

# EFICIÊNCIA E EQUIDADE NO SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS

ANTÓNIO CORREIA DE CAMPOS

Escola Nacional de Saúde Pública. Lisboa.

## RESUMO

O sistema de saúde português conseguiu nos últimos quinze anos, notáveis avanços no caminho da equidade, ou igualdade de oportunidades de acesso e utilização dos bens e serviços necessários à satisfação das necessidades de saúde. A taxa de cobertura da população atingiu 100 % já nos meados da última década, os recursos humanos e materiais mais que duplicaram, a obrigatoriedade de um ano de serviço médico na periferia permitiu o fácil acesso médico a muitos portugueses, e fez aumentar consideravelmente a procura-utilização de cuidados. O princípio do exclusivo financiamento estatal começou a ser aplicado a partir de 1977, data em que as receitas originadas no antigo sistema da Previdência passaram a ser utilizadas para fins exclusivos de Segurança Social, a maioria do parque hospitalar foi oficializada e os gastos públicos com a saúde passaram, em dez anos, de 2 para 4 % do PIB. Todavia, um sistema com tantos aspectos socializados, revela importantes pontos contraditórios, ou grandes falhas no seu funcionamento que lhe prejudicam consideravelmente a eficiência: a maior parte das prestações e meios complementares de diagnóstico e terapêutica em ambulatório são prestadas pelo sector privado, e o peso deste tem vindo a aumentar em termos financeiros; apesar de o País dispor em breve de cerca de 25 000 médicos, a sua distribuição continua a fazer-se assimetricamente, sobretudo nos especialistas e nos jovens policlinicos em pós-graduação, agravando os custos de funcionamento dos hospitais centrais; a estrutura dos serviços de saúde continua inorganizada, ainda verticalizada, revelando inúmeras redundâncias orgânicas e funcionais, a par de forte pendor centralista; embora o parque de equipamentos tenha vindo a melhorar quantitativa e qualitativamente, o seu funcionamento faz-se com reduzida produtividade, considerável desperdício de recursos e desequilibrada utilização; o peso dos gastos em bens médicos — principalmente medicamentos — tem vindo a aumentar regularmente, representando, hoje, mais de 1/5 dos gastos totais, sem que se tenham esboçado medidas visando a contenção do seu crescimento. O uso ineficiente de recursos, que tem vindo a ser praticado apesar das tentativas para romper os factores bloqueadores já identificados, terá provavelmente vindo a prejudicar a equidade do funcionamento do sistema. Essa hipótese adquire maior consistência na fase actual de contenção de gastos. Criadas as taxas moderadoras nos cuidados ambulatoriais, em 1981, seguir-lhes-ão sistemas de co-pagamento dos encargos hospitalares, em 1982. Entretanto são escassos os sinais de que o sistema possa vir a ganhar eficiência por efeito de medidas reorganizativas internas, de melhorias de produtividade do pessoal, ou de anulação dos factores que a umas e outra obstem, o que significa que o reforço das barreiras ao acesso aos cuidados de saúde, nomeadamente pela introdução de encargos a cobrir pelo utente, além de prejudicar mais fortemente os de pior condição económica, não garante a contenção dos gastos totais — públicos e privados — do sector da saúde.

