

ATUALIDADE

Caminhos do sistema de saúde português

1. Introdução

Uma discussão profunda do sistema de saúde português implica um debate sobre princípios fundamentais, e um conhecimento detalhado dos números e realidade(s) que o caracterizam. Não sendo possível cobrir aqui todos os aspetos relevantes, houve a opção de focar em poucos elementos, mas basilares quanto a serem ponto de partida para discussões mais pormenorizadas. O primeiro ponto basilar é conhecer o que tem sido a evolução da saúde da população, afinal o resultado de um sistema de saúde não se mede pela sua despesa e sim pela saúde da sua população. O segundo ponto basilar é conhecer os traços gerais da forma como as despesas em saúde são financiadas, e quais os principais que motivam a existência de diferentes agentes financiadores de despesas em saúde. O terceiro ponto basilar é a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde, o principal financiador, agente de proteção, da população residente em Portugal Continental (tendo nas regiões autónomas Serviços Regionais de Saúde de natureza similar). Houve, naturalmente, que deixar de fora muitos outros elementos interessantes do funcionamento do sistema de saúde português, bem como a discussão de opções concretas de política neste campo.

2. A saúde da população

Há muitas formas de olhar para o desempenho de um sistema de saúde. Uma das mais comuns é utilizar como indicador a evolução do estado de saúde da população, avaliado pela esperança de vida à nascença. E nesse aspeto, a população residente em Portugal vive hoje mais anos do que alguma vez no passado. Contudo, duas observações a este indicador sugerem que ele dá uma visão incompleta. Por um lado, não tem em conta a qualidade de vida associada ao estado de saúde. Por outro lado, nem todos os ganhos de longevidade são atribuíveis ao funcionamento do sistema de saúde. É assim natural procurar informação complementar. A esperança de vida aos 65 anos é frequentemente vista como estando mais associada com o funcionamento do sistema de saúde do que a esperança de vida à nascença. E como medida da qualidade de vida associada à saúde pode-se utilizar o indicador “anos de vida saudável”, que é uma estimativa dos anos de vida que se pode esperar viver sem problemas de incapacidade. E nesse aspeto a evolução recente é menos favorável que a registada na mortalidade (esperança de vida).

O quadro 1 apresenta estas diferentes variáveis, permitindo uma leitura simples. A saúde da população residente em Portugal evoluiu de uma forma bastante positiva. O progresso na esperança de vida à nascença foi mais acentuado do que sucedeu em média nos nossos parceiros da União Europeia (1, 2). Mas a carga de doença não diminuiu.

Quadro 1: Saúde em Portugal e na União Europeia



Esperança de vida à nascença

2006

2015

Homens

Mulheres

Homens

Mulheres

Portugal

75,5 anos

82,3

78,1 anos

84,3

União Europeia

75,8 anos*

82,0*

77,9 anos

83,3

Expectativa de anos de vida saudável à nascença

2006

2015

Mulheres

Homens

Mulheres

Homens

Portugal

57,9 anos

60,0 anos

55,0 anos

58,2 anos

União Europeia

62,5 anos*

61,8 anos*

63,3 anos

62,6 anos



Esperança de vida aos 65 anos



2006

2015



Mulheres

Homens

Mulheres

Homens

Portugal

57,9 anos

60,0 anos

55,0 anos

58,2 anos

União Europeia

62,5 anos*

61,8 anos*

63,3 anos

62,6 anos

Expectativa de anos de vida saudável aos 65 anos

2006

2015

Mulheres

Homens

Mulheres

Homens

Portugal

6,0 anos

7,0 anos

5,4 anos

7,0 anos

União Europeia

9 anos*

8,8 anos*

9,4 anos

9,4 anos

Nota: * - União Europeia a 27 países. n.d. – não disponível

Fonte: Eurostat.

Face a estes indicadores, globalmente positivos, pode ser paradoxal a discussão permanente sobre o sistema de saúde português, pelo que se torna necessário explorar mais o que é a realidade do funcionamento do sistema de saúde, o que está para lá desta caracterização agregada. Os aspetos associados aos fluxos financeiros serão tratados na próxima secção. Os valores do quadro 1 sugerem também a importância da qualidade de anos de vida, em que se tem tido mais dificuldade em melhorar do que na mortalidade.

