

### **Suécia: saúde de acesso universal, pública ou privada**

A garantia do acesso universal aos serviços de saúde e educação está na base do Estado Providência na Europa. Mas uma coisa é que o serviço esteja acessível a todos, independentemente do seu rendimento, e outra é a prestação do serviço, que pode ser pública ou privada. A Suécia é o país que deu o salto de um sistema quase apenas público, para outro, aberto à gestão privada e à concorrência.

Na saúde europeia houve sempre uma presença partilhada do setor público e do privado, e os utentes estão acostumados a recorrer a um ou a outro em função das suas preferências e necessidades. O financiamento público não implica que o médico que efetua o serviço seja um empregado público. Em França, pode-se ir ao médico privado e, depois, a Segurança Social reembolsa a pessoa pelo custo da consulta. Em Espanha, curiosamente, só os funcionários públicos têm o privilégio de poder escolher entre ser atendidos nos serviços de saúde pública ou por uma sociedade médica privada, sem custo acrescentado.

A não ser que, para fazer diminuir as listas de espera, os próprios serviços de saúde pública remetam o doente para uma clínica privada com a qual têm um acordo.

#### **Gestão privada na saúde pública**

Nesta linha de distinguir entre garantia e prestação do serviço, foram sendo introduzidas diversas modalidades de gestão privada nos serviços de saúde pública: concessão ou aluguer de hospitais, externalização de determinados serviços, prestação privada do atendimento médico em troca de uma determinada quantia por segurado público... O objetivo invocado destas reformas foi conseguir um serviço mais eficiente com poupança de custos, algo que costuma conseguir-se melhor quando o gestor tem um interesse na contenção das despesas e a adjudicação do serviço é feita num regime de concorrência.

Em Espanha, onde o sistema de saúde pública acumula um défice declarado de 16.000 milhões de euros, a necessidade de encontrar um modelo sustentável para a prestação do serviço é premente. De facto, o ajustamento já acontece: em 2010/2011, a despesa pública em saúde baixou 4,3%.

Todavia, a tentativa de adjudicar a gestão de alguns hospitais públicos em Madrid a empresas privadas, provocou tal resistência nos serviços de saúde pública, que o governo regional acabou por renunciar à ideia. Os profissionais da saúde que protestavam, diziam que o governo madrilenho nunca apresentara dados que justificassem uma poupança de custos com a gestão privada. O governo assegurava aos cidadãos que o atendimento sanitário continuaria a ser gratuito e de qualidade como até agora; e negava as acusações de que, para obter lucro, as empresas privadas baixariam a qualidade do serviço, em detrimento da saúde do doente; ou que o critério dos profissionais médicos deveria submeter-se aos ditames empresariais; que se perderiam postos de trabalho e que o pessoal iria trabalhar em piores condições...

Ora, a qualidade do serviço não depende da gestão ser pública ou privada. Se somente o sistema de saúde pública pudesse oferecer qualidade, seria incompreensível que houvesse hospitais privados entre os mais prestigiados, nem que dez milhões de espanhóis se tenham arriscado a contratar algum tipo de seguro médico privado, serviço que muitas vezes é prestado por médicos que também trabalham no setor público.

Mas, abandonada a ideia da gestão privada de serviços médicos públicos, nunca saberemos se teria havido uma poupança.

#### **Reformas na Suécia**

Num debate onde pesa tanto a ideologia, é oportuno observar a experiência de um país como a Suécia, que desde o início dos anos 90, reinventou o seu Estado Providência, obrigada igualmente por uma conjuntura de crise. No plano da saúde, as reformas significaram a passagem de um sistema de prestação pública, para outro no qual o cidadão pode escolher

entre a saúde pública ou a privada, sempre a coberto dos seus impostos.

No quadro do modelo social-democrata que predominou na Suécia durante décadas, desde 1960 que foram crescendo a despesa pública em percentagem do PIB, a pressão fiscal e o emprego público, até que, nos anos 90, se desencadeou uma grave crise económica. O crescimento travou, baixou o PIB *per capita*, o desemprego disparou, aumentou a dívida pública. Nessa crítica conjuntura, chegou ao poder o governo do conservador Carl Bildt, que empreendeu uma série de reformas do Estado Providência.

Na saúde, eliminaram-se os entraves para que as Administrações provinciais pudessem facilitar a licitação de vários serviços, assim como a privatização de ambulatórios, centros de saúde e grandes hospitais. Agora, os empresários de saúde têm liberdade para criar centros de saúde e os cidadãos podem escolher o serviço que preferam, público ou privado. A diversidade de fornecedores do serviço, faz com que nenhum esteja em monopólio, o que é uma forma de controlar a qualidade dos serviços. Cada centro médico recebe um “cheque de saúde” por doente que o escolhe, cujo custo é fixo e equivale ao custo médio nos cuidados primários dos habitantes da província. Este sistema de “capitação” cobre mais de 80% do financiamento dos centros de saúde, enquanto que outros pagamentos dependem dos atos médicos realizados e de prémios por alcançar algumas metas.

