

A INCIDÊNCIA DA DESPESA PÚBLICA EM CUIDADOS DE SAÚDE NA ÁREA METROPOLITANA DE LISBOA EM 1980-1981 e 1985 (*)

Carlos Gouveia Pinto (**)

1 — Introdução

A avaliação da incidência económica da provisão pública de bens e serviços «sociais» (cuidados de saúde, educação, habitação e transportes, designadamente) só nos últimos dez anos começou a merecer maior atenção dos autores que se debruçam sobre a intervenção do Estado na economia. Tal tem a ver, por um lado, com a dificuldade de, partindo dos axiomas em que se baseia a teoria neoclássica, justificar a tutela pública sobre estes sectores e, por outro, com o facto de o crescimento sustentado das economias dos países mais desenvolvidos até princípios dos anos 70 ter sido conseguido com base em medidas de política económica inspiradas na teoria keynesiana.

Com efeito, o primeiro factor levou a que aqueles bens e serviços fossem considerados «meritórios» (Musgrave, 1959) no sentido em que satisfariam necessidades «de mérito» como tal reconhecidas pelo poder político: a impossibilidade de definir critérios «positivos» que permitissem avaliar em que medida existiria «fracasso do mercado» (Pigou, 1946; Bator, 1974) na provisão privada destes bens, ou seja, em que medida o seu valor social divergiria do valor privado devido, em particular, à existência de externalidades (Arrow, 1971), levou a remeter a decisão da tutela política sobre estes sectores para o quadro dos juízos normativos do Estado.

Em última análise, o impacte desta tutela integraria a função de bem-estar social, pois esta função «[...] fornece uma avaliação ética do bem-estar de diferentes indivíduos» (Samuelson, 1969, pp. 102-103). Assim, não admira que, caracterizando os estudos de incidência como os que se debruçam sobre a forma como «[...] políticas orçamentais alternativas afectam o rendimento disponível para utilização privada» no quadro do equilíbrio geral, Musgrave afirme que a «[...] redistribuição em géneros proporcionada pelos serviços públicos [...] pode ser muito importante, mas o problema da imputação de benefícios é muito diferente do da determinação da incidência, como aqui foi definida» (!).

(*) O autor agradece à Prof.^a Manuela Silva e à Dr.^a Rosário Giraldes os comentários a este trabalho. Dificuldades de vária ordem impediram que algumas das sugestões feitas fossem integradas na sua versão final. Espera-se poder fazê-lo no futuro. É evidente que se aplica a habitual ressalva quanto aos erros que porventura subsistam.

(**) Professor auxiliar do ISE e membro do CISEP.

(!) Musgrave (1959), pp. 207-8 e 214, nota 1.

Por sua vez, a aceitação plena pela generalidade dos autores das ideias de Tawney e Beveridge segundo as quais a provisão pública de bens e serviços sociais teria um impacte redistributivo significativo e constituiria mesmo o meio privilegiado de promover a igualdade dos rendimentos ⁽²⁾, conjugada com a preponderância até meados da década passada da política económica de inspiração keynesiana, levou a que não se questionasse a crescente intervenção do Estado na economia e, em especial, se tomasse como adquirido que esta seria a forma mais adequada de se atingir o bem-estar, pois maximizaria a eficiência económica e promoveria a equidade social.

Nos últimos anos, esta perspectiva alterou-se radicalmente. Em primeiro lugar, a concepção do Estado como um ditador benevolente subjacente à formulação da função de bem-estar social de Bergson-Samuelson começou a ser posta em causa, em especial pela teoria da «Escolha Pública» ⁽³⁾. Segundo os autores que adoptam esta abordagem, o partido no Poder, longe de agir de acordo com uma concepção geral de bem-estar, preocupa-se antes em assegurar a sua posição privilegiada no sistema e, portanto, a sua manutenção no governo. Assim, a sua intervenção no sistema económico, tanto no quadro da estabilização dos principais indicadores macroeconómicos como a nível da redistribuição dos rendimentos (dadas, em especial, as restrições de índole económica), subordina-se àquele objectivo principal. Do mesmo modo, a tutela pública sobre sectores que gozam de grande popularidade junto do público enquadra-se em grande parte nesse objectivo ⁽⁴⁾.

Por outro lado, a estipulação de funções-objectivo dos agentes que integrariam variáveis económicas e políticas permitiu caracterizar melhor estes agentes e, em especial, a burocracia. A análise do seu comportamento possibilitou ultrapassar a concepção weberiana, abandonando-se, conseqüentemente, a ideia de que a provisão pública de bens e serviços sociais é necessariamente mais eficiente que a privada. Buchanan refere mesmo que pode ser identificado um «fracasso do governo» análogo ao «fracasso do mercado» ⁽⁵⁾.

Por último, a crise económica posterior aos choques petrolíferos veio pôr em causa os modelos de crescimento aceites nos países mais desenvolvidos, chamando a atenção para o peso económico excessivo do Estado.

A conjugação destes factores levou a que fosse estimulado o interesse pelo estudo das condições que levaram o poder político a tutelar os sectores sociais da economia e, em especial, a questionar o impacte dessa tutela sobre a afectação eficiente dos recursos, a promoção de uma mais equitativa distribuição do rendimento e, em última análise, sobre o bem-estar social.

Embora reconheçamos que constituem problemas importantes e longe de estar resolvidos, não nos debruçaremos neste texto sobre as razões que levam

⁽²⁾ Veja-se Le Grand (1982).

⁽³⁾ Mueller (1979) apresenta uma boa revisão da literatura enquadrável nesta teoria.

⁽⁴⁾ Veja-se Pinto (1987).

⁽⁵⁾ Buchanan (1979).

a esmagadora maioria dos governos a co-financiar grande parte dos gastos em cuidados de saúde nem sobre o impacte deste fenómeno sobre a eficiência económica. Preocupa-nos antes a discussão da metodologia mais adequada aplicável na avaliação dos seus efeitos redistributivos (incidência), bem como a explicação dos resultados obtidos no estudo feito tomando como referência a área metropolitana de Lisboa (onde residiam em 1981 cerca de 27 % da população de Portugal e se concentra uma fracção importante dos meios técnicos e humanos do sector de cuidados de saúde) para 1980 e 1985.

Assim, no ponto seguinte deste trabalho discutem-se as metodologias dos estudos de incidência da despesa pública com referência especial ao sector de cuidados de saúde. No terceiro ponto são apresentados e interpretados os resultados do estudo empírico. Por fim, sumarizam-se algumas conclusões.