## SUMMARY

### Efficiency and Equity of the Portuguese Health System

The portuguese health system, in the last 15 years increased equity enormously: the coverage level of the total population attained 100 % since 1975, human resources and facilities more than doubled, the compulsory one year medical service at the periphery gave access to a doctor, for the first time in their lives to thousands of people, and demande-utilization increased dramatically. The principle of exclusive state financing to the health system became operational since 1977, when social security funds started to be exclusively channeled to the welfare system, the majority of hospital beds (83 %) became officialized and public expenditure on health increased from 2 to 4 % of the GDP in a ten years period. Nevertheless, such almost socialized system admits strong internal contradictions and efficiency losses: most of the X ray and clinical laboratory are private owned, profit making, and their share of the total market has been increasing; almost attaining 25 000 doctors, their geographical maldistribution persists, even increasing among senior specialists and young post-graduates, aggravating central hospitals' operating costs; the health services administrative structure persists unorganized, verticalized, suffering from organic and functional overlapping, as so as high centralization; facilities and equipments have grown quantitative and qualitatively, but maintaining low productivity indices, misuse of resources and unbalanced utilization; the importance of medicines and other medical supplies has regularly increased, being responsible, today, for more than one fifth of total expenditure, but no temptative of cost control has been established within the sector. The inefficient use of the existing resources persists, in spite of the attempts to break blocking factors already identified, and as consequence, the equity of the system did not attain the recommended possible level. Concerned with general cost containment policies, authorities have created higher deterrent fees in ambulatory care, at the beginning of the year, and an important co-payment system is intended to become operational, by 1982. No signs of consistent efficiency measures, in the meantime, allow to conclude that the money barrier, marking the access of the poorer more difficult, do not guarantee an effective cost (public and private) control on the health sector.

### 1. Melhoria da equidade no sistema da saúde português

A última década consagrou, em Portugal, a existência de um sistema de saúde composto por vários subsistemas ainda não inteiramente integrados, mas traduzindo-se, na prática, pela total cobertura da população. Enquanto, em 1965, apenas 3,2 milhões de habitantes estavam cobertos por um sistema de seguro-doença (40% da população), em 1970 a população inscrita atingia 56%, 97% em 1974 e praticamente 100% em 1978,<sup>1</sup> quando o II Governo Constitucional resolveu tornar acessível a qualquer habitante a frequência dos serviços de saúde, independentemente da sua idade, ocupação e posição contributiva. Esta universalidade de cobertura não foi, porém, acompanhada da unidade do sistema. Em 1980 subsistiam ainda, e até com tendência para ampliarem a sua base de cobertura, subsistemas de saúde destinados aos funcionários civis, forças armadas e militarizadas, empregados bancários e de seguros, estudantes, população prisional, funcionários judiciais, trabalhadores de empresas de energia, transportes e comunicações, etc.; no total, cerca de 2,1 milhões de habitantes, ou seja, 22% da população portuguesa.<sup>2</sup>

A universalidade do sistema e subsistemas de seguro-doença foi acompanhada por um aumento na disponibilidade de meios, quer em termos globais, quer na sua distribuição pelo território. Os médicos subiram de 8000 em 1970 a cerca de 20 000 em 1980, os enfermeiros, de 10 000 para 20 000, as camas de hospitais centrais e distritais (para doentes agudos) passaram de 14 000 para 18 000, os centros de saúde, inexistentes em 1970, eram 217 em 1978 e os postos dos Serviços Médico-Sociais, unidades da principal rede de cuidados ambulatoriais, passaram de 1000 para 1762, no mesmo período. A distribuição de recursos humanos melhorou bastante quando, a partir de 1975, foi decidido criar um ano de serviço médico obrigatório na periferia, destinado aos jovens clínicos no 3.º ano após a licenciatura. As regiões do interior passaram a ter à sua disposição clínicos gerais jovens, embora impreparados, em quantidade substancial: cerca de meio milhar em 1975 e quase dois milhares no final da década. A disseminação de escolas de enfermagem pelo interior do país melhorou a sua distribuição: enquanto em 1955, 72% dos enfermeiros estavam concentrados nos distritos mais urbanizados, servindo apenas 25% da população, em 1972, idêntica percentagem de profissionais beneficiava já 42% da população.<sup>3</sup>

Decorrente dos factores anteriores e bem assim da profunda modificação sócio-política verificada no meio da década, a procura-utilização de cuidados de saúde aumentou notoriamente: se, no total de dias de internamento, em dez anos (1969-1978), se verificou um aumento de apenas 20%, os doentes tratados aumentaram 38%; as consultas externas extra-hospitalares cresceram 57% e as hospitalares 154% e finalmente as urgências hospitalares quase sextuplicaram. Em números relativos a frequência hospitalar passou de 68,8 para 87 por 1000, crescendo 27% no período, a percentagem de partos hospitalares passou de 38 para 70% e as consultas por habitante/ano passaram de 1,7 para 2,4, revelando um acréscimo de 41%.<sup>1</sup>

