SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

Continuação

SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

Continuação

«Velha sabedoria — e velha ignorância — popular: a saúde não tem preço.»

Patrick Séry

ECONOMIA SANITÁRIA

Já dizia S. Lucas (14-28): «Pois qual de vós, querendo edificar uma uma torre, não se senta primeiro a fazer as contas dos gastos, para ver se tem com que a acabar?»

Em Portugal não só a torre é envolvida em nevoeiro (como nos filmes de terror) mas adorna (como a de Pisa); e quanto a quem deite contas aos gastos, vamos lá que ou não abundam por aí ou retraem-se porque a ciência económica foi segregada e considerada conservadora ou reaccionária.

O SNS não é só uma questão política e só acidentalmente técnica; é antes as duas ao mesmo tempo.

A economia, por seu turno, com as suas leis implacáveis permanece subjacente a qualquer decisão política.

A irrealidade do português médio no tocante a este ponto é verdadeiramente confrangedora; no entanto ninguém como ele estaria em condições (vide o seu rendimento *per capita*...) de colocar tão importante assunto à cabeça de qualquer opção ou parecer.

Vejamos o que se passa no Mundo (CEE-1976) quanto a PNB e RCP (rendimento *per capita):*

PAISES	*POPULAÇÃO (milhões)*	*P N B (milhões dólares)*	*R P C (dólares)*
IRLANDA	3 200	8 100	2 440
INGLATERRA	56 600	224 500	3 980
FRANÇA	53 777	363 200	6 832
ITÁLIA	56 700	161 600	2 956
PORTUGAL	8 787	15 800	1 544
BÉLGICA	9 919	66 500	6 992
ESPANHA	36 396	101 700	2 848
MARROCOS	18 200	7 850	—
HOLANDA	13 948	85 100	6 360
TUNISIA	6 062	4 800	—
ARGÉLIA	17 885	14 500	—
FINLÂNDIA	4 739	32 400	—
ÁUSTRIA	7 880	39 800	—
SUÉCIA	8 263	76 500	—
DINAMARCA	5 091	34 203	7 520
GRÉCIA	9 095	22 760	2 366
SUIÇA	6 720	58 900	—
REP. FED. ALEMÃ	63 160	449 100	7 380
LUXEMBURGO	358	2 420	6 760
TURQUIA	41 903	40 200	—
NORUEGA	4 068	31 100	—

O objectivo da apresentação destes números não é tanto dar-nos conta da nossa real posição no Mundo com que mais directamente estamos ligados, aliás conhecida (mas nem sempre relembrada) mas antes constituir o ponto de partida de reflexão profunda no que se refere ao sector que nos ocupa — a Saúde.

Sabe-se que do PNB 6-8% é a percentagem tradicionalmente destinada ao sector saúde (em Portugal 3% a preços de mercado): ora, se considerarmos países de população semelhante à nossa e um valor ideal de 8%, a

percentagem de produto nacional bruto que lhe é destinada nem por sombras tem o mesmo valor absoluto:

1976

PAÍSES	*POPULAÇÃO (milhões)*	*8% DO PNB (milhões dólares)*
PORTUGAL	8 787	2 164
BÉLGICA	9 919	5 320
ÁUSTRIA	7 888	3 184
SUÉCIA	8 263	6 120

Portanto, em países europeus de população semelhante, as possibilidades de realizações em saúde são completamente diferentes (± 3 vezes na Suécia); é quase para afirmar que em Portugal há efectivamente bem pouco para distribuir, pelo menos no futuro imediato.

O próprio valor previsional de 8,0% começa a ser optimista se considerarmos a taxa de evolução anual verificada em alguns países:

EVOLUÇÃO DA % PNB ATRIBUÍDA À SAÚDE

ANOS	*EUA*	*RFA*	*SUÉCIA*	*FRANÇA*	*REINO UNIDO*
1950	4,6		2,5		
1967	6,7	7,4	6,2	4,9	
1968					4,6
1974	7,7	9,2	8		
1975				6,8	
1977		10	8		6,5
1980est	8,5				

As Bases Gerais do Plano e Orçamento Geral do Estado Português para 1978 prevêem despesas orçamentais (em milhares de contos) de 219 571 contos, das quais 23 550 ou seja 10,7% se destinam aos assuntos sociais.

Verba elevada, dir-se-á, se se comparar com o OGE de 1977 (total 174 684 e 14 564 para os Assuntos Sociais ou seja 8%) mas que tem necessariamente de cotejar-se com o valor absoluto das despesas de Saúde, com taxa de crescimento dos gastos com a saúde, como cenário do SNS proposto e as metas que lhe estão adstritas, etc.

Assim, a taxa de aumento de despesas com a saúde a nível mundial, no período de 1970 a 1976, subiu de 69,6 para 139,3 biliões de dólares (ou seja um aumento de 50% em 6 anos!).

Essa taxa é anualmente cotejada em 15-20%.

Aliás, já antes a 1970 estatísticas seguras demonstravam que, nos países altamente industrializados, a assistência médica registava uma subida dramática quando comparada à satisfação de outras necessidades básicas.

Assim, nos EUA, e de 1960 a 1970 a assistência médica registava um aumento de 42%, e apenas de 29% com a habitação; 28% com todos os itens; 27% com vestuário; 27% com alimentação, 26% com educação e tempos livres; 23% com transportes.

Tem enorme importância a *comparação da evolução dos consumos e sobretudo a estabilização económica dos sistemas consoante o seu padrão,* nacionalizado ou liberal.

No Reino Unido as despesas com a saúde aumentaram apenas 1% em 22 anos; começaram a subir somente a partir de 1969, a princípio lentamente e mais rapidamente a partir de 1973 (4,89%) até chegar ao valor de 5,04% em 1976.

Em contrapartida, nos EUA a taxa de crescimento foi de 7,6% de 1950 a 1960, de 8,5% de 1960 a 1965, de 19,2% de 1965 a 1970 e de 9,2% de 1970 a 1974 (enquanto a percentagem do PNB apenas aumentou de 1950 a 1974 de 4,6 para 7,7%).

O resultado seria o mesmo se em vez dos EUA se invocasse a maioria dos países europeus, onde se pratica a medicina convencionada; assim na RFA enquanto o custo de vida aumentou 50%, o custo da saúde aumentou 200%, calculando-se que a este ritmo de crescimento no ano 2000 todo o salário será engolido pelo seguro-doença: é caso para vaticinar que naquele ano todos os alemães estarão de boa saúde embora alegremente arruinados.

