

QUEM PAGA OS CUIDADOS DE SAÚDE?

ALEXANDRE ABRANTES

Escola Nacional de Saúde Pública. Lisboa.

RESUMO

Os cuidados de saúde têm características que os levaram, com o correr dos tempos, a serem retirados do mercado. As beneficências, seguros de doença e serviços nacionais de saúde foram cobrindo uma parte crescente dos custos dos cuidados de saúde, até então da total responsabilidade dos utentes. Embora se aponte este facto como a causa dum aumento exagerado do consumo e dos gastos com a saúde, há razões para pensar que existem outros motivos que justificam ambos os fenómenos. Reimputar parte dos custos aos utentes poderá aumentar as receitas e reduzir os gastos, mas há que pensar igualmente no preço de tal decisão.

SUMMARY

Paying for health care

Health care has such a nature, that it has been progressively withdrawn from the market situation. Charities, health insurances and national health services have made patients less and less responsible for the payment of health care. This fact has been said to be responsible for an excessive increase in use and costs of health care, but there are however reasons to think that other causes exist for both facts. Putting health care costs back to patients may increase revenue and reduce expenditure, but one should think of the *costs* of such a decision.

QUEM PAGA OS CUIDADOS DE SAÚDE?

O crescimento muito acentuado dos gastos de saúde tem levado muitos governos a aumentarem a comparticipação dos utentes no pagamento dos cuidados de saúde, contrariando a evolução histórica dos serviços de saúde que tem precisamente sido dominada pelo fenómeno oposto.

Neste trabalho, procura-se analisar o motivo pelo qual e a forma como os cuidados de saúde se tornaram cada vez menos num encargo dos utentes. Analisam-se também as origens do crescimento dos gastos com a saúde e os possíveis efeitos do aumento da comparticipação dos utentes no pagamento dos cuidados de saúde.

UMA CONSULTA NÃO É UM BEM DE CONSUMO QUALQUER

Se os cuidados de saúde fossem um bem como outro qualquer, os seus preços poderiam estar sujeitos à lei da oferta e da procura. Segundo Pareto, o teórico das economias de mercado, a nenhuma outra situação corresponderia uma melhor afectação de recursos e todos os intervenientes ficariam na melhor posição possível.

Mas os cuidados de saúde não são bens desse tipo. Os bens normais, e passarei a usar como exemplo uma peça de vestuário, um fato, têm valor independente para cada comprador.

No caso dos cuidados de saúde, o indivíduo tem muitas vezes interesse não só em os adquirir, mas que outros os consigam também, mesmo que ele pague uma parte à sua custa. De pouco servirá a uma família vacinar-se se a comu-

nidade não tomar a mesma atitude, especialmente aqueles que talvez não possam pagar o preço de mercado da vacinação. Diz-se, neste caso, que existe um *valor externo* dos cuidados de saúde.

Voltemos ao nosso exemplo de *bem de consumo*, o fato. Uma família bem organizada pode prever a quantidade e o valor do vestuário que pretende adquirir para o próximo Inverno e decidir a altura em que efectuará a compra.

No caso dos cuidados de saúde há um grande grau de *indeterminação*, pois é impossível prever quando, quantos e por quanto tempo vão ser necessários. Pior que isto, na doença o indivíduo tem, a maior parte das vezes, a sua capacidade de angariação de meios muito diminuída. É verdade que se criaram os seguros de doença no sentido de ultrapassar este obstáculo, mas não se resolveu o problema dos doentes crónicos. Que seguro de doença poderá ser aplicado a uma jovem de 30 anos com artrite reumatóide?

Desenvolveu-se, nos últimos anos, um grande movimento associativo de consumidores, que se preocupam com questões de preço e qualidade dos bens de consumo. A nossa família exemplo não tem muita dificuldade em encontrar nas publicações daquelas associações referências a vestuário que lhes permitam tomar a melhor decisão em termos de qualidade/custo, de acordo com as suas opções.

No que respeita aos cuidados de saúde, verifica-se pelo contrário uma grande *ignorância* em relação ao que se adquire. Muitas vezes, só depois de sofrer as consequências é que o utente conhece a qualidade do serviço que adquiriu. É certo que as associações profissionais, do tipo Ordem dos Médicos, e os processos de licenciatura se propõem assegurar um nível de qualidade mínimo que poupe ao utente o custo da informação sobre a qualidade dos cuidados prestados. Infelizmente, ambos são exclusivamente controlados

pelos próprios prestadores, pelo que servem frequentemente para esconder diferenças de qualidade. E de qualquer modo nada assegura ao utente que a qualidade se mantém ao mesmo nível à medida que passa o tempo sobre a licenciatura. Será que nós próprios, profissionais, acreditamos que os nossos colegas *mais procurados* são os que oferecem melhores cuidados de saúde?