O financiamento dos cuidados de saúde passou, nos últimos 15 anos, da responsabilidade primária do indivíduo, para a do Estado. Em 1971, a nova lei orgânica do Ministério que reforçou a importância da saúde pública num sistema de saúde então de forte dependência clínica, consagrava pela primeira vez o direito à saúde. No campo hospitalar se, em 1965, o Estado apenas era responsável por 62% dos encargos com os hospitais centrais e 19% com os distritais,

em 1980, via a sua responsabilidade passar para, respectivamente, 94 e 93%,<sup>1</sup> mercê da conjugação de três factores: cessação da responsabilidade do indivíduo pelos encargos com a sua saúde, oficialização, em 1975, do parque hospitalar pertencente às Misericórdias, e integração dos Serviços Médico-Sociais da antiga Previdência Social, na dependência da Secretaria de Estado da Saúde. Os cuidados em ambulatório de há muito eram prestados em regime de quase gratuidade pelo sistema de seguro-doença, à excepção das comparticipações do utente na aquisição de medicamentos e outros bens médicos (cerca de 30%).

Em termos financeiros, a subida dos gastos públicos com a saúde (1970-1980) foi espectacular: de 3 milhões de contos para quase cinquenta milhões. Entre 1970 e 1978, os principais serviços oficiais dependentes da S.E. da Saúde passaram do índice 100 ao índice 900, nos Serviços Médico-Sociais, a 1050 nos Hospitais Distritais e na Saúde Mental, a 1150 nos serviços de saúde pública (Centros de Saúde e outros cuidados não personalizados) e ao máximo de 3500 nos Hospitais Concelhios. No mesmo período de tempo os preços dos bens e serviços de saúde apenas cresceram de 100 para 275 pontos.<sup>4, 5</sup> Ao contrário do que tem sucedido em outros países, não foram os serviços de mais intenso recurso a tecnologia cara — os hospitais — os principais responsáveis pelos acréscimos. A estrutura dos gastos ao longo do período revela que a importância relativa dos hospitais baixou de 47 para 45%, a dos cuidados em ambulatório, do mesmo modo, de 27 para 22%, e são os bens médicos (medicamentos, próteses, etc.) que aumentam a sua importância relativa de 16 para 22%. A importância dos gastos públicos em saúde no P.I.B. p.m. cresce enormemente de 1,9% em 1970 até 4,1% em 1976, baixando para 4,0 em 1978.<sup>5</sup> Nos anos mais recentes essa importância tem vindo a diminuir como o comprova a percentagem dos gastos com os serviços de saúde em relação ao conjunto do Orçamento Geral do Estado e Orçamento da Segurança Social: um decréscimo de 9,8% de 1977, até 8,2% em 1980, passando sucessivamente por 9,0% em 1978 e 8,8% em 1979.<sup>1</sup>

### 2. As contradições e ineficiências do sistema

Acabámos de verificar que, ao longo dos últimos 15 anos e mais especialmente da década de setenta, o sistema de saúde português ganhou universalidade, facultou maior disponibilidade de meios, propiciou mais elevada procura e tudo isto à custa de crescentes encargos para o Tesouro. Este quadro de elevada generosidade social carece, todavia, de ser completado com a referência às contradições do sistema:

2.1. Cobrindo potencialmente toda a população, financiado quase exclusivamente pelo Estado, o sistema transfere cada vez mais recursos financeiros para o sector privado: em 1970, 27% dos gastos eram transferências, em 1978, 33%. Embora a hospitalização tenha vindo a ser cada vez mais dependente do sector público — as camas deste sector eram 45% públicas em 1970, 48% em 1974 e 83% em 1978 — os cuidados ambulatoriais tendem a estar cada vez mais a cargo de prestadores privados: 58% dos gastos com o ambulatório em 1970 e 68% em 1978.<sup>5</sup> Se observarmos a distribuição dos meios complementares de diagnóstico segundo o estatuto do prestador, concluímos que, quanto a raios X, 49% das prestações estavam a cargo do sector privado em 1970 e 53% em 1978; 70% das análises, E.E.G. e E.C.G. e 82% em 1978.<sup>1</sup> Mas o peso dominante vem dos bens médicos (medicamentos, próteses, etc.) onde o sector privado é praticamente o único fornecedor.

