



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

2009/2010

Ricardo Proença Almeida Oliveira Rocha
Análise de Gestão, Equidade e Eficiência no Sistema de Saúde Português

Abril, 2010

FMUP



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

Ricardo Proença Almeida Oliveira Rocha
Análise de Gestão, Equidade e Eficiência no Sistema de Saúde Português

Mestrado Integrado em Medicina

Área: Administração Hospitalar

**Trabalho efectuado sob a Orientação de:
Prof. Paula Alexandra Correia Veloso Veiga Benesch**

Abril, 2010

FMUP



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

O presente trabalho foi elaborado de acordo com as regras editoriais da revista
Health Economics

FMUP

Agradecimentos

Deixo aqui ficar bem claro o meu enorme agradecimento à Professora Paula Veiga por ter aceitado orientar este trabalho.

Agradeço ainda ao Professor Jorge Simões pelo incentivo e pelas sugestões, bem como ao Professor Correia Campos pelas indicações que me deu.

Agradeço finalmente a todos os professores que tive o privilégio de conhecer durante o mestrado integrado em Medicina, que me abriram as portas do futuro enquanto médico, e a todos os amigos que de uma forma muito particular me acompanharam neste percurso.

RESUMO

O objectivo desta tese é analisar a evolução recente do sistema de saúde português, com base na hipótese de que a correcção de problemas ao nível da eficiência na alocação e distribuição dos recursos pode permitir a optimização do acesso, nomeadamente a cuidados primários de saúde e à prevenção.

Em Portugal, os ganhos de saúde nas últimas décadas foram notáveis. Apesar de críticas constantes ao sistema nacional de saúde, os inquéritos mais recentes confirmam a qualidade percebida da interface médico-doente, seja nos centros de saúde ou nos hospitais. Os estudos produzidos, e as conclusões a que aqui chegamos, reforçam a ideia de que os ganhos de saúde se traduziram em termos de equidade, sendo que importa alterar a relação entre rendimento e saúde, ou seja, garantir uma menor desigualdade na distribuição do rendimento. Não parece passar já pela construção de equipamentos adicionais, ou por aumentos na oferta horizontal da saúde. Só a criação de mais valor para os cidadãos e o melhor uso possível dos recursos públicos, isto é maior eficiência, manter a melhoria tendencial dos níveis de vida das populações, e ao mesmo tempo permitir um investimento continuado na investigação científica na medicina e maior equidade no acesso aos cuidados de saúde.

O presente trabalho foi elaborado de acordo com as regras editoriais da revista Health Economics, considerando ainda outras como Health Policy, Health Economic Letters, Journal of Public Health Policy, Health Policy and Planning, Health Economics, Policy and Law, The European Journal of Public Health, The International Journal for Quality in Health Care.

ABSTRACT

The objective of this thesis was to analyse the recent evolution in the Portuguese health sector. Health coverage is universal and free of charge. Given that health care expenditures has rapidly grown and hospital legal status has changed, our hypothesis is that a more efficient health care spending it will translate in more added value to individuals, that is to say more equity in health care service provision. Several studies as well as our results confirm important health gains in the last decades. Further improvements have to be based in a higher gradient income-health, and a higher efficiency and cost control of health spending.

Índice

I.	Introdução.....	6
II.	O Sistema de Saúde Português	8
III.	Não equidade evitável	11
IV.	Ineficácia e ineficiência evitáveis	18
	Hospitais	25
	Centros de Saúde	32
V.	A Quadratura do Círculo?	36
VI.	Conclusão	42
	Bibliografia	44

I. Introdução

Enquanto objectivo, a eficiência na utilização dos recursos é geralmente tomada como contrária à equidade. Entendendo-se como necessário que a despesa social promova equidade no acesso geral e universal aos cuidados de saúde, discriminando positivamente em função das necessidades e privilegiando os mais desfavorecidos, o conceito de eficiência é frequentemente associado com o financiamento do sistema nacional de saúde, lido como a minimização das despesas do Estado à custa dos interesses dos cidadãos. Grande parte das críticas dirigidas às reformas dos sistemas de saúde, nomeadamente em Portugal, situa-se neste contexto, confrontando-se com severas críticas de profissionais da saúde e da população em geral quando as prioridades definidas e as acções implementadas transmitem a ideia de que na sua base estão critérios “economicistas”. A importância e a actualidade do tema está bem patente no número significativo de artigos publicados em 2008 e 2009, bem como em relatórios produzidos por organizações internacionais; em Portugal, os trabalhos de Correia Campos (2008), Jorge Simões (2005) e J. Simões e outros (2008, 2007) são, também neste aspecto, fundamentais.

A saúde é uma necessidade universal, objectiva e transcultural, básica (Nussbaum e Sen, 1993; Hogdson, 2009), e para a qual contribuem factores como boas condições sanitárias, habitações condignas, uma alimentação correcta, segurança física ou o progresso científico e tecnológico. A associação entre as desigualdades no estatuto socioeconómico e as disparidades na saúde é persistente (Looper e Lafortune, 2009; Veiga, 2005), colocando questões de inequidade na saúde que deveriam ser evitáveis; na U.E., têm sido emitidas diversas recomendações de carácter político nesse sentido (Euro HealthNet, 2008; Cazas-Zamora e Ibrahim, 2004; Judge et al. 2005). Do ponto de vista de cada indivíduo, a necessidade situa-se ao nível dos cuidados de saúde, e a sua satisfação depende das formas pelas quais os governos intervêm na sua provisão, no seu financiamento e na sua regulação. Na verdade, o mercado dos cuidados de saúde caracteriza-se por informação imperfeita e risco moral, o que claramente induz a existência de falhas no seu mecanismo de funcionamento.

Tal como ocorre na educação, por exemplo, os cuidados de saúde são um bem quase-público, na medida em que embora possam ser providos pela iniciativa privada, deve ser garantida a não-exclusão de ninguém que deles necessite. A questão não é simples, e defronta toda uma retórica política e mesmo um debate ideológico, envolvendo os

princípios de solidariedade, equidade, e dignidade, mas também os objectivos de melhoria da saúde, capacidade de resposta e equilíbrio financeiro (World Health Report, 2000). Do ponto de vista ético, a medicina diferencia-se da saúde pública; sublinhando a autonomia e independência do médico, a preocupação recai no diagnóstico e o tratamento de pacientes individuais, no primado da vida e do bem-estar do doente, na confidencialidade e no sigilo (Klugman, 2007; Kessel, 2003; Jonsen, 1998; Ordem dos Médicos). Já o objectivo da saúde pública é melhorar o nível de saúde de toda a comunidade e nessa medida, os processos de governação são fundamentais.

Desde o pós-guerra, e apesar das diferenças nos sistemas de saúde nos países desenvolvidos, a expectativa de vida à nascença aumentou de forma clara. De acordo com dados da OCDE (2004), num terço dos países era, em 2005, já superior aos 80 anos, o que se deve à melhoria nos níveis de vida e na educação, mas também à redução das desigualdades no acesso à saúde; em Portugal, passou dos 64 anos em 1960, para 78,2 em 2005. Se por um lado, o progresso científico e tecnológico da medicina tem sido notável, o aumento dos custos pode levar a que os serviços de saúde resistam á utilização generalizada de tecnologias novas. Ou seja, é necessário articular o princípio da equidade e da necessária integração de políticas de saúde e de justiça social, com a correcta organização e gestão eficiente de todo o sistema de saúde, exigindo uma “boa governação” (seguindo os princípios enunciados pelo *United Nations Development Programme*) informada, transparente, prestando contas públicas, baseada em princípios éticos e orientada para o consenso e para a inclusão, eficaz e eficiente.

Em Portugal, a esperança de vida aumentou, e embora a provisão privada de saúde tenha vindo a aumentar, mantém-se o acesso generalizado tanto a cuidados primários de saúde como aos hospitais (Barros e Simões, 2007). No entanto, repetem-se as críticas em termos de falta de médicos, ineficiente distribuição dos recursos humanos no país, subaproveitamento da capacidade instalada com desmotivação e falta de incentivos, falhas de acessibilidade em termos de listas de espera para consultas e cirurgias e baixa qualidade no atendimento em termos de informação e pontualidade, falência técnica dos cuidados primários transferindo de facto os utentes para os hospitais, gestão pouco profissional e por vezes caótica do ponto de vista financeiro e mecanismos de controlo e supervisão desactualizados e ineficazes (Delgado, 2002; Araújo, 2003). Estes factores, associados a mudanças demográficas e sociais, poderão ser responsáveis pelo crescimento excessivo das despesas em saúde, incluindo em medicamentos. Os custos crescentes da saúde têm vindo

a exigir, quer a melhoria do desempenho do próprio sistema e a introdução de um novo modelo gestor, quer a racionalização da oferta pública dos serviços de saúde e a definição de incentivos para a atracção de médicos a zonas com maior interioridade. Na verdade, colocar pura e simplesmente mais dinheiro em cima dos problemas não é a necessariamente a melhor forma de os resolver.

O objectivo desta tese é analisar a evolução recente do sistema de saúde português, com base na hipótese de que a correcção de problemas ao nível da eficiência na alocação e distribuição dos recursos pode permitir a optimização do acesso, nomeadamente a cuidados primários de saúde e à prevenção. Do ponto de vista metodológico, propomo-nos abordar as actuais políticas de saúde, com referência particular à política dos medicamentos e ao programa de saúde oral. Que reformas foram feitas, porquê, e como foram implementadas?

Na secção que se segue, apresenta-se uma breve análise do sistema de saúde português; embora se siga uma abordagem histórica, foca-se o período mais recente na discussão das desigualdades no acesso à saúde e das ineficiências na saúde. Os pontos seguintes abordam a inequidade evitável, e a ineficácia e ineficiência evitáveis, entendendo que os níveis existentes na acessibilidade aos cuidados de saúde, bem como os recursos existentes e a sua relação com os resultados finais podem, sempre, ser melhorados por políticas públicas sectoriais ou intersectoriais. A análise foi feita recorrendo, sempre que possível, às fontes originais e aos dados estatísticos mais recentes. Sublinha-se a disponibilidade de informação estatística, mas também a sua dispersão, bem como as diferenças existentes nos critérios utilizados. As conclusões são posteriormente apresentadas, remetendo para uma discussão das políticas de saúde.

II. O Sistema de Saúde Português

Em 1946, com a constituição das Caixas de Previdência e a consequente expansão dos serviços médico-sociais, verificou-se a primeira alteração na concepção dominante dos cuidados primários de saúde, fundamentalmente assistencial. No entanto, continuava-se a remeter para o exercício privado a medicina curativa. O sistema de saúde existente era, no mínimo, incipiente; coexistiam múltiplas instituições de saúde e de regimes, um reduzido financiamento público e uma baixa cobertura médico sanitária. Apesar de uma tentativa de reforma em 1971 (de que resultou a criação dos centros de saúde), na verdade, a criação do Serviço Nacional de Saúde, em Portugal, foi um resultado directo da revolução de 1974

(Medina Carreira, 1996; J. Simões, 2005; Correia de Campos, 2008) e constituiu uma peça fundamental do *welfare state*. A conexão entre democracia e o SNS conferiu-lhe legitimação política enquanto condição de igualdade social, mas conforme tem sido sublinhado por muitos autores, a demasiada politização dificultou a sua modernização e a sua capacidade de resposta.