A economia de mercado rege-se por regras de eficiência. O gestor da fábrica de confecções produtora do fato exemplo sabe que é pouco eficiente produzir em quantidades tais que o mercado esteja sempre abastecido, mesmo nos *picos* inesperados de procura. Ele tenta produzir apenas a quantidade necessária para cobrir o mercado durante a maior parte do tempo.

No que concerne aos cuidados de saúde, não há muitas pessoas dispostas a arriscarem-se a precisar de serviços durante um *pico* anormal de procura e não os terem. Em geral, preferem pagar a *ineficiência* dum serviço para que tal não aconteça. Qual de nós não ouviu já falar do dinheiro que as beneficências dos USA gastam a manter hospitais hiperdimensionados, com taxas de ocupação consideradas baixas?

A família que temos usado como exemplo pode fixar a quantia — seis ou sete contos — que quer gastar na compra do fato.

No entanto, se precisar dum cuidado de saúde, pode talvez decidir gastar 1000\$00 numa consulta médica, mas perde aí o controlo sobre a conta final. É o próprio prestador, através dos exames complementares de diagnóstico, da segunda opinião e do internamento que requerer ou da receita que prescrever a determinar o total dos gastos da família com o seu problema de saúde. E o prestador encontra-se muitas vezes numa situação de *conflito de interesses*, em que beneficia das despesas que origina. Todos sabemos que em muitos países os médicos lucram com o internamento de doentes em hospitais particulares.

Acresce que Pareto partiu do pressuposto duma distribuição de rendimento inicial justa, situação na qual se verificariam as suas leis. Não só tal distribuição não se regista, como também os grupos com menores rendimentos são os que, a julgar pelos indicadores existentes, mais necessidade têm de cuidados de saúde. Aqueles para quem os *bens*/cuidados de saúde têm mais valor, são também os que menor possibilidade têm de os adquirir.

Os cuidados de saúde são, como vimos *bens* especiais que não se adaptam às leis da oferta e da procura. Este facto marcou a evolução dos sistemas de saúde de forma idêntica em todo mundo, inclusivamente em Portugal. As beneficências, os seguros de doença e os serviços nacionais de saúde foram etapas diferentes que uns levaram mais longe que outros, mas com o objectivo comum de transferir os encargos com os cuidados de saúde dos utentes para um terceiro pagador.

A CRIAÇÃO DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

Os pobres e indigentes, com grandes carências em matéria de cuidados de saúde, nunca puderam adquiri-los por sua conta. Os cuidados de que necessitavam eram-lhes prestados por instituições de caridade, as *Beneficências*. Em Portugal, criaram-se as Santas Casas da Misericórdia, que mantiveram aquelas características até 1974. Noutros países, as Beneficências ultrapassaram esta fase, envolvendo-se na manutenção de hospitais gerais, como aconteceu no Brasil e nos USA tendo, neste último país, dado origem aos primeiros seguros de doença.

As Beneficências baseavam-se em contribuições voluntárias, tornando-se por isso muito vulneráveis às variações dos níveis de contribuições. Muitos beneficentes atrasavam as contribuições, até outros fazerem as suas, de modo a fixarem o valor da própria prestação. Organizações de tipo não lucrativo, assentes na boa vontade dos contribuintes, tinham poucos estímulos para uma gestão eficiente, pelo que foram perdendo importância em toda a Europa. No caso dos USA, abandonaram a sua vocação inicial e entraram no campo dos seguros-doença, conseguindo manter um papel fundamental na prestação de cuidados de saúde.

