

# A Sustentabilidade dos Sistemas

Júlio Pinto da Costa  
Universidade Fernando Pessoa

Autor

## INTRODUÇÃO

Em 1999, o relatório sobre a protecção social na Europa definia como um dos grandes objectivos da política social da União Europeia “assegurar a viabilidade e sustentabilidade dos regimes de protecção social” (Rodrigues, 2000, p. 189). Esta preocupação reflecte a realidade actual, talvez até com mais acuidade do que em 1999.

Um trabalho que compense e proporcione um rendimento seguro é um instrumento que, para além de evitar a exclusão, garante a sustentabilidade dos sistemas sociais. Esta última é um dos aspectos cruciais das reformas dos sistemas de saúde na actualidade. A sustentabilidade financeira pressupõe que o SNS (Serviço Nacional de Saúde) possa continuar a ser financiado numa situação de normalidade, sem que isso ponha em causa o equilíbrio das contas públicas (Simões *et al.*, 2007).

Os domínios da política social, como a educação, a saúde, a habitação, os transportes, o emprego e os equipamentos desportivos, sociais e culturais, relevantes para o bem-estar social, não são compatíveis com uma estratégia de lucro. Daí merecerem a máxima atenção do Estado Providência e exigirem a sua actuação na protecção dos mais desfavorecidos e na regulação dos mercados. Esta actuação tem custos elevados e em períodos de crise ou de fraco crescimento económico torna-se insustentável.

Analisando o caso português para o período que vai de 1990 a 1996, Rodrigues (2000) conclui que o aumento das despesas, na área social, tem sido mais rápido que o das receitas, e que a fraqueza política e financeira do Estado coloca em risco a adopção

de medidas de protecção social economicamente sustentáveis.

Mas esta constatação também é válida para as economias da UE, que crescem a ritmos inferiores ao das despesas com a saúde, como referem Simões e Dias (2010). No limite, a despesa pública com a saúde e os cuidados continuados poderá atingir, em 2050, os 12,9% (média da OCDE) do PIB (OCDE *cit. in* Simões e Dias, 2010).

Pinto (1991), em estudo efectuado na área metropolitana de Lisboa sobre dados da década de 80 do Século XX, concluiu sobre a restrição acentuada do consumo de medicamentos sempre que se reduz a respectiva taxa de comparticipação.

Mas, a contenção de custos e, sempre que possível, a sua redução, serão factores decisivos para a sustentabilidade da saúde. O gasto neste Sector tem um custo de oportunidade – um euro despendido é um euro a menos que se pode aplicar noutra actividade económica. Assim, enquanto o valor produzido for superior a esse custo, poder-se-á dizer que a despesa adicional é economicamente sustentável.

Obviamente, também do lado da receita se poderá actuar, se bem que, neste caso, a capacidade de manobra esteja mais limitada devido aos elevados níveis da carga fiscal, à retracção do crescimento económico e à possibilidade de ferir a equidade.

## MEDIDAS DE CONTENÇÃO DOS CUSTOS

Ao longo dos anos, em diversos países, foram adoptadas medidas tendentes ao controlo dos custos, mas nem sempre com sucesso Campos (1983). Eis, em revista, al-

guns apontamentos sobre a matéria:

- Aumento da oferta de recursos humanos, na expectativa de reduzir os preços unitários dos serviços prestados – Esta medida não teve sucesso, porque o efeito indutor da oferta gerou um acréscimo substancial da procura;
- Substituição de profissionais de longa formação por outros de nível médio e, conseqüentemente, mais baratos – Esta medida teve alguma eficácia nos EUA (Estados Unidos da América) e nos países menos desenvolvidos, mas não na URSS (União das Repúblicas Socialistas Soviéticas). Não chegou a ser tentada na Europa;
- Automação da prestação de cuidados de saúde – Ao contrário do que acontece na indústria em geral, a automação no Sector da Saúde não produz ganhos de eficiência, em parte devido à resistência dos profissionais;
- Recurso a modelos de gestão do tipo empresarial – Tem sido uma das medidas preferenciais dos decisores políticos, apesar de algumas dificuldades criadas pela desigual distribuição do poder nas grandes unidades de saúde;
- Introdução de técnicas de avaliação dos sistemas de cuidados de saúde – Conseqüência do planeamento, a avaliação de resultados tem-se mostrado eficaz na melhoria dos níveis de eficiência e no controlo de gestão, mas tem ainda um grande caminho a percorrer;
- Planeamento dos serviços de saúde – A introdução das técnicas de planeamento



