

UMA ABORDAGEM ÀS QUESTÕES DE SAÚDE DE MACAU: ACTUALIDADES E PERSPECTIVAS

*Ung Wai Keong**

I

REALIDADES DE SAÚDE EM MACAU

1. ACTUALIDADES DE MACAU

Macau, uma das regiões administrativas da República Popular da China, situado na zona litoral do sudeste da mesma República, numa das saídas do Delta do Rio das Pérolas, a cerca de 60 quilómetros a sudoeste da Região Administrativa Especial de Hong Kong, é constituído pela Península de Macau e ilhas da Taipa e Coloane, tendo como área total 26,8 km². O seu clima subtropical integra algumas características do clima temperado, sendo a temperatura média anual de 23°C, húmido e chuvoso nas estações da Primavera e do Verão; no Outono e no Inverno a humidade relativa é bastante baixa, sendo o tempo seco e com pouca precipitação.

2. ÍNDICES DA SAÚDE DOS RESIDENTES DE MACAU

Nos finais do ano 2002, os residentes de Macau totalizam 441 637, dos quais 52% são do sexo feminino, 48% do sexo masculino; a população jovem de idades compreendidas entre 0 a 14 anos representa 20,0% da população, enquanto os idosos de idade igual ou superior a 65 anos 7,7%, o que representa 0,3 pontos percentuais em relação a 2001. A taxa de naturalidade tem estado a baixar moderadamente nos anos

* Vice-Presidente da Direcção da Associação de Segurança Social de Macau.

recentes, e passou de 9,7 em mil em 1999, para 7,2 em mil em 2001, enquanto a taxa de mortalidade se tem mantido estável, em cerca de 3,2 em mil. Em 2002, 73,4% dos falecidos tinham idade igual ou superior a 60 anos, sendo a taxa de mortalidade infantil 3,5 em mil. A esperança de vida dos residentes de Macau nascidos no período compreendido entre 1995 e 1998, é de 77,7 anos, sendo 76,2 anos para homens e 80,2 anos para mulheres, índices estes que podem ser considerados relativamente bons, quando comparados com os países ou regiões vizinhas de maior relevância, conforme o Mapa I. A título exemplificativo, em termos da esperança de vida, a dos homens de Macau foi apenas inferior à do Japão e de Hong Kong, a das mulheres apenas inferior à do Japão, de França e de Hong Kong; em termos da taxa de mortalidade infantil, a de Macau é relativamente baixa, pois somente é superior às do Japão e de Hong Kong. Assim, em termos globais, o nível de saúde é um dos melhor classificados internacionalmente.

Mapa I: Indicadores de vida e de mortalidade

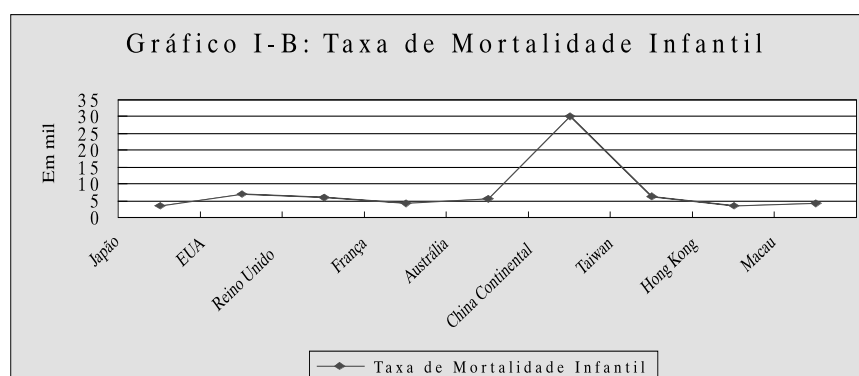
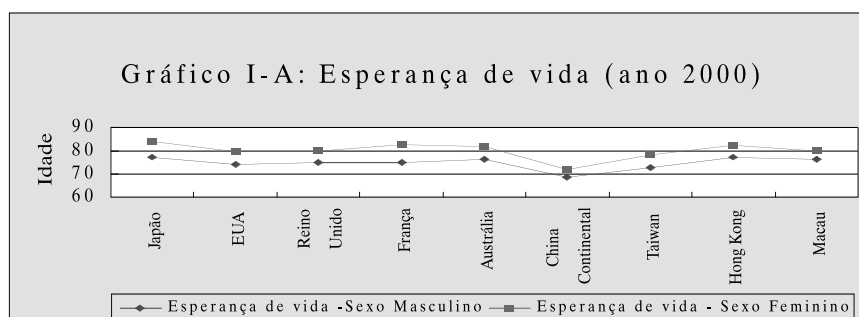
País ou região	Esperança de vida (referente ao ano 1999)		Taxa de mortalidade infantil
	Homem	Mulher	Em mil
Japão	77,1	84,0	3,4
E.U.A.	73,9	79,4	7,1
Reino Unido	75,0	79,8	5,8
França	75,0	82,5	4,3
Austrália	76,2	81,8	5,7
China Continental	68,5	71,7	30,2
Taiwan	72,5	78,1	6,1
Hong Kong	77,2	82,4	3,4
Macau	76,2	80,2	4,1

Fonte: Estatísticas de saúde da Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económicos (OCDE), Serviço Nacional de Estatística da China Continental, Direcção-Geral de Orçamento, Contabilidade e Estatística do Ministério Administrativo de Taiwan; Departamento de Estatística e Censos de Hong Kong e Direcção dos Serviços de Estatística e Censos de Macau.

3. O SISTEMA DE SAÚDE DE MACAU

O sistema de saúde de Macau distingue-se em sectores público e privado e ambas assumem papéis bastante importantes. O sector público tem uma história bastante longínqua de mais de quatrocentos anos,

que pode recuar à década setenta do século XVI. No entanto, como existiam muitas limitações, o sector de saúde de Macau teve uma evolução bastante moderada. Até 1984, o Governo de Macau decidiu criar um sistema integrado de saúde, acto que assinalou um passo importante no desenvolvimento do sector governamental de saúde. Após anos de esforço, foi construída progressivamente no período compreendido entre os finais da década oitenta e o início da década noventa do século transacto, uma rede de cuidados de saúde integrada com destaque para o Centro Hospitalar Conde de S. Januário, complementado por vários centros de saúde em diferentes zonas. Nos finais do ano 2002, existem no sector governamental 1 hospital, 14 centros de saúde, 2 estabelecimentos de medicina tradicional chinesa e de serviços terapêuticos.



Quanto ao sector privado, este é constituído, em termos gerais, por três partes: o Hospital Kiang Wu; centros de saúde tal como o da Associação de Beneficência Tong Sin Tong e Casas de Saúde da União Geral das Associações dos Operários e os consultórios clínicos privados. Em 2002, o sector privado totaliza 551 estabelecimentos de saúde (incluindo: hospital privado, centros de saúde e consultórios clínicos particula-

res e consultórios de medicina tradicional chinesa), espalhados em todas as zonas da Península de Macau, Taipa e Coloane. E, com a conclusão das obras de ampliação do Hospital Kiang Wu em 1999, a sua dimensão é idêntica à do Centro Hospitalar do Governo Conde de S. Januário.

4. NÚMERO DO PESSOAL MÉDICO E DE ENFERMAGEM E DE CAMAS

Relativamente ao pessoal médico e de enfermagem, conforme a edição «Estatísticas da Saúde», publicada pela Direcção dos Serviços de Estatística e Censos, referente ao ano 2002, o pessoal ao serviço nos cuidados de saúde primários totaliza 1 225, dos quais 511 são médicos e 285 enfermeiros, enquanto o pessoal de serviço, nos cuidados de saúde diferenciados, totaliza 2 190, dos quais 388 são médicos e 762 enfermeiros. Os dois hospitais estão equipados com 995 camas, destinadas a internamento. A proporção de habitantes por médico é de 480:1 (quer isto dizer que dos mil habitantes, 2,1 são médicos, enquanto a mesma proporção era de 2,0 no ano 2001); a proporção de habitantes por enfermeiro é de 451:1 (isto é, 2,2 entre mil habitantes são enfermeiros, enquanto era também de 2,2 no ano 2001); o número de habitantes por cama destinada a internamento era de 444:1 (o que significa que cada mil residentes têm 2,3 camas de internamento em hospital, enquanto este número foi 2,3 no ano 2001). Conforme apresentado no Mapa II, estas proporções, para além da de habitantes por médicos, que se situa a nível intermédio, são relativamente baixas a nível internacional, sendo a proporção de habitantes por enfermeiro e a de habitantes por cama hospitalar muito baixas, situando-se em último lugar esta última proporção.