A Constituição de 1976 instituiu o Serviço Nacional de Saúde, posteriormente acolhido na Lei de Bases do SNS (1979), consagrando o direito universal e gratuito à defesa e protecção da Saúde. Investiu-se em hospitais distritais e centrais públicos, na rede pública de centros de saúde, e nas carreiras médicas, de enfermagem e de outros profissionais de saúde, integrados na função pública. Ao Estado competia garantir os orçamentos necessários, financiados principalmente pelos impostos.

A reforma de 1993 substituiu a responsabilidade exclusiva do Estado pela responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado na prestação de cuidados de saúde (Decreto-Lei nº11/93). Os beneficiários passaram a assumir parte do financiamento, tendo em conta a sua capacidade contributiva; foram estabelecidos preços a cobrar pelos cuidados de saúde, previu-se a criação de um seguro de saúde e a possibilidade da gestão das instituições do SNS por entidades privadas (vd. Simões, 2005; Correia Campos, 2008; Oliveira e Pinto, 2005). Entre 1997 e 1999, foram criadas as agências de contratualização e os orçamentos programa, e desde então até 2004, procurou-se descentralizar e aumentar a autonomia dos centros de saúde, bem como implementar modificações nos modelos de gestão, embora sem resultados práticos e com discontinuidades em termos estratégicos (OPSS, 2008). Apesar do reforço da saúde no Orçamento de Estado, os problemas persistiram, nomeadamente as listas de espera, a contestação dos profissionais de saúde levou à criação da Entidade Reguladora da Saúde.

A partir de 2005, pode falar-se de uma nova reforma na política da saúde. Apostou-se na reorganização dos centros de saúde, na reconfiguração dos centros de saúde em Unidades de Saúde Familiares, no funcionamento em rede dos centros de saúde e dos hospitais e na importação de médicos. Os hospitais SA foram transformados em Entidades Públicas Empresariais, e deu-se continuidade às parcerias público-privadas e ao Plano Nacional de Saúde definido em 2004 para o período 2004-2010. Foi redefinido o programa de recuperação de listas de espera. No entanto, a aplicação da designada política do medicamento, traduzindo na prática uma maior participação dos cidadãos, e principalmente a reorganização da rede hospitalar e dos centros de saúde geraram fortes

críticas na sociedade. Enquanto isso, o papel da saúde privada tem vindo a tornar-se cada vez mais relevante, representando já cerca de 30% da produção total da saúde (INE, 2008).

Em Portugal, as medidas de política de saúde que foram sendo implementadas têm sido, quase de forma sistemática, objecto de críticas por parte dos utentes e dos profissionais de saúde; as estatísticas mais recentes do Health Consumer PowerHouse (2009, p.15) revelam um índice muito baixo de satisfação com os serviços de saúde, classificado em 25º lugar, num estudo que engloba 30 países na Europa.

No entanto, olhando para trás, os ganhos de saúde são inegáveis. Em 1960, só 16% da população residente estava abrangida pela Previdência Social. Havia 7.075 médicos e 9.541 enfermeiros, o que correspondia, respectivamente, a 79 e 107 por 100.000 habitantes; em 2007, tinham quintuplicado, revelando uma densidade de cerca de 340 médicos e 530 enfermeiros, a larga maioria trabalhando no sector público. Nos últimos 15 anos, o acréscimo no número de médicos foi da ordem dos 35%, sendo que os dados colocam Portugal ao nível de países como a França ou a Alemanha, e acima da Espanha; já o rácio de enfermeiros é claramente baixo (Quadros 1 e 1a).

Quadro 1. Indicadores de saúde	2002	2004	2008	Melhor U.E.15
Médicos especialistas/100.000 habitantes	229,2	247,2	270,1	330
Médicos medicina geral e familiar /100.000 hab.	54	64,7	62,7	70
Médicos saúde pública /100.000 habitantes	4,3	4,3	4,5	
Enfermeiros /100.000 habitantes	359	427,2	530	1600
Consultas médicas (CS+Hospitais)/habitante/ano	3,9	3,9	4,1	
Consultas de médicos de família/habitante/ano	2,8	2,7	2,8	
Urgências hospitalares/consultas externas	0,6	0,6	0,5	
Dias demora média em internamento hospitalar	7,4	8,4	7,9	

Quadro 1a. Indicadores de saúde	2001	2005	2008	Melhor U.E.15
Esperança de vida à nascença	77,1	78,31*	78,7	80,55
Taxa de mortalidade fetal/1000 nados vivos	5,7	3,7*	3,2	2,4
Taxa de mortalidade perinatal/1000 nados vivos	5,4	4,3	4,0	3,3
Taxa de mortalidade padronizada (% ₀₀₀)	726,5	676,9	629,1**	563,13
Taxa de crianças com baixo peso/100 nados vivos	7,2	7,6	7,7	4,1
Taxa de mortalidade infantil	4,8	3,5	3,3	1,8
Taxa de nascimentos em adolescentes	5,9	5,1	4,2	1,3
Anos de Vida Potencial Perdidos (M);1960;1990;2003	14743	4399	2858	2075
Anos de Vida Potencial Perdidos (H);1960;1990;2003	19914	9064	6024	3428

Fonte: INE, 2009; Plano Nacional de Saúde, Indicadores e metas, atualizado em Junho de 2009; WHO/Europe HFA Database, Julho 2008. O rácio de médicos especialistas reporta-se a 2001 e não a 2002. *: 2004; **: 2006

Ainda assim, em 2005, 10,6% dos inscritos em centros de saúde não tinham médico de família (OPSS, 2007).

Em 1961, existiam em Portugal, 5 hospitais centrais, 20 regionais/distritais e 220 subregionais, com pouco mais de 11.000 camas disponíveis (M.Carreira.1996, pg.134). Em 2007, o número de camas dos hospitais era 36.178, ao que acresciam 668 camas em centros de saúde. Em 2000, e ao nível do desempenho do SNS, Portugal estava colocado em 12º lugar a nível mundial na análise dos objectivos de saúde e de equidade face às contribuições financeiras dos cidadãos (WHO, 2000, OPSS, 2008, g. 2). Ainda assim, as críticas constantes ao sistema encontram a sua justificação, a nosso ver, na manutenção das assimetrias na distribuição dos rendimentos, nas alterações demográficas, nas crescentes expectativas da população, bem como na elevada politização do sector que permitiu e facilitou resistências á mudança, nomeadamente no que respeita às alterações na estrutura do SNS e à maior exigência da nova gestão pública.

III. Não equidade evitável

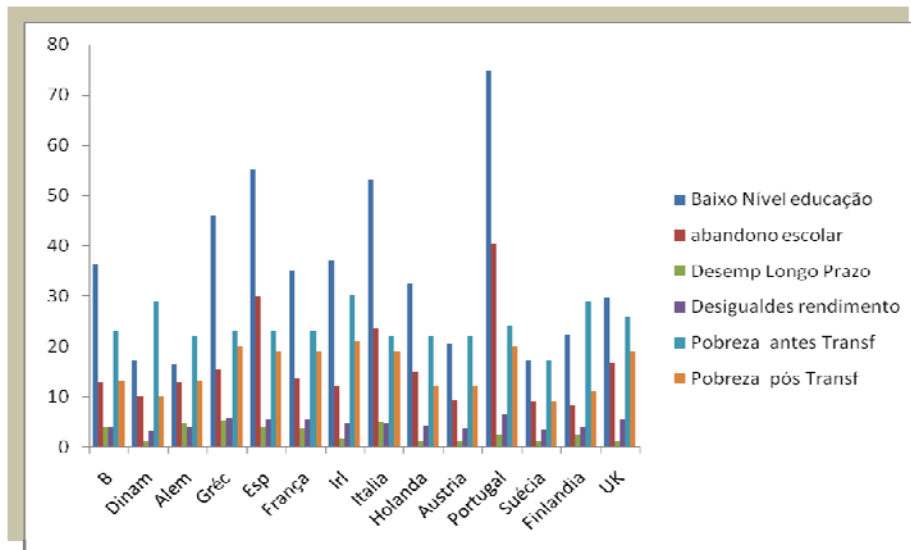
As condições iniciais dos países e as políticas públicas implementadas afectam a distribuição dos rendimentos; por sua vez, o baixo nível educacional, a pobreza antes das transferências, o desemprego de longa duração, entre outros factores, são importantes para compreender as desigualdades na saúde que poderiam ser evitáveis.

Embora traduzindo uma simplificação que não tem em conta nem o papel da genética, nem tão pouco a qualidade dos serviços médicos ou a possibilidade de escolhas individuais alternativas, existe, de facto, uma evidência que os factores socioeconómicos são determinantes fundamentais da saúde. A probabilidade de se verificarem comportamento de risco em termos do consumo do álcool, da obesidade, da saúde perinatal, por exemplo, aumenta com a pobreza, eventualmente permitindo taxas mais elevadas de hipertensão, de colesterol, sistemas imunitários mais frágeis, etc., conforme muitos estudos de epidemiologia, economia da saúde e de sociologia médica têm confirmado (Phelan et. al., 2004). As neoplasias do pulmão, doenças cardiovasculares e as doenças não neoplásicas do aparelho respiratório mostram também uma correlação mais elevada com desigualdades sociais (Nicolau et al., pg. 26).

Na primeira metade da década de 90, apesar dos progressos conseguidos em termos de convergência real e do aumento do rendimento médio disponível real das famílias, mantinham-se as assimetrias na sua distribuição. A taxa de pobreza, 26%, era a mais elevada na U.E. Apesar de uma diminuição gradual, em 2005 20% das pessoas ainda detinham um rendimento familiar disponível, depois das transferências sociais, inferior a 60% da mediana nacional; Veiga (2005, pg. 11) estimou, para Portugal, um coeficiente de Gini de 0,34. Ou seja, apesar da influência positiva do sistema de segurança social na redução da taxa de pobreza, o seu impacto foi menor que noutros países europeus (Ribeiro, 2007; Figura 1).

A reprodução social da pobreza é claramente indiciada pelos dados: em 2004, 74,7% da população entre os 25 e os 64 anos tinha um nível educacional baixo, e 40,4% da população jovem, entre os 18 e os 24 anos, apenas com o ensino básico, tinham já deixado de estudar. Na mesma data, na U.E., os valores médios eram respectivamente, 25,2% e 14,1% (Figura 1). Em Portugal a educação representa 40% da inequidade evitável em saúde, enquanto as diferenças regionais parecem não ser significativas (Veiga, 2005).

