

Despesa e défice na saúde: o percurso financeiro de uma política pública

ENQUADRAMENTO CONSTITUCIONAL E LEGAL

A Constituição da República de 1976 estabelece que «o direito à protecção da saúde é realizado através de um SNS universal, geral e gratuito». A Lei Constitucional n.º 1/81, na primeira revisão constitucional, acrescentou ao artigo 64.º a determinação de «a gestão do SNS ser descentralizada e participada». A segunda revisão constitucional, introduzida pela Lei Constitucional n.º 1/89, afastou o princípio da gratuitidade, considerando o SNS, «tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito». A finalidade a atingir pelo SNS de «socialização da medicina e dos sectores médico-medicamentosos» foi substituída por «socialização dos custos dos cuidados médicos e medicamentosos».

A primeira tentativa de regulamentar o artigo 64.º da Constituição foi realizada pela Lei n.º 56/79, Lei do SNS.

Esta lei definia o tipo de cuidados de saúde que o Serviço devia prestar, a orgânica, o estatuto do pessoal, o financiamento e a articulação com o sector privado. Defendia os princípios de direcção unificada, gestão descentralizada e participada, visando a prestação de cuidados globais a todos os cidadãos de forma gratuita. A orgânica proposta substituiria a orgânica preexistente no Ministério da Saúde. Esta lei, apesar de progressivamente regulamentada entre 1979 e 1982, nunca chegou a ser integralmente aplicada, nomeadamente no

* Professor de Economia da Saúde da ENSP, Universidade Nova de Lisboa. Depois de ter escrito este artigo foi nomeado ministro da Saúde.

que respeita à orgânica dos serviços centrais e regionais e ainda menos no que respeita à descentralização e participação.

Do ponto de vista substantivo, a partir da oficialização dos hospitais das misericórdias, realizada em 1975, e da cobertura integral dos encargos com a saúde pelo Orçamento do Estado, concretizada a partir de 1978, o SNS ganhou o atributo da universalidade. Com a integração, ao nível operacional e de comando central, dos serviços médico-sociais das antigas caixas de previdência com os centros de saúde da Direcção-Geral de Saúde e a criação de uma só direcção-geral para os cuidados de saúde primários, concluída em 1984, o SNS ganhou a característica da generalidade. Construíram-se modernos hospitais e centros de saúde por todo o país. Todavia, o SNS, apesar de potencialmente utilizado por toda a população, é na prática o serviço de saúde de cerca de três quartos dos portugueses, tantos os que não dispõem de cobertura cumulativa por outro subsistema.

O SNS nunca alcançou o atributo da gratuitidade. O financiamento público dos cuidados de saúde é fortemente complementado por encargos suportados pelas famílias ou empresas e serviços (cerca de 40% dos gastos totais). Por outro lado, o SNS nunca foi um sistema exclusivamente público. As unidades de estatuto público estão longe de serem as únicas prestadoras de cuidados. Desde sempre existiu um forte sector privado prestador que vende cuidados aos cidadãos e empresas e também ao próprio SNS. Acresce que a maioria dos recursos humanos que actuam no sector privado têm uma relação de emprego permanente com o SNS, o que, em certos casos, cria conflitos de interesse.

Onze anos depois, a Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90) veio alterar a filosofia do sistema. Os cidadãos são agora considerados os primeiros responsáveis pela própria saúde, tendo o dever de a defender e promover. Entidades privadas e profissionais liberais são reconhecidos como parte integrante do sistema de saúde, bem como da rede nacional de prestação de cuidados. Aos profissionais do SNS é permitido exercer actividade privada, excepto quando se encontrem em regime de dedicação exclusiva. Consagra-se o princípio de gestão empresarial das unidades de saúde. São incentivadas experiências inovadoras de administração de serviços através de contratos de gestão. A estrutura dos serviços centrais é fortemente desconcentrada para administrações regionais de saúde, com âmbito geográfico quase coincidente com as comissões coordenadoras regionais.

O Estatuto do SNS, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro, consagra a separação entre serviço e sistema. O SNS é uma peça importante do sistema de saúde, mas não a peça exclusiva para assegurar o direito à saúde. O sistema é constituído por agentes públicos, mas também por agentes privados. As administrações regionais vêem consagrada a sua importância central, administram a saúde no território que abarcam, mas não gerem serviços nem

prestam cuidados. Estes são prestados por grupos personalizados de centros de saúde e por hospitais. Os estabelecimentos do SNS podem ter gestão privada. O pessoal das unidades públicas pode migrar para o sector privado, sem perda de vínculo, através de licença sem vencimento. Define-se a impossibilidade de o profissional do SNS ter contrato ou convenção com o SNS (incompatibilidades), mas admite-se a prática privada dentro dos hospitais por alguns dos profissionais que a eles estão ligados com vínculo definitivo. É admitida a existência do seguro alternativo de saúde (*opting-out*): será sempre facultativo, o prémio será parcialmente pago pelo SNS, prevendo-se incentivos para o seu desenvolvimento. Abre-se a porta à municipalização e devolução de responsabilidades de prestação de cuidados através de contrato-programa com autarquias e com instituições privadas de solidariedade social (IPSS). A gestão de unidades de saúde pode ser delegável a empresas privadas ou a grupos de médicos, através de concurso público, remunerados por tabelas prefixadas. Podem também ser celebradas convenções de âmbito geográfico com grupos de médicos, remunerados através de tabelas a aprovar.

O Plano Nacional de Desenvolvimento Económico e Social para 2000-2006 (PNEDES), no capítulo das recomendações sobre a coesão económica e social, na parte respeitante à saúde, declara que o Estado detém uma posição central na produção e oferta de serviços de saúde, fazendo-o em estreita articulação com o sector privado (médicos, laboratórios farmacêuticos, meios de diagnóstico, clínicas privadas). Assinala, no entanto, que Portugal é dos países da UE em que é mais baixo o peso relativo da componente pública e mais elevado o peso relativo da componente privada no financiamento das despesas de saúde. Nas recomendações para acção futura, o financiamento dos serviços de saúde é uma das áreas de intervenção prioritária, a par da estratégia para investir em saúde e na prestação de cuidados, que se pretende em estrutura regionalizada. No financiamento recomenda-se a separação entre o financiador e o prestador, no sentido de estimular uma dinâmica de transparência no sector, bem como a eliminação ou redução de duplicação de cobertura, que «não só cria macroineficiência e desperdícios, mas também diminui a equidade no acesso e utilização nos cuidados de saúde»¹.

EVOLUÇÃO DOUTRINAL

Esta evolução legislativa tem sido precedida, acompanhada e apoiada por intenso debate sobre política de saúde. O debate tem tido ocorrência quase

¹ Ministério do Equipamento, do Plano e da Administração do Território, *Plano Nacional de Desenvolvimento Económico e Social para 2000-2006*, pp. vii-17.

simultânea dentro e fora do país. Salientaremos apenas os pontos mais significativos desse debate entre nós.

Já em 1991 os programas eleitorais dos partidos que em Portugal ocupam o centro político (PS e PSD) assentavam numa concepção não exclusiva do SNS, sem, todavia, atentarem contra a sua natureza universal, o seu carácter predominantemente público e a sua imensa utilidade como equalizador social. Contudo, as ineficiências que ia acumulando, traduzidas em descontrolo de gastos e em desigualdades insuspeitadas, conduziam os analistas a procurarem medidas de correcção dos principais paradoxos da universalidade. Aprovado apenas com os votos da direita, o Estatuto do SNS, ratificado em 1993 na Assembleia da República², não suscitou qualquer espécie de antagonismo no partido alternativo de governo, o PS. E é assim que nos programas eleitorais de 1995 as medidas legislativas de abertura do sistema ao sector privado são aprovadas pelo PS e por todos os partidos à direita deste. O programa eleitoral do PS em 1995 admitia a concessão de gestão ao sector privado, a empresarialização dos hospitais públicos, a separação entre financiadores e prestadores e a competição gerida entre financiadores públicos, mutualistas e privados. O PSD, no seu programa de 1995, era menos explícito, referindo-se, em geral, à criação de alternativas ao tradicional modelo público e à transformação do financiamento exclusivamente público em financiamento misto. O Partido Popular defendia a separação entre financiamento e prestação, a existência de um seguro público de saúde financiado pelo OE e pelos segurados, a competição entre prestadores públicos e privados e a gestão empresarial dos hospitais. O PCP defendia o SNS nos seus contornos actuais, com mais autonomia para os hospitais, ainda que com manutenção do seu estatuto público. Defendia ainda a manutenção e alargamento da gratuidade, com eliminação das taxas moderadoras.