2.2. Embora cada vez em maior número — em via de atingirmos menos de 400 habitantes por médico em 1985, quando tivermos cerca de 26 000 médicos — e apesar do esforço de distribuição anual dos policlínicos do 3.º ano pós-licenciatura, não tem sido possível melhorar a distribuição sobretudo dos especialistas e internos de especialidade: as cinco escolas médicas estão localizadas no Porto, Coimbra e Lisboa, os nove hospitais centrais igualmente aí se encontram e não parece fácil descarregar as novas gerações de pós-graduados dos locais de formação, projectando-os para os novos hospitais distritais na periferia. Em 1976, os distritos de Lisboa, Porto e Coimbra retinham 75 % dos clínicos gerais e 80 % dos especialistas e dentro de cada um destes distritos só na sede do concelho estavam fixados, respectivamente, 78, 70 e 90 % do total de médicos do distrito.<sup>6</sup> Em 1978 a situação não melhorou: 77 % dos clínicos gerais estão fixados naqueles três distritos e 81 % dos especialistas.<sup>7</sup> Os hospitais centrais são forçados a aceitar os especialistas já graduados e a aguardar colocação na periferia, os internos de especialidade, os policlínicos do 4.º e 5.º e até 6.º ano que aguardam exame de ingresso no internato de especialidades e os policlínicos recém-licenciados do 1.º e do 2.º ano. Os hospitais centrais tinham em funções cerca de 7687 médicos (26 % do total dos efectivos de pessoal), dos quais apenas 2000 pertenciam aos respectivos quadros permanentes, o que ocasiona pesados encargos em pessoal (70 % nos Hospitais Centrais e 72 % nos Hospitais Distritais, 1979).<sup>8</sup> Em alguns dos hospitais centrais é vulgar o pessoal médico representar cerca de 33 % do total dos encargos de exploração, invertendo a tradicional predominância numérica e de encargos do pessoal de enfermagem.<sup>9</sup> A incapacidade que se tem revelado nos últimos dez anos de resolver definitivamente o problema das carreiras médicas apresenta dois pontos críticos: o acesso indiscriminado às Faculdades de Medicina até 1977, moderado a partir de então, por um *numerus clausus* ainda muito liberal; e a incapacidade de criação de uma saída profissional para clínica geral, forçando a permanência de cinco cursos-tampão que atrazam em outros anos o início da vida profissional produtiva.

2.3. As estruturas administrativas do sistema de saúde têm sofrido as oscilações conjunturais da política dominante desde que em 1974 foi abandonada, por demasiado centralizadora, a estrutura criada em 1971 e concebida para atribuir à Saúde Pública um papel de grande relevo. Ensaçadas várias fórmulas nos primeiros anos da revolução, só em 1977 se clarificou a orgânica de gestão interna das grandes instituições (hospitais) ao mesmo tempo que se procurava implantar uma coordenação distrital de todos os serviços de cuidados primários, com réplica a nível central, reduzida a funções de mera coordenação e orientação normativa. Data também de 1977 a passagem dos Serviços Médico-Sociais para a dependência da Secretaria de Estado da Saúde e o financiamento integral dos seus encargos pelo Orçamento Geral do Estado. Esta passagem fez-se sem integração destes serviços de cuidados primários com os já existentes na S.E. da Saúde, com estrutura vertical: Saúde Materna e Infantil, Saúde Mental, Luta Anti-Tuberculosa, etc. Em 1980 a execução incompleta de uma nova reforma, levou à coexistência de órgãos centrais obedecendo a filosofias organizativas diferentes e opostas: ao lado das tradicionais Direcções-Gerais de Saúde, dos Hospitais e dos Serviços Médico-Sociais, passavam a existir departamentos centrais coordenando toda a gestão financeira, de recursos humanos, de instalações e equipamentos, de informática.

