

## **Sistemas privados de saúde – Que relação com o SNS? (Na prestação)**

Pedro Pita Barros<sup>1</sup>

Esta Versão: 1 de Fevereiro de 1999

Texto preliminar e incompleto

Não citar sem autorização do autor

---

<sup>1</sup> Professor associado, com agregação, da Faculdade de Economia da Universidade Nova de Lisboa.  
Endereço: Faculdade de Economia, Universidade Nova de Lisboa, Travessa Estêvão Pinto, P-1070 Lisboa,  
Tel: (01) 383 36 24; Fax: (01) 388 60 73; Email: ppbarros@fe.unl.pt.

## **1. Introdução**

Admitindo que qualquer reforma do sector da saúde que venha a ser empreendida não levará à eliminação dos subsistemas, coloca-se inevitavelmente o problema de qual a sua relação com o Serviço Nacional de Saúde. Por comodidade, irão ser usados como substitutos perfeitos os termos “sistemas privados de saúde” e “subsistemas”, para descrever os esquemas de cobertura de riscos de doença e de assistência médica. A imprecisão de termos é justificada pela ausência de definição legal do que é um subsistema de saúde (ou um “sistema privado de saúde”). Por outro lado, a base ocupacional que estes esquemas possuem leva a que não seja adequado classificá-los como sistemas de seguro privado.

## **2. Aspectos normativos**

Como ponto de partida, tem-se um sistema de saúde, em Portugal, baseado no Serviço Nacional de Saúde que é definido, pelo menos no plano normativo, como sendo universal, geral e tendencialmente gratuito. O acesso dos cidadãos abrangidos pelos denominados sistemas privados de saúde tem sido frequentemente discutido no plano normativo. Em particular, tem sido recorrente o questionar-se se os beneficiários desses

sistemas de assistência em caso de doença, ao acederem aos prestadores do Serviço Nacional de Saúde, deveriam dar origem a um pagamento do sistema de protecção ao Serviço Nacional de Saúde. Note-se que em momento algum ocorreu uma situação em que o acesso à prestação tenha sido negado, de uma forma sistemática e deliberada. A discussão centrou-se sempre na existência, ou não, de um pagamento correspondente à prestação de serviços feita.

Esta questão é distinta do problema do financiamento, nomeadamente de saber se estes sistemas de protecção são complementares ou substitutos do Serviço Nacional de Saúde. Essa discussão é obviamente importante, e encontra-se em Gouveia (1999), pelo que não será aqui repetida.

A clarificação normativa é, evidentemente, crucial pois caso ficasse estabelecido que os beneficiários destes sistemas privados de saúde teriam acesso à rede do Serviço Nacional de Saúde, sem que tal implicasse um pagamento correspondente, não haveria qualquer relação monetária entre os sistemas privados de saúde e o Serviço Nacional de Saúde.

Porém, mesmo nesse caso, alguns aspectos merecem ser discutidos, como a existência de referenciação directa para médicos especialistas do Serviço Nacional de Saúde a partir

dos serviços de assistência dos sistemas privados de saúde será aceitável, ou não? Como se descreve infra, a evolução mais previsível aponta para uma situação de transferência de responsabilidade financeira para os sistemas privados de saúde, pelo que apenas esse caso será considerado no remanescente desta discussão.

Mais interessante, neste momento, é a modificação recente no Estatuto do Serviço Nacional de Saúde (Decreto-Lei nº401/98, de 17 de Dezembro). Esta alteração consistiu em dar uma nova redacção ao Artigo 25º do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, em que no número 6 se estabelece:

“A responsabilidade por encargos relativos a prestações de saúde pode ser transferida para entidades públicas ou privadas mediante uma participação financeira a estabelecer em protocolo com o IGIF, nos termos e montantes a definir em Portaria do Ministério da Saúde”

e onde, no preâmbulo, se refere que

“O sistema [de saúde] não ficaria completo se não fosse instituído um mecanismo em que a responsabilidade do SNS é transferida para determinadas entidades, que por sua vez pagam as prestações de saúde de determinados grupos de pessoas aos prestadores de saúde, quer sejam públicos ou privados.”