2 — Crítica das metodologias de abordagem da incidência da despesa

A avaliação do impacte redistributivo da despesa pública tem sido feita imputando-se os custos da provisão pública de bens e serviços como rendimento indirecto «recebido» pelas famílias, classificadas por escalões ou decimas de receita. Na generalidade dos casos, estipulam-se *a priori* hipóteses consideradas «razoáveis» de comportamento das famílias face ao consumo/utilização de bens e serviços sociais, repartindo depois a despesa pública corrente efectuada em cada um dos sectores com base nessas hipóteses⁽⁶⁾. A adopção desta metodologia (ou seja, a abordagem pelo lado da oferta) é geralmente justificada com base na não existência de inquéritos específicos que permitam caracterizar a procura, por um lado, e, por outro, na dificuldade de calcular rigorosamente os custos unitários da provisão pública de bens e serviços, o que, segundo a maioria dos autores, inviabilizaria a abordagem pelo lado da procura. Contudo, embora ambas as abordagens sejam permeáveis à grande maioria das críticas mais vulgarmente feitas aos estudos de incidência da despesa, a adopção da perspectiva do consumidor permite não só uma avaliação mais rigorosa do «equivalente rendimento» transferido para as famílias, como também evitar a adopção de pressupostos teóricos que, no mínimo, são discutíveis⁽⁷⁾. Tal é verdade sobretudo quando se tenta avaliar a incidência da despesa pública em sectores cuja produção é heterogénea, como é o caso do sector de cuidados de saúde.

Com efeito, imputando-se a despesa pública com base na padronização do comportamento dos utilizadores, não se considera o consumo de cuidados

⁽⁶⁾ O estudo pioneiro que adopta esta metodologia é o de Musgrave *et al.* (1974). No entanto, veja-se também Meerman (1979) e De Wulf (1981).

⁽⁷⁾ Veja-se Le Grand (1978 e 1982, apêndice A).

efectivamente realizado. A arbitrariedade deste método é tanto mais evidente quanto é utilizado na ausência de inquéritos sobre aquele comportamento. Por outro lado, para não aumentar o grau de irrealismo das hipóteses em que se baseiam, na generalidade dos estudos que adoptam esta abordagem são considerados apenas dois ou três tipos de cuidados. Ora, se se atender à diversidade dos comportamentos das famílias quer quanto ao consumo de cuidados em geral, quer quanto a cada um dos tipos de cuidados, facilmente se comprovará o artificialismo do método⁽⁶⁾. Acresce que em Portugal existem vários subsistemas de cobertura não mutuamente exclusivos, financiados directa ou indirectamente pelo Estado, e que abrangem segmentos diferenciados da população. A utilização dos elementos referentes a um desses segmentos (mesmo que fosse o maioritário) e a sua extrapolação para os restantes não se revelariam adequadas. Por último, diferenciando-se a procura de cuidados segundo a idade e a instrução do indivíduo, em especial (para além do rendimento)⁽⁹⁾ as hipóteses de comportamento a estipular deveriam atender também a estes factores, o que as tornaria ainda mais vulneráveis à crítica.

Mas, mais importante, a opção por uma ou outra abordagem implica perspectivas diferentes relativamente à tutela do Estado sobre o sector de cuidados de saúde. De facto, avaliando-se a incidência do lado da oferta, adopta-se a óptica do financiador, assumindo-se implicitamente que aquela tutela é ditada pelo voluntarismo político. Tudo se passaria como se o Governo, querendo-o, pudesse deixar de financiar a provisão de cuidados, comparando-se, consequentemente, a situação existente com uma outra, hipotética, em que o Estado deixaria de intervir no sector. Ora, não só a existência de externalidades e incerteza associadas ao comportamento dos agentes da procura indicam que o jogo livre das forças de mercado não permitira assegurar a provisão de cuidados socialmente eficiente, como também a evolução dos sistemas de saúde indica que é impossível que essa intervenção cesse de se verificar. Aliás, no limite, a aplicação desta perspectiva a toda a despesa pública acabaria por se traduzir na comparação entre a situação actual e a que se verificaria se o Estado não existisse, o que é absurdo⁽¹⁰⁾.

Adoptando-se a abordagem pelo lado da procura, privilegia-se a óptica do utente. Assim, o co-financiamento dos gastos em cuidados de saúde é encarado como um benefício económico (o alívio da restrição orçamental) estreitamente articulado às condições da procura e, em última análise, a situações de necessidade. Com efeito, baseando o estudo em inquéritos e imputando o equivalente rendimento calculado com base nos custos unitários dos cuidados efectivamente consumidos e ou reembolsos eventualmente associados aos gastos privados, é possível não só um cálculo mais rigoroso do equivalente «recebido» pela família, como também aperfeiçoar significativamente a análise.

⁽⁶⁾ Veja-se ponto 3, mais à frente.

⁽⁹⁾ Veja-se Grossman (1972).

⁽¹⁰⁾ Veja-se Atkinson e Stiglitz (1980), p. 287.

Em primeiro lugar, permite a introdução de factores sócio-económicos (idade do indivíduo e nível de instrução, principal fonte de rendimento e ocupação do «chefe» da família) na explicação do comportamento dos agentes da procura e, conseqüentemente, extrair ilações mais correctas sobre os benefícios esperados por estes agentes relativamente à tutela pública sobre o sector de cuidados de saúde⁽¹¹⁾. Por outro lado, viabiliza a identificação do sistema de cobertura (pelo menos o sistema principal) responsável pelo co-financiamento do consumo de cuidados de cada família. Por último, torna exequível a discriminação do equivalente rendimento «recebido» pelas famílias induzido pelo consumo de cada tipo de cuidados.

Mas, perfilhando-se a óptica do utente, também se altera a forma de encarar a tutela do Estado sobre o sector. Com efeito, partindo-se da perspectiva do utilizador e, portanto, centrando-se a análise na caracterização da utilização que os diversos grupos de famílias fazem do sistema público de saúde, é possível determinar quais os benefícios económicos relativos que cada grupo associa à tutela do Estado sobre o sector e, desagregando por tipo de cuidados consumidos, a qual(is) tipo(s) atribui maior relevância. Uma vez que, para além de considerações sobre a afectação eficiente dos recursos e da preocupação em resolver situações de carência no acesso ao consumo de cuidados, também o impacte na opinião pública tem importância não desprezível na opção entre políticas alternativas de saúde, o respeito pelas prioridades atribuídas pelas famílias ao financiamento dos diferentes tipos de bens e serviços aquando da escolha das medidas de política permite ir ao encontro das expectativas dos consumidores e, assim, minimizar o mais possível os atritos sociais que a implementação de medidas restritivas inevitavelmente provoca. Assim, em contraste com a abordagem pelo lado da oferta, a adopção da perspectiva do utilizador do sistema de saúde implica a consideração explícita na análise da utilidade associada pelos consumidores ao financiamento público de cuidados (os benefícios esperados), que deverá ter impacte na selecção das medidas de política⁽¹²⁾.