Estatísticas recentes parecem vir a demonstrar que as despesas com a saúde tendem também a aumentar de modo preocupante nos países de sistema inteiramente socializado (URSS: de 1973 a 1974 um aumento de 16,9%!).

As despesas com a saúde contam-se entre as de progressão mais rápida, crescendo a ritmo análogo ao dos tempos livres, habitação, equipamentos e veículos automóveis.

Se analisarmos agora as *fontes de financiamento* das despesas sociais em alguns países europeus, referidas a 1972, poderemos analisar não somente as contribuições para essas despesas como também a comparação com a carga tributária dos respectivos países:

FINANCIAMENTO E DESPESAS SOCIAIS (1972)					*IMPOSTOS % PNB*
PAÍS	*ESTADO %*	*PATRONATO %*	*POPULAÇÕES %*	*DIVERSOS %*	
DINAMARCA ...	81	10	6	3	44
REINO UNIDO...	40	34	18	8	—
R. F. ALEMÃ ...	23	50	24	3	37,3
FRANÇA	16	62	20	2	35,2
HOLANDA	13	43	36	8	45,8

Sem entrarmos por ora na análise destes dados, não há a menor dúvida de que devido à maior limitação e controlo das despesas, os custos globais da saúde em sistemas nacionalizados são mais baixos e estáveis do que em outros sistemas (medicina liberal, medicina convencionada).

Nos sistemas de seguro-doença os défices quase gerais das respectivas contas atingem níveis tais (9 milhões de francos em 1974 em França, por exemplo), que as medidas paliativas a que tem vindo a recorrer-se desde há anos nada mais têm conseguido do que adiar a necessidade de uma decisão nacional no que respeita ao seu financiamento; tem-se mesmo a noção de que é esta a última oportunidade a conceder à medicina liberal.

Efectivamente os regimes de contenção de despesas (restrição ao receituário, formulário nacional de medicamentos, etc.), lançados para impedir a progressão em flecha dos custos com a saúde, têm-se mostrado bastante ineficazes, deixando ainda problemas horríveis por resolver, como sejam a definição dos limites entre o possível e o desejável.

Pode seguramente afirmar-se que não existe nenhum país em que o funcionamento dos serviços de saúde seja inteiramente satisfatório e, o que é pior, seja capaz de controlar os custos incomportáveis do sistema (qualquer que seja) que tenha adoptado para si próprio: ressalvando certas diferenças a nível local, o fenómeno é geral.

CONSUMO PÚBLICO EM SAÚDE (NÍVEL INTERNACIONAL)

COMPARAÇÃO DO CONSUMO PÚBLICO EM SAÚDE A NÍVEL INTERNACIONAL

SISTEMA SAÚDE	*ANOS* / *PAISES*	*% do consumo público em saúde no consumo público total*	*% do consumo público em saúde no PNB*	*Consumo público em saúde per-capita (escudos)*
CONVENCIONADO	ITÁLIA (1973)	8,3	1,2	157
	GRÉCIA (1972)	8,8	1,2	367
	ESPANHA (1974)	20,9	1,9	1 228
	PORTUGAL (1974)	16,4	2,4	919
SNS	FINLÂNDIA (1977)	23,4	4,0	3 783
	SUÉCIA (1973)	22,9	4,7	8 043
	REINO UNIDO (1974)...	20,7	4,2	3 583

EVOLUÇÃO DOS CONSUMOS A NÍVEL NACIONAL

1000 contos

ANOS	*Consumo público em saúde*	*% do consumo público em saúde no consumo público total*
1970	2 752	10.9
1971	3 326	12.0
1972	4 588	14.4
1973	5 980	16.1
1974	8 069	16.4

De 1970 a 1974 a percentagem do consumo público em saúde no consumo público total aumentou de 55%; no mesmo período, a percentagem do consumo público em 1000 contos aumentou 193%.

DISCRIMINAÇÃO DOS CUSTOS A NÍVEL INTERNACIONAL E NACIONAL

Em quase todos os países, no conjunto das despesas de saúde, as despesas da hospitalização pública e privada ocupam o 1.º lugar (França 42,2%) devido sobretudo ao aumento da diária de internamento (15 a 25% por ano).

Os factores considerados mais responsáveis pelo aumento das despesas hospitalares são: os demográficos (aumento absoluto das 3.ª e 4.ª idades, grandes consumidores de verbas de saúde), sociais (alargamento da protecção social) e técnicos (enorme desenvolvimento das técnicas de diagnóstico; progressos da cirurgia cardíaca; técnicas de reanimação e cuidados intensivos; cuidados dos prematuros; utilização das altas energias; o emprego de próteses onerosas; aumento das técnicas de reeducação funcional; aumento da terapêutica medicamentosa, etc.).

A nível nacional a tendência é semelhante: assim, em 1974, só os Hospitais Civis de Lisboa e o Hospital de Santa Maria despenderam, respectivamente, 645 731 e 348 166 contos, ou seja, 8% e 4,3%, respectivamente, do consumo público em saúde: durante o II Governo Constitucional, a assistência hospitalar absorvia 26% das despesas com a saúde (56% da qual correspondia a Hospitais Centrais).

No período de 1970 a 1974 a taxa de crescimento dos custos de saúde foi de 16,5% mas a dos custos hospitalares de 19,6%.

De um modo grosseiro, pode afirmar-se que a manutenção de um mega-hospital consome, em 3 anos, 3 vezes o custo inicial da construção do mesmo.

No que respeita à CONSTRUÇÃO o custo dos Hospitais é ruinoso:

CUSTOS DE HOSPITAIS POR CAMA A NÍVEL NACIONAL

1000 Esc.

	1968	*1978*
HOSPITAL DISTRITAL	300	mais de 1200
HOSPITAL CENTRAL	500	mais de 1700
HOSPITAL ESCOLAR (ENSINO)	600	mais de 2000

Portanto, de 1968 a 1978 o preço da construção dos hospitais aumentou, consoante a sua valência, 3,3 a 4 vezes mais.

Quanto a SERVIÇOS E EQUIPAMENTOS basta considerar que na origem (não portuguesa...) um estimulador de pilhas nuclear custa 239 475$00 e químico 72 800$00; o custo anual por doente de hemodiálise é de 910 000$00; um aparelho de «scanner» custa 21 840 000$00 e cada exame com esta nova técnica revolucionária radiológica de 5460$00 a 7280$00, etc., etc., para se ter ideia das verbas astronómicas que acarreta o exercício de uma medicina moderna.

