

## **Os sistemas privados de saúde e a reforma do sistema de saúde**

Pedro Pita Barros<sup>1</sup>

Esta Versão: 2 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

A actual dimensão, em termos de beneficiários cobertos e em termos de serviços prestados, dos sistemas privados de saúde (ou subsistemas)<sup>2</sup> leva a que inevitavelmente tenham de ser olhados como atenção em iniciativas de reforma do sector da saúde em Portugal.

[dados]

A discussão do lugar que está reservado a estes sistemas privados de saúde pode iniciar-se por uma de duas formas: (a) pelo lado normativo, qual deve ser, teoricamente, o seu espaço de actuação (se algum)?; ou (b) pelo lado positivo, o que fazem e que efeitos têm estes sistemas privados de saúde, e quais as implicações dessa actuação?

Sendo mais fácil ceder à tentação de escolher a primeira opção, creio ser mais interessante neste momento iniciar a discussão pelo segundo aspecto. Ou seja, o que nos diz a realidade sobre o efeito dos sistemas privados de saúde?

---

<sup>2</sup> 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.

Assistindo-se de forma cada vez mais generalizada a uma discussão pública em termos de ganhos de saúde, a primeira questão concreta a que se procurará responder é: Qual o efeito sobre o estado de saúde da população da existência dos sistemas privados de saúde? Ou, reformulando a questão, será que os beneficiários dos sistemas privados de saúde têm, em média e ajustando para as características da população, um melhor estado de saúde?

Para se compreender o papel dos subsistemas (sistemas privados de saúde) no sector de saúde nacional, e em que medida condicionam e são condicionados por eventuais reformas, é essencial saber em que medida o comportamento dos beneficiários destes sistemas privados de saúde difere do comportamento dos utilizadores do Serviço Nacional de Saúde. Igualmente relevante é saber em que medida os resultados, em termos de estado de saúde, diferem com a cobertura.

O Inquérito Nacional de Saúde (INS9596) permite procurar dar uma primeira resposta, na medida em que contém uma pergunta de auto-avaliação do estado de saúde por parte do inquirido. Um primeiro problema que se defronta na análise é a definição de quais os indivíduos cobertos por subsistemas. O Inquérito Nacional de Saúde apresenta uma

questão sobre qual o serviço que o inquirido mais utiliza, o que permite o cálculo de um limiar mínimo (um indivíduo pode ser abrangido formalmente pela cobertura de um sistema privado de saúde, mas não a utilizar). Isto é, um inquirido que recorra sobretudo ao Serviço Nacional de Saúde pode, ou não, ter acesso a subsistemas. Em termos de beneficiários, os números existentes e apontados por várias fontes, indicam que cerca de 25% da população tenha cobertura por um outro sistema para além do Serviço Nacional de Saúde. Dentro da amostra disponível para a análise econométrica (que permite utilizar cerca de 35% das observações disponíveis no INS9596), 82% correspondem a utilizadores do Serviço Nacional de Saúde. Comparando com a visão corrente, há uma discrepância de cerca de 7%, que se poderá dever a cobertura múltipla por parte dos beneficiários de sistemas privados de saúde (isto é, para além do SNS estarem cobertos por mais do que um subsistema), a enfiamento da amostra ou ao facto de alguns beneficiários preferirem utilizar o SNS em alternativa ao sistema privado de saúde de que beneficiam. Não é possível, com a informação disponível, distinguir em que medida cada uma destas explicações contribui para esta diferença.

Numa análise preliminar da avaliação do estado de saúde pelo próprio, os utentes do Serviço Nacional de Saúde apresentam uma distribuição menos favorável do estado de saúde.

Quadro 1.

	Muito Bom	Bom	Razoável	Mau	Muito Mau
SNS	2,05%	24,18%	41,16%	25,36%	7,25%
ADSE	5,38%	39,35%	42,09%	10,97%	2,22%
Militares	4,87%	32,85%	47,65%	13,00%	1,62%
SAMS	8,18%	46,86%	37,11%	6,60%	1,26%
Outros	6,10%	18,95%	56,86%	16,12%	1,96%

Figura 1

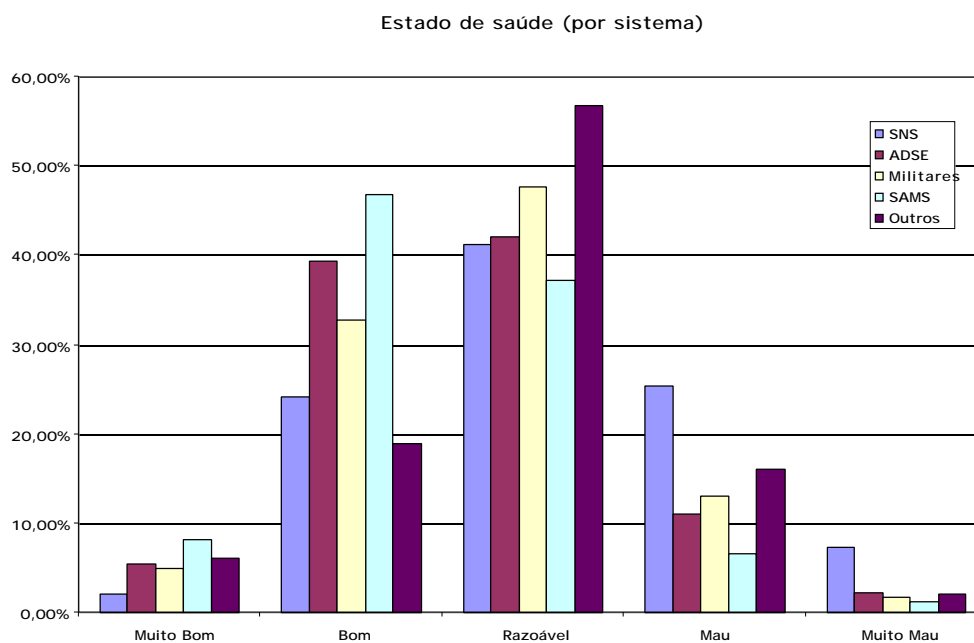
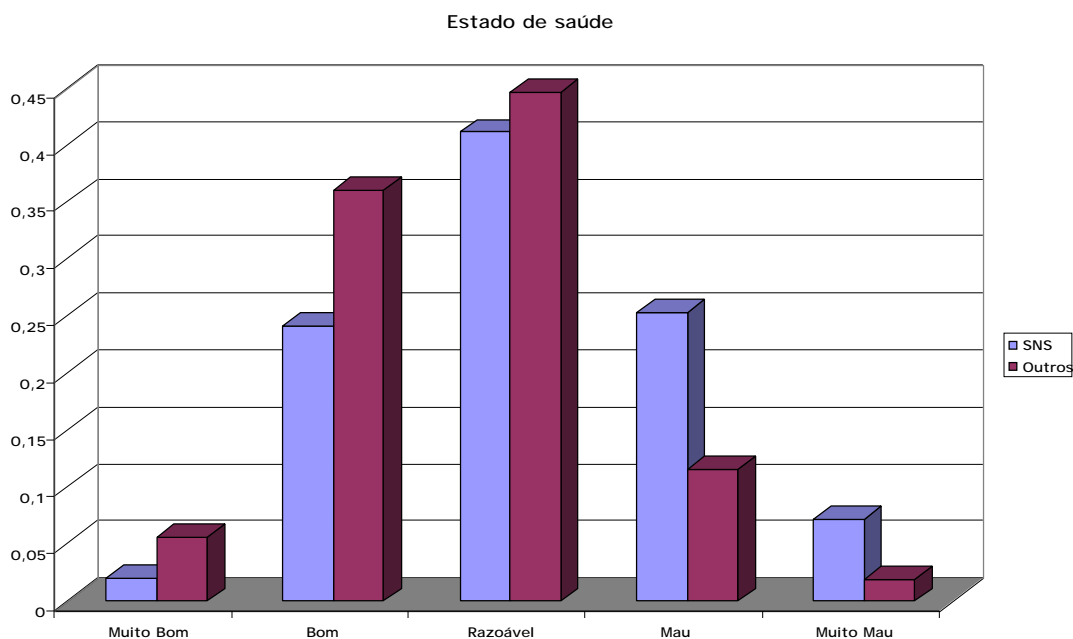


Figura 2



Esta visão é passível de estar enviesada pelas escolhas dos indivíduos. As pessoas mais saudáveis, e como tal menos utilizadoras dos serviços de saúde, podem reportar-se como usando o Serviço Nacional de Saúde, apesar de também disporem da opção de outras coberturas. É assim essencial que a avaliação tenha em consideração condições básicas de caracterização do indivíduo. Para este efeito, recorre-se a um modelo Probit ordenado como forma de descrever a existência, ou não, de uma associação estatisticamente significativa entre a cobertura por um subsistema e o estado de saúde, tal como é auto-avaliado pelo inquirido, tendo-se controlado para todas as características exógenas susceptíveis de influenciar essa avaliação.