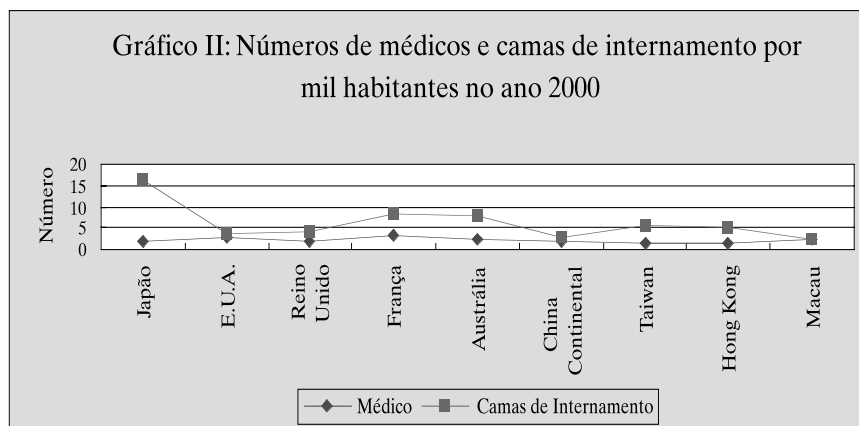
Mapa II: Número do pessoal de serviço nos cuidados de saúde e camas hospitalares no ano 2000

País ou região	Por mil habitantes		
	Médicos	Enfermeiros	Camas hospitalares
Japão	1,9 1	8,2	16,5 1
E.U.A.	2,8 2	8,2 5	3,6
Reino Unido	1,8	7,3	4,1
França	3,3	...	8,2
Austrália	2,5 3	10,6 3	7,9 2
China Continental	2,0 4	0,98 3	2,9 4
Taiwan	1,5	3,3 3	5,7
Hong Kong	1,5	6,0	5,2
Macau	2,1	2,2	2,3

Fonte: Estatísticas de Saúde da Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económicos (OCDE), Serviço Nacional de Estatística da China Continental, Direcção dos Serviços de Estatística do Japão; Direcção-Geral de Orçamento, Contabilidade e Estatística do Ministério Administrativo de Taiwan; Departamento de Estatística e Censos de Hong Kong e Autoridade da Administração Hospitalar e Direcção dos Serviços de Estatística e Censos de Macau.

Notas:

1. Segundo dados da Direcção dos Serviços de Estatística do Japão, em cada mil residentes há 2,0 médicos e 14,7 camas hospitalares, dados que divergem ligeiramente dos divulgados pela OCDE. De facto, os dados estatísticos provenientes de diversas fontes diferem ligeira, mas não gravemente, entre si.
 2. Estatísticas referentes ao ano 1999.
 3. Estatísticas referente ao ano 1998.
 4. Média dos anos de 1990 a 1998.
 5. Estatísticas referentes ao ano 1996.
- ... dados não disponibilizados.



5. NECESSIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Quanto à necessidade dos serviços de saúde, registaram-se no ano 2002, 1 677 378 consultas clínicas prestadas no âmbito dos cuidados de saúde primários, constatando-se um aumento de 1,6% em relação a 2001, ou 81,3% em relação a 1990; representando isto uma média de 3,8 consultas¹ de cuidados de saúde primários por ano e por habitante. Em termos de especialidades de serviços de cuidados primários, a maior procura proveio da clínica geral (353 585 consultas, ou 21,1%), seguida da medicina interna (187 554 consultas, ou 11,2%) e pediatria / neona-

¹ No âmbito dos países membros da OCDE, registaram-se 6,6 consultas em média por cidadão no ano 1998.

tologia (161 800 consultas, ou 9,6%). No que diz respeito a cuidados de saúde diferenciados em 2002, o Centro Hospitalar Conde de S. Januário prestou 187 718 consultas externas², representando um crescimento de 7,0% relativamente ao ano 2001. A propósito do movimento de internados, em 2002, registaram-se 30 725 baixas e 30 674 altas, representando em relação a 2001 uma redução de 0,58% e 0,64% respectivamente ou, crescimento de 25,1% e 24,9% relativamente ao ano 1990. Ficaram internadas no último dia do ano 2002, 610 pessoas, enquanto o número total de dias de internamento no mesmo ano de 2001, foi de 246 751, representando um aumento de 4,3% relativamente a 2000 e uma diminuição de 0,09% em relação a 1990. Nos anos 2001 e 2002, a média de dias de internamento por cada utente foi aproximadamente de 8 dias³, enquanto que foi de 10 dias no ano 1990, média esta que é idêntica, *grosso modo*, à dos demais países ou regiões, sendo a taxa de ocupação de camas hospitalares 68,4% em 2002, o que representa uma descida de 0,6 pontos percentuais em relação a 2001, ano em que foi de 69,0%. Estes dados estatísticos reflectem que, nos últimos 13 anos, os serviços de cuidados primários de saúde aumentaram em 81,3%, o número de novos internamentos cresceu 25,1% e o número total de dias de internamento decresceu 0,09% (mantendo-se praticamente inalterado), enquanto o crescimento da população foi de 30,1%. Constata-se que o crescimento da procura dos serviços de saúde não é significativa, nem é elevada a taxa de ocupação de camas hospitalares, no entanto, verifica-se um aumento de 1,74 vezes nas despesas dos serviços de saúde, o que significa que o ritmo de crescimento dos custos de saúde tem sido drástico.

Em virtude da falta de estatísticas respeitantes ao recurso aos serviços de saúde fora de Macau, não é possível disponibilizar informações exactas. De qualquer modo, estima-se que os números não devem ser muito reduzidos, representando uma certa quota da procura global dos serviços de saúde.

² Em virtude dos dois estabelecimentos hospitalares terem destinatários diferentes, as 4 clínicas do Hospital Kiang Wu, que prestaram 531.975 atendimentos a utentes em 2002, são consideradas estabelecimentos de cuidados de saúde primária.

³ No âmbito dos países membros da OCDE, a média dos dias de internamento por utente foi 8,2 dias em 1998.

6. PREÇOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Uma boa parte dos serviços de saúde é prestada pelo sector público gratuitamente, estando os seguintes serviços gratuitos colocados à disposição dos residentes de Macau:

- Grávidas, parturientes e puérperas (até um mês contado a partir do parto);
- Crianças até à idade de dez anos;
- Alunos do ensino primário e secundário e docentes;
- Os indivíduos que se encontrem em situação de ruptura social, resultante de incapacidade económica para a cobertura dos encargos;
- Os titulares de cartão de acesso aos cuidados de saúde, emitido pelo Serviço de Acção Social da Direcção dos Serviços de Saúde;
- Idosos com idade igual ou superior a 65 anos;
- Portadores de doenças do foro oncológico-psiquiátrico, infecto-contagiosas e toxicodependência;
- Utentes portadores do Bilhete de Identidade de Residente, quando recorrerem a centros de saúde e postos de saúde.

Em termos gerais, os serviços de saúde prestados pelo sector privado são pagos, variando as despesas em função da procura no mercado. Nos anos recentes, face à abundância dos consultórios clínicos particulares, aos preços competitivos praticados nas cidades vizinhas tal como Zhuhai, Zhongshan, Shenzhen e Guangzhou e à concorrência dos serviços de saúde gratuitos do sector público, as despesas com os serviços de medicina do sector privado não são consideradas grandes, aliás, alguns estabelecimentos de saúde prestam serviços de cuidados de saúde a um preço reduzido ou até gratuitamente, em função da situação económica dos utentes.

7. ANÁLISES DAS DESPESAS DE SAÚDE

As despesas dos serviços de saúde têm tendência a subir, de um modo geral, de ano para ano. Conforme o apresentado no Mapa III, as despesas de saúde do sector público cresceram 1,74 vezes durante os últimos 13 anos, ou seja, de 430 milhões de patacas em 1990 para cerca de 1.191 milhões de patacas em 2002. Porém, a população cresceu somente 30,1% no mesmo período, assim, os custos de saúde no sector

público *per capita* no decurso do mesmo período de 12 anos passaram de MOP de 1 280 em 1990, para MOP 2 697 em 2002, representando um crescimento de 1,11 vezes durante estes 13 anos. Por outro lado, o peso das despesas de saúde nas despesas totais do Governo tende de igual maneira a crescer de ano para ano, mantendo-se em 12% a 13% entre 1999 e 2002, peso que não pode ser considerado baixo⁴. O peso das despesas de saúde do sector público no Produto Interno Bruto tende também a subir, aumentando de um modo não uniforme, em 1,7% no ano 1990 e em 2,2% no ano 2002.