Figura 1. Indicadores de coesão social (2005)

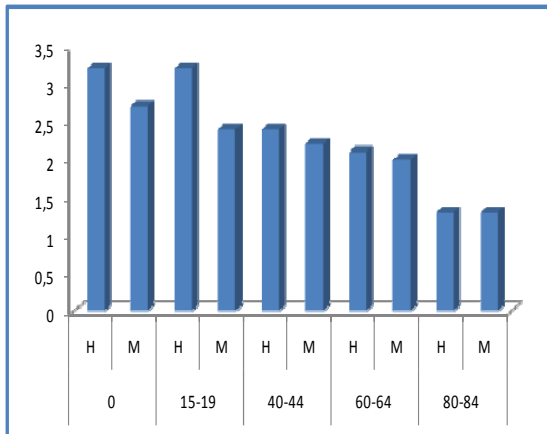


Fonte: Eurostat

Ainda assim, as melhorias nos níveis de vida, traduzidas em alimentação mais rica, em melhoria dos hábitos de higiene pessoal e nas condições de trabalho, bem como as políticas públicas intersectoriais nos cuidados primários de saúde, no saneamento básico e na educação, contribuíram para alterações demográficas significativas. Na U.E.15, a

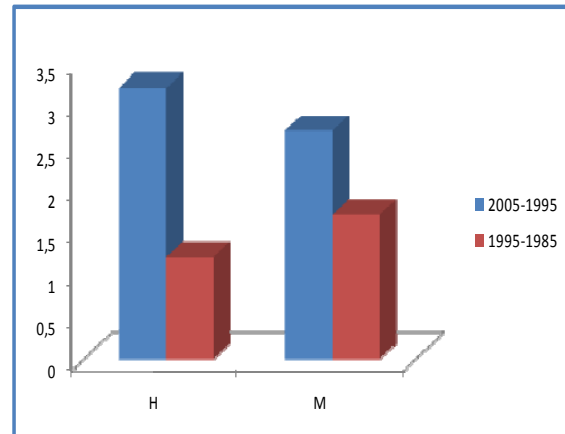
esperança média de vida à nascença passou de 43,5 anos para homens e 46 para mulheres, no início do século XX, para 75,4 e 81,4 início do séc. XXI (Liddle e Lerais, 2007). As Figuras 2 e 3 mostram as mudanças na esperança de vida, em dois períodos de tempo, por idade e por sexo.

Figura 2. Diferenças na esperança de vida, por sexo e grupo etário, 2005-1995



Fonte: Direcção-Geral de Saúde (cálculos próprios)

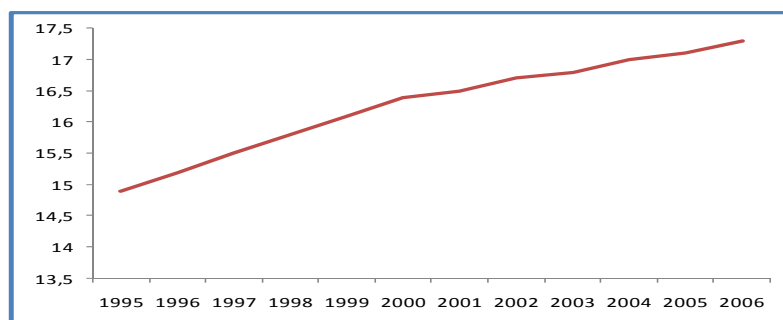
Figura 3. Diferenças na esperança de vida à nascença, por sexo, 2005-1995, 1995-1985



Fonte: Direcção-Geral de Saúde (cálculos próprios)

Em Portugal, em 1960, a esperança média de vida à nascença era de 64 anos; em 2005, tinha subido para os 78,2 anos, ainda ligeiramente abaixo da média da OCDE (78,6); os ganhos foram mais elevados na década de 1995 a 2005 do que na década anterior. O diferencial em termos de género era, em 2005, e em média na OCDE, 5,7 anos (6,5 em Portugal), mas na verdade os ganhos têm sido mais elevados no caso dos homens, provavelmente devido ao maior envolvimento das mulheres no mercado de trabalho, com maior homogeneização de comportamentos de risco. No grupo etário acima dos 80 anos, o aumento na esperança de vida é similar nos dois sexos. O envelhecimento da população foi significativo (Fig.4).

Figura 4. População com mais de 64 anos, 1995-2006 (%)

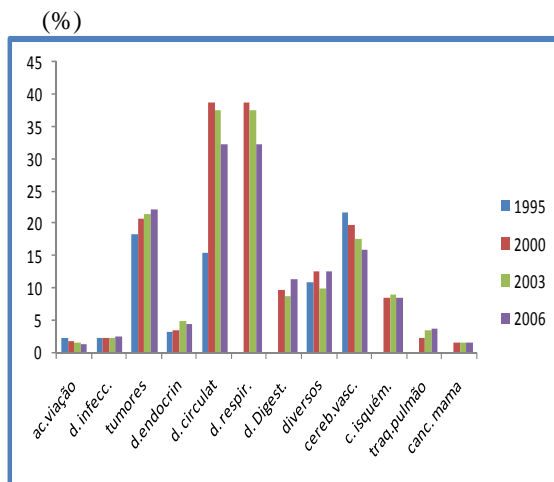


Fonte: INE

Entre 1960 e 2008, a proporção da população com mais de 65 anos passou de 8% para 17,4%, prevendo-se que atinja os 32% em 2060, acentuado pela maior longevidade expectável; note-se que a OMS considera uma população envelhecida quando a proporção de pessoas com 60 ou mais anos é superior a 7%, com tendência a aumentar. Se em 1960 existiam 27 idosos por 100 jovens, já em 2007 eram 114 por cada 100 jovens, podendo atingir os 271 em 2060 (previsões do INE). A população mais idosa, com mais de 80 anos, quadruplicou desde 1960, revelando um crescimento mais significativo do que qualquer outro grupo etário (4,2% da população total em 2008). O perfil de saúde da população alterou-se portanto, com aumento das doenças crónicas, como hipertensão ou diabetes, maiores gastos em saúde e novos desafios em termos de coordenação de cuidados e estratégias de prevenção e promoção de saúde, tanto mais quanto os idosos constituem o grupo etário mais fortemente atingido pela pobreza e pela privação (taxas de pobreza de 28% e 38%, em 2005 e 1995).

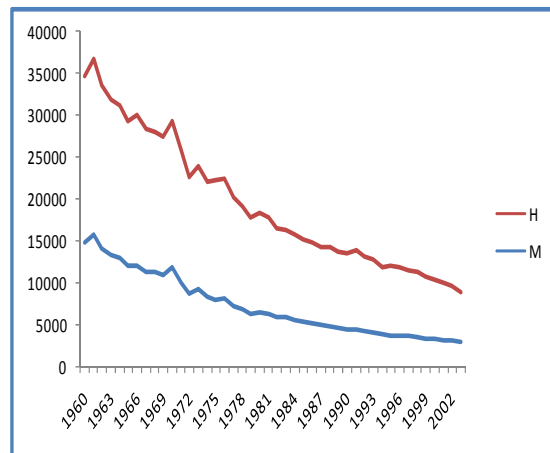
Mesmo tendo em conta as alterações demográficas, os indicadores sanitários têm vindo a melhorar de forma significativa (Quadro 1; Figuras 5 e 6). Entre 1985 e 2008, a

Figura 5. Principais causas de mortalidade



Fonte: D.G. Saúde

Figura 6. Anos de Vida Potencial Perdidos



Fonte: D. G. Saúde

taxa de mortalidade perinatal passou de 19,3‰ para 4,0‰ e a neonatal baixou 8‰, embora se distanciem ainda dos melhores valores na U.E. Já a estrutura da mortalidade,

por grupos de causas e por idades, tem-se mantido, embora acentuando tendências anteriores. A mortalidade prematura tem vindo a baixar, mais do que a média comunitária; antes dos 70 anos, os homens morrem de cardiopatia isquémica cardíaca, doença cérebro-vascular, cancro da traqueia, brônquios ou pulmão e as mulheres de doença cérebro-vascular e cancro da mama (Fig.5).

Ainda assim, H. Nogueira (2007), no mesmo sentido de outros estudos (Norman e outros, 2005), confirma para a área metropolitana de Lisboa, que a mortalidade prematura aumenta com o aumento de privação, sendo o gradiente visível ao longo de toda a hierarquia social. A evidência de um gradiente socioeconómico importante em Portugal é ainda verificada por Nicolau et.al. (2008), que mostram, para o período 2000-2004, que as variáveis mais significativas na explicação da variância concelhia das nove principais causas de mortalidade foram o índice de privação humana, o nível de urbanização dos concelhos, além dos hábitos tabágicos (ob.citada, pg.210). As recomendações vão no sentido da intervenção no âmbito da prevenção primária, nomeadamente direccionando intervenção política nas regiões onde o risco de morte é mais elevado.

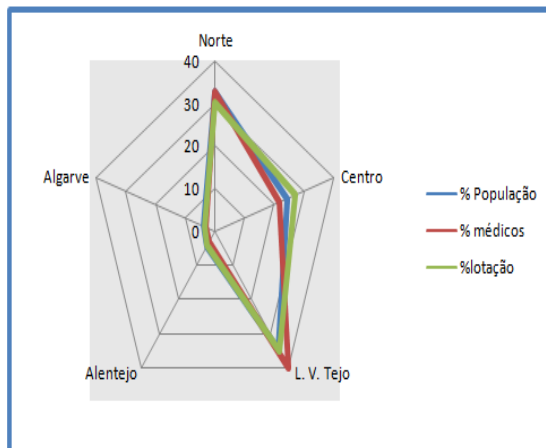
Os Anos de Vida Potencial Perdidos evidenciam as causas de mortalidade prematura com maior potencial de ganhos para a saúde. Revelam um forte decréscimo desde os anos 60 (Fig.6), superior à média da OCDE, tanto no caso dos homens como das mulheres. As principais causas de morte aqui abrangidas são evitáveis; no caso da diabetes, apontam no sentido de um funcionamento deficiente do sistema de saúde, exigindo acções integradas (Santana et. al, 2007). Mereceriam ainda uma intervenção prioritária o cancro do cólon e o cancro da traqueia, brônquios ou pulmão, respectivamente nos homens e nas mulheres, dado que revelam um aumento nos indicadores de mortalidade entre 2003 e 2005, face à década anterior (Figs.5 e 6).

Apesar do Serviço Nacional de Saúde garantir tratamento igual, e os critérios de avaliação serem nacionais, existe variabilidade geográfica na gestão e na distribuição dos recursos. A significativa atomização dos equipamentos hospitalares – cerca de 380 centros de saúde, para além de várias centenas de extensões de saúde e de uma centena de hospitais públicos - não impediu o crescimento do sector privado. 10, 6 % dos doentes inscritos nos centros de saúde não tinham ainda, em 2005, um médico de família, por falta de médicos (Instituto de Gestão Financeira Informática e Financeira da Saúde, 2005).

Em 2003, metade dos concelhos tinha menos do que um médico por habitante, correspondendo a um índice de Gini de 0,445 (Correia e Veiga, 2008). De acordo com o mesmo estudo, os médicos tendem a localizar-se em regiões onde é mais elevada a concentração de outros recursos de saúde, mas, principalmente, onde o nível de rendimento da população é mais alto, confirmando aliás estudos anteriores (Giraldes, 1995; Oliveira e Began, 2003).