Em 1995 o relatório sobre financiamento do sistema de saúde em Portugal, elaborado por iniciativa do ministro da Saúde do PSD, Paulo Mendo³, propunha a separação entre financiadores e prestadores, a empresarialização e concessão de hospitais e a criação de um sistema de financiamento opcional para os cidadãos que desejassem renunciar à universalidade do SNS, com as correspondentes contrapartidas financeiras, sob a forma de capitação financeira atribuída ao cidadão ou ao subsistema gestor. Correia de Campos, que já em 1994 havia defendido a competição gerida entre hospitais públicos⁴, em 1996 incitava o governo a cumprir o seu próprio programa eleitoral, diversificando

² Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro.

³ D. Lucena, M. Gouveia e P. P. Barros, *Financiamento do Sistema de Saúde em Portugal*, Lisboa, Ministério da Saúde, 1995.

⁴ A. C. Campos, «Competição gerida: contributo para um debate indispensável», in *Gestão Hospitalar*, p. 29, 1994.

o sistema de saúde, como forma de nele introduzir mais eficiência e prevenir os crescentes atentados à equidade⁵. Em 1998 dois importantes relatórios comungam das mesmas recomendações: o relatório da CRES (Comissão para a Reforma do Sistema de Saúde), presidida por Daniel Serrão e constituída por personalidades de diversos matizes políticos⁶. Por seu turno, nesse mesmo ano, o importante relatório da OCDE dedicado a Portugal e ao sector da saúde vinha conferir ainda mais autoridade a estas vozes⁷. Analistas políticos como Jorge Simões, de forma consistente, reafirmavam a boa fundamentação destas orientações, ao analisarem, de forma comparada, as propostas políticas dos partidos com representação parlamentar⁸. Aos poucos foi-se gerando um importante consenso que nem sempre excluía o PCP, apesar de as posições deste partido serem claramente de manutenção de um forte sector público. Por iniciativa da Comissão Parlamentar da Saúde, teve lugar em 1996 um encontro sobre política de saúde onde duas conclusões aparentemente contraditórias obtiveram consenso quase universal: o SNS deveria ser mantido e reforçado, como peça importante do esquema de protecção social na saúde, mas ao mesmo tempo, para se manter, o SNS necessitava de profundas reformas que o tornassem mais eficiente, mais equitativo e de mais eficaz controle de gastos. Finalmente, em 2000, numa iniciativa do Presidente da República, especialistas de várias tendências e profissões tiveram ocasião de exprimir o seu pensamento sobre o sistema de saúde, daí resultando uma orientação forte no sentido de não poderem ser adiadas por mais tempo as reformas do SNS que o tornassem mais equitativo, controlado, eficiente e eficaz⁹.

De então para cá não têm cessado as chamadas de atenção pública para a inevitabilidade de urgentes reformas no sistema de saúde. Durante a última campanha para a eleição presidencial, o tema voltou à agenda política, com intervenções coincidentes dos vários candidatos. Após as eleições, o tema da saúde é recomendado ao presidente reeleito como tema prioritário do seu próximo mandato¹⁰; a sempre grave crise financeira do sector é motivo de alerta de analistas políticos, mesmo de fora do sector¹¹, e um livro altamente crítico sobre o funcionamento actual do sistema obtém uma retumbância e

⁵ A. C. Campos, «Yellow light at the crossroads: wait for green or cross on yellow. Uncertainties about the future of the Portuguese NHS», Lisboa, APES, *Doc. de trabalho n.º 3/96*.

⁶ CRES, *Reflexão sobre Saúde. Recomendações para Uma Reforma Estrutural*, Conselho de Reflexão sobre a Saúde, Ministério da Saúde, 1998.

⁷ OECD, *Economic Surveys, Portugal*, Paris, 1998.

⁸ J. Simões e O. Lourenço, «As políticas públicas da saúde em Portugal nos últimos 25 anos», in *Livro de Homenagem a Augusto Mantas*, Lisboa, APES, 1999.

⁹ Presidência da República, *Problemas e Propostas para o Sistema de Saúde*, Lisboa, Imprensa Nacional-Casa da Moeda, 2000.

¹⁰ A. Barreto, in *Público* de 21 de Janeiro de 2001.

¹¹ V. Moreira, «A caminho do precipício?», in *Público* de 9 de Janeiro de 2001.

notoriedade visível¹². Um ex-director-geral de Saúde pronuncia-se de forma crítica sobre o sistema de saúde e a forma como está a ser administrado¹³. A saúde decididamente não consegue sair da agenda política tanto do governo como das oposições, como da opinião pública em geral, que tende a considerá-la o principal problema que afecta os Portugueses.

ESTRATÉGIA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Embora sem ter adoptado medidas estruturais, o Ministério da Saúde tem consistentemente manifestado preocupação com a reforma do sistema e as estratégias a adoptar para a iniciar. O documento «Saúde, um compromisso», revisto em 1999, no capítulo relativo à organização e financiamento, retoma a ideia da separação entre financiador e prestador, propondo «substituir o tradicional modelo público integrado por um modelo contratual, combinando financiamento essencialmente público com um sistema de contratos entre pagadores e prestadores que se encontrem funcionalmente separados». Embora o financiamento público deva continuar a assumir um papel maioritário, considera-se positiva uma maior diversificação das fontes de financiamento. «A manutenção de um financiador principal não obsta a que haja outros responsáveis pelo pagamento dos serviços de saúde que acordem com o SNS a prestação de cuidados aos respectivos beneficiários ou que assegurem cobertura complementar aos cuidados garantidos pelo sistema universal.» Por outras palavras, tanto o seguro alternativo de saúde como o seguro complementar estavam nos planos do governo. O relatório considerou que se «tem vindo a estabelecer consenso sobre algumas mudanças essenciais, como o financiamento regional de base capitacional, a concorrência entre prestadores (públicos e privados) enquadrada pelo papel regulador do Estado, o pagamento prospectivo aos serviços prestadores com base em orçamentos-programa negociados, a contratualização interna através de centros de responsabilidade integrados e a explicitação da produção contratada através da relação entre a casuística e os custos»¹⁴.

Em Novembro de 1999 ocorreu mudança na equipa governamental do sector. O programa do XIV Governo¹⁵ retomava apelos anteriores a «um pacto de regime que permita o envolvimento de todos os agentes» e anunciava a continuação de uma reforma assente numa estratégia de investimento em saúde e em melhorias na prestação dos cuidados. No que respeita ao modelo

¹² M. J. Antunes, *A Doença da Saúde: SNS, Ineficiência e Desperdício*, Lisboa, Quetzal Editores, 2000.

¹³ C. Sakellarides, «Saúde e poder», in *Diário de Notícias* de 24 de Janeiro de 2001.

¹⁴ Portugal, Ministério da Saúde, *Saúde, Um Compromisso. A Estratégia da Saúde para o Virar do Século 1998-2002*, 1999, 104 páginas.

¹⁵ Presidência do Conselho de Ministros, *Programa do XIV Governo Constitucional*, Outubro de 1999.

institucional, confirmava as propostas anteriores de distinção entre entidades financiadoras e prestadoras, criando um instituto público para a gestão global do financiamento. Defendia a separação «clara» entre actividades públicas e privadas, evitando «formas de desnatação do SNS», a autonomia de gestão dos hospitais, centros de saúde e sistemas locais de saúde, propunha-se estimular regimes de trabalho a tempo inteiro e dedicação exclusiva, com remunerações recompensadas por produtividade e qualidade. O governo pretendia incentivar experiências diversificadas, sujeitando-as a uma avaliação rigorosa dos resultados, «em vez de adoptar um modelo unitário baseado em preconceitos de natureza ideológica». Defendia a introdução de mecanismos de concorrência dentro do sector público prestador, propiciando aos utentes capacidade de escolha e premiando instituições e profissionais que obtenham melhores resultados.