Mapa III: Indicadores de Saúde do Sector Público de Macau

	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Despesas de saúde no sector público (unidade: mil patacas)	434.431	600.358	637.098	621.143	737.159	867.606
Despesas totais do Governo ¹ (unidade: mil patacas)	4.463.408	6.040.468	7.452.388	8.284.402	8.526.841	10.030.830
Produto Interno Bruto (unidade: mil patacas)	26.175.252	30.326.916	39.519.406	45.193.020	50.114.040	55.333.203
População de Macau	339.510	363.782	377.983	389.984	403.570	415.030
Despesas de saúde <i>per capita</i> (unidade: mil patacas)	1.280	1.650	1.686	1.593	1.827	2.091
Peso das despesas de saúde no sector público nas despesas totais do Governo	9,73	9,94	8,55	7,50	8,65	8,65
Peso das despesas de saúde no sector público no Produto Interno Bruto	1,66	1,98	1,61	1,37	1,47	1,57

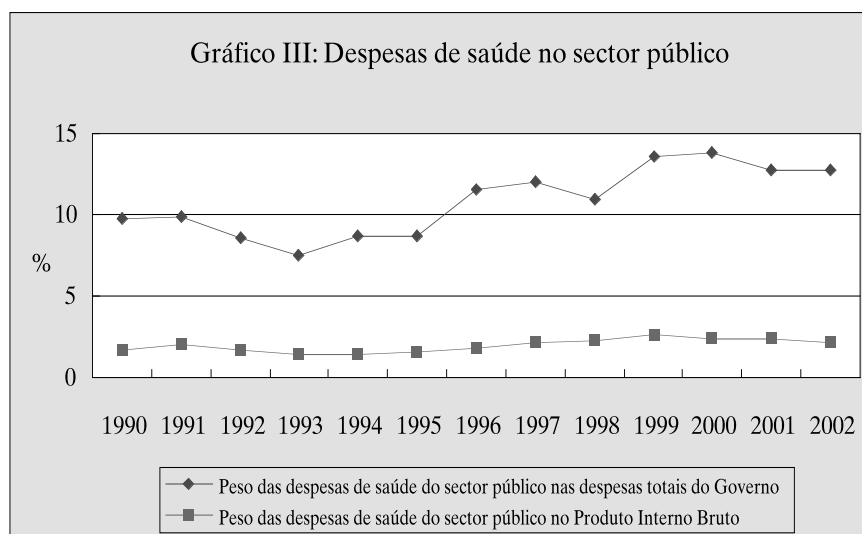
Mapa III: Indicadores de Saúde do Sector Público de Macau (Continuação)

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Despesas de saúde no sector público (unidade: mil patacas)	985.264	1.167.770	1.145.617	1.299.135	1.174.888	1.193.248	1.191.217
Despesas totais do Governo ¹ (unidade: mil patacas)	8.539.336	9.712.859	10.414.882	9.552.610	8.501.664	9.393.937	9.344.305
Produto Interno Bruto (unidade: mil patacas)	55.293.517	55.894.292	51.901.691	49.021.079	49.742.022	49.802.122	54.072.065
População de Macau	415.172	419.417	425.190	429.632	431.506	436.686	441.637
Despesas de saúde <i>per capita</i> (unidade: mil patacas)	2.373	2.784	2.694	3.024	2.723	2.733	2.697
Peso das despesas de saúde no sector público nas despesas totais do Governo	11,54	12,02	11,00	13,60	13,82	12,70	12,75
Peso das despesas de saúde no sector público no Produto Interno Bruto	1,78	2,09	2,21	2,65	2,36	2,40	2,20

⁴ Conforme <Anuário de Hong Kong>, as despesas de saúde do sector público representam 12.24% e 12.45% das despesas totais do Governo, respectivamente nos anos financeiros de 2000/2001 e 2001/2002.

Fonte: Conta Pública da Direcção dos Serviços de Finanças; contas da Direcção dos Serviços de Saúde e do Centro Hospitalar Conde de S. Januário; «Produto Interno Bruto» edição da Direcção dos Serviços de Estatística e Censos.

Nota: ¹ O sistema de contabilidade pública de Macau não permite calcular com exactidão as despesas totais do Governo, deste modo, considera-se o valor mais aproximado e razoável das despesas totais do Governo, excluindo as despesas de serviços/entidades públicos dotados de autonomia.

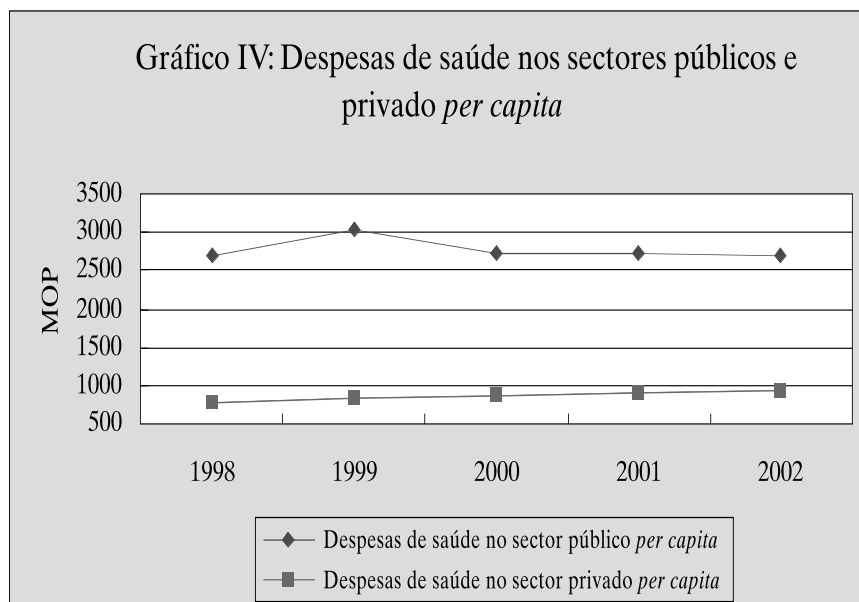


Quanto às despesas de saúde efectuadas por utentes, ou seja, por habitantes da RAEM, é difícil produzir uma estatística. Limitamo-nos a fazer um cálculo rudimentar, a partir dos resultados constantes nas edições intituladas «Estatísticas da Saúde de 2001 e 2002» e «Inquérito aos Orçamentos Familiares 1998/1999». Conforme figuram no Mapa IV, as despesas de saúde variam no quinquénio de 1998 a 2002 entre 336 milhões patacas e 406 milhões patacas, inclinando-se genericamente a subir, mas num ritmo lento. As razões talvez possam estar no recurso sistemático ao serviço fora da RAEM e a aceitação gradual dos serviços gratuitos fornecidos pelo sector público. Relativamente ao valor das despesas de saúde no sector privado *per capita*, que apresenta uma tendência de subida morosa no mesmo quinquénio, cresceu de 753 patacas em 1997 para 920 patacas em 2002. Enquanto que o peso das despesas totais de saúde nos sectores público e privado no Produto Interno Bruto subiu de 2,9% em 1998, para 3,4% em 1999, mas voltou a descer a um ritmo não uniforme para 3,0% em 2002.

Mapa IV: Indicadores globais de saúde de Macau

	1998	1999	2000	2001	2002
Despesas de saúde no sector público (unidade: mil patacas)	1.145.617	1.299.135	1.174.888	1.193.248	1.191.217
Despesas de saúde pagas por particulares (unidade: mil patacas)	336.365	356.772	377.179	397.586	406.417
Total das despesas de saúde nos sectores público e privado (unidade: mil patacas)	1.481.982	1.655.907	1.552.067	1.590.834	1.597.634
População de Macau	425.190	429.632	431.506	435.235	441.637
Despesas de saúde no sector público <i>per capita</i> (unidade: patacas)	2.694	3.024	2.723	2.742	2.697
Despesas de saúde no sector privado <i>per capita</i> (unidade: patacas)	791	830	874	913	920
Despesas totais de saúde <i>per capita</i> (unidade: patacas)	3.485	3.854	3.597	3.655	3.618
Peso das despesas de saúde no sector público na totalidade das despesas de saúde	77,3	78,5	75,7	75,0	74,6
Peso das despesas de saúde pagas por particulares na totalidade das despesas de saúde	22,7	21,5	24,3	25,0	25,4
Peso das despesas totais de saúde nos sectores público e privado no PIB	2,9	3,4	3,1	3,2	3,0

Fonte: Conta pública da Direcção dos Serviços de Finanças, contas da Direcção dos Serviços de Saúde e Centro Hospitalar Conde de S. Januário, inquéritos efectuados pela Direcção dos Serviços de Estatística e Censos ao Produto Interno Bruto e aos Orçamentos Familiares.

