

Estado-Providência. Perspectivas e financiamento.

O caso da saúde*

A. Correia de Campos**

Resumo: O Estado-Providência e o financiamento da Saúde em Portugal é o ponto de partida para análise das características do sistema de saúde - nos seus diversos subsistemas públicos e privados -, da sua evolução nos últimos anos bem como a distribuição, pelos diferentes grupos sociais, dos cuidados de saúde disponibilizados pelo Estado. Com base nessa realidade, o texto trata ainda das perspectivas futuras dos possíveis modelos de articulação entre o Estado-Providência e os sistemas de saúde em Portugal.

1. Um Estado-Providência incipiente

O Estado-Providência português é incipiente. Bruto da Costa analisou a despesa social pública em Portugal entre 1960 e 1983 para nos demonstrar que o seu peso relativo no PIB era, em 1981, o mais baixo da Europa Comunitária, a seguir à Grécia (Quadro 1)¹.

Dos escassos 20.7% do PIB orientados para a despesa social pública, sem excluirmos os juros da dívida pública, as pensões absorviam 36%, a educação 25.9%, a saúde 21.8% e a rubrica remanescente "outras" absorvia 16.3% em 1983. A importância relativa da saúde nem sempre terá sido constante, oscilando entre 16% em 1960 até ao máximo de 23.7% em 1975.

Todos esperamos que a dimensão do Estado-Providência acompanhe o produto de cada país. O que nem sempre nos lembramos é que ela acompanha, porventura mais de perto, a distribuição do rendimento. O Quadro 2, embora com informação já antiga, demonstra que também em Portugal a distribuição do rendimento estava longe de ser a mais justa: 20% da população dispunha

* Comunicação apresentada no 1º Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais (Coimbra, 2 a 5 de Julho, 1990), organizado pelo Centro de Estudos Sociais (C.E.S.), Faculdade de Economia, Universidade de Coimbra. O conselho de Redacção agradece ao C.E.S. a disponibilidade manifestada para a publicação deste artigo na revista *Sociologia - Problemas e Práticas*.

** Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa.

em 1973-74 de metade do rendimento nacional e os 10% mais ricos detinham praticamente um terço da riqueza².

Quadro 1 Despesa social em percentagem do PIB, alguns países da C.E.E. 1960--1981

Países	Despesa Social-% do PIB	
	1960	1981
França (b)	13.4	29.5
Alemanha	20.5	31.5
Itália	16.8	29.1
Reino Unido	13.9	23.7
Bélgica	17.4	37.6 (c)
Dinamarca		33.3 (d)
Grécia	8.5	13.4 (c)
Irlanda	11.7	28.4
Holanda	16.2	36.1
Portugal	6.2	20.7
Média CEE - 10(a)	14.8	29.2

(a) Média não-ponderada; (b) Sem educação; (c) 1980; (d) 1979

Fonte Bruto da Costa, "A despesa social pública em Portugal", 1960-1983, *Planeamento*, vol. 8, nº 1, 2, 3, Dez. 1986, (1-266)

Quadro 2 Percentagem de rendimento das famílias, por fracções de rendimento, em alguns países da C.E.E.

Países	Quintil +pobre	2º	3º	4º	Quintil +rico	Decil +rico	Ano
Portugal	5.2	10.0	14.4	21.3	49.1	33.4	1973-74
Espanha	6.9	12.5	17.3	23.2	40.0	24.5	1980-81
Irlanda	7.2	13.1	16.6	23.7	39.4	25.1	1973
Itália	6.2	11.3	15.9	22.7	43.9	28.1	1977
Reino Unido	7.0	11.5	17.0	24.8	9.7	23.4	1979
Bélgica	7.9	13.7	18.6	23.8	36.0	21.5	1978-79
França	5.5	11.5	17.1	23.7	42.2	26.4	1975
Alemanha	7.9	12.5	17.7	23.1	39.5	24.0	1978
Dinamarca	5.4	12.0	18.4	25.6	38.6	22.3	1981

Fonte Banco Mundial, *Relatório sobre o Desenvolvimento no Mundo*, 1989

A recente preocupação da Comunidade Europeia pela pobreza lançou a luz sobre a nossa situação nesse campo, a qual está também longe de ser lisongeira (Figura 1)

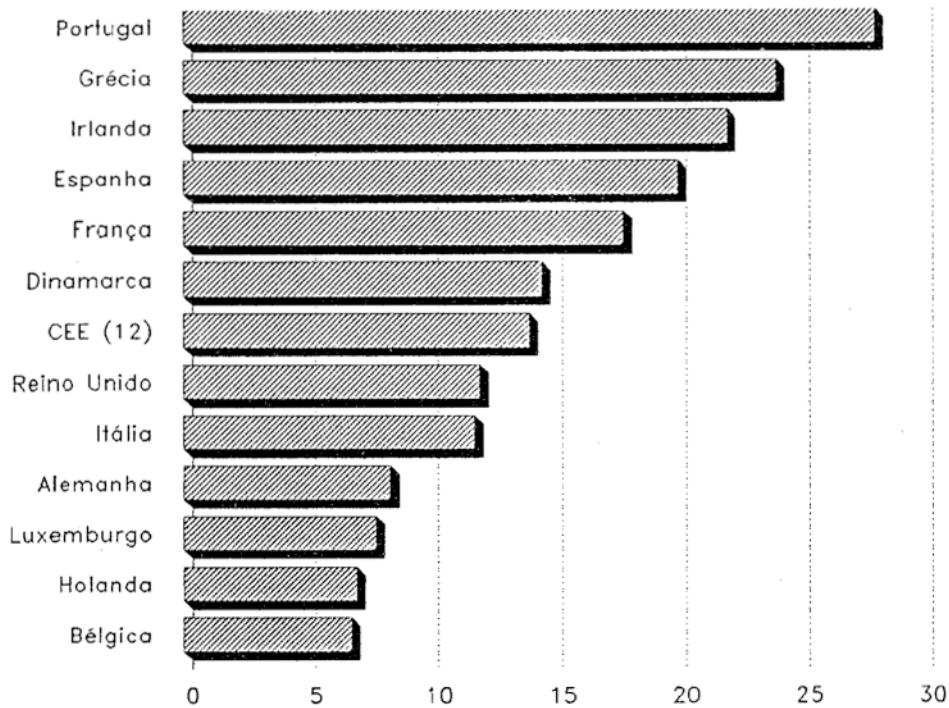


Figura 1 Percentagem de pobres nos países da CEE (1985)

Fonte O'Higgins e Jenkins (1988)

Portugal tem 28% dos seus habitantes abaixo do limiar de pobreza, definido como 50% do rendimento médio disponível do respectivo país³.

