

**A Economia dos Serviços de Saúde: Sector Público e Sector
Privado na Prestação**

Pedro Pita Barros

Apresentado a
I Curso de Gestão de Serviços de Saúde
Faculdade de Ciência Médicas
Universidade Nova de Lisboa

11 de Julho de 2000

1 Introdução

Apesar da discussão público versus privado ser também relevante e interessante no campo do financiamento, é mais útil a sua discussão no campo da prestação. Tal decorre de as políticas seguidas nos últimos 25 anos nunca terem colocado em questão o financiamento público por via de impostos, sendo muito menos claras as opções público – privado em termos de prestação.¹ Isto apesar da existência, sobrevivência e mesmo crescimento dos sub-sistemas (também chamados serviços privados de saúde) quer na prestação quer no financiamento.² A prestação de cuidados de saúde inclui realidades e serviços de características muito distintas, pelo que se torna necessário tratar de forma individualizada os diferentes tipos de cuidados prestados.

2 Tipos de cuidados relevantes

2.1 Cuidados de saúde primários

Tome-se como cuidados de saúde primários todos os serviços prestados fora do contexto hospitalar quer por clínicos gerais quer por médicos especialistas, bem como serviços e cuidados como odontologia, fisioterapia, radiologia e serviços de diagnóstico. É relativamente seguro afirmar que a sua provisão é assegurada por uma combinação público – privado (veremos adiante valores que ilustram esta afirmação).

O funcionamento dos centros de saúde não tem correspondido, de um modo genérico, ao que deles se pretendia. É possível apontar vários problemas, entre os quais e sem ser exaustivo:

- a) distribuição desigual de recursos – apesar de existir um razoável número de centros de saúde no interior de Portugal, há falta de pessoal (médico e de enfermagem), atraído para as zonas urbanas do litoral;
- b) dificuldades de acesso aos centros de saúde, implicando um recurso sistemático e excessivo às urgências hospitalares;

- c) praticamente inexistente a componente de cuidados de saúde domiciliários e continuados;
- d) fraca reputação do sistema levando frequentemente à procura de segundas opiniões quer junto dos serviços hospitalares quer junto do sector privado.

Este último efeito é claramente visível no recurso às consultas privadas de especialidade. Daqui decorre que, apesar da criação do Serviço Nacional de Saúde, sempre existiram limitações e estrangulamentos na oferta do sector público, tendo o sector privado funcionado como forma de atenuar essas tensões.

2.2 Cuidados continuados e domiciliários

Em termos de intervenção do sector privado, há uma área crescentemente importante, onde a falta de resposta do sector público tem originado um crescimento rápido da componente privada. Frequentemente, esse crescimento ocorre de modo não organizado e informal. O sector em questão é constituído pelos cuidados continuados e apoio a doentes crónicos, idosos, doentes de saúde mental e incapacitados fisicamente.

Há, para estes casos, uma rede informal tradicional, constituída por laços familiares, e que tipicamente não é contabilizada. Por alterações demográficas e culturais, esta rede informal tem vindo a reduzir-se, se não mesmo a desaparecer, dando origem à emergência de formas organizativas privadas, com frequência claramente deficientes na sua capacidade de responder às necessidades qualitativas e quantitativas.

Em termos de experiências de aproximação do funcionamento do sector público à flexibilidade e instrumentos de gestão do sector privado, tem-se a apontar o Projecto Alfa, iniciado em 1995 na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Esse projecto apresentava como grandes objectivos aumentar a satisfação profissional dos clínicos gerais, concomitantemente com o aumento da

satisfação dos utentes com o sistema, aumentar a acessibilidade aos cuidados de saúde primários, via uma maior responsabilização e disponibilidade dos médicos, e racionalizar a utilização dos recursos (nomeadamente medicamentos e meios complementares de diagnóstico). Os instrumentos disponibilizados ao abrigo deste programa incluíam incentivos financeiros diversos. Aparentemente, foram obtidos resultados considerados satisfatórios, uma vez que o mesmo tipo de ideias foi aplicado de forma mais genérica recentemente. Contudo, não há, na medida do meu conhecimento, uma avaliação publicamente disponível desta experiência.