Neste trabalho, e apesar de não existir em Portugal um inquérito que permita identificar com rigor a procura de cuidados de saúde, optou-se por utilizar este segundo tipo de abordagem, pelas razões referidas anteriormente. Acresce que se testou a permanência de estrutura dos benefícios económicos «recebidos» pelas famílias realizando uma análise de estática comparada.

(11) A consideração das características sócio-económicas do chefe de família permite a inclusão das externalidades nos estudos de incidência da despesa e, conseqüentemente, concluir sobre alterações a nível de bem-estar das famílias, ou seja, dos benefícios por elas recebidos. Dado que a discussão das metodologias de avaliação da incidência de benefícios é incomportável neste texto, não a abordaremos. No entanto, veja-se Dean (1980), Meerman, *op. cit.*, e Pinto, *id.*

(12) É evidente que a partir de um estudo deste tipo é impossível caracterizar as determinantes da procura. Para isso teriam de ser especificadas as respectivas funções, o que, como se compreende, não cabe neste texto. Estão, no entanto, a decorrer os trabalhos preparatórios para que tal seja possível no médio prazo.

Assim, para 1980-1981 utilizou-se uma subamostra do Inquérito às Receitas e Despesas Familiares (IRDF), da responsabilidade do Instituto Nacional de Estatística (INE), enquanto para 1985 se recorreu ao Inquérito Nacional de Saúde (INS), implementado pelo Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde (DEPS). Apesar de as amostras utilizadas serem compatíveis (a amostra-mãe é a mesma e o método de construção idêntico), a utilização de inquéritos concebidos com objectivos diferentes e que não coincidiam com o deste estudo pôs problemas metodológicos relativamente graves, que só puderam ser ultrapassados restringindo o âmbito da análise. São esses problemas e os resultados a que se chegou que se apresentam sumariamente no ponto seguinte ⁽¹³⁾.

3 — Apresentação e discussão dos resultados

Os resultados obtidos pelos diversos autores que tentam avaliar a incidência da despesa pública são muito díspares. Tal acontece porque são muito sensíveis às hipóteses em que os estudos se baseiam ⁽¹⁴⁾. O reconhecimento deste facto, conjuntamente com os pressupostos subjacentes ao tipo de abordagem adoptada, influenciou significativamente a forma escolhida para a apresentação dos resultados e, conseqüentemente, a sua discussão. Em primeiro lugar, classificaram-se as famílias não só segundo os decis de rendimento líquido, como por grupo sócio-económico (GSE) ⁽¹⁵⁾. Esta dupla classificação justifica-se antes do mais porque, ao considerarem só o rendimento, a generalidade dos autores não incluem nas suas análises factores que influem significativamente na procura de cuidados de saúde, designadamente o nível de instrução e a ocupação do indivíduo. Por outro lado, além de as respostas a questões sobre o rendimento familiar incluídas nos inquéritos merecerem muito pouca confiança, o facto de as perguntas sobre este tópico no IRDF (onde se inquiria o montante exacto do rendimento do agregado) e no INS (caso em que apenas era requerido que fosse indicado um intervalo em que se situaria a receita anual da família) impossibilitarem comparações levou a que se privilegiasse a avaliação da incidência por GSE. Contudo, apresentam-se os resultados para 1980-1981 classificando as famílias do total da amostra por decil de receita apenas para dar uma ideia do carácter redistributivo do sistema.

Outra simplificação que se introduziu na apresentação dos resultados foi a de privilegiar a incidência relativa, isto é, indicar apenas a relação percen-

⁽¹³⁾ A apresentação exaustiva da metodologia utilizada encontra-se em Pinto, *op. cit.*

⁽¹⁴⁾ Veja-se, por exemplo, Jimenez (1986) e Musgrave *et al.*, *op. cit.*

⁽¹⁵⁾ Em cada decil, numerados por ordem crescente do rendimento, incluem-se as famílias cuja receita líquida anual somada corresponde a cerca de 10 % do total da receita de todos os agregados, enquanto a classificação por GSE (numerados por ordem crescente) foi obtida a partir dos atributos nível de instrução, principal fonte de rendimento e ocupação do chefe de família, aplicando a escala de Graffar. Veja-se Campos (1982), anexo n.º 15.

tual entre o montante médio de benefícios «recebido» pelo conjunto das famílias de uma determinada classe e a média global. O que se pretende fazer ressaltar com este tipo de apresentação é o benefício relativo dos diversos GSE, recorrendo posteriormente à sua desagregação por tipo de cuidados e às características sócio-demográficas dos agregados (sua dimensão e idade dos seus membros)⁽¹⁶⁾ para tentar explicar o padrão de incidência. Tal justificase por a classificação das famílias segundo o rendimento ser abordada em termos muito limitados e também por a diferença de benefícios relativos dos diversos GSE evidenciar melhor os comportamentos das famílias que os integram face ao sistema público de saúde.

Também surgiram algumas dificuldades no cálculo dos custos unitários e quantificação dos reembolsos, dependendo o grau de rigor do subsistema de cobertura da família. Com efeito, existindo em Portugal mais de duas dezenas de subsistemas de cobertura de riscos de saúde financiados directa ou indirectamente pelo Estado que se diferenciam quer pelo estrato de população que cobrem, quer pelo montante e tipo de comparticipação que praticam, era de todo impossível identificar exaustivamente as diversas formas de co-financiamento. Mesmo restringindo-nos às amostras utilizadas neste estudo, obtiveram-se famílias cobertas por doze subsistemas diferentes. Assim, houve que seleccionar um subsistema de referência e calcular as comparticipações e custos unitários dos restantes por analogia do tipo de cuidados e, caso se justificasse, introduzir factores de correcção estimados com base em elementos a que se teve acesso para seis dos outros subsistemas⁽¹⁷⁾. O subsistema escolhido foi o dos ex-SMS (Serviços Médico-Sociais), uma vez que não só cobria em 1980 cerca de 70 % da população (Campos, 1983, p. 79), como também porque tem vocação universalista e serve de referência aos restantes. Acresce que é aquele para o qual é possível obter dados mais rigorosos, em particular no que se refere à comparticipação nos gastos em medicamentos. Este facto é tanto mais importante quanto as razões que levaram à identificação do padrão de incidência em 1980-1981 e 1985 foram quer testar a permanência desse padrão, determinando se há ou não parâmetros constantes no comportamento das famílias, quer avaliar o impacte da alteração na percentagem de comparticipação dos gastos em medicamentos ocorrida em 1984. Consequentemente, apenas analisaremos com algum detalhe nos pontos seguintes os resultados obtidos a partir da totalidade das respostas incluídas nas amostras particularizando somente para o caso das famílias cobertas pelos SMS.