3. Os fluxos financeiros

O primeiro passo para caracterizar a componente financeira de um sistema de saúde consiste em compreender o que faz parte do sistema de saúde e como as diferentes partes se interligam. Um elemento essencial de qualquer sistema de saúde é a forma como determina a proteção financeira dos cidadãos quando ocorre um episódio que requer recurso a cuidados de saúde. É o elemento que em termos técnicos se designa por cobertura financeira (ou seguro de saúde, em sentido amplo). O segundo elemento de caracterização é qual a população abrangida por essa cobertura, que grupos na população beneficiam dessa proteção. O terceiro elemento de caracterização é a definição de que produtos e serviços de saúde se encontram abrangidos nessa cobertura. A discussão da proteção financeira foca nos cidadãos, que têm necessidade de cuidados de saúde e que geram a procura de bens e serviços de saúde.

A contraparte dessa procura é, naturalmente, como se estrutura a oferta, a prestação de bens e serviços de saúde, com uma composição que abarca, em Portugal, entidades do sector público e entidades do sector privado, com ou sem fins lucrativos.

No aspeto da proteção financeira, o elemento central do sistema de saúde português é o Serviço Nacional de Saúde, financiado sobretudo por tributação geral e que tem uma forte componente de prestação direta de cuidados de saúde à população. O Serviço Nacional de Saúde (SNS), no seu aspeto de cobertura financeira, é um seguro público e abrange toda a população residente em Portugal. É uma opção de cobertura universal assumida pela sociedade portuguesa e que tem aceitação generalizada.

Em termos dos serviços cobertos, o Serviço Nacional de Saúde é abrangente, cobrindo formalmente toda a gama de bens e serviços de saúde que possam beneficiar a população. Há, em alguns casos, exclusões explícitas de cobertura pelo SNS, mas são a exceção e não a regra. O exemplo mais comum está nos medicamentos que não são comparticipados. Em termos de grau de cobertura financeira há, de uma forma geral, uma cobertura integral no momento de utilização de cuidados de saúde, existindo porém situações de pagamentos dos cidadãos no momento de utilização de serviços de saúde. As duas circunstâncias mais visíveis dessa partilha da responsabilidade financeira no momento de recurso a cuidados de saúde são (i) o pagamento de taxas moderadoras no acesso a cuidados de saúde primários e a consultas de especialidade e atendimentos de urgência nos hospitais; e, (ii) as comparticipações nos medicamentos, que consoante a classificação atribuída ao medicamento terá maior ou menor comparticipação do SNS.

Apesar de o SNS ser elemento central de proteção financeira, há duas outras “camadas” de proteção financeira. Existem os denominados subsistemas de saúde, que são também mecanismos de seguro, baseados na ocupação profissional, e que podem ser públicos ou privados. Os subsistemas surgiram antes da criação do SNS, e no momento em que este último surgiu, as incertezas quanto ao que seria a sua natureza futura evitaram que os subsistemas fossem desmantelados. Os subsistemas privados evoluíram, nos anos mais recentes, para uma aproximação crescente ao modelo de funcionamento dos seguros de saúde privados.

A terceira “camada” de proteção financeira é dada pelos seguros de saúde comerciais, voluntários e disponíveis no mercado de seguro privado.

Assim, as origens de fundos para as despesas de saúde resultam diretamente destes mecanismos de proteção financeira. Existe proteção de seguro, que pode ser pública ou privada, e existem pagamentos diretos no momento de utilização de recursos de saúde por parte dos cidadãos. Estes pagamentos diretos podem resultar de condições impostas pelos mecanismos de proteção financeira (de que são exemplo as taxas moderadoras já referidas antes) ou podem resultar de procura direta pelos cidadãos de cuidados de saúde que não beneficiam dessa proteção financeira.