As Grandes Opções do Plano para 2001¹⁶, no capítulo dedicado à saúde, pretendem «concretizar uma reforma profunda da saúde, a qual deverá integrar numa lógica global todas as medidas concretizadas na anterior e na presente legislatura». Para tal propõem-se «definir as funções do Estado, clarificar o sistema, a função nuclear do SNS e a articulação com os subsistemas» através de uma nova Lei de Bases da Saúde e do novo Estatuto do SNS. No que respeita à articulação do SNS com o sistema de saúde, o texto reconhece o «papel importante dos sectores social e privado e apoio ao seu desenvolvimento estável, baseado no princípio da complementaridade e numa relação de contratualização segundo objectivos e requisitos claros». O cerne de medidas consiste em recomendações para a melhoria dos serviços públicos, como um novo estatuto jurídico dos hospitais, uma política de recursos humanos, medidas para garantir a qualidade, para desenvolver o sistema de informação, para melhor gerir os equipamentos, e propõe-se realizar uma nova política do medicamento. Todavia, o texto não aborda nenhum dos pontos dos programas do governo actual ou dos anteriores quanto à separação entre financiamento e prestação, competição dentro do sector público ou novas experiências de gestão.

COMPREENDER A EVOLUÇÃO

A evolução legislativa que resumimos atrás não resultou de políticas previamente desenhadas. Ela plasma a pressão das forças económicas e sociais que actuam no sector — profissionais, indústria, distribuição, instituições e função pública — e apenas em pequena parte os cidadãos destinatários. O sector da saúde foi evoluindo e configurando-se de modo irregular e incoerente. Hoje poucos se reconhecem no sistema, embora nenhuma dessas forças internas deseje que ele seja alterado, ainda que o seu discurso

¹⁶ Lei n.º 30-B/2000, DR, n.º 299, de 29 de Dezembro de 2000, 1.ª série-A.

possa ser o oposto. O governo dispõe de escassa iniciativa, não consegue controlar a despesa, não pode reorientar o sistema para soluções mais eficientes. Este bloqueio, que não admite intervenção exterior, necessita de ser estudado. Uma das formas de o fazer será acompanhar o gasto público do sector para conhecer as prioridades de intervenção, explícitas ou, as mais das vezes, implícitas. O presente artigo pretende conhecer a evolução das contas da saúde nos últimos seis anos. Se antecipadamente se reconhece a perda quase total de controle do Estado sobre o SNS, pode ser estudada a direcção e o modo de encaminhamento dos fluxos financeiros. Esse encaminhamento indica indirectamente quem tem o poder e como o exerce.

MATERIAL E MÉTODOS. A EVOLUÇÃO DA DESPESA COMO PROXY DA EVOLUÇÃO DA POLÍTICA

Na ausência de relatórios e contas anuais do SNS desde 1999, os documentos mais fiáveis e actualizados sobre a evolução do compromisso público com a saúde são os mapas de evolução financeira e de previsão de gastos e défice elaborados anualmente pelos serviços do Ministério da Saúde e apresentados à Assembleia da República aquando do debate orçamental. Os dados não são públicos, embora alguns deles possam ter sido já publicados. Na falta de documentos de orientação estratégica, admitiu-se que o fluxo da despesa funcione como indicador próximo de evolução de políticas.

O presente artigo analisa a evolução dos gastos com a saúde desde 1995 até 2000 para tentar descortinar as políticas reais que estão para além da retórica, ou do silêncio. São passados em revista os gastos dos dois últimos anos, a acumulação da dívida e os projectos de despesa e de controle de gastos para 2001. As previsões de gastos dos governos são depois confrontadas com o teste de realismo da manutenção das tendências actuais. O artigo termina com recomendações com efeito esperado a curto prazo, todas na preocupante área do controle financeiro, e com recomendações de médio e longo prazo, medidas reorganizativas do sistema, na linha do consenso ideológico que, nesta matéria, progressivamente tem vindo a ser gerado na sociedade portuguesa.

EVOLUÇÃO DOS ENCARGOS COM O SNS ENTRE 1995 E 2000

SUBORÇAMENTAÇÃO CRÓNICA

A leitura comparada dos orçamentos inicial e final do SNS desde 1995 permite conhecer a evolução da importância atribuída pelos decisores públicos a este importante sector, bem como conhecer o seu desempenho financeiro (quadro n.º 1).

Financiamento do SNS, 1995-2001. Orçamentos iniciais e finais

[QUADRO N.º 1]

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Orçamento inicial	550	594	629	710	761	900	990
Crescimento anual (percentagem)	–	8	5,8	12,8	7,1	18,3	10
Orçamento final (a)	600	650	684	724	843	930	–
Crescimento anual (percentagem)	–	8,4	5,2	5,8	16,6	10,2	–
Orçamento final/orçamento inicial (percentagem)	9	9,4	8,7	2	10,8	3,3	–
Orçamento inicial/último orçamento final (percentagem)	–	–1	–3,3	3,8	5,0	6,7	6,5

(a) Sem regularização da dívida.

Fonte: Ministério da Saúde, *Portugal 2000, Serviço Nacional de Saúde, Análise Financeira*.

Ao longo de sete exercícios, de 1995 a 2001, a preços correntes, o Estado português aumentou em 80% (de 550 para 990 milhões de contos, a preços correntes¹⁷) as dotações iniciais para o SNS, a uma média de crescimentos anuais de 10,3%. Um ritmo de crescimento muito superior ao da economia no período e que muitos outros sectores da despesa pública certamente ambicionariam.

Em cada ano, o orçamento inicial difere do final, sendo-lhe sempre inferior, mesmo sem incluir as regularizações da dívida sob a forma de dotações extraordinárias, quase sempre extra-orçamentais, para acorrer ao agravamento do défice e às consequentes dificuldades de gestão por excesso de endividamento. Ao longo de seis anos, de 1995 a 2000, a dotação inicial adicionada atingiu 4144 milhões e a dotação final 4431 milhões de contos, com a segunda a crescer à primeira à média anual de 7,2%. Ao longo do período, os 287 milhões de contos de diferença do final para o inicial, acrescidos dos 387 milhões mobilizados para regularização da dívida, atingem 675 milhões de contos, ou seja, 16,3% do somatório das dotações iniciais para o mesmo período. Por outras palavras, globalmente, para o conjunto dos anos que vão de 1995 a 2000, admitindo que todos os recursos concedidos foram bem geridos, a suborçamentação inicial do SNS ronda os 16%.

Mas estes dados permitem também acompanhar a política pública do sector ao nível financeiro macro. O orçamento inicial de cada ano deve ser comparado com o orçamento final do ano anterior para se ajuizar da prioridade atribuída ao sector na decisão orçamental. O que se verifica a este respeito é uma baixa importância atribuída à saúde nos orçamentos de 1996

¹⁷ Todas as referências a valores financeiros, neste artigo, têm como unidade milhões de contos, sempre a preços correntes.

e 1997, com dotações iniciais inferiores aos orçamentos finais dos anos anteriores em, respectivamente, -1 e -3,3%. A partir de 1998, a situação tende a alterar-se de forma sustentada: a diferença passa a ser positiva: 3,8% em 1998, 5% em 1999, 6,7% em 2000 e 6,5% em 2001. Um sector que não era prioritário ao nível do OE inicial passou a sê-lo a partir de 1998. A suborçamentação atenuou-se ao longo do período, sendo difícil agora utilizar essa expressão para caracterizar a prioridade política da saúde em Portugal¹⁸.

Fica, todavia, uma dúvida. É a prioridade predeterminada ou forçada pelos acontecimentos? Estaremos perante o primeiro caso se o governo tiver decidido formalmente atribuir mais importância financeira à saúde. Foi o que aconteceu com o segundo governo do primeiro-ministro António Guterres: em 2000 e em 2001, o orçamento inicial é superior ao final do ano anterior em mais de 6%. Estaremos perante uma prioridade forçada se ela tiver sido assumida como consequência de uma necessidade financeira indiscutível e não controlada. Cremos ter sido o que aconteceu a partir da segunda metade do primeiro mandato do referido primeiro-ministro (quadro n.º 2).

Dotações iniciais, regularização de dívidas e défices do SNS, 1995 a 2000

[QUADRO N.º 2]

	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Orçamento inicial	550	394	629	710	761	900
Regularização de dívidas	75	36	–	–	277	–
Orçamento final c/ regularização	675	686	684	724	1 120	930
Défica	101	111	201	333	229	333
Percentagem do orçamento inicial	18,4	18,7	32,0	46,9	30,1	37
Percentagem do orçamento final	16,9	17,0	29,4	46,0	27,1	35,8

Fonte: Ministério da Saúde, *Portugal 2000, Serviço Nacional de Saúde, Análise Financeira*.