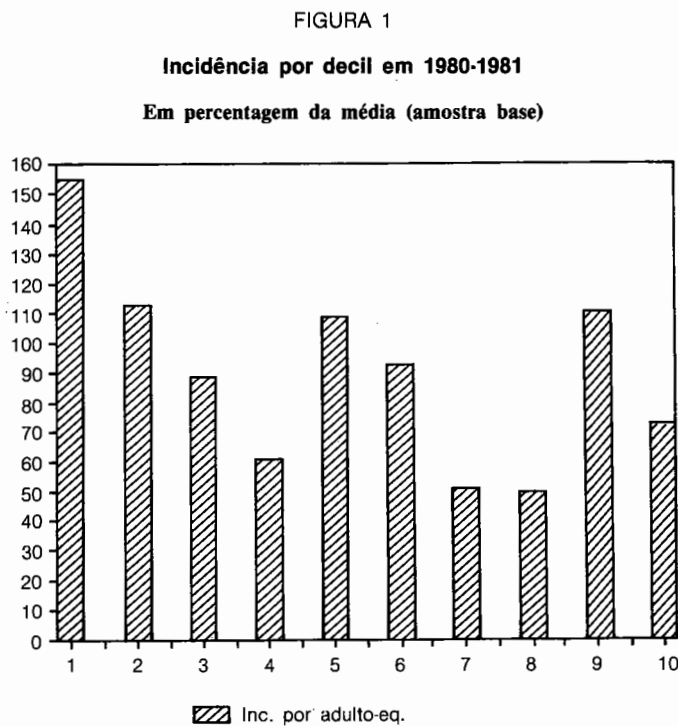
(16) A padronização das famílias segundo a idade dos seus membros (permitindo o cálculo da incidência por adulto-equivalente) foi feita com base na escala seguinte: casal=2 unidades de consumo (u. c.); adulto [$i \geq 18$]=1,05 u. c.; adolescente ($14 \leq i \leq 17$)=0,79 u. c.; criança ($5 \leq i \leq 13$)=0,61 u. c.; infante ($i < 5$)=0,49 u. c. Veja-se Santos (1984), p. 62. Utilizámo-la por ser a única disponível referente à região de Lisboa, embora se refira ao consumo em geral.

(17) Os pormenores sobre a metodologia utilizada no estudo de incidência podem encontrar-se em Pinto, *op. cit.*, anexos n.ºs 1 e 2.

Por último, refira-se que a opção por uma análise de estática comparada obrigou a restringir a região a que se refere o estudo. Com efeito, sendo a amostra do INS de 1985 composta por famílias residentes na AML, houve que seleccionar respostas ao IRDF de famílias que residissem na mesma região apenas. Contudo, atendendo a que, segundo o *Recenseamento Geral da População de 1980*, residiam nesta região 27 % da população e também que o erro de extrapolação para a totalidade da amostra do IRDF dos resultados referentes à variável gastos privados em cuidados de saúde obtidos com a subamostra em que se baseou este trabalho é de 3,7 %, é de admitir que as conclusões a que se chegou não divirjam muito das que se obteriam se se avaliasse a incidência da despesa pública em cuidados de saúde em Portugal.

3.1 — Avaliação da incidência global em 1980-1981 e 1985

Considerando a amostra base, isto é, a amostra inicial retirando as não respostas, o padrão da incidência por decil de receita em 1980-1981 é mostrado na figura 1 ⁽¹⁸⁾:

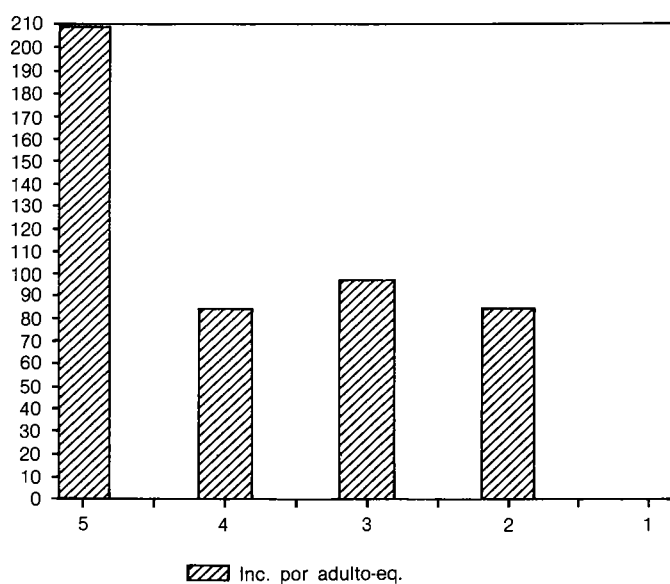


⁽¹⁸⁾ A composição das amostras, bem como os quadros com os elementos a partir dos quais se construíram todos os gráficos, encontram-se em anexo.

A irregularidade da incidência não permite tirar, à primeira vista, conclusões sobre o carácter redistributivo do sistema. Contudo, o facto de o equivalente rendimento «recebido» pelas famílias classificadas no decil 1 (as de mais baixo rendimento) ser mais de 50 % superior à média, muito acima do das restantes, permite suspeitar de que o sistema tem algum impacte redistributivo. Calculando os índices de Gini para o rendimento inicial e rendimento final ⁽¹⁹⁾, estes vêm iguais a 0,259 e 0,247, respectivamente, confirmando que a provisão pública de cuidados de saúde na AML em 1980-1981 tinha efeitos correctores da assimetria do rendimento. Aliás, os resultados obtidos classificando as famílias por grupos sócio-económicos são paralelos aos obtidos anteriormente, como se pode ver na figura 2:

FIGURA 2

Incidência por grupo sócio-económico
Em 1980-1981, percentagem da média (amostra base)



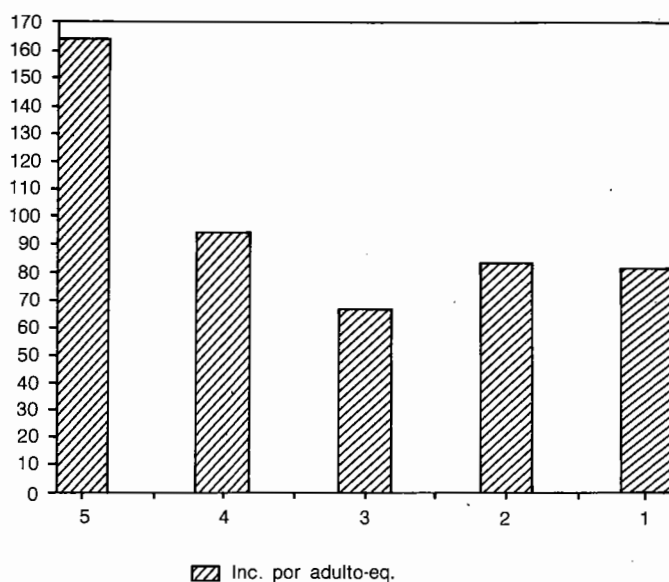
⁽¹⁹⁾ O rendimento inicial corresponde ao rendimento líquido anual das famílias. O rendimento final foi obtido somando ao rendimento inicial os custos unitários dos cuidados consumidos e os reembolsos dos gastos privados.