O conhecimento da importância relativa de cada uma destas fontes de fundos para financiar as despesas de saúde, apresentada nos quadros 2 e 3, permite que cada leitor avalie a importância de duas linhas de discussão à volta do sistema de saúde. A primeira dessas linhas é a discussão das taxas moderadoras no sector público. Na ausência de informação mais detalhada, sabe-se que as taxas moderadoras não poderão ser superiores ao que são os

pagamentos das Famílias para os hospitais públicos e para as unidades de cuidados de saúde primários públicas. Esse valor tem evoluído entre 2,52% em 2000 e 3,88% em 2015 (depois de ter atingido um pico em 2013 de 4,27%, consequência da subida das taxas moderadoras durante o período de programa de ajustamento na sequência do resgate financeiro internacional a Portugal). Por seu lado, as despesas com medicamentos eram responsáveis, em 2015, por 24,4% das despesas das Famílias no campo da saúde. Ainda assim, baixando de 33,27% em 2000 e mesmo cerca de 29,5% em 2010, consequência provável da redução geral dos preços dos medicamentos nas farmácias. Havendo preocupação com as despesas das Famílias realizadas de forma direta (pagas no momento de utilização e sem cobertura financeira), então o principal elemento nessas despesas são os medicamentos, com um papel reduzido das taxas moderadoras.

A importância destas despesas diretas das Famílias torna-se clara no quadro 2, em que se constata que a participação direta das Famílias nas despesas totais em saúde aumentou de cerca de 25% em 2000 para cerca de 27,7% em 2015, em parte resultado da redução de benefícios fiscais onde despesas realizadas pelas Famílias eram abatidas aos impostos com taxas que foram reduzidas por medidas tomadas no período de ajustamento das contas públicas (e que têm como contrapartida a redução da despesa incluída na linha “outros financiamentos públicos”). Note-se ainda que o financiamento por via de subsistemas, sejam públicos, sejam privados, tem vindo a reduzir-se. No caso dos subsistemas públicos, a queda deveu-se a medidas que retiraram do principal subsistema público o financiamento de despesas de saúde que passaram a estar integradas no SNS (em lugar de haver uma transferência do Orçamento do Estado para financiar o pagamento de serviços prestados por entidades do SNS a esses subsistemas). Os subsistemas privados têm visto o seu peso reduzir-se devido à falta de disponibilidade das empresas privadas em assumir responsabilidades de longo prazo com a saúde dos seus beneficiários, aproximando os respetivos planos de proteção do modelo de seguro privado comercial. Os seguros privados de saúde, por seu lado, tiveram entre 2000 e 2015 um crescimento para mais do dobro da sua expressão financeira, mas são ainda uma pequena parcela do financiamento total do sistema de saúde.

Quadro 2: Os fluxos financeiros

(unidade: % no financiamento total)

2000

2005

2010

2015

SNS (e SRS)

58,62%

57,53%

59,47%

57,35%

Familias

24,98%

25,13%

26,30%

27,65%

Subsistemas públicos

6,27%

7,89%

4,03%

3,74%

Subsistemas privados

3,06%

3,20%

2,77%

2,42%

Seguros de Saúde

1,49%

2,22%

2,99%

3,71%

Outros públicos

5,57%

5,86%

6,16%

5,13%

Notas: SNS- Serviço Nacional de Saúde, SRS-Serviço Regional de Saúde (Açores; Madeira).

Fonte: cálculos próprios com base na Conta Satélite da Saúde, INE

Quadro 3: As despesas das Famílias- taxas moderadoras e despesas na farmácia

(unidade: % na despesa total das Famílias em saúde)

2000

2005

2010

2015

“Taxas moderadoras”*

2,52%

1,71%

2,07%

3,88%

Farmácia

33,27%

35,72%

29,47%

24,40%

Nota: *- despesas das famílias com hospitais publicas e unidades de ambulatório do sector público.

Fonte: cálculos próprios com base na Conta Satélite da Saúde, INE

A segunda linha importante é a comparticipação de medicamentos. Normalmente a sua discussão tem muito menor visibilidade mediática e na discussão pública do que as taxas moderadoras, apesar de serem como elas um pagamento que o SNS exige aos cidadãos para terem acesso a cuidados de saúde. Utilizando a mesma fonte, constata-se que o pagamento pelas Famílias de produtos de natureza farmacêutica tem sido substancialmente mais elevado que os valores máximos que possam ser associados a taxas moderadoras.