Esta alteração vem permitir, pela primeira vez, e de uma forma relativamente clara, que possa ocorrer uma transferência de responsabilidades do Serviço Nacional de Saúde para outras organizações, nomeadamente os subsistemas. Esta alteração ao Serviço Nacional de Saúde tem importantes implicações em termos de financiamento, mas também para a questão em análise. Existindo uma transferência de responsabilidades do Serviço Nacional de Saúde para os subsistemas, enquanto “financiadores”/seguradores, então o acesso dos beneficiários à rede de prestação de cuidados médicos do SNS terá que ser, necessariamente, pago. Em termos gráficos, esta alteração leva de um sistema como representado pela Figura 1 para um sistema de saúde representado pela Figura 2.

Figura 1

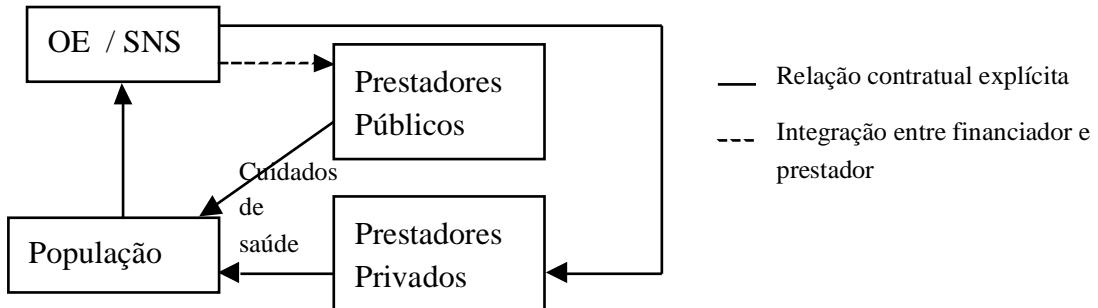
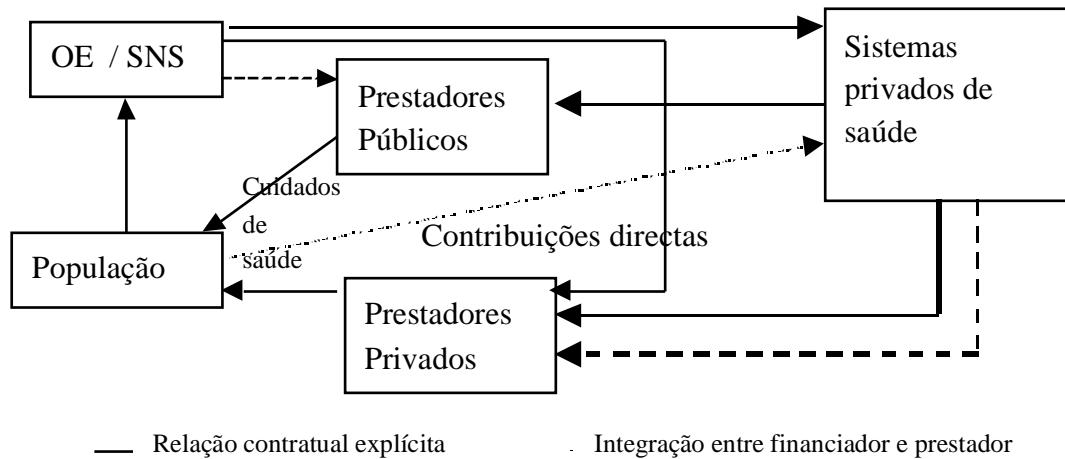


Figura 2



Há, pois, uma clara evolução no conjunto de desenhos do sistema de saúde que são reconhecidamente admissíveis. Esta expansão de possibilidades abre, por fim, espaço para uma evolução natural dos sistemas privados de saúde. Torna igualmente essencial a discussão de como os sistemas privados de saúde se articulam com o Serviço Nacional de Saúde, quer em termos de financiamento, quer em termos de prestação quer nas propriedades de equidade que o novo desenho organizativo possa implicar.