Que efeitos terá esta situação de base no sistema de saúde? Qual a importância que em Portugal e o Estado e a sociedade atribuem à saúde, medida em percentagem de gastos no PIB?

O Quadro 3 apresenta a última informação disponível, segundo o sistema de informação montado pela OCDE⁴. Portugal dispndia, em 1987, 6.4% do PIB para gastos com a saúde, tanto públicos como privados. Paradoxalmente aparece à frente da Espanha e do Reino Unido nesse valor global, mas em termos de gastos públicos a posição portuguesa é a última da Europa Comunitária, uns escassos 3.9%. Este valor confirma as conclusões do estudo de Bruto da Costa, apesar de cinco anos passados sobre a data dos dados que este utilizou.

Quadro 3 Gastos totais e importância dos gastos públicos, em saúde, países da CEE e média OCDE (1987)

Países	Gastos totais	Gastos públicos	% Público no total
Bélgica	7.2	5.5	76.4
Dinamarca	6.0	5.2	86.7
França	8.6	6.7	77.9
Alemanha	8.2	6.3	76.8
Grécia	5.3	4.0	75.5
Irlanda	7.4	6.4	86.5
Itália	6.9	5.4	78.3
Luxemburgo	7.5	6.9	92.0
Países Baixos	8.5	6.6	77.6
Portugal	6.4	3.9	60.9
Espanha	6.0	4.3	71.7
Reino Unido	6.1	5.3	86.9
O.C.D.E., Média	7.3	5.6	76.7

Fonte "Health Care Financing Review," *Annual Supplement*, 1989

Quando analisamos a variação geográfica europeia no sentido Norte-Sul, Quadro 4, verificamos que as diversas dimensões do Estado-Providência terão provavelmente a ver com o nível de desenvolvimento de cada país, mas também com a história do próprio *Welfare State*. Em matéria de saúde, pelo menos, poder-se-á dizer que os países do Sul acordaram tarde para os sistemas de tipo universal. Todos implementaram modelos do tipo SNS no final dos anos oitenta, na ressaca das duas crises do petróleo. Os países do Norte criaram sistemas de tipo universal logo no pós-guerra quando as economias europeias estavam em franco crescimento⁵⁻⁶.

Quadro 4 Gastos em saúde e financiamento público-privado em alguns países europeus

	População (milhões)	Gastos per capita/saude (US \$ 1982)	Gastos em saude PIB (%)	Financiam. público da Saúde (%)
4 países Sul(a)	113.7	484	6.5	79.0
4 países Norte(b)	22.3	916	7.8	88.4
Reino Unido	56.3	539	5.9	88.1
França	54.2	996	9.3	71.0

(a) Portugal, Espanha, Grécia, Itália; (b) Dinamarca, Finlândia, Noruega e Suécia

Fonte OCDE, 1985

Todavia, permanece difícil de explicar a diferença entre o Reino Unido e a França. Países de população idêntica, de riqueza não muito dissemelhante, votando à saúde volumes de produção completamente diferentes.

O primeiro com um sistema de tipo universal de natureza inteiramente pública, demonstra que não é possível deixar expandir o estereótipo de que os sistemas SNS são forçosamente gastadores.

O segundo país, dotado de um sistema de saúde de qualidade pelo menos semelhante ao anterior, dispende quantias bem maiores e solicita dos cidadãos quase 30% do que gasta em saúde.

Esta introdução, com as comparações internacionais em que se baseia, deixa-nos perante algumas interrogações:

- Pode um pequeno país periférico ter "direito" a um Estado-Providência ou terá que se resignar a esperar pelos frutos do crescimento económico?
- Se os recursos não chegarem para todos, será aconselhável praticar discriminação positiva, favorecendo prioritariamente os mais carenciados, mesmo correndo o risco de os estigmatizar?
- Como compatibilizar o Estado-Providência, de financiamento público, com a malha de prestadores de cuidados, em parte pública e em parte privada? Existirá uma combinação óptima desses recursos, um "mix" ideal?

2. O Estado-Providência português na saúde

Começemos por analisar a situação actual. Vejamos sucessivamente qual a cobertura da população pelo SNS, quem presta os cuidados e depois quem paga.

De acordo com as Figuras 2 e 3, haverá em Portugal quase 2.5 milhões de portugueses que não recorrem habitualmente ao SNS⁷. Dizemos apenas habitualmente porque em muitas circunstâncias o SNS acaba por constituir um "guarda-chuva" universal como no caso dos medicamentos, das situações catastróficas e dos cuidados prestados no estrangeiro.

Dos 26% de portugueses que utilizam subsistemas ou o sector privado, a maior parte deles é constituída pelos beneficiários da ADSE, cerca de um milhão e meio. Apesar da publicidade e das permanentes expectativas de crescimento, as seguradoras privadas não cobrem mais de 150 mil beneficiários. Os restantes pequenos esquemas de cobertura distribuem-se por empresas públicas e grupos profissionais do sector terciário, como os trabalhadores da banca e dos seguros.