4. A sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde

A propósito do Serviço Nacional de Saúde é frequente falar-se, em tom de preocupação, da sua sustentabilidade. Esta discussão obriga, também ela, a uma cuidada definição de conceitos. Há, pelo menos, quatro dimensões da sustentabilidade do SNS que devem ser consideradas: a financeira, a técnica, a social e a política. Destas quatro dimensões, é na primeira, e por vezes na segunda, que são expressas preocupações com o futuro do Serviço Nacional de Saúde.

A sustentabilidade financeira pode ser definida, de uma forma simples, como a capacidade de canalizar fundos para que o SNS consiga realizar as despesas que a sua cobertura das necessidades da população requer, numa perspetiva de continuidade no tempo. De um modo mais formal, a Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde definiu, em 2007, o conceito do seguinte modo: “Existe sustentabilidade do financiamento do Serviço Nacional de Saúde se o crescimento das transferências do Orçamento do Estado para o SNS não agravar o saldo das Administrações Públicas de uma forma permanente, face ao valor de referência, mantendo-se a evolução previsível das restantes componentes do saldo.” (3)

O elemento central deste conceito está no contributo que a definição da verba para o SNS dá para o equilíbrio das contas públicas. Ou seja, coloca o financiamento público do SNS no contexto mais amplo do espaço orçamental disponível. Há assim que confrontar o crescimento previsível das despesas do SNS com o crescimento das receitas do Estado e com a evolução das restantes despesas públicas. Este conceito de sustentabilidade financeira do SNS é similar, em termos da abordagem que faz, ao conceito de sustentabilidade das contas públicas que tem vindo a ser apresentado por vários organismos e entidades internacionais (Comissão Europeia, Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico e Fundo Monetário Internacional são três exemplos). [\[1\]](#)

A sustentabilidade financeira não é, assim, um conceito de curto prazo e sim de longo prazo, de capacidade de disponibilização de fundos. A realidade portuguesa será discutida infra.

A sustentabilidade técnica consiste na capacidade do sistema de saúde ter os recursos, humanos e de equipamento, necessários para prestar os cuidados de saúde necessários à população. A falta de recursos humanos, ou de equipamentos, é um aspecto diferente da existência de fundos financeiros. A existência desses recursos poderá levar tempo a construir,

como a construção de um novo hospital, ou de um novo centro de saúde, ou a formação de novos profissionais de saúde que estejam em falta.

A sustentabilidade social consiste em ter um Serviço Nacional de Saúde que os cidadãos querem usar. A sustentabilidade política consiste no apoio político que o Serviço Nacional de Saúde recebe. Tomando como ponto de referência os programas dos partidos políticos concorrentes às últimas eleições legislativas, é relativamente claro o apoio político que é dado ao Serviço Nacional de Saúde, e às suas linhas centrais. As divergências partidárias são relativamente pequenas e traduzem, na verdade, uma continuidade política no campo da saúde que tem tido uma razoável homogeneidade desde há várias décadas. (4)

Retomando a sustentabilidade financeira do Serviço Nacional de Saúde, tem sido clara a dificuldade em evitar o crescimento dos pagamentos em atraso (dividas vencidas há mais de 90 dias) nos hospitais do SNS, como reflexo de uma tenaz que tem um lado de orçamentos pouco realistas atribuídos inicialmente e um lado de uma gestão menos eficiente do que seria desejável (e em parte legitimada pela limitação orçamental de partida e pela falta de autonomia para gerir). Mas pensando a prazo, a sustentabilidade financeira dependerá sobretudo de o sistema de saúde português, e o SNS como seu elemento nuclear, evoluir para o que no Relatório Gulbenkian (5) se designou por “um sistema de cuidados de saúde sustentável, com um custo acessível tanto para o país como para os cidadãos”, colocando como fator crucial ter um população saudável, comunidades resilientes com um maior papel para redes informais de cuidados e de informação, políticas públicas que em geral reflitam as preocupações com os efeitos na saúde, recursos humanos trabalhando em equipa, sendo o SNS capaz de lidar com as novas realidades de acompanhamento da doença crónica, com a heterogeneidade de preferências da população (para a mesma condição crónica pessoas diferentes poderão querer respostas diferentes) e com a permanente necessidade de revisitar a eficiência nas organizações que prestam cuidados de saúde.