Um outro aspecto importante que importa analisar, antes de referir o papel dos subsistemas na reforma do sector da saúde em Portugal, é avaliar em que medida os utilizadores dos subsistemas consomem mais recursos que os utilizadores do Serviço Nacional de Saúde. O facto de os subsistemas constituírem uma cobertura adicional ao Serviço Nacional de Saúde sugere fortemente que os custos de acesso a cuidados médicos por parte dos beneficiários destes subsistemas sejam menores, pelo que se antecipa uma maior utilização de recursos dos seus beneficiários.

Para avaliar da importância deste efeito, testou-se a existência de diferenças atribuíveis ao sistema de saúde utilizado na frequência de consultas, uma vez controladas as características de cada inquirido. Para beneficiários de características idênticas, antecipa-se que os utilizadores dos subsistemas tenham um número médio de consultas superior.

## 2. O efeito sobre o estado de saúde

Essencialmente, a análise baseia-se na estimação de uma função de produção de saúde. Para ser possível a realização desta estimação, admite-se que um estado de boa saúde pode ser descrito por um índice latente, que é construído com base em diversos elementos

fundamentais. Obviamente, a redução do estado de saúde a um único índice é restritivo. Relembre-se que a Organização Mundial de Saúde descreve um estado saudável como sendo um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas como ausência de doença. Para uma medida de estado de saúde que é construída como uma auto-avaliação do estado de saúde, é adequada a utilização de um *probit* ordenado.

O facto de as questões do Inquérito Nacional de Saúde (INS9596) se reportarem, na sua maioria, a um período de referência relativamente próximo e curto (duas últimas semanas, últimos três meses, consoante as questões) tende a minimizar os erros de resposta, embora, por outro lado, possa não ser completamente representativo.

O modelo *probit* ordenado considera cinco estados de saúde passíveis de serem reportados. Seja  $H_i$  o índice de saúde do inquirido  $i$ , com

$$H_i = X_i \beta + \epsilon_i$$

sendo  $X$  um conjunto de variáveis relevantes,  $\beta$  um vector de parâmetros que traduzem os efeitos de cada variável no índice de estado de saúde e  $\epsilon$  sendo um termo aleatório de média nula e seguindo uma distribuição normal. O índice de saúde  $H_i$  não é directamente observável. A informação disponível é apenas a indicação de um estado de saúde Muito



Bom/ Bom/ Razoável/ Mau ou Muito Mau. Codificando, podemos representar esta escolha como:

$$h_i = 5 \text{ (muito bom)} \quad \text{se} \quad H_i \geq 0$$

$$h_i = 4 \text{ (bom)} \quad \text{se} \quad 0 < H_i < \mu_1$$

$$h_i = 3 \text{ (razoável)} \quad \text{se} \quad \mu_1 < H_i < \mu_2$$

$$h_i = 2 \text{ (mau)} \quad \text{se} \quad \mu_2 < H_i < \mu_3$$

$$h_i = 1 \text{ (muito mau)} \quad \text{se} \quad \mu_3 < H_i$$

Ou seja, se o estado de saúde se encontrar abaixo de um determinado limiar (que se considerou, sem perda de generalidade, ser zero) o indivíduo reporta o estado de saúde como sendo "muito mau". De modo similar, se o estado de saúde for superior a zero mas inferior a  $\mu_1$ , o estado de saúde indicado é "mau"; e assim sucessivamente. Como é aparente, o indicador de estado de saúde na escala de 1 a 5 perde informação relativamente ao conhecimento do verdadeiro estado de saúde. Note-se que não sendo o índice  $H$  observável, a sua escala é arbitrária, o que permite normalizar o primeiro limiar para o valor zero, sem perda de generalidade. O objectivo da análise é determinar os efeitos de diversas variáveis sobre o índice de saúde  $H_i$ , e em particular o efeito associado com a utilização do SNS ou de outro sistema de protecção contra as despesas de doença. A determinação desses efeitos é realizado por análise de regressão.

A estimação será feita pelo método de máxima verosimilhança. A função de verosimilhança (logaritmizada) é:

$$\text{Log } L = \sum_{j=1}^N h_1(-X) + h_2(\mu_1 - X) - (-X) + h_3(\mu_2 - X) - (\mu_1 - X) + h_4(\mu_3 - X) - (\mu_2 - X) + h_5(1 - (\mu_3 - X))$$

Em que  $h_k$  é uma variável que toma valor 1 se  $h = k$ , e valor zero nos restantes casos, e é a função de probabilidade da distribuição normal.

As variáveis explicativas do estado de saúde usadas foram as constantes do Quadro 1, que apresenta as respectivas definições (em anexo apresentam-se estatísticas descritivas correspondentes a estas variáveis).

Quadro 1. Factores explicativos

<i>Sócio-económicos</i>	
Idade	Especificada em anos, incluída em nível e ao quadrado;
Sexo	Masculino = 0; Feminino=1; (categoria omitida: masculino)
Casado	=1 se casado; = 0 restantes casos; (categoria omitida)
Divorciado	=1 se divorciado; =0 restantes casos;
Solteiro	=1 se solteiro; =0 restantes casos;
Viúvo	=1 se viúvo; =0 restantes casos;
Escolaridade	Em anos de escolaridade
Trabalho	=0 se trabalhou nas duas últimas semanas; =1 restantes casos;
Peso	Em Kg
Rácio	= peso/altura
Rendimento 1	=1 se pertence à classe de rendimento < 33500\$; 0 restantes casos (categoria omitida)
Rendimento 2	=1 se pertence à classe de rendimento 33500\$-40099\$; 0 restantes casos
Rendimento 3	=1 se pertence à classe de rendimento 40100\$-49999\$; 0 restantes casos
Rendimento 4	=1 se pertence à classe de rendimento 50000\$-59999\$; 0 restantes casos

Rendimento 5	=1 se pertence à classe de rendimento 60000\$-79999\$; 0 restantes casos
Rendimento 6	=1 se pertence à classe de rendimento 80000\$-99999\$; 0 restantes casos
Rendimento 7	=1 se pertence à classe de rendimento 100000-129000\$;0 restantes casos
Rendimento 8	=1 se pertence à classe de rendimento 130000-199999\$;0 restantes casos
Rendimento 9	=1 se pertence à classe de rendimento 200000-299999\$;0 restantes casos
Rendimento 10	=1 se pertence à classe de rendimento > 300000\$; 0 restantes casos
<i>Condições crónicas</i>	
Diabetes	=1 se tem diabetes; = 0 restantes casos;
Asma	=1 se tem asma; = 0 restantes casos;
Bronquite	=1 se tem bronquite; =0 restantes casos;
Tensão alta	=1 se tem tensão alta; =0 restantes casos;
Epilepsia	=1 se tem epilepsia; =0 restantes casos;
<i>Outros factores</i>	
Exercício	Minutos de exercício nas duas últimas semanas
Stress	=1 se toma medicamentos para dormir; =0 restantes casos;
Refeição	Número de refeições que toma habitualmente por dia;
Tabaco	Consumo de tabaco em número de cigarros por dia;

A interpretação dos coeficientes deve ter em atenção as características binárias de algumas das variáveis explicativas. O coeficiente associado com a variável sexo reflecte o efeito na variável latente de saúde de a observação corresponder a alguém do sexo feminino, por comparação com o sexo masculino. Um valor positivo significa que uma mulher tem melhor estado de saúde, tudo o resto constante, que um homem.