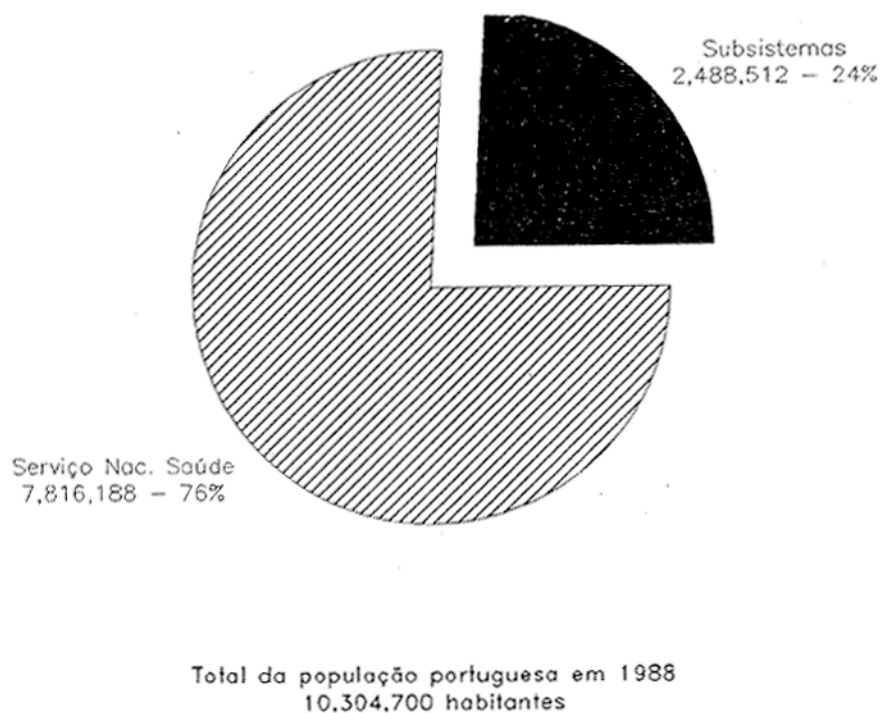


Figura 2 Ambito da cobertura pessoal (Peso dos subsistemas em 1988)

Fonte Fleixinho, J.C.. *Subsistemas de Saúde em Portugal-Estudo, Caracterização e Perspectivas da Evolução Futura*. Lisboa, Dissertação para a E.N.S.P. (em publicação)

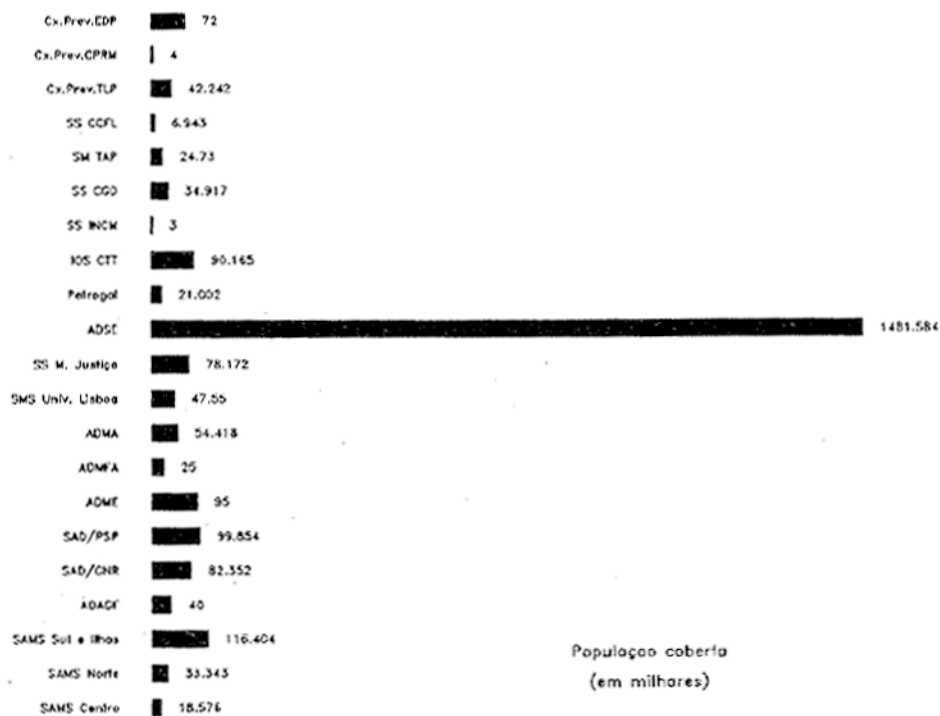


Figura 3 População coberta por subsistemas (Ano 1988)

Quanto à natureza do prestador, público ou privado, os dados do Inquérito Nacional de Saúde em 1987 dão-nos um quadro relativamente fiel da situação. Segundo o Quadro 5, se a parte mais importante das hospitalizações é prestada por hospitais públicos, cerca de 73%, já nas consultas e nos meios de diagnóstico se passa o inverso⁸.

Quadro 5 Utilização de cuidados de saúde por sectores em Portugal, 1987

Natureza do acto	SNS	Privado	Outro
Consultas	67.0	26.7	6.3
Consultas de clínica geral	76.5	17.8	5.7
Consultas de cuidados dentários	15.5	77.1	7.4
Consultas de especialidade	47.8	44.1	8.1
Consultas de plan. familiar	61.7	33.9	4.4
Consultas pré-natais	61.9	35.0	3.2
Partos	87.6	7.4	5.0
Exames radiográficos	47.5	44.2	8.2
Exames laboratoriais	29.5	66.4	4.1
Internamentos	72.8	22.2	5.0

Fonte INS, 1987

67% das consultas são públicas, mas só 48% dos exames radiológicos e 30% dos exames laboratoriais são prestados em serviços oficiais. E dentro das consultas, se as de clínica geral são 77% prestadas pelo SNS, só 48% das de especialidades e 16% das de cuidados dentários estão a cargo de prestadores públicos.

No que respeita ao financiamento ou origem dos recursos para cubrir os encargos com a saúde, o Quadro 6 revela-nos a importância da contribuição do sector privado, constituído pelas famílias e empresas⁹.

Quadro 6 Financiamento público/privado dos gastos totais em saúde Portugal, 1975-1987(%)

Anos	Público	Privado
1975	59.4	40.6
1980	71.2	28.8
1985	57.1	42.9
1987	60.9	39.1

Fonte "Health Care Financing Review", *Annual Supplement*, 1989

Em 1987, quase 40% dos gastos totais em saúde eram financiados por particulares, mas essa percentagem não parece ser fixa. Teria chegado a 43% em 1985, seria de 41% em 1975, baixando para 29% apenas, em 1980. São ainda difíceis de explicar estas flutuações, mas é provável que tenham a ver com as

variações dos grandes indicadores da contabilidade nacional. Independentemente dos valores encontrados, verificamos, se regressarmos ao Quadro 3, que Portugal é, na Europa comunitária, o país que em mais alta percentagem faz os cidadãos contribuir para os encargos de saúde.

