

Associação Portuguesa de Economia da Saúde

DOCUMENTO DE TRABALHO 4/97

FINANCIAMENTO DA SAÚDE EM PORTUGAL

Resumo de um debate organizado pela APES,
para dar resposta a pedido de informação
do Conselho de Reflexão sobre a Saúde

Introdução

Em Abril de 1996 o Presidente do Conselho de Reflexão sobre a Saúde, Prof. Doutor Daniel Serrão, dirigiu uma carta à APES onde solicitava:

- (a) o envio de todos os documentos que a Associação tivesse produzido;
- (b) “um documento síntese da opinião da Associação sobre o problema do financiamento de um sistema integrado de prestação de cuidados de saúde em Portugal”; e
- (c) “que a Associação se pronunciasse sobre a questão da separação da entidade pagadora e das entidades prestadoras de cuidados de saúde na óptica de um seguro social público e universal, a partir de imposto consignado para a saúde”.

Foi dada resposta imediata à primeira solicitação, tendo sido enviados os documentos editados pela Associação desde a sua criação em 1987. Os restantes pedidos, porém, levantavam a questão da APES, enquanto organismo associativo, não emitir opiniões sobre questões que se prendem com a política de saúde nacional. Os documentos editados pela APES são da exclusiva responsabilidade dos seus autores e as opiniões neles expressos não traduzem qualquer posição da Associação.

Contudo, reconhecendo a importância do CRES para a busca de uma política de saúde sustentada, justa e eficaz, a Direcção da APES entendeu dar resposta aos pedidos do Prof. Daniel Serrão, através de duas iniciativas.

Em primeiro lugar, solicitou-se a todos os sócios que se pronunciassem, a título individual, sobre as questões levantadas. A APES reúne entre os seus cerca de 250 associados um capital de conhecimento inigualável sobre economia e financiamento da saúde em Portugal.

Seguidamente, organizou-se uma reunião informal entre um grupo de sócios da APES onde se debateram questões ligadas ao financiamento do sistema de saúde português. A reunião, que teve lugar a 24 de Outubro de 1996 no Estoril, reuniu diversos especialistas dos meios académico e profissional e foi marcada pela franqueza e vivacidade do debate.

Neste documento apresenta-se um resumo dos argumentos defendidos na reunião. Naturalmente que as opiniões expressas reflectem apenas os pontos de vista dos participantes.

Durante a reunião foram discutidos os objectivos do sistema de saúde e identificados problemas, constrangimentos e aspectos positivos do sistema actual. Foram apresentados resultados de estudos nacionais sobre financiamento da saúde e debatidas comparações internacionais sobre despesas e resultados em saúde. Procurou-se separar a retórica e meras suposições da evidência empírica sustentada.

Por limitação de tempo a reunião focou principalmente aspectos ligados ao financiamento da saúde segundo a origem dos recursos, sendo remetido para uma discussão posterior questões que têm a ver com a afectação interna de recursos.

O debate demonstrou que o tema do financiamento da saúde em Portugal está longe de se esgotar. Diversas questões continuam a suscitar polémica com argumentos e evidência tanto contra como a favor. No entanto, é importante salientar que existem questões para as quais um largo consenso parece existir.

TEMAS DE DEBATE FOCADOS

1. Necessidade de se aumentar o financiamento da saúde em Portugal ?

1.1. Foi opinião recorrente dos participantes que **Portugal não gasta pouco em saúde, gasta é mal** os recursos disponíveis. Em concreto, existem várias fontes de ineficiência no sistema que geram custos superiores aos possíveis.

1.2. O principal problema encontra-se na eficiência de utilização dos recursos. Sem a introdução de **mecanismos que promovam maior eficiência**, a canalização de recursos adicionais implicaria ainda mais desperdícios. Por exemplo, foi argumentado que não há evidência de efectividade de diversas intervenções médicas praticadas frequentemente. A maximização da eficiência no sistema de saúde requer a avaliação sistemática dos actos médicos, quer na sua componente clínica quer na económica.