### 3. A forma de pagamento

O problema que surge imediatamente é a determinação da forma deste pagamento (como é feito? Que valor tem?). Num mundo perfeito, a resposta é extraordinariamente simples:

o sistema privado deve pagar o custo de tratamento do seu beneficiário, para cada episódio clínico em que ele recorra ao sistema prestador do Serviço Nacional de Saúde.

Contudo, os requisitos informacionais associados com este pagamento óptimo são formidáveis. Não só é necessário conhecer o custo de tratamento por episódio clínico, como é necessário que o contrato consiga definir o grau de qualidade e de eficiência técnica adequado, o que é virtualmente impossível de se verificar na prática. Mesmo este princípio simples, “pagar o custo”, não é isento de discussão. Deve ser o custo incremental de tratamento do episódio, ou alguma noção de custo médio? Ou outro conceito de custo será mais apropriado?

Na presença de uma forte componente de custos fixos, definidos como custos em que o sistema prestador incorre independentemente do seu nível de actividade (por exemplo, custo de aquisição de um equipamento), será que o pagamento realizado pelos subsistemas deve ou não incluir uma parcela destinada a cobrir esse custo?

Há, pois, vários problemas a serem resolvidos na relação entre os sistemas privados de saúde, enquanto pagadores, e o Serviço Nacional de Saúde, enquanto prestador.

Para o subsistema, enquanto pagador da utilização do Serviço Nacional de Saúde pelos seus beneficiários, a forma de pagamento mais atractiva é a definição de um pagamento prospectivo. Isto é, um pagamento cujo valor é definido antecipadamente, em lugar de se proceder ao reembolso dos custos tidos pelo prestador. As vantagens de um pagamento prospectivo encontram-se aqui associadas com a arbitrariedade deixada ao prestador no caso de um pagamento por reembolso. Alternativamente, o pagador teria que efectuar uma monitorização cuidada, necessariamente com custos muito elevados e de benefícios duvidosos. O efeito de incentivo à eficiência do prestador, dominante para pagadores muito significativos para o prestador, é menos importante no caso dos sistemas privados de saúde e sua relação com os prestadores do Serviço Nacional de Saúde.

O instrumento típico de pagamento prospectivo, restringindo neste momento e para efeitos de exposição ao caso hospitalar, é o Grupo de Diagnóstico Homogéneo (GDH). Ora, o próprio Serviço Nacional de Saúde utiliza os GDHs como instrumento de determinação do orçamento a atribuir aos hospitais (de uma forma parcial). Isto significa que o valor dos GDHs é conhecido, e poderá ser também usado como instrumento de pagamento nas relações entre o Serviço Nacional de Saúde e os sistemas privados de saúde. Aliás, esta possibilidade corresponde já hoje a uma realidade de actuação.

Há, porém, que ter em atenção factores adicionais. Em primeiro lugar, este instrumento é definido pelo Estado enquanto pagador; o mesmo Estado que actua como prestador face aos sistemas privados de saúde. Em segundo lugar, não é inteiramente claro que mesmo sendo os valores por GDH devidamente calculados, devam ser estes o ponto de referência para os pagamentos a serem realizados pelos sistemas privados de saúde. Estes dois factores são analisados de seguida.

#### 4. A noção de custos de referência

O estabelecimento do modo de pagamento dos sistemas privados de saúde ao SNS é susceptível de induzir diferentes formas de comportamento dos sistemas privados de saúde. Em particular, a teoria económica sugere que o pagamento a ser realizado pelos sistemas privados de saúde corresponda ao custo incremental da actividade por eles produzida. Esta regra implica que se consiga avaliar não só o custo total dos serviços prestados, mas também o custo total que ocorreria na ausência de actividade correspondente aos beneficiários dos sistemas privados de saúde. Este custo hipotético não é, em geral, de fácil cálculo. Apenas nos casos em que o custo de tratamento de um doente é constante e independente do nível de actividade do prestador será relativamente fácil estabelecer o pagamento baseado no custo incremental. Por exemplo,

é mais fácil estabelecer pagamentos baseados no custo incremental para Raios X ou análises clínicas do que para episódios de internamento.