Já neste século, grandes grupos populacionais defrontaram-se com dificuldades de pagamento dos cuidados de saúde, devido à subida dos custos, pelo que um pouco por toda a parte apareceram diversos esquemas de *seguro-doença*, com o objectivo de proteger as famílias do risco de não poderem pagar os cuidados de saúde quando deles carecessem. Foi, no entanto, difícil resolver o problema dos indivíduos com grande risco de necessitarem de cuidados de saúde, como os hipertensos jovens, pois os prémios dos respectivos seguros eram muito elevados. Muitas vezes administrados pelas antigas organizações de beneficência, os esquemas de seguros evoluíram para o estabelecimento de um prémio fixo, baseado no cálculo do risco médio da comunidade, comprometendo-se então as seguradoras a aceitar os casos de *alto risco*. Mas ficou por resolver o problema de nem todos as classes sociais suportarem do mesmo modo o encargo financeiro do prémio do seguro.

A *iniciativa privada* foi, entretanto, autorizada a operar seguros de doença. Nos USA, os jovens saudáveis, a quem as seguradoras começaram a propor modalidades a preços muito mais baixos, abandonaram os esquemas anteriores, aos quais ficaram afectos apenas os idosos e os indivíduos de alto risco. Os prémios para estes dois grupos tornaram-se, então, proibitivos, pelo que o governo teve que os tomar a seu cargo, com dois serviços específicos, o Medicaid e o Medicare, para os idosos e os muito pobres.

Portugal, com a criação nos anos 50 das *Caixas de Previdência*, seguiu o exemplo de muitos países europeus, ao optar pela criação de um *seguro nacional de doença* em vez dos esquemas de seguro individual.

A Caixa, cujo prémio é uma taxa sobre a massa salarial, paga em partes diferentes pelo trabalhador e pela entidade patronal, começou por cobrir alguns grupos profissionais e certos cuidados de saúde. Estendida progressivamente a toda a população e a todos os cuidados, a Caixa, no início da década de 70, abrangia todos os trabalhadores, inclusivamente os rurais, e as famílias. Com o 25 de Abril tornou-se universal e passou a custear quase todos os cuidados de saúde.

Acontece que as despesas com a saúde sofreram um aumento superior ao de qualquer outro sector, não tendo as contribuições para o seguro nacional de doença acompanhado esta evolução, como sucederia com um verdadeiro prémio de seguro.

Surgiram os primeiros deficits, que não deixaram de aumentar, e que em Portugal se agravaram com a cessação da entrega das prestações à Previdência por parte de muitas empresas. De forma geral, os deficits foram cobertos pelos Orçamentos dos Estados, como aconteceu connosco quando da separação dos Serviços Médico-Sociais do resto da Previdência.

A cobertura universal, os benefícios quase totais e os custos pagos a partir dos orçamentos gerais do Estado, são as características fundamentais dum *Serviço Nacional de Saúde*. À semelhança do que aconteceu noutros países, foi assim que surgiu o nosso Serviço Nacional de Saúde: não fruto dum mero acidente político, mas do desenvolvimento da linha histórica que criou as Beneficências e os seguros de doença.

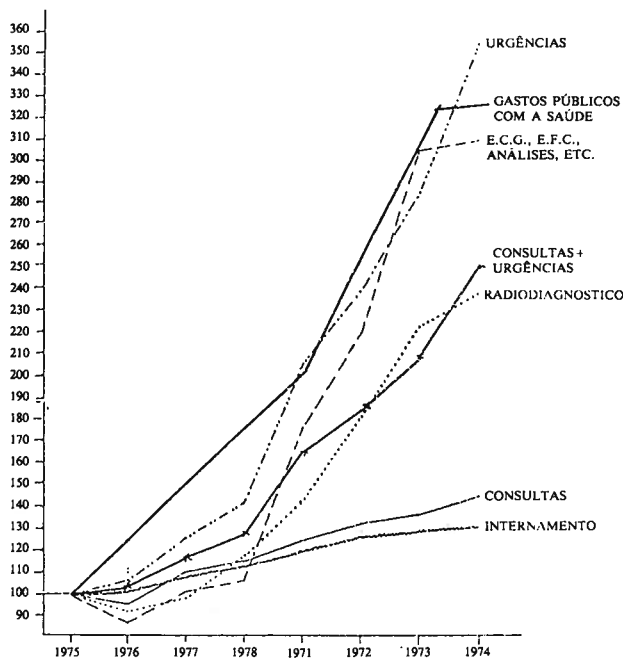
TRABALHO DE CINCO SEMANAS EM CADA ANO... PARA PAGAR A CONTA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Simultaneamente com as modificações dos Serviços de saúde que descrevemos, ocorreram nos últimos 40 anos *aumentos* dos gastos com a saúde sem qualquer paralelo noutros sectores. Enquanto as economias ocidentais se encontravam em expansão, ninguém pareceu preocupar-se, mas quando a recessão as atingiu, os políticos e o público começaram a interessar-se pelo destino dos 7 a 10% dos Produtos nacionais brutos e das cinco semanas de trabalho com que cada indivíduo contribui para pagar a *conta da saúde*.