### O doente escolhe

Os centros de saúde não podem selecionar os seus clientes, o que evita que discriminem os doentes mais complicados. Mas os fornecedores de serviços médicos têm interesse em investir em medidas de tipo preventivo, pois que o seu lucro depende, em grande parte, da baixa utilização dos serviços mais dispendiosos.

Na Suécia, o Estado é responsável pela política de saúde, enquanto que o financiamento e prestação dos serviços dependem, fundamentalmente, das regiões e dos municípios.

Entre os hospitais, a maioria é de propriedade pública, mas também há privados, geridos por organizações com ou sem fins lucrativos. Os doentes podem escolher qualquer hospital que tenha contrato com as autoridades locais. Como nos cuidados primários, o financiamento público dos hospitais pode basear-se num orçamento global para a prestação do serviço e/ou no número de atos médicos realizados. Os médicos suecos são predominantemente assalariados do prestador de serviços (hospital, ambulatório, etc.), tanto no setor público, como no privado.

Cerca de 27% dos serviços de saúde são agora proporcionados por empresas privadas, incluindo 9 hospitais importantes e 10% dos serviços de ambulâncias.

Para estimular uma utilização mais ponderada dos serviços médicos, os suecos atreveram-se a estabelecer um discreto copagamento por consulta: de 11 a 22 euros (100 a 200 coroas) nos cuidados primários, e de 26 a 36 euros (230 a 320 coroas) em especialidades.

Deste modelo, surgiram importantes grupos especializados na prestação de serviços médicos. O mais conhecido é o Capiro, que gere centros de saúde na Suécia e no estrangeiro.

### Evolução da despesa

Significa um menor financiamento público a passagem para um sistema como o da Suécia? Ao comparar os casos de Espanha e da Suécia, observa-se que ambos dedicavam em 2010 a mesma percentagem do PIB à saúde (9,6%), embora já em 2011 tenha começado a baixar em Espanha para 9,3%.

Despesa de saúde em %	
	PIB (2011)
Suécia	9,5
Espanha	9,3
Média OCDE	9,3

Fonte: “Health at a glance 2013”

A taxa de crescimento das despesas em saúde na OCDE, que tinha sido de quase 5% ao ano no período 2000-2009, baixou até apenas 0,6% em 2010-2011, sobretudo pela redução da despesa pública. A Espanha registou um recuo a partir de 2010, enquanto que a Suécia é um dos países onde se mantém um crescimento sustentado, tanto na despesa total, como na despesa pública.

Quanto ao financiamento da despesa, na Suécia, o financiamento público (82%) é maior do que em Espanha (73%). E observando a evolução da despesa privada como percentagem da despesa total em saúde no período 2000-2011,

Comprova-se que, na Suécia, baixou 0,4 pontos e, em Espanha, 2,9. Isto é, a maior prestação privada dos serviços de saúde não significou um aumento do que o doente sueco tem de pagar do seu bolso.

## Taxa de crescimento anual da despesa pública de saúde (2000-2012)

	2000-2009	2010-2011
Suécia	3,4%	3,8%
Espanha	6,1%	4,3%
Média OCDE	4,9%	0,1%

Fonte: "OCDE at a glance 2013"

## Despesa em Saúde por tipo de financiamento (2011) %

	Público	Seguro privado	Privado de pagamento
Suécia	82,0	0,3	17
Espanha	73,0	6	21
Média OCDE	72	6	20

Fonte: "OCDE Health Data 2013"

A despesa de saúde *per capita*, que tende a estar relacionada com o rendimento *per capita* em geral, é também maior na Suécia. E nos dois últimos anos registados (2009-2011), na Suécia, cresceu 1,8%, enquanto que, em Espanha, baixou 0,5%.

A diferente evolução da despesa com a saúde na Suécia e em Espanha reflete o diferente comportamento das suas economias: em 2013, o PIB da Suécia cresceu 0,9%, enquanto que o da Espanha recuou 1,2%.

Muito menos se deve esquecer que, para receber mais do Estado, a pressão fiscal que suporta o cidadão deve ser maior. Em 2012, as receitas fiscais na Suécia correspondiam a 44,3% do PIB, contra 32,9% em Espanha.