Nos casos em que o custo incremental não é fácil de identificar, a utilização do custo médio surge como a opção natural. Se o custo médio for insensível ao nível de actividade desenvolvida, esta abordagem não introduz distorção de decisões. Porém, se o custo médio for crescente no nível de actividade desenvolvida pelo prestador, isto é, se existirem deseconomias de escala, então há dois efeitos adicionais a serem considerados. Por um lado, o prestador, ao providenciar cuidados médicos aos beneficiários dos sistemas privados de saúde, recebendo de acordo com o custo médio suporta uma parte do custo incremental causado pelo acesso dos beneficiários dos sistemas privados de saúde (que é distribuído por todos os doentes tratados por este prestador). Há, assim, parte do custo adicional que é repercutido sobre a restante actividade do prestador do Serviço Nacional de Saúde.

O segundo efeito é mais subtil, embora decorra do anterior. Devido ao efeito de repercussão mencionado, a própria generosidade da cobertura oferecida pelos sistemas privados de saúde sofre alteração. Em particular, haverá um aumento da cobertura

---

oferecida aos beneficiários dos sistemas privados de saúde, por comparação com a cobertura oferecida caso o valor do pagamento a efectuar fosse o custo incremental.<sup>2</sup>

A menor componente de co-pagamento por parte dos beneficiários leva a uma maior utilização, por parte destes, de cuidados médicos. Na presença de deseconomias de escala na actividade prestadora, no sentido de um aumento de actividade gerar um aumento mais do que proporcional dos custos de actividade, esse aumento de actividade gera um efeito externo sobre o nível de actividade devido aos restantes utilizadores, por o custo médio ser superior. Isto significa que o preço a ser pago deverá reflectir este efeito externo devendo exceder o custo médio.

Em geral, considere-se um factor de ajustamento  $\gamma$ , tal que o pagamento por unidade de produção seja:

$$P = CM(1 + \gamma)$$

Sendo  $CM$  o custo médio,  $P$  é o pagamento unitário a ser realizado, e  $\gamma$  é definido por (veja-se a derivação em anexo):

$$\gamma = (\alpha - 1)(1 - \beta)/(1 - \alpha + \beta)$$

---

<sup>2</sup> O argumento é desenvolvido formalmente em anexo.

em que  $\epsilon$  é a proporção de beneficiários do sistema privado de saúde na actividade do prestador, e  $\eta$  é o grau de economias de escala. O grau de economias de escala é definido aqui como a elasticidade dos custos face ao volume de actividade. Se a um determinado aumento percentual da actividade prestadora, os custos aumentarem mais do que proporcionalmente tem-se deseconomias de escala ( $\eta > 1$ ); se o aumento de custos for na mesma proporção tem-se rendimentos constantes à escala ( $\eta = 1$ ); finalmente, se o aumento de custos for menos que proporcional, tem-se economias de escala ( $\eta < 1$ ). Estes dois elementos podem ser obtidos da análise de elementos estatísticos passados. Sendo ambos  $\epsilon$  e  $\eta$  positivos, e  $\eta$  inferior à unidade, o factor de ajustamento  $\alpha$  será positivo se existirem deseconomias de escala e negativo se se estiver na presença de economias de escala.

Antes de passar à apresentação de um exemplo, note-se que o sistema de pagamento estabelecido de acordo com este princípio leva a que a sistemas privados de saúde com diferentes dimensões na actividade de um prestador (em termos de pressão de procura) estejam associados pagamentos diferentes.