5. Considerações finais

Os caminhos do sistema de saúde português passaram, nas últimas décadas, pelo Serviço Nacional de Saúde como seu elemento estruturante. Os progressos na saúde da população residente em Portugal registaram-se sobretudo na mortalidade, com aumento da longevidade da população, mas não na conquista de mais anos de vida saudável. Ou seja, o sucesso na

obtenção de mais tempo de vida deverá agora dar espaço para se melhorar a qualidade de vida, em termos de anos de vida passados sem carga de doença significativa. Um dos caminhos a seguir pelo Serviço Nacional de Saúde e pelo sistema de saúde de uma forma mais geral é o da redução dessa carga de doença e do ajustamento às necessidades de uma população mais envelhecida, que trará desafios de organização e não apenas de natureza financeira.

Outro caminho a seguir é a discussão da proteção financeira que é dada pelo Serviço Nacional de Saúde. Em particular, olhando para o que é a realidade do financiamento das despesas com cuidados de saúde, onde a participação direta das Famílias nesse financiamento (no momento de necessidade de cuidados de saúde) é elevada e permanente. Uma das funções de um sistema de saúde, e logo do Serviço Nacional de Saúde, é dar proteção financeira. Se no campo da universalidade (quem beneficia da cobertura do Serviço Nacional de Saúde) e no campo da abrangência de serviços há, regra geral, uma boa situação, já na participação financeira dos cidadãos no momento de necessidade se coloca a questão de ser, eventualmente, mais elevada do que será resultante dos valores da sociedade portuguesa. Mas essas despesas das Famílias na área da saúde não estão concentradas nas (mediáticas) taxas moderadoras. É no campo do medicamento que se colocam as preocupações, apesar da redução do seu peso na despesa total das Famílias, consequência das descidas de preços dos medicamentos. A discussão da proteção das Famílias portuguesas deve assim primeiro realizar-se onde faz mais diferença.

Por fim, o aspecto da sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde, normalmente reduzida apenas a uma das suas dimensões, a sustentabilidade financeira. Se é certo que há pressões para uma menor despesa pública em saúde, essas pressões não podem ser desligadas das opções tomadas em todo o espaço orçamental. E neste campo os desafios de longo prazo não vão estar apenas na questão de controlar o crescimento dos pagamentos em atraso (e criação da respetiva dívida de forma permanente). A prazo, será a capacidade de adaptar o Serviço Nacional de Saúde a novas formas de funcionamento que irá ser capaz de garantir a sustentabilidade nas suas várias dimensões (financeira, técnica, social e política). Ou seja, o caminho não tem apenas “espinhos financeiros”, há que assegurar uma nova visão e uma nova forma de organização do Serviço Nacional de Saúde na sua natureza de prestador de cuidados de saúde, para que a sua função de proteção da população se reforce.

Lisboa, 18 de fevereiro de 2018

Referências

- (1) State of Health in the EU – Portugal Country Health Profile 2017.
- (2) State of Health in the EU – Companion Report 2017.
- (3) Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde, Relatório Final, Ministério da Saúde, 2007.
- (4) Jorge Simões, Retrato Político da Saúde, Almedina, 2004.
- (5) Relatório Gulbenkian, Um Futuro para a Saúde – Todos temos um papel a desempenhar, 2014.

[1] A título de exemplo, a Comissão Europeia refere a capacidade de continuar, agora e no futuro, as políticas atuais (sem alterações nos serviços públicos e na tributação) sem levar a que a dívida pública cresça de forma contínua em relação ao PIB, o FMI define que um conjunto de políticas é sustentável se a entidade (governo) é esperada continuar a pagar o seu serviço da dívida sem uma correção futura irrealisticamente forte para equilibrar receitas e despesas, e a OCDE assume que há sustentabilidade quando existe a capacidade de um governo manter as finanças públicas numa posição credível e com capacidade de pagamento no longo prazo.