Como a maior intervenção do terceiro pagador no pagamento dos gastos com a saúde aconteceu ao mesmo tempo que o crescimento destes, muitas associam-nos com causa e efeito.

O Estado Social paga ao utente todos os cuidados de saúde. O utente deixa, assim, de ter respeito pelo esforço desenvolvido e *consome cuidados de forma excessiva e superflua*, levando a crescentes despesas com a saúde. Esta é uma explicação fácil para quem se preocupa mais com objectivos políticos do que com a análise dos factos.

Não é difícil verificar que embora o uso dos cuidados de saúde aumente, os custos gerais crescem muito mais rapidamente, para o que se devem procurar outras causas além da modificação do consumo. Em Portugal, nomeadamente, entre 1970 e 1978 o consumo aumentou a ritmos muito inferiores ao crescimento do orçamento da saúde.



Fonte: I.N.E. Estatísticas de Saúde 1971-1978
Campos, Giraldes, Theias, Almeida, 1980, Congresso Mundial de Economia da Saúde, Leiden.

Figura 1: Crescimento da utilização de alguns cuidados de saúde, 1971-1978, em estabelecimentos e serviços recenseados pelo I.N.E. (Base 100: 1971)

Não é também difícil verificar que, nos países em que a responsabilidade do terceiro pagador menos se desenvolveu, como nos EUA, os gastos cresceram tão ou mais rapidamente que noutros países que chegaram à fase do Serviço Nacional de Saúde.

Pode aceitar-se que parte do aumento do consumo de cuidados de saúde se deve a uma diminuição do limiar de queixas das pessoas que os procuram. Mas há também razões para pensarmos que de facto *precisamos de mais cuidados, que andamos mais doentes*.

As *condições ambientais* têm-se modificado para pior. Se pensarmos na motorização crescente, vemos que em Portugal o maior ritmo de crescimento da mortalidade é precisamente à custa dos acidentes de viação.

A população é também *mais susceptível à doença*, à medida que as idades são mais avançadas e o estilo de vida é agora mais inadequado. Qual de nós não acha que come demais, exercita de menos, conduz por vezes de forma perigosa e fuma mais do que deve?

O panorama das *doenças mais prevalentes* já não é o das doenças infecciosas agudas de tratamento curto e relativamente barato; defrontamo-nos agora com as doenças crónico-degenerativas, que necessitam de cuidados prolongados e muitas vezes caros.

Mais do que modificações na procura de cuidados de saúde, assistimos agora a *alterações da oferta e dos custos* dos cuidados prestados.

O *número de médicos e enfermeiros* aumentou substancialmente nos últimos anos e em Portugal de forma explosiva, sabendo-se já que são eles os principais geradores dos gastos de saúde, através dos produtos que recebem, dos exames que pedem e das novas consultas que geram. Na maior parte dos países, o aumento dos salários do pessoal de saúde, especialmente dos médicos, foi mais rápido do que os de outras profissões comparáveis; os pesados horários do passado são hoje socialmente inaceitáveis, pelo que o recrutamento de pessoal foi alargado por forma a permitir a cobertura das 24 horas de funcionamento dos serviços.

No caso português, embora os salários sejam relativamente baixos, todos os médicos têm tido nos últimos anos emprego assegurado, absorvendo assim parte crescente do orçamento.

A *tecnologia disponível* para os cuidados de saúde é cada vez mais sofisticada e cara; o pessoal necessário para o operar é superespecializado e por isso igualmente caro; por outro lado, os computadores começam a ser utilizados rotineiramente, sendo bem conhecidos os seus custos de aquisição, operação e manutenção.

Os *orçamentos de saúde* não têm sido sujeitos a limites e o pagamento por acto médico actuou em muitos países como um estímulo ao consumo de cuidados de saúde.

Não nos espanta, assim, que o consumo de actos médicos e seus sucedâneos, aumente de forma explosiva, o que aconteceria mesmo que não houvesse pagamento participado e uso superfluo dos cuidados disponíveis.