2.3 Hospitais

Relativamente à realidade hospitalar, reportando a dados de 1996 (os mais recentes que se encontram disponíveis com alguma fiabilidade) observa-se que em número os hospitais públicos são a maioria do sistema, mas as unidades privadas não são, de forma alguma, negligenciáveis.

Ainda na realidade hospitalar, vale a pena ter em consideração as experiências não só de gestão privada como o que se poderá chamar “medicina privada em hospitais públicos”,³ bem como a criação dos Centros de Responsabilidade Integrados. Em lugar de debater a lógica de cada uma destas escolhas, vale a pena olhar para estas experiências como tal e realizar uma avaliação criteriosa no final, desenvolvendo as que se revelarem bem sucedidas e eliminando as restantes.

Uma outra experiência, para a qual já existe alguma informação (embora nem toda publicamente disponível, como seria desejável), e na qual a combinação público – privado também está presente, é a do Programa de Promoção do Acesso.

O Programa de Promoção do Acesso foi iniciado com a Lei nº 27/99, e complementado com os Despachos nº 50804/99 e nº 19138/99, o Decreto-Lei nº

285/99 e as Portarias nº 787/99 e nº 818/99. Embora a análise dos efeitos e incentivos económicos destas peças de legislação seja interessante, não será objecto de discussão. Pretende-se descrever a resposta ocorrida e não o desenho do Programa por si.

Este Programa teve aplicação prática na Região de Saúde do Centro (tal como nas restantes regiões de saúde), tendo originado resultados interessantes.⁴ O quadro seguinte apresenta, para três intervenções, a combinação público – privada resultante neste Programa específico, bem como os preços por intervenção em cada um dos sectores.⁵

Quadro 1

	Cataratas		Varizes		Coxartrose	
	Nº	Preço	Nº	Preço	Nº	Preço
Público	333	177,6 contos	112	203,3 contos	10	690,8 contos
Privado	132	206,3 contos	78	250,0 contos	19	780,0 contos
% Privado	28,4	86%	41,0	81%	65,5	89%

Fonte: Cálculos próprios, baseados em informação contida em Relatório de Actividades 1999, Agência de Contratualização dos Serviços de Saúde do Centro.

Estes valores não podem, naturalmente, ser generalizados a todos o país e a outras intervenções. Revelam, contudo, alguns aspectos interessantes, que será importante confirmar ou infirmar com valores das restantes regiões de saúde:

- a) a participação privada revelou-se significativa. Não só o Programa de Promoção do Acesso levou a uma maior actividade do sector público como motivou uma resposta activa do sector privado. É um exemplo de como a actividade médica é sensível ao enquadramento económico-financeiro em que se insere.
- b) Os preços praticados no sector público são mais baixos, mas não muito mais baixos (a maior diferença nesta pequena amostra não excede os 15%). Ora, tendo em conta que a actividade privada terá que pagar explicitamente todos os custos envolvidos (incluindo o valor económico do espaço ocupado) e que

a actividade no sector público não incorpora esses valores, a diferença não é provavelmente tão importante como poderia parecer à primeira vista (num ponto de vista económico, que não coincide necessariamente com o entidade que paga a produção realizada ao abrigo do Programa de Promoção do Acesso).⁶ Ilustra a capacidade de se criar (e eventualmente manter) um sector privado também na área de intervenções cirúrgicas (embora, muito provavelmente, não generalizável a todas as intervenções).

Obviamente, esta evidência deve ser tomada como aquilo que é: uma resposta a um programa específico. Até porque num contexto mais geral é de toda a conveniência discutir incentivos mais gerais associados com a possibilidade de os mesmos médicos actuarem no lado público e no lado privado, de os mesmos médicos serem responsáveis por listas de espera que dêem origem a programas especiais de recuperação das mesmas, etc...

Essa discussão necessita de ser realizada, mas extravasa o objectivo simples de ilustrar um elemento muito simples: também na actividade médica se observa uma reacção dos agentes económicos presentes no sector aos incentivos financeiros, sendo tal verdade quer para o sector público quer para o sector privado.

2.4 Medicamentos e tecnologia pesada

Uma outra área onde a intervenção privada é clara é a dos medicamentos e da tecnologia pesada. Os medicamentos são colocados no mercado por agentes privados, não havendo produção pública dos mesmos. Toda a intervenção pública é realizada pela via do financiamento e das regras de participação que define.