Para além da confusão organizativa prevalente, o sistema, por defesa natural, reforçou as suas tendências centralizadoras, levando a resultados opostos aos inicialmente pre-

tendidos. Mas mais grave foi a manutenção de estruturas separadas para cuidados primários: os Serviços Médico-Sociais que prestam cerca de 19,7 milhões de consultas/ano, em ambulatório (dos quais 30 % são de especialidades) e a Direcção-Geral de Saúde responsável por 2,3 milhões de consultas prestadas através de Centros de Saúde, de Dispensários da Luta Anti-Tuberculosa, da Defesa Anti-Seasonática, da Saúde Mental, da Luta contra a Doença de Hansen, e de Hospitais Concelhios (pequenas unidades com baixa ocupação, ultimamente reanimadas pela presença de jovens policlínicos em serviço na periferia).<sup>10</sup>

2.4. Se olharmos para os nossos recursos materiais — e sabemos que, quanto aos humanos, médicos temos quase em excesso, enfermeiros ainda existem faltas, mas sobretudo há carências dramáticas de técnicos auxiliares de diagnóstico e terapêutica, saúde dentária e oftalmologia<sup>6</sup> — observaremos que o parque de equipamentos caminha para uma dotação razoável: 4,2 camas por mil habitantes, em hospitais gerais de agudos e 1,1 camas em psiquiatria.<sup>11</sup> Em cuidados ambulatórios a situação é mais confortável, sobretudo no interior do País: em cada concelho há várias unidades físicas razoavelmente equipadas, destinadas cada uma isoladamente, às actividades atrás referidas; o mesmo não sucede na periferia das grandes áreas metropolitanas onde as carências de equipamentos chegam a ser importantes.

Todavia, todos estes recursos materiais, tal como os humanos e os financeiros já referidos, estão longe de ser aproveitados da melhor forma possível. Chamaremos apenas a atenção para algumas das ineficiências mais notórias:

- Nos hospitais centrais, o peso exagerado de pessoal médico em graduação e a não profissionalização do corpo clínico permanente, conduzem a que não apenas os encargos de exploração apareçam penalizados pelo peso do pessoal médico improdutivo, como ainda os equipamentos de alta tecnologia não são plenamente utilizados, ocorrendo a sua obsolescência técnica muito antes da amortização financeira;
- Nos hospitais distritais, as carências graves de médicos especialistas tornam anormalmente dispendiosa a exploração de modernas unidades, provocando a referência injustificada para o escalão técnico superior, reduzindo anormalmente a demora de internamento e conduzindo a uma subocupação geral, bem patente nos 72 % de ocupação média, observada em 1980;
- Os hospitais concelhios, pouco utilizados em internamento e perdendo algumas das suas funções tradicionais, como a de maternidade, por força do padrão formativo médico que concentra os partos nos únicos locais onde residem especialistas em obstetria: hospitais centrais e maternidades centrais. Devido a tal facto e à incapacidade de encontrarem a sua real vocação de hospitais para convalescentes, idosos e internamento de problemas médicos de curta duração, estes estabelecimentos concelhios dificilmente conseguem atingir os 50 % de percentagem de ocupação;
- A casuística que ocorre aos estabelecimentos centrais e distritais de maior capacidade, é caracterizada por uma típica distribuição bi-modal: muitos internamentos de curta duração — 3 a 5 dias — sobretudo em maternidade e em doentes que deverão ter transferência quase imediata, e muitos internamentos de muito longa duração. Num estudo da casuística de um desses hospitais distritais verificou-se que, enquanto a demora média atingia 17 dias, a demora mediana se limitava a 5 dias. Mas ao mesmo tempo verificou-se que 50 % dos dias de internamento eram consumidos por doentes com 48 e mais dias de hospitalização<sup>12</sup> e