CONTROLAR CUSTOS, AUMENTAR RECEITAS

Todos os governos ocidentais, incluindo o português, perante os crescentes gastos e deficits orçamentais no sector da saúde, tentaram aumentar as receitas e diminuir as despesas.

Aumentar os impostos foi uma possibilidade afastada politicamente, uma vez que o resultado das eleições em todo o ocidente sugere que o eleitorado tem uma opinião muito negativa em relação ao nível de impostos actual e que se

encontra muito pouco receptivo no que respeita a eventuais aumentos.

Houve tentativas de *dominar a oferta de cuidados* pelo controlo do número de médicos e impondo restrições às empresas de produtos farmacêuticos. A primeira medida foi difícil de impor, pois os médicos — grupo profissional dominante e com papel chave nos serviços de saúde — controlam as Faculdades de Medicina.

No caso português foi possível, no entanto, impor o numerus clausus no acesso às Faculdades, talvez devido ao excesso de oferta prejudicar o poder negocial da classe.

A tentativa de restringir a ação das empresas de produtos farmacêuticos não foi muito bem sucedida, devido à posição forte que aqueles grupos ocupam nos mecanismos do poder económico. Portugal não foi excepção, não conseguindo sequer impor um formulário nacional.

O racionamento nas suas diversas formas tem sido considerado política e administrativamente mais aceitável. No Reino Unido encerram-se serviços e outros controlam as listas de espera de modo a desencorajar parte da procura.

Muitos países reintroduzem taxas por forma a devolver ao utente parte da responsabilidade pelo pagamento dos cuidados usados. Os ingleses cobram taxas moderadoras pelos serviços de optometria e dentista; os belgas cobram a parte hoteleira do serviço hospitalar; Portugal aumentou as *taxas moderadoras* dos Serviços Médico-Sociais e regressa ao pagamento por acto médico, através do sistema de *convenção* instituído.

A responsabilidade financeira do utente tem assumido várias formas: ou é uma *taxa fixa por acto médico*, como se propõe no caso português para o sistema convencionado e se pratica na ADSE; ou uma taxa que corresponde a uma *proporção fixa* da soma paga, como se verifica no pagamento do receituário dos Serviços Médico-Sociais; ou o pagamento pelo utente de todas as *quantias até um certo valor*, a partir do qual o terceiro pagador assume a responsabilidade dos custos, como acontece com certos seguros-automóvel; ou, por último, há um *limite máximo para os benefícios que os utentes podem usufruir durante um certo período de tempo*.

Tudo o que levou historicamente a que os custos dos cuidados de saúde fossem da responsabilidade de terceiros pagadores foi esquecido, argumentando-se hoje com as grandes vantagens de devolver aquele encargo aos utentes.

Diz-se que a participação dos utentes no pagamento dos custos reduzirá o consumo supérfluo, o que possibilitará cortar nos gastos e libertar verbas de serviços de menor para outros de maior prioridade. A implementação destes sistemas tem sido acompanhada em diversos locais (EUA e Canadá), verificando-se que o *consumo de cuidados hospitalares* varia pouco com os preços, para a maioria dos diagnósticos e em quase todos os departamentos, o mesmo acontecendo na clínica geral, quer no que respeita a consultas, quer a visitas domiciliárias ou receitas. O consumo varia, por outro lado, com as classes sociais, sendo os extractos da população menos favorecidos os que respondem mais negativamente aos aumentos de preços. Os que mais precisam são os que passam a usar menos os serviços. Experiências em que os preços dos cuidados pagos pelos utentes foram reduzidos, mostram que a proporção das queixas para as quais os serviços de saúde dão resposta útil sobe de 62 % para 73 %. É lícito, então, pensar que aumentando preços, desencorajamos não só o uso supérfluo de serviços, mas igualmente verdadeiras necessidades de saúde sentidas pelos doentes, confirmadas por profissionais e pela sociedade em geral.

Os defensores das taxas moderadoras afirmam que o facto do utente pagar, torna-o *mais responsável* pela sua saúde e menos dependente das instituições, mas não há nada que prove esta afirmação. O utente passa, dizem os mesmos autores, a *apreciar mais os serviços* e a sentir-se menos em dívida... Ora, o cidadão britânico não preza menos os seus serviços de saúde gratuitos do que o cidadão dos EUA aprecia os seus, cujos preços são bastante elevados. As taxas moderadoras constituirão ainda um *travão aos gastos originados pelos médicos*, através das pressões dos seus clientes. Será que não há maneira de informar directamente os médicos acerca dos gastos que originam sem se penalizarem financeiramente os doentes?