2. Diversificação das fontes de financiamento

2.1. Os agentes actuantes no sector da saúde, nomeadamente o Estado, têm mostrado incapacidade em encarar formas alternativas de financiamento.

2.2. Sendo que existem várias possibilidades de evolução, diversos participantes mencionaram a **vantagem de realizar experiências limitadas** de diferentes formas de financiamento, por forma a avaliar melhor as virtudes e problemas das diversas possibilidades alternativas. Foi referido que se estas experiências de diferentes formas organizativas forem realizadas, deve ficar claro que as que não funcionarem serão terminadas.

2.3. O sistema de financiamento tem que ter em conta o papel da escolha dos consumidores. Sugeriu-se igualmente que seria importante realizar uma clarificação do papel do médico na articulação sector público-sector privado.

2.4. Foi ainda referida a existência de evidência internacional de que **sistemas de saúde caracterizados por um só financiador e com orçamentos globais têm um melhor desempenho** que os sistemas

que apresentam múltiplos financiadores. A pluralidade de financiadores estimula o crescimento dos gastos.

2.5. É convicção da maioria dos participantes que **o sistema de impostos deverá continuar a ser a principal fonte de financiamento.**

3. *Competição entre entidades financiadoras*

3.1. Este aspecto gerou certa polémica. Dois participantes argumentaram que sem introdução de concorrência entre entidades financiadoras não se gerará concorrência entre prestadores. Embora não tenha havido consenso total sobre a questão, foi reconhecido, por outros participantes, que a concorrência entre pagadores, mantendo-se um financiador principal, poderia ser benéfico para o sistema.

3.2. Vários participantes expressaram a **preocupação de que a concorrência no financiamento originaria fatias da população que não teriam acesso a cobertura.** Para além disso, é provável que os gastos totais do sistema aumentassem sem benefícios acrescidos. Foi contudo contra-argumentado que concorrência no financiamento não significa necessariamente um modelo semelhante ao dos Estados Unidos, pelo que há formas de organização do sistema que evitam este problema de falta de cobertura para uma fracção apreciável da população.

4. *Pagamentos directos no sistema público (co-pagamentos)*

4.1. De uma forma geral, é considerado que existe **uma componente de copagamento que já é significativa.** O co-pagamento foi visto como **uma forma pouco adequada para aumentar o financiamento da saúde.**

4.2. Surgiu como relativamente consensual que se a existência de co-pagamentos como **forma de disciplinar uma procura excessiva,** decorrente de preço zero no acto de consumo, é **desejável,** não deverá ser contudo uma forma de gerar recursos no sector da saúde, **já que não tem capacidade para ser uma fonte de financiamento importante.**

4.3. Argumentou-se que os co-pagamentos têm apenas uma função disciplinadora à utilização excessiva de recursos no momento de entrada no sistema, deixando de ter qualquer papel uma vez que o indivíduo já esteja dentro do sistema. Para essas situações **seria mais eficaz introduzir incentivos e penalizações aos prestadores.**

4.4. Foi igualmente referido que se a ideia dos co-pagamentos é ter **contribuições indexadas ao rendimento**, então lembre-se que é esse o papel do financiamento por impostos sobre o rendimento. Embora a noção de fazer variar os co-pagamentos consoante a capacidade de pagar das famílias seja atraente, **nenhum país conseguiu instituir tal sistema até à data**. Questionou-se ainda que papel os co-pagamentos poderiam ter num contexto em que já existe uma taxa de participação directa das famílias tão grande, quando comparada com a de outros países.

5. *Imposto social consignado à saúde*

5.1. A ideia de imposto social consignado à saúde foi considerada sem fundamentação económica sólida. Houve concordância dos participantes a respeito deste ponto.

5.2. Os argumentos apresentados basearam-se em várias ordens de factores: (i) não há evidência de que uma gestão separada de contribuições para a saúde tivesse menores custos que o actual sistema (vide o exemplo das contribuições para a segurança social); (ii) no caso de insuficiência de fundos, recorrer-se-ia de qualquer modo a impostos gerais; (iii) no caso de excesso de fundos, estes não seriam reafectados a outras despesas governamentais, acabando por ser eventualmente gastos em despesas não estritamente necessárias. A pressão para a eficiência num sistema de impostos consignados é bastante reduzida.