36 e mais dias, num hospital central universitário.<sup>13</sup> Desta forma se observa que o hospital de agudos está bem longe de cumprir a sua real vocação, mais funcionando como uma maternidade muito activa e um lar de terceira idade altamente dispendioso;

- No sector dos cuidados primários, a mais grave fonte de ineficiência reside na dispersão de instâncias e perpetuação de estruturas verticais que permitem a coexistência, na sede de qualquer concelho, de um Centro de Saúde, vários postos dos Serviços Médico-Sociais, um dispensário do S.L.A.T., um Hospital Concelho e às vezes postos antisezonáticos, centros de saúde mental ou outras unidades. Todas estas instituições estão isoladas entre si, duplicando todo o pessoal, instalações e outros encargos de exploração, excepto o pessoal médico que normalmente por todas elas circula em permanente pluriemprego;
- A saúde mental mantém o seu carácter asilar, grandes estabelecimentos com elevada percentagem de crónicos, a par da existência de alguns, poucos, centros de saúde mental. A política de sector é incipiente a integração com os cuidados básicos inexistente, e sobretudo permitindo a perpetuação da estrutura verticalizada, burocratizante e arcaica de um Instituto de Assistência Psiquiátrica;
- Antigos estabelecimentos especializados, nomeadamente sanatórios, decidida a sua reconversão em hospitais gerais há quase 10 anos, continuam a resistir tenazmente, reivindicando a posse de um número excessivo de camas para internamento em luta anti-tuberculosa.

Os exemplos de gestão ineficiente podem quase multiplicar-se até ao infinito. Uma pergunta que se pode colocar com legitimidade é a de saber como ultrapassar esta situação. Embora não esteja no âmbito deste trabalho uma digressão pelos mecanismos internos do poder que permitem perpetuar erros diagnosticados e a que, ao menos explicitamente, ninguém contesta a associação com o mau funcionamento do sistema, diremos apenas que a actuação a empreender terá que ser global: não basta modificar legislativamente as estruturas e a orgânica dos serviços; não basta, também compensar o poder médico com mais poder a outros grupos sócio-profissionais (enfermeiros, técnicos auxiliares, administrativos); nada se resolveria, também, se ao poder médico fosse sobreposto um poder laico de gestores especialmente preparados; não bastará também modernizar os sistemas de informação, montar recolhas simplificadas de dados que permitam uma avaliação atempada. Nada disto basta e talvez um pouco de cada coisa seja indispensável. Mas há ainda que, reformar as mentalidades dos profissionais de saúde alertando-os por um lado, para as incidências económicas dos seus actos, por outro para que, no contacto com cada utente — ao balcão, no acto médico ou no apoio de enfermagem e hotelaria — este seja respeitado no seu direito à qualidade de vida.

2.5. A situação do país quanto ao problema dos medicamentos é talvez um dos pontos a merecer maior estudo dos economistas e administradores de saúde. Ao longo da última década a posição do Estado oscilou entre o não-intervencionismo total e o radicalismo irreflectido de uma pretendida nacionalização da indústria. Prevaleceu a posição de nada fazer. Não poderia ter sido mais desfavorável à economia portuguesa: a quota da indústria nacional no mercado tem vindo a baixar gradualmente situando-se hoje à volta dos 20%, embora incorpore mais de 50% do Investimento e do Emprego.<sup>14</sup> E a responsabilidade financeira do