## SNS

no Sector da Saúde possibilitaram a racionalização da afectação geográfica de recursos e um maior controlo dos custos de investimento;

- Integração das funções de prestador e segurador – A criação deste tipo de en-

tidades, também designadas por *Health Maintenance Organizations*, visa reduzir os custos através da integração vertical de funções e de uma visão mais preventiva do que cura-

tiva, como resultado de uma estratégia claramente empresarial;

- Reforço da estrutura de cuidados primários – É consensual, conforme o resultado de alguns estudos<sup>1</sup>, que o investimento na promoção da saúde e na prevenção da doença é mais rentável do que o efectuado nos cuidados hospitalares, que de-

verão estar reservados para intervenções diferenciadas e especializadas;

- A arbitragem e a decisão final do Estado – O Estado arbitra nos sistemas de seguros de saúde e decide nos do tipo Serviço Nacional de Saúde e, ao fazê-lo, intervém no sentido de controlar o volume e o peso financeiro do Sector;
- O co-pagamento dos cuidados de saúde – Esta medida foi adoptada em diversos países independentemente do sistema de saúde ser mais liberal ou mais planificado. Nos EUA, os segurados, para além do prémio, suportam uma franquia ou participam as despesas. Na França existe o *ticket modérateur* e em Portugal as taxas moderadoras, apenas para citar alguns exemplos. Desde cedo, que este tipo de cobrança, ligada à utilização dos serviços de saúde, visa apenas evitar o abuso do consumo de cuidados, tanto mais que em muitos casos o seu peso é insignificante no total das receitas;
- As listas de espera – Apesar das implicações éticas e da redução da equidade que representam, as listas de espera para consultas e cirurgias são uma forma indirecta de controlar a procura e, portanto, reduzir os custos.

As cinco primeiras medidas inserem-se no contexto do controlo de custos dos factores. As quatro medidas seguintes (da sexta até à nona) têm como objectivo reduzir a procura através do controlo da oferta, estratégia que está sustentada no efeito indutor desta sobre aquela. As duas últimas soluções enquadram-se no âmbito da moderação da procura.

Pode-se ainda classificar o controlo de despesas, considerando que o mesmo parte de soluções coercivas ou de incentivo (Béresniak e Duru, 1999). O quadro seguinte resume as diversas modalidades de controlo de custos, segundo estes autores.

Ambas as medidas são utilizadas e, em alguns casos, em simultâneo. As do primeiro tipo, pelo menos algumas, possibilitam a obtenção mais rápida de resultados, mas também são mais contestadas por profissionais e utentes. As do segundo tipo são de aplicação e controlo mais complexo, exigindo por vezes negociações demoradas.

As soluções de incentivo estão assentes na relação de agência, na qual o agente prin-

cipal (por exemplo o Ministério da Saúde) negocia (por exemplo o orçamento dos hospitais) com agentes (por exemplo os directores dos hospitais).

A ideia base da negociação é fixar objectivos que se traduzam em mais-valias (contenção de gastos, preços de compra mais baixos, etc.) para o primeiro, incentivando os segundos ao seu cumprimento através da concessão de prémios.

O controlo coercivo dos custos tornou-se o meio mais importante para fazer face à escalada das despesas com a saúde. Contudo, os diferentes métodos esbarram com diversas dificuldades: jurídicas; políticas; económicas; sociais.

Jurídicas, porque as leis protegem os direitos e garantias dos cidadãos e dos trabalhadores, muito em particular nos países em que o Estado tem uma forte intervenção. Políticas, porque reformas profundas nos sistemas de saúde que conduzissem a um corte drástico dos custos, implicariam a conjugação de esforços de diversos partidos políticos, o que dificilmente seria possível. Económicas, porque a procura da eficiência económica, no seu limite, esbarraria sempre com a equidade e a acessibilidade. Sociais, porque a aplicação de restrições na acessibilidade afectaria principalmente as classes mais desfavorecidas.