6. *Deduções fiscais das despesas em saúde*

6.1 Foi dito que **os créditos fiscais correspondem a um seguro público complementar ao SNS**. Reconheceu-se que as propriedades de equidade de deduções à colecta são melhores que as de deduções ao rendimento colectável.

6.2. Foram citadas as experiências de outros países, que ao contrário do que tem vindo a ser defendido para Portugal, não estabelecem limites máximos às deduções, mas sim **franquias** (sendo nalguns casos, proporcionais ao rendimento). No entanto, argumentou-se que tal sistema pode aumentar a procura e **favorecer o crescimento dos preços** dos bens e serviços de saúde, surgindo a necessidade de existirem outras medidas de controle de preços.

6.3. Em todo o caso, os participantes concordaram que o **sistema actual de deduções fiscais das despesas em saúde, favorece sobretudo as famílias de maior rendimento e os prestadores com**

mais elevados preços, não sendo por isso promotor de maior equidade e eficiência.

7. *Opting-out do sistema público*

7.1 Este foi o aspecto que gerou maior discussão. Foi defendido por uma minoria dos participantes **que poderiam existir vantagens da criação de um sistema com possibilidade de "opting-out"**, embora os moldes em que o sistema deveria ser aplicado diferisse.

7.2. Os restantes participantes que se pronunciaram manifestaram-se claramente contra o "opting-out" argumentando com os problemas de desnatação de mercado e de economias de escala na exploração do seguro de saúde.

7.3. Referiu-se ainda o facto de existirem deficits de exploração nos seguros de saúde. Esta observação foi alvo de contestação, tendo-se concordado que não existe evidência factual suficientemente clara a este respeito.

7.4. É de referir que o termo "opting-out" não apresentou o mesmo significado para todos os participantes, tendo por vezes sido identificado com uma antiga proposta de seguro alternativo, embora tal não fosse o sentido dado pelos seus defensores, que focaram em diferentes mecanismos de cálculo e transferência de capitação, com potencial de minorar os problemas de desnatação. Em concreto, sugeriram que o "opting-out" para seguros de grupo tem potencialidades para uma redução considerável do problema de desnatação.

7.5. Em qualquer caso, é ponto assente para todos **que não deve existir um abandono do SNS**, opinião também subscrita pelos defensores das vantagens da existência de alguma forma de "opting-out".

8. *Papel dos sub-sistemas - sistemas de financiamento integral ou suplementar*

8.1. A respeito dos sub-sistemas considerou-se que na forma actual constituem uma organização que **vive nas franjas do SNS**, efectuando uma efectiva discriminação, uma vez que os casos mais graves são remetidos para o SNS. São essencialmente uma herança do passado. Foi opinião geral que tal **não é uma situação desejável**, devendo procurar-se a sua alteração.

8.2. Foi sugerido que os sub-sistemas poderiam evoluir eventualmente para uma forma de "opting-out", pois os problemas de desnatação apresentados contra o "optingout" desvanecem-se por força do agrupamento de indivíduos por outros critérios que não as características de risco intrínsecas ao indivíduo. Não foi consensual que esta fosse uma evolução possível ou desejável, embora a discussão não tenha sido aprofundada.

9. Concorrência entre prestadores

9.1 A concorrência é, por tradição, vista com grande suspeição, sendo rejeitada muitas vezes com bases em argumentos ideológicos. Por outro lado, o actual modo de funcionamento do sector público impede a emergência de concorrência efectiva.

9.2. De um modo geral, e ao contrário da discussão sobre concorrência no financiamento, **verificou-se consenso quanto às vantagens de introdução de concorrência entre prestadores**, abrangendo tanto o sector público como o sector privado.