Como ilustração deste aspecto, considere-se um sistema privado de saúde que corresponde a cerca de 5% da actividade de um determinado prestador hospitalar (ou seja,  $\epsilon = 0.05$ ). Suponha-se que o prestador em causa é um hospital de dimensão comparável com o Hospital de Leiria, por exemplo. Barros e Sena (1998) estimaram o grau de economias de escala para esta classe de hospitais em cerca de 1.3 para um indicador de actividade definido como "doentes saídos ajustados" (ou seja,  $\eta = 1.3$ ).

Calculando o factor de ajustamento:

$$\alpha = 28\%$$

Isto é, um sistema privado de saúde com dimensão de 5% face a um prestador com deseconomias de escala de 1.3 deverá ter um acréscimo de 28% relativamente ao custo médio por doente saído. Se não houver economias ou deseconomias de escala, o factor de ajustamento é zero. No caso simétrico de existência de economias de escala, o factor de ajustamento será negativo, significando que os sistemas privados de saúde devem beneficiar de um desconto face ao custo médio, como resultado da sua contribuição para a exploração de economias de escala por parte do prestador.

O outro factor crucial é a dimensão dos beneficiários do sistema privado de saúde na actividade total desenvolvida pelo prestador. Quanto maior for a sua proporção, menor é o efeito externo sobre o custo médio dos restantes doentes tratados pelo prestador, o que

leva a uma menor necessidade de ajustamento do pagamento. A título ilustrativo, o quadro seguinte apresenta o factor de ajustamento para diferentes valores da elasticidade de economias de escala ( ) e do peso relativo do sistema privado de saúde na actividade do prestador ( ).

Quadro 1.

/	<b>0,9</b>	<b>0,95</b>	<b>1</b>	<b>1,05</b>	<b>1,1</b>	<b>1,15</b>	<b>1,2</b>	<b>1,25</b>	<b>1,3</b>
<b>0,01</b>	-9,91%	-4,95%	0,00%	4,95%	9,89%	14,83%	19,76%	24,69%	29,61%
<b>0,02</b>	-9,82%	-4,90%	0,00%	4,90%	9,78%	14,66%	19,52%	24,38%	29,22%
<b>0,03</b>	-9,73%	-4,86%	0,00%	4,84%	9,67%	14,48%	19,28%	24,07%	28,84%
<b>0,04</b>	-9,64%	-4,81%	0,00%	4,79%	9,56%	14,31%	19,05%	23,76%	28,46%
<b>0,05</b>	-9,55%	-4,76%	0,00%	4,74%	9,45%	14,14%	18,81%	23,46%	28,08%
<b>0,06</b>	-9,46%	-4,71%	0,00%	4,69%	9,34%	13,97%	18,58%	23,15%	27,70%
<b>0,07</b>	-9,37%	-4,67%	0,00%	4,63%	9,24%	13,81%	18,34%	22,85%	27,33%
<b>0,08</b>	-9,27%	-4,62%	0,00%	4,58%	9,13%	13,64%	18,11%	22,55%	26,95%
<b>0,09</b>	-9,18%	-4,57%	0,00%	4,53%	9,02%	13,47%	17,88%	22,25%	26,58%
<b>0,1</b>	-9,09%	-4,52%	0,00%	4,48%	8,91%	13,30%	17,65%	21,95%	26,21%
<b>0,11</b>	-9,00%	-4,47%	0,00%	4,43%	8,80%	13,13%	17,42%	21,65%	25,85%
<b>0,12</b>	-8,91%	-4,43%	0,00%	4,37%	8,70%	12,97%	17,19%	21,36%	25,48%
<b>0,13</b>	-8,81%	-4,38%	0,00%	4,32%	8,59%	12,80%	16,96%	21,07%	25,12%
<b>0,14</b>	-8,72%	-4,33%	0,00%	4,27%	8,48%	12,63%	16,73%	20,77%	24,76%
<b>0,15</b>	-8,63%	-4,28%	0,00%	4,22%	8,37%	12,47%	16,50%	20,48%	24,40%