No que se refere a serviços, os mais dispendiosos são, por ordem decrescente: laboratórios de análises clínicas, radiologia, cirurgia, consultas externas e visitas domiciliárias.

Estes factos alertam-nos para a tomada de consciência de, considerados os nossos recursos (em nível absoluto), termos de ir aceitando mais cedo que os outros o estabelecimento de opções e limites, e por outro lado para a absoluta necessidade de levarmos a cabo uma política de controlo, centralização, regionalização e máxima reestabilização coerente e inflexível.

O ritmo de crescimento do consumo em MEDICAMENTOS é igualmente aterrador (14% por ano, em média); a maior doença do Mundo tornou-se a farmacomania, logo após a medicomania.

Em média, cada indivíduo consome 6 a 7 medicamentos por ano com receita médica e 5 a 6 sem receita.

Em França como nos Estados Unidos 1 em cada 10 internamentos é devido a excessos terapêuticos, e parte deles a «medicamentos antimedicamentos».

A saúde não tem preço? Que diga cada francês que em 1973 gastou 300 francos em farmácia, para 120 dos suecos e 170 dos americanos. A evolução do orçamento familiar para consumo medicamentoso subiu de 5% em 1950 para 10% em 1965 e 15% em 1975.

No meio desta orgia da droga, a taxa de crescimento anual da indústria farmacêutica é, via de regra, a maior de todas: 11% em média, 17 a 18% para grandes firmas. E o volume dos seus negócios — 42 milhões de contos em 1972, em França, coloca-a em 3.º lugar, a seguir às indústrias aeroespacial e electrónica; volume que duplica, aliás, todos os sete anos.

Sobreconsumo, concorrência, anarquia do mercado, alienação, etc. — cortejo habitual...

Só em Portugal há 14 000 especialidades farmacêuticas para 3582 da Bélgica, 4500 da França, 6617 do Japão, 7500 da RFA, 8932 da Itália, 9172 da Espanha.

Destas, pelo menos 80% poderão ser inúteis ou perigosas.

Da maior parte dos produtos existem 3, 5, 10 ou mais versões (em 1972 lançou-se em França a 42.ª marca de aspirina).

As margens de lucro da indústria são altíssimas (com a crise baixaram logo...) e muito mais do que para qualquer outro ramo do comércio; em um estudo (França) 11% para o industrial, 34% para o farmacêutico (o qual tirou um curso para nada...) e... 23% para o Estado.

A maioria dos peritos garante que o preço da maioria dos medicamentos poderia, pelo menos, baixar para metade!

A máquina publicitária desenfreada absorve em média 25% dos orçamentos das multinacionais, três vezes mais que a investigação (a qual em vez de aumentar diminui — 11% em 1966, 8% em 1972 — e, em vez de se encaminhar para o prioritário — cancro por exemplo —, deriva para actividades mais rentáveis impostas por esplêndidos estudos de mercado). Embora 96% dos médicos deitem fora a documentação publicitária sem a ler, só os 4% restantes chegam para justificar a actividade!

E o utente? Esse participa no «sabbat»: assim, avalia-se em 30-40% o número de produtos destruídos depois de permanência sem utilização nos armários de família. Entre nós, em 1975, os medicamentos absorveram 36% dos gastos por doença e maternidade do Regime Geral da Previdência.

A responsabilidade dos utentes na medicamentomania não é, aliás, como seria de esperar, igual: assim, num sistema de convenção como o francês, o consumo varia com os rendimentos, o nível de instrução, o domicílio e a categoria socioprofissional.

Assim, um funcionário superior gasta com a saúde duas vezes mais do que um homem do campo (412/237 F); os habilitados com cursos superiores são os maiores consumidores (426 F); o desprotegido socialmente tem um consumo muito mais baixo (149 F) que o socialmente seguro (372 F). O valor mais baixo é-nos dado pelas famílias numerosas de mais de 9 pessoas (apenas 147 F).

As diferenças entre um aglomerado familiar de fracos recursos e outro abastado são muito pequenas —1 a 2,5 no máximo.

O recurso ao especialista varia igualmente com as classes sociais (funcionário superior —1 vez em 2; operário —1 em 4; agricultor —1 em 6).

Estes inquéritos impõem por si só a universalidade e generalização da cobertura sanitária e a supressão da taxa moderadora para as classes mais desfavorecidas.

A reflexão sobre estes assuntos levar-nos-ia longe: basta por exemplo que reflictamos no aspecto de que, em quase todos os países, os medicamentos são reembolsados quase integralmente pela Segurança Social — e porque não a carne, o peixe (incluindo o «fiel amigo»...), a habitação, etc., poderemos perguntar-nos?

Em Portugal, a pobreza tecnológica e económica dos serviços de estatística e informática impossibilita uma avaliação rigorosa dos custos-eficácia, já aliás difícil em saúde.

Na verdade só são facilmente contabilizáveis *os efeitos negativos* quer directos — remunerações do pessoal, hospitalização, despesas com medicamentos, etc. —, quer indirectos (custos sociais) — mortes prematuras, baixas por doença, abstencionismo, diminuição temporária da capacidade produtiva, etc.

Pelo contrário, as despesas efectuadas com sociais «ganhos» ou «recuperados» (*efeitos positivos*) não são contabilizáveis.

Da confrangedora pobreza de dados econométricos de saúde disponíveis ou publicados, sabe-se apenas que:

— em 1976, os 21 milhões de consultas do SMS facturadas a 250$00 importariam num encargo de 5250 milhões de contos, dos quais apenas 1200 milhões respeitam ao pessoal prestador;

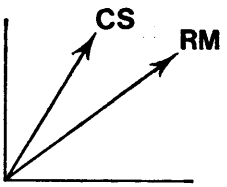
— em 1977 gastaram-se 27 milhões de contos; para 1978 prevêem-se 28 milhões de contos; a verba de 25 ou 26 milhões de contos «quando o SNS estiver a funcionar em todo o território» não é merecedora de confiança por diversas razões e terá certamente o mesmo futuro que a desastrada previsão do Primeiro-Ministro britânico quando da implantação do SNS (descida de gastos!);

— Sabe-se que a ADSE gasta 200 000 contos/ano o que equivale a 200$00 por pessoa; as Caixas de Previdência, o Sindicato dos Bancários e os Serviços Sociais do Ministério da Justiça gastam, respectivamente, por pessoa e anualmente, 1600$00, 1400$00 e 1200$00.