O Quadro 7, elaborado com dados do Inquérito Nacional de Saúde (INS), relativos a 1987, descreve a estrutura dos gastos das famílias em saúde. A maior percentagem, 54% destina-se a medicamentos, seguida de consultas (18%), de óculos e lentes (9%), e de apenas 4% destinados a despesas de internamento¹⁰.

Quadro 7 Gastos privados em saúde não-reembolsados, últimas duas semanas antes do INS, 1987 (em Esc.)

	A. M. Lisboa		Continente	
	Gastos	Estrutura	Gastos	Estrutura
Consultas	158	22.3	109	17.8
Internamento	14	2.0	27	4.4
Análises	26	3.7	19	3.1
Radiografias	19	2.7	17	2.8
Medicamentos	349	49.2	330	53.7
Óculos/lentes	96	13.5	56	9.1
Outras despesas	47	6.6	56	9.1
Total ilíquido	709	100.0	614	100.0
Subsídios	24		16	
Transportes	35		41	

Fonte INS, 1987

Da parte dos gastos de financiamento público (SNS), uma fatia importante corresponde a bens ou serviços adquiridos ao sector privado, designando-se por transferências (Quadro 8).

Quadro 8 Transferências para o sector privado, no total dos gastos públicos em saúde (%)

	1974	1984
Total das transf. para o S.Privado	29.8	33.8
Medicam. e outros bens médicos	19.1	21.0 (a)
M.C.D.T.	6.3	8.2

(a) 1983

Fonte GAPS 70-84, DGFSS

A sua importância relativa aumentou, em dez anos, de 30% para 34%, causada em partes iguais pelo acréscimo de encargos com medicamentos e com meios complementares de diagnóstico pagos a prestadores convencionados. Os dados mais recentes indicam que a importância das transferências continua a aumentar, situando-se em 1987 em cerca de 36% do total da dotação do SNS¹¹.

Em conclusão, o nosso sistema público de saúde, para além do alcance limitado que revela em termos financeiros, está a ser lentamente privatizado em termos de entidades prestadoras.

É importante olharmos o passado recente do sistema de saúde para ajuizarmos das suas tendências de evolução. O Quadro 9 mostra-nos o acréscimo da produção de actos no sistema público, registado pelo INE¹².

Quadro 9 Alguns serviços prestados pelo sistema público de saúde, em Portugal, 1970-1981

Natureza do acto	1970	1981
Consultas (por 100 habitantes)	219.3	284.9
Radiograficas (por 100 consultas)	6.5	11.1
Análises (por 100 consultas)	18.6	56.3
Medicamentos (por consulta)	1.1	2.6
Internamentos (por 100.000 hab)	6.089.0	7.439.0
Urgências (por 100 habitantes)	10.7	50.8
Consultas externas	31.4	43.4
Partos nos HH (% do total)	37.4	75.5
Óbitos nos HH (% do total)	18.4	31.8

Fonte INE, Estatísticas da Saúde

Apesar de se saber que baixou o número de camas hospitalares, aumentou a eficiência das existentes no internamento, no período entre 1970 e 1981. Todos os indicadores, tanto em hospitalização como em ambulatório, cresceram significativamente. Os saltos maiores deram-se na utilização das urgências e no recurso à tecnologia dos exames laboratoriais. Mas também outros indicadores, como os partos em hospitais e os próprios óbitos aí ocorridos revelam importantes subidas. O sistema de saúde não é mais uma realidade estranha aos portugueses, mas algo que ao longo da vida se habituaram a frequentar. A eficiência dos hospitais registou ganhos importantes que o Quadro 10 revela.

A ocupação média dos hospitais, tanto centrais como distritais, baixou para níveis de maior conforto e segurança e à custa da redução das demoras médias de hospitalização, o número de doentes saídos (ou tratados) aumentou em mais de 30% nos estabelecimentos centrais e de 90% nos distritais¹³.

Será interessante verificar-se, neste período de dez anos em que se deu clara prioridade ao sector público, se teriam atenuado as desigualdades entre os valores extremos distritais. A figura 4 representa a evolução verificada em quatro indicadores de mortalidade. A diferença entre valores extremos encontrados em distritos baixou 45% na mortalidade infantil, 13% na neonatal, 52% na perinatal e quase 70% na pós-neonatal, de todas a que se sabe ser mais sensível às melhorias do nível geral de vida¹⁴.

Quadro 10 Evolução da eficiência dos hospitais públicos em Portugal, 1970-1981

	1970	1981
Ocupação média(%)		
HH centrais	94.8	83.8
HH distritais	78.0	72.0
Demora Média (dias)		
HH centrais	21.8	17.1
HH distritais	13.5	11.6
Doentes saídos (ano)		
HH centrais	158.461	224.786
HH distritais	109.406	208.646