Note-se que quanto maior for a importância do pagador para o prestador, menor será o factor de ajustamento em valor absoluto. Este resultado pode ser visto como estranho no seguinte aspecto. Impor um aumento menor aos pagadores de maior dimensão poderá ser natural, estando a visão corrente associada à ideia de maior poder negocial. Só que essa ideia de poder negocial não é compatível com o resultado de dar um desconto menor aos pagadores com maior significado, quando existem economias de escala. O mecanismo económico a operar aqui não é o poder negocial de um pagador de maior dimensão. É o

facto de um pagador que seja responsável por um volume maior de actividade de determinado prestador criar uma externalidade menor (já que a actividade relativa do prestador pela qual ele não é responsável é menor), levando a um menor factor de ajustamento.

Este argumento implica que as diferenças de cobertura entre os sistemas privados de saúde e o Serviço Nacional de Saúde (bem como as diferenças existentes entre os diversos sistemas privados de saúde) são relevantes para a determinação do valor de referência para o pagamento a ser especificado em contrato.

Na presença de custos marginais, e médios, crescentes uma maior cobertura (menor pagamento) oferecido pelos sistemas privados de saúde aos seus beneficiários gera uma maior utilização global de recursos (maior actividade), se a procura de cuidados de saúde por parte dos beneficiários for sensível à sua comparticipação financeira no momento de consumo (risco moral). Essa maior actividade, se der origem a custos médios superiores, implica que um pagamento igual ao custo médio realizado não concretiza um resarcir total dos custos de se tratar um beneficiários dos sistemas privados de saúde. Consequentemente, nos casos em que existe um problema de risco moral na decisão dos beneficiários dos subsistemas, a intuição parece indicar que os sistemas privados de

saúde mais generosos (que ofereçam uma maior comparticipação nas despesas de saúde) devem também ter associado um factor de ajustamento maior em valor absoluto (positivo se o prestador tiver deseconomias de escala, negativo se ainda estiver a explorar economias de escala). Obviamente, se a procura de cuidados de saúde for independente da comparticipação financeira exigida ao beneficiário no momento de consumo, então este motivo adicional para a presença de um factor de ajustamento desaparece. A este respeito, constata-se que o ajustamento a efectuar é exactamente o mesmo que é exigido para se ter como efeito marginal sobre o pagamento aos prestadores o valor do custo incremental provocado pela maior actividade.<sup>3</sup>

Por outro lado, desviando para serviços próprios os casos de menor gravidade, e pagando unicamente de acordo com os custos médios, os sistemas privados de saúde podem repercutir de forma indirecta custos sobre os prestadores do Serviço Nacional de Saúde. Este não é um problema que possa ser resolvido pela especificação de uma captação adequada, na componente de financiamento, uma vez que ocorre na relação de prestação. O elemento de subsidação cruzada decorre de o custo médio no conjunto de doentes tratados pelo prestador que não dependem do pagador particular que se está a considerar

---

<sup>3</sup> Tal resulta de todos os efeitos de risco moral operarem através do lado dos custos, pelo que um alinhamento do pagamento unitário com o custo marginal é suficiente para induzir a correcta tomada de

ser menor que o custo médio dos casos que o sistema privado de saúde decide remeter ao prestador do Serviço Nacional de Saúde.

### 5. Relação centralizada versus relação descentralizada

Na relação dos sistemas privados de saúde com os prestadores públicos colocam-se as questões da forma de pagamento, já aflorada, e de quem determina esse pagamento. Neste último caso, é interessante discutir se há vantagens em ter um preço de acesso determinado centralizadamente ou se cada prestador deverá ter a liberdade de estabelecer acordos com os diferentes sistemas privados de saúde.