Que conclusões poderemos tirar destes dados? Em nossa opinião, não são certamente as que os partidários dos dois projectos em discussão invocam em defesa das suas posições, numa autêntica «batalha naval de verbas»... e demagogia: isto é, nenhumas.

Somos pois antes pelo «turismo através das soluções estrangeiras», sem esquecer o imperativo moral e social de «não permitir que se gastem tanto quanto 90% dos recursos com 10% da população» como sucede actualmente e a regra de que, em épocas de grande crise, ou austeridade, ser sempre o sector da saúde um dos mais se não o mais atingido (vide imposições do FMI a alguns países, por exemplo).

Um facto incontroverso é que a divergência contínua e crescente, entre as linhas tendenciais de evolução do custo da saúde (CS) e do rendimento nacional (RN) tem obrigado a tomar medidas de contenção de despesas de dois tipos:



Quantitativas

— Aumento da fracção do rendimento nacional atribuído à saúde;
— Diminuição das despesas (redução dos benefícios, aumento das taxas moderadoras, atrasos do reembolso, aumento das comparticipações de patrões e empregados, perfil médico, formulário hospitalar, etc.);
— Investimento prioritário:
  — no sector das doenças recuperáveis;
  — nos estudos sobre os custos da medicina preventiva e curativa.

Qualitativas

— Educação sanitária da população («mass maedia», equipas de saúde, etc.);
— Racionalizar a distribuição dos cuidados médicos através:
  — do recurso à equipa sanitária pluridisciplinar;
  — da integração dos sectores público e privado.

A tónica sobre um ou outro destes pontos, essa depende, claro está, da... atitude política!

A avaliar pelos clamores levantados na maioria dos países de Medicina liberal face à necessidade de contenção da subida descontrolada de gastos, mais do que por razões de natureza ideológica como é bem de

ver, há uma tendência nítida de cada vez mais se aproximarem ou virem a adoptar sistemas de saúde nacionalizados, talvez mais precocemente do que outros.

SERVIÇO GRATUITO

Projecto MAS: «O acesso ao SNS é, *em princípio*, gratuito para os utentes, *sem prejuízo do estabelecimento de taxas moderadoras tendentes a racionalizar o referido acesso.* É sempre gratuito o acesso... (Base VII, 1 e 2).

Secção Regional do Sul da Ordem dos Médicos; «O acesso aos cuidados de saúde implicará a existência de uma taxa moderadora, função do...

3. O acesso será gratuito desde que... (Base VII, 1, 23 e Base V).

Projecto CDS: «O seguro de saúde dever será realizado pelo utente, em instituições seguradoras, mediante pagamento de taxas determinadas para o cobrir» (Base LVI, 2).

«Contribuição do beneficiário do sistema; cobrança de taxas moderadoras (Base LVII, 1a e 1c).»

Constituição da RP 1976: «O direito à protecção da saúde é realizado pela criação de um SNS universal, geral e gratuito» (Artigo 64.º, 2).

Gratuito: do latim «gratuitu» «de graça, por nada» diz um dicionário etimológico que acrescenta: «A razão em que se funda, é porque o benefício de cousa meramente *gratuita,* é indevida»! — Século XVII, Floresta, II, B, 4, 15, § 3, pág. 152.

CONCLUSÃO

1. Todos os projectos são inconstitucionais, sem excepção, porque oferecem serviços não... gratuitos.

Não se deve pois mascarar a realidade dos projectos próprios e apodar de inconstitucionalidade os alheios, iludindo a necessária contaminação daqueles pelo mesmo mal.

2. O conceito de gratuitidade é inteiramente falso: paga-se e bem no que se refere ao direito à saúde e de uma de duas maneiras:

a) através dos impostos directos e indirectos (1);

b) através de forma mista seguro doença + taxas moderadoras para não invocarmos o pagamento directo ao médico pelo doente dos regimes liberais.

3. Quando se diz SNS gratuito (que nunca é) pretende dizer-se apenas que *o acto médico no momento da sua prestação* poderá ser totalmente gratuito; se excluirmos pois os grupos privilegiados definidos nos Projectos MAS (Base VII, 2), SRS da OM (Base VII, 3) ou CDS (Base LVI, 2) nenhum deles assegura a gratuitidade efectiva no acto da prestação.

4. O preço da saúde reflecte-se na carga tributária, no dia-a-dia do cidadão, na subida do custo de vida, na inflação, etc., embora por vezes não nos apercebamos de tal, embriagados pela riqueza verbal de políticos e demagogos; bem depressa a realidade nos vem chamar à razão: basta analisar a subida dos índices gerais de preços no consumidor (inflação) em 1977 relativamente ao ano anterior (—11,3 na indústria e transportes, Porto; — 7,9 para os trabalhadores agrícolas) para nos apercebermos de tal.

5. A implicação da existência da taxa moderadora sem «plafond» preestabelecido e baixo é uma abstracção perigosa pela possibilidade de expensão incontrolala e sua transformação em forma de financiamento pelo Governo, logo e como o entender.

Mesmo no Reino Unido (SNS) a percentagem de contribuição *directa* da população era há bem pouco de 8%, sendo certo que tal sistema punha o utente a coberto de futuros aumentos de contribuições.

Em contrapartida não há memória de retracção do montante das contribuições para o sector, em qualquer país, uma vez estabelecido o seu nível.

As faixas moderadoras, transitórias ou definidas, poderão constituir factores de educação para a saúde ou moralização.

---

(1) Impostos directos — veículos, sisa, sucessões e doações, capitais, profissional, contribuição predial e industrial, etc.

Impostos indirectos — selo e similares, transacções, direitos de importação, sobretaxa de importação, tabaco, venda de automóveis, etc.

6. Há por fim que ter em conta o abaixamento do limiar de percepção à dor devido à gratuitidade dos serviços, factor certo do sobreconsumo médico.

