



## Estado Garantia e Saúde

*Este texto tem como objectivo apresentar uma breve reflexão sobre como trazer os princípios que orientam a concepção de um Estado Garantia para a área da saúde. Ele pretende ser um contributo a questão que F. Adão da Fonseca formulou na sua comunicação de apresentação do conceito de Estado Garantia<sup>1</sup>: “Como poderá o Estado garantir um mínimo de liberdade de escolha a todos os cidadãos, como elemento basilar do exercício das liberdades e da própria dignidade humana?”*

**H**á algo de profundamente equitativo no conceito de Estado Garantia. Parafraseando F. Adão da Fonseca, sempre que esteja em causa o exercício de uma liberdade de escolha protegida por um direito inquestionável e tal exigir a utilização de recursos económicos, como é o caso do direito à saúde, então deve garantir-se a liberdade de escolha através da garantia de que os necessários recursos económicos são disponibilizados a quem não os tenha.

O juízo de valor que suporta a liberdade de escolha

e a correspondente responsabilidade como elemento indissociável da dignidade humana é cada pessoa ser quem melhor ajuíza o seu próprio bem, mesmo que tal juízo seja falível. Mas só há liberdade de escolha se houver alternativas. Significa isto que uma das funções essenciais do Estado Garantia é a promoção da concorrência. Sem alternativas concorrentes, a liberdade de escolha perde conteúdo. No Estado Garantia, como refere Alves (2007)<sup>2</sup>, o sistema de protecção social obedece a uma lógica da procura, centrada nos cidadãos, em vez de ser dominado por uma lógica de oferta, dominada pelos prestadores de serviços insti-



tucionais e todas as corporações envolvidas.

De facto, os sistemas de saúde em vários países, como é o caso de Portugal, privam os cidadãos da possibilidade de exercer a sua liberdade de escolha, sobretudo os menos afluentes. O Serviço Nacional de Saúde (SNS) português, criado em 1979, inspirou-se no modelo inglês, nascido após Beveridge e a Segunda Guerra Mundial. Trata-se de um modelo integrado em que o Estado a) arrecada o financiamento, b) faz os pagamentos, c) é proprietário dos meios de produção, d) é empregador dos recursos humanos e e) é o prestador dos cuidados. É um modelo monolítico, radicalmente centralizador e que implica uma quase total negação da liberdade de escolha.

As consequências são previsíveis. Na saúde, como noutras áreas, o Estado actuou de forma ineficiente, desperdiçando recursos e fazendo crescer aparelhos burocráticos pesados, rígidos, resistentes à inovação e ao progresso.

É talvez desagradável recordá-lo, mas a verdade é que, no que toca à saúde, são muito poucos os portugueses que despertaram para o valor da liberdade de escolha. A cultura dominante impede que se apercebam que “o Estado se tornou cativo de interesses corporativos e individuais, habituados a apropriarem-se dos impostos e beneficiando do proteccionismo e dos favores do Estado”, interesses estes que são agressivos na defesa do status quo e na produção de um argumentário que a generalidade da população aceita acriticamente. Mais uma vez nas palavras de F. Adão da Fonseca (2006): “o Estado e os seus agentes criaram uma rede de interesses, de subvenções, desenvolveram retóricas que justificam as suas próprias existências, actuando numa teia intrincada e de difícil compreensão, ainda assim incongruente com muitos dos fins que assumem prosseguir.”

Uma destas ideias é a de que o SNS tal como o conhecemos é a única forma de conseguir que o sistema de saúde atinja uma cobertura universal e gratuita ou quase gratuita da população. Esta ideia é falsa, na medida em que muitos exemplos europeus nos mostram sistemas universais que não seguem os cânones do modelo integrado monolítico do SNS – por exemplo todos os modelos de matriz bismarckiana – caracterizados por uma diversidade que os põe em oposição natural aos modelos beveridgianos. Infelizmente, a identificação errónea que a maioria dos portugueses faz entre SNS e acesso universal é um obstáculo à realização das reformas que o sistema de saúde português necessita.