De salientar que o facto de os benefícios económicos obtidos pelas famílias do GSE 5 serem claramente superiores à média não implica que os das famílias dos restantes grupos se afastem significativamente desta. Tal deve-se não só ao fraco peso, como também à estrutura demográfica dos agregados classificados na classe mais baixa. Assim, as famílias do GSE 5 representavam apenas 13,8% do total e compreendiam 8,3% dos indivíduos de todos os grupos, o que permite inferir que uma proporção significativa destes agregados era constituída por indivíduos isolados. Por sua vez, cada indivíduo «valia», em média, 0,97 de um adulto (em contraste com uma média geral de 0,89). Tal indica que os isolados seriam, certamente, adultos e, muito provavelmente, idosos, se se atender à escala de equivalência adoptada ⁽²⁰⁾. Consequentemente, não espanta que se verificassem neste grupo padrões elevados de consumo de cuidados, muito superiores à média.

Curioso é notar que o mesmo padrão de incidência por grupo sócio-económico se observava em 1985, como se pode ver na figura 3:

FIGURA 3

Incidência por grupo sócio-económico
Em 1985, percentagem da média (amostra base)



⁽²⁰⁾ Veja-se nota 16 supra.

A justificação para o privilégio relativo do GSE 5 também neste caso pode radicar-se no facto de as famílias nele classificadas serem compostas, numa proporção significativa, por indivíduos isolados e idosos. Na verdade, estas famílias representavam 21,4 % do total e integravam 17,4 % do número de indivíduos, enquanto cada um destes «valia» 0,952 de um adulto (a média geral era de 0,907).

Do exposto poderia concluir-se que o sistema é globalmente redistributivo e, conseqüentemente, segundo o raciocínio económico «clássico», promoveria a equidade. No entanto, se definirmos este último conceito como implicando que famílias com maior necessidade relativa deveriam auferir maiores benefícios económicos, tal não era verdade em 1985 (quadro I).

QUADRO I

Adultos-equivalente que declararam estar doentes nas duas semanas anteriores à resposta ao INS 85 e respectiva incidência, em percentagem da média (amostra base)

GSE	Adultos-equivalente	Incidência
5	141,7	115,9
4	93,0	101,0
3	90,8	73,4
2	76,3	109,0
1	73,4	110,8
Média	100,0	100,0

A leitura do quadro permite concluir que, contrariamente ao que generalizadamente é aceite, não existe nem uma associação directa entre um maior estado de necessidade (pelo menos potencial) e maiores benefícios económicos proporcionados pelo sistema, nem que são as famílias da classe média que auferem a maior proporção destes benefícios, como defende Le Grand⁽²¹⁾. O sistema de cobertura de riscos de saúde parece, antes, ser caracterizado por uma estrutura dual, beneficiando simultaneamente os grupos sócio-económicos mais elevados e mais baixos, em detrimento do GSE 3. Este fenómeno poderia ser induzido pela diversidade de subsistemas de cobertura. No entanto, a análise dos ex-SMS permite afirmar que esta característica parece ser o traço dominante do sistema.

(21) Le Grand (1984).

3.2 — Avaliação da incidência da provisão de cuidados de saúde pelos ex-SMS em 1980-1981 e 1985

O que se afirmou anteriormente é plenamente confirmado pela análise das figuras 4 e 5:

FIGURA 4

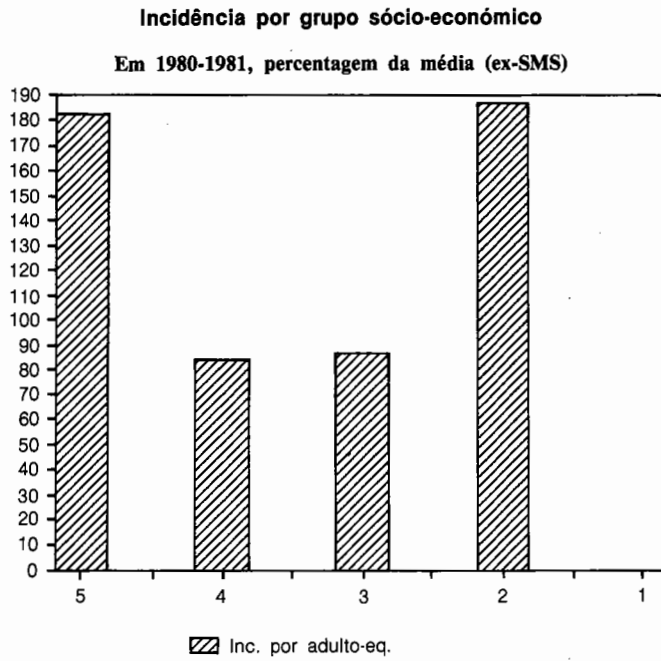
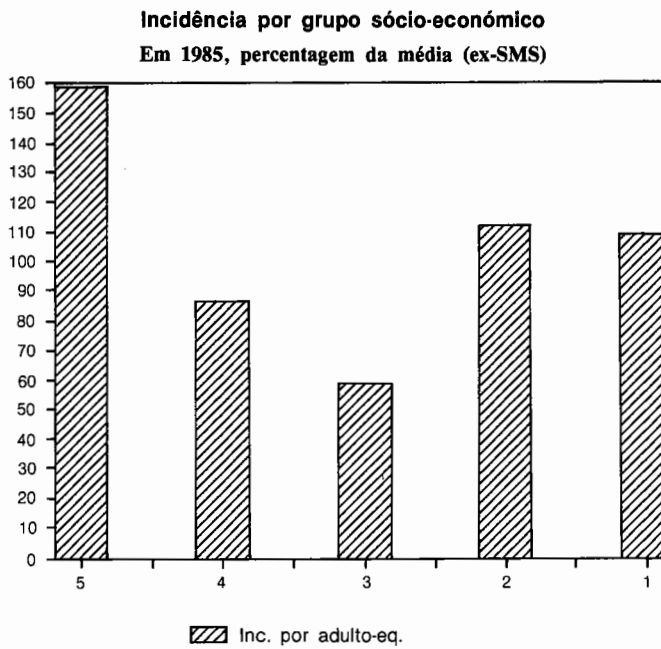