## Despesa com a saúde *per capita* em dólares

	PPP (2011)
Suécia	3.925
Espanha	3.072
Média OCDE	3.322

Fonte: "Health at a glance 2013"

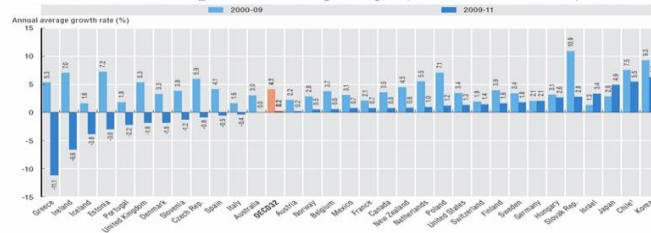
Apresentamos dados da OCDE, inseridos em "OECD Health Statistics 2013", que foram publicados em "Aceprensa":

## Referências

- OCDE, "Health at a Glance 2013. OCDE Indicators".
- OCDE, "Reviews of Health Care Quality of Sweden" (2013).
- Mauricio Rojas, "Reinventar el Estado de Bienestar. La experiencia de Suecia". Madrid, 2008.

## I. A.

Crecimiento anual del gasto sanitario per cápita, en términos reales (2000-2011)



1. CFI used as deflator. Source: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

## A qualidade da saúde na Suécia

A introdução da concorrência e a abertura à gestão privada fez melhorar ou piorar o atendimento de saúde na Suécia? A OCDE publica periodicamente relatórios sobre a qualidade dos cuidados de saúde nos vários países membros e, em finais do ano passado, dedicou um à Suécia ("Health Care Quality Review of Sweden").

O relatório constata que "o sistema de saúde sueco é muitas vezes considerado como um modelo a imitar, devido aos seus excelentes resultados comparativamente com outros países da OCDE e por causa das suas bem desenvolvidas estratégias para assegurar e melhorar a qualidade do atendimento de saúde". Os registos de qualidade da Suécia, que contêm informações sobre a qualidade dos serviços recebidos e os resultados obtidos, situam-se entre os mais desenvolvidos da OCDE. Isto permite saber, por exemplo, que 90% dos doentes dos cuidados primários se sentem tratados com respeito e consideração pelo pessoal.

A qualidade dos serviços de saúde na Suécia é globalmente boa, diz o relatório. Como exemplos, cita que as taxas de hospitalização evitável devido a doenças crónicas como a asma, estão entre as mais baixas da OCDE. A duração média de uma estadia hospitalar após uma crise cardíaca, é inferior a 5 dias – uma das mais baixas da OCDE e um sinal de eficácia.

Pelo contrário, a coordenação entre os hospitais e os cuidados primários aos doentes com necessidades complexas é menos

boa e apresenta-se como um dos principais desafios que o sistema de saúde tem de enfrentar. As autoridades municipais não estão frequentemente preparadas para tomar conta dos doentes que abandonam rapidamente o hospital, e somente 20% dos médicos dos cuidados primários declaram receber as informações necessárias para tratar um doente nas 48 horas seguintes à sua saída do hospital, no seguimento de um acidente vascular cerebral.

## O atendimento aos idosos

Uma das principais preocupações é o atendimento das pessoas idosas, visto que 5,2% da população tem mais de 80 anos, contra 4,2%, em média, na OCDE. A este capítulo são dedicados 3,6% do PIB. Este atendimento às pessoas dependentes é caracterizado, segundo o relatório, por quatro traços principais:

— **Governo descentralizado.** O atendimento das pessoas idosas e dos deficientes depende dos 290 municípios, que têm a obrigação legal e a autonomia para proporcionar os serviços aos idosos.

— **Procurar o atendimento no domicílio.** Embora o número de camas nos hospitais para cuidados de longa duração esteja entre os mais altos da OCDE, insiste-se em proporcionar cuidados ao domicílio. Desta forma, sete em cada dez pessoas idosas dependentes, recebem o respetivo atendimento em casa.

— **Ênfase no mercado e na escolha.** Na sequência de uma lei de 2009, sobre o Sistema de Escolha no Setor Público, os serviços de atendimento domiciliar foram abertos à concorrência, com prestadores públicos e privados, de modo a que os municípios escolham o prestador mais eficaz. A nova lei também encoraja os municípios a introduzirem um sistema de vales, para que os utentes possam adquirir serviços ao domicílio. Em 2011, operavam neste setor mais de 900 prestadores e 18,6% dos idosos eram atendidos em casa por um prestador privado.

— **Uma forte utilização dos incentivos.** Desde 2010, as transferências, do governo central para as autoridades locais, incluem incentivos em função dos resultados no atendimento aos idosos.

Embora alguns estudos tenham mostrado satisfação entre os utentes pela possibilidade de escolha, não há ainda uma investigação global que permita compreender os efeitos da concorrência e a melhoria da eficácia neste campo, diz o relatório. Também acontece que algumas pessoas idosas consideram difícil saber escolher entre as possibilidades existentes.

I. A.