9.3. Concorrência surgiu como sinónimo de maior opção de escolha por parte do pagador, embora tivessem sido expressas várias reservas sobre as condições em que poderá surgir e a sua sustentabilidade.

9.4. A forma concreta de introdução de elementos de concorrência e quais os serviços abrangidos **encontra-se aberta a discussão futura**, embora tenham sido sugeridos contratos-programa e pagamentos à lista, como exemplos de actuação.

9.5. Foi igualmente referido que a **existência de uma triagem feita pelos cuidados de saúde primários é essencial**, devendo funcionar como porta de entrada no sistema hospitalar ("gatekeeping"), sendo este especializado em cuidados a doentes agudos, com a oferta de cuidados intensivos, de elevado custo.

Participantes na reunião

Altamiro Costa Pereira	Prof. de Saúde Comunitária, Fac. Medicina, U. Porto
Ana Maria Escoval	Administradora Hospitalar, H. Santa Maria
António Dias Alves	Administrador Hospitalar, ARS Porto
António Ribeiro Nunes	Administrador Hospitalar, H. Garcia de Orta
Artur Vaz	Director Geral, H. Fernando da Fonseca
Carlos Costa	Professor de Economia da Saúde, ENSP/UNL
Carlos Gouveia Pinto	Professor de Economia Pública, ISEG/UTL
João António Pereira	Professor de Economia da Saúde, ENSP/UNL
Margarida Bentes	Administradora Hospitalar, IGIF
Maria do Céu Mateus	Economista, IGIF
Maria João Amaral	Administradora Hospitalar, ARSLVT
Maria do Rosário Giraldes	Professora de Economia da Saúde, ENSP/UNL
Maria Suzete Gonçalves	Economista, CCRN
Miguel Gouveia	Professor de Economia, Fac. Economia, U. Católica
Pedro Pita Barros	Professor de Economia, Fac. Economia / UNL

EDIÇÕES DA APES

DOCUMENTOS DE TRABALHO

- 1/86 CAMPOS, A.C. - Eficiências e ineficiências, privilégios e estigmas, nas combinações público/privadas de saúde. (250\$00) (esgotado)
- 2/86 GIRALDES, M.R.; CORTÊS, M.F. - O impacte sobre a equidade do sector privado dos serviços de saúde em Portugal. (250\$00) (esgotado)
- 3/86 RAMOS, F.; COSTA, C.; ROQUE, M. - O mercado hospitalar português. (250\$00) (esgotado)
- 4/86 CAMPOS, A.C.; PATRÃO, L.; CARVALHO, R. - A privatização de um sistema público. O caso das tecnologias de diagnóstico e terapêutica em Portugal. (250\$00) (esgotado)
- 1/89 PEREIRA, J. - The economic interpretation of equity in health and health care. (250\$00)
- 2/89 CACHO, P.M. - Programa de prevenção da tuberculose na Cantábria. Contributo da análise custo-benefício. (250\$00)
- 3/89 MANTAS, A.; COSTA, C.; RAMOS, F. - Financiamento hospitalar: Que contributo para a equidade? O caso português. (250\$00)
- 1/90 ROCHAIX, L. - Oferta de cuidados. Regulação ou desregulação? (250\$00)
- 2/90 PEREIRA, J.; PINTO, C.G. - Regressivity in an NHS-type system. The financing of portuguese health care. (250\$00)
- 1/93 PEREIRA, J. - Economia da Saúde. Glossário de termos e conceitos. (500\$00)
(2ª EDIÇÃO)
- 2/93 CABRAL, A.J.; DURÃO, J.R. - O medicamento na África Sub-sahariana: Uma grade despesa mal controlada. (500\$00)
- 1/95 PINTO, C.G. - Competition in the health care sector and welfare. (500\$00)