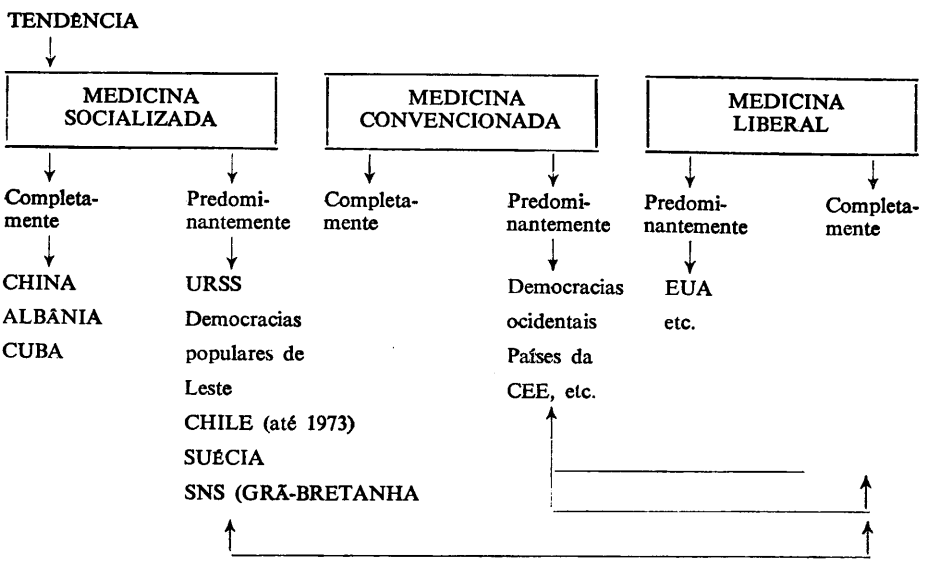
MÉDICOS FUNCIONÁRIOS PÚBLICOS, CONVENCIONADOS, LIBERAIS

É uma questão dominante e que tem motivado tomadas de posição de diversos quadrantes políticos ou profissionais.

Entendamo-nos sobre alguns pressupostos:

1.º Não há (com excepção talvez da China e Albânia) sistema de saúde reduzido na prática a uma só das modalidades de intervenção.

A Medicina pública é universal; nos países de medicina convencionada existe também medicina privada; nos países de medicina socializada sobrevive a medicina privada (autorizada, clandestina ou «encapotada»).



2.º O problema reside pois mais na *dominância* e *hierarquia de prioridades* dos sistemas do que na sua absoluta pureza.

3.º A tendência generalizada é para sistemas de controlo do regime de custos. E onde o enquadramento sociopolítico o permite para a nacionalizção e regionalização do sector; onde o não possibilita, para uma clara declaração de intenções ou velada aspiração de sua implantação futura.

4.º O estatuto de funcionário público (a «funcionarização» do médico) não é do agrado da classe médica e só pela força política lhe é habitualmente imposto, após profundas e mais ou menos prolongadas lutas do período de transição.

COMPORTAMENTO DA CLASSE MÉDICA PERANTE A NACIONALIZAÇÃO DO SECTOR

Uma análise das motivações que teriam levado estudantes a abraçar a profissão médica demonstrou: para adquirir conhecimentos — 70%; «ver» de perto a doença — 60%; prestígio científico — 56%; anseio de contacto social — 50%; prestígio social — 47%; minorar o sofrimento do seu semelhante — 42%; ambição de dinheiro — 36%; desejo de ser útil — 30%; atracção pelo sentido de responsabilidade — 28%; atracção pelo acto médico em si mesmo — 27%; atracção por profissão liberal 13%; anseio de segurança profissional — 11%.

Embora pondo em reserva a validade universal de tal estatística, constatamos pela sua análise que as motivações de ordem social ou moral se afastam do topo da tabela e temos dúvida da existência do protótipo do «homem social médico» em qualquer parte do mundo; por outro lado não estamos de acordo com a asserção de que para resolver o problema da medicina é preciso apenas «remplir la bouche d'or aux médecins».

Compreende-se perfeitamente que decorridos seis anos de discussão sem saída entre a BMA (Associação Médica Britânica) e o Governo para a institucionalização do SNS, o plebiscito à classe médica organizado por aquela Associação tivesse ainda demonstrado que apenas 45% dos 39 000 médicos votantes fosse favorável ao SNS.

A realidade dos factos demonstra no entanto que, uma vez decidida a socialização da Medicina, a oposição da classe médica não faz entravar mas apenas arrastar o processo; a razão do facto reside na insignificância da força eleitoral da classe e na atitude dos políticos que tenderão a minimizar

os interesses dos médicos para arrancar com o SNS, bloquear as resistências ao mesmo e obter dividendos eleitorais.

Uma coisa é certa: a base social de apoio está quase sempre garantida como pode depreender-se deste comentário de uma dona de casa inglesa radicada há muito em França: «Pude comparar durante muito tempo o vosso e o nosso sistema e não posso habituar-me à ideia de puxar pelo porta-moedas quando vou ao médico; por isso a minha preferência vai para o SNS.»

A atitude negativista dos médicos para uma tendência (nacionalização da saúde), hoje considerada como imparável, tem-nos desviado do comportamento mais racional de «a frio» participar com compreensão, realismo, autoridade e... persistência na planificação da saúde.

As consequências do facto estão à vista: decorridos 30 anos da institucionalização do SNS britânico a dessatisfação dos médicos pelo sistema é notória, talvez não sem fundamento: basta pensar que as consultas ao médico de clínica geral são gratuitas, que o utente pode chamar o médico a qualquer hora do dia ou da noite, que não há sistema de marcações e o médico tem de atender todos os doentes que o procuram no consultório, que o médico é responsável pela assistência aos seus doentes durante as 24 horas do dia, os 7 dias da semana, as 52 semanas do ano, etc., e talvez se conclua que o seu regime de vida não será certamente dos melhores.

Entre nós as propostas governamentais para os médicos da periferia propõem a disponibilidade das 8 às 20 horas de 2.ª a 6.ª feira, a cobertura das urgências nocturnas das 20 às 8 horas e aos sábados e domingos em alternância com os colegas da mesma zona (22 horas semanais com 5 médicos...) uma noite por semana e um fim-de-semana por mês...

Quão melhor teria sido conjugarem-se esforços para cooperação na instauração da saúde e tomada de medidas de retribuição do trabalho justas, compreensivas e não discriminatórias!

OS 4 PRINCÍPIOS DA MEDICINA LIBERAL...

1.º PRINCÍPIO — *Livre escolha do médico*

A possibilidade de livre escolha pressupõe que... possa ser execida, isto é, que os médicos de clínica geral e/ou especialistas estejam proximamente disponíveis (não há nenhum sistema de saúde que se responsabilize pela

totalidade dos encargos económicos ou sociais decorrentes de deslocações), que os utentes tenham disponibilidades suficientes ou sejam dispensados do pagamento na altura da prestação do acto médico e que o critério de escolha do utente possa funcionar adequadamente.