A suborçamentação de 1996 e 1997, sinal iniludível de baixa prioridade política da saúde, tinha de dar lugar a défices pesados. Eles foram «regularizados» logo no início do primeiro mandato, ainda em 1995, com uma assunção de dívida no valor de 75 milhões de contos, com nova regularização em 1996, no valor de 36 milhões, e com uma vultosa regularização de 277 milhões no final de 1999. Esta última regularização, ocorrida logo no início do segundo mandato, já com nova equipa, destinou-se a conferir governabilidade a um sector onde, durante dois anos, 1997 e 1998, não

¹⁸ A diferença entre o conceito de «suborçamentação» e o de gastos «na margem», ou seja, «do custo de oportunidade dos gastos nas rubricas que excedem os limites razoavelmente previstos sem explicação plausível», está abordada em A. C. Campos, «Administrar saúde em escassez de recursos», in *Actas das X Jornadas de Administração Hospitalar*, Lisboa, 9-10 de Dezembro de 1997 (inédito).

houve qualquer regularização e em que o orçamento inicial, face ao último orçamento final, havia regredido 3,3% em 1997 e crescido uns escassos 3,8% em 1998. Não é de estranhar que o défice, que em 1995 era de 101 milhões e em 1996 de 111 milhões, tenha saltado para quase o dobro, 201 milhões em 1997, e daí para 333 milhões em 1998, regressando a 229 milhões em fins de 1999, graças à dupla injeção de dinheiros frescos: os 277 milhões de regularização da dívida e mais 82 milhões de reforço orçamental, quase 11% a mais do que o orçamento inicial de 1999.

O novo governo começou vida nova em 2000: com o défice reduzido a valores toleráveis, 229 milhões, ou 30% da dotação inicial, e com a maior diferença de sempre entre o orçamento inicial de 2000 e o orçamento final de 1999, 6,7% a mais. Durante o mesmo ano, o reforço final foi pequeno, 30 milhões, ou seja, 3,3%. Todavia, a dívida continuou a aumentar, passando de 229 para 333 milhões no final de 2000, atingindo 37% do orçamento inicial, valor só ultrapassado pelos 46,9% de 1998.

COMPORTAMENTO EXPECTÁVEL DAS CONTAS DA SAÚDE EM 2001

Durante a discussão do OE para 2001, em finais de 2000, o governo prometeu uma mais rigorosa gestão orçamental tanto pelo lado da contenção da despesa como pelo reforço da receita. Como resultado expectável, projectou um défice de exercício igual a zero e, pelo aumento esperado de receita, uma redução do défice acumulado em anos anteriores de 336 para 206 milhões (quadro n.º 3).

A proposta do governo baseou-se em cinco pressupostos:

- Na receita, o aumento de 116% na cobrança de serviços, basicamente aqueles que são prestados a beneficiários de subsistemas, passando de 45 para 97 milhões de contos, o que poderia significar quase 30 milhões de contos de mais receita em relação a uma estimativa de crescimento a 50%;
- Na despesa, através da redução do crescimento de gastos com pessoal de quase 10% entre 1999 e 2000 para apenas 3,3% de 2000 para 2001, planeando poupar aqui quase 40 milhões de contos;
- Nas aquisições, passando de 10% de crescimento para um crescimento negativo de -11,3%, pretendendo poupar aqui 40 milhões de contos em relação à simples projecção da tendência do ano anterior;
- Na subcontratação, invertendo o crescimento de 9% observado no ano anterior para um crescimento negativo de -13,1%, o que representaria uma poupança de cerca de 76 milhões de contos;
- No aumento da cobrança de créditos relativos a anos anteriores, que passaria de 56 milhões em 2000 para 109 milhões em 2001, represen-

tando um ganho adicional de 25 milhões de contos em relação ao crescimento a uma taxa igual à do ano anterior.

Receita cobrada, despesa realizada e défices do SNS, 1999 a 2001
Estimativa do OE para 2001 e estimativa alternativa

[QUADRO N.º 3]

	1999	Variação (per- centa- gem)	2000	Variação (per- centa- gem)	2001 (Inicial)	Variação (revisto) (per- centa- gem)	2001 (revisto) (a)
Receita cobrada							
Subs. exploração	850,5	9,3	929,6	6,5	990,0	6,5	990,0
Prestação de serviços	23,5	91,5	45,0	115,7	97,1	50,0	67,5
Subs. investimento	15,9	66,7	26,5	13,5	30,0	13,5	30,0
Outras	12,9	24,0	16,0	76,6	28,3	76,6	28,3
<i>Total</i>	<i>902,8</i>	<i>12,7</i>	<i>1 017,1</i>	<i>12,6</i>	<i>1 145,4</i>	<i>9,7</i>	<i>1 115,8</i>
Despesa total							
Pessoal	469,3	9,8	515,5	3,3	532,1	11,1	572,7
Compras	170,8	10,0	187,9	-11,3	166,8	10,0	206,7
Fornecimento de serviços	84,1	3,1	86,7	4,8	90,8	4,8	90,8
Subs. contratos	316,3	9,0	344,7	-13,1	299,6	9,0	375,7
Imobilizações	39,4	-4,8	37,5	18,3	44,3	18,3	44,3
Outras	16,9	-30,8	11,7	0	11,7	0	11,7
<i>Total</i>	<i>1 096,8</i>	<i>8,0</i>	<i>1 184,0</i>	<i>-3,3</i>	<i>1 145,3</i>	<i>10,0</i>	<i>1301,9</i>
Défice do exercício	194,0	-14,0	166,9	-	0	11,5	186,1
Saldo de gerência	24,2	-21,9	18,9	7,9	20,4	7,9	20,4
Recebimento anos anteriores	38,3	46,7	56,2	94,6	109,3	50,0	84,3
Dívidas anos anteriores	97,2	147,9	241,0	39,3	335,8	39,3	335,8
Défice anos anteriores	34,7	378	165,9	24,2	206,1	12,1	231,1
<i>Défice global</i>	228,7	45,5	332,8	-38,1	206,1	25,4	417,2

(a) Revisão do autor.

Fonte: Ministério da Saúde, *Portugal 2000, Serviço Nacional de Saúde, Análise Financeira*.

Desta forma, através de mais 55 milhões de contos de receita e de uma poupança de 156 milhões de contos na despesa, projectava o governo atingir um défice nulo no exercício e recuperar quase 130 milhões do défice acumulado.

UMA PREVISÃO ALTERNATIVA

A consulta dos ritmos de crescimento em algumas despesas do SNS observados ao longo de dez anos pode ser um valioso instrumento para se

formular uma previsão sobre o comportamento do défice. O quadro n.º 4 demonstra a evolução do crescimento, a preços constantes, entre 1991 e o ano 2000, de alguns encargos mais significativos do SNS.

SNS, taxas de crescimento dos encargos com grandes rubricas de despesa,
a preços constantes, 1991-2001
(em percentagem)

[QUADRO N.º 4]

	1992- -1991	1993- -1992	1994- -1993	1995- -1994	1996- -1995	1997- -1996	1998- -1997	1999- -1998	2000- -1999	2001- -2000 (a)	2001- -2000 (b)
Pessoal	15,6	5,4	2,0	6,0	7,6	9,8	11,7	13,1	9,8	3,3	11,1
Compras	20,8	-1,3	16,7	18,0	13,3	17,1	12,0	18,8	10,0	-11,3	10,0
Fornecimento de serviços	24,1	77,4	22,5	15,3	15,2	3,9	-0,2	9,8	3,0	4,8	4,8
Subcontratos	14,7	12,3	11,6	13,2	13,0	14,5	9,7	12,4	9,0	-13,1	9,0

(a) Previsão do Ministério da Saúde.

(b) Previsão do autor.

Fonte: Ministério da Saúde, *Portugal 2000, Serviço Nacional de Saúde, Análise Financeira*, taxas de crescimento por grandes grupos de despesa.