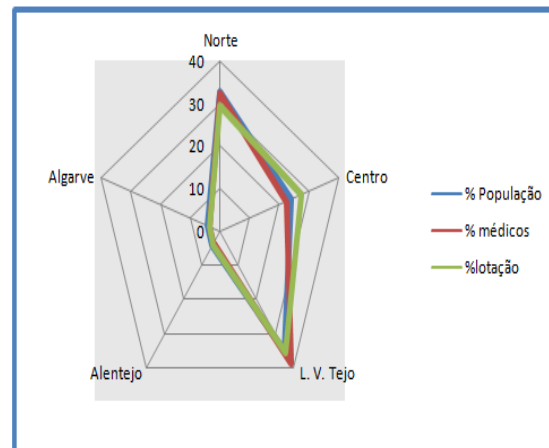
No entanto, quando tomados globalmente, os dados não confirmam uma forte assimetria espacial no acesso a cuidados de saúde; o peso relativo quer dos médicos, quer da capacidade de internamento, correspondem, grosso modo, ao peso relativo da população nas regiões portuguesas, e evoluíram positivamente entre 2000 e 2008. Destacam-se, ligeiramente acima da média, Lisboa e Vale do Tejo (médicos) e a Região Centro (lotação). A relativa equidade geográfica é confirmada também por Amado e Santos (2008), sendo certo que, a elevada densidade populacional nos grandes centros urbanos cria dificuldades no acesso aos cuidados de saúde; o pior resultado em termos de equidade registava-se em 2005, em Setúbal, seguido pelo Porto e Lisboa (Fig. 20).

Figura 7. Distribuição da rede, SNS,2000



Fonte: Cálculos próprios, a partir de dados de “Centros de Saúde e Hospitais”, D.G.S, 2000

Figura 8. Distribuição da rede, SNS,2007

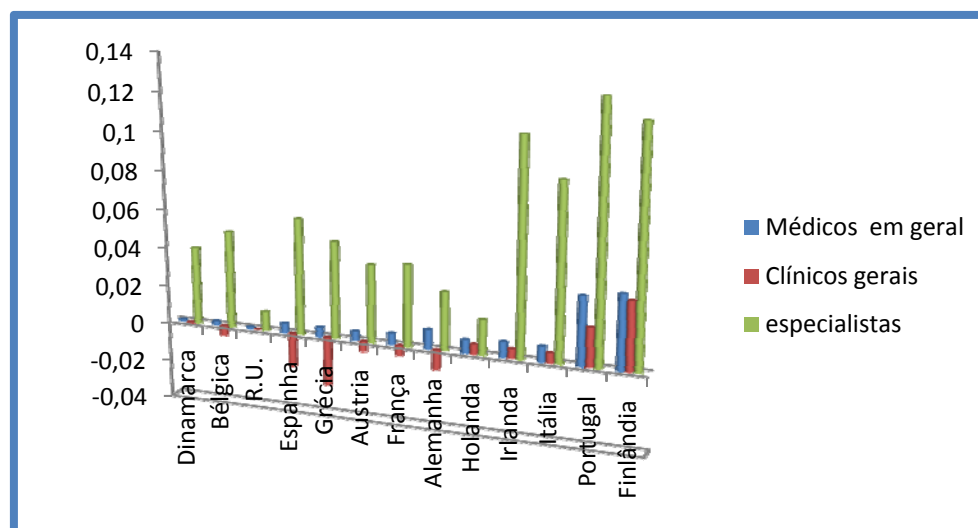


Fonte: Cálculos próprios, a partir de dados de “Centros de Saúde e Hospitais”, 2007

Cerca de 20% da população está ao abrigo de sub-sistemas com base na profissão, como acontece com os funcionários públicos, ou ainda com os trabalhadores do sector bancário. Coexistem ainda seguros de saúde de cariz voluntária. Esta heterogeneidade no acesso aos cuidados de saúde introduz por sua vez uma dupla desigualdade, na medida em que corresponde, em média, a trabalhadores com níveis educacionais e rendimentos mais elevados, e garante maior facilidade de acesso a especialistas (Bago

d'Uva e Jones, 2009). A manutenção de listas de espera longas contribui igualmente para introduzir inequidades horizontais no sistema de saúde, uma vez que os doentes mais ricos conseguem mais facilmente ultrapassar o problema, recorrendo a especialistas no sector privado; aliás, em rendimentos mais elevados, a preferência por cuidados privados de saúde como substitutos da rede pública, constitui uma forma de garantir rapidez no acesso (Bago d'Uva e Jones, 2009), e justifica o aumento das despesas privadas em saúde. Em 2000, o índice de inequidade horizontal em Portugal era positivo, tanto no que respeita a clínicos gerais quanto a especialistas, sendo particularmente enviesado neste último caso (Fig.9); o mesmo ocorre na Finlândia, na Itália e na Irlanda, países onde também coexiste a opção de recorrer, em alternativa, ao sector privado (van Doorslaer et al. ,2006; Bago d'Uva et. al. 2009).

Figura 9. Índice de inequidade horizontal para a probabilidade de visita a médicos



Fonte: a partir de Van Doorslaer, 2006, pg. 182

Em suma, os ganhos de saúde, nas últimas décadas, foram notáveis. Apesar de se registar ainda um atraso face aos melhores valores da União Europeia, a universalidade do acesso à saúde constitucionalmente garantida pelo SNS, traduzida na disseminação da rede hospitalar e de centros de saúde, a par do aumento do número de médicos e outros profissionais de saúde, e complementada por políticas intersectoriais, permitiu de facto maior equidade na utilização dos cuidados de saúde e a melhoria dos níveis de vida. Subsistem, contudo, problemas, entre os quais, o recurso a especialistas, bem

como o acesso a dentistas, apresenta tem ainda um enviesamento para a população de rendimentos mais elevados. Por outro lado, as alterações sócio-demográficas e as expectativas dos cidadãos colocam ainda problemas sérios no que respeita, nomeadamente, à rede de cuidados continuados de saúde, à resolução das ineficiências do sistema, e à sustentabilidade financeira do sistema em si.

IV. Ineficácia e ineficiência evitáveis

A Figura 10 ilustra os conceitos de equidade, eficiência e eficácia. Do ponto de vista da eficiência os inputs, ou recursos usados, sejam a rede hospitalar e de centros de saúde, bem como médicos, enfermeiros e restante pessoal de saúde, bem como despesas nos meios auxiliares de diagnóstico e em medicamentos, produzem um output, embora a definição de resultados, em saúde, levante algumas dificuldades. A literatura inclui aqui a análise de indicadores de *case-mix*, mortalidade infantil, anos potenciais de vida perdida, mortalidade evitável, podendo ser alargada à satisfação dos pacientes. Por exemplo, os gastos públicos em saúde afectam a esperança de vida à nascença ou a taxa de mortalidade. O rácio entre os inputs e os outputs é a medida mais simples de

Figura 10. Equidade, Eficiência e Eficácia

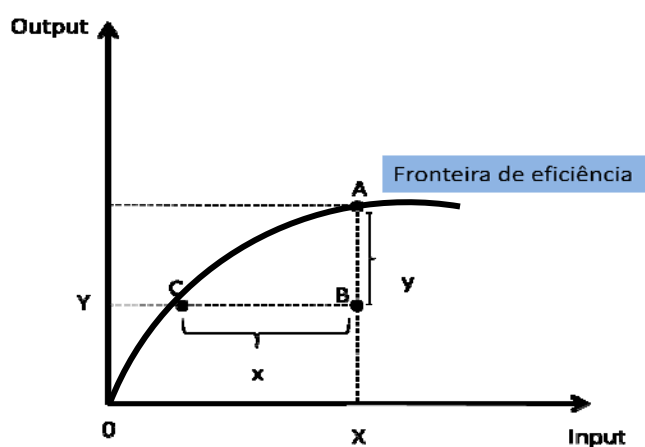
Fonte: adaptado de Amado et. al., 2008, pg. 4

eficiência, mas na verdade o conceito remete para a fronteira da curva de possibilidade de produção, que indica o nível máximo de output que se pode conseguir com um dado

input, ou ainda o nível mínimo de input necessário para um dado output que se pretende obter. Os ganhos traduzidos em movimentos para a fronteira da curva de possibilidades de produção traduzem maior eficiência técnica, isto é, são melhores práticas.

Os economistas, no entanto, sublinham as vantagens resultantes de análises de custo-benefício, reflectindo a optimização das combinações de inputs e outputs, isto é, a eficiência alocativa. Os cuidados de saúde são o resultado da interligação entre médicos, outro pessoal de saúde, infra-estruturas de saúde, e tecnologia médica e farmacêutica, que maximize a qualidade da saúde dos portugueses – e este objectivo importa alcançar. Significa isto que não é suficiente assegurar a eficiência técnica, ao nível de cada unidade de saúde, mas o funcionamento eficiente de todo o sistema de saúde público, procurando garantir que nenhuma outra combinação alternativa de recursos originaria um output mais elevado. O ambiente legal, as condições sócio-económicas, o nível de desenvolvimento económico, o ambiente, a qualidade da administração pública, são factores importantes e que podem condicionar os resultados obtidos.

Figura 11. Fronteira de Eficiência



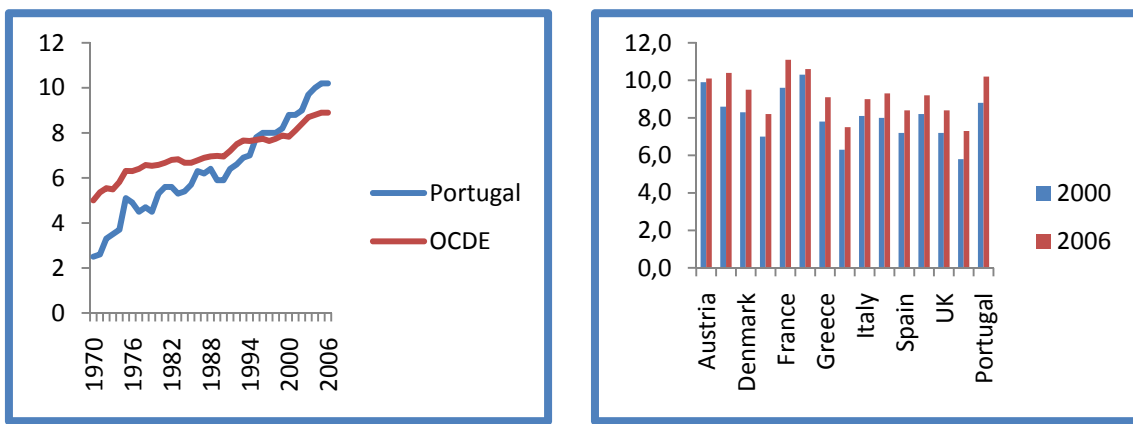
Fonte: Adaptado de Mandl et . al., 2008, pg.8

Adaptando a abordagem de Mandl et. al. (2008, pp.3-8), dois países, A e B, podem ter as mesmas despesas de saúde (input X), mas A é mais eficiente que B (Fig. 11), uma vez que obtém um nível de output mais elevado. O país C, tal como o país A, está na fronteira de eficiência, embora gaste menos e obtenha um output mais baixo. Restam duas hipóteses ao país B, dada a sua ineficiência – ou aumenta o seu output até ao nível de A, isto é, acrescentando y, ou reduz os seus gastos em x, e fica ao mesmo nível de C.