A variável trabalho tem uma interpretação semelhante, traduzindo a diferença em termos da variável latente de estado de saúde de não ter trabalho (nas duas últimas semanas, que corresponde à pergunta realizada no inquérito).

Os coeficientes das variáveis divorciado, solteiro e viúvo traduzem a diferença de estado de saúde de cada um destes estados civil relativamente à categoria omitida (casado). Um coeficiente positivo significa um estado de saúde melhor, em média e tudo o resto constante.

De igual forma, os coeficientes das variáveis rendimento reflectem diferenças face à categoria omitida (a classe de rendimento mais baixa), pelo que um coeficiente positivo e crescente em magnitude com a classe de rendimento significa que maior rendimento se encontra associado com melhor estado de saúde.

As estimativas do modelo Probit ordenado encontram-se apresentadas no Quadro 2. A estimação do modelo Probit ordenado fornece resultados interessantes. Em primeiro lugar, e assegurando a consistência interna do método de análise, observa-se  $\mu_3 > \mu_2 > \mu_1 > 0$ .

Considerando os factores sócio-económicos, um maior grau de escolaridade está associado com melhor saúde, corroborando a previsão teórica (por exemplo, decorrente do modelo de Grossman). O estado civil “viúvo” encontra-se, curiosamente, associado com um melhor estado de saúde.

Como antecipado, a existência de condições crónicas encontra-se associada a um menor estado de saúde reportado. Também os efeitos rendimento são os esperados, havendo uma associação positiva entre o indivíduo pertencer a um agregado familiar numa classe de rendimento superior e o estado de saúde reportado. É no entanto importante assinalar que este efeito rendimento apesar de estatisticamente significativo não é suficientemente forte para que, em média, a passagem de um escalão de rendimento para outro leve a uma alteração de estado de saúde de um nível para o seguinte. Por exemplo, considere-se um indivíduo que indica um estado de saúde mau e se encontra no nível de rendimento mais baixo. Se o seu estado de saúde se encontrar no valor médio do índice de saúde, condicional a estar na classe “mau”, terá valor 0.62 ( $=0.238/2$ ). A passagem da classe de rendimento 1 para a classe de rendimento 10 aumenta o estado de saúde em 0.46. O novo valor para o índice de saúde seria  $1.08 (=0.62+0.46) < \mu_j$ , insuficiente para levar a uma alteração do estado de saúde reportado.

Quadro 2

	<b>Coefficiente</b>	<b>Desvio Padrão</b>	<b>Estatística t</b>	<b>“P-Value”</b>
<b>Constante</b>	1.49550	.148616	10.0628	[.000]
<b>SNS</b>	-.127483	.024723	-5.15653	[.000]
<b>Escolar</b>	.052741	.309773E-02	17.0258	[.000]
<b>Sexo</b>	-.215940	.018673	-11.5646	[.000]
<b>Idade</b>	-.057401	.323339E-02	-17.7526	[.000]
<b>Idade (ao quadrado)</b>	.402106E-03	.324216E-04	12.4024	[.000]
<b>Viúvo</b>	.082776	.033814	2.44798	[.014]
<b>Trabalha</b>	-.294619	.019785	-14.8914	[.000]
<b>Diabetes</b>	-.534948	.036250	14.7571	[.000]
<b>Asma</b>	-.407745	.046820	8.70881	[.000]
<b>Bronquite</b>	-.388459	.034752	11.1782	[.000]
<b>Tensão alta</b>	-.371627	.021819	17.0325	[.000]
<b>Epilepsia</b>	-.645128	.077910	8.28046	[.000]
<b>Exercício</b>	.448558E-03	.127672E-03	3.51337	[.000]
<b>Refeições</b>	.046026	.016947	2.71597	[.007]
<b>Stress</b>	-.043968	.206925E-02	-21.2485	[.000]
<b>Rendimento 4</b>	.133685	.038889	3.43760	[.001]
<b>Rendimento 5</b>	.113937	.035821	3.18076	[.001]
<b>Rendimento 6</b>	.214053	.034085	6.28006	[.000]
<b>Rendimento 7</b>	.253441	.032718	7.74622	[.000]
<b>Rendimento 8</b>	.285317	.032489	8.78200	[.000]
<b>Rendimento 9</b>	.301213	.038314	7.86162	[.000]
<b>Rendimento 10</b>	.459620	.046208	9.94668	[.000]
$\mu_1$	1.23819	.020987	58.9980	[.000]
$\mu_2$	2.77202	.025324	109.461	[.000]
$\mu_3$	4.54263	.035764	127.016	[.000]

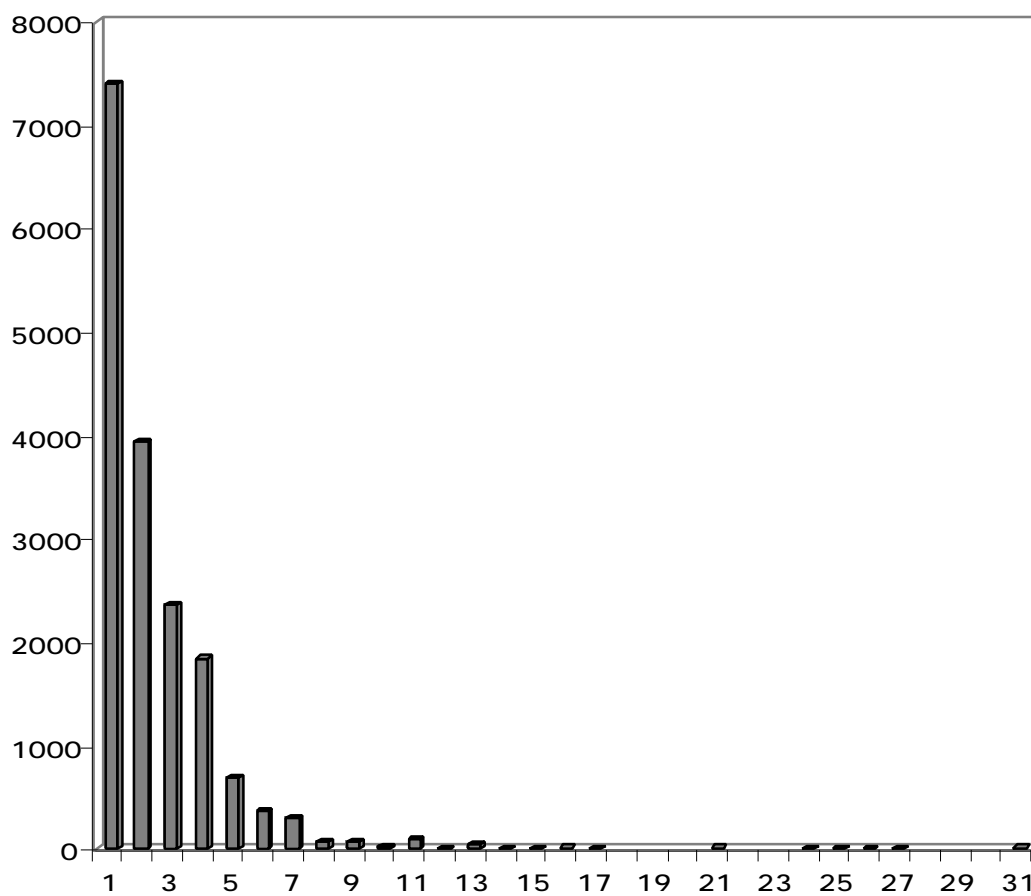
Em termos do efeito que se pretende avaliar, encontra-se que um beneficiário do SNS tem, em média, menor saúde, uma vez ajustadas as características individuais de cada inquirido. Ou seja, existe um efeito de melhoria de saúde associado à cobertura por um sistema de protecção adicional ao Serviço Nacional de Saúde, que é estatisticamente significativo e que não se encontra associado a factores de composição dos beneficiários dos sistemas privados de saúde.

### 3. O efeito sobre a frequência das consultas

Igualmente relevante para os nossos propósitos é o efeito sobre a utilização de recursos de se ser beneficiário de um sistema privado de saúde. Para análise desses efeitos, a análise de regressão tem que ser ajustada para o facto de o número de consultas ser uma variável discreta (por um lado), e da sua distribuição se encontrar concentrada em valores baixos.