Em termos de tecnologia pesada, a maioria do equipamento encontra-se localizado no sector privado. Este tem-se mostrado mais flexível e pre-disposto à adopção das novas tecnologias que o sector público (essencialmente hospitais).

Quadro 2

	Equipamentos	
	Público	Privado
Câmara Gama	23	7
Litotritor	5	7
Ressonância Magnética	5	22
TAC	39	83
Angiógrafo digital	23	5
Acelerador linear	14	2

Fonte: Carta de equipamentos

3. Consultas e combinação público – privado

Olhando para a evolução da componente privada na prestação de cuidados de saúde de meados dos anos 80 a meados dos anos 90, concluí-se pela existência de um reforço do sector privado. Esta situação foi mais determinada pela evolução dos acontecimentos do que por uma política deliberada nesse sentido.

A evolução da componente privada na prestação pode ser avaliada através da comparação de valores de utilização por sector entre 1987 e 1995 (através dos dados provenientes do Inquérito Nacional de Saúde). Em 1987, o Serviço Nacional de Saúde predominava na prestação de cuidados primários e hospitalares. O seu papel era consideravelmente menor em consultas de especialidade e dentistas. O quadro 3 apresenta valores comparativos de 1987 e 1996.

Quadro 3: Peso relativo do sector privado (em %)

Tipo de cuidado	1987	1996
Consultas totais	33,0	30,4
Consultas clínica geral	23,5	19,4
Consultas de especialidade	52,2	59,4
Dentistas	84,5	92,0
Consultas pré-natal (1987); Ginec/Obstetr. (1996)	38,1	40,0
Raios-X	52,4	56,0
Análises clínicas	70,5	70,8
Ecografias		72,6
Consultas de pediatria		65,3
Consultas de cardiologia		52,7
Consultas de diabetologia		38,0
Consultas de oftalmologia		72,0

Fonte: Quadro 5 em Pereira et al. (1997) para 1987; cálculos próprios a partir do INS95/96, para 1996.

Os principais elementos a reter do INS95/96 são a preponderância do sector público no acompanhamento a grávidas. O sector público capta 60% das mulheres com consulta de ginecologia e obstetrícia e 63,7% do número total de consultas, tendo em conta o número de consultas por mulher (informação baseada em 2218 observações). O maior peso em número de consultas revela que o recurso ao sector público se encontra associado a um maior número de consultas, sendo uma interpretação possível a composição de risco ser mais desfavorável no sector público. A situação não sofreu alteração significativa face à prevalecente uma década antes.

Em termos de análises clínicas, para um conjunto de 8435 pessoas, apenas cerca de 27,1% recorreram ao serviço público, tendo as restantes optados por laboratórios privados (definidos operacionalmente como todos os prestadores deste serviço que não são centro de saúde, hospital do Estado ou Outro). Em

termos de número total de análises, cerca de 31,2% foram realizadas em estabelecimentos públicos. Mesmo considerando uma versão mais restritiva do que constitui o sector privado (apenas consultórios ou laboratórios particulares, clínica e hospital particular e companhias de seguros), este sector absorve 70,8% do número de pessoas que declarou ter realizado análises.⁷

Uma vez mais, o valor para 1996 é essencialmente idêntico ao de 1987. Relativamente a ecografias, para um conjunto de 2530 observações, 23,7% recorreram ao serviço público. Mesmo em sentido estrito, tal como definido previamente, o sector privado abarca 72,6% do total de pessoas que realizaram ecografias.

Também a utilização de Raio-X incide sobretudo no sector privado, com cerca de 42,5% dos utilizadores que responderam (5575) a referirem a opção pelo sector público, e os restantes recorrendo ao sector privado. O sector privado em sentido estrito abarca 56% em 1996, o que é novamente um valor próximo do que ocorria uma década antes (52,4% das pessoas em 1987 recorriam ao sector privado).

Nas consultas verifica-se um padrão de aumento da importância relativa do sector privado nas consultas de especialidade e uma sua diminuição em termos de consultas de clínica geral. Quanto ao número total de consultas, há um reforço do papel do sector público, o que é consistente com o incremento acentuado nas consultas externas hospitalares. Do conjunto de consultas procuradas (24911 observações), cerca de 70% foram realizadas no serviço público e 72,6% do total de consultas foram consultas de clínica geral.