A tese que irei defender é que o sistema de saúde português necessita de uma reforma radical, introduzindo diversidade, escolha e concorrência em vários pontos chave do sistema de saúde à semelhança dos modelos bismarckianos já referidos, tudo isto sem

pôr em causa o acesso universal. É uma tese de defesa difícil porque as especificidades da saúde fazem surgir muitos obstáculos a uma implementação directa das ideias de escolha e de concorrência embutidas no conceito de Estado Garantia.

No entanto, creio que tais reformas não só levariam a um sistema integralmente cumpridor dos requisitos do Estado Garantia, como seriam a solução para alguns dos problemas mais graves que o sistema de saúde português enfrenta. Como iremos ver, apesar de algumas não linearidades específicas da área da saúde, a liberdade de escolha e a resultante concorrência promovem a eficiência e a qualidade do sistema de saúde, fazendo com que os recursos tenham uma utilização mais alinhada com a satisfação das necessidades da população (Alves (2007)).

## ENQUADRAMENTO E ESPECIFICIDADES SECTORIAIS

### HISTÓRIA

Até ao séc. XX, a ciência e a tecnologia médicas eram relativamente pouco sofisticadas, o que quer dizer também, baratas. Um exemplo devido a David Landes (2002)<sup>3</sup>, é a morte em 1836 de Nathan Rothschild, provavelmente então o homem mais rico do mundo, devido a uma simples infecção que hoje seria trivial curar. Rothschild estaria certamente disposto a gastar a sua considerável fortuna numa cura, mas a verdade é que a sua morte foi “barata” porque pouco havia a fazer com os meios então disponíveis. Durante centenas de anos os hospitais pouco mais eram que hospícios para os mais pobres. Os ricos eram tratados em casa, onde as mezinhas e sangrias se podiam administrar com mais comodidade.

Isso significa que, até há pouco tempo, o principal custo económico da falta de saúde era o impacto na produtividade. A protecção dada pelos meios e instituições informais, como as famílias alargadas e comunidades, ou formais, como as instituições de solidariedade, só tinha a ver com a perda de rendimentos decorrente da falta de saúde. Os custos do tratamento não eram geralmente muito significativos. Por isso, a

*A ideia de que o SNS tal como o conhecemos é a única forma de conseguir que o sistema de saúde atinja uma cobertura universal e gratuita ou quase gratuita da população, é falsa.*

protecção na área da saúde era vista como uma extensão da segurança social e ainda hoje o subsídio de doença e as reformas por incapacidade e sobrevivência corporizam o essencial da protecção social da doença na vertente dos rendimentos perdidos.

Os vários modelos de protecção social existentes nasceram nesta fase. O sistema de Bismarck baseou-se em instituições criadas em sectores industriais modernos onde organizações de trabalhadores e empresas estavam já a dar os primeiros passos com base no mutualismo. Em 1883-84, Bismarck legalizou e expandiu este sistema com uma origem “bottom up”, e o seu crescimento acabou gerar uma cobertura universal da população. O sistema português anterior ao 25 de Abril, baseado nas caixas de previdência, era um exemplo do modelo bismarckiano. Os sistemas bismarckianos quase puros dominam em países como a Alemanha, Holanda, Bélgica e influenciam muitos outros países com sistemas mais híbridos, como é o caso da França.

Para além do sistema americano, onde perto de 50% das despesas em saúde são privadas, se bem que mediadas por companhias de seguros ou por Organizações de Manutenção de Saúde, o outro sistema que hoje podemos encontrar é atribuível a Beveridge. O seu relatório “Social Insurance and Allied Services” de 1942 deu origem ao SNS inglês e inspirou os modelos de Itália, Portugal e dos países escandinavos. É um modelo “top down”, centralista, criado quando muitos acreditavam que o futuro seria o socialismo e a economia planificada.