Já o conceito de eficácia relaciona o output aos objectivos finais que se pretendem, na maior parte das vezes, determinados por escolhas políticas. Assumindo o objectivo da melhoria dos níveis de saúde expressos pela esperança de vida à nascença, seguramente os recursos utilizados nas últimas décadas foram eficazes.

As despesas totais com a saúde têm registado um ritmo de crescimento significativo; entre 1970 e 2006 passaram de 3,11% para 10,2% do PIB (Fig.12), seguindo aliás um comportamento comum à generalidade dos países desenvolvidos.

Figura 12. Despesas totais com saúde (%PIB)

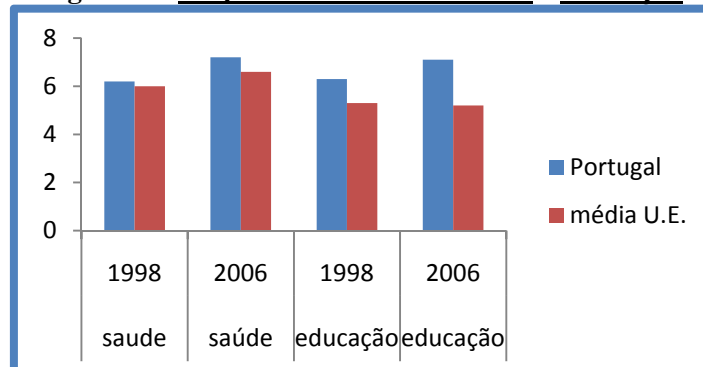


Fonte:OECD Health Data, 2008

Fonte:OECD Health Data, 2008

Esta evolução enquadra-se na tendência, a longo prazo, nos estados membros da U.E., de acréscimos nos gastos públicos em protecção social, nomeadamente em Portugal. Note-se que, tanto na saúde, como na educação, as despesas públicas em Portugal excedem claramente a média comunitária (Fig.13), revelando um notável acréscimo desde finais da década de 90. Em 2006, as despesas públicas em saúde representavam 7,2% das despesas totais em saúde.

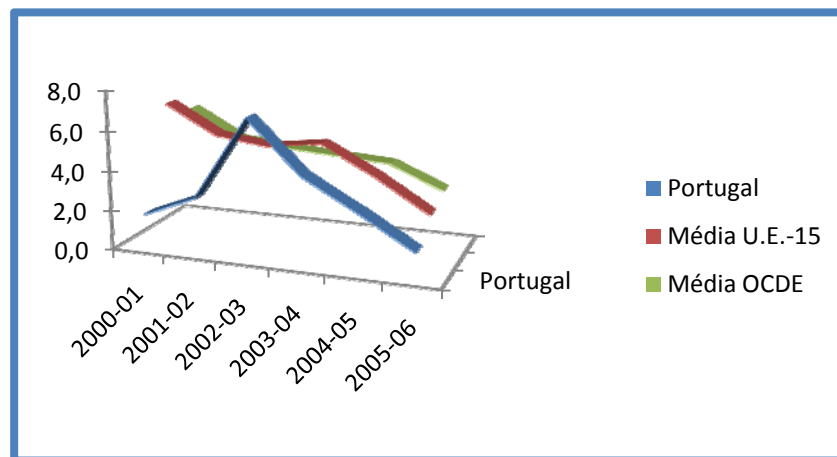
Figura 13. Despesas Públicas em Saúde e Educação



Fonte:OECD Health Data, Eurostat

No entanto, desde 2003, que as taxas de crescimento reais anuais, na saúde, têm vindo a diminuir (Fig.14) quer nos países da OCDE, na U.E.-15 , e igualmente em

Figura 14. Taxas de Crescimento reais anuais (2000-2006)



Fonte: OECD, Health data, 2008

Portugal; na OCDE passou-se de uma taxa de crescimento média anual de 6,2% entre 2000 -2003, para 3,6% entre 2003-2006, e em Portugal de 3,83% para 2,86. Os principais agentes financiadores dos gastos públicos em saúde foram, em 2006, o Sistema Nacional de Saúde (57,5%), os diversos subsistemas de saúde pública (7,1%) e outras unidades da administração pública (5,7%; INE). Do lado do financiamento privado, 27,4% foi suportado directamente pelas famílias.

As razões por detrás por aumento das despesas de saúde não são claras. Têm sido analisados e discutidos diversos factores, entre os quais, os salários dos médicos, as despesas em medicamentos, o efeito do envelhecimento, a proximidade ao fim da vida, o progresso tecnológico nos meios de diagnóstico e nos tratamentos, os tipos de seguros, a ineficiência dos serviços, para ser quase uma rotina concluir pela necessidade de mais pesquisa. A literatura parece concordar apenas com a sua correlação com o PIB (Hartwig, 2006). A discussão tem evoluído muito pela aplicação de testes econométricos mais ou menos sofisticados, testando a hipótese de a saúde ser um bem de luxo, e portanto o acréscimo nas despesas ser superior ao aumento do rendimento, ou uma necessidade, sendo a elasticidade-rendimento zero ou negativa (Freeman,2003). As diferenças nas elasticidades-rendimento poderão estar associadas quer a sistemas de saúde baseados em

seguros (elasticidade baixa), quer a sistemas de financiamento público (elasticidades elevadas) (Getzen, 2000). Por outro lado, a globalização da saúde, traduz-se quer na disseminação dos conhecimentos e das tecnologias médicas, quer na rápida disseminação de doenças, pelo que as despesas poderão ter tendência para convergir; testes conduzidos para o período entre 1960 e 1990, em países da OCDE, apontam nesse sentido (Barros, 1998). Na linha de Baumol, poder-se-ia ainda argumentar que a saúde será sempre um sector trabalho-intensivo, onde portanto os acréscimos cumulativos de produtividade são limitados: “apesar do uso dos computadores na medicina, não há substituto para a atenção pessoal do médico” (Baumol, 1967, pg. 423). Poderão ser as próprias características técnicas de produção da saúde que determinam o aumento dos custos (Baumol, 1993; Hartwig, 2006).

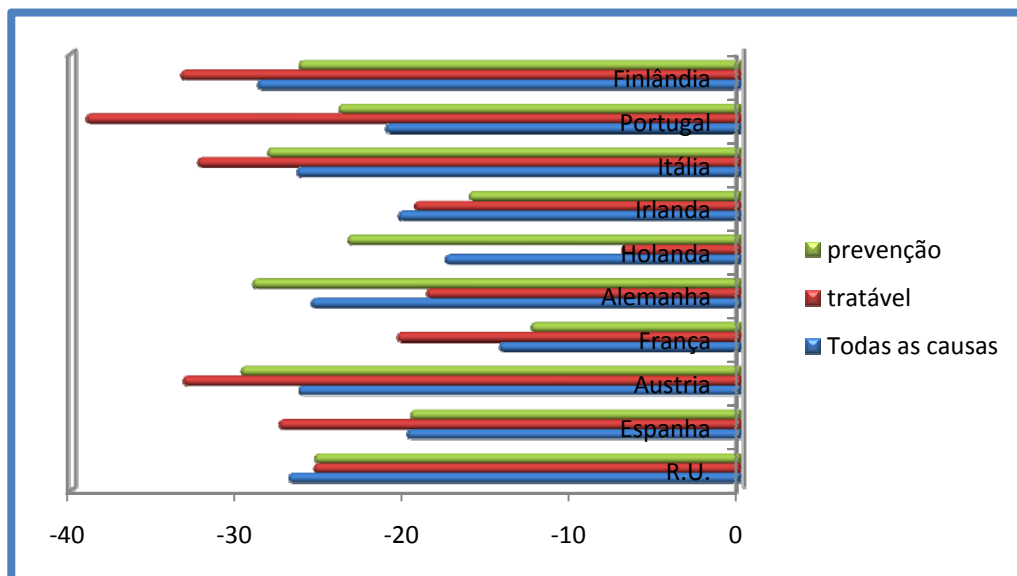
Parece-nos, contudo, que a questão não é essa. É absolutamente inegável a importância de se ter uma população com nível educacional elevado e com qualidade de saúde; é aliás condição, em si, para o bom funcionamento da economia e da sociedade. Mas no actual contexto de envelhecimento da população e das justificadas crescentes expectativas de mais e melhor saúde, pressionando no sentido da despesa, o problema é cada vez mais a qualidade das finanças públicas, a criação de mais valor para os cidadãos, e o melhor uso possível dos recursos públicos. Só a melhoria na eficiência e na eficácia dos gastos públicos poderá manter a melhoria tendencial dos níveis de vida das populações, e ao mesmo tempo permitir um investimento continuado na investigação científica na medicina. De acordo com os resultados de Afonso e St.Aubyn (2006) para um conjunto de países da OCDE e para o sector da saúde, poder-se-iam melhorar os resultados em 40% utilizando exactamente os mesmos recursos. Os autores mostram que, em geral, as ineficiências no sector se relacionam com o PIB per capita, com a educação, com o consumo de tabaco e com a obesidade.

O tabaco é um factor de risco elevado no cancro do pulmão. Os custos de saúde atribuíveis ao tabaco são muito significativos em Portugal, atingindo os 19,32% dos custos totais em saúde (Botelho et. al. 2008). As políticas públicas de restrição do tabaco em locais públicos foram importantes, mas as campanhas de sensibilização para diminuir a prevalência do fumo têm de continuar a ser feitas. Botelho et al. (2005) estimaram, para 2005, 3658 milhões de euros em despesas de saúde atribuíveis ao tabaco; cerca de 40 milhões de euros poderiam ter sido poupados através de campanhas de informação.

As despesas de saúde atribuíveis ao álcool são também significativas, o que reflecte, como seria de esperar, o facto de Portugal ser um dos países Europeus com um nível mais elevado de consumo (11,2l de consumo per capita de álcool puro, de acordo com dados de 2001, WHO). Usando dados de 1995, Botelho et. al. (2008) calcularam custos directos anuais na ordem dos 134,3 milhões de euros. Ou seja, por cada euro gasto em despesas de saúde, gastou-se 3,31 euros a mais em pacientes devido ao abuso do álcool. No caso da obesidade e do excesso de peso, embora ainda de uma forma não significativa em termos per capita, registou-se um acréscimo muito claro da despesa que lhe é associada ao longo da década de 90 (Veiga, 2008).

O conceito de “mortalidade evitável” tem como objectivo analisar as causas de morte que poderiam não ter ocorrido se a saúde pública tivesse sido eficaz (Newey e outros, 2004) e, nessa medida, constitui um indicador da eficiência relativa do sistema de saúde. No que se segue, de acordo com a metodologia proposta por Newey et. al. (2004), consideramos as doenças que respondem a condições de tratamento, e logo à acção médica, como a hipertensão, diabetes mellitus ou a leucemia, por exemplo, e que designamos por “tratável”, e as que poderão responder a políticas inter-sectoriais de saúde, como é o caso do cancro do pulmão ou a cirrose, e que designamos por “prevenção”.