Finalmente, diz-se que além de aumentar as receitas, o sistema de cobrança fornece, no caso dos EUA, um excelente contributo para a *monitorização estatística dos serviços de saúde*. Não esqueçamos, no entanto, que qualquer sistema deste tipo tem grandes custos administrativos que absorvem parte do aumento das receitas, chegando no caso da Bélgica a constituir 10 % do orçamento da saúde.

Poderemos estar a poupar no presente, mas não estaremos a gerar maiores custos para o futuro? A prevenção primária e o limiar das queixas para procurar cuidados de saúde são os primeiros a responder aos preços, pelo que os casos aparecerão nos serviços mais tarde, tornando muitas vezes o tratamento e a reabilitação mais difíceis e mais caros.

CONCLUSÃO

Os cuidados de saúde são um bem especial, bastante diferente dos normais bens de consumo, e que dificilmente se adapta aos circunstancialismos do mercado e às leis da oferta e da procura. Esta especificidade dos cuidados de saúde dominou a evolução dos serviços prestadores, em que a responsabilidade financeira passou progressivamente do utente para um terceiro pagador fôsse ele uma beneficência, um sistema de seguro/doença ou o próprio Estado.

Os gastos de saúde sofreram um aumento sem paralelo nas últimas décadas, o que tem sido atribuído à menor responsabilidade financeira do utente, com o consequente uso excessivo e supérfluo dos serviços. Há no entanto razões para pensar que o aumento do consumo se deve, não só ao uso inapropriado dos serviços, mas também a um verdadeiro aumento das necessidades e, mais importante do que isso, a factores ligados à prestação de cuidados. Havendo que ajustar os gastos às receitas, o racionamento da oferta pela imposição de taxas moderadoras, não é a única forma de se conseguir aquele objectivo. É uma solução que aumentando receitas, tem também os seus custos e que desencorajando a procura, afasta dos serviços indivíduos com necessidades de cuidados, muito provavelmente os que deles mais precisam.

BIBLIOGRAFIA

1. ANDERSON, O.: *NEJM*, 1963; 269: 839-843, 896-900.
2. ARROW, J.: The welfare economics of medical care in Cooper & Culyer, *Health Economics*. London. Penguin. 1973
3. CAINS & SNELL: «Prices and Demand for care», in Culyer & Wright (ed.) *Economic Aspects of Health Services*. London, Martin Robertson. 1978.
4. C. CAMPOS: Health Administration & Planning in Portugal. In proceedings of the first international course on education for Health Services Administration Washington, Association of University Programs in Health Administration. 1981.

5. CULYER, A. J.: Is medical care different? In Cooper & Culyer: *Health Economics*. London. Penguin. 1973.
6. ENTERLINE, SALTER, Mc DONALD & Mc DONALD: The distribution of medical services before and after free medical care. *NEJM*, 1973; 289: 22, 1174/8.
7. KONN, RADNIS: International comparisons of health services systems. *Int Journal of Health Services.*, 1973; 3: 295.
8. LINDSAY & BUCHANAN: Organization & Financing of medical care in the USA. In *Health Services Financing*. London, BMA.
9. MANTAS: Health Services Financing in proceedings of the first interational course on education for Health Services Administration Washington, Association of University Programs in Health Administration. 1980.
10. MAXWELL R.: *Health Care: The Growing Dilemma* New York. Mc Kinsey & Company Inc. 1974.
11. PARKER, R.: *J. Social Policy*. 1976; Vol 5: 4.
12. PHELPS & NEWHOUSE: Coinsurance, the price of time and the demand of medical services. *Review of economics & statistics*. 1974; Vol 56-3: 334.
13. SMITH B. A.: An International study of health expenditure WHO. 1976.
14. SMITH B. A.: *Value for Money in the health Services*. London: Heineman. 1976.
15. SMITH B. A.: *Dhew Sharing health care costs* National Center for Health Services. 1980.
16. WISEMAN & PEACOCK: Alternative sources of finance of medical care: the public sector in *Health Services Financing*. BMA.

Pedido de separatas: A. Abrantes
 Escola Nacional de Saúde Pública
 Av. Padre Cruz
 1699 Lisboa Codex.
 Portugal.