As medidas de contenção têm, contudo, que ser adoptadas, mesmo que gradualmente, sob pena de, num futuro mais ou menos próximo, os governantes serem obrigados a tomar decisões ainda mais drásticas, que ponham em causa o próprio Estado de Bem-Estar Social. Pode-se actuar sobre a oferta, sobre a procura, ou sobre ambas, sendo certo que o método mais fácil é o primeiro. A questão da sustentabilidade e da necessidade de contenção de custos foi abordada por Campos (2008, p. 244) da seguinte forma:

Porém, a razão mais importante para o alargamento das TM<sup>2</sup> ao internamento e à cirurgia do ambulatório não foi nem o objectivo moderador, nem o objectivo financiador, mas sim uma preparação da opinião pública para a eventualidade de todo o sistema de financiamento ter que ser alterado, caso as medidas de boa gestão que tínhamos adoptado no SNS não se revelassem suficientes para garantir a

sustentabilidade financeira do sistema.

A frase é elucidativa quanto à urgência de medidas de contenção da despesa e do aumento dos índices de produtividade dos serviços de saúde, sob pena de, num prazo que porventura não será tão distante quanto alguns pensam, se estar na contingência da adopção de medidas mais drásticas, como por exemplo o co-financiamento pelo cidadão das suas despesas com a saúde – e aqui já não se tratará de taxas moderadoras, mas sim de valores bem mais



altos. Estaríamos, inquestionavelmente, perante uma medida que afectaria a equidade vertical, já que o financiamento deixaria de ser feito em função da capacidade financeira do cidadão, mas sim tomando como ponto de partida as necessidades em saúde do doente.

A Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde, nomeada pelo ministro Correia de Campos, recomendou sobre a matéria o seguinte (Simões *et al.*, 2007): manutenção do financiamento por impostos; adopção de medidas que conduzam ao aumento da eficiência, através da redução da despesa pública; utilização de mecanismos de avaliação clínica e económica para sustentar decisões; revisão dos critérios de isenção no que respeita às taxas moderadoras, dando especial importância à capacidade de pagamento e à necessidade continuada de cuidados; actualização das taxas moderadoras; redução dos benefícios fiscais em relação

às despesas com a saúde; separar os subsistemas de saúde públicos do espaço orçamental, eliminando-os ou autonomizando-os. Em casos excepcionais, a Comissão aconselhou ainda a fixação de contribuições compulsórias temporárias, fixadas em função dos níveis de rendimento.

Também Hurst (1992) afirma que a maior parte dos países que estudou, no que respeita às reformas introduzidas na década de 80 do Século XX, com o objectivo da contenção dos custos, introduziram medidas com especial incidência na oferta de cuidados, em particular no que concerne às despesas hospitalares, onde a regra foi a adopção de orçamentos globais. Mas em sua opinião, o essencial das reformas passou pela introdução de mecanismos regulamentares e de incentivo mais eficientes, tendo em vista níveis acrescidos de produtividade. Em sua opinião, uma das mais importantes conclusões que se retira do estudo que elaborou para a OCDE é o da ineficiência microeconómica dos sistemas de saúde financiados por fundos públicos, incapazes de conter o crescimento da despesa.

Simões (2004), utilizando como fontes Mossialos e Le Grand, bem como a OCDE, reparte as medidas de contenção de custos por três tipos: Limitação de recursos públicos; Novas técnicas de orçamentação; Formas de controlo.

Outro processo de abordagem desta problemática passa pela opção entre controlar os custos dos factores ou otimizar a sua organização (ou ainda ambas as medi-

das). O primeiro critério actua sobre a eficiência e o segundo sobre a eficácia.

Por ser mais actual e dizer respeito a situações reais, tome-se como ponto de partida o estudo de Mossialos e Le Grand (*cit. in Simões, 2004*).

A contenção dos custos com medicamentos nos países da União Europeia, na década de 90, mereceu uma atenção especial de Mossialos (*cit. in Simões, 2004*). O leque de medidas adoptadas é vasto. De entre estas, e actuando sobre a procura, tem-se: desenvolvimento de um mercado para produtos de venda livre, programas de educação para a saúde, orçamentos fixos ou indicativos para médicos na prescrição de medicamentos, auditorias das receitas médicas e promoção da prescrição de genéricos. Actuando sobre a oferta, tem-se os seguintes exemplos: controlo de preços, promoção do uso de genéricos, preços de referência, reembolso da indústria quando se ultrapassam os orçamentos acordados, limites de taxas nas despesas de promoção e desenvolvimento do mercado com importações paralelas.