Quadro 4: Consultas (1996)

	Clínica Geral	Especialistas	Total
Sector Público	58,5%	11,1%	69,6%
Sector Privado	14,1%	16,3%	30,4%
Total	72,6%	27,4%	100,0%

Fonte: Cálculos próprios, baseados no INS95/96

A utilização dos médicos do sector público encontra-se fortemente concentrada na clínica geral. Já no recurso aos médicos privados se nota uma maior concentração nos especialistas. Aliás, se uma maioria das consultas de clínica geral ocorre no sector público, já a procura de consultas de especialidade se encontra quase em paridade público – privada, embora esta última seja cerca de 53,8% do total.

Estes números revelam um reforço da componente privada da prestação, tendo como única excepção as consultas de clínica geral. No campo das consultas, acentua-se a dicotomia “especialista privado” versus “clínico geral público”. Estando o sistema actualmente distante dos objectivos preconizados pelo Serviço Nacional de Saúde, nomeadamente no papel do sector privado na prestação, poderia pensar-se nos factores que motivaram o afastamento da realidade face ao projecto do Serviço Nacional de Saúde. Esta forma de olhar o problema é, porém, contestável na medida em que sempre existiu em Portugal uma clínica privada significativa. A ideia, por vezes difundida, de termos um sistema privado que “parasita” o sistema público pode ser até um pouco estranha se pensarmos que essa prestação privada já existia antes da criação do Serviço Nacional de Saúde. A situação actual é pois uma consequência da evolução natural do sistema de saúde que se tinha há 30 anos. A pergunta correcta a ser colocada é: o que impediu a aproximação aos objectivos do SNS?

Esta evolução está em consonância com o discurso oficial desde meados do década de oitenta até 1995, com um reforço do papel da prestação privada. A

própria dimensão desta componente privada torna inultrapassável, pelo menos num futuro próximo, a existência de uma forte presença de prestadores privados, mesmo que as intenções de ordem política sejam de sentido contrário. Não será demasiado arriscado prever que uma vez mais o lado legislativo irá acomodando esta realidade, tendo intervenções de ajustamento aqui e ali.

Os valores discutidos dão uma fotografia da situação nacional. Porém, valores de âmbito nacional escondem diferenças regionais potencialmente importantes. O quadro seguinte apresenta dados relativos à opção pelo sector privado, e a sua variação por região e classe de rendimento.

Quadro 5. Percentagem de consultas públicas: Distribuição percentual por região e classe de rendimento

(Valores de 1995)	Norte	Centro	Lisboa e Vale do Tejo	Alentejo	Algarve
< 33 500\$	84,5	89,9	81,5	87,7	72,0
33 500\$-40 099\$	89,0	84,0	86,2	95,9	72,5
40 100\$ - 49 999\$	84,9	83,3	83,6	92,8	71,4
50000\$ -59 999\$	84,9	88,1	87,6	88,5	75,8
60 000\$ -79 999\$	77,4	79,5	78,9	88,5	78,4
80 000\$ -99 999\$	77,1	74,6	78,7	76,0	80,2
100 000\$-129 999\$	68,5	73,7	65,3	74,3	67,8
130 000\$-199 999\$	61,6	59,3	58,6	61,8	52,7
200 000\$-299 999\$	54,0	49,4	46,5	51,4	51,4
≥ 300 000\$	34,9	32,7	28,0	28,8	21,9

Fonte: cálculos próprios, baseados no INS9596

Observa-se daqui que, em geral, aumentos no nível de rendimento levam a uma menor opção por consultas públicas. Ou seja, encontra-se um forte efeito rendimento na determinação da opção por consulta pública.

Por outro lado, mantendo o nível de rendimento constante, verifica-se que na maioria dos casos, o Alentejo é a região onde se recorre proporcionalmente mais a consultas públicas. Curiosamente, a região onde o recurso ao sector privado é mais frequente é o Algarve.

A propensão para a utilização de consultas privadas encontra-se positivamente associada com o ser consulta de especialidade (por oposição a consulta de clínica geral), com a idade, embora este seja um efeito de reduzida magnitude, e com o nível de escolaridade.