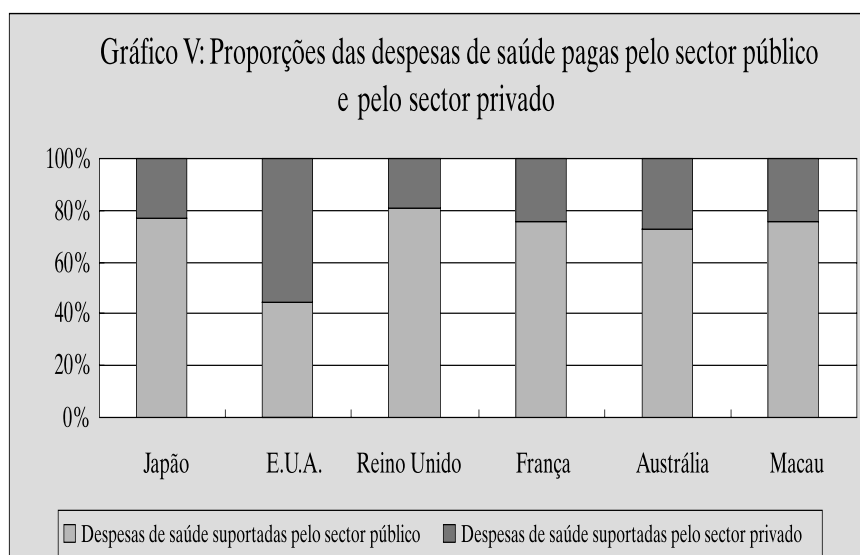


No que diz respeito à proporção entre as despesas de saúde no sector público e no sector privado, o Mapa IV demonstra inequivocamente que as despesas de saúde de Macau são suportadas essencialmente pelo Governo: entre 1998 e 2002, o Governo assumiu entre 74,6% a 78,5% das despesas desta área, concomitantemente, os residentes suportaram um pouco mais do que 20%, percentagens que não estão muito longe das registadas nos países europeus, Austrália e Japão, onde foi adoptado o regime obrigatório de seguros de saúde ou o regime dos serviços de saúde obrigatório para os cidadãos (vide Mapa V e Gráfico V). Tal facto reflecte que os encargos na área da saúde são, em grande medida, assumidos pelo Governo de Macau, constatando-se que este tem dado muita importância às acções de saúde, antes e após a reunificação.

Mapa V: Proporção entre as despesas de saúde no sector público e no sector privado no ano 2000

	Japão	E.U.A.	Reino Unido	França	Austrália	Macau
Despesas de saúde no sector público	76,7	44,3	81,0	76,0	72,4	75,7
Despesas de saúde no sector privado	23,3	55,7	19,0	24,0	27,6	24,3

Fonte: Estatísticas da saúde da Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económicos (OCDE), Conta Pública da Direcção dos Serviços de Finanças, Contas da Direcção dos Serviços de Saúde e Centro Hospitalar Conde de S. Januário, inquéritos efectuados pela Direcção dos Serviços de Estatística e Censos ao Produto Interno Bruto e aos Orçamentos Familiares.



8. EVOLUÇÃO DAS DESPESAS DE SAÚDE

Cabe fazer uma comparação entre o ritmo de crescimento e o montante das despesas de saúde em Macau, alguns Países avançados, a China Continental e Hong Kong. Conforme o Mapa VI, registou-se em Macau, durante a década de 1990 a 2000, um aumento de despesas de saúde no sector público *per capita* de 4,0%, a preços constantes, percentagem que foi muito inferior aos 10,4% de Taiwan e aos 7,5% de Hong Kong, mas foi superior à dos países europeus, E.U.A., Austrália e Japão. No entanto, quando analisado, e tendo em conta o crescimento do Produto Interno Bruto a preços constantes no mesmo período, que foi apenas de 0,4% (classificado em último lugar neste conjunto de países/regiões), não é difícil concluir que o crescimento de despesas de saúde *per capita* no sector público a preços constantes de 4,0% era desproporcionado, o que reflectiu que o ritmo do crescimento das despesas de saúde de Macau foi bastante alto. A propósito do montante de despesas de saúde em relação ao PIB, registou-se uma percentagem de cerca de 3% que é significativamente inferior à dos países ou regiões avançados da Europa, E.U.A., Austrália, Japão, Taiwan e Hong Kong — até à da China Continental. Tal expressa que, embora o crescimento tenha sido rápido, o peso foi relativamente baixo na globalidade da economia. As razões poderiam estar nos custos baixos de serviços de saúde em Macau, relativamente aos demais países ou regiões, ou ainda porque os residentes de Macau, independentemente das suas situações económicas, se inclinam para recorrer a serviços de saúde no Exterior. Resumindo as ideias dos cidadãos em geral, podemos deduzir, ainda que rudimentarmente o seguinte: embora os residentes de Macau não tenham plena confiança nos serviços de saúde do sector público, tal não significa que não mereçam, porém, uma investigação de maior profundidade os motivos específicos destas opções.

Mapa VI: Crescimento das despesas de saúde e sua dimensão

País ou Região	Crescimento <i>per capita</i> a preços constantes em percentagem no período compreendido entre 1990 e 2000		Peso de despesas de saúde no Produto Interno Bruto em percentagens		
	Despesas de saúde	Produto Interno Bruto	1990	1998	2000
Japão	3,9	1,1	5,9	7,1	7,8
E.U.A.	3,2	2,3	11,9	12,9	13,0

País ou Região	Crescimento <i>per capita</i> a preços constantes em percentagem no período compreendido entre 1990 e 2000		Peso de despesas de saúde no Produto Interno Bruto em percentagens		
Reino Unido	3,8	1,9	6,0	6,8	7,3
França	2,3	1,4	8,6	9,3	9,5
Austrália	3,1	2,4	7,8	8,5	8,3
China Continental	...	8,4	4,5 ¹	4,5 ¹	...
Taiwan	10,4	5,3	3,3	5,0	5,3
Hong Kong	7,5 ²	2,6	1,6	2,3 ³	2,5 ³
Macau ⁴	4,0 ⁵	0,4	...	2,9	3,1

Fonte: Estatísticas da saúde da Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), Conta Pública da Direcção dos Serviços de Finanças, contas da Direcção dos Serviços de Saúde e Centro Hospitalar Conde de S. Januário, Departamento de Estatística e Censos de Hong Kong e Inquéritos efectuados pela Direcção dos Serviços de Estatística e Censos ao Produto Interno Bruto e Orçamentos Familiares.

Notas:

¹ Média das percentagens referentes ao período entre 1990 e 1998.

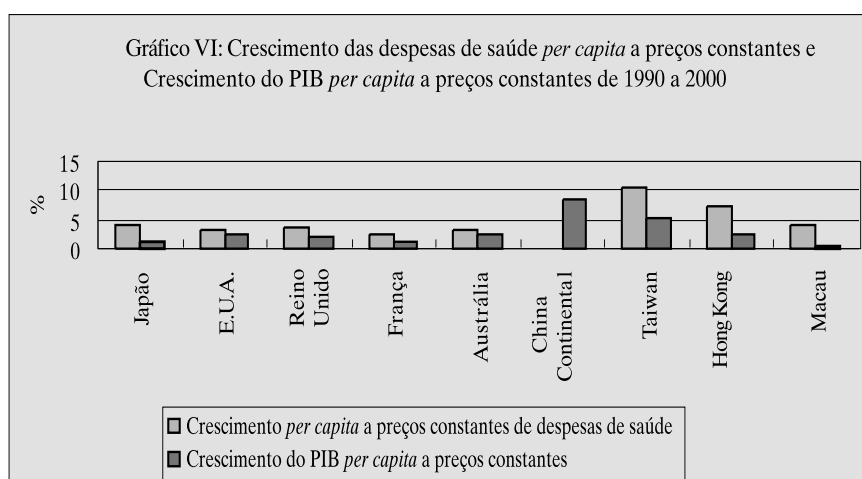
² Em virtude da limitação dos dados estatísticos, só é possível calcular a taxa de crescimento das despesas de saúde *per capita* do sector público de Hong Kong. Nota-se que a taxa de crescimento nominal das despesas de saúde *per capita* do sector público foi 13,4% no período entre 1990 e 2000.

³ Em virtude dos condicionamentos inerentes aos dados estatísticos, só é possível calcular o peso das despesas de saúde do sector público de Hong Kong. Limitamo-nos a produzir um valor aproximado para os anos em causa, a partir da média dos dois anos financeiros seguidos, uma vez que o ano financeiro não corresponde ao ano civil. Quanto ao peso das despesas de saúde no Produto Interno Bruto, as estimativas mais actualizadas apontam para 5% a 6%.

⁴ Em virtude de limitações decorrentes dos dados estatísticos, só é possível calcular a taxa de crescimento das despesas de saúde *per capita* do sector público de Macau, a preços constantes.

⁵ Taxas de crescimento a preços constantes, ou seja, taxas de crescimento eliminando a variação dos preços verificada no período compreendido entre 1990 e 2000, através da aplicação dos índices de preços no consumidor do mesmo período.

... dados não disponibilizados.



9. ENCARGOS DAS DESPESAS DE SAÚDE SUPOSTADOS POR RESIDENTES DE MACAU

Quanto aos encargos de saúde suportados por residentes de Macau, não se pode concluir, a partir do facto de que as despesas de saúde no sector privado *per capita* em 2002 eram somente 920 patacas⁵, que os encargos fossem muito leves. Pois o Mapa VII revela que o peso de encargos de saúde varia em função do rendimento auferido pelo grupo de indivíduos. De um modo geral, não pode ser considerado alto o montante de despesas de saúde por ano e por cada agregado familiar, que ronda as 2,600 patacas ou 2% das despesas totais, porém merece especial atenção que o peso das despesas de saúde nas despesas totais é maior nos residentes das duas camadas mais baixas, representado respectivamente 3,1% e 3,7% das despesas totais destas camadas. Quer isto significar que estes pequenos montantes, ou seja, várias centenas de patacas de despesas de saúde representam um encargo bastante elevado para estas camadas. Enquanto que, em termos de distribuição das despesas no sector privado, o maior peso recai nas camadas intermédia e dos indivíduos com rendimentos mais altos.