Menos discutida e, portanto, muitas vezes omissa das propostas de sustentabilidade, é a possibilidade de reduzir o leque de benefícios sustentados pelo erário público. Ou seja, a redução dos níveis de generalidade das prestações. Também a fixação de critérios de admissibilidade aos cuidados de saúde financiados pelo Orçamento de Estado tem sido pensada e implementada em determinados sistemas de saúde. Serrão *et al.* (1998) dão o exemplo da Nova Zelândia, em 1993, através da aplicação de *guidelines*, às quais deveriam obedecer os doentes, assentes na produção de benefícios, no custo efectividade, nos benefícios para a saúde da comunidade e no respeito pelos valores da sociedade. Citam ainda o exemplo do Estado americano do

Oregon, que considerou passíveis de financiamento através do Medicaid cerca de 709 casos de doença e, em face dos custos





respectivos e dos possíveis doentes prioritários, elegeu 587 deles (696 para 1993). A escolha de uma ou outra modalidade de financiamento, pagamento e prestação não é pacífica, uma vez que interfere de forma diferente na universalidade, na acessibilidade, na equidade no financiamento e no controlo de custos. Não se pode dizer que uma é melhor que outra, mas sim que, atendendo à situação conjuntural do momento, à política dos governantes e à realidade do sistema de saúde existente, esta ou aquela são mais adequadas à situação.

Os sistemas de saúde financiados por impostos e com prestadores públicos possibilitam, teoricamente, um maior controlo de custos, habitualmente incidente sobre a oferta, sem prejuízo significativo da cobertura universal, da acessibilidade e da equi-

dade no financiamento. Os sistemas sustentados financeiramente por seguros obrigatórios e com prestadores públicos ou sujeitos a orçamento global possibilitam também, teoricamente, um maior controlo de custos, ainda pelo lado da oferta, sem prejudicar fortemente a universalidade nem a acessibilidade. Mas a equidade no financiamento é regressiva<sup>3</sup>. Se a modalidade de pagamento não for o orçamento global e os prestadores forem privados, o controlo dos custos é bem menor e é exercido sobre a procura.

Nos sistemas com financiamento por seguros privados e prestadores também privados, o controlo dos custos, exercido sobre a procura, é muito fraco, não há universalidade, a acessibilidade é baixa e a equidade no financiamento regressiva. Acontece o

mesmo nos sistemas de financiamento mistos, nos quais os subsistemas públicos de apoio aos mais carenciados não têm peso significativo, porque abrangem apenas uma pequena parcela da população.

## CONCLUSÕES

O crescimento dos custos com a Saúde tem obrigado os governos à adopção de medidas de contenção e racionalização das despesas. Entre as mais frequentes e emblemáticas merecem saliência o recurso a modelos de gestão do tipo empresarial, a introdução de técnicas de avaliação de resultados, o planeamento dos serviços de saúde, o reforço da aposta nos cuidados primários, o aumento dos co-pagamentos no momento da utilização dos serviços, as listas de espera, o controlo da produção dos pro-