Figura 15. Variação nas Taxas de Mortalidade Masculina Evitável
(por prevenção e tratável), 1990/91 a 2001/02



Fonte: a partir de dados de Newey et. Al. 2004,

Em 1990, as causas de mortalidade evitável “tratável” variavam entre 13% na Holanda e 30% na Bulgária, no caso dos homens, e entre 26% (Suécia) e 44% (Roménia), no caso das mulheres. Na mesma data, as condições de mortalidade que poderiam ser prevenidas por políticas intersectoriais eficazes variavam entre 10% e 21%, respectivamente na Suécia e na Itália (homens) e entre 4% (Bulgária) e 11% na Hungria, no caso das mulheres (Newey et al., 2004, pg.17). Portugal era o exemplo das “piores práticas”, com as taxas de mortalidade evitável mais elevadas da U.E.-15, mas dez anos depois registava as melhorias mais acentuadas, a par da Áustria e da Finlândia, o que traduz um progresso considerável na eficácia do sistema de saúde (Figura 15).

A lista das doenças apresentada no Quadro 2 não é exaustiva, e corresponde à informação estatística que foi possível obter, de forma consistente e comparável, no

Quadro 2. Taxas de mortalidade evitável padronizada pela idade

Causas de morte	Classificação Internacional doenças, IC10	Classificação Internacional ICD-9	2005	2002	1995 (ICD-9)	Tratável/Prevenção
Neoplasma maligno do colon	c-18-c21	153-154	20,4	15,4	19,9 (2000)	Tratável
Neoplasma maligno da pele e mama	C40-41, c43-44,c45,	173	14,0	15,1	19,7 (2000)	Tratável
Neoplasma maligno da mama feminina	C50	174	19,8	21	25,1 (1996)	Tratável
Neoplasma maligno da traqueia, brônquios e pulmão	C33-34	162	42,4	23,1	22,7 (1996)	Prevenção
Neoplasma maligno do colo do útero	C53	180	3,1	3,3		Tratável
Tumores malignos do tecido linfático	C81-c96	201	12,3	13		Tratável
Diabetes Mellitus	E10-E14	250	27,2	28,4	30,6	Tratável
Doença isquémica do coração	I20-25	410-414	52,6	62,9	75,6	Tratável
Doenças cerebrovasculares	I60-I69	430-438	92,5	116,8	187,1	Tratável
Doenças respiratórias	J00-J99	460-479	64,3	67,6		Tratável
Pneumonia	J10-J18	487, 480-486	26,2	21,7	33,2	Tratável
Doença crónica fígado e cirrose	K70, K73-K74	571.0-571.3	12,2	14,1	22,7	Prevenção
Acidentes com veículos a motor	V02-V04;V09;V12-V14;V19-V79;V86-V89	E810-825	12,0	18,8	20,9	Prevenção

Fonte: Cálculos próprios, a partir de dados da Direcção Geral de Saúde

período em causa. Ainda assim, e embora a análise dos resultados deva ser feita com cuidado, entre as principais causas de mortalidade evitável mantêm-se as doenças cerebrovasculares, a cardiopatia isquémica, as doenças respiratórias e as neoplasias da traqueia e do pulmão, que correspondem às principais causas de morte em Portugal.

Por outras palavras, as causas de morte evitável contribuem significativamente para a taxa global de mortalidade, embora se assinale o contínuo declínio no período considerado, tanto nas condições tratáveis quanto de prevenção. Ou seja, é importante que se continue a atribuir prioridade a um melhor acesso ao diagnóstico da hipertensão, dos diabetes, de certos tipos de cancro, bem como às políticas intersectoriais de saúde, nomeadamente na prevenção do consumo de tabaco e de álcool, bem como dos acidentes de viação, e os comportamentos de risco que lhes estão associados.

- **Hospitais** -

Os hospitais SA foram criados em 2002, no quadro de lógica progressiva de aplicação da nova gestão pública, a par do lançamento de parcerias público-privadas (PPP). Por outras palavras, foi-se passando de um sistema nacional de saúde baseado na combinação do financiamento público com prestação directa dos cuidados de saúde por unidades públicas, para a descentralização dos cuidados de saúde, e a aplicação tendencial de um modelo de contratualização com entidades externas. O objectivo era passar de um sistema com reconhecidas ineficiências ao nível da gestão para a aplicação de regras contabilísticas mais claras, maior controlo e profissionalização da gestão, com separação funcional entre financiador e prestador dos serviços e que permitisse uma maior prestação de cuidados de saúde.

34 unidades do sector público administrativo foram transformadas em 31 sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos, ao que acresceram em 2004, 2 novos centros hospitalares SA, em resultado da integração de 2 instituições SPA com 2 hospitais já empresarializados. Em 2005, 31 unidades SA passaram a Entidades Públicas Empresariais (EPE), bem como 5 outras unidades hospitalares, entre as quais os Hospitais de S. João e Santa Maria. Em 2007, foram criados mais 10 hospitais EPE, através da transformação de hospitais SPA e da integração em Centros Hospitalares (CH) ou Unidades Locais de Saúde (ULS). A actividade dos hospitais EPE é contratualizada com o

Ministério da Saúde, que fixa os preços dos serviços e define objectivos económico-financeiros; desde 2005, que os hospitais que se mantiveram como SPA podem também celebrar contratos-programa, embora na base do financiamento continuem a estar as transferências orçamentais.

Quadro 3. Indicadores de Oferta, Hospitais EPE e SPA, 2005

	Lotação Praticada	Dias Internamento	Doentes Saídos	Demora Média	Tx Ocup	Doentes Saídos por cama	Número Hospitais	Número Médicos
Região Norte	6.719	1.858.739	255.855	7,1	75,80%	38	23	5088
EPE	3.339	973.230	135.008	7	79,90%	40	10	
SPA	3.380	885.509	120.847	7,3	71,80%	36	13	
Região Centro	6.245	1.785.643	235.227	7	76,10%	37	27	3.682
EPE	2.484	681.025	103.430	6	75,10%	42	7	
SPA	3.941	1.104.618	131.797	8,1	76,80%	33	20	
Zona L. V. Tejo	7.181	2.058.080	251.011	7,9	78,50%	35	32	6628
EPE	3.371	979.550	126.189	7,4	79,60%	37	10	
SPA	3.810	1.078.530	124.822	8,4	77,50%	33	12	
Zona Alentejo	907	239.839	27.262	8,6	72,40%	30	3	432
EPE	273	70.977	9.560	7,3	71,20%	35	1	
SPA	634	168.862	17.702	9,4	73,00%	28	2	
Zona Algarve	775	233.583	29.722	7,7	82,60%	38	2	455
EPE	284	86.443	11.183	7,5	83,30%	39	1	
SPA	491	147.140	18.539	7,8	82,20%	38	1	

Fonte: Estatísticas do Movimento Assistencial, 2005

Quadro 4. Indicadores de Oferta, Hospitais Centrais, Distritais, Nível I, 2007

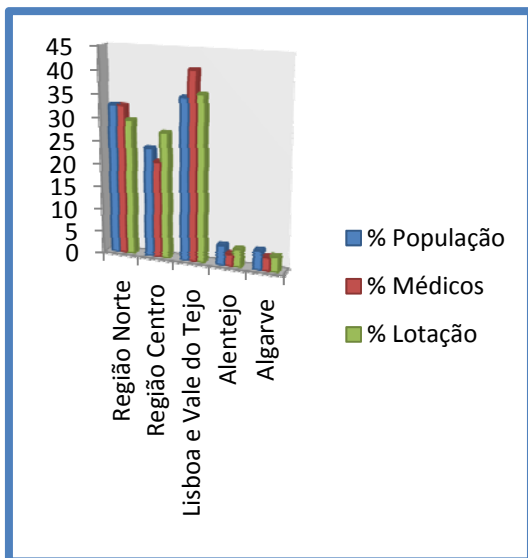
	Lotação Praticada	Dias Internamento	Doentes Saídos	Demora Média	Taxa de Ocupação	Doentes saídos Por cama	Número Hospitais	População	Número Médicos
Região Norte	7298	2091695	301453	6,9	78,5	41,3	18	3294006	5362
Hospitais Centrais	3053	863648	123682	7	77,5	40,5	4		3126
H.centrais especializ	543	155469	16334	9,5	78,4	30,1	4		376
Hospitais distritais	3485	1017152	152517	6,7	80	43,8	8		1774
Outros	217	55426	8920	6,2	70	41,1	2		86
Região Centro	6786	1827790	232434	7,9	73,8	34,3	29	2413312	3459
Hospitais Centrais	2055	553404	70863	7,8	73,8	34,5	2		1510
H.centrais especializ	868	234856	8213	28,6	74,1	9,5	6		204
Hospitais distritais	3382	923739	138710	6,7	74,8	41	12		1630
Outros	481	115791	14648	7,9	66	30,5	9		115
Lisboa Vale do Tejo	8898	2679550	325676	8,2	82,5	36,6	21	3552156	6735
Hospitais Centrais	4586	1390063	166058	8,4	83	36,2	7		4334
H.centrais especializ	1234	394094	29962	13,2	87,5	24,3	5		532
Hospitais distritais	2896	847017	124416	6,8	80,1	43	7		1812
Outros	182	48376	5240	9,2	72,8	28,8	2		57
Alentejo	963	241392	31283	7,7	68,7	32,5	3	441020	438
Hospitais Centrais	0	0	0	0	0	0	0		0
H.centrais especializ	0	0	0	0	0	0	0		0
Hospitais distritais	963	241392	31283	7,7	68,7	32,5	3		438
Outros	0	0	0	0	0	0	0		0
Algarve	826	262625	33631	7,8	87,1	40,7	2	426386	491
Hospitais Centrais	0								
H.centrais especializ	0								
Hospitais distritais	826	262625	33631	7,8	87,1	40,7	2		491
Outros	0								

Fonte: Centros de Saúde e Hospitais, Recursos do SNS, DGS, 2007

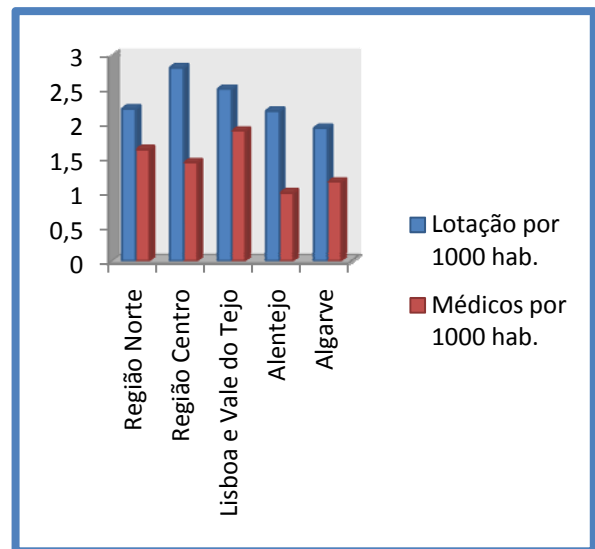
Os quadros 3 e 4 apresentam os indicadores de oferta hospitalar, em 2005 e em 2007. No primeiro caso, consideram-se os hospitais EPE e SPA, nas regiões Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve. No segundo caso, apresentam-se os indicadores de oferta para os hospitais centrais (incluindo especializados), distritais e de nível I para 2007, para as mesmas regiões.