A análise comparativa dos projectos apresentados relativamente a este ponto mostra que:

— No SNS é (teoricamente) possível assegurar uma mais completa cobertura e distribuição de clínicos gerais e sobretudo de especialistas e portanto a sua maior proximidade das populações mais carecidas da periferia e do interior, do que na MC;
— Embora os encargos para a consulta em MC possam abaixo de certo «plafond» de rendimentos ser abolidos, os múltiplos problemas decorrentes com os casos acima desse «plafond» (por ex. pagamento imediato ou reembolso quase sempre tardio, despesas com transportes, etc.) tornam o processo ainda mais difícil às classes menos favorecidas, o que acontece em menor escala com o SNS;
— Se o médico tabela os actos que pratica é o médico que escolhe o doente;
— Se a triagem não passa pelo crivo do clínico geral (mais aleatória na MC) a escolha técnica do especialista adequado é mais difícil podendo dar lugar a duplicação de serviços;
— A livre escolha recíproca médico-doente reclamada por alguns códigos deontológicos tem por vezes a seguinte redacção: «o médico pode recusar-se a ver o doente desde que se não trate de caso urgente ou haja outro médico a quem o doente possa facilmente recorrer»...

2.º PRINCÍPIO — *Preservação do segredo profissional*

É um direito permanente e persistentemente reclamado; e quiçá o mais difícil de atribuir.

Efectivamente como assegurá-lo e mantê-lo com os sistemas actuais de colheita e processamento de dados, mecanização, informática, administração de doentes, gestão financeira, etc.?

E não se vê, antes pelo contrário, que os sistemas de medicina liberal sejam sob este ponto, *na prática*, mais exigentes ou respeitadores do princípio, o qual para qualquer sistema se resume apenas a manter o segredo

médico sempre que tal é (ou devia ser) possível: a talvez melhor preservação na medicina privada de ambulatório não chega para ultrapassar o facto da quase identidade de situações no que se refere à medicina hospitalar.

Hoje o problema não tem já a dimensão de outrora, de derrogação sistemática do princípio por motivos de gestão de doentes ou médico-legais.

3.º PRINCÍPIO — *Liberdade de prescrição de medicamentos ou orientação terapêutica*

É já (e há-de sê-lo cada vez mais) restringida nos dois sistemas (SNS e MC) através da adopção de formulários hospitalares, institucionalização de controlos diversos como o perfil médico em França, listas de medicamentos de receituário obrigatório e venda livre, etc.

Há no entanto a certeza de que nos países menos ricos as restrições terão de convergir para limites muito próximos independentemente dos sistemas em causa, dado o aumento em espiral dos custos (sobretudo como vimos à custa da hospitalização e medicamentos), até níveis absolutamente incomportáveis para a economia desses países, todos eles declarada ou veladamente à beira da ruptura no sector.

4.º PRINCÍPIO — *Pagamentos por acto singular*

O pagamento por acto singular ou vencimento mensal não afecta essencialmente a qualidade dos serviços prestados.

Mas atenção: há que fazer intervir neste ponto a necessidade de ajustamento condigno e justo de vencimento e regime tributário, alargamento do regime de segurança social a pessoal de saúde, etc., sem o que essa igualdade de base se desequilibra na prática.

Uma chamada de atenção para a depreciação do contexto de funcionarização e exaltação da liberalização (ambos frutos do liberalismo económico do passsado), certamente susceptíveis de inversão em novo contexto sociopolítico, cultural e educacional. Continuar a neles insistir, é fazer também e só política...

Outra chamada de atenção: todos os quatro princípios da medicina livre são derrogados nos hospitais: portanto não se pde reclamar um estatuto de manutenção das 4 liberdades para a medicina privada e outro para a medicina hospitalar.

PERSPECTIVAS DE EVOLUÇÃO (PROJECÇÕES PARA O HORIZONTE 1990)

O aumento das populações idosas (3.ª e 4.ª idades) vai aumentar significativamente o consumo de saúde; a urbanização por seu turno vai obrigar a uma maior concentração dos órgãos prestadores de saúde.

As alterações do meio ambiente agravar-se-ão: é de esperar maior poluição da água ou atmosférica, a degradação do enquadramento da vida natural, a deterioração ou má qualidade dos alimentos.

Pode contar-se certamente com a quase completa desaparição das doenças evitáveis; a diminuição substancial das doenças congénitas ou hereditárias e determinadas neoplasias malignas; a redução significativa das taxas de mortalidade por cancro; a supressão das repercursões das doenças do metabolismo e endócrinas; a manutenção em vida útil dos doentes portadores de graves doenças do fígado e rins; o aumento da segurança e inocuidade das técnicas cirúrgicas; a multiplicação quantitativa e qualitativa das próteses humanas, animais ou artificiais.

Há fundadas dúvidas de que se possa influir significativamente sobre as chamadas doenças da civilização e portanto será de prever a persistência da elevada mortalidade das doenças cardiovasculares (a menos que se descubra e actue sobre as suas causas), o aumento das doenças do foro psiquiátrico e das toxicomanias bem como da morbilidade por acidentes.

Por estes motivos, a morbilidade real de 1990-2000 talvez não seja muito diferente da actual.

O aumento do consumo e gastos com a saúde continuará a processar-se devido aos progressos científico-técnicos, ao incremento da prevenção primária, à melhoria dos rendimentos e do nível sociocultural das populações, eles próprios geradores de uma melhor educação sanitária e ao mesmo tempo do abaixamento do limiar de tolerância à dor e sofrimento.

Será inevitável a reorientação do planeamento e distribuição dos recursos: por exemplo, a análise das taxas de mortalidade poderá fazer levar aos objectivos primordiais da luta contra os acidentes, o alcoolismo, o cancro, as doenças mentais, cardiovasculares e da infância, etc.; os estudos de morbilidade levarão a prestar maior atenção às doenças do aparelho respiratório, digestivo, osteoarticular e dos cuidados dentários.

A política de saúde irá certamente concentrar-se ainda mais sobre determinadas categorias sociais ou actividades de maior risco: 3.ª e 4.ª idades, crianças, agrícolas, mineiros, etc.

Todo este cenário está condicionado aos recursos disponíveis; considerando o carácter vultuoso das despesas actuais, o alcance de um equilíbrio financeiro dos sistemas sociais que asseguram os encargos com as despesas da saúde poderá influenciar de modo determinante a selecção da organização, estruturas e actividades de saúde.