A relação de prestação é passível de ser definida de uma forma centralizada ou descentralizada. Numa relação centralizada, as regras de acesso dos beneficiários dos sistemas privados de saúde aos prestadores do SNS são determinadas por um organismo do SNS e válidas para todos os seus prestadores. Optando-se por uma relação descentralizada, cada prestador tem capacidade para negociar com o sistema privado de saúde, permitindo, por exemplo, uma relação em que cada hospital negoceia um desconto sobre o valor GDH com um sistema privado de saúde.

---

decisão.

A opção por uma solução centralizada tem vantagens para o Serviço Nacional de Saúde, nomeadamente a existência de menores custos de transacção na elaboração dos contratos e maior capacidade de negociação. Estes custos de transacção, associados com a elaboração de múltiplos contratos, serão tanto maiores quanto mais unidades prestadoras do Serviço Nacional de Saúde possuirem essa autonomia e quanto maior for o número de sistemas privados de saúde.

Em termos de vantagens de poder de negociação, há a possibilidade de a fixação do valor para os GDHs ser diferente da que ocorreria caso não existisse a relação com os sistemas privados de saúde. Tem, por outro lado, a desvantagem de não permitir uma concorrência entre unidades prestadoras, que exercendo pressão para uma sua maior eficiência, beneficiaria todo o sistema.

Os sistemas privados de saúde, por seu lado, têm maior vantagem numa solução de negociação descentralizada, em termos de obtenção de melhores condições de prestação (se tiverem a capacidade de impor alguma concorrência entre prestadores). Por outro lado, defrontam a desvantagem de custos de transacção mais elevados.

A opção por uma solução ou por outra não é totalmente clara, dependendo crucialmente da avaliação que seja realizada quanto à magnitude dos custos de transacção envolvidos. De qualquer forma, para os tipos de cuidados que os sistemas privados de saúde tenham capacidade de providenciar directamente, existe um limiar mínimo de eficiência (entendido aqui como relação qualidade-custo) a ser preenchido pelos prestadores públicos.

## 6. Substitutos ou complementares?

A relação dos sistemas privados de saúde com os prestadores do SNS dependerá igualmente da estratégia que os primeiros venham a adoptar, em termos de se assumirem como complementares ou substitutos do Serviço Nacional de Saúde.

Sem pretender entrar na discussão relativa à relação sistemas privados e o Serviço Nacional de Saúde, na sua componente de financiamento, há que reconhecer que uma perspectiva de substituição, ou alternativa, ao Serviço Nacional de Saúde, coloca maior pressão sobre os sistemas privados de saúde na organização do sistema de prestação que colocam à disposição dos seus beneficiários.

De um ponto de vista global, os sistemas privados de saúde tenderão a procurar sistemas incentivadores de maior eficiência (e maior equidade) se forem encarados como substitutos da função de pagamento do Serviço Nacional de Saúde.

## 7. Conclusão

A importância da relação dos sistemas privados de saúde com o Serviço Nacional de Saúde vai para além da definição de se deve (ou não) existir um pagamento ao sistema prestador do Serviço Nacional de Saúde sempre que um beneficiário de um subsistema beneficie da rede de prestadores do SNS.

Em particular, argumentou-se que apenas as condicionantes tecnológicas são suficientes para que seja adequada a introdução de um factor de ajustamento relativamente ao valor de custo médio (que é normalmente um ponto de referência para o estabelecimento de preços unitários).

Vários elementos que podem conduzir a um factor de ajustamento não nulo foram identificados e discutidos: importância relativa do pagador na actividade do prestador,

grau de economias de escala do prestador, risco moral dos beneficiários do sistema privado de saúde e/ou selecção de casos por parte do pagador.

A combinação de circunstâncias possíveis cria a necessidade de se obter um balanço entre uma relação de pagamento com propriedades económicas interessantes e evitar custos de transacção excessivos. Mais do que definir "o" sistema de pagamento que deve ser usado na relação entre os sistemas privados de saúde (enquanto pagadores) e o Serviço Nacional de Saúde (como prestador), espera-se ter enunciado princípios fundamentais que se venham a revelar úteis na concretização dessa relação.