## Quadro I – Contenção de custos: Soluções coercivas e de incentivo

	Soluções	Medidas concretas	Principais inconvenientes
Soluções coercivas	Controlo da produção dos profissionais de saúde	- Restrições à entrada na profissão - Controlo das saídas profissionais	- Contestação estudantil - Risco de falta de médicos - Os estudantes de Medicina são uma mão-de-obra barata - Aumento das exigências dos profissionais
	Negociação de convenções entre profissionais liberais e seguros sociais <sup>1</sup>	- Criar incentivos para os clientes aderirem, através do reembolso generoso das despesas; - Criar incentivos fiscais para os médicos, associados ao controlo da actividade/ prescrição	- Possível redução da qualidade dos cuidados - Difícil aplicação, salvo quando os médicos são sócios das entidades prestadoras - Situações de monopólio geram aumento das despesas e contrariam a ideia inicial
	Controlo da distribuição e do número de camas	- Limitar o número de camas hospitalares - Reconverter “camas de agudos” em “camas de crónicos” - Limitar os dias de hospitalização	- Bloqueamento da evolução do internamento - Dificuldades na transferência de camas entre serviços ou regiões - Risco de agravamento das desigualdades regionais
	Fixação de orçamentos globais para os hospitais	- Fixar orçamentos globais por hospital - Idem para os serviços hospitalares	- Cria entraves ao progresso da prestação de cuidados - Pode gerar listas de espera - Pode gerar despesismo
	Controlo da alta tecnologia	- Atrasar a difusão da alta tecnologia - Definir critérios de afectação em função da rentabilidade dos bens	- Trava o progresso tecnológico - Introduce factores de injustiça em relação à população - Impossibilita a redução futura de custos
Soluções de incentivo	Relação de Agência – Processos de apresentação de propostas	- Adjudicação à melhor oferta (a) - Pedido de oferta concorrencial (b) - Contrato com margens fixas (c) - Contrato com classes motivadoras (d)	(a) - Pode conduzir à omissão de estimativas reais (b) - Fica mais caro do que aquilo que seria normal (c) - Não há motivação para a redução de custos (d) - Pode originar redução da qualidade
	Relação de Agência – Processo de Weitzmen	- Processo de Weitzmen <sup>2</sup>	- Difícil de aplicar - Pode originar redução de qualidade

Fonte: Adaptado a partir de Béresniak e Duru (1999)

1. A existência de seguros de saúde pode originar o aumento de actos médicos, quer por iniciativa do profissional de saúde, quer do paciente. A regulamentação desta relação pode ser de tal forma que incite (obrigue) à adesão à convenção através de benefícios, mas, simultaneamente, ao controlo dos gastos através da limitação da actividade. Daí, tratar-se de uma medida coerciva.
2. Aplica-se, essencialmente, quando está em causa a concretização de objectivos quantificados. O agente principal propõe um orçamento limite (Op) e um prémio (Pp), caso aquele seja respeitado. O agente apresenta contraproposta de prémio (Pa) e de orçamento (Oa) calculada com base na fórmula:  $Pa = Pp + \beta (Op - Oa)$ , em que  $\beta$  é um coeficiente reductor definido pelo agente principal.

fissionais de saúde, a fixação de orçamentos globais para os hospitais, a criação de agências de contratualização dos serviços, a revisão dos critérios de isenção dos co-pagamentos, a combinação de orçamentos com pagamentos em função da produção e a introdução de *guidelines* na medicina.

No caso português, a Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde advogou como travesmestras das medidas a adoptar: a manutenção do financiamento por impostos, a revisão dos critérios de isenção das taxas moderadoras e a separação dos subsistemas de saúde públicos do espaço orçamental.

Os investigadores classificam de diversas formas as medidas de contenção de custos: 1ª hipótese – controlo dos custos dos factores, controlo da oferta e moderação da procura; 2ª hipótese – soluções coercivas ou de incentivo; 3ª hipótese – limitação dos recursos públicos, novas técnicas de orçamentação e formas de controlo.

Algumas medidas mencionadas têm implicações éticas graves, como por exemplo a manutenção de listas de espera como forma de adiar e eliminar despesas. Outras podem interferir com princípios habitualmente aceites por um grande número de países, como é o caso da universalidade, da generalidade, da solidariedade, da acessibi-

lidade e da equidade.

Parece também existir uma certa contradição entre as modernas linhas de orientação, que pretendem a separação de gestores de recursos financeiros e prestadores (como forma de melhorar a competitividade e reduzir custos) e algumas medidas recentemente adoptadas (por exemplo nos EUA) de dinamização das *Health Maintenance Organizations*, que agregam as duas funções, com o objectivo de reduzir custos.

Mas o crescimento dos custos com o Sector é de tal ordem, que a não adopção de medidas que garantam a sua sustentabilidade poderá colocar em causa a prestação generalizada de cuidados de saúde no futuro. Competirá aos governantes a escolha de soluções que não ponham em causa os princípios éticos e a equidade do sistema.