Mapa VII: Despesas de saúde efectuadas por residentes de Macau por grupos de despesas quinzenais, conforme o “Inquérito aos Orçamentos Familiares 1998-1999”

	Despesas Anuais	Despesas quinzenais (patacas)				
		0-899	900-2999	3000-5999	6000-9599	≥ 9600
Despesas de todos os bens e serviços (unidade: mil patacas)	16.716.248	74.888	1.335.832	4.583.079	4.343.209	6.379.241
Despesas de medicamento e serviços de saúde (unidade: mil patacas)	336.365	2.300	49.600	120.480	76.542	87.443
Total de agregados familiares	127.853	6.432	36.218	51.323	21.460	12.510
Despesas de todos os bens e serviços consumidos por agregado familiar (unidade: patacas)	130.746	11.643	36.975	89.299	202.386	509.931
Despesas com medicamentos e serviços de saúde por agregado familiar (unidade: patacas)	2.631	358	1.373	2.347	3.567	6.990

⁵ Estimativa segundo resultados constantes das edições intituladas “Inquérito aos orçamentos familiares 1998-1999” e “Estatísticas de saúde 2002”, que é o coeficiente do somatório das despesas realizadas em 1998/1999 com medicamentos, equipamento medicinal, serviços de saúde abastecidos por estabelecimentos hospitalares e não hospitalares, tendo em conta as receitas dos estabelecimentos particulares de saúde em 2002, a dividir pelo número da população em 2002.

	Despesas	Despesas quinzenais (patacas)				
	Anuais	0-899	900-2999	3000-5999	6000-9599	≥ 9600
Peso das despesas de saúde no total de despesas (%)	2,0	3,1	3,7	2,6	1,8	1,4
Despesas de saúde distribuídas por cada grupo (%)	100	0,4	14,5	33,2	15,7	36,3

Fonte: «Inquérito aos orçamentos familiares», edição da Direcção dos Serviços de Estatística e Censos.

10. RESUMINDO

- **Nível de saúde:** O nível de saúde dos residentes de Macau na sua globalidade é um dos melhores em termos internacionais;
- **Sistema de cuidados de saúde:** É constituído pelo sector público e pelo sector privado, ambos desempenham papéis importantes;
- **Pessoal ao serviço nos cuidados de saúde:** A proporção entre residentes e médicos aproxima-se da dos outros países ou regiões, enquanto a proporção entre residentes e enfermeiros e entre residentes e camas para internamento é relativamente baixa;
- **Despesas de saúde:** A maior parte dos serviços de saúde prestados pelo sector público é gratuita, enquanto que os serviços de saúde prestados pelo sector privado são em regras pagos, mas não são geralmente dispendiosos;
- **Necessidades de serviços de saúde:** Verificou-se nos últimos 13 anos uma tendência de aumento sucessivo na procura dos serviços de saúde, ao passo que a dimensão do sector público de saúde esteve essencialmente a dilatar de ano para ano. Em contrapartida, as despesas, no mesmo sector, aumentaram progressivamente em 1,74 vezes, no período de 13 anos, compreendido entre 1990 e 2002, enquanto o desenvolvimento do sector privado de saúde, para além dos cuidados diferenciados e dos estabelecimentos sem fins lucrativos, foi lento nos últimos 6 anos, conforme os dados disponíveis;
- **A proporção entre despesas no sector público e no privado:** esta proporção nos anos recentes foi de 75:25, o que não diverge muito dos outros países ou regiões, no entanto, as despesas com os cuidados de saúde traduzem de alguma forma encargos específicos para os residentes de Macau;
- **Aumento e dimensão das despesas de saúde:** O ritmo de crescimento das despesas de saúde tem sido muito rápido em relação

ao crescimento económico, porém, o sector de saúde tem um peso pouco significativo na economia, na sua globalidade. A propósito dos encargos de saúde, as camadas sociais mais baixas gastam menos, a razão de ser disto pode residir no facto de que estas não conseguem suportar os encargos de saúde em virtude dos seus rendimentos reduzidos, ficando com o Governo o dever de assumir os encargos inerentes, enquanto as classes média e de alto rendimento, que prestam, maior atenção à saúde, estão dispostas a pagar por serviços de saúde de qualidade, assumindo, assim, maiores encargos de saúde.

Quanto ao futuro, na sequência do crescimento da população e do envelhecimento da mesma, é indubitável que a expansão das despesas na área de saúde em Macau continuem. Segundo as estimativas mais conservadoras do autor, a população totalizará 480 000 habitantes no ano 2010, dos quais 38 000 poderão ter uma idade igual ou superior a 65 anos⁶, significando que 7,9% da população de então ou da população do mesmo escalão etário aumentará cerca de 4 000 habitantes. O crescimento e o envelhecimento da população trará certos problemas para o sistema de saúde do Governo de Macau, fazendo perigar a viabilidade do funcionamento do sistema de saúde gratuita, posto em exercício pela Administração, conforme a referência da experiência do Japão nos últimos dez ou mais anos. Segundo um documento publicado pela OCDE⁷, o sistema de saúde do Japão enfrenta agora um enorme problema financeiro, porque a recessão económica que dura há mais de dez anos conduziu à redução sucessiva das fontes de receita das contribuições para a segurança da saúde; muito ao invés, as despesas aumentam continuamente em virtude do envelhecimento da população, factores (um em declínio e outro em crescimento) que constituem um grande desafio para o financiamento da saúde no Japão. O problema agrava-se com a exigência cada vez maior dos japoneses quanto à qualidade dos serviços de saúde. Estes demonstram já muito descontentamento por causa das demo-

⁶ Conforme estimativa relativa à evolução da população de Macau, efectuada pela Organização das Nações Unidas, a população de Macau deve atingir 480 000 habitantes, dos quais 40 000 terão idade igual ou superior a 65 anos.

⁷ Yutaka Imai, Reforma dos Cuidados de Saúde no Japão, Documento de Trabalho n.º 321 do Departamento Económico, OCDE.

ras nas listas de espera e curta duração das consultas, assim a reforma da saúde é já um apelo da actualidade. Neste sentido, com vista a prevenir as pressões a suportar pelo sistema de saúde, o estudo e as investigações sobre o sistema oficial de saúde têm um significado real, sendo a reforma do sistema de saúde premente e um dos aspectos essenciais nas linhas de acção governativa.

II

PERSPECTIVAS SOBRE A SAÚDE EM MACAU: ORIENTAÇÕES DA REFORMA

Na realidade, a reforma da saúde é um desejo dos residentes de Macau, desde há muito, por causa das exigências cada vez mais elevadas quanto à qualidade dos serviços de saúde, com o objectivo de assegurar cuidados adequados e de qualidade no caso de doenças — eis as condições necessárias para a recuperação de saúde e retoma da vida de trabalho e de estudo. Ao mesmo tempo, há a consciência generalizada que os economicamente mais carenciados têm o direito a acesso aos cuidados de saúde.

A saúde é uma área bastante especial, com as seguintes características:

- A elasticidade do rendimento e dos preços dos serviços de saúde é muito baixa. Na maioria dos casos, os doentes têm sempre que recorrer aos serviços de saúde, sob pena de prejudicar o seu estado de saúde nos casos mais leves, ou de arriscar a vida nos casos mais graves;
- O cidadão em geral não tem conhecimentos de medicina suficientes para saber quais os serviços de saúde de que necessita, quando e porque necessita de certos cuidados de saúde, nem sabe distinguir a qualidade destes serviços, nem as causas e responsabilidades dos acidentes de saúde — problemas estes que são, quase em exclusividade, julgados por agentes da área de saúde, em conformidade com os seus conhecimentos e experiência profissional, facto que coloca os doentes numa situação desfavorável quanto ao direito à participação e à informação;
- Como o exercício das profissões relacionadas com os cuidados de saúde está sempre ligado ao estado de saúde ou até à vida da

população, os agentes assumem uma grande responsabilidade, daí que eles tenham de ter grande sentido de responsabilidade e um alto nível moral.

Deste modo, os objectivos da política de saúde não podem ser definidos apenas pelo sector de médicos e de enfermagem, mas antes integram as necessidades e opiniões do cidadão e a apreciação das necessidades do cidadão, levada a cabo pelo Governo, equilibrando-se ainda com as opiniões profissionais dos agentes da área de saúde. As necessidades dos serviços de saúde devem ser ordenadas conforme a sua premência, tendo em conta a disponibilidade e a igualdade na distribuição dos recursos do Governo. Define-se, assim, a sequência da disponibilização oportuna dos serviços de saúde para o cidadão, de acordo com as expectativas do mesmo, num plano que se deve sujeitar à apreciação e revisão após execução. Com certeza, não é de esquecer colocar sempre à disposição dos utentes os serviços de saúde fundamentais e indispensáveis a qualquer momento.