## **Referências bibliográficas**

Barros, Pedro Pita e Catarina Sena, 1998, "Quanto maior melhor? Redimensionamento e economias de escala em três hospitais portugueses" , submetido para publicação à Revista Portuguesa de Saúde Pública.

Gouveia, Miguel, 1999, Sistemas Privados de Saúde – Que relação com o SNS? (no financiamento), trabalho apresentado na conferência "O papel dos sistemas privados de saúde num sistema em mudança", Lisboa, Fevereiro.

---

## ANEXO

No presente anexo, formaliza-se o argumento apresentado no texto principal e que justifica a introdução do factor de ajustamento  $\alpha$ . Seja  $C(q)$  os custos de uma unidade prestadora de cuidados de saúde (pertencente ao SNS), em que  $q$  é a sua actividade total. A actividade total resulta da actividade para o Serviço Nacional de Saúde,  $x$ , e para um sistema privado de saúde,  $y$ ,  $q = x + y$ .

Admita-se que o pagamento é feito de acordo com o custo médio:

$$y \cdot C(x+y)/(x+y)$$

Se o sistema privado de saúde aumentar, na margem, o número de doentes enviados para o prestador, o efeito sobre os custos totais é  $\alpha C/q$  ( $= C'$ , por definição). Porém, o efeito sobre o pagamento que realiza é:

$$C/(x+y) + \alpha C/(x+y) = x/(y+x), \quad = C' q/C$$

Ou seja, paga o custo médio, mais uma fracção da variação do custo devida à presença de (des)economias de escala. Apenas quando  $\alpha = 1$  (rendimentos constantes à escala) se tem a igualdade entre o pagamento realizado e o custo incremental gerado. Considerando que

---

o valor do custo médio é afectado de um coeficiente de ajustamento, tal que o pagamento é:

$$(I + \gamma) y C(x+y)/(x+y)$$

Coloca-se a questão de saber qual o valor adequado de  $\gamma$ . Para se ter uma situação que replique os efeitos óptimos do ponto de vista social, a sensibilidade do pagamento a ser realizado tem que igualar o custo marginal. Tal implica que:

$$(I + \gamma)(C/(x+y) + \gamma(-I) C/(x+y)) = C'$$

Rearranjando, apropriadamente

$$\gamma = (-I)(I + \gamma)/(I - \gamma + I)$$

Tome-se agora o caso em que o grau de cobertura oferecido pelos sistemas privados de saúde é determinado endogenamente (tomando a cobertura, e a procura, do SNS como exógena). Formalmente,  $y = y(s)$ , em que  $s$  designa o grau de cobertura e admite-se que maior cobertura origina maior utilização (em rigor, basta exigir que não leva a menor utilização de cuidados de saúde).

Seja  $B(y)$  a função benefício dos cuidados de saúde prestados aos beneficiários dos sistemas privados de saúde. De um ponto de vista social, a cobertura óptima a ser dada resolve:

$$\text{Max}_s W = B(y(s)) - C(x+y(s))$$

---

Sendo o valor óptimo de  $s$  determinado (numa solução interior) por

$$B' = C'$$

Tome-se agora o problema do sistema privado de saúde:

$$\text{Max}_s W = B(y(s)) - P$$

Se  $P$  for determinado de acordo com a regra de custo incremental,

$$P = C(x+y) - C(x)$$

Então a escolha óptima do grau de cobertura por parte do sistema privado de saúde é dada

pela solução de

$$B' = C'$$

Ou seja, obtém-se a solução socialmente correcta. Sendo o pagamento realizado de

acordo com o custo médio:

$$P = y C(x+y)/(x+y)$$

É fácil verificar que a escolha óptima de  $s$  vai diferir da socialmente óptima. Em

particular vais ser superior. Porém, com

$$P = (1 + \gamma) y C(x+y)/(x+y)$$

Sendo  $\gamma$  definido da forma anteriormente indicada, retoma-se a escolha socialmente

óptima do nível de cobertura oferecida pelos sistemas privados de saúde.