Figura 3

#### Número de consultas



O quadro seguinte apresenta o número médio de consultas por estado de saúde e por serviço usado. Deste quadro, a conclusão aparente é a de os beneficiários dos sistemas privados de saúde terem uma maior utilização de consultas. Contudo, esta é uma conclusão apressada. Se houver uma relação positiva entre o nível de rendimento e o número de consultas, e se os beneficiários dos sistemas privados de saúde pertencerem, em média, a escalões de rendimento mais elevados, tem-se uma explicação possível para o efeito observado no quadro.

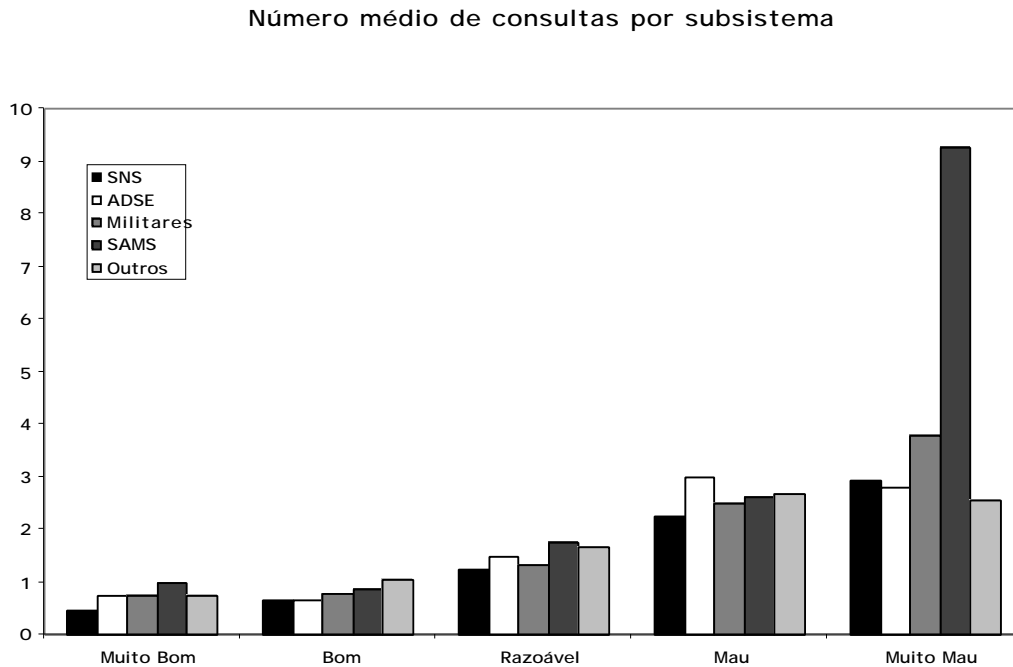
Quadro 3

	Muito Bom	Bom	Razoável	Mau	Muito Mau
SNS	0,45 (398)	0,65 (4688)	1,23 (7979)	2,24 (4916)	2,92 (1406)
ADSE	0,74 (102)	0,66 (746)	1,49 (798)	3,00 (208)	2,79 (42)
Militares	0,74 (27)	0,76 (182)	1,31 (264)	2,48 (72)	3,77 (9)
SAMS	1,00 (26)	0,87 (149)	1,74 (118)	2,62 (21)	9,25 (4)
Outros	0,73 (28)	1,06 (87)	1,65 (261)	2,69 (74)	2,56 (9)



Nota: entre parêntesis o número de observações

Figura 2



É assim relevante distinguir este efeito da explicação alternativa de os sistemas privados de saúde induzirem uma maior utilização de recursos. Na verdade, há ainda outros efeitos a discernir, como a composição etária dos beneficiários, o seu nível de escolaridade, etc...

A existência de um elevado número de zero consultas levanta a questão de o modelo ser compatível com a abordagem mais tradicional de se considerar que o número de consultas de uma pessoa é derivada de uma distribuição de Poisson, cuja média reflecte as características pessoais de cada observação. A utilização do modelo de Poisson obriga a que a média do número de consultas seja igual à variância. Na amostra usada, o valor médio de consultas por indivíduo é de 1,156 e a variância é de 3,64, pelo que se está em

presença do que se denomina de excesso de dispersão (*overdispersion*), desaconselhando a utilização do modelo de regressão baseado na distribuição Poisson. Adopta-se aqui uma modelização conhecida por “zero-inflated counts” (veja-se Cameron e Trivedi 1998). A distribuição pode ser interpretada neste modelo como uma mistura finita com uma distribuição degenerada de massa de probabilidade concentrada no valor zero. A estimação realiza-se pelo método de máxima verosimilhança. Os detalhes do modelo econométrico encontram-se em anexo.

Os parâmetros estimados encontram-se no quadro seguinte. Valores positivos significam um efeito positivo da característica indicada (conforme descrição do quadro 1) sobre o número de consultas. Foram incluídas duas variáveis adicionais, “Come”, que tem valor 0 se a pessoa não come for a das refeições; valor 1 nos restantes casos; e “Leite”, que toma o valor de dias em que tomou leite na última semana. Ambas as variáveis pretendem descrever estilos de vida susceptíveis de influenciar a saúde, e como tal o número de consultas realizadas.

Quadro 4

Variável	Estimativa	Estatística-t	“P-value”
Constante	1,14		0,000
SNS	--		0,000
Peso	-0,0096	-3,08	0,002
Peso (ao quadrado)	0,000075	3,40	0,001
Idade	0,0135	6,30	0,000
Idade (ao quadrado)	-0,000146	-6,97	0,000
Divorciado	-0,133	-6,77	0,000
Viúvo	0,060	3,38	0,001
Trabalho	0,218	19,58	0,000
Diabetes	0,142	8,27	0,000
Asma	0,12	7,11	0,000
Bronquite	0,103	5,11	0,000
Tensão alta	0,162	14,13	0,000
Exercício	0,00030	6,99	0,000
Refeições	0,034	3,95	0,000
Come	0,060	12,16	0,000
Leite	0,008	5,22	0,000
Epilepsia	0,222	6,83	0,000
Tabaco	-0,00476	-8,04	0,000
Stress	0,022	25,52	0,000
Rendimento 3	0,071	3,58	0,000
Rendimento 6	0,052	3,49	0,000

As variáveis de caracterização individual apresentam efeitos “normais”: a existência de condições crónicas motiva um maior recurso a consultas, tal como um maior nível de escolaridade. Há contudo alguns efeitos de menos fácil explicação à partida: o efeito em U invertido da idade (com o pico por volta dos 50 anos e atingindo um efeito nulo cerca dos 93 anos), o efeito negativo associado ao consumo de tabaco (os fumadores procuram menos consultas que os não fumadores) e o efeito incerto do rendimento, em que a classe 3 é a que apresenta maior procura de consultas, seguida da classe 6. Este último resultado poderá estar associado à conjugação de dois efeitos: por um lado, um maior rendimento permite um maior acesso a consultas, nomeadamente privadas (que são importantes

sobretudo na classe de consultas de especialidade).<sup>3</sup> Por outro lado, estando tipicamente associado um melhor estado de saúde a níveis de rendimento superiores, se as variáveis de controle não capturarem todos os efeitos, o nível de rendimento poderá funcionar como “proxy” de elementos não especificados. E um melhor estado de saúde estará associado a uma menor utilização de consultas. A não linearidade destes dois efeitos estará potencialmente subjacente à falta de monotonicidade do efeito estimado.

Do ponto de vista do efeito associado à cobertura por sistemas privados de saúde, constata-se que os beneficiários dos sistemas privados de saúde não se distinguem, de forma estatisticamente significativa, dos utilizadores do Serviço Nacional de Saúde no recurso a consultas. Os resultados econométricos sugerem que a diferente intensidade de consultas encontrada no quadro inicial como estando associada aos beneficiários dos sistemas privados de saúde é explicada pelas características dos beneficiários. Uma vez ajustadas estas características, os beneficiários dos sistemas privados de saúde exibem uma igual utilização de consultas.