«*Que os jovens olhem para a frente, os velhos para trás.*»

Montaigne

CONCLUSÕES:

1. Portugal é um país que se situa mais na faixa do subdesenvolvimento do que na via do desenvolvimento e portanto pobre (actual e talvez potencialmente, de modo absoluto ou relativamente).

2. Não há sistema de saúde inteiramente satisfatório; os existentes ou claudicam pela quantidade ou qualidade de serviços (escassos ou deficientes), pelos custos (excessivos) ou recursos disponíveis (insuficientes).

3. Dos sistemas de saúde, o estatizado ou socializado é o mais barato e estável, não estando provado que seja o menos eficiente, embora como todos tenha defeitos, alguns graves.

4. A saúde é um processo político; a implantação de um serviço de saúde estatizado depende da correlação de forças políticas presentes no momento.

5. A economia, com as suas leis inexoráveis, está subjacente a qualquer decisão política.

Se se considerar o valor absoluto do seu rendimento e PNB conclui-se que a opção para o nosso país («faute de mieux») passa por um Serviço de Saúde estatizado quaisquer que sejam as dificuldades e resistências decorrentes da insularização de um sector nacionalizado em ambiente capitalista.

6. O serviço de saúde de base estatal deve ter por objectivo garantir a qualquer indivíduo, no momento necessário, os cuidados de saúde de que precisa.

7. O modelo desse serviço deve respeitar os seguintes princípios fundamentais, na medida das possibilidades:

— *base estatal,* isto é, todo o seu equipamento material e humano pertence ou depende do Estado;

— *universalidade,* isto é, deve contemplar toda a população, sem discriminação do «status» geográfico, social, económico ou profissional;

— *generalização,* isto é deve englobar todos os cuidados de saúde (promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença e reabilitação);

— *tender à gratuidade real,* isto é dever orientar-se para a gratuidade efectiva no momento da prestação do acto médico;

— depender do trabalho em equipa multidisciplinar, segundo o critério da hierarquia de competência;

— indissociabilidade, integração e continuidade dos níveis ou escalões dos cuidados primários, secundários e terciários, cuja organização deverá conter todos os meios existentes, assegurar a sua interligação e o encaminhamento coerente e compatível do utente pelos mesmos;

— pagamento aos prestadores sob a forma de remuneração por salário;

— regime de trabalho dos prestadores em tempo integral e dedicação exclusiva;

— aceitação, pelos utentes, isto é, dever estar de acordo com os interesses gerais de todo o povo português que com ele interactuará num duplo processo dinâmico de educação e aperfeiçoamento;

— atribuição aos órgãos centrais de funções técnico-normativas e de planificação global imperativa através da definição de metas e prioridades em períodos de três ou cinco anos;

— participação organizada dos utentes na regulamentação, planeamento, programação, administração, gestão, execução de tarefas e avaliação de acções a todos os níveis através dos seus órgãos representativos (autarquias, sindicatos, comissões de moradores, trabalhadores, etc.) e dotados da formação necessária ao exercício das suas funções;

— responsabilização do consumidor através da instrução e educação sanitária que substitua o segurismo;

— garantia de satisfação dos prestadores, isto é, deve proporcionar carreiras do pessoal de saúde bem estruturadas e interligadas, em função do grau de carreira e do regime de prestação de serviços, remunera-

ções justas, direito aos esquemas de segurança social da função pública, garantia de dignificação das condições de trabalho para o exercício da profissão, possibilidade de formação profissional contínua e direito de associação nas organizações representativas das classes;

— humanização da relação prestadores-utentes;

— financiamento público, isto é, encargos financeiros essencialmente suportados pelo OGE e calculados na base do PNB.

8. A atribuição dos recursos disponíveis (escassos) deve recair prioritariamente no saneamento do meio ambiente, medicina preventiva e educação para a saúde, por ordem, sem descurar a medicina curativa e mais ainda a reabilitadora.

9. A administração da saúde deve obedecer aos princípios do planeamento central e execução descentralizada em equilíbrio dinâmico, regionalização de serviços, descentralização, integração e coordenação a todos os níveis (devidamente hierarquizados), continuidade de cuidados, informação e retorno, trabalho em equipas multidisciplinares, formação e investigação.

10. A racionalização dos custos deve estar constantemente presente tendo em atenção não o mito (SNS no papel) mas a realidade (e portanto a necessidade de estabelecimento de limites para o nosso país que não serão *nunca*, no actual concerto internacional, os dos países ricos).

11. Há que através de uma política realista, de verdade e educação permanente, mobilizar e congregar o povo português e os profissionais da saúde em redor do único projecto *possível* (talvez nem sequer o melhor), difícil, moroso, pago, incompleto, de horizonte sempre rebaixado (é preciso a todo o custo encarar esta realidade, por mais que nos doa) mas erguido tão alto quanto a nossa determinação mais do que as nossas fracas posses o permitam.

Em resumo: nem óptimo nem bom, mas sofrível e o mais próximo do satisfatório possível.

12. A planificação deve ter base científica imperativa, de acordo com critérios de custo-benefício e custo-eficácia.

	MEDICINA NACIONALIZADA OU ESTATIZADA OU SOCIALIZADA	*MEDICINA CONVENCIONADA LIBERAL OU PRIVADA*
CENÁRIO POLÍTICO.	Socialismo. Capitalismo de Estado (excepcionalmente capitalismo). Planificação socialista da economia. Nacionalizações. Países socialistas (excepcionalmente capitalistas).	Capitalismo. Economia de mercado. Liberalismo económico. Países capitalistas. CEE (os Nove).
IMPERATIVO CONSTITUCIONAL (1976).	Não completamente respeitado.	Não respeitado.
CENÁRIO DA SAÚDE.	IGUALDADE SOCIAL. CENTRALIZAÇÃO — ESTADO. REGIONALIZAÇÃO. HIERARQUIZAÇÃO. INTEGRAÇÃO E CONTINUIDADE. MEDICINA SOCIAL OU DE EQUIPA. SISTEMA ÚNICO.	CONSERVADORISMO SOCIAL. LIBERALISMO. CONCENTRAÇÃO URBANA. INDIVIDUALISMO. ANARQUIA. MEDICINA INDIVIDUAL (médico-centrismo). SUBSISTEMAS MÚLTIPLOS.
CENÁRIO ECONÓMICO (FINANCIAMENTO).	Pagamento através de impostos (OGE). Estado patrão.	Pagamento através do seguro-doença. Estado coordenador e controlador e supletivo.
	Maior economia e estabilidade económica. Restrição do consumo médico-medicamentoso. Carências sectoriais.	Menor economia e estabilidade (crises). Inflação do consumo médico-medicamentoso (crises).