A partir dos dados apresentados no Quadro 4, para 2007, é possível analisar a distribuição da estrutura da rede hospitalar, tendo em conta o internamento global. A Região Centro apresenta rácios superiores à média no que respeita à lotação (número de camas), mas inferior em termos de médicos por 1.000 habitantes; já na região Norte, a situação é inversa. O Alentejo e o Algarve não têm hospitais centrais. Na Região Centro a maior percentagem de camas, nos hospitais, está também nos hospitais distritais. Só em Lisboa e Vale do Tejo existem mais camas em hospitais centrais; na Região Norte, a diferença não é significativa. Se maior proximidade de recursos significa maior acessibilidade, então a distribuição da rede hospitalar não apresenta distorções significativas em termos de equidade, dada a concentração da população urbana em Lisboa (Figura 16).

Figura 16 – Distribuição da Rede Hospitalar, 2007



Fonte: cálculos próprios, a partir de dados da Direcção Geral de Saúde



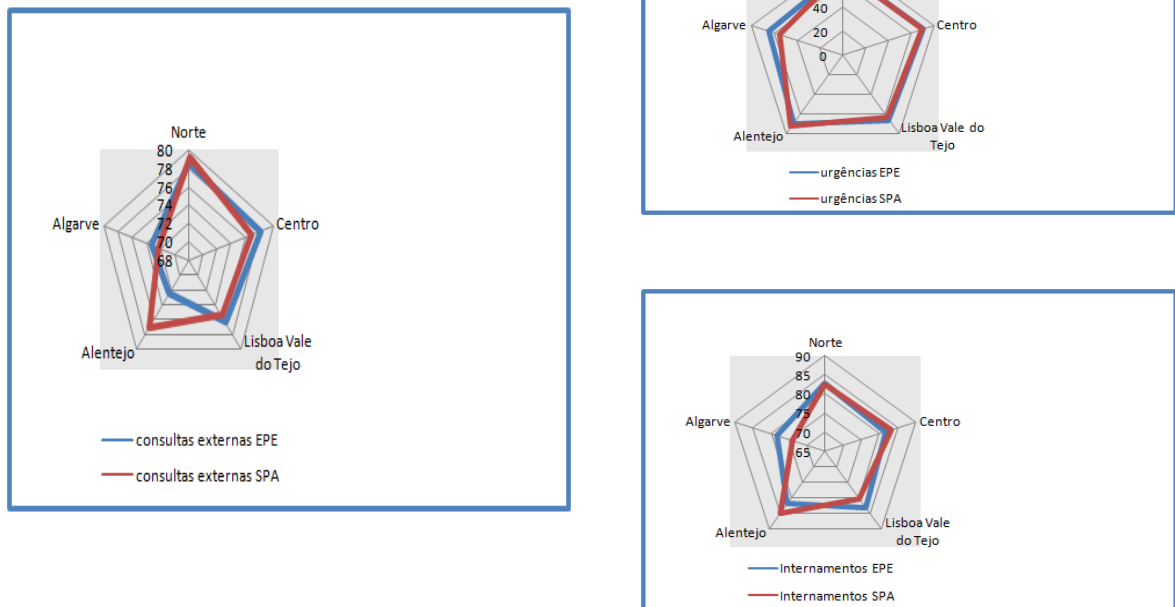
Fonte: cálculos próprios, a partir de dados da Direcção Geral de Saúde

De acordo com os indicadores assistenciais, em 2007, a taxa de ocupação mais elevada é na Região de Lisboa e Vale do Tejo (82,5%), onde se registam também os rácios

mais elevados de internamento, quer seja per capita, por hospital, ou por médico. Já os melhores resultados em termos de demora média e número de doentes saídos por cama se encontram na Região Norte, respectivamente, 6,9 e 41,3. Já no que se refere aos hospitais distritais, o rácio de doentes saídos por cama são muito semelhantes, e remetem para uma utilização com nível de acessibilidade mais elevada.

Do ponto de vista da qualidade percebida pelos utentes, um estudo conduzido pela Universidade Nova de Lisboa e da responsabilidade da Administração Central do Sistema de Saúde, divulgado em Maio de 2009, permite concluir que, no geral, não existe diferença significativa percebida entre os dois tipos de hospitais.

Figura 17. Satisfação dos utentes,
Hospitais, 2008



Fonte: ACSS, 2009

O estudo referido apresenta ainda os valores médio das variáveis latentes, explicativas da qualidade percebida. Vale a pena sublinhar que, em qualquer dos casos (consultas externas, internamento e urgências, em hospitais EPE e SPA), o grau de satisfação mais elevado corresponde à avaliação dos médicos e enfermeiros, seguido pelos exames e tratamentos. A satisfação dos utentes é ainda superior à obtida em inquéritos análogos conduzidos por exemplo, para serviços de transportes das áreas metropolitanas de Lisboa ou Porto, telemóveis, internet ou banca. Os utentes dos hospitais reagem desfavoravelmente ao tempo de espera, aos processos burocráticos de admissão e de alta,

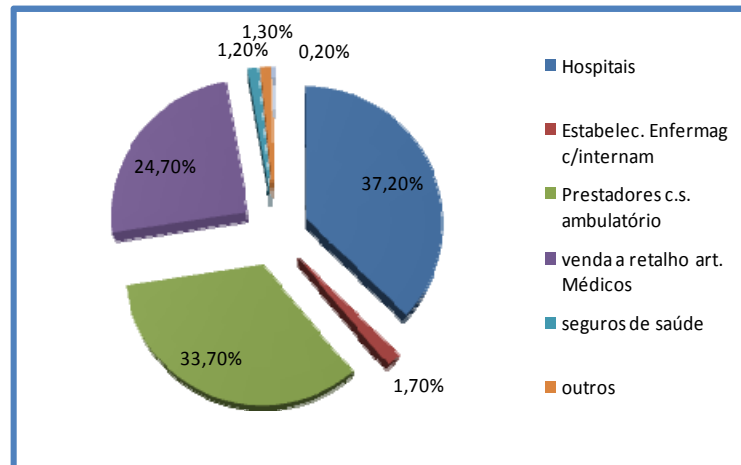
ao tratamento das reclamações, factores que poderiam ser facilmente ultrapassados, sem custos adicionais, através de uma filosofia organizacional focada no utente. Ou seja: mais e melhor gestão.

Existem já estudos e indicadores relativos à avaliação da reforma de 2002, no que respeita tanto à eficácia no tratamento dos pacientes, quanto à eficiência técnica no desempenho hospitalar e à qualidade dos serviços prestados. A Comissão de Avaliação dos Hospitais (2006) aponta no sentido de melhorias relativas de eficiência nos hospitais-empresa a partir de 2004, embora com falhas no modelo de gestão, nomeadamente no que respeita a políticas de recursos humanos e aprovisionamento. Os resultados de testes conduzidos por S. Moreira (2008) para a estimação da fronteira de eficiência relativa, quer global, quer por grupos de hospitais SPA e EPE, entre 2001 e 2005, mostram que se verificaram ganhos de eficiência nos hospitais EPE face aos que se mantiveram no sector público administrativo, embora não muito significativos. Giraldes (2007) confirma também a maior eficiência relativa dos hospitais EPE em 2004.

No mesmo sentido apontam os resultados obtidos por Afonso e Fernandes (2008); entre 2000 e 2004 a produtividade nos hospitais aumentou ligeiramente, embora com um recuo em 2005. Para o acréscimo da produtividade factorial total, foi mais importante a mudança em termos de eficiência, do que em termos técnicos. Contudo, os autores encontraram variações na eficiência durante o período considerado; só 7 hospitais se mantiveram sempre na fronteira - H. S. Sebastião da Feira, H. Nossa Senhora da Ajuda/Espinho, H. Bernardino Lopes de Oliveira/Alcobaça, Pombal, Hospital de Santa Cruz, Instituto Oftalmológico Gama Pinto, H. Nossa Senhora da Conceição/Valongo. 40% dos hospitais, entre os quais o Hospital de S. João, o Hospital de S. Marcos/Braga, o Hospital da Universidade de Coimbra, e o Hospital de Santa Maria, mantiveram-se sempre abaixo da fronteira de eficiência.

Em 2006, de acordo com a Conta Satélite da Saúde 2005-2007, a quase totalidade da despesa corrente em saúde era feita em hospitais, centros de cuidados de saúde

Figura 17. Despesa corrente em cuidados de saúde , por prestador e função (2006)



Fonte: Conta Satélite da Saúde, 2005-2007, INE (2008)

especializados em ambulatório, incluindo serviços auxiliares de cuidados de saúde (laboratórios de análises clínicas, imagiologia de diagnóstico e outros; Fig.17). Entre 2003 e 2006, a variação nas despesas em saúde em serviços de cuidados de saúde em ambulatório registou taxas de variação superiores às despesas em internamento.

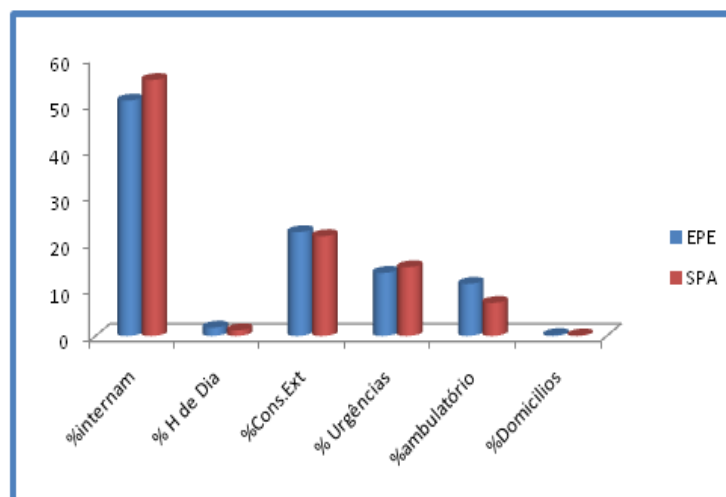
Quadro 5. Indicadores de recursos financeiros afectados

hospitais por região	% internamento	% Hosp de Dia	% Cons.Ext	% Urgências	% ambulatório	% Domicilios
Região Norte	50,8	1,4	22,6	13,7	11,2	0,3
Hospitais Centrais	48,1	1,52	25,15	10,6	14,6	0,03
Hospitais distritais	51,8	1,3	21	17,2	8,1	0,6
Outros	64,7	0,2	16	13,6	5,3	0,2
Região Centro	54,3	1,1	20,3	15,7	8,5	0,1
Hospitais Centrais	54,9	0,75	22,9	11	10,4	0,05
Hospitais distritais	54,1	1,4	18,6	18,8	6,9	0,2
Outros	50,7	0,7	12,2	31	5,3	0,1
Lisboa Vale do Tejo	51,11	2,4	23,33	12,7	10,4	0,06
Hospitais Centrais	51,18	2,4	24,6	11,8	9,98	0,04
Hospitais distritais	50,71	2,19	16,33	17,64	13	0,13
Outros						
Alentejo	57,2	0,78	18,6	16,3	7,1	0,02
Hospitais Centrais						
Hospitais distritais	56,8	0,8	18,8	16,5	7,1	0
Outros	62,97	0,44	15,26	13,81	7,52	0
Algarve	49,15	2,1	16,09	18,7	13,93	0,03
Hospitais Centrais						
Hospitais distritais	49,15	2,1	16,09	18,7	13,93	0,03
Outros						
Total Continente	52,05	1,6	22,07	14,02	10,1	0,16
Hospitais Centrais	50,96	1,8	24,44	11,25	11,51	0,04
Hospitais distritais	52,96	1,46	19,4	17,56	8,28	0,34
Outros	60,16	0,41	14,74	19,1	5,45	0,15

Fonte: cálculos próprios, a partir da informação disponibilizada em ACSS (relatórios de contas dos hospitais e contratos-programa, 2007)

No que diz respeito aos recursos financeiros afectados, as estratégias de intervenção dos serviços prestadores podem variar entre regiões de saúde e tipos de hospitais. Em 2007, o peso do internamento hospitalar era bastante acima da média tanto no Alentejo quanto na Região Centro, que claramente o privilegiam relativamente ao ambulatório e ao hospital de dia (Quadro 5) . De qualquer forma, o peso do ambulatório é muito baixo, bem como dos domicílios que podem constituir forma de acompanhar em casa doentes crónicos, e principalmente, cuidados relacionados com a terceira idade . Aparentemente continua a apoiar-se uma abordagem aos cuidados de saúde tradicional, focada em estadias nos hospitais, embora a demora média, de facto, tenha vindo a diminuir. A Figura 18 traduz a comparação, para os mesmo indicadores, entre hospitais EPE e SPA, ao nível do continente.