Com base na tendência de um decénio, corrigida pelo crescimento observado no ano anterior, ou com base em critérios mais objectivos, quando existam, estimou-se, na despesa, uma taxa de evolução para 2001 que difere bastante da estimativa usada pelo Ministério da Saúde:

- O pessoal, que representou, em 2000, 43,6% da despesa total, tem crescido a uma média anual de 8,9%, com 9,8% de crescimento entre 1999 e 2000; o acréscimo de vencimentos da função pública no ano anterior foi de 2,3%, sendo o resultado final (9,8%) explicável por dois factores: novas admissões e aumentos automáticos por força das carreiras. Comprimir, para 2001, os acréscimos totais a 3,3% não parece possível. Adoptou-se o critério, já usado em outras ocasiões, de multiplicar pelo factor 3 a taxa de crescimento dos vencimentos negociada para 2001, ou seja, 3,71%. O total (11,1%) poderá acomodar, embora com dificuldade, os dois factores de crescimento atrás referidos, mas não ficaremos surpreendidos se não o conseguirmos.
- As aquisições, que representaram, em 2000, 15,9% da despesa total, têm crescido a uma média anual de 13,9%, com 10% de crescimento entre 1999 e 2000. Passar destes acréscimos a um decréscimo de -11,3% não é realista. Manteve-se o crescimento do ano anterior (10%).
- O fornecimento de serviços, que representou, em 2000, 7,3% da despesa total, tem crescido a uma média anual de 19%, com 3,1% de

crescimento de 1999 para 2000. O governo propõe um crescimento de 4,8%, o qual foi também aqui adoptado.

- Os subcontratos, que representaram, em 2000, 29,1% da despesa total, têm crescido a uma média anual de 12,3%, com 9% de crescimento de 1999 para 2000. Passariam a crescimento negativo de -13,1%. Dado o irrealismo desta estimativa, adoptou-se a taxa de crescimento do ano anterior (9%).

Da aplicação destes critérios, bem como da adopção de estimativas mais realistas no crescimento das receitas, alcança-se um défice do exercício de 2001 que atingirá 186 milhões de contos e um défice acumulado de 417,2 milhões de contos¹⁹. Este défice, se vier a verificar-se, alcança 42,1% do orçamento inicial de 2001, um valor só ultrapassado em 1998 (46,9%). Se o OE de 2001 não incluir um significativo reforço por transferências, ou outra operação de regularização, a passagem para o ano de 2002 será agravada com um novo défice de exercício que pode levar o défice acumulado, em finais de 2002 a um valor superior à barreira psicológica dos 550 milhões de contos, representando 50% de um hipotético orçamento inicial de 1100 milhões.

ANÁLISE DE MEDIDAS

A situação em que se encontram as contas da saúde pode suscitar duas tentações: uma, a de considerar que o sector tem desperdício por má gestão financeira e tudo se resolveria se esta fosse disciplinada; outra, a de considerar que o utente é a fonte de todos os gastos e deveria ser chamado a comparticipar mais fortemente nos encargos públicos com a saúde, na proporção dos seus rendimentos. Nenhuma destas vias, quando isoladamente seguidas, é correcta, mas nenhuma delas é inteiramente errada.

¹⁹ A oposição parlamentar, no debate do OE para 2001, havia manifestado o seu pessimismo em relação à exequibilidade dos valores globais do OE, quer na parte da cobrança de receita (Octávio Teixeira, PCP), quer em relação à manutenção da situação financeira crescentemente deficitária (Rui Rio, PSD), quer ainda considerando que obter um défice nulo em 2001 seria um «objectivo mágico, por não estar assente em premissas realistas» (Pires de Lima, PP). O governo, pela voz de Manuela Arcanjo, respondeu que a exequibilidade das propostas assentava na credibilidade da execução de 2000, onde terá havido um primeiro sinal de alteração da evolução crescente do défice (*Diário Económico* de 31 de Outubro de 2000). Esse sinal estaria, provavelmente, na redução do défice global do exercício de 194 milhões em 1999 para 166,9 milhões em 2000. Todavia, esta redução de 27 milhões tem mais a ver com o aumento de receita em 12,7% (com 21,5 milhões de cobrança de serviços prestados, mais 10 milhões de investimento e sobretudo mais 9,3% de subvenção do Estado, ou seja, mais 76 milhões de contos) do que com a redução da despesa, a qual continuou a subir globalmente 8%, sobretudo nas rubricas de pessoal (9,8%), compras (10%) e contratos (9%) (quadro n.º 3).

A gestão financeira do sector pode ser mais modernizada e disciplinada, mas tal só será possível com mais responsabilização, e não apenas com mais controle. Em sector tão vasto, o controle centralizado é impossível, contra-producente e obsoleto.

Impossível, por não ser fisicamente viável controlar centralmente orçamentos, balancetes e contas de gerência das centenas de instituições dotadas de autonomia. Acresce que estes instrumentos, se ainda são úteis como relatos de tesouraria, são mera ficção económica, não retratando nem a actividade nem a eficiência das instituições.

Contra-producente, porque o que importa é responsabilizar por objectivos e metas, e não controlar, proibir ou punir.

Obsoleto, porque o controle de tesouraria não aperfeiçoa a gestão, antes incentiva a fuga à lei. A contabilidade orçamental convencional é reconhecidamente inadaptada para o sector da saúde e tal é sabido desde há trinta anos, quando os hospitais foram em Portugal os primeiros institutos públicos a adoptar a contabilidade analítica de exploração. Tal como foram pioneiros na Europa na aplicação nos grupos de diagnósticos homogéneos (GDH), uma técnica de classificação de episódios hospitalares que permite medir e comparar a produção de hospitais em função da intensidade de cuidados, como indicador mais próximo do custo de produção. Contabilidade analítica e classificação de pacientes por GDH, se forem reactivados, podem servir para a fixação de metas de desempenho, a negociar e a contratualizar entre o regulador-financiador e as entidades prestadoras.

A segunda tentação consiste em pensar-se que, pelo menos, o utente das classes média e alta deveria pagar uma parte dos cuidados, no ponto de encontro com o sistema, isto é, que taxas moderadoras, co-pagamentos ou franquias deveriam ser lançados ou reintroduzidos no sistema público, com o duplo objectivo de reduzir procura desnecessária e obter receita adicional.

Existe numerosa literatura nacional e internacional sobre os efeitos das chamadas «taxas moderadoras» no financiamento, no controle dos gastos, na equidade e nos resultados em saúde²⁰. O carácter recorrente do tema tem origem ideológica, e não técnica. Não se têm acrescentado conhecimentos nesta matéria em relação ao que já se conhece desde há mais de vinte anos. Em termos gerais, poderemos afirmar que os co-pagamentos no ponto de encontro do utente com o sistema moderam procura trivial, penalizam situações graves, pouco efeito exercem sobre o controle dos gastos e aumentam as desigualdades no acesso, na utilização e nos resultados²¹.

²⁰ V., para o início da década de 80, A. C. Campos, *Saúde, o Custo de Um Valor sem Preço*, Lisboa, Ed. Port. de Livros Técnicos e Científicos, 1983, pp. 157-182.

²¹ «[...] Se a existência de co-pagamentos como forma de disciplinar uma procura excessiva, decorrente de preço zero no acto de consumo é desejável, não deverá ser, contudo, uma forma de gerar recursos no sector da saúde, já que não tem capacidade para ser uma fonte de

As medidas alternativas são de duas naturezas e situam-se a dois níveis: medidas de ordem financeira, para aplicação imediata com resultados esperados a prazo inferior a um ano; medidas de natureza organizativa, de aplicação mais demorada, exigindo grandes cuidados e de efeitos a mais longo prazo.

MEDIDAS DE NATUREZA FINANCEIRA

Começemos pelas primeiras: a crise financeira da saúde pode ser atenuável através de quatro tipos de medidas:

- i) A prevenção da suborçamentação;
- ii) O aumento de receitas próprias;
- iii) A redução da despesa;
- iv) A maior agilidade na cobrança dos serviços vendidos pelo SNS. A este respeito, as intenções do Ministério, tal como foram divulgadas no debate orçamental do final de 2000, visavam alvos correctos. Expliquemo-nos.