MOTIVAÇÕES CULTURAIS E ÉTICAS DOS PRESTADORES.	Superiores se acompanhadas de renovação cultural.	Menores mas possíveis.
MOTIVAÇÕES MATERIAIS DOS PRESTADORES.	Maiores para os médicos recém-formados	Maiores para os médicos mais antigos.
MOTIVAÇÕES DE SEGURANÇA SOCIAL DOS PRESTADORES.	Fortes.	Menos fortes.
MOTIVAÇÕES TÉCNICAS DOS PRESTADORES.	Menores.	Maiores.
TENDÊNCIAS E RISCOS.	Funcionarização (excessiva burocratização). Mecanização intelectual (rotina). «Caixificação».	Competição. Espírito mercantilista: (criação de clientes). Medicalização da saúde. Individualismo. Elitismo médico. Corrupção dos profissionais.
	Estagnação técnica (falta de estímulo). Mediocridade profissional. Desumanização (rotina do acto médico). Limitação aos actos médicos mais estritamente necessários.	Progresso técnico (estímulo da competição). Hipertecnicismo. Desumanização (economização do acto médico). Proliferação de actos médicos desnecessários (limitação pela consciência dos médicos e pelos sistemas).

PAGAMENTO AO MÉDICO.	Sistema directo. Salário fixo (dias/horas de trabalho). Segurança económica permanente. Número máximo absoluto de doentes fixo ou limitado pelo sistema.	Sistema indirecto. Acto médico, singular, convencionado (número/natureza do acto médico). Maior insegurança económica no início da carreira. Número máximo de doentes limitado apenas pelo médico.
PRIMEIRO EMPREGO.	Assegurado.	Contingente. Subemprego. Pluriemprego.
ESTABILIDADE DE EMPREGO.	Maior.	Menor.
REGIME DE TRABALHO DO MÉDICO.	Exclusividade. Tempo integral. Sobrecarga (relativa).	Pluriemprego. Tempo ilimitado. Sobrecarga (absoluta e relativa).
CATEGORIA-CHAVE OU PREDOMINANTE DO MÉDICO.	Generalista («pivot» do sistema). Equipa de saúde local pluridisciplinar.	Especialista. Superespecialista. Médico-centrismo.
ÓRGÃOS-CHAVE OU PREDOMINANTES.	Centro de Saúde comunitário ou local.	Consultório médico (individual e de grupo).
ESTRATÉGIA.	Reconversão das infra-estruturas existentes (SMS, etc.). Necessidade de faseamento. Implantação progressiva, centrípeta, localizada.	Subaproveitamento das infra-estruturas. Aumento da formação bruta de capital fixo (equipamentos, instalações, etc).

	MEDICINA ESTATIZADA OU SOCIALIZADA OU AVENÇADA	*MEDICINA CONVENCIONADA, LIBERAL, PRIVADA OU DE MERCADO*
PAGAMENTO *NO* ACTO MÉDICO.	Sem ou com taxa moderadora. «Tendência» (?) para gratuitidade efectiva.	Sistema de reembolso ou de pagamento directo ou inteiramente liberal.
PAGAMENTO FORA DO ACTO MÉDICO.	Impostos directos e indirectos.	Seguro-doença. Pagamento por serviço.
EXIGÊNCIA TECNOLÓGICA DO SISTEMA.	Centralização burocrática marcada.	Grande desenvolvimento dos sistemas de informática (reembolso) e avaliação (controlo de qualidade dos serviços).
QUATRO LIBERDADES (EM CONJUNTO).	Não asseguradas na medicina hospitalar.	Não asseguradas na medicina hospitalar mas mais possíveis na medicina particular.
LIBERDADE DE ESCOLHA DO MÉDICO PELO DOENTE.	Não reconhecida ou condicional. Restrita, mais nas zonas rurais do que urbanas.	Condicionada pela existência: mais real em centros urbanos. Privilégio das zonas urbanas em relação às rurais.
LIBERDADE DE ESCOLHA DO DOENTE PELO MÉDICO.	Não é reconhecida ou é limitada.	Maior possibilidade.

13. A modificação dos padrões de ensino vigentes nas Faculdades de Medicina e outras escolas superiores deve articular-se no sentido da adequação e subordinação às exigências de uma saúde integral dos Portugueses e não só a concepções elitistas dos prestadores.

14. A implantação de um SNS deve subordinar-se aos princípios da progressividade, faseamento, desenvolvimento centrípeto e diversificação regional.

15. Numa fase de transição é necessário articular o sector público com o sector privado através da alienação voluntária de serviços ao SNS ou contratos com regimes de fiscalização nos aspectos técnicos, funcional, deontológico e fiscal.

16. A estratégia de implantação e implementação deverá, sem desfocar o objectivo final e enquadrar o sistema sociopolítico vigente, assegurar uma profundidade de campo onde as necessidades e urgências do sector, a tipologia e reacção das classes nele envolvidas, a coerência, os recursos disponíveis, a conjugação de medidas simultâneas, a mobilização dos apoios sociais, sejam a cada momento cuidadosamente ponderados e interligados.

O complexo processo de avaliação de alternativas e decisões, simultaneamente criativo e dinâmico, mas raciocinadamente «frio», deverá através de acções pontuais e sucessivas e de um «mixing» coordenado, encaixar no «puzzle» previamente delineado do SNS «possível».

17. A Saúde encontra-se na encruzilhada da história, tendo em breve de enfrentar a opção dramática entre o desejável e possível. Na verdade as necessidades médicas são ilimitadas mas os recursos, esses, são limitados.

É pois urgente encontrar um ponto de equilíbrio entre a procura (necessidades) e a oferta (serviços) que exprima a definição entre o necessário e o supérfluo em matéria de saúde.

O nível desse ponto de equilíbrio terá, custe o que custar, de ser apresentado com crueza e realismo ao povo português.

18. O nível dos limites a que poderemos chegar em saúde poderá vir a sofrer as alterações que a resolução das contradições económicas, sociais e políticas entre países subdesenvolvidos e ultradesenvolvidos acarretar a nível mundial.

Fausto de Morais

Brigadeiro Médico
Director do Serviço de Saúde do Exército