Fonte DGFSS

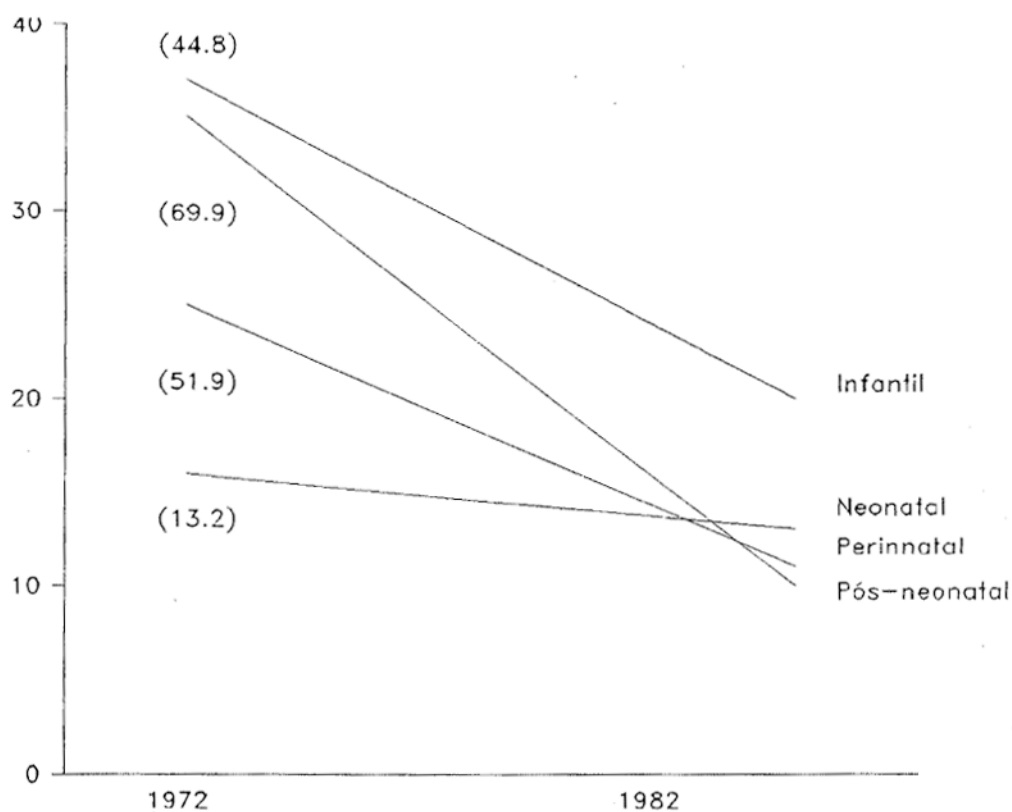


Figura 4 Diferenças entre valores extremos de indicadores de saúde, declínio no período 72-82. (Percentagens de declínio, entre parêntesis)

Fonte Pereira et al., 1987

É interessante confrontar estes valores com os da produção dos serviços para identificar possíveis associações. A Figura 5 compara as quatro causas de morte referidas, acrescidas da mortalidade geral padronizada, com alguns indicadores de utilização.

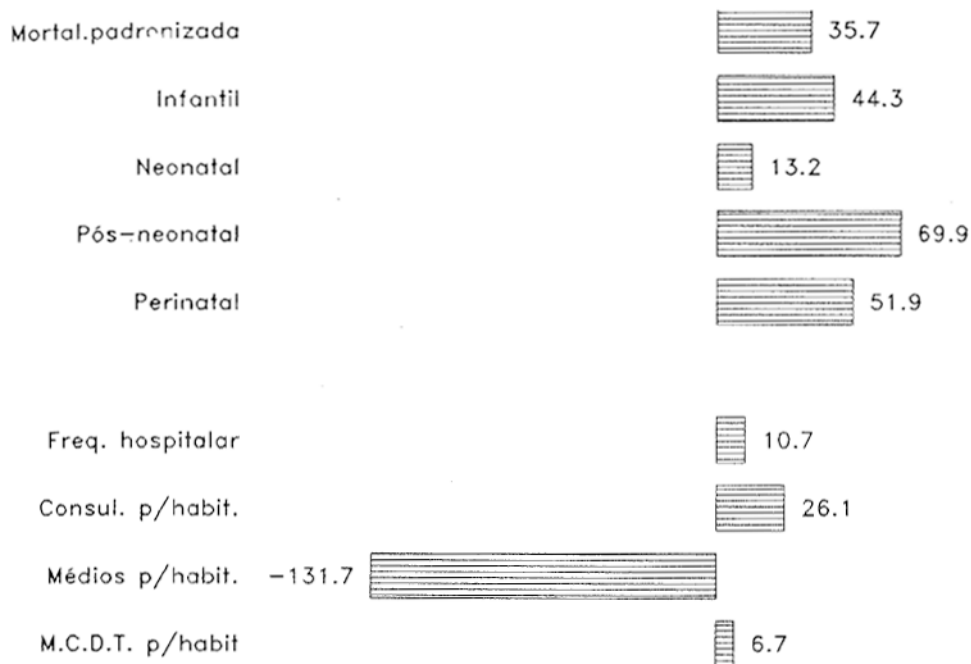


Figura 5 Declínio no período 72-82, das diferenças entre valores extremos de indicadores de saúde, de utilização e socio-económicos

Fonte Pereira *et al.*, 1987

As consultas por habitante são a única actividade onde se verificou uma visível equalização, regredindo 26% a diferença entre distritos com valores extremos. A frequência hospitalar equaliza-se em 11% e a utilização de meios de diagnóstico em escassos 7%. A distribuição de médicos pelo território, como já vem sendo conhecido, não se equalizou com os restantes valores, antes agravou as assimetrias. Todavia, os distritos mais desfavorecidos terão passado a dispor, ao longo do período, de profissionais de saúde necessários para o atendimento mínimo da população em cuidados primários, o que explica a melhoria das assimetrias nas consultas¹⁵.

Para concluir esta descrição do Estado-Providência na saúde em Portugal, importará conhecer como é que as diferentes classes sociais utilizam os cuidados de saúde disponibilizados pelo Estado. Por outras palavras, analisando a incidência dos benefícios ao longo do tecido social, estaremos a confirmar ou a negar o carácter distributivo deste sistema público de saúde. O Quadro 11, retirado de um trabalho de Gouveia Pinto¹⁶, embora com limitações metodológicas, apresenta-nos um panorama controverso.

Quadro 11 Incidência económica de benefícios nos cuidados prestados pelo SNS, por grupo socio-económico 1985

Grupo socio-económico	Nº na amostra	Benef.médios estom. p/adulto/equival.	Índice de incidência
V (o mais baixo)	383	53.1	159
IV	2.174	28.9	86
III	724	19.6	59
II	277	37.4	112
I (o mais alto)	11	36.4	109
TOTAL/MÉDIA	4.069	33.4	100

Fonte Gouveia Pinto, 1987

Como se admitia, é o grupo socio-económico de menores rendimentos que revela mais alta incidência de benefícios, medidos em termos monetários; mas quando seria normal esperar um gradiente regressivo em função do crescente nível socio-económico, verifica-se ser o segundo grupo de mais elevado nível a obter o segundo mais elevado valor de incidência, seguido do grupo mais afluyente, situando-se o grupo intermédio no nível mais reduzido de benefícios. Estas conclusões, algo preocupantes para a análise da esperada equidade do sistema de saúde, além das questões de método que suscitam (p ex. o reduzido tamanho da amostra do GSE I e a não padronização por idades), carecem de confirmação com novos dados fora da área metropolitana de Lisboa, onde os estudos se circunscreveram. João Pereira tentou uma outra técnica, mais agregada, analisando o efeito redistributivo do SNS (Quadro 12)¹⁷, através da incidência do financiamento.