PREVENÇÃO DA SUBORÇAMENTAÇÃO

O actual governo atribuiu uma prioridade elevada à saúde. Obteve, no final de 1999, como já se referiu, a maior regularização de dívida alguma vez praticada (277 milhões), mais 10% de aumento no orçamento final em relação ao orçamento inicial desse ano (82 milhões), o maior acréscimo dos últimos anos e quase poderemos dizer de sempre (6,7%) entre o orçamento final de 1999 e o orçamento inicial de 2000 e um novo acréscimo de 6,5% entre o orçamento final de 2000 (entretanto majorado de 30 milhões em relação ao inicial) e o orçamento inicial de 2001. A tendência anteriormente crónica para a suborçamentação nos últimos dois exercícios deu lugar a acréscimos de cerca de três pontos acima da inflação. Saltar ainda mais para a frente em matéria de dotação inicial sem que se dê por demonstrado que a gestão do acréscimo passado foi criteriosa seria pouco curial. Deve esperar-se, nos anos seguintes, a sustentação da tendência, mas nunca o seu reforço substancial. De resto, são cada vez mais críticas as vozes que se erguem contra o desperdício, alegando que a importância relativa da saúde no PIB não tem cessado de aumentar, colocando-nos acima de países de elevado rendimento, sem correspondente melhoria nos serviços prestados, ou pelo menos da opinião do público acerca do sistema. Neste contexto, sem

financiamento importante [...] Os co-pagamentos têm apenas uma função disciplinadora à utilização excessiva de recursos no momento de entrada no sistema, deixando de ter qualquer papel uma vez que o indivíduo já esteja dentro do sistema. Para estas situações seria mais eficaz introduzir incentivos e penalizações aos prestadores». Associação Portuguesa de Economia da Saúde, *Financiamento da Saúde em Portugal*, Doc. de trabalho n.º 4/97.

se provar que os dinheiros concedidos estão a ser bem utilizados, não parece possível convencer os decisores a atribuírem mais recursos ao sector.

AUMENTO DE RECEITAS PRÓPRIAS

Esta rubrica é alimentada com as receitas cobradas pelo SNS à ADSE e aos subsistemas de empresa que utilizam os serviços públicos. Um diploma do final de 1998, o Decreto-Lei n.º 401/98, de 17 de Dezembro, que passou então quase despercebido, veio criar a possibilidade de subsistemas *opting-out*, isto é, de mecanismos de cobertura integral de saúde para segmentos da população definidos por critérios ocupacionais, geográficos ou outros. Estas organizações, de que são exemplo os SAMS do Sindicato dos Bancários do Sul e Ilhas, as Obras Sociais dos CTT e os serviços de saúde do pessoal da PT/ACS, voluntariamente, retiraram os respectivos subscritores da cobertura universal pelo SNS em troca de uma subvenção anual por indivíduo coberto. Em compensação, quando frequentem hospitais e centros de saúde do SNS, os subsistemas terão de pagar a totalidade das tarifas praticadas pelos serviços recebidos. A racionalidade económica desta medida assenta nos seguintes pressupostos:

- A retirada facultativa de beneficiários do sistema universal reduz gastos públicos, descongessa os serviços e permite reencaminhar recursos para cidadãos mais carenciados, tanto mais fortemente quanto mais aqueles beneficiários se situam nos segmentos de maior utilização de cuidados;
- Se o encargo capitacional para o Estado, pela opção exterior desses cidadãos (*opting-out*), se situar num valor abaixo da capitação média do SNS, o Estado poupa recursos;
- Os cidadãos que optam por subsistemas saíram beneficiados em qualidade e eficácia de cuidados desde que, quer os subsistemas, quer eles próprios, cubram a diferença entre a compensação recebida do SNS e os gastos reais *per capita*;
- As instituições do SNS que prestam cuidados aos cidadãos que optaram por subsistemas passarão a ser pagas por custos reais pelos serviços àqueles prestados, aumentando, assim, as suas receitas e recebendo um incentivo financeiro pelo desempenho que revelem.

Tratando-se de uma situação relativamente nova, que pode multiplicar-se institucionalmente, recrutando clientes nos segmentos da classe média e alta, exigirá dois cuidados: primeiro, um mecanismo de identificação e exclusão do utente da dupla cobertura; depois, um eficaz mecanismo de facturação e cobrança por parte dos serviços públicos. Em relação ao primeiro problema, o «cartão do utente», criado recentemente, visa controlar o direito de acesso gratuito ao SNS, cobrando o justo preço aos cidadãos que aceitaram transferir para

subsistemas a cobertura dos seus riscos de saúde. Em relação ao segundo problema, a rápida expansão de produtos financeiros, como o *factoring*, pode transferir para entidades especializadas os encargos e riscos de cobrança em que o SNS tão frágil se tem revelado.

REDUÇÃO DA DESPESA

Os quatro itens de despesa em que o governo se propõe, no OE 2001, realizar economias são, na verdade, os grandes gastos, representando, conjuntamente, 94% da despesa total. Os serviços públicos de saúde têm revelado uma dificuldade crónica para controlarem estes quatro tipos de encargos: pessoal (43,5%), aquisições (15,9%), fornecimento de serviços (7,3%) e subcontratos (29,1%) (quadro n.º 3, despesa total, valores relativos a 2000):

- Os encargos com pessoal são não só os mais volumosos, mas os que crescem mais, pelo triplo efeito de novos recrutamentos para preencher novos serviços, actualizações salariais centralmente decididas e, por arrastamento, encargos devidos à progressão regular do pessoal nas carreiras. O sistema está bloqueado no sentido descendente: não é possível despedir pessoal nem antecipar-lhe a aposentação. O sistema remunerativo não está associado ao desempenho e, para as profissões mais diferenciadas, reduzidas obrigações de presença e correspondentes baixos pagamentos incentivam a acumulação de funções fora do SNS, com inevitáveis conflitos de interesses. Tudo isto é bem conhecido e está suficientemente estudado²². Todavia, o controle estreito que os grupos e instituições sócio-profissionais exercem sobre o sector encurtam dramaticamente a margem de manobra. Do arsenal de medidas previstas na lei só ainda não foram tentados o congelamento de admissões de médicos, enfermeiros e paramédicos e a gestão previsional de efectivos, com planeamento de passagens à aposentação. Medidas como a contratualização, o encerramento de serviços, a criação de quadros de reconversão profissional, a avaliação objectiva associada a prémios de desempenho excepcional, não são possíveis na função pública e deparam com fortíssimas objecções sindicais. Neste contexto, não se pode estranhar a «fuga para o direito privado», através da concessão da gestão de hospitais a grupos empresariais privados, e a própria empresarialização de hospitais, colocando todo o pessoal em regime de contrato individual de trabalho²³.

²² M. J. Antunes, *A Doença da Saúde: SNS, Ineficiência e Desperdício*, Lisboa Quetzal Editores, 2000.

²³ Quando o Estado se sente capturado pelos interesses mais variados, quem se admira de que tente romper as suas próprias fronteiras?

- As *compras ou aquisições* de bens e serviços incluem os medicamentos consumidos nos hospitais, o material de consumo clínico, a alimentação e todos os restantes consumíveis nas instituições de saúde. O seu crescimento depende da inflação do sector, da intensidade dos cuidados, do alargamento da actividade e da criação de novos serviços. Uma parte importante destes gastos, 114 milhões em 2000, respeita a medicamentos consumidos nos hospitais. Rubrica que tem aumentado de importância nos últimos anos, representando hoje quase um terço do dispêndio total do SNS em medicamentos (sendo o restante despendido sob a forma de participações em medicamentos vendidos nas farmácias de oficina, quadro n.º 5)

Encargos do SNS com medicamentos
(em milhões de contos)

[QUADRO N.º 5]

Encargos	1997	1998	1998 Estrutura (percentagem)	1997-1998 Diferença (percentagem)
Hospitais do SNS.	71,4	86,9	28,9	21,7
Comparticipação nas farmácias.	175,4	195,1	71,1	11,2
<i>Total</i>	246,8	282,0	100,0	14,3

Fonte: SNS, contas globais, 1998.

O hospital é não só o terreno de ensaio dos novos medicamentos, como o território do respectivo *marketing* e o local onde são dispensados os medicamentos participados a 100%. O crescimento deste sector é elevado, foi de 21,7% de 1997 para 1998 e deverá ter subido para 24% tanto em 1999 como em 2000 com base em estimativas provisórias do IGIF²⁴. Esforços recentes para o regular de modo mais eficaz, estão a ser tentados e serão certamente úteis:

- O *fornecimento de serviços* inclui os encargos de conservação, reparação e comunicações e transportes. Revela um crescimento errático, com oscilações entre grandes acréscimos de dois dígitos e, mais recentemente, crescimento de apenas um dígito. O seu controle a menos de 5% de crescimento parece adequado a uma política exigente e eficiente.
- Finalmente, olhemos os *subcontratos*, que incluem participações para medicamentos vendidos em farmácias (210 milhões em 2000) e os encargos com meios complementares de diagnóstico e terapêutica

²⁴ Dados provisórios, não estando publicadas as contas globais do SNS para esses anos: 74 milhões (1998), 92 milhões (1999) e 114 milhões (2000).

em regime convencionado. Esta sub-rubrica cresceu, em 1997 e 1998, à razão de 11,2%, devendo manter esse ritmo em 1999 e 2000²⁵, o que, não sendo excessivo, pode e deve ser controlado e reduzido. Os encargos com convenções a prestar pelo sector privado, normalmente em ambulatorio, não são uma actividade inefficiente. Bem pelo contrario, o sector privado desenvolveu-se segundo as regras do mercado e, quando detem oferta excessiva, os preços tendem a baixar, como hoje sucede com a imageologia, sector onde a incapacidade de regulção do Estado e a voracidade e impreparação dos empresrios conduziram a um excesso de oferta concentrada nas cidades do litoral. O seu crescimento de 1999 para 2000 foi de apenas 2,5%.