Mais interessante para os propósitos do presente trabalho está em as diferenças regionais na utilização de consultas privadas serem essencialmente inexistente, uma vez tidos em consideração os outros factores que influenciem essa escolha. A única excepção ocorre na região do Algarve, em que existe uma maior propensão à utilização do sector privado para consultas. No caso do Alentejo, por seu lado, embora os valores em bruto sugiram uma maior utilização das consultas públicas, essa maior utilização é explicada pela composição da população dessa região.

Por outro lado, as diferenças de rendimento constituem-se como um factor determinante da propensão à utilização de consultas privadas, nomeadamente para os escalões de rendimento mais elevado. Em concreto, para as classes de rendimento mais baixas, até 60 contos (€299,28) de rendimento mensal do agregado familiar, não há qualquer efeito estatisticamente significativo. A partir do escalão de 60 a 80 contos (€299,28 a €399,04) observa-se uma maior propensão à escolha de consulta privada, que é tanto maior quanto mais elevado é o escalão de rendimento em que o agregado familiar se situa.

Para além da descrição da actual combinação público – privado na prestação existente, é relevante conhecer como é afectada a população por esta

combinação. Infelizmente, não se consegue, com a informação disponível, traçar uma relação causal entre a utilização de cuidados de saúde e estado de saúde. É, no entanto, revelador estudar os factores que levem a uma maior ou menor opção da população pelo sector privado ou pelo sector público. Para o efeito, toma-se o total das consultas registado no Inquérito Nacional de Saúde 1995/1996, para as quais exista indicação da natureza do prestador (público ou privado).

Apesar das indicações dadas por esta análise do quadro, há factores adicionais que ajudam a explicar a opção por prestador público ou privado, condicional à necessidade de uma consulta.

Entre esses outros elementos, incluem-se a idade, sexo, o grau de escolaridade, o estar empregado ou não, se o indivíduo tem cobertura adicional por algum sub-sistema ou se tem unicamente acesso ao Serviço Nacional de Saúde e, finalmente, o nível de rendimento do agregado familiar (medido pelas mesmas classes de rendimento constantes do quadro anterior). É ainda necessário contemplar a possibilidade de existirem efeitos de natureza regional que não são inteiramente capturados pelos factores explicativos descritos.

Os resultados desta análise são os seguintes:⁸

- os cidadãos que não têm qualquer cobertura adicional ao Serviço Nacional de Saúde apresentam uma maior probabilidade de escolha de consulta pública;
- as mulheres, em média, utilizam mais o recurso à consulta pública;
- cidadãos com um maior nível de escolaridade optam mais frequentemente pela consulta privada, bem como os que trabalham (excluem-se, portanto, jovens, domésticas, desempregados e reformados).
- o efeito anterior não é devido a correlação com rendimento, uma vez que as diferenças de rendimento também são tidas em conta. Nas quatro classes de rendimento mais baixas encontra-se uma grande homogeneidade de efeitos.

Apenas a partir da classe 5 de rendimentos há um efeito claro de quanto maior o nível de rendimento maior o recurso a consultas privadas.

- Depois de considerados todos os efeitos descritos, as diferenças regionais esbatem-se, com uma única exceção, a região do Algarve. As pessoas residentes nessa região apresentam um maior recurso, em média e tudo o resto igual, a consultas privadas.

As implicações destes resultados corroboram a intuição usual sobre quem mais recorre ao sector privado. Levanta, ainda, a questão de saber o motivo pelo qual há um maior recurso ao sector privado no Algarve.

4 O desenho das relações económicas – dois exemplos

Da apresentação do que é uma rápida fotografia da combinação público – privada na prestação de cuidados de saúde em Portugal, passo agora à discussão, também breve, de como a análise económica pode ajudar a definir melhor as regras do sistema.

4.1 Cuidados de saúde primários: centros de saúde e medicina convencional

Tome-se, por exemplo, o caso dos médicos de clínica geral. Se um cidadão optar por um médico do centro de saúde, nada paga enquanto optando por um médico do sector privado paga integralmente o custo da consulta (a menos que tenha um seguro, mas neste caso já se está a confundir efeitos do lado da prestação com efeitos do lado do financiamento). Será que este é o melhor desenho para o sistema?

