve retornar para o setor público. Se essas alterações relacionadas à renda tiverem de ser acomodadas, o dispêndio público com saúde deve ser provavelmente anticíclico, expandindo-se para atender mais pacientes durante a recessão e contraindo-se, ou pelo menos crescendo com menor rapidez, nas épocas de "boom". Segundo, a alta propensão a gastar em tratamento médico privado indica claramente que poderiam ser arrecadados honorários no sistema público, pelo menos dos pacientes com renda mais alta, desde que a qualidade dos serviços fosse encarada como suficientemente elevada. Pode existir mais espaço do que se admite para o auto-financiamento do setor de saúde pública. Terceiro, onde as facilidades do serviço público são inexistentes ou inadequadas, a carga sobre a população mal servida pode incidir não tanto sob a forma de piores condições de saúde quanto de um dispêndio privado mais alto — ou seja, as pessoas podem conseguir um nível de tratamento comparável através de pagamentos do próprio bolso, mas ficam mais pobres ao fazê-lo. E, finalmente, em níveis baixos de renda, a substituição do tratamento privado pelo tratamento público é mais evidente na compra de drogas e medicamentos, os quais, na ausência de conselhos médicos e outros insumos, podem ser terapêuticamente ineficientes. Em outras palavras, a população pobre gasta pesadamente no componente mais barato do tratamento médico, mas não atinge necessariamente os mesmos níveis de saúde que poderiam ser obtidos pelo mesmo custo, se houvesse melhor cobertura pelo setor público.

Referências Bibliográficas

- Banco Mundial, *Colombia: health sector review*, Banco Mundial, Departamento de - População, Saúde e Nutrição, Washington, D.C., 1982.
- FUCHS, Victor, "Economics, health and post-industrial society" *Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society* 57. pp. 153-182, 1979.
- Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, *Estudo Nacional de Despesa Familiar*. Dados preliminares: despesas das famílias, regiões I, III, IV, V, VI, VII, FIBGE, Rio de Janeiro, 1978.
- GROSSMAN, Michael, "The demand for health after a decade" *Journal of Health Economics* 1, pp. 1-3, 1982.
- KLEIMAN, Ephraim, "The determinants of national outlay on health" in Mark Perlman (ed), *The Economics of Health and Medical Care*, Wiley, New York, 1974.
- MAXWELL, Robert J., *Health and wealth*, Heath, Boston, 1981.
- McGREEVEY William, *Brazilian health care financing and health policy: an international perspective*, Banco Mundial, Departamento de População, Saúde e Nutrição, Washington, D.C., 1982.
- MESA-LAGO, Carmelo, *Social security in Latin America*, University of Pittsburgh Press, Pittsburgh, 1978.
- MUSGROVE, Philip, *Consumer behavior in Latin America*, Brookings Institution, Washington, D.C., 1978a.
- MUSGROVE, Philip, "La contribución familiar al financiamiento de la educación en América Latina" in Mario Brodersohn e María Ester Sanjurjo (eds.), *Financiamiento de la educación en América Latina*, Fondo de Cultura Económica, México, 1978b.
- MUSGROVE, Philip, "The oil price increase and the alleviation of poverty: income distribution in Caracas, Venezuela, in 1966 and 1975", *Journal of Development Economics*, 9, 1981, pp. 229-250.
- NEWHOUSE, Joseph, "Medical-care expenditure: a cross-national survey" *Journal of Human Resources*, 12, Winter, 1977. pp. 115-124.
- Organização Pan-Americana de Saúde, *Plan de acción para la instrumentación de las estrategias de salud para todos en el año 2000: implicaciones financieras y presupuestarias*, XXI Conferência Sanitária, Documento CSP 21/21 OPAS, Washington, D.C., 1982.
- Programa de Investigação em Serviços de Saúde*, Acordo MEC/MS/MPAS/OPAS, Termos de Referência, Brasília, 1982.
- RAPAPORT, John, Robert L. Robertson e Bruce Stuart, *Understanding Health Economics*, Aspen, Rockville, Md., 1982.
- SELOWSKY Marcelo, *Who benefits from public expenditure? A case study of Colombia*, Johns Hopkins, Baltimore, 1979.
- ZSCHOCK, Dieter, *Health care financing in developing countries*, American Public Health Association, Washington, D.C., 1978.
- ZSCHOCK, Dieter, *Medical care under social insurance in Latin America: review and analysis*, processed, Stony Brook, N.Y., 1983.