Uma justificação para este resultado está em os beneficiários dos sistemas privados de saúde terem melhor saúde à partida, o que naturalmente os leva a recorrer menos a consultas. Este efeito contrabalança o incentivo a um maior consumo dos beneficiários dos sistemas privados de saúde. Contudo, há dois motivos para pensar que esta objecção se encontra controlada na análise: por um lado, as variáveis de controle das características pessoais são as mesmas que foram usadas como explicação do estado de saúde (latente),

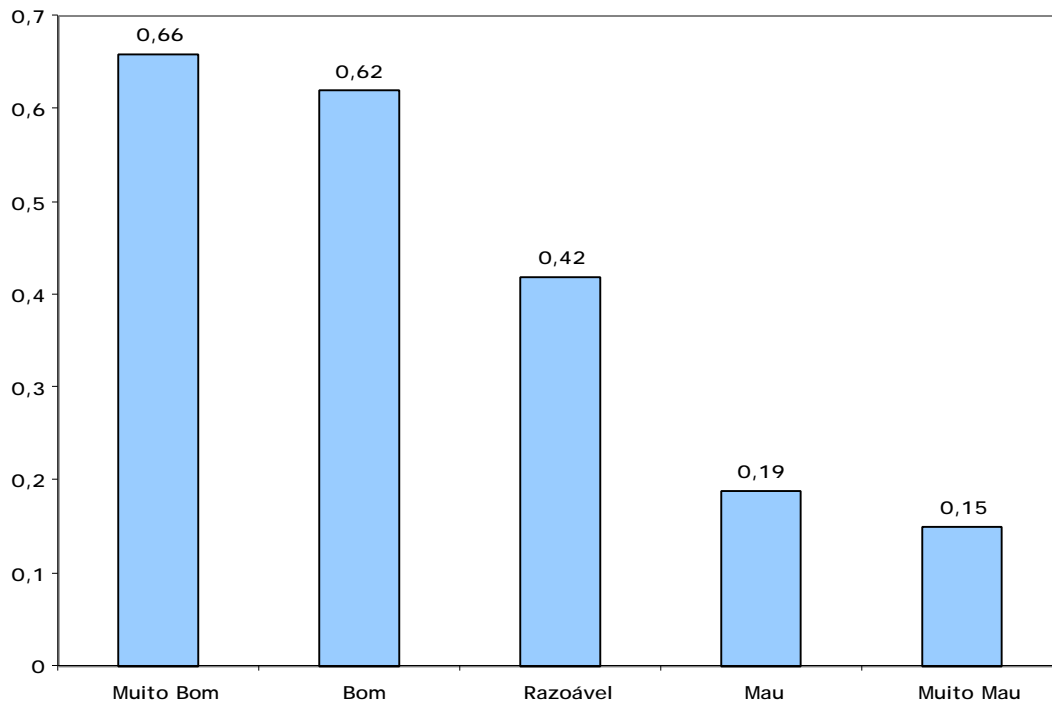
---

<sup>3</sup> Veja-se Barros (1999b) para uma descrição geral.

pelo que a heterogeneidade no estado de saúde se encontra de certa forma descontada. Em segundo lugar, o estado de saúde foi considerado como factor determinante da probabilidade de obtenção de “zeros excessivos”, constituindo um segundo controle para este efeito. A este propósito, o quadro seguinte apresenta as probabilidades exógenas de não procurar consulta, dado o estado de saúde reportado. Como se constata, o padrão está de acordo com a expectativa (probabilidade maior de procurar zero consultas para estado de saúde melhor), pelo que não será esta a motivação para a diferença estatisticamente significativa do efeito associado com o indivíduo usar sobretudo o Serviço Nacional de Saúde, por oposição aos que recorrem sobretudo aos sistemas privados de saúde.

Figura 3

Probabilidade exógena de ter zero consultas



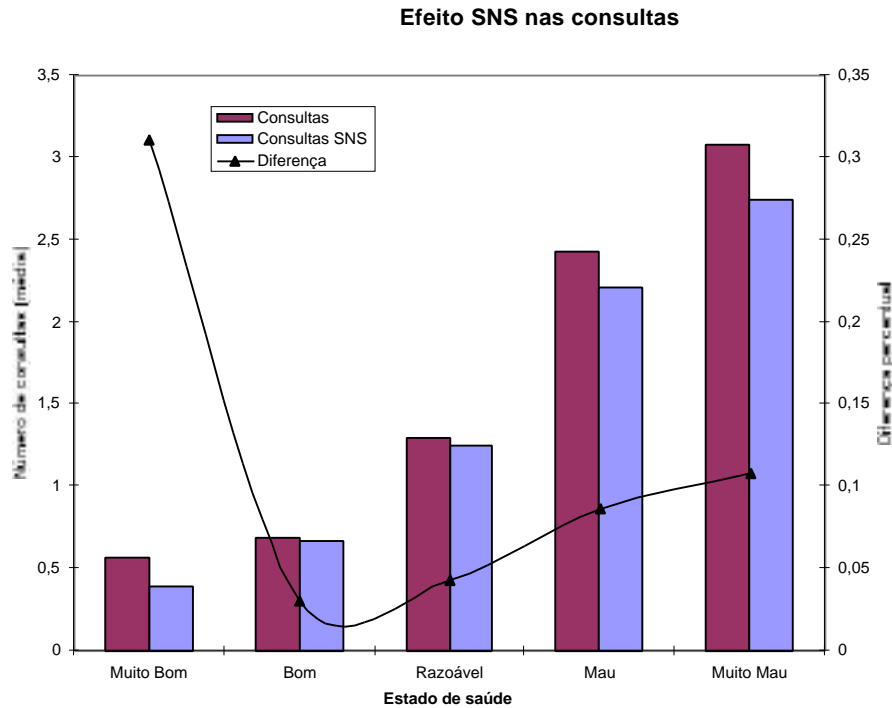
Como se viu no Quadro 3, o padrão de procura de consultas difere substancialmente de acordo com o estado de saúde reportado. Realizaram-se por este motivo estimativas da procura de consultas para cada estado de saúde declarado.<sup>4</sup>

A Figura seguinte apresenta o efeito associado com o Serviço Nacional de Saúde. As barras representam o número de consultas médio, por grupo de estado de saúde declarado, da amostra e aplicando o efeito do SNS. A linha, com escala no eixo da

<sup>4</sup> O leitor interessado encontrará em Anexo os principais resultados de regressão. Informação mais detalhada está disponível por solicitação directa ao autor.

direita, representa a diferença percentual em número de consultas, avaliada no ponto médio da amostra, do efeito SNS.

Figura 4



As magnitudes envolvidas não são desprezíveis, embora seja de realçar que no caso do estado de saúde “bom”, o efeito não é estatisticamente significativo, e para os estados de saúde “razoável” e “muito mau”, o efeito é apenas marginalmente significativo (exige um nível de significância acima dos 5% mas inferior a 6,5%). De qualquer forma, o efeito é mais forte para as consultas de indivíduos que reportam o seu estado de saúde como sendo “muito bom”. Neste grupo, os beneficiários dos sistemas privados de saúde

recorrem de forma a consultas de forma mais intensa e estatisticamente significativa. Contudo, o volume total de consultas per capita neste grupo é relativamente reduzido. Este efeito, encontrado apenas quando se procede à desagregação da procura de saúde por grupos de estado de saúde, revela que a visão agregada esconde diferenças importantes.

Esta informação em termos relativos não nos informa sobre a importância quantitativa deste efeito. Para isso, consideremos o seguinte exercício: se todos os utilizadores do Serviço Nacional de Saúde transitassem para um sistema privado de saúde, passando a ter um número de consultas similar ao dos utilizadores dos sistemas privados de saúde, tal como medido pelo modelo estimado, qual o aumento de consultas que seria gerado?