- 2/95 BARROS, P.P. - The black box of health care expenditure growth determinants. (500\$00)
- 3/95 GIRALDES, M.R.; RIBEIRO, A.C.C. - Desigualdades socio-económicas na mortalidade em Portugal, no período 1980/82-1990/92. (750\$00)
- 4/95 PEREIRA, J. - Inequity in infant mortality in Portugal, 1971-1991. (500\$00)
- 5/95 MATIAS, A. - O mercado de cuidados de saúde. (500\$00)
- 6/95 BARROS, P.P. - Technology levels and efficiency in health care. (500\$00)
- 1/96 CULYER, T. - The impact of health economics on public policy. (500\$00)
- 2/96 MATEUS, C. - Vertical and horizontal equity in the finance of health care services: A comparative study of user charges in Denmark, Portugal and United Kingdom. (500\$00)
- 3/96 CAMPOS, A.C. - Yellow light at the crossroads: wait for green or cross on yellow. Uncertainties about the future of the Portuguese NHS. (500\$00)
- 4/96 PEREIRA, J. - Distribuição do rendimento e distribuição da saúde em Portugal. (750\$00) (EM PUBLICAÇÃO).
- 1/97
- 2/97
- 3/97
- 4/97

DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA

PEREIRA, J.; MOURINHO, R. - *Revistas de Economia da Saúde e Disciplinas Afins. 1990-1995. Volume I.* Setembro 1996 (1.000\$00)

PEREIRA, J.; MOURINHO, R. - *Revistas de Economia da Saúde e Disciplinas Afins. 1990-1995. Volume II.* Outubro 1996. (1.000\$00)

TRABALHOS ACADÉMICOS

- 1/96 PESTANA, M. F. - *A Procura de Saúde e de Cuidados de Saúde.* Dissertação apresentada para o grau de Mestre em Economia e Política

Social. Instituto Superior de Economia e Gestão, Universidade Técnica de Lisboa, 1996. (750\$00)

EDIÇÕES ESPECIAIS

PEREIRA, J.; PINTO, C.G. - *Público e privado no sector da saúde: Um relatório das VI Jornadas de Economia da Saúde, Valência, 1986*. Relatório 1/87. (250\$00)

ANTOÑANZAS, F.; ROVIRA, J.; CAMPOS, A.C. - *Accion Intersectorial para la Salud*, AES, Pamplona, 1992. (1.500\$00)

APES - *Centro de Documentação da APES: Lista de livros e publicações periódicas*. Lisboa, 1993. (250\$00)

APES - *III Encontro da APES: Comunicações Apresentadas*. Lisboa, 1993. (1.000\$00)

VAZ, A.; PINTO, C.G.; RAMOS, F.; PEREIRA, J. (coord.) *As Reformas dos Sistemas de Saúde: Actas do IV Encontro de Economia da Saúde*. Lisboa, 1996. (2.000\$00)

APES - *Centro de Documentação da APES: Lista de livros e publicações periódicas*. Lisboa, 1997. (500\$00)
(EM PUBLICAÇÃO).

COMO PODERÁ OBTER AS PUBLICAÇÕES DA APES?

As publicações da APES poderão ser obtidas mediante o envio de cheque para:

Associação Portuguesa de Economia da Saúde
Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa
Avenida Padre Cruz
1699 Lisboa Codex
Tel. 01 757 5599 Fax. 01 757 3536 email: apes@mail.telepac.pt

Os Documentos de Trabalho da APES são gratuitos para os sócios.

Os estatutos da APES prevêm duas categorias de sócios: individuais e colectivos (hospitais, ARS's, empresas, organismos centrais, etc.) Se desejar tornar-se sócio contacte o Secretariado da Associação.

ORGÃOS SOCIAIS DA APES

Direcção

Presidente:	João António Pereira
Vice-Presidente:	Artur Moraes Vaz
Vogal:	Jorge Simões
Vogal:	Maria João Amaral
Vogal:	Manuela Mota Pinto
Tesoureiro:	Pedro Pita Barros

Mesa da Assembleia Geral

Presidente:	Carlos Gouveia Pinto
Vice-Presidente:	Pedro Lopes Ferreira
Secretário:	Carlos Costa

Conselho Fiscal

Presidente:	Vasco Reis
Relator:	Francisco Ramos
Secretária:	Maria Suzete Gonçalves