#### BIBLIOGRAFIA

- Béresniak, A. e Duru, G. (1999). *Economia da Saúde*. Lisboa, Climepsi Editores.
- Campos, A. (1983). *Saúde. O custo de um valor sem preço*. Lisboa, Editora Portuguesa de Livros Técnicos e Científicos.
- Campos, A. (2008). *Reformas da Saúde. O fio condutor*. Coimbra, Edições Almedina, SA.
- Hurst, J. (1992). *A Reforma dos Sistemas de Saúde. Análise Comparada de Sete Países da OCDE* (edição portuguesa, 1995). França, Conselho Económico e Social da OCDE.

lidade e da equidade.

- Pinto, C. (1991). Despesa pública em cuidados de saúde. Quem beneficia e porquê. In Pereira, J., Giraldes, M. e Campos, A. (Coords.). *Desigualdade e Saúde em Portugal*. Lisboa, Instituto de Estudos para o Desenvolvimento pp.143-170.
- Rodrigues, E. (2000). O Estado-Providência e os processos de Exclusão Social: considerações teóricas e estatísticas em torno do caso português. Disponível em <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/1477.pdf>. [Consultado em 16/12/2010].
- Serrão, D., Abrantes, A., Veloso, A., Oliveira, G., Moreira, José M., Delgado, M. e Sousa, Mariana D. (1998). *Reflexão sobre a Saúde. Recomendações para uma Reforma Estrutural*. Porto, Ministério da Saúde.
- Simões, J. (2004). *Retrato Político da Saúde. Dependência do Percurso e Inovação em Saúde: da Ideologia ao Desempenho*. Coimbra, Livraria Almedina.
- Simões, J., Teixeira, M., Barros, P., Pereira, J., Moreira, P., Ferreira, A., Menchero, M., Oliveira, M., Hespanhol, A., Ferreira, P. e Silva, S. (2007). *Comissão para a sustentabilidade do financiamento do Serviço Nacional de Saúde. Relatório final*. Lisboa, Ministério da Saúde.
- Simões, J. e Dias, A. (2010). Gestão da Saúde e Despesa Pública. In Cabral, N., Amador, O. e Martins, G. (Ed.). *A Reforma do sector da Saúde – Uma realidade iminente?* Coimbra, Edições Almedina, SA pp. 81-100.

#### NOTAS

1. Por exemplo Feldstein (*cit. in Campos, 1983*).
2. TM – taxas moderadoras. Correia de Campos, que foi Ministro da Saúde do XVII Governo constitucional, utiliza esta designação para mencionar aquilo que se tem vindo a chamar por taxas de utilização do internamento e da cirurgia do ambulatório.
3. Regressivo no sentido em que o preço fixo a pagar pelo seguro tem um peso cada vez menor à medida que os rendimentos aumentam.

## Quadro II – UE – Medidas de contenção de custos no final do séc. XX, início do séc. XXI

<b>Limitação de recursos públicos</b>	01. Aumento dos co-pagamentos 02. Redução do número de isenções nos co-pagamentos 03. Racionamento com base em decisões explícitas 04. Papel crescente dos seguros voluntários de saúde 05. Desenvolvimento de formas alternativas de hospitalização
<b>Novas técnicas de orçamentação</b>	06. Substituição dos orçamentos fixos por indiciários 07. Combinação de orçamentos com pagamentos em função da produção 08. Substituição de orçamentos sectoriais por orçamentos para prestadores individuais <sup>1</sup>
<b>Formas de controlo</b>	09. Controlo sobre os honorários 10. Controlo dos <i>inputs</i> <sup>2</sup> 11. Controlo das camas hospitalares 12. Introdução de <i>guidelines</i> na medicina <sup>3</sup> 13. Introdução dos preços de referência para medicamentos 14. Controlo do tempo de internamento

Fonte: Adaptado a partir de Mossialos e Le Grand (*cit. in Simões, 2004*)

1. Em particular no que respeita a médicos e enfermeiros.
2. Refere-se, principalmente, ao controlo das entradas (*numerus clausus*) nos cursos de medicina e na contratação de médicos.
3. Consiste na definição de terapêuticas consensuais para certos tipos de doenças ou estados de saúde e abrangem procedimentos, exames e medicamentos.