MAIOR AGILIDADE NA COBRANÇA

O SNS está a prestar cada vez mais serviços a subsistemas e ao sector segurador privado. Cronicamente, hospitais, institutos e centros de saúde encontram-se pouco preparados para apresentarem a facturação dos serviços prestados em devida forma em tempo útil e para realizarem todas as actividades relativas à boa cobrança. Não há razão para que tal aconteça. No passado, quando era diferente o modelo de financiamento, alguns hospitais desenvolveram mecanismos efficientes de cobrança. Sabendo-se que o sector segurador está longe de ser um pagador complacente, mais se justifica que os hospitais se organizem ou se articulem com empresas financeiras para obterem o pagamento rápido dos serviços que prestam.

MEDIDAS DE NATUREZA ORGANIZATIVA

As medidas de natureza organizativa assentam em dois axiomas: (a) mais e melhor informação sobre o desempenho económico e financeiro do sistema, como condição prévia indispensável para se seleccionarem medidas com impacte sobre a eficiência e o controle de gastos; (b) medidas coercivas sobre entidades gestoras reduzem a responsabilidade, desmotivam o gestor, aumentam o desperdício, prejudicam o desempenho e não reduzem os gastos. Já discutimos este último ponto. Quanto ao primeiro, valerá a pena referir que o SNS tem recorrentemente incumprido, nos últimos anos, os seus deveres de transparência e de responsabilidade social (*accountability*). Os relatórios do SNS, documentos que atingiram elevada qualidade na primeira metade dos anos 80, praticamente desapareceram. Apenas têm sido publicadas contas globais, com breves comentários, as últimas das quais respeitam

ao ano de 1999. A informação mais actual é a que transita para o público através de quadros sintéticos, sem qualquer explicação, que os governos costumam apresentar na Assembleia da República aquando do debate orçamental. Por não se terem criado hábitos de produção e divulgação de informação estratégica, é a própria qualidade da decisão que sai prejudicada.

As medidas destinadas a aperfeiçoar a eficiência do sistema assentam no princípio da separação entre o financiador e o prestador²⁶. A razão deste princípio consiste na procura de eficiência através da competição. Competição entre entidades públicas para prestarem ao utilizador serviço de qualidade ao melhor preço, a chamada «competição gerida»²⁷, e competição entre sectores público e privado, com necessárias barreiras entre eles, para prevenir promiscuidades que geram conflitos de interesses. Em sistemas de tipo universal, esta separação é mais difícil do que em sistemas de seguro-doença. Nestes últimos, quem paga não é quem presta serviços e pode sempre exigir qualidade e eficiência, controlando gastos com mais facilidade. Quando o sistema que financia é o mesmo que presta cuidados, não funcionando o financiador nem como provedor do cliente nem como defensor do seu próprio dinheiro, a força social mais poderosa é constituída pelos prestadores.

Só por ilusão se pode julgar que é o Estado, como agente económico, que presta os cuidados de saúde. Para tais funções, o Estado organiza prestadores com estatuto de funcionário público. O Estado é um ente abstracto, susceptível de ser enganado a todo o momento e passível de captura pelos grupos profissionais dominantes. Daí a necessidade de o próprio Estado-patrão, se não quiser ou não estiver disposto a delegar a função prestadora em autarquias, entidades não lucrativas ou empresas privadas, assumir um desdobraimento em duas personalidades: uma reguladora, contratante de serviços, outra prestadora.

As medidas organizativas que têm sido colocadas na agenda dos sistemas de saúde de países cultural e economicamente próximos do nosso podem classificar-se nos seguintes grupos:

- Medidas que delegam responsabilidade de execução para níveis mais próximos do utilizador, como a municipalização contratualizada de serviços de cuidados primários²⁸, a criação de subsistemas de base

²⁶ Sobre as razões da separação entre financiador e prestador, v. J. Ovretveit, «Purchasing for health gain in the 'managed markets', of the NHS and other European health systems», in *European J. Public Health*, 1993, n.º 3, pp. 77-84.

²⁷ Sobre o conceito de competição gerida, v. Alain C. Enthoven, «Managed competition in health care financing and delivery: history, theory and practice, paper presented for a Robert Wood Johnson Foundation under its changes in health care financing initiative», Washington, D. C., Janeiro de 1993.

²⁸ A municipalização e a devolução de responsabilidade de prestação de cuidados através de contratos-programa com autarquias e com instituições privadas de solidariedade social está prevista no Estatuto do SNS, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro.

ocupacional ou geográfica e a contratualização de serviços de gestão ou de prestação a instituições sem fins lucrativos, a entidades privadas²⁹, grupos de prestadores e indivíduos³⁰. Os objectivos destas medidas são aproximar a fonte de poder nos prestadores em relação aos cidadãos, aumentando a responsabilidade social, a qualidade e a eficiência pela redução do desperdício gerado pela alienação da perda de proximidade e de familiaridade; separar financiador e prestador, aumentando a eficiência pela competição entre prestadores; reduzir o domínio dos prestadores com rígido estatuto público sobre o sistema estatal, aumentando produtividade, qualidade, e controlando melhor o crescimento dos gastos;

- Medidas que responsabilizam os prestadores pelo desempenho, negociadas com metas de produção e de gastos, por via contratual, através de agências públicas independentes que separem o regulador-financiador do prestador, ainda que ambos corporizem o Estado. O bom cumprimento destas metas condicionaria a classificação de desempenho e a promoção dos gestores na estrutura. Se as metas livremente negociadas fossem cumpridas, haveria lugar a prémios de gestão para a instituição, para aquele pessoal que mais contribuiu para o sucesso e para os responsáveis pela administração. Se não fossem cumpridas, os gestores cederiam o lugar a outros mais interessados ou capazes de cumprir;
- Medidas de flexibilização da gestão dentro do sector público, como a gestão previsional de efectivos com vista à sua redução a prazo, a recompensa (positiva e negativa) do desempenho, a criação de orçamentos clínicos para todos os que contratualizam com o Estado a prescrição de serviços e bens pagos pelo SNS. Estas medidas visam aperfeiçoar a utilização dos recursos humanos, essenciais para a obtenção de resultados desejados. Como a função pública não faz despedimentos, será necessário aproveitar a situação demográfica em cada profissão. Conhecendo antecipadamente os projectos individuais de passagem à aposentação, seria pensável planear a admissão de novos efectivos, se possível sob a forma de contrato individual de trabalho,

²⁹ O primeiro e até à data único contrato de gestão entre o Estado e uma entidade privada foi celebrado para a gestão do Hospital de Fernando da Fonseca (Amadora-Sintra), ao abrigo da Portaria n.º 704/94, de 29 de Julho, sob a qualificação jurídica de administração indirecta do Estado. A experiência foi avaliada de forma positiva para o desempenho da concessionária, através de um estudo de avaliação conjunta dos Hospitais de Fernando da Fonseca e de Garcia de Orta (INA, *Avaliação dos Hospitais de Fernando da Fonseca e Garcia de Orta*, 1999, sumário executivo, p. 34).