Quadro 12: Distribuição dos gastos em saúde, em Portugal, por classe sócio-profissional, 1980-81

Decis. Rendim.	Prop. Rendim. Bruto	Prop. impost direct	Prop. impost indi-rectos	Prop. contrib. P/Seg. Social	Prop. gastos direct p/saúde	Média ponder. financ. p/saúde	Prop. rendim. liqui. gastos/ /saude
+Baixo	1.8	0.3	2.5	0.02	5.8	3.4	1.7
2º	3.4	0.8	4.4	0.1	9.0	5.4	3.3
3º	4.9	2.1	5.4	0.7	8.4	5.7	4.8
4º	6.3	4.3	6.9	2.7	8.1	6.6	6.3
5º	7.6	6.5	8.2	3.9	8.3	7.5	7.7
6º	9.1	8.7	9.4	6.2	9.6	9.0	9.2
7º	10.8	10.4	10.9	10.1	8.8	9.8	10.8
8º	12.9	13.7	12.4	13.1	10.7	11.9	12.9
9º	16.3	18.8	15.1	19.9	14.7	16.0	16.3
+Elevado	26.9	34.7	24.7	43.4	16.6	24.8	27.1

Fonte Pereira, 1990

É de notar que os dados utilizados têm quase dez anos, pelo facto de serem os únicos disponíveis e baseiam-se nas receitas e despesas das famílias. Sobre o rendimento bruto de cada um dos dez grupos foram calculados os efeitos distributivos de impostos positivos (directos, indirectos e contribuições para a Segurança Social) obtendo-se uma média ponderada do financiamento com que cada grupo socio-económico contribuiu para a totalidade dos gastos em saúde. Os resultados revelam que o sistema de saúde em Portugal era ligeiramente regressivo na época do estudo¹⁸.

3. Que futuro para o Estado-Providência em Portugal

Os problemas do Estado-Providência em Portugal são de dois tipos: problemas de financiamento e problemas de eficiência dos prestadores. Os primeiros podem conduzir-nos à discussão das alternativas ao SNS financiado inteiramente pelo Orçamento de Estado. Os segundos conduzem-nos à discussão sobre a combinação público-privado na organização das prestações.

As duas questões são relativamente independentes. Pode haver sistemas em que o Estado financia a quase totalidade dos gastos públicos e em que os prestadores são privados, como no modelo canadiano¹⁹. A inversa não é possível, como todos sabemos, mas a maior parte dos sistemas tem financiamento público e privado em proporções variáveis e prestações também públicas e privadas com grandes variações de importância relativa. O caso da França é representativo desta última situação, sendo o sistema 70% público no financiamento e cerca de 50% apenas nas prestações, uma vez que a totalidade do ambulatório está a cargo de prestadores privados, bem como uma parte importante da hospitalização. O Plano Dekker, previsto para os Países-Baixos antes do actual governo, visava manter como separados do Estado uma boa parte dos prestadores, competindo entre si em eficiência e qualidade frente a um financiamento em grande parte público (ou para-público) complementado por contribuições directas dos cidadãos, algumas fixas, outras proporcionais à utilização²⁰. A nova reforma do NHS do Reino Unido mantém todas as características do financiamento público, procurando introduzir competição entre os diversos prestadores que não perdem o seu estatuto²¹.

Regressando a Portugal, a questão básica consiste em saber se os actuais níveis de financiamento público podem ser ultrapassados. Sem dúvida que 3.9% do PIB (ou 3.5%, se nos limitarmos ao SNS) é um valor por demais insuficiente. Mas será possível aumentá-lo para 5 ou 6%, a curto prazo? Fazendo contas rápidas, para que o SNS passasse dos actuais 3.5% para 4.5% do PIB seria necessário dispor de mais 80 milhões de contos a preços de 1990, verba porventura impossível de mobilizar de um ano para o outro. Todavia, já não parece impossível que esse salto seja conseguido de forma programada, ao

longo de três ou quatro anos, uma legislatura em suma. Basta que para tal exista a chamada "vontade política".

Porém, os problemas do financiamento na sua relação com a estrutura do sistema têm uma permência que não se compadece com demoras grandes. Para melhorar o desempenho do sistema de saúde - única razão que pode conduzir a advogar-se a necessidade de mais recursos - há, apenas, três alternativas: (a) ampliar o financiamento público (b) ampliar o financiamento privado e (c) aumentar a eficiência do sistema.

Já analisámos os custos do aumento das dotações públicas.

Quanto ao acréscimo da participação dos cidadãos, estamos perante o país da CEE que maior esforço solicita dos indivíduos para a cobertura dos gastos com a saúde. Ampliar essa punção da mesma forma para todos seria uma profunda injustiça social. Talvez que ela possa ser ampliada para os que possam pagar e até reduzida para os menos possidentes. Mas como realizar esta engenharia social sem efeitos perversos, que efeitos causaria o estigma das avaliações administrativas de rendimentos no ponto de contacto do cidadão com o sistema, de tão triste memória? Aqui reside todo um programa de acção onde há imensa investigação para desenvolver²².

Resta a solução da procura de ganhos de eficiência tanto nos prestadores públicos como nos privados. Dela trataremos na parte final deste artigo.

Para se discutir a segunda vertente do problema, a combinação público-privado das prestações - e também para se identificarem áreas onde sejam possíveis ganhos de eficiência interna - vale a pena olhar com mais pormenor para a estrutura do sistema prestador em Portugal. Sabemos que as transferências para o sector privado ultrapassam já um terço dos gastos públicos e tendem a aumentar. Serão os prestadores privados mais eficientes que os públicos? Mas, haverá verdadeiros prestadores privados inteiramente autónomos, completamente independentes dos públicos?

O Quadro 13 compara a casuística encontrada num estudo da hospitalização privada com a pública²³.