FIGURA 5



Como se pode ver, embora as figuras não sejam em tudo idênticas (desde logo porque não se obteve na amostra do IRDF nenhuma família classificável no GSE 1), em ambos os casos são as famílias classificadas nos grupos mais baixo e mais elevado que mais beneficiam economicamente com a provisão de cuidados de saúde pelos ex-SMS. Se a análise da estrutura sócio-demográfica das famílias permite justificar que a incidência relativamente elevada do GSE 5 se deve ao facto de, nas duas amostras, nele terem sido classificadas famílias constituídas por isolados e idosos, já a evidência para o GSE 2 em 1980-1981 e para o GSE 1 e 2 em 1985 é divergente quando se considera, em especial, o factor idade. Assim, enquanto as famílias do GSE 2 em 1980-1981 integravam uma proporção de adultos, provavelmente idosos, superior à média (cada indivíduo «valia» 0,904, superior à média geral de 0,898), já as dos GSE 1 e 2 em 1985 eram compostas, na sua maioria, por elementos mais jovens (cada elemento «valia» 0,823 e 0,894, respectivamente, para uma média geral de 0,905). Os factores sócio-demográficos deixam, portanto, de constituir base explicativa suficiente do padrão de incidência.

Aliás, também, se se considerarem apenas os indivíduos que declararam ter estado doentes nas duas semanas anteriores à resposta ao INS 85, se verifica o mesmo padrão de incidência (quadro II):

QUADRO II

Adultos-equivalente que declararam estar doentes nas duas semanas anteriores à resposta do INS 85 e respectiva incidência, em percentagem da média (ex-SMS)

GSE	Adultos-equivalente	Incidência
5	118,9	122,5
4	87,1	99,6
3	104,3	56,2
2	87,8	127,7
1	91,9	118,6
Média	100,0	100,0

Uma vez que os factores sócio-demográficos, embora importantes, não explicavam cabalmente o padrão da incidência, desagregaram-se os benefícios «recebidos» pelas famílias por tipo de cuidados, tentando identificar padrões de comportamento semelhantes. Os resultados podem ver-se nos quadros III e IV⁽²²⁾.

⁽²²⁾ Com base no INS 85 não foi possível identificar os consumos de «outros serviços» (enfermagem e transporte em ambulância) e tiveram de ser autonomizados os reembolsos. Veja-se Pinto, *op. cit.*, anexo n.º 2.

QUADRO III

Incidência económica da provisão de cuidados de saúde pelos SMS na AML, em 1980-1981, por tipo de cuidado e por adulto-equivalente

(10³ escudos)

Tipos de cuidados/GSE	Medicamentos	Consultas	Meios auxiliares de diagnóstico	Internamentos	Próteses	Outros serviços	Total
5	11,34	2,21	0,66	3,62	0,06	0,02	17,91
4	4,31	1,59	0,56	1,62	0,06	0,02	8,16
3	4,68	1,17	0,57	1,89	0,04	-	8,35
2	10,64	6,02	0,28	1,20	0,12	-	18,26

QUADRO IV

Incidência económica da provisão de cuidados de saúde pelos SMS na AML, em 1985, por tipo de cuidado e por adulto-equivalente

(10³ escudos)

Tipos de cuidados/GSE	Medicamentos	Consultas	Meios auxiliares de diagnóstico	Internamentos	Próteses	Reembolsos	Total
5	19,8	13,5	2,4	17,4	0,0	0,1	53,151
4	10,6	6,7	1,7	9,7	0,2	0,1	29,000
3	6,0	5,5	1,8	5,7	0,2	0,3	19,500
2	6,3	8,5	1,1	21,4	0,0	0,0	37,306
1	34,7	1,5	0,1	0,0	0,0	0,0	36,320

A conclusão mais importante a tirar dos elementos constantes do quadro III é a de que o co-financiamento dos medicamentos é o principal factor responsável pela posição relativa ocupada pelos grupos 5 e 2. Com efeito, retiravam, a esse título, benefícios económicos duas vezes e meia mais elevados do que os restantes grupos. Tal também é evidenciado pela leitura do quadro IV, onde, abstraindo do valor anómalo assumido pelos internamentos no GSE 2, é a comparticipação pelos ex-SMS nos gastos em medicamentos que explica em grande medida a incidência relativa dos diversos grupos sócio-económicos.

Por outro lado, analisando os benefícios «recebidos» pelas famílias dos diversos grupos nos dois períodos, pode ser estabelecida uma hierarquia geral para as expectativas associadas à provisão pública dos diversos tipos de cuidados de saúde. De facto, supondo essas expectativas proporcionais aos equivalentes-rendimento «recebidos» pelas famílias, pode afirmar-se que estas conferem a maior utilidade relativa ao co-financiamento dos gastos em medicamentos, seguindo-se-lhe, por ordem, os serviços de internamento e as consultas, sendo a provisão dos outros tipos de cuidados irrelevante⁽²³⁾.

⁽²³⁾ A explicação das excepções a esta regra (grupo 2 em ambos os períodos e GSE 1 em 1985) exigiria uma investigação mais aprofundada, que não cabe no espaço limitado disponível.

Se o comportamento das famílias do GSE 5, quer em 1980-1981, quer em 1985, pode ser explicado pelos factores sócio-demográficos (conjugados com uma «tendência natural» destas famílias para consumirem cuidados financiados pelos ex-SMS, dado o seu menor estatuto social e, provavelmente, baixo rendimento), já o das famílias do GSE 2 em 1980-1981 e do GSE 1 em 1985 indicia um aproveitamento «utilitarista» do sistema (justificado, possivelmente, por um melhor conhecimento deste) traduzido na maximização da relação benefícios económicos/qualidade de cuidados consumidos. Tal leva-as a recorrer aos ex-SMS sobretudo para beneficiar das comparticipações nos custos dos medicamentos.

Consequentemente, atribuindo os diversos grupos sócio-económicos e, sobretudo, o mais baixo e o mais elevado a maior prioridade à taxa de comparticipação nos custos dos medicamentos, a alteração desta ocorrida em 1984 teria de ter impacte não desprezível sobre o bem-estar da generalidade da população, pois passou de 70,9 % em 1980-1981 para cerca de 60,5 % em 1985, facto que foi agravado por uma subida acentuada dos preços dos medicamentos. Com efeito, fazendo estes iguais a 100 em 1980, uma estimativa pessimista aponta para que tenham aumentado ao mesmo ritmo da generalidade dos preços de todos os bens e serviços, o que implicaria que o seu índice se situaria em 284,3 em 1985 ⁽²⁴⁾. Dado que um nível sócio-económico mais baixo está geralmente correlacionado com menores rendimentos, seria de esperar que o consumo de medicamentos do GSE 5, em especial, se tivesse contraído. Na impossibilidade de avaliar a sua variação, pois no INS 85 apenas se inquiriram os gastos privados neste tipo de bens, tomaram-se estes gastos como indicador do bem-estar induzido pelo consumo de medicamentos.