Estado cresceu vinte vezes entre 1970 e 1980. A parte dos medicamentos nos gastos públicos totais passou de 15,5% em 1970 para 20% em 1978<sup>5</sup> e provavelmente mais ainda em 1980. Na realidade, quase nada se faz para ao menos tentar moderar o crescimento de uma despesa que representa 1/5 dos gastos públicos em saúde. Ultimamente tem havido indícios de que o consumo estará a estabilizar em quantidades, mas o mesmo não sucede em valores.<sup>15</sup> Num estudo recente, procurando analisar as razões da subida dos gastos em medicamentos à escala de um distrito do interior do País, verificou-se que os factores em relação aos quais mais se esperava uma associação estreita com o acréscimo de gastos observado em quatro anos, afinal tinham uma responsabilidade mínima: em cada 100 pontos de acréscimo, a variação da população abrangida pelo sistema de seguro-doença contribui com apenas 5,8%, a variação do número de consultas por utente com apenas 2,6%, a variação do número de medicamentos por consulta com apenas 4,6%, a variação do preço do consumidor com 24%. Mas já a variação do tipo de medicamentos receitados era responsável por 63% dos aumentos. Os acréscimos maiores são pois devidos ao aparecimento de novas e mais dispendiosas especialidades, das quais pouquíssimas serão autênticas inovações.<sup>16</sup>

2.6. No final de 1980 o Governo deu sinais de se preocupar seriamente com o ritmo de crescimento dos gastos com a saúde. Foi então decidido instaurar, a partir de 1981, um sistema de taxas moderadoras para a prestação dos cuidados médicos em ambulatório: 25\$00 por cada consulta no posto dos S.M.S., 50\$00 no Serviço de Assistência Permanente (urgência não-hospitalar) e 100\$00 no domicílio; 20\$00 em requisições de análises, 50\$00 em radiografias, 75\$00 em fisioterapia, 100\$00 em radioterapia e anatomo-patologia. Foram isentas as grávidas, as crianças até 1 ano, os reformados por invalidez e os idosos.<sup>15</sup> Os primeiros resultados dão conta de uma procura inteiramente rígida em consultas no posto, mas altamente elástica nas visitas domiciliárias e mais moderadamente nos actos complementares de diagnóstico.<sup>17</sup>

No momento em que escrevemos, aguarda-se a discussão, na Assembleia, do Orçamento para 1982 e sabe-se que o sector da Saúde terá um défice previsional de cerca de onze milhões de contos, a cobrir, provavelmente, com a elevação das actuais taxas moderadoras e a criação de um sistema de co-pagamento nos encargos hospitalares, com isenções semelhantes às atrás citadas.

Como se vê, dentre as várias formas possíveis de controlo de gastos escolheu-se a da montagem de barreiras sobre a procura. Barreira-preço, quer com fins de moderação de consumo quer agora com fins de co-financiamento. Ignora-se ainda se a montante, na estrutura do sistema, se introduzirão medidas da racionalização que molherem a sua eficiência, conseguindo mais valor para o mesmo dinheiro. Por muito perfeito que seja o sistema das isenções e admitindo que os seus encargos administrativos sejam reduzidos, inevitavelmente a equidade do sistema será afectada.

### 3. Conclusão

Ao longo da década de setenta observou-se em Portugal um fenómeno paralelo, embora com alguns anos de atraso, do verificado em outros países europeus: os sistemas de seguro-doença alargavam a sua cobertura a camadas mais vastas da população activa, responsabilizando-se por uma parte muito importante dos encargos com a saúde. Usando a linguagem do estudo da O.C.D.E. de 1977,<sup>18</sup> a taxa de transferência (percentagem dos encargos com a saúde dos indiví-

duos cobertos pelo seguro-doença) que entre nós se estima ter atingido os 70 % em 1973-74,<sup>19</sup> terá eventualmente subido ao longo da década.

No momento actual, as tendências de contenção de gastos públicos (para redução do défice orçamental), embora não afetem a taxa de cobertura, vêm afectar consideravelmente a taxa de transferência, sobretudo quando forem montados mecanismos de co-pagamento que até hoje apenas existem em medicamentos e nos sub-sistemas sectoriais (função pública e outros). Ao longo do período observado, a igualdade social conseguida não foi acompanhada de correspondente preocupação de eficiência. O sistema de saúde manteve a sua estrutura verticalizada, não procurou economias de escala, não responsabilizou gestores, não descentralizou competências, não provocou obter mais valor para o mesmo dinheiro. Como é sempre mais fácil e mais eficaz conter encargos através da montagem de barreiras à procura, não se pode esperar que, para obter contracções a curto prazo, qualquer governo adopte medidas de médio-longo prazo em terreno para mais difícil e politicamente sensível. Inevitavelmente a equidade vai sofrer. Ainda estaríamos a tempo, talvez, de reflectir um pouco sobre o passado e resumir a coragem e as energias para otimizar os meios de que dispomos. Haverá, porém, capacidade para desencadear esse esforço?