Quadro 13 Concentração de casuística (%)

	Público	Privado
Coincid. nos dez diagnóst.+ frequentes	40	66
Coincid.nas 3 patologias + frequentes	27	35
Importância da patologia ligeira		
apendecites	3.5	6.5
hérnias inguinais	2.2	23.2

Fonte Campos et al., 1987

De entre os hospitais que constituíram a amostra do estudo, os dez diagnósticos mais frequentes apenas geraram coincidência em 40% dos doentes tratados no sector público, para 66% do sector privado. As três patologias mais

frequentes eram observadas em 27% dos casos no sector público para 35% no privado, documentando uma clara tendência do sector privado para a especialização da casuística. Finalmente, a importância relativa de intervenções cirúrgicas relativamente pouco complexas era de 3.5% e 2.2% em apendicites e hérnias, no sector público, para 6.5% e 23.2%, respectivamente, no sector privado. Segundo os dados do estudo, este último em média tendia a fixar-se em patologias cirúrgicas electivas e pouco complexas: hérnias, apêndices, fimoses, amígdalas e adenoides, varizes, quistos, tumores benignos e miomas uterinos. Para o sector público ficavam as lesões traumáticas, os problemas urinários, as insuficiências cardíacas, as doenças cérebro-vasculares, as complicações e doenças derivadas do parto.

Quer isto significar que, pelo facto de a casuística do sector público ser regra geral mais complicada, seja este sector mais eficiente que o sector privado? Ou quererá pelo contrário significar que o sector privado, com mais curtas estadias hospitalares, é mais eficiente que o público?

Nenhuma das conclusões pode ser autorizada. Como afirmámos em tempos, as eficiências e as ineficiências não são privilégios nem estigma de cada um dos sectores²⁴. Existem igualmente em ambos. O que tal estudo veio documentar foi a natureza profundamente diferente da casuística que acontece a cada um dos sectores.

O sistema de saúde de que actualmente se dispõe em Portugal é claramente um sistema misto. Quem está nele mais favorecido, o sector público, o privado, ou o utente?

A Figura 6 tenta captar as complexas interligações entre os níveis de cobertura e os de provisão entre o SNS e os principais subsistemas.

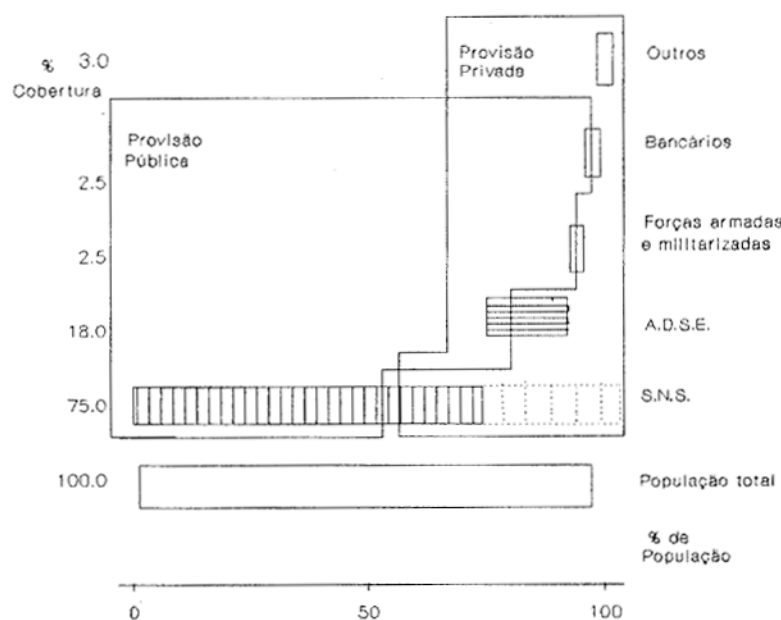


Figura 6 Cobertura da população pelo SNS e subsistemas, provisão pública e provisão privada

Teoricamente, o SNS cobre toda a população portuguesa, mas como já sabemos, apenas três quartos dela utilizam regularmente os seus serviços, existindo alguma sobreposição de cobertura com os subsistemas, no quarto restante. Em termos de prestação ou provisão de cuidados, o sistema público não alcança a totalidade dos seus beneficiários, recorrendo estes a prestadores privados sobretudo no ambulatório (consultas e meios complementares de diagnóstico).

Mas o sector público também cobre beneficiários de outros subsistemas em disciplinas médicas de maior complexidade, onde só ele dispõe de recursos ou de excelência. O carácter universal da cobertura pelo SNS implica também que não possa haver facturação de tais serviços aos terceiros por eles responsáveis e ainda menos aos próprios beneficiários. Pelo que o sector público se encontra na paradoxal situação de servir de guarda-chuva universal aos diversos subsistemas ou ao sector privado, os quais selectivamente escolhem o seu mercado nos segmentos mais rentáveis, deixando ao SNS as situações mais difíceis de solucionar.

Esta situação ainda se torna mais complexa devido à acumulação de funções públicas e privadas nos mesmos prestadores. Nada na lei actual limita a possibilidade de um médico hospitalar prestar serviços ao SNS em regime de convenção. Os conflitos de interesses entre estas duas situações são evidentes e considerados por muitos como a principal causa das ineficiências do sector público.

4. As reformas possíveis

A primeira questão que se pode colocar é a de saber se o sistema pode ser radicalmente mudado. Desde logo, as barreiras constitucionais limitam a margem de manobra. Não é possível substituir o SNS universal, geral e tendencialmente gratuito, por um sistema com base na medicina convencional. Primeiro, por razões constitucionais, depois, por razões políticas. Não seriam só os eleitores-utentes a penalizar pesadamente os decisores que lhes cerceassem direitos, seriam porventura os próprios prestadores que hoje recolhem benefícios da estabilidade da função pública que forçosamente teriam que abandonar, se o sistema se privatizasse total ou parcialmente.

Finalmente, por razões económicas. Como já algures assinalámos²⁵, qualquer mudança radical do sistema a caminho, quer de uma maior privatização, quer de uma publicização integral, traduz-se por acréscimos de encargos públicos que a economia do país não estará, provavelmente, em condições de suportar.