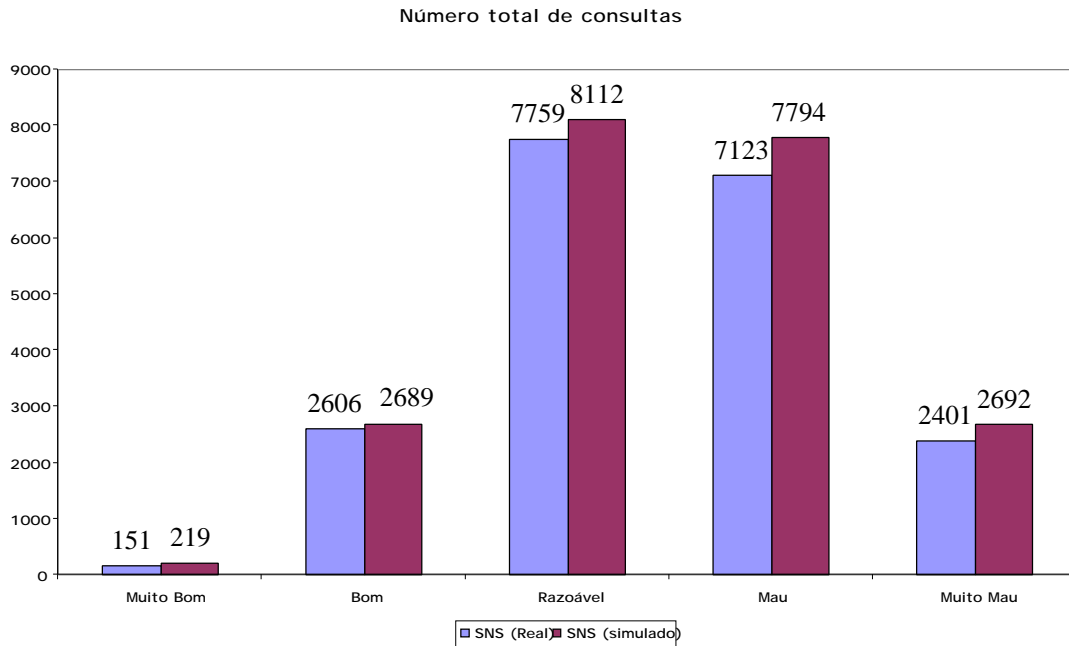
A Figura seguinte apresenta os resultados desse exercício, admitindo que todos os efeitos por grupo de estado de saúde são estatisticamente significativos. Embora se possa discutir se esta aproximação é adequada ou não, face à insignificância estatística de um dos coeficientes, e da marginal significância de dois outros, o valor encontrado será claramente um limite superior ao impacto sobre o número de consultas.<sup>5</sup> Globalmente, o número de consultas, dos actuais utilizadores do SNS na nossa amostra, aumenta de

---

<sup>5</sup> Na simulação não se contemplou a possibilidade de utilizadores com zero consultas passarem a ter uma procura estritamente positiva de consultas. A estimação deste efeito implica a caracterização da procura de consultas, não se dispondo de informação suficiente para o fazer.



20040 para 21506, um acréscimo de 7,3%. Considerando que no grupo de estado de saúde "bom" o efeito é nulo, o acréscimo de consultas seria de 6,9%. Se adicionalmente, se considerasse também como constante o efeito onde as diferenças são marginalmente estatisticamente significativas (estado de saúde "razoável" e "muito mau"), o acréscimo

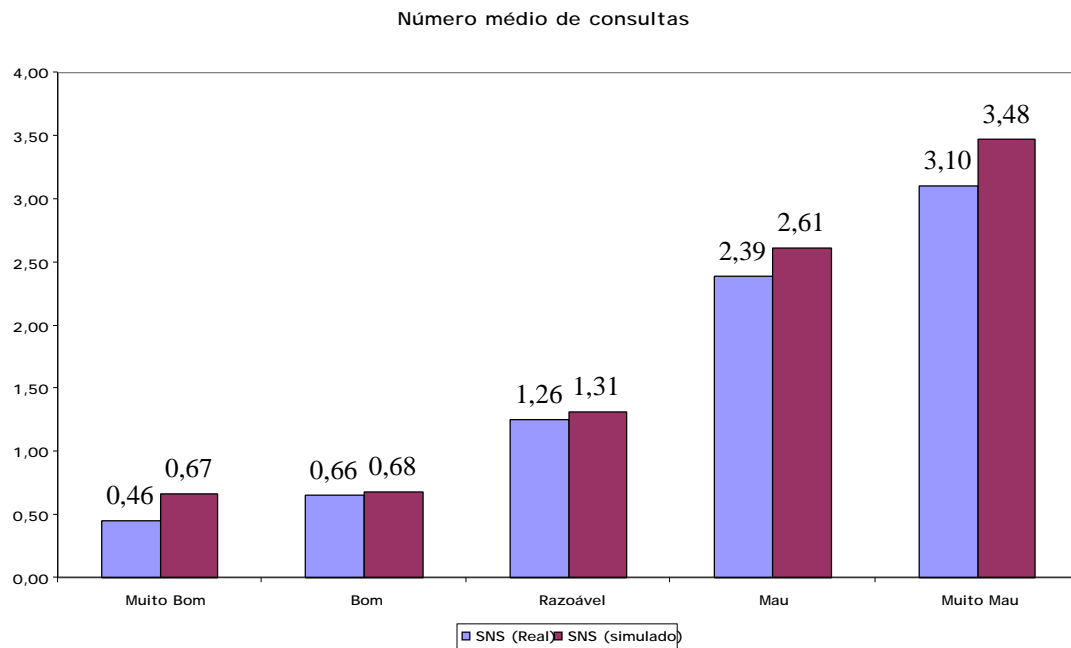


seria de 3,7%. Note-se ainda que a base é o total de consultas do SNS. O impacto no número de consultas total (incluindo SNS e outros sistemas de protecção) será inferior.

Figura 5

A Figura 6 apresenta o valor médio por consulta, real e simulado, para os utilizadores do SNS (a Figura 4 realizou a comparação com o número total de consultas, incluindo todos os utilizadores).

Figura 6



Esta análise estatística permite concluir dois factos estilizados importantes para a nossa discussão:

1. Os beneficiários dos sistemas privados de saúde têm em média e tudo o resto constante melhor estado de saúde que a restante população;
1. O melhor estado de saúde dos beneficiários dos sistemas privados de saúde pode ser parcialmente imputado a uma utilização mais intensiva de recursos (consultas).

#### 4. Implicações para a reforma do sector da saúde

Essencialmente, quando se considera um processo de reforma, existem duas visões antagónicas: a que defende uma reforma “big-bang” e a que defende gradualismo na reforma.

A defesa de uma estratégia de “big-bang” baseia-se em argumentos de complementaridade – uma reforma parcial não permite aproveitar efeitos positivos cruzados. Há, porém, um lado negativo nesta estratégia, determinado por restrições decorrentes do funcionamento do sistema político. Essas restrições políticas podem evoluir de forma favorável com o progresso das reformas efectuadas parcelarmente. Uma sequência de pequenas reformas pode criar uma base de apoio para a continuação da trajectória de reforma, aumentando a irreversibilidade das próprias reformas. No caso do sector da saúde em Portugal, face à elevada incerteza/discussão que existe sobre o caminho a tomar, a insistência em reformas globais ou a opção por gradualismo é uma decisão de política extremamente relevante.

Reformas globais, em que é criado um momento de mudança, têm um elevado custo, habitualmente não discutido. Esse custo é o da irreversibilidade da reforma. Reformas globais envolvem um elevado grau de incerteza, não se podendo excluir à partida que o resultado acabe por ser inferior que o “status quo”. Obviamente, a expectativa é a de uma

melhoria, mas é normalmente virtualmente impossível garantir que uma medida de reforma melhora inequivocamente o funcionamento do sistema. No caso de um resultado final negativo é razoável pensar-se que uma opção será inverter a reforma.<sup>6</sup> Ora, o custo de inverter a reforma é tanto maior quanto maior for a abrangência da própria reforma. A incapacidade de voltar atrás, depois de realizada a reforma, pode ser vista como um factor favorável à mudança. Porém, tem um efeito indesejável: à partida, se um grupo de agentes souber que se algo correr mal não será possível retroceder, tenderá a bloquear desde o início a reforma, que inclusivamente poderá não ser sequer iniciada.