A resposta imediata dos defensores do Serviço Nacional de Saúde é um rotundo e sonoro “não”. O sistema privado não deveria sequer existir, ou ser no máximo residual. As pessoas deviam encontrar todas as respostas às suas necessidades nos centros de saúde. De outro modo, ou não se garante a acessibilidade ou há um descontrolo de custos com o sistema.

Porém, outros diriam um não menos sonoro “não”, mas por motivos diferentes. A situação actual penaliza fortemente a liberdade individual de escolha do médico por parte do cidadão. Este último devia poder escolher livremente o seu médico, sem constrangimentos de ordem financeira, e sem se ser discriminado monetariamente por escolher um médico fora do sistema público.

Ambas as posições têm algum apelo. Contudo, uma análise económica séria tem que ir para além destes argumentos. Em primeiro lugar, há que reconhecer que não é possível determinar com exactidão qual a combinação óptima público – privado. Esta resulta de decisões individuais dos cidadãos. E a menos que se proíba legalmente uma das partes (a privada ou a pública), é virtualmente impossível controlar directamente as decisões de cada cidadão quanto à sua escolha de público ou privado para a consulta médica.

Assim, o melhor que se pode procurar fazer é definir as regras do jogo mais adequadas. Neste contexto, a situação actual é clara: quem procurar uma consulta médica de clínica geral não será reembolsado pelo sistema público. Os apoiantes da segunda posição argumentariam que o pagamento da entidade financiadora deveria ser igual num e noutro caso. Curiosamente, a análise económica diz-nos que nem uma nem a outra opção são as mais correctas. A inclusão de todos os médicos em situação de igualdade, por isolar o utente do custo de cada consulta, levaria, por um lado, a uma procura excessiva de consultas e a um escalar de preços (e custos), por outro lado. Os prestadores privados teriam todo o interesse em pressionar para a prática de preços mais elevados, uma vez que os utentes não são sensíveis a este factor. Apesar da aparente igualdade de tratamento, o aumento de custos com o sistema seria excessivo do ponto de vista social.

A solução de excluir de participação as consultas que não sejam providenciadas pela rede pública, seguida na organização actual do sistema,

também cria problemas. Concede uma vantagem artificial ao sector público, que leva a que este último esteja menos preocupado com o utente e sua satisfação do que é desejável que aconteça. Acrescendo que o médico é pago de forma assalariada, um valor fixo por mês independentemente dos seus resultados e esforço, tem-se a situação de deficiente qualidade de atendimento e fraco empenho e satisfação profissional da classe médica.

No entanto, é possível apontar um desenho do sistema com propriedades económicas mais interessantes: o utente recebe sempre uma comparticipação, de valor absoluto idêntico quer consulte um médico no sector privado ou no sector público, conjuntamente com um sistema de remuneração ao médico do sector público diferente se o utente recorrer ao sector privado.

Porque é que este sistema oferece propriedades económicas mais interessantes? Porque não dá uma vantagem inequívoca ao sector público, em termos de esforço financeiro do utente, levando a que este compare mais facilmente a qualidade do serviço num e noutro sector, por um lado. Por outro lado, não cria um incentivo para que sejam estabelecidos preços mais elevados. Como ao optar pelo sector privado, um utente tem que pagar do seu bolso qualquer diferença positiva do preço da consulta para com a comparticipação dada, o prestador privado sabe que o utente será sensível a preços mais elevados e tentará manter um preço baixo. Mas também do lado do sector público surgem efeitos favoráveis – se o sector público tiver custos elevados, então a comparticipação dada caso seja procurada uma consulta no sector privado será mais elevada. Ora, este aspecto torna mais fácil a escolha do sector privado por parte do utente. O que não é do interesse dos médicos que constituem o sector público se estes virem a sua remuneração (mais precisamente, parte dela) depender da actividade desenvolvida. Resulta assim um incentivo descentralizado para que os custos de consultas de cuidados primários sejam mantidos baixos, como forma de manter uma vantagem sobre a actividade concorrente do sector privado.