Que medidas então adoptar?

a) Antes de mais, ampliar o financiamento público. Entre a magreza actual e uma generosidade impossível, existe um certo espaço de manobra, onde os

acréscimos anuais podem ser programados para que em quatro anos o País se nivele por outras nações europeias, como a Espanha ou o Reino Unido.

b) Separar cuidadosamente o sector público do privado, para que ambos possam frutificar separadamente, emulando-se reciprocamente. Na situação presente, nem o sector público consegue a eficiência desejada enquanto não forem fixadas fronteiras que previnam conflitos de interesse, nem o sector privado consegue crescer autonomamente, limitando-se a segmentos parciais ou complementares do mercado, utilizando prestadores preparados e até remunerados no sector público e referindo para este as situações mais complicadas e dispendiosas.

c) É de toda a importância que se desenvolvam organizações de cobertura global para manutenção da saúde e hospitais particulares, de preferência não-lucrativos, onde não se pratique apenas cirurgia electiva e maternidade e onde os profissionais possam desenvolver uma carreira com o prestígio dos hospitais do Estado, praticando o ensino e a investigação. O financiamento do acesso de utentes públicos a estas organizações ou unidades deve respeitar o princípio do pagamento igual aos hospitais oficiais, desde que os serviços prestados sejam também iguais. Se os riscos de selecção da casuística mais favorável pelo sector privado não puderem ser evitados, então deverá com ele o SNS celebrar contratos-programa de objecto bem delimitado.

d) Desenvolver o sector público, com novos financiamentos, através de novos modelos de gestão experimental, com mais autonomia, tanto baseados em orçamentos-programa, como em orçamentos-clínicos, com sistemas de incentivos no financiamento das instituições e na remuneração dos prestadores que incentivem a eficiência.

e) Criar situações concorrenciais dentro do próprio sistema público e deste com o sector privado homólogo, com ou sem fim de lucro, o que obriga a descentralizar decisivamente o sistema de saúde, conferindo liberdade negocial aos órgãos autónomos.

f) Apoiar sem protecționismos as organizações mutualistas, incentivando-as à prestação de serviços em áreas hoje negligenciadas, como a auto-ajuda na terceira idade e nos adolescentes, e ao lançamento de programas de prevenção primária e secundária de doenças crónicas (cardiovasculares, cancro, doenças do metabolismo, doenças reumáticas, etc.).

g) Estudar fórmulas de financiamento e de cobertura que, sem violação do princípio da universalidade, previnam situações de múltipla protecção, impeditivas do desenvolvimento autónomo de cada subsistema privado. Desta forma será possível concentrar recursos humanos e organizativos no SNS, melhorando os serviços oficiais, estimulando público e privado a um desenvolvimento separado e não parasitário.

Este conjunto de medidas pressupõe o fim do Estado-Providência substituindo-o por um modelo competitivo?

De modo algum. O Estado-Providência ficará nos seus limites actuais, melhorando-se o seu desempenho. O sistema deixará de deslizar insidiosamen-

te para a privatização, como até agora tem acontecido, minando a eficiência e a qualidade da sua componente pública.

O desenvolvimento separado de cada modelo, sem que um parasite o outro constituirá a fórmula social adequada à transição económica que Portugal vive e que, ainda não lhe permitindo dispor de um desenvolvido *Welfare State*, já não lhe consente um sistema em que as injustiças e desigualdades rompem quotidianamente uma frágil construção teórica de universalidade.

Notas

- 1 A. Bruto da Costa, "A despesa social pública em Portugal, 1960 - 1983", *Plano*, Vol.8, nº 1, 2, 3, 1986, pp. 1-226
- 2 Banco Mundial, Relatório sobre o Desenvolvimento no Mundo, 1989.
- 3 L. Graça, M.J. Madeira, "Participação Portuguesa no IIº Programa Europeu de Luta Contra a Pobreza", *Rev. Port. Saúde Pública*, vol. 7, nº 4, Out./Dez. 1989.
- 4 Health Care Financing Revue, Annual Supplement, 1989.
- 5 S. Sandier, "The National Health Service britannique: un exemple pour la France?", *L'Hopital à Paris*, nº 80, 1984.
- 6 A.C. Campos, "A Saúde na Europa do Sul: Transição de Modelos em Contexto de Escassez. Contribuição da Economia da Saúde", in: *Sociedade, Saúde e Economia*, Campos e Pereira (eds), ENSP, 1987.
- 7 J.C. Fonte-Feixinho, *Subsistemas de Saúde em Portugal. Estudo, Caracterização e Perspectivas de Evolução Futura*, Lisboa, Dissertação ENSP, 1990 (em publicação).
- 8 J. Pereira, The Progressivity of Health Care Financing in Portugal: a research note, EEC/COMAC/HSR Study on Distributive Effects of Health Care Policies, 1989, mimeo.
- 9 *Op. cit.* nota 4.
- 10 Inquérito Nacional de Saúde, Lisboa, DEPS, 1987.
- 11 DGFSS, Lisboa, 1985.
- 12 INE, Estatísticas da Saúde.
- 13 *Op. cit.* nota 11.
- 14 A.C. Campos, "Estudar as Desigualdades em Saúde. Porquê?", in: *Desigualdade e Saúde em Portugal*, Pereira e Giraldes (eds), IED, (em publicação)
- 15 *Op. cit.* nota 14.
- 16 C. Gouveia-Pinto, "A Incidência da Despesa Pública em Cuidados de Saúde na Área Metropolitana de Lisboa em 1980-81 e 1985", *Estudos de Economia*, VIII, (4), Jul.-Set. 1988.
- 17 *Op. cit.* nota 8.
- 18 *Op. cit.* nota 8.
- 19 L. Rochaix "L'offre de soins", *Perspectives et Santé*, nº 47-8, Aut-Hiv, 1988.
- 20 W. Van de Ven, Health Insurance Reforms and Incentives, Poc. Ist. European Conference on Health Economics, Barcelona, 1989 (no prelo).
- 21 A.C. Campos, *Normativismo e Incentivos: Contributo da Economia para a Administração da Saúde*. Lição de concurso para professor catedrático, Lisboa, ENSP, 1989
- 22 A.C. Campos, "Privatização e Protecção Social: A Combinação Público/Privada em Saúde em Portugal", in: *25 Anos de Protecção Social na Administração Pública*, Lisboa, ADSE, 1988.
- 23 *Op. cit.* nota 6.
- 24 *Op. cit.* nota 6.
- 25 A.C. Campos, J.M. Caldeira da Silva, C. Costa, "Market Elements and New Developments for Competition in the Health Care System in Portugal", in: *A Future for a Competitive Health Care in Europe*, Rotterdam, Erasmus University, (no prelo).