Os vários sistemas não eram inicialmente muito pesados, mas o enorme desenvolvimento científico e tecnológico nas últimas dezenas de anos mudou radicalmente a situação. Hoje em dia, perante qualquer problema sério de saúde, não há virtualmente limite quanto aos recursos e tecnologias que podem ser usados. O custo económico dos cuidados de saúde subiu exponencialmente e os custos directos da doença, ou seja os custos dos tratamentos, são muitas vezes bem superiores aos efeitos na produtividade.

### **ESPECIFICIDADES SECTORIAIS AS FALHAS DE MERCADO**

A produção e manutenção da saúde corresponde a um conjunto de actividades extremamente rico e só um

subconjunto destas actividades corresponde ao que normalmente designamos como cuidados de saúde. As grandes reduções de mortalidade e concomitantes aumentos da esperança de vida da era contemporânea antecederam largamente as inovações médicas e a sua difusão. Apesar do papel dos antibióticos ou da anestesia na cirurgia, a verdade é que quando essas tecnologias de saúde se generalizaram a transição demográfica iniciada pela revolução agrícola já estava na ponta final. Este ponto é importante, porque os maiores determinantes dos níveis de saúde de uma população começam por coisas básicas como os níveis de nutrição, de educação, de habitação, de higiene, os estilos de vida, etc. Os cuidados de saúde são naturalmente importantes, mas ao um nível macro são menos relevantes do que se poderia imaginar.

Um sistema de saúde, além de ter uma componente de prestação de cuidados de saúde, tem componentes de financiamento, de pagamento e de protecção económica do risco de doença. Nas economias modernas, o consumo de cuidados de saúde não envolve apenas uma transacção entre uma primeira parte, o consumidor, e uma segunda parte, o prestador. Há uma terceira parte envolvida, o pagador, que tanto pode ser uma companhia de seguros como o Estado. As sociedades modernas, ao erigirem mecanismos que protegem as pessoas das consequências económicas da doença, criaram níveis de segurança económica que hoje tomamos como conquistas civilizacionais. Mas criaram também um dos conjuntos de incentivos mais caros da história da humanidade, já que não se paga o que se consome, ou pelo menos não se paga mais do que um preço simbólico muito distante do valor dos recursos consumidos. Chama-se a isto o “risco moral”: todos têm um incentivo para consumir demasiados cuidados e ter um terceiro, o pagador, a ficar com a conta. Este terceiro pagador somos nós, os contribuintes.

Um outro problema peculiar da saúde é a existência de uma assimetria de informação entre os profissionais de saúde e o doente. Um médico, por exemplo, é um elemento do lado da oferta de cuidados e simultaneamente quem decide quais são as necessidades de cuidados para um dado doente. Há um potencial conflito de interesses entre o papel do médico como agente do bem-estar dos seus pacientes e o papel do médico como agentes económico cujos rendimentos provêm da oferta dos seus serviços.

A assimetria de informação está também na origem de outro conjunto de problemas, a selecção adversa. Se eu sei melhor que um segurador qual é o meu nível de risco, ou seja a probabilidade de necessitar de cuidados médicos dispendiosos, só me irei segurar quando isso valer a pena. Mas então só riscos elevados se seguram e o mercado de seguros falha na sua missão essencial que é a de partilha de risco, com resultados

*O cidadão pode ter o seu direito universal de acesso aos cuidados de saúde satisfeito de várias formas. A garantia deste direito exige financiamento público, mas não exige produção pública.*



potencialmente muito negativos quanto ao número de pessoas seguradas e ao nível de protecção que estas têm. É interessante constatar que mais uma vez a melhor forma de lidar com os problemas da selecção adversa é não dar a liberdade de escolha de não ter seguro, ou seja, tornar a participação num mecanismo de seguro obrigatória. Neste caso, anula-se a liberdade de escolha vemos que a existência de mecanismos de protecção da saúde de cobertura universal não só cumprem objectivos de equidade como também objectivos de eficiência, um caso interessante em que não há o habitual trade-off mas antes uma sinergia entre estes dois valores.