Assim, dadas as taxas médias de comparticipação em 1980 e 1985 (70,9 % e 60,5 %, respectivamente, como se referiu), cada adulto equivalente do GSE 5 gastou naqueles anos, em média, 16,0 e 32,7 milhares de escudos em medicamentos. Se actualizarmos o primeiro valor para 1985 utilizando o índice de preços dos medicamentos mencionado no parágrafo anterior, temos que cada um daqueles elementos deveria gastar, para manter o mesmo consumo, 45,5 milhares de escudos, ou seja, cerca de 40 % mais do que efectivamente gastou. Donde, pode concluir-se, a política de contenção da despesa pública seguida durante o período de referência foi altamente penalizadora para o grupo onde se integra a esmagadora maioria dos indivíduos mais carenciados.

4 — Conclusões

A avaliação da incidência da provisão pública de cuidados de saúde adoptando a óptica do consumidor permite explicar melhor o padrão de incidência

⁽²⁴⁾ É sabido como é difícil construir um índice de preços dos medicamentos, uma vez que a alteração destes depende fundamentalmente dos novos produtos introduzidos no mercado. Para se chegar ao valor indicado no texto recorreu-se a toda a informação disponível, incluindo a que existe sobre os preços dos novos medicamentos. Veja-se Pinto, *op. cit.*, pp. 156-157.

e, sobretudo, determinar o impacte sócio-económico das políticas de contenção da despesa do Estado nestes bens. Com efeito, a partir da quantificação dos consumos por tipo de cuidados e analisando a sua variação, é possível identificar quais os grupos mais beneficiados e ou mais prejudicados com as medidas implementadas e, definindo equidade como uma relação proporcional entre consumo de cuidados e necessidade, comparar os objectivos económicos subjacentes àquelas medidas com os que deveriam orientar a política de saúde.

A análise feita para a área metropolitana de Lisboa em 1980-1981 e 1985 permitiu concluir que, embora em termos globais e para a totalidade dos indivíduos incluídos nas amostras o sistema de cobertura de riscos de saúde tenha efeitos redistributivos, já quando se consideram apenas os elementos que declararam ter estado doentes nas duas semanas anteriores a responderem ao Inquérito Nacional de Saúde de 1985 tal não é tão nítido. O sistema parece ser caracterizado por uma estrutura dual, em que são simultaneamente os grupos sócio-económicos mais baixo e mais elevado que beneficiam com a tutela pública sobre o sector.

Esta perspectiva é confirmada pelos resultados obtidos considerando apenas os indivíduos cobertos pelos ex-Serviços Médico-Sociais, cujo financiamento é totalmente suportado pelo Estado e que abrangia em 1980 cerca de 70 % da população portuguesa. Tanto no que se refere aos elementos das famílias, em geral, que recorreram a este sistema (em ambos os anos de referência) como, com base no INS 85, avaliando apenas a incidência por indivíduo que declarou ter estado doente, obtém-se o mesmo padrão de incidência relativa revelando a permanência de factores estruturais que se radicam no comportamento dos agentes de procura.

Se estes resultados não permitem afirmar em definitivo, sem uma investigação mais aprofundada, que o sistema é redistributivo (embora haja razões para suspeitar disso, dada a maior diferença entre a média da incidência no GSE 5 em comparação com a dos grupos mais elevados), possibilita, no entanto, afirmar que não é a classe média a principal beneficiada. Assim, as teorias tradicionais da incidência não permitem uma explicação cabal dos resultados.

A solução por que se optou foi, em primeiro lugar, tentar explicá-los a partir das características sócio-demográficas das famílias dos grupos mais baixo e mais elevado. Se em relação ao GSE 5 o facto de os agregados serem compostos, na sua maioria, por isolados e, provavelmente, idosos explicaria satisfatoriamente o facto de «receberem» benefícios muito superiores à média, já no que se refere ao GSE 2 em 1980-1981 e aos GSE 1 e 2 em 1985 os resultados não coincidem. Tal indicaria que estas características não constituiriam factor dominante na explicação do benefício relativo destes últimos grupos e, portanto, que seria necessário identificar quais as motivações dos indivíduos que os integram para recorrerem à protecção dos ex-SMS.

Assim, seguidamente, desagregou-se o equivalente-rendimento recebido pelas famílias dos diversos grupos por tipo de cuidados consumidos, ressal-

tando da análise a importância relativa do co-financiamento dos gastos privados em medicamentos e, no caso dos grupos mais elevados, do papel quase exclusivo deste co-financiamento na explicação do padrão de incidência relativa. Tal aponta para o facto de a explicação mais plausível dos resultados residir em comportamentos diferentes dos indivíduos: enquanto os dos grupos mais elevados teriam uma perspectiva «utilitarista» ao recorrer ao sistema (a comparticipação dos gastos privados em medicamentos é, de longe, o factor que permite obter maiores benefícios económicos), os elementos integrados no GSE 5, pela posição social que ocupam, pelos baixos rendimentos que, provavelmente, auferem e pelas suas características sócio-demográficas, utilizam «naturalmente» o sistema sem encarar alternativas (o sector privado, por exemplo).

Por fim, avaliou-se o impacte da diminuição da taxa média de co-financiamento dos custos dos medicamentos sobre os gastos privados do GSE 5 neste tipo de bens. Concluiu-se que a medida teve efeitos gravosos sobre estes gastos, implicando, muito provavelmente, uma restrição acentuada do consumo e, conseqüentemente, um menor bem-estar dos indivíduos mais carenciados, o que aponta para a existência de contradições entre a política de contenção de gastos públicos e a política de saúde, com efeitos, em especial, sobre uma das suas componentes principais — a equidade.