Sintetizando as breves análises supracitadas, a política de saúde e sua reforma devem ser orientadas para as seguintes seis metas:

- Elevar constantemente o nível global da saúde;
- Assegurar cuidados adequados e eficazes aos residentes;
- Elevar permanentemente o nível técnico dos cuidados de saúde, com vista a diminuir o número de acidentes de saúde;
- Introduzir medidas no âmbito da “Carta de Qualidade” nos serviços de cuidados de saúde, de modo a reforçar o sentido de responsabilidade;
- Defender o princípio de igualdade, garantindo o direito ao acesso aos mesmos serviços de saúde, independentemente das situações económico-sociais dos utentes;
- Elevar a eficiência na prestação de serviços de saúde e reforçar a economia nos custos de saúde.

Dos seis objectivos supracitados, os primeiros cinco têm a ver, directa ou indirectamente, com a qualidade, o nível e a gestão dos serviços de saúde, que são também pontos fulcrais da reforma de saúde de Macau. No que diz respeito ao ponto 6.º, que se relaciona com os custos de saúde, julga-se que o Governo de Macau disporá de meios financeiros

suficientes para suportar os encargos inerentes nos futuros 5 a 10 anos⁸. Porém, dever-se-ia considerar, em termos de longo prazo, proceder à reforma no financiamento de saúde, sob pena deste vir a ser um enorme encargo para o Governo.

Com vista à elevação do nível de saúde, para aumentar a eficiência dos serviços de saúde e diminuir o número de acidentes de saúde, o Governo já deu início, neste momento, a várias acções, tais como: a criação em Julho do corrente ano do Centro de Apreciação das Queixas nas Actividades de Cuidados de Saúde; a análise da possibilidade de criar um sistema obrigatório de aperfeiçoamento contínuo dos agentes de saúde; a interdição de exercer a actividade profissional em regime de profissão liberal por médicos da Administração; projecto de criação de um centro de diagnóstico à distância; a publicação da Colectânea de receitas convencionais (nova edição) para uso de médicos hospitalares e plena informatização de serviço de marcação de consultas. Medidas estas que, no caso de serem implementadas em conformidade com as realidades e postas em prática com rigor e com imparcialidade, podem contribuir para reforçar o sentido de responsabilidade dos estabelecimentos de saúde e do pessoal ao serviço de saúde, garantir o acesso dos residentes a um cuidado adequado, para baixar a probabilidade de acidentes de saúde e para elevar a qualidade dos serviços de saúde. No entanto, Roma e Paiva não se fizeram num dia e a propósito da reforma de saúde, há ainda um longo caminho a percorrer e há muito trabalho a fazer. Apresentam-se aqui algumas sugestões, ainda prematuras, para consideração do Governo e do Conselho Consultivo da Reforma da Saúde de Macau:

1.º *Criar um sistema rigoroso de licenciamento para pessoal ao serviço de saúde* para salvaguarda da saúde do cidadão, e daí a grande responsabi-

⁸ Conforme a DSEC, a DSF e comentários do Chefe do Executivo, a conjuntura económica recuperou a partir de 1999, ano de reintegração de Macau na R.P.C.. Em 2000 e 2001, o crescimento a preços constantes foi de 4,6% e 2,1% respectivamente, enquanto em 2002 subiu a 9,5%. Além disso, em virtude do aumento significativo do imposto de exploração de jogos de 2000 a 2002, registaram-se saldos positivos nas finanças públicas, que foram respectivamente 314 milhões, 421 milhões e 1 bilhão e 740 milhões patacas, enquanto no primeiro semestre de 2003 os valores subiram para 2 bilhões e 150 milhões patacas, estes deverão ser ainda muito maiores, quando contemplados os organismos dotados de autonomia (a que se referem “as contas de receitas designadas”). Tendo em conta a conjuntura pró-optimista económica, é de crer que o Governo de Macau disporá de meios financeiros suficientes para pagar as despesas de saúde no sector público.

lidade, e com vista à elevação da qualidade do pessoal ao serviço de saúde de Macau. De modo a assegurar o nível profissional e moral do mesmo, cabe ao Governo o controlo com rigor no licenciamento deste pessoal, impondo requisitos tais como a aprovação nas provas nacionais ou em Macau e frequência e aprovação em estágio profissional de duração não inferior a um ano. Além disso, o licenciamento não devia ser vitalício, pois a evolução das técnicas de cuidados de saúde e de medicamentos é rápida. Assim, este pessoal devia frequentar periodicamente cursos de reciclagem, com exames, cuja aprovação dependesse do exercício da profissão, no intuito de defender a segurança do cidadão.

2.º *Criar normas estandarizadas de trabalhos clínicos.* Estas normas estandarizadas são criadas com vista a garantir cuidados adequados e eficazes para os utentes e a diminuir o número de acidentes, o que serve de garantia quer para os utentes, quer para o pessoal ao serviço da saúde. Em segundo lugar, é o estabelecimento de prescrições estandarizadas que pode contribuir para a economia e o controlo dos custos de medicamentos. Considerando o sistema de saúde do sector público de Macau mais ou menos perfeito e a existência de meios suficientes, julga-se que estão reunidas as condições para criar, passo a passo, estas normas estandarizadas de trabalhos clínicos. Por outro lado, como o sistema de saúde do sector público não tem fins lucrativos, é mais fácil e viável, e sem grandes obstáculos, pôr estas normas estandarizadas em prática nos estabelecimentos de saúde do sector público. Quando as normas estandarizadas forem revistas, depois de postas em prática e de produzirem efeitos positivos, poderá ser considerada a sua introdução faseada nos estabelecimentos de saúde do sector privado.

3.º *Estabelecimento de um sistema de apreciação dos trabalhos clínicos.* Os que não estão dentro do assunto, nomeadamente os que não são da área de saúde não conseguem avaliar nem a qualidade nem o nível dos serviços de saúde prestados por estabelecimentos hospitalares. Assim, com vista à maior transparência destes últimos, sugere-se a criação de um sistema de avaliação dos trabalhos clínicos, porém merece especial atenção a sua execução. Tomando em conta as características de Macau, a sua dimensão pequena, escassa população, número reduzido de hospitais e o nível de saúde a elevar, pode considerar-se a hipótese de organizar periodicamente fiscalizações externas com a participação de especialistas de estabelecimentos de saúde de nível mais alto das regiões vizinhas, tais

como as de Hong Kong ou da China Continental. Pode tornar-se pública a parte do relatório sobre os assuntos genéricos dos hospitais, facultando uma compreensão mais aprofundada à população sobre a situação dos hospitais de Macau, designadamente quanto à qualidade de serviços, o nível profissional dos agentes, técnicas de saúde, equipamentos de saúde, resultados de aplicação e até a gestão dos hospitais. Estes dados contribuiriam para corrigir os mal-entendidos ou as predilecções acerca dos hospitais de Macau. Quanto à parte específica do relatório que se destina apenas aos hospitais e ao Governo, serve de base de aperfeiçoamento da qualidade e da gestão dos serviços de saúde. Com a introdução deste sistema de avaliação dos trabalhos clínicos, acreditamos que se tornarão claros os pontos fortes e fracos dos hospitais de Macau, contribuindo, de certeza, para a elevação do nível de serviços de saúde dos hospitais.

4.º *Criar uma base de dados de diagnóstico de saúde.* O desenvolvimento acelerado da tecnologia informática cria condições para construir uma base de dados enorme nas áreas de diagnóstico e clínica. O teor, a estrutura, a *networking*, e, mesmo, o direito de acesso, busca, introdução e actualização da base de dados necessitam de um estudo com prudência, o que tem a ver com a compatibilidade dos valores de privacidade e do bem-estar social. Em termos globais, os estabelecimentos de saúde, especialmente os hospitais, deveriam efectuar estudos e preparar-se para a recolha de dados e construção desta base de dados, de modo a concretizá-la com a maior brevidade. Pois estas informações são muito importantes para o diagnóstico, investigação de saúde e da gestão dos hospitais e servem de fonte de notícias periódicas, rápidas e mais pormenorizadas para o cidadão, melhor garantindo o direito à informação do mesmo, por forma a possibilitar uma opção mais adequada, mediante as informações facultadas.