#### **AS FALHAS DO ESTADO**

As especificidades do sector da saúde não terminam aqui. Um caso muito estudado, desde que James Buchanan primeiro formalizou a questão, é o chamado “dilema do samaritano”. Numa sociedade altruísta ninguém é privado de acesso aos cuidados de saúde mais básicos por razões económicas. Por isso, há muitas pessoas que não têm interesse em ser previdentes, em poupar para uma emergência ou em pagar seguros (mesmo quando têm posses para isso). A resposta natural a um tal comportamento oportunista seria a sociedade comprometer-se a apenas ajudar os genuinamente pobres e a ignorar os oportunistas. O problema é que não só é difícil distingui-los, como depois de a pessoa não ter seguro nem meios, é difícil à sociedade negar-lhe apoio. O bom samaritano sabe que o melhor seria não ajudar os que se podem ajudar a si mesmos, mas, se estes persistirem e não forem previdentes, o samaritano não

consegue negar-lhes ajuda, minando os incentivos para um comportamento previdente. Para se proteger das suas falhas, a sociedade ou o Estado tem de forçar comportamentos. Daí que não possa haver participações facultativas em esquemas de protecção na saúde, e que as contribuições ou impostos para financiar estes esquemas sejam compulsórios. Mais uma vez, retomamos o tema de que implementar uma versão linear e simplista da liberdade de escolha não é necessariamente uma boa política a seguir. A ironia aqui é que o Estado tem de regular adicionalmente para se proteger das falhas da sua própria intervenção. Esta é uma situação recorrente: o Estado intervém para resolver problemas de reais ou alegadas falhas de mercado, e as falhas desta intervenção conduzem a intervenção e regulação adicionais, que por sua vez condizem a mais regulação, etc. numa espiral regulatória.

Naturalmente, há todo um conjunto de problemas com a intervenção estatal na área da saúde que não é particularmente específico à saúde em termos qualitativos, mas onde devido à complexidade da área da saúde a intensidade das falhas do Estado é muito saliente. Em primeiro lugar, temos as falhas de qualquer sistema em planeamento central. Por outro lado, também na saúde há enviesamentos burocráticos que vão desde uma preferência pelo status quo e uma aversão à mudança e à inovação até à existência de um comportamento sistemático de utilização da capacidade discricionária existente com o fim de conseguir a maximização de orçamentos. A falta de concorrência e o lugar confortável à mesa do orçamento são factores de imobilismo, de resistência à mudança e de

incapacidade para corrigir ineficiências que tendem a perdurar.

As habituais e conhecidas imperfeições de qualquer sistema político têm também o seu peso. Os eleitores sofrem de miopia e sobreavaliam custos e benefícios próximos e descontam exageradamente custos e benefícios mais distantes no tempo.

É possível imaginar reformas do actual sistema de saúde em Portugal que nos aproximem de uma situação com liberdade de escolha e sem hiatos na cobertura da população em termos de efectivação do direito à protecção da saúde e sem que esse sistema represente um acréscimo do consumo de recursos. Ao mesmo tempo, é legítimo ter a esperança que tal sistema conduza a um aumento da eficiência económica do sistema e à sua capacidade de gerar uma melhor saúde para a população.

### HISTÓRIA RECENTE EM PORTUGAL

Em 1974 o sistema português de saúde tinha enormes deficiências quando comparado com o de outros países europeus. De acordo com dados da OCDE, em 1960 apenas 18% da população estava coberta pela protecção social na área da saúde. A situação foi melhorando, mas mesmo assim em 1973 apenas 58% da população tinha cobertura para os cuidados de saúde.