4.2 Formas de remuneração e incentivos à eficiência

Para além da discussão dos casos puros público – privado, assiste-se actualmente a experiências mistas: gestão privada em hospital público – Hospital Fernando da Fonseca; e a introdução de novos instrumentos e regras de gestão privada na gestão pública – Hospital da Feira.

Estas experiências são importantes também para a discussão de público versus privado, nomeadamente se componentes importantes da gestão privada puderem ser replicadas em ambiente público.

A este respeito, considere-se o incentivo a ser eficiente (no sentido de evitar desperdício). Num sistema em que o agente crucial (o médico, por exemplo) recebe a mesma remuneração independentemente dos custos que gera e dos resultados que produz, esse agente não tem qualquer interesse em produzir mais e/ou ter menores custos. Poderá fazê-lo individualmente e de forma mais ou menos pontual, por brio profissional, mas não existirá uma atitude deliberada e colectiva nesse sentido. A falta de incentivo à procura de eficiência decorre de uma comparação muito simples de custos e benefícios – todo o benefício gerado pela maior eficiência, poupança de custos, por exemplo, é transferido para outra entidade, como consequência directa da remuneração fixa. Por outro lado, suporta os custos dessa procura de maior eficiência. Logicamente, o interesse em ter custos sem usufruir de benefícios é reduzido. Este aspecto justifica porque é que é tão difícil observar a procura de eficiência em instituições de gestão pública.

Significa isto que para se introduzirem incentivos à procura de eficiência se torna necessário criar algum mecanismo de apropriação (ainda que parcial) das poupanças obtidas, por parte de quem as gera. Esses mecanismos de apropriação estão normalmente presentes na gestão privada, mas não são exclusivos desta. E podem ir desde a simples remuneração de acordo com a

produção até à transferência para a esfera privada de determinadas actividades. O grau, e a medida, em que tal ocorre depende das circunstâncias de cada caso.

5 Conclusão

A combinação público – privado tem sido sempre fonte de discussão em Portugal. E se do lado do financiamento a discussão que tem sido realizada se centra à volta de princípios e considerações teóricas, do lado da prestação de cuidados de saúde, a realidade tem-se sobreposto à análise conceptual.

Assim, quando se fala de combinação público – privado no financiamento, discute-se, essencialmente, se deverão existir componentes de seguro privado com algum significado, em substituição (ou em alternativa) ao “seguro público financiado por impostos”, que é o Serviço Nacional de Saúde. Independentemente de opiniões pessoais, é relativamente claro que as autoridades e a maioria da população se revê num sistema de financiamento público via impostos. Esta opção, explícita, por parte de uns, implícita, por parte de outros, torna pouco interessante discutir a combinação público – privado no financiamento. Adicionalmente, os seguros privados de saúde têm uma expressão pouco significativa, demonstrando uma vocação sobretudo supletiva e voltada para aspectos de conforto, em termos de produto oferecido.

Poder-se-ia argumentar que o verdadeiro peso do sector privado na vertente do financiamento é dado pelos sub-sistemas. Contudo, a sobrevivência dos sub-sistemas é assegurada por contribuições das empresas ou dos serviços de origem e por contribuições compulsórias dos trabalhadores abrangidos, estando essas contribuições associadas ao rendimento e não às características de risco de cada indivíduo. Ora, esta especificidade contributiva torna os sub-sistemas muito mais próximos do que é típico do seguro público do que de um verdadeiro financiamento de seguro privado.

Por estes motivos, o aprofundamento da discussão sobre o financiamento por seguro privado e o denominado “opting-out” (ou existência de seguro privado alternativo à contribuição para o sistema público) é, aparentemente, de pouca relevância prática.

Em contraste claro surge a discussão da combinação público – privado na prestação. Não só a realidade envolve uma co-existência persistente no tempo (apesar de todos os objectivos de abrangência que presidiram à criação do Serviço Nacional de Saúde) como tem sido crescentemente reconhecido o seu papel.

O sector privado tem tradicionalmente uma forte participação na prestação de cuidados de saúde. Esse papel foi reforçado na década que medeia entre 1986 e 1996 (infelizmente, não há informação comparável actualizada).

É igualmente claro que existem actividades que, face às circunstâncias correntes, indiciam uma forte participação futura da actividade privada. É o caso dos cuidados continuados e domiciliários. O peso da actividade privada no total da prestação de cuidados de saúde em Portugal não se encontra em clara regressão, provavelmente bem pelo contrário.