5.º *Estabelecer um sistema de gestão por objectivos.* Os hospitais, designadamente o do sector público, deviam fixar os seus objectivos anuais, até objectivos de longo, médio e curto prazo, que deviam ser estabelecidos de maneira concreta e razoável. A fixação de objectivos devia estar a cargo da direcção do hospital e as verbas a conceder a cada hospital seriam determinadas em função destes objectivos. Caso não se concretizassem esses objectivos pré-estabelecidos, a direcção do hospital devia apresentar justificações. Se não apresentasse justificação ou a justificação não fosse aceite por parte do Governo, a direcção do hospital seria responsá-

vel pelos erros cometidos e o orçamento de despesas seria revisto em conformidade. Em segundo lugar, o hospital do Governo devia promover, progressivamente, o sistema da “Carta de Qualidade” que produz efeitos reais, nomeadamente no que diz respeito a prazos-limite de espera pelo diagnóstico e tratamento no âmbito de cuidados de saúde diferenciada, com vista a assegurar o tratamento dos utentes num período curto. No caso de impossibilidade de prestar serviços de saúde no prazo prometido, o hospital devia assumir as responsabilidades que adviriam, tais como os custos em determinado hospital, pelos cuidados prestados a que os utentes tivessem direito, sem prejuízo das responsabilidades administrativo-disciplinares dos encarregados dos respectivos serviços de saúde. Além disso, os hospitais deviam recorrer sistematicamente a inquéritos sobre a qualidade de serviços de saúde prestados, solicitando a cooperação dos seus utentes para o preenchimento de questionários, com vista a avaliar a qualidade dos serviços de saúde e do nível de serviços prestados pelos seus agentes. Recolhidos os questionários e produzidas as estatísticas, o grau de satisfação dos utentes e suas opiniões poderiam servir de referência para o aperfeiçoamento dos serviços, quando conjugados com as respectivas experiências.

Relativamente ao financiamento das despesas de saúde, embora não seja um dos problemas que urja resolver nesta altura, é de prever que, daqui a 10 anos, passe a ser uma questão bastante crítica, salvo se tivermos olhos incisivos para as finanças públicas e pudermos prever que a taxa de crescimento de receitas financeiras seja superior às de crescimento da população e dos custos de saúde. Duvida-se que o Governo tenha meios financeiros suficientes para sustentar o sistema actual de saúde. Para melhor prevenção, torna-se necessário proceder a um estudo pormenorizado sobre a diversificação e economia dos meios aplicados nos serviços de saúde, com o objectivo de evitar que a eventual escassez de recursos afecte a qualidade dos serviços de saúde.

Em primeiro lugar, o Governo devia esforçar-se no sentido de economizar os recursos, o que merece um estudo sobre a proporcionalidade entre os recursos aplicados na área de saúde do sector público e a qualidade e quantidade dos serviços produzidos pelos mesmos. O cidadão normal mesmo os especialistas ou investigadores que não têm dados suficientes nesta matéria deviam ter acesso aos mesmos, mas como isso não

sucede não é possível fazer uma avaliação com objectividade, porque não foram disponibilizados dados suficientes estatísticos de saúde do sector público nem dados financeiros, ou então, por falta de transparência. Deste modo, torna-se necessário fazer uma auditoria profunda e cuidadosa no âmbito do hospital do Governo, urgindo criar um sistema adequado e rigoroso de contabilidade sobre custos e gestão. A direcção do hospital não pode proceder à avaliação a aplicação de fundos nem em caso de tratamento, nem nas secções da especialidade, nem numa subunidade, se não tiver uma estatística e informações contabilísticas, o que lhe permitiria concretizar, inclusive, a economização de meios. Neste sentido, urge criar um grupo para o controlo e gestão da contabilidade. Julga-se que as despesas específicas decorrentes do recrutamento de pessoal para o funcionamento deste grupo é compensado pela economia dos recursos, desde que sejam estabelecidos os critérios e que o grupo funcione de acordo com estes critérios. Sugere-se criar, ao mesmo tempo, um sistema de fiscalização interna, complementado pela investigação por especialistas, quanto aos casos mais relevantes, aplicando-se meios de gestão científica e informatizada, com vista a assegurar que o tratamento, o diagnóstico, as operações cirúrgicas e a prescrição de medicamentos estejam em conformidade com as normas de trabalhos clínicos, averiguando, punindo e prevenindo abusos de serviços de saúde e contribuindo para evitar irregularidades e para a defesa da igualdade.

No que diz respeito à diversificação de meios financeiros, a situação é ainda mais complexa, pois encontra-se numa fase em que a recuperação económica começou há pouco. Ora uma boa parte dos residentes ainda não tira proveitos desta recuperação, já que o salário não lhe foi aumentado, e a taxa de desemprego é ainda elevada⁹. Se houvesse participação e, neste momento, se lançasse um novo projecto de financiamento que pedisse comparticipação do cidadão pelo uso de serviços de saúde do sector público, seria de prever grande oposição ao mesmo. No entanto, o Governo pode escolher, com perspicácia, uma boa ocasião, ponderados os diferentes interesses sociais, para promover este novo projecto de

⁹ Conforme a estatística mais recente, publicada pela DSEC, até 31 de Outubro de 2002, a taxa de desemprego do terceiro trimestre era 6,4%, enquanto a média do rendimento do segundo trimestre era 4.574 patacas. Estes dois indicadores não apresentaram praticamente crescimento nenhum, em termos reais, durante os últimos dois anos.

fianciamento. Hoje em dia, além do sistema vigente no Reino Unido, designado Serviço Nacional de Saúde (*National Health Service*), que é semelhante ao sistema de Macau, no que respeita às despesas de saúde dos nacionais serem integralmente suportadas pelas receitas provenientes dos impostos estatais, existem várias formas de financiamento a nível internacional, o que já foi apresentado, ainda que concisamente, no artigo intitulado “Avaliação preliminar da reforma dos programas de saúde de Macau — Deverão as despesas dos serviços de cuidados de saúde ser assumidas pelos utentes?” (*in* Administração, Revista de Administração Pública de Macau, número 56 da minha autoria). Necessitamos de uma observação e estudos em várias ópticas (um dos factores de ponderação essencial é o grau de aceitação pelo cidadão, e a situação financeira da RAEM é, também, outro factor mais realista), para fazer uma opção mais de acordo com as realidades de Macau. É obvio que toda a gente queira pagar menos e beneficiar mais, por isso quase ninguém contraria o sistema gratuito de saúde. Porém, não existe “almoço gratuito” na realidade, pois os custos de saúde são suportados por toda a comunidade. No caso de esta não conseguir responder, são, afinal de contas, os utentes que pagam, estando a forma de pagamento dependente do mecanismo de distribuição. O sistema de seguros nacionais (ou de trabalhadores) pede uma participação de todo o povo (ou de todos os trabalhadores), pagando os ricos mais e os pobres menos ou nada, podendo esta forma de financiamento ser considerada de auxílio mútuo, ou um sistema de *Robin Hood* que “rouba os ricos para assistência dos pobres”, mas a sua adopção está dependente da adesão da maioria da população. Naturalmente, os pobres inclinam-se a aderir, enquanto que os ricos têm reservas. Este sistema é posto em prática sob várias formas nos diferentes países:

- No caso do Japão e da Coréia do Sul, as despesas de saúde são suportadas, essencialmente, por instituições seguradoras enquanto os nacionais pagam também uma parte;
- Em Hong Kong, o Governo tem promovido nos anos recentes um sistema de “Fundo Médico Obrigatório”¹⁰ que é um modelo

¹⁰ Cf. Documento para consulta sobre a reforma do sistema de saúde e cuidados de saúde em Hong Kong, «participo e participo, acompanha-me a saúde», Grupo para a Reforma do Sistema de Saúde e Cuidados de Saúde, Serviços de Saúde e de Assistência Social, 2001.

de “custos pagos pelos utentes”, no qual o Governo assume a responsabilidade da gestão administrativa e da sua fiscalização; por força deste sistema definido por legislação, cada residente tem que fazer poupanças, desde jovem para investir em fundos com conta particular e em nome do próprio, a fim de satisfazer as necessidades de cuidados de saúde, sendo as quantias em falta subsidiadas pelo Governo. Este sistema expressa melhor o neo-individualismo clássico, pois os problemas individuais deveriam ser resolvidos pelo próprio e, basicamente, têm pouco a ver com outrem. Assim, um indivíduo deve arranjar cuidados de saúde por conta própria e nada, como é lógico, corre por conta alheia, sendo o Governo responsável pela manutenção da igualdade, defesa do bem-estar social e pela subsistência dos deficientes mentais, incapazes, inválidos e demais indivíduos impossibilitados de tomar conta de si próprios e dos mais carenciados economicamente. Os cidadãos seriam responsáveis pela resolução dos seus problemas individuais, incluindo o pagamento das despesas de saúde.