Nestas circunstâncias, introduzir e implementar o acesso universal de todos os cidadãos aos cuidados de saúde constituiu o objectivo essencial da política de saúde. Um erro fundamental, que podemos atribuir ao simplismo voluntarista decorrente da euforia revolucionária, foi o de se ter aceite que a única forma de garantir o direito de acesso universal aos cuidados de saúde é através de um SNS completamente estatizado em que o Estado é simultaneamente o proprietário dos equipamentos de saúde, o empregador e pagador dos profissionais de saúde, o regulador da qualidade e o árbitro no racionamento dos recursos, num conjunto a que geralmente se chama o modelo integrado ou beveridgiano.

É falso que o modelo beveridgiano seja o único que garante o acesso universal, já que a maioria dos países europeus com Estados Providência modelares têm uma arquitectura do sistema de saúde completamente di-

ferente, de raiz bismarckiana. Este modelo assenta em instituições de base sectorial e deixa um papel importante na área da prestação de cuidados para o sector privado, onde historicamente são de grande relevância as instituições sem fins lucrativos. No modelo bismarckiano o Estado aparece como financiador das despesas agregadas em saúde e como instituição que superintende a um sistema relativamente descentralizado. Este modelo, com maior ou menos acuidade corresponde aos sistemas de saúde da Bélgica, da Alemanha, da Holanda e até mesmo, parcialmente, ao da França.

Em 1974 o sistema português de saúde estava numa situação caracterizável como uma fase atrasada do modelo bismarckiano. O sistema estava estruturado com base em caixas de previdência ou instituições similares com raízes sectoriais. Para lá dos hospitais estatais havia um conjunto de hospitais privados, na sua maioria pertencente às Misericórdias. Era um sistema incompleto, mas relativamente descentralizado. Em 1974 nacionalizaram-se os hospitais das Misericórdias e, pelo menos em teoria, integraram-se as caixas de previdência no SNS. Na prática, parte das caixas ou instituições afins não foram integradas. É esse o caso dos subsistemas de saúde do sistema financeiro (o SAMS), da Portugal Telecom, dos Correios, da EDP, da TAP, da ADSE para os funcionários públicos, etc.

Na minha opinião, teria sido melhor seguir a evolução natural já experimentada pelos países bismarckianos e, em vez de criar um novo sistema, o ideal teria sido um alargamento da cobertura, aumentado a qualidade das instituições já existentes por forma a chegar à cobertura universal sem que isso levasse a desperdícios ou à existência de estruturas centralizadas e pesadas que se tornaram um pesadelo para gerir. Idealmente, a escolha do consumidor deveria fazer-se ao nível da própria entidade pagadora o que supõe no mínimo a existência de várias entidades financiadoras com um enquadramento público. No fundo, recupera-se assim a ideia de um sistema mais descentralizado característica do modelo bismarckiano, mas leva-se a ideia mais longe. O cidadão pode ter o seu direito universal de acesso aos cuidados de saúde satisfeito de várias formas. A garantia deste direito exige financiamento público, mas não exige produção pública. As pessoas deveriam poder exercer o direito a sair do SNS e a terem a sua protecção da saúde oferecida por entidades não estatais. Em troca de deixar o SNS os utentes receberiam uma capitação ajustada pelo risco (sexo, idade, condições crónicas, etc.). Em princípio este sistema permite implantar a lógica de “o dinheiro segue o paciente”.

As entidades pagadoras/gestoras de saúde, ou EFR – entidades financeiramente responsáveis – concorrem para atrair consumidores, e podem igualmente concorrer no mercado dos cuidados de saúde e/ou dos

*Num sistema de liberdade de escolha, podemos ter várias soluções, diferentes, para um mesmo problema, e isso de acordo com as preferências dos vários grupos na população.*





prestadores para contratar os prestadores, quer a nível individual quer ao nível das unidades de saúde. Uma das formas possíveis de concorrência no mercado dos recursos, é constituir Organizações de Manutenção de Saúde no “staff model” (ou seja sistemas integrados de financiamento/pagamento e de prestação, como é o caso da famosa Kaiser Permanente nos EUA) as quais tanto poderiam ser originárias do sector privado como do sector social.