A utilização de reformas graduais torna mais fácil iniciar-se o processo de reforma, pois permite um retroceder no caminho no caso de resultados inesperadamente adversos. Na presença de forte incerteza sobre os resultados finais, em termos agregados, a utilização de uma estratégia gradualista permite um caminho com menores custos de tentativa e erro. Para além deste efeito, há um outro benefício adicional de uma aproximação gradualista: se cada medida de reforma for, por si só, instável, a opção depois de aplicada a reforma é a de se voltar atrás ou de prosseguir o caminho. Se as reformas iniciais tiverem um sucesso apreciável, será então mais fácil continuar o processo de reforma (poupando-se os custos de voltar atrás e garantindo os ganhos entretanto obtidos). O

---

<sup>6</sup> Em geral, na sequência de uma reforma, um grupo poderá ficar desfavorecido mas ainda assim existir uma

gradualismo permite assim que um alinhamento de reformas parciais leve a um auto-reforço do processo de mudança,<sup>7</sup> nomeadamente quando os diversos passos da reforma são complementares (isto é, quando os seus benefícios conjuntos são superiores à soma dos benefícios de realizar apenas cada um dos passos).

Dada a capacidade de bloqueio dos vários grupos intervenientes no sector da saúde, uma tentativa de reforma global (tipo “big-bang”) terá maiores dificuldades de ser iniciada do que uma abordagem gradual. Porém, temos observado que mesmo medidas parcelares tendem a ser recebidas com bastante cautela e, por vezes, com oposição aberta de pelo menos uma das partes envolvidas. Face a esta característica recorrente das tentativas de reforma no sector da saúde, a abordagem que surge como mais promissora é a de alargar o conjunto de escolhas dos agentes envolvidos, de forma a que estes actuem no sentido pretendido.

Um exemplo possível desta abordagem gradualista é precisamente o enquadramento dos sistemas privados de saúde. Estes encontram-se numa posição dentro do sistema português de saúde em que existem custos elevados de reverter a sua evolução das duas últimas décadas. Sendo a sua situação actual, em termos de lugar a preencher no desenho

---

melhora global, caso em que o resultado final da reforma é considerado positivo.

organizativo do sector, indefinida, o desejo de manter os ganhos alcançados levará a que estes sistemas privados de saúde (ou subsistemas) devam estar receptivos a medidas de reforma que evitem os custos de uma eventual definição do seu papel que implicasse um retrocesso na abrangência e/ou escala da sua actividade.

É, assim, razoável antecipar que haja por parte dos subsistemas uma predisposição para colaborar em medidas de reforma do sistema. A questão é, naturalmente, saber se há coincidência de interesses entre as intenções de reforma do Ministério da Saúde e o desenvolvimento estratégico dos subsistemas.

A este respeito, se a filosofia predominante for a de retomar o projecto do Serviço Nacional de Saúde na sua vertente mais pura - apenas financiamento e provisão pública de cuidados de saúde é admissível - então qualquer evolução que não seja a extinção dos subsistemas (e dos seguros de saúde privados) não estará de acordo com os objectivos da reforma.

É, no entanto, claro que uma intenção de reforma nesse sentido extremo não se encontra presente dos planos e intenções de reforma, de mudança e evolução, que vão sendo

---

<sup>7</sup> Para uma apresentação mais formal deste argumento veja-se Dewatripont e Roland (1995).

desvendados pelo Ministério da Saúde. Por outro lado, qualquer tentativa de reforma nesse sentido geraria fortes resistências.

Actualmente, é mais adequado considerar-se, à luz dos vários documentos de estratégia emanados do Ministério da Saúde, que a preocupação fundamental é a de acabar com as situações de dupla cobertura. Ora, se a opção de integrar os subsistemas no Serviço Nacional de Saúde se encontra fora de questão, pelo menos de forma generalizada, resta a alternativa de transferência de responsabilidades do Serviço Nacional de Saúde para os subsistemas como forma de eliminar essa dupla cobertura.

Em certa medida, a própria existência e desempenho dos sistemas privados de saúde condiciona as opções de reforma do sector, uma vez que os custos de reversão da situação presente são bastante elevados.

Há, aparentemente, interesses coincidentes entre estas duas partes quanto ao prosseguimento de medidas que conduzam no sentido de os subsistemas se assumirem como alternativa ao Serviço Nacional de Saúde em termos de responsabilidade de garantia de acesso a cuidados médicos (que não abrange necessariamente uma substituição em termos de angariação de fundos).

Mas será que outros grupos possuem o interesse e a capacidade de bloquear reformas nesta área específica? Estando em causa a transferência de responsabilidades financeiras do SNS para os sistemas privados de saúde, é de admitir que a outra parte eventualmente interveniente seja o conjunto dos beneficiários abrangidos. De acordo com os resultados empíricos anteriores, os beneficiários dos subsistemas reportam uma melhor auto-avaliação do seu estado de saúde, e, por outro lado, não há necessariamente uma alteração do seu acesso a cuidados de saúde. Não se encontra, portanto, forte justificação para que este seja um grupo de bloqueio. Parecem, deste modo, encontrar-se reunidas as condições para que uma reforma nesta área seja tentada. As formas concretas de que se deverá, ou poderá, revestir um pacote de medidas de reforma do papel dos subsistemas será discutido posteriormente, em outros textos.

## 5. Conclusão

O papel actualmente desempenhado pelos sistemas privados de saúde reflecte-se num melhor estado de saúde dos seus beneficiários, conform auto-avaliação registada no Inquérito Nacional de Saúde, relativamente aos utilizadores do Serviço Nacional de Saúde. Tal significa que uma reforma do sector da saúde que leve ao desaparecimento



dos sistemas privados de saúde (admitindo que tal evolução seria politicamente realizável) acarretaria custos em termos de saúde das populações.

Sendo amplamente reconhecido que a actual situação de dupla cobertura obrigatória não é inteiramente racional, a opção de evolução, num contexto de reforma, que surge naturalmente é a de integração destes sistemas privados de saúde no funcionamento do sector, com a especificação de regras claras e objectivas. Nomeadamente, o caminho apontado é o de estes sistemas privados de saúde se constituírem como alternativa ao Serviço Nacional de Saúde.

A opção de deixar evoluir os sistemas privados de saúde como alternativa ao Serviço Nacional de Saúde levanta diversos problemas a serem resolvidos: (a) em que medida e condições há transferência de responsabilidades do Serviço Nacional de Saúde para sistemas privados de saúde? (ii) quais as propriedades, em termos de equidade global, de um sector da saúde em que os subsistemas se assumem como alternativa ao Serviço Nacional de Saúde? (iii) como se realiza o acesso dos beneficiários destes sistemas privados de saúde ao conjunto de prestadores do serviço nacional de saúde? Estas questões serão analisadas em detalhe, respectivamente, em Gouveia (1999), Pereira (1999) e Barros (1999).