- Um outro sistema é o “Sistema para o Seguro dos Serviços de Saúde Primários”, posto em vigor nos últimos anos na China Continental, caracterizado por o Governo concentrar em si todas as actividades referentes aos seguros de saúde, incluindo a cobrança de prestações de contribuição, exploração, gestão, verificação e indemnização, sendo ambas as partes patronal e laboral responsáveis pela contribuição calculada conforme taxas estabelecidas — as contribuições variam naturalmente em função do rendimento. Estas contribuições, após um desconto reduzido para as despesas de administração são repartidas em duas partes, uma é transferida para a conta individual de saúde, a outra para o Fundo de Assistência Mútua (também conhecido por Fundo Centralizado). Os custos de eventuais cuidados de saúde são pagos pela conta individual de saúde. Assim, quem mais contribui, melhores serviços de saúde pode obter, expressando as vantagens decorrentes do relacionamento entre maiores prestações e melhores serviços. Pelo contrário, em caso de saldo insuficiente para suportar as despesas de saúde, em virtude de contribuições reduzidas, as quantias em falta são pagas por conta do Fundo de Assistência Mútua, o que exprime um espírito de solidariedade e auxílio mútuo. As experiências obtidas na prática, em várias cida-

des da China Continental, revelam uma boa execução, provando, ainda preliminarmente, a viabilidade do sistema. Porém existem, de certeza, ainda questões a resolver, tais como as taxas de contribuição, que são bastante altas, o âmbito e os limites de cobertura dos seguros preliminares, que carecem de alargamento. É evidente que este sistema é uma mistura dos dois sistemas supra-mencionados, adoptando-se uma linha intermédia, tendo como vantagens a “indexação de melhores serviços a maiores prestações”, o que reflecte as características de economia de mercado, complementadas pelo auxílio mútuo e filantropia, consagrados no espírito do socialismo. Se este sistema é bastante adequado à situação da China Continental, já o não é em relação ao ambiente real da RAEM, carecendo de estudos sociais e actuais para apreciar a sua viabilidade, com vista à formulação e apresentação de propostas mais concretas.

- O último sistema é o de seguro particular de matriz norte-americana, segundo o qual o prémio de seguro é determinado nos termos da “lei do mercado”. Os nacionais efectuam seguros para a cobertura das suas despesas de saúde, assumindo o Governo apenas encargos de saúde nos grupos de ruptura social, tais como os deficientes mentais ou físicos e os carenciados economicamente. Por este motivo, as despesas de saúde nos E.U.A. são muito altas e constituem uma percentagem extremamente alta no Produto Interno Bruto (ver o Mapa VI), sendo uma das mais altas no mundo. Assim, Macau não deveria seguir o caminho dos E.U.A.

Actualmente, além do sistema de saúde financiado integralmente pelo Governo, todos os meios de financiamento pedem um pagamento parcial ou integral dos utentes, que não só envolvem o Governo, mas também os estabelecimentos fornecedores de serviços de saúde (isto é, hospitais, centros de saúde, consultórios clínicos), instituições seguradoras, fornecedores e produtores de medicamentos e o povo (abrangendo as partes patronal e a laboral e os utentes), entidades entre as quais é tecida uma rede de relação de interesses económicos, cuja complexidade se revela através das experiências de diferentes países. Conclui-se, assim, que os problemas decorrentes da saúde não são meros problemas de finanças públicas, mas sim problemas político-económicos muito complexos. Caso

saúde neste sentido, é preciso, em primeiro lugar, criar uma instituição central de seguros de saúde ou uma entidade fiscalizadora do financiamento da medicina, cujas funções sejam fixadas, inequivocamente, na lei; em segundo lugar, é necessária a reestruturação do hospital do Governo, tornando-o uma empresa que funcione nos termos da “lei da oferta e da procura” do mercado, com vista a produzir serviços de saúde competitivos. De qualquer modo, o ponto crítico desta opção será convencer ambas as partes, patronal e laboral, das vantagens da participação e o Governo não tem a certeza de ter sucesso. Muito embora o Governo esteja disposto a suportar os encargos inerentes, de uma forma semelhante ao que acontece no sistema de segurança social, é necessário proceder a uma avaliação profunda das relações entre a instituição central de seguros de saúde, os hospitais e os utentes de serviços de saúde, relações estas muito complexas, segundo as experiências verificadas nos países ou cidades que praticam o sistema central de seguros de medicina. Qualquer tratamento menos correcto poderá desarmonizar as relações entre estas três entidades e facilitar o abuso de serviços de saúde ou de medicamentos, situação que virá a traduzir-se, afinal de contas, em crises financeiras na instituição central de seguros de saúde. Assim, a expansão das despesas não só não será reprimida, mas suscitará problemas em maior quantidade e de maior complexidade. No entanto, não deve concluir-se com isto que o sistema de saúde sob a forma de seguros sociais não tem vantagens, mas antes que são necessárias mais discussões prudentes e prévias quanto à viabilidade da sua aplicação em Macau.

Neste momento, o Governo pode pensar num projecto de diversificação e economização de meios financeiros, susceptível de ser posto em prática a curto prazo, tal como a cobrança de taxas adequadas para consultas externas/ambulatórias, urgências, internamento e até operações cirúrgicas, com a finalidade de desuadir abusos sem ter em conta a recuperação total dos seus custos. Em segundo lugar, pode determinar a contenção da dimensão do sistema de saúde do sector público, prevenindo uma nova expansão do sistema, pois os custos de um determinado serviço prestado no hospital do Governo são necessariamente superiores a um idêntico fornecido no hospital particular, o que tem a sua justificação principal nas remunerações mais altas do pessoal dos serviços de saúde do hospital do Governo. Tal revela-se, *grosso modo*, por dados publicados, embora não existam estatísticas precisas e específicas. Assim sendo, os pedidos de serviços de saúde em crescimento constante, quando excedem 1005

a capacidade do hospital do Governo, poderiam ser encaminhados para o hospital particular, sob a forma de aquisição de um serviço de maior procura, forma esta que é já correntemente adoptada e devia ser gradualmente alargada e intensificada. Pois é de crer que isto contribua para a diminuição dos custos de cuidados de saúde, se o hospital particular estiver disposto a cooperar com o hospital do Governo, além de poder ser mais ser vantajoso para os utentes. Tratar-se-ia de um projecto em que ganhariam as três partes — o Governo, o hospital particular e os utentes.

BIBLIOGRAFIA

1. Chan Chi Meng: *Resumo da Ciência do Seguro de Saúde*, Editora Hoi Tin.
2. Sam Wa Leong: *Regime das Garantias de Saúde das Zonas Rurais da China*, Editora Tecnologia da Saúde da China.
3. *Promoção e Ensino, através das Perguntas e Respostas, sobre o Seguro de Saúde Básica da Cidade de Shenzhen*, Departamento Administrativo da Segurança Social da Cidade de Shenzhen.
4. *Colectânea das Teses apresentadas na 1.ª Conferência Académica e Intercâmbio sobre a Segurança Social das 5 Regiões das costas do Estreito*, publicação do Grupo de Colaboração de Estudo de Segurança Social das 5 Regiões das Costas do Estreito.
5. *Promoção do Financiamento para a Saúde e Medicina* — Estudos sobre a Política de Cobrança em Cuidados de Saúde de Hong Kong, publicação do Grupo para o Estudo da Política de Cobrança em Saúde de Hong Kong do Departamento de Obras Sociais da Universidade Baptista de Hong Kong.
6. *Estatísticas da Saúde 2001*, Direcção dos Serviços de Estatística e Censos.
7. *Inquérito aos Orçamentos Familiares 1998/1999*, publicação da Direcção dos Serviços de Estatística e Censos.
8. *Produto Interno Bruto 2001*, publicação da Direcção dos Serviços de Estatística e Censos.
9. *Contas Gerais do Governo 2001*, Boletim Oficial da Região Administrativa Especial de Macau, de 21 de Agosto de 2001, n.º 33.
10. *Contas da Direcção dos Serviços de Saúde e do Centro Hospitalar Conde de S. Januário*, vários anos (1990-2001).
11. *Estatísticas constantes das webpages da Direcção-Geral de Orçamento, Contabilidade e Estatística do Ministério Administrativo de Taiwan*, Departamento de Estatística e Censos de Hong Kong e do Bureau de Administração Hospitalar de Hong Kong.
12. *Documento para consulta sobre a reforma do sistema de saúde e cuidados na saúde de Hong Kong*, «participe e participo, acompanha-me a saúde», Grupo para a Reforma do Sistema de Saúde e Cuidados de Saúde, Serviços de Saúde e de Assistência Social.
13. *Folheto sobre o Fundo de Providência Obrigatório e os Direitos dos Trabalhadores*, União das Associações dos Trabalhadores de Hong Kong.

14. *Estatísticas da Saúde 2002, Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE).*
15. Jack Hirshleifer, *Price Theory and Application*, 2nd, Prentice-Hall International
16. Yutaka Imai, *Health Care Reform in Japan*, Economics Department Working Papers No. 321, OECD
17. Zeynep Or, *Improving the Performance of Health Care Systems: From Measures to Action-a Review of Experiences in four OECD Countries (Labour Market and Social Policy Occasional Paper No. 57)*, OECD
18. Vincent Koen, *Public Expenditure Reform : the Health Care Sector in the United Kingdom*, OECD.