BIBLIOGRAFIA

- ARROW, Kenneth (1971), «Political and economic evaluation of social effects and externalities», in INTRILIGATOR, M. D. (ed.), *Frontiers of Quantitative Economics*, Amsterdam, North-Holland, pp. 3-31.
- ATKINSON, A., e STIGLITZ, J. (1980), *Lectures on Public Economics*, London, McGraw-Hill.
- BATOR, Francis (1958), «The anatomy of market failure», *Quarterly Journal of Economics*, vol. 72, pp. 351-379.
- BUCHANAN, James (1979), «Politics without romance: A sketch of public choice and its normative implications», in BUCHANAN, J., e R. TOLLISON (eds.) (1984), *The Theory of Public Choice II*, Ann Arbor, The University of Michigan Press, pp. 11-22.
- CAMPOS, A. Correia de (1982), «Adequação da intensidade de cuidados a níveis de dependência dos idosos. Análise económica das ineficiências», texto não publicado, apresentado no concurso para professor auxiliar da Escola Nacional de Saúde Pública de Lisboa.
- (1983), *Saúde. O Custo de Um Valor sem Preço*, Lisboa, Editora Portuguesa de Livros Técnicos e Científicos.
- DE WULF, Luc (1981), «Incidence of budgetary outlays: Where do we go from here?», *Public Finance*, vol. xxxvi, pp. 55-76.
- DEAN, James M. (1980), «Benefit incidence methodology for mixed goods», *Public Finance Quarterly*, vol. 8, pp. 69-96.
- GROSSMAN, Michael (1972), *The Demand for Health*, New York, National Bureau of Economic Research.
- JIMENEZ, Emmanuel (1986), «The public subsidization of education and health in developing countries: A review of equity and efficiency», *The World Bank Research Observer*, vol. 1, pp. 111-129.

- LE GRAND, Julian (1978), «The distribution of public expenditure: The case of health care», *Economica*, vol. 45, pp. 125-142.
- — (1982) *The Strategy of Equality*, Hensel Hampstead, George Allen and Unwin.
- — (1984) «The future of the Welfare State», *New Society*, 7 June, pp. 385-386.
- MEERMAN, Jacob (1979), *Public Expenditure in Malaysia: Who Benefits and Why*, London, World Bank/Oxford University Press.
- MUELLER, Dennis (1979), *Public Choice*, Cambridge, Cambridge University Press.
- MUSGRAVE, Richard (1959), *The Theory of Public Finance*, New York, McGraw-Hill.
- MUSGRAVE, R., CASE, K., e LEONARD, H. (1974), «The distribution of fiscal burdens and benefits», *Public Finance Quarterly*, vol. 2, pp. 259-311.
- PIGOU, A. C. (1946), *La Economía del Bienestar*, Madrid, Aguilar.
- PINTO, C. Gouveia (1987), «Incidência de benefícios da provisão pública de bens», tese de doutoramento não publicada.
- SAMUELSON, Paul (1969), «Pure theory of public expenditure and taxation», in MARGOLIS, H., e GUITTON, H. (eds.), *Public Economics*, London, Mac Millan, pp. 98-123.
- SANTOS, Jorge (1984), «Escalas de equivalência», *Estudos de Economia*, vol. v, pp. 43-64.

ANEXO

Composição das amostras e elementos estatísticos

1 — Composição das amostras

QUADRO A-I

Amostra base do IRDF 80/81

	Número de famílias	Estrutura — Porcentagem
Resp. sem consumo de cuidados de saúde	58	14,87
Resp. com consumo não participado	58	14,87
Resp. com consumo participado pelos ex-SMS	207	53,08
Resp. com consumo participado por outros subsistemas	67	17,18
<i>Total</i>	390	100,00

QUADRO A-II

Amostra base do INS 85

	Número de famílias	Estrutura — Porcentagem
Resp. sem consumo de cuidados de saúde	300	12,09
Resp. com consumo não participado	363	14,63
Resp. com consumo participado pelos ex-SMS	1 333	53,73
Resp. com consumo participado por outros subsistemas	485	19,53
<i>Total</i>	2 481	100,00

2 — Elementos estatísticos

QUADRO A-III

Incidência por decil de receita em 1980-1981 (amostra base)

Decil de receita	Número de			Receita imputada (*) — 10 ³ escudos	Média rec. imput. por adulto-eq.
	Famílias	Indivíduos	Adultos-equivalente		
1	102	257	239,27	2 547,2	10,7
2	59	186	168,46	1 317,4	7,8
3	47	159	140,21	850,8	6,1
4	40	149	133,16	558,5	4,2
5	33	126	110,34	827,3	7,5
6	28	106	91,28	585,9	6,4
7	25	104	91,10	318,6	3,5
8	22	94	79,54	273,7	3,4
9	19	71	61,98	469,8	7,6
10	15	73	63,11	318,4	5,0
<i>Total</i>	390	1 325	1 178,45	8 067,6	6,9

(*) Receita imputada = custos unitários dos cuidados consumidos + reembolsos dos gastos privados.

QUADRO A-IV

Incidência por grupo sócio-económico em 1980-1981 (amostra base)

Grupo sócio-económico	Número de			Receita imputada (*) — 10 ³ escudos	Média rec. imput. por adulto-eq.
	Famílias	Indivíduos	Adultos-equivalente		
5	54	110	107,16	1 547,3	14,4
4	119	649	578,90	3 336,2	5,8
3	187	439	383,40	2 554,4	6,7
2	30	127	108,99	629,7	5,8
<i>Total</i>	390	1 325	1 178,45	8 067,6	6,9

(*) Ver quadro A-III.

QUADRO A-V

Incidência por grupo sócio-económico em 1985 (amostra base)

Grupo sócio-económico	Número de			Receita imputada (*) — 10 ³ escudos	Média rec. imput. por adulto-eq.
	Famílias	Indivíduos	Adultos-equivalente		
5	531	1 303	1 241,01	49 868,2	40,2
4	1 179	3 656	3 269,53	75 245,2	23,0
3	535	1 629	1 470,99	24 024,3	16,3
2	223	690	616,62	12 550,4	20,4
1	13	34	31,83	634,1	19,9
<i>Total</i>	2 481	7 312	6 629,98	162 322,2	24,5

(*) Ver quadro A-III.

QUADRO A-VI

Incidência por grupo sócio-económico em 1980-1981 (ex-SMS)

Grupo sócio-económico	Número de			Receita imputada (*) — 10 ³ escudos	Média rec. imput. por adulto-eq.
	Famílias	Indivíduos	Adultos-equivalente		
5	39	81	78,71	1 409,5	17,9
4	111	370	329,94	2 694,3	8,2
3	52	200	176,14	1 490,8	8,5
2	5	19	17,17	313,6	18,3
<i>Total</i>	207	670	601,96	5 908,2	9,8

(*) Ver quadro A-III.

QUADRO A-VII

Incidência por grupo sócio-económico em 1985 (ex-SMS)

Grupo sócio-económico	Número de			Receita imputada (*) — 10 ³ escudos	Média rec. imput. por adulto-eq.
	Famílias	Indivíduos	Adultos-equivalente		
5	353	883	841,18	44 678,6	53,1
4	674	2 174	1 928,28	55 814,8	28,9
3	220	724	657,44	12 856,5	19,6
2	83	277	247,70	9 266,8	37,4
1	3	11	9,05	329,2	36,4
<i>Total</i>	1 333	4 069	3 683,65	122 945,9	33,4

(*) Ver quadro A-III.