## Anexo

### Estatísticas descritivas

Figura A1

Distribuição por estados de saúde

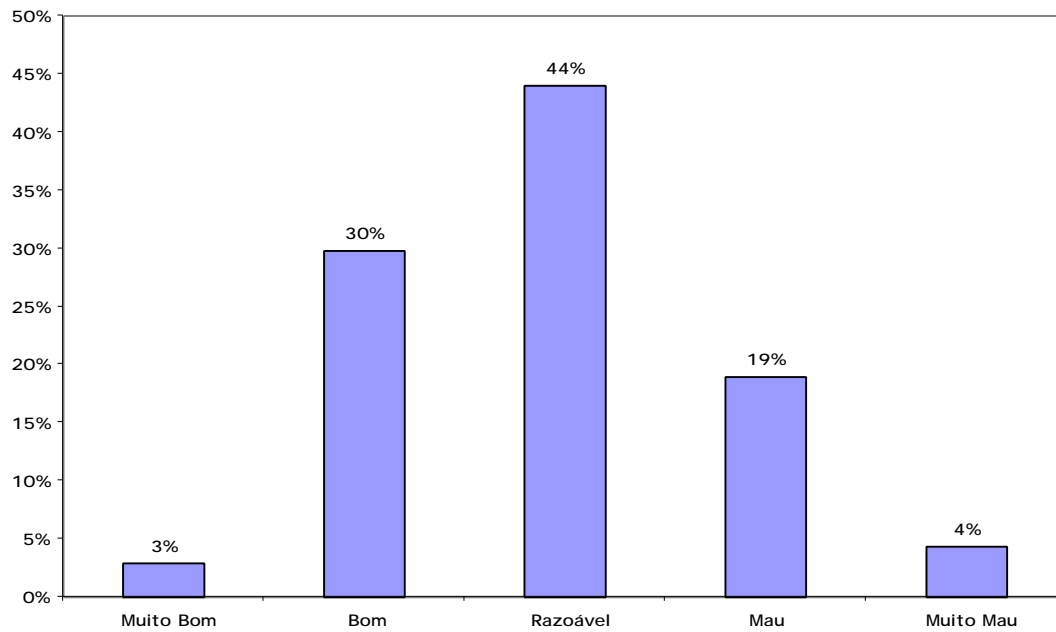


Figura A2

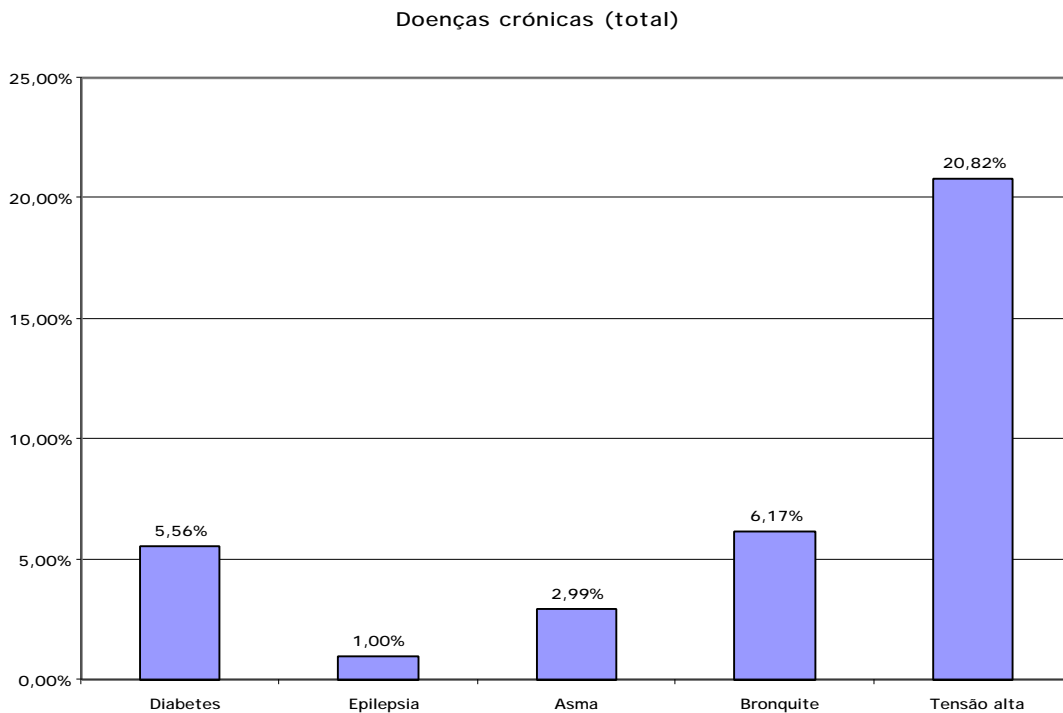
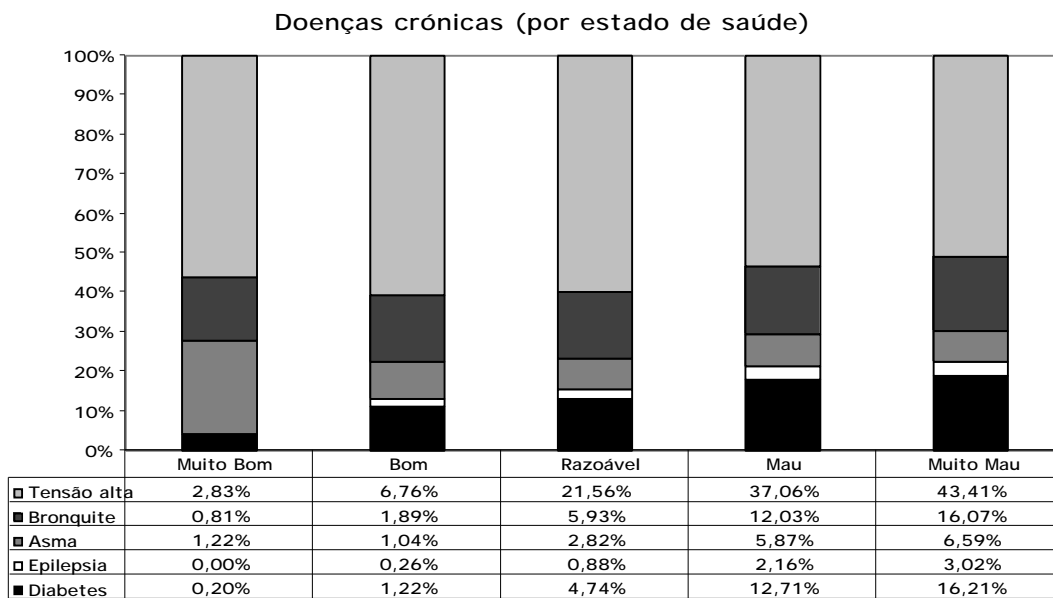


Figura A3



Quadro A1

Número de observações: 17039				
	Média	Mínimo	Máximo	Variância
Escolaridade	5,76	0	23	14,21
Altura	162,43	115	198	69,66
Peso	67,36	30	150	144,56
Sexo	0,59	0	1	0,24
Idade	48,75	18	95	271,80
Trabalho	0,49	0	1	0,25
Exercício	14,93	0	2100	5749,85
Refeição	3,01	1	9	0,27
Come	0,83	0	9	0,74
Leite	4,45	0	7	10,39
Tabaco	3,16	0	100	73,35
Stress	1,64	0	14	18,57
Consultas	1,39	0	30	4,12

Coefficientes de “zero-inflated counts”

[a completar descrição do modelo e interpretação destes coeficientes]

Quadro A2

Coefficiente	Estimativa	“P-value”
0	-1,71	0,000
1	2,39	0,000
2	2,20	0,000
3	1,39	0,000
4	0,29	0,011

Estimativas por estado de saúde reportado

As estimações foram realizadas usando igualmente um “zero-inflated model”, com a consideração de uma probabilidade de não procurar consultas exógena e constante. As variáveis omitidas não são estatisticamente significativas.

Quadro A3

	Muito Bom	Bom	Razoável	Mau	Muito Mau
SNS [P-Value]	-0,372 [0,019]	-0,031 [0,449]	-0,044 [0,052]	-0,090 [0,000]	-0,114 [0,063]
Escolaridade	+	+	+	+	+
Peso	+				+
Peso (ao quadrado)	-		-		
Peso/altura					-
Sexo	+	+		-	
Idade	-	-		-	
Idade (ao quadrado)	+	+			-
Divorciado	-	-		-	-
Solteiro					-
Viúvo		-	+	+	+
Trabalho		+	+	+	
Diabetes			-		
Asma			-	-	
Tensão alta		-	-	-	-
Exercício	+	+			
Refeição		+	+		+
Come		+	+	+	+
Leite			+	+	
Epilepsia		-			-
Tabaco		-	-	-	+
Stress	+	+	+	+	+
Rendimento 2	+				
Rendimento 3		+			+
Rendimento 4	+			+	
Rendimento 5					+
Rendimento 6	+			+	
Rendimento 7		+	+		
Rendimento 8	+	+			
Rendimento 9	+	+	+		
Rendimento 10		+	+		+

## **Referências bibliográficas**

Barros, Pedro Pita, 1999a, “Sistemas privados de saúde – que relação com o SNS (na prestação)?”, neste volume.

Barros, Pedro Pita, 1999b, “Os últimos 25 anos de políticas de saúde em Portugal”, comunicação apresentada no 6º Encontro Nacional de Economia da Saúde, Porto, Janeiro.

Cameron, A. Colin e Pravin K. Trivedi, 1998, Regression analysis of count data, Cambridge University Press.

Gouveia, Miguel, 1999, “Sistemas privados de saúde – que relação com o SNS (no financiamento)?”, neste volume.

Pereira, João, 1999, “Sistemas privados de saúde – que relação com o SNS (na equidade)?”, neste volume.