A experiência recente do Programa de Promoção do Acesso revela que tanto o sector privado como o sector público respondem ao enquadramento financeiro em que se encontram inseridos. Tal sugere, por um lado, que iniciativas não discriminatórias entre o sector público e o sector privado induzirão resposta de ambos e, por outro lado, é razoável esperar que a introdução de mecanismos típicos da gestão privada no sector público produza alguns efeitos.

Torna-se, pois, relevante não só seguir com cuidado as experiências de “privado em ambiente público”, como são os casos da gestão do Hospital Amadora/Sintra e do Hospital da Feira (que em planos diferentes e por meios distintos procuram

criar regras de gestão privadas em instituições públicas), como discutir conceptualmente os enquadramentos adequados.

A este respeito, considerou-se a articulação público – privado, em termos de componente económico-financeira, em cuidados de saúde primários, com implicações quer para o regime de medicina convencionada (abertamente defendido pelo Bastonário da Ordem dos Médicos) quer para a (re-)organização dos Centros de Saúde públicos.

Discutiu-se igualmente o mecanismo pelo qual os enquadramentos remuneratórios dos profissionais de saúde induzem uma maior ou menor eficiência do sistema de saúde (entendida como redução do desperdício).

Globalmente, o sector privado em cuidados de saúde tem sido um factor permanente do sistema de saúde nacional. Interessa compreender como actua e como interage com o Serviço Nacional de Saúde e que princípios devem estar subjacentes às regras que estabeleçam essa interacção. Espera-se que este seja um (pequeno) passo nessa direcção.

¹ Uma análise das políticas de saúde desenvolvidas nos últimos 25 anos encontra-se em Jorge Almeida Simões e Óscar Domingos Lourenço, “Políticas públicas de saúde em Portugal nos últimos 25 anos”, pp.99 a 133, em Pedro Pita Barros e Jorge Simões, editores, Livro de Homenagem a Augusto Mantas, APES: Lisboa, 1999. Veja-se igualmente Vasco Pinto dos Reis, “O sistema de saúde português: donde vimos, para onde vamos”, pp. 261 – 297, em Pedro Pita Barros e Jorge Simões, editores, Livro de Homenagem a Augusto Mantas, APES: Lisboa, 1999.

² Para o leitor interessado no desenvolvimento do tema dos sub-sistemas, recomenda-se o livro “O papel dos sistemas privados de saúde num sistema em mudança,” ANSS – Associação Nacional de Sistemas de Saúde: Lisboa, 1999, onde vários autores debatem a interligação e o papel dos sub-sistemas.

³ Este tema não será objecto de desenvolvimento no presente texto. Um documento interessante é o artigo de José Carlos Lopes Martins, “Medicina Privada em Hospitais Públicos”, Nova Economia, mº13, pp. 41 –43, 1997.

⁴ O leitor interessado deverá consultar o Relatório de Actividades 1999 da Agência de Contratualização dos Serviços de Saúde do Centro para informações mais detalhadas sobre a implementação do Programa de Promoção do Acesso nesta região.

⁵ É a nosso ver, extremamente interessante replicar este quadro para as restantes regiões de saúde. Contudo, a incapacidade de obter a informação relevante não o tornou possível.

⁶ Por exemplo, como seriam afectados os preços caso o hospital público imputasse aos seus custos o valor da renda anual que se obteria caso fosse dado uso comercial a esse espaço físico?

⁷ Estes valores não correspondem ao número total de análises realizadas no país, uma vez que as análises hospitalares feitas a partir de episódios de internamento não se encontram aqui contempladas. No entanto, os valores são ilustrativos de um forte papel do sector privado.

⁸ Tecnicamente, realizou-se uma análise Probit em que a variável dependente é a escolha de consulta pública (valor 1) versus uma consulta privada (valor 0). Consideraram-se apenas as variáveis explicativas que apresentaram valores estatisticamente significativos ao nível de significância habitual de 5%, tendo sido retiradas as restantes variáveis. A análise incluiu 10206 observações, das quais 68% correspondem a consultas no sector público. O valor R^2 obtido é de 0.2326. O modelo prevê correctamente 76% das observações.