#### RUMO A UM SISTEMA COM LIBERDADE DE ESCOLHA

O sistema português está ainda muito longe de se poder transformar num sistema com total liberdade de escolha da EFR, mas uma primeira aproximação poderia ser dada pelo crescimento e importância dos sub-sistemas, por forma a se tornarem alternativas e não complementos do SNS. Isso implicaria alguma liberdade de escolha ao nível dos grupos profissionais. Não parece ser muito difícil conseguir ter grupos grandes de pessoas, com algum potencial de diversificação de risco, a poderem optar por sair em conjunto do SNS. Há também um par de outras virtudes. A primeira é que um sistema muito mais descentralizado, com autonomia significativa, é obrigado a trazer as questões de racionalidade no uso dos recursos para níveis de decisão muito mais perto da população. Em vez de clamar contra o Terreiro do Paço, ou neste caso a João Crisóstomo, se os decisores locais (no sentido político e não necessariamente geográfico) tiverem autonomia para gerir os recursos que lhes são disponibilizados de forma transparente e em igualdade de circunstâncias com outras populações, terão de ser eles a fazer as escolhas que a necessidade e a racionalidade impõem. A outra virtude, é que num sistema de liberdade de escolha, podemos ter várias soluções, diferentes, para um mesmo problema, e isso de acordo com as preferências dos vários grupos na população. Por exemplo, em vez de todos termos de pagar um novo imposto para financiar a saúde, ou taxas moderadoras mais altas, ou ter mais racionamento de recursos, podemos escolher qual a forma como a

escassez de recursos se manifesta. Por exemplo, algumas pessoas poderão preferir um sistema com menos co-pagamentos mas provavelmente listas de esperas um pouco mais longas, ou menos disponibilidades de tratamentos experimentais. Outras poderão preferir sistemas que exigem contribuições adicionais além da capitação paga pelo Estado, mas que poderá ter níveis de conforto mais elevado no internamento, etc... A ideia é que a heterogeneidade natural das pessoas as leva a ter preferências diferentes na forma como escolheriam lidar com a escassez de recursos. Um sistema centralista obriga todos a fazer a mesma escolha e gera enorme conflitualidade, porque mesmo que todos sejam racionais e compreendam a necessidade de controlar custos, haverá sempre uma maioria que está contra qualquer solução específica que o SNS adopte.

Esta capacidade de acomodar a diversidade é também a razão pela qual um sistema com liberdade de escolha pode ser menos pesado nas finanças: em troca da maior acomodação da heterogeneidade e da liberdade de escolha, muitas pessoas estão dispostas a pagar para terem serviços de saúde que correspondem mais ao que de facto querem. Isso significa que mesmo que o Estado ofereça uma capitação substancialmente inferior à média das despesas esperadas de muitas pessoas, estas estão dispostas a aceitar essa capitação para ganhar a liberdade de escolha e estar num sistema mais de acordo com as suas preferências. Se juntarmos a isso os ganhos de eficiência organizacional impostos pela concorrência, temos que o liberdade de escolha é uma situação de “win-win”, já que o Estado diminui as despesas públicas e as pessoas têm pacotes de serviços mais de acordo com preferências e portanto que geram maior bem-estar.

<sup>1</sup> Adão da Fonseca, Fernando (2007), Estado Garantia: O Estado Social no Século XXI, Encontros dos Jerónimos, Nova Cidadania, n.º 31, Jan-Mar 2007, pp. 24-9.

<sup>2</sup> Alves, André A. (2007), Estado Garantia e Solidariedade Social, Encontros dos Jerónimos, manuscrito

<sup>3</sup> Landes, David (2002), A Riqueza e a Pobreza das Nações, Gradiva