³⁰ A gestão de unidades de saúde pode ser delegável a empresas privadas ou a grupos de médicos, através de concurso público, remunerados por tabelas prefixadas, nos termos do Estatuto do SNS (Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro).

seleccionando em menor número e melhor qualidade. Quanto àqueles a quem o Estado confia somas vultosas para gerir, sob a forma de prescrição terapêutica ou de meios auxiliares, talvez fosse possível regular essa relação, a qual até hoje tem vivido em desequilíbrio de poderes e responsabilidades. Todos os poderes seriam mantidos e até reforçados, mas as responsabilidades seriam aclaradas com limitação orçamental individual. Orçamentos de prescrição seriam alocados a cada profissional autorizado a prescrever medicamentos e actos comparticipados pelo SNS. A liberdade de prescrição só existe quando exercida dentro de limites de responsabilidade financeira previamente fixados. Se esses limites não forem fixados, e gerando-se excesso e inadequação de prescrição, o Estado tem dificuldades em cumprir compromissos, rompendo ele próprio relações contratuais que negociou com farmácias e prestadores. Esta rotura de compromisso deve produzir efeitos em quem a provoca, e não, como até aqui tem sucedido, em quem a suporta.

- Medidas de competição gerida dentro do sector público e deste com o sector privado³¹. A diversificação do tecido prestador em unidades com estatuto público, central, regional ou municipal e privado, com e sem fim de lucro, pode ser suportada por eficaz capacidade reguladora do Estado financiador. A experiência do Estado na contratualização de serviços ao sector privado, apesar de historicamente antiga, pode ser reforçada³². Os princípios da imparcialidade, objectividade, igualdade de oportunidade a todos os competidores, prevenção do conflito de interesses, protecção da probidade e luta activa contra a corrupção são essenciais à administração pública moderna. O Estado não se limita a um papel de árbitro honesto, mas passivo. Ele pode ter a iniciativa de criar ou aceitar novas modalidades organizativas, quer dentro do sector público, quer dentro do sector privado, pode criar mecanismos de avaliação de experiências e de selecção das boas práticas e dá-las a conhecer, pode reforçar as obrigações de transparência.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

O documento do Ministério da Saúde «Saúde, um compromisso» (1999) constitui uma peça importante para se compreender a evolução ideológica

³¹ Sobre competição gerida de hospitais públicos, v. A. C. Campos, «Administração de serviços de saúde, gestão estratégica e competição gerida», in *Revista Portuguesa de Gestão*, III/IV, 1994, pp. 29-36.

³² O Ministério da Saúde, em 1999, fixava como uma das metas da sua gestão para 2002 a contratualização de 40% das prestações de saúde adquiridas ao sector privado e social, através de agências de contratualização (*Saúde: Um Compromisso*, Ministério da Saúde, 1999).

que está a ser projectada sobre os sistemas de saúde de tipo universal. Passados os sucessos iniciais de equalização do acesso aos cuidados, o carácter centralizador e público dos sistemas, e, no caso em análise, do SNS português, tornou-os vulneráveis ao domínio dos grupos profissionais, com direitos mais garantidos do que os dos utentes. Os sistemas cresceram financeiramente de forma pouco controlada, crescentemente ineficiente, pouco eficaz em relação aos velhos e sobretudo aos novos problemas de saúde e dando mostras de fissuras graves na equidade. Os sistemas universais e quase gratuitos no ponto de contacto, como são os do tipo do nosso, quando sofrem de falta de oferta, permitem que a acessibilidade universal se torne crescentemente discriminatória. O SNS continua a prestar cuidados de boa qualidade, por vezes sendo o único a fazê-lo em áreas pouco atractivas ou fechadas ao investimento privado, mas tendem a ser mais facilmente atendidos os de classe social, cultura e conhecimentos sociais mais elevados, de forma muitas vezes discriminatória para o cidadão anónimo.

O SNS manifesta sintomas de doença e de todos os lados surgem vozes a recomendar a sua reforma no sentido de ganhar operacionalidade, qualidade, e retomar a universalidade dos primeiros tempos. Os sintomas de crise têm-se agravado à medida que o sistema revela dificuldades crescentes de controlar o crescimento da despesa e o uso eficiente dos elevados recursos que consome.

Em muitos países e também em organizações internacionais respeitadas, como a OMS, a OCDE e o Banco Mundial, surgiram ao longo da década de 90 propostas que, mantendo e respeitando os grandes princípios da universalidade e quase gratuitidade no ponto de contacto, recomendam reformas que tornem os sistemas universais mais eficientes, eficazes e justos. Uma dessas ideias assenta na separação entre financiador e prestador, combinando financiamento essencialmente público com um sistema de contratos entre pagadores e prestadores, colocando em competição prestadores públicos e privados que se encontrem funcionalmente separados. Por outro lado, embora o financiamento público deva continuar a assumir um papel maioritário, pode ser útil uma diversificação das fontes de financiamento, sob modalidades de pré-pagamento ou de comparticipação. Tanto o seguro alternativo de saúde como o seguro complementar poderão ser soluções que aliviem a pressão actual sobre o financiamento público.

Este trabalho pretendeu acompanhar a evolução de modernização ideológica do SNS com a análise das contas da saúde nos últimos seis anos, com vista a conhecer como e para onde são encaminhados os fluxos financeiros públicos. O pressuposto deste raciocínio é que tal encaminhamento indica indirectamente quem tem o poder e como o exerce.

Para tornar curta uma longa e detalhada análise, estima-se que o SNS atinja um défice do exercício de 2001 no valor de 186 milhões de contos e

um déficit acumulado de 417,2 milhões de contos. Este déficit alcançará 42,1% do orçamento inicial de 2001, um valor só ultrapassado em 1998 (46,9%). Se o OE de 2001 não incluir um significativo reforço por transferências, ou se não ocorrer no final desse ano nenhuma outra operação de regularização, a passagem para o ano de 2002 será agravada com um novo déficit de exercício que pode levar o déficit acumulado, em finais de 2002, a um valor superior à barreira psicológica dos 550 milhões de contos, representando 50% de um hipotético orçamento inicial de 1100 milhões. As margens de manobra na gestão de um sistema que à partida deve metade do seu orçamento tornam-se então muito estreitas.

As medidas adequadas a esta situação são de duas naturezas e situam-se a dois níveis: medidas de ordem financeira, para aplicação imediata, com resultados esperados a prazo inferior a um ano; medidas de natureza organizativa, de aplicação demorada, mais cuidadosa e de efeitos a longo prazo.

Quanto às primeiras, elas podem classificar-se em quatro grupos:

- i)* A luta contra a suborçamentação;
- ii)* O aumento de receitas próprias;
- iii)* A redução da despesa;
- iv)* A maior agilidade na cobrança dos serviços vendidos pelo SNS.

Apesar do irrealismo das metas a atingir, as intenções do Ministério da Saúde, tal como foram divulgadas no debate orçamental do final de 2000, visavam alvos correctos. Mas as medidas são insuficientes se não forem acompanhadas de uma reforma organizativa.

Quanto às segundas medidas, de natureza organizativa, nenhum progresso visível foi registado: não se avançou na delegação de responsabilidades de execução para níveis mais próximos do utilizador, como a municipalização contratualizada de serviços, a criação de novos subsistemas ou a concessão de gestão de grandes unidades a entidades privadas com ou sem fim de lucro. A ausência desta medidas favorece o centralismo.

As agências de contratualização ainda não se institucionalizaram, os mecanismos de controle de gestão por objectivos e metas, com incentivos e penalidades, não estão ainda em vigor.

Por razões associadas ao regime geral da função pública, a gestão de recursos humanos não tem sido modernizada: não se criaram incentivos ao desempenho, a formação especializada de chefias e quadros médios, essenciais para qualquer reforma, não está na agenda, tendo sido anulada uma estrutura de missão que visava formar dirigentes do sector em ritmo acelerado. A empresarialização de hospitais não está a ser explorada nas suas potencialidades. Os prémios ao pessoal, adoptados em alguns dos novos hospitais-empresa, foram aplicados como suplementos universais e iguais de

desempenho, perdendo todo o efeito motivador e de recompensa. Não têm sido contratualizados orçamentos terapêuticos com prescritores. Estes continuam pouco informados sobre a incidência económica das medidas que tomam em nome do SNS. Informações recentes, veiculadas pelos *media*, acerca da retirada de medicamentos da comparticipação pelo SNS acentuam a preferência pela culpabilização da vítima, em vez da assunção de reformas mais difíceis que restrinjam poderes profissionais absolutos.

Finalmente, também se não conhecem desenvolvimentos da competição gerida dentro do sector público e entre este e o privado. Continuando a existir apenas um grupo privado a quem foi concessionada a gestão de um hospital, não se criaram condições para a diversificação do mercado nem se concederam novas concessões sob concurso público, apesar de terem sido inaugurados vários hospitais novos. Reforçou-se, portanto, a característica potencialmente monopolista nesse sector da oferta.