Figura 18. Indicadores de recursos afectados, por tipo de hospitais EPE e SPA



Fonte: cálculos próprios, a partir da informação disponibilizada em ACSS (relatórios de contas dos hospitais e contratos-programa, 2007)

O quadro 6 reporta as despesas de saúde pública, por habitante e por doente saídos dos hospitais, enquanto indicadores de eficiência na utilização dos recursos. Procura-se medir assim o retorno das despesas de saúde pública, nos hospitais, a partir dos dados financeiros disponibilizados nos contratos-programa assinados com os hospitais EPE, mas também do SPA. Neste contexto, o Orçamento de Estado, em 2007, pagou, em média, 380 euros por cada habitante; o custo médio por doente saído foi de 4.164 euros. Assumindo todas as

Quadro 6 . Despesas por habitante e doentes saídos, por tipo de hospital (2007)

hospitais por região	Saídos por 1000 hab	despesa por 1000 hab	despesa por doente	População	contrato-programa
Região Norte	301453	406,5093383	4441,966739	3294006	1.339.044.199,49
Hospitais Centrais	140016		4642,258244		649.990.430,33
Hospitais distritais	152517		3916,94837		597.401.214,50
Outros	8920		10274,95007		91.652.554,66
Região Centro	232434	366,56469	3805,961973	2413312	884.634.965,22
Hospitais Centrais	79076		5190,409413		410.436.814,73
Hospitais distritais	138710		3087,543984		428.273.225,98
Outros	14648		3135,235152		45.924.924,51
Lisboa Vale do Tejo	325676	373,8875075	4078,000077	3552156	1.328.106.753,02
Hospitais Centrais	196020		5736,742758		1.124.516.315,49
Hospitais distritais	124416		1636,368614		203.590.437,53
Outros					
Alentejo	31283	524,9259806	7400,276699	441020	231.502.855,96
Hospitais Centrais					
Hospitais distritais	31283				221.189.202,44
Outros					10.313.653,52
Algarve	16389	124,1697425	3230,474089	426386	52.944.239,84
Hospitais Centrais					
Hospitais distritais					
Outros					52.944.239,84
Total Continente	924477	380,1314888	4164,025683	10126880	3.849.545.971,65
Hospitais Centrais	415112		5263,50373		2.184.943.560,46
Hospitais distritais	480557		3128,449529		1503398320
Outros	28808		32903,74662		947891132,7

Fonte: cálculos próprios, a partir da informação disponibilizada em ACSS (relatórios de contas dos hospitais e contratos-programa, 2007)

regiões com excepção do Alentejo e do Algarve, casos que claramente justificam uma análise mais detalhada, comprova-se da mesma forma que os custos médios nos hospitais centrais são significativamente mais elevados. As despesas por habitante, e por doente, são mais elevadas na Região Norte, mas ainda assim correspondem ao peso relativo da população e da distribuição da rede hospitalar.

No entanto, ao longo dos anos, as transferências feitas para os hospitais, seja directamente ou através de contratos-programa, tem sido reportada como insuficiente. Os hospitais vêm acumulando prejuízos; entre 2003 e 2008, os resultados operacionais do hospitais EPE atingiram – 1. 129,6 milhões de euros, e resultados líquidos na ordem do – 793 milhões de euros (ACSS, diversos anos; E.Rosa, 2009). De acordo com o parecer emitido pelo Tribunal de Contas, para 2007, as dívidas do SNS eram superiores a 2.200 milhões de euros. Os custos reais por doente devem, por isso, ser mais elevados do que os estimados com base apenas nas transferências acordadas em contrato-programa.

A atomização hospitalar, com custos fixos muito elevados em termos organizacionais, as formas de compensação dos médicos através de horas extraordinárias, a manutenção de listas de espera, entre outros factores, têm sido reportados como importantes na explicação da subida dos custos da saúde (C.Campos, 2008). Por outro lado, a força dos lobbies no sector dos transportes dos doentes, um sector claramente concentrado e sem uma fiscalização eficaz, contribui para uma menor eficiência. De acordo com um estudo da Entidade Reguladora da Saúde, em 2005, a despesa nacional em transporte de doentes atingiu os 135 milhões de euros.

- Centros de saúde –

Em 2007, existiam em Portugal 346 centros de saúde, dos quais 29 com unidades de internamento, correspondendo, em média, a 29.268 utentes, envolvendo 7033 médicos. O número de utentes sem médico de família não está correctamente identificado; em 2005, as listas de utentes foram limpas, o que permitiu identificar 759 mil pessoas sem médicos de família. Cada centro de saúde, em média, dispunha de 20,32 médicos, e 21,12 enfermeiros, tendo sido realizadas 28.989.906 consultas. Se assumirmos que o valor em 2007 andaria pelos 700.000, então haveria 1340 doentes por médico, 4122 consultas por médico e 2,9 consultas por utente. Em 2000, havia 19,43 médicos por centro de saúde, cerca de 10% de pessoas sem médico, 1254 doentes por médico, que fazia em média 3809 consultas. Ou seja, sete anos depois a situação não era globalmente melhor.

A primeira geração dos centros de saúde teve o seu início na reforma de Gonçalves Ferreira em 1971. Passaram a coexistir com os postos dos Serviços Médico-Sociais das Caixas de Previdência, e destinavam-se fundamentalmente à prevenção de doenças infecto-contagiosas com base em campanhas de vacinação. Com a reforma de 1983 são criados os centros de saúde de “segunda geração” e que corresponderam à integração dos centros de saúde existentes, dos postos das Caixas de Previdência e de hospitais concelhios (Branco e Ramos, 2001). No entanto, a centralização da gestão em administrações regionais de saúde, e em sub-regiões, criou problemas junto dos médicos, e, em geral, os objectivos de saúde em termos da sua eficácia e equidade não foram alcançados (Branco e Ramos, 2001; Gouveia et. al. 2007). Já na sequência de

diversas tentativas organizacionais de melhoria dos serviços, através de trabalho em equipas e diminuição da burocracia, como os grupos Alfa, sem resultados claros, em 1998 é implementado o Regime Remuneratório Experimental (RRE) dos médicos de carreira de Clínica Geral. O objectivo era discriminar positivamente em função do desempenho, com base em adesão voluntária e no preenchimento de diversas condições (alargamento do horário de abertura, elaboração de um plano de acção anual e de um sistema de informação que permitisse a monitorização da assistência, e integração de 3 médicos de forma a garantir o atendimento no próprio dia).

Em 1999 foram criados os centros de saúde de “terceira geração”, dotados de maior autonomia administrativa e financeira, incorporando 4 a 10 unidades de saúde familiar (USF), com uma unidade operativa e uma outra de cuidados de enfermagem e apoio psicossocial (Campos, 2008). Na prática, não passou do papel, embora tenham começado a funcionar 6 grupos de USF – RRE . No final de 2002, o número de RRE era de 20, distribuídos por diversos centros de saúde na Regiões Norte, Lisboa e Vale do Tejo e Alentejo.

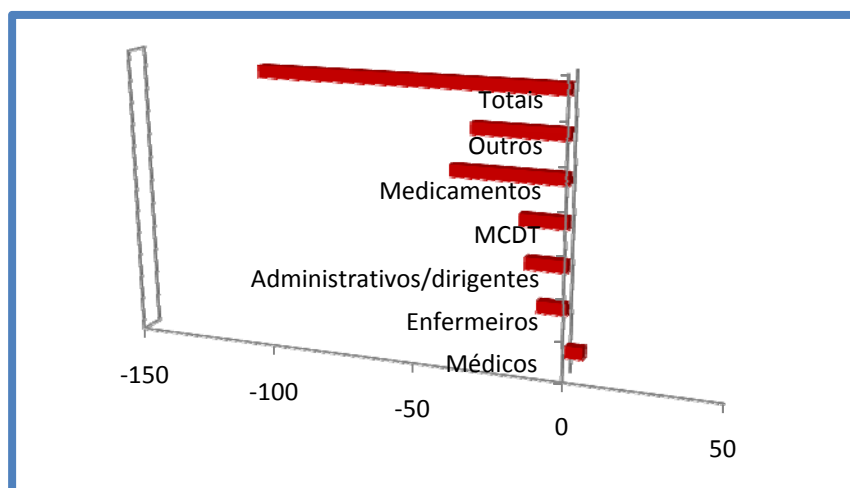
Em 2003 volta a ser formulada uma nova política para a rede dos cuidados de saúde primários, que sucessivos governos e dificuldades políticas de implementação inviabilizaram. Em 2006, foram finalmente regulamentadas as fases e a metodologia de implementação das USF; as primeiras USF abriram as portas em Setembro desse ano (USF Nascente - Centro de Saúde de Rio Tinto, em Gondomar, a USF de Valongo, a USF de São João do Sobrado - Centro de Saúde de Valongo, e a USF de Condeixa. Desde então, e até finais de 2008, foram criadas 141 USF, que permitiram atribuir médico de família a cerca de 190 mil novos utentes.

Para além da autonomia funcional e técnica, de um sistema retributivo com base no desempenho e do trabalho organizado em equipas multiprofissionais, previa-se ainda a contratualização de uma carteira básica de serviços (Campos, 2008, pg.93), que veio a ser regulamentada pela Portaria nº 1368/2007. Tratava-se da explicitação de um compromisso assistencial, definindo um núcleo base de serviços clínicos assegurando a vigilância, promoção da saúde e prevenção da doença, cuidados em situação de doença aguda e acompanhamento de situações de doença crónica, bem como a prestação de cuidados no domicílio. Previa-se ainda a colaboração em rede com outros serviços, numa perspectiva de gestor de saúde do cidadão. As USF devem manter um horário alargado, entre as 8h e as 20h, embora as características do meio ambiente envolvente

permitam alguma flexibilidade, a dimensão da lista de utentes deve garantir, em média, 1550 utentes por médico, que em função de incentivos adicionais poderá ir até