## BIBLIOGRAFIA

1. CAMPOS A. e MANTAS A.: O Sistema de Saúde Português na Década de Setenta: Alguns Aspectos de Organização, Administração e Financiamento, 1<sup>st</sup> International Course on Education for Health Services Administration, Lisboa, 1981.
2. FONTE A.: Subsistemas de Saúde em Portugal. Estudo sobre a População Abrangida. Trabalho de Economia da Saúde, C.S.P., E.N.S.P., 1981.
3. CAMPOS A.: A oferta de cuidados de saúde, DT, E. N. S. P., 1977.
4. D. G. F. S. S.: Orçamento e Contas de 1980 do Serviço Nacional de Saúde, Maio, 1981.
5. CAMPOS, GIRALDES, THEIAS e ALMEIDA: Gastos Públicos com a Saúde em Portugal, 1970-1978, *Análise Social* n.º 65, Jan.-Fev.-Mar., 1981, p. 67-104.
6. G. E. P. da S. E. da Saúde: Trabalhos Preparatórios do Plano 1977-80. vol I.
7. I. N. E., Anuário Estatístico, 1979.
8. D. G. F. S. S., Hospitais Centrais e Hospitais Distritais, Dados Globais, Cadernos n.º 1 e n.º 2, Agosto de 1981.
9. MANSO S.: As remunerações do pessoal médico no Hospital de Sta. Maria, Trabalho de Economia da Saúde, IX C. A. H., E. N. S. P., 1979.
10. NATÁRIO A. et al.: Consultas em Postos dos Serviços Médico-Sociais e em Centros de Saúde. Satisfação dos Utentes e Qualidade das Prestações. Comunicação apresentada às 1.<sup>as</sup> Jornadas de Saúde Pública, Abril, 1981.
11. Questionário da O. C. D. E., D. G. F. S. S., 1980.
12. CAMPOS A. e SANTOS M.C.: Acesso aos cuidados diferenciados na R. A. da Madeira, II Jornadas de Administração Hospitalar, 1978.
13. DAVID D.: Estudo da distribuição das demoras de internamento. Metodologia para a implantação de um sistema de controlo de utilização de camas. Dissertação Final, C. A. H., E. N. S. P., 1979.
14. KARIM O., PAULO M., SEIXAS F.: Indústria Farmacêutica Nacional declara o Estado de Crise, *Expresso*, 9 Maio 1981.
15. CAMPOS: O Controlo dos Gastos em Saúde. Racionamento ou Redistribuição, *Cadernos*, n.º 7, E. N. S. P., 1981.
16. RAMOS V.: Factores Determinantes do Aumento de Gastos com Medicamentos nos S. M. S. *Acta Med. Port.*, 1981; 5-6: 363-370.
17. TEIXEIRA: As Taxas Moderadoras e seus Efeitos sobre a Procura de Cuidados de Saúde numa Unidade Assistencial nos S. M. S., Trabalho de Economia da Saúde, C. S. P., E. N. S. P., 1981.
18. O. C. D. E.: Public Expenditures on Health, Studies in Resource Allocation, July, 1977.
19. NABINHO A.: Contributo para a Determinação da Despesa de Consumo Privado em Saúde no Continente, Trabalho de Economia da Saúde, VIII C. A. H., E. N. S. P., 1977.

Pedido de Separatas: A. Correia de Campos  
Escola Nacional de Saúde Pública  
Av. Padre Cruz  
1699 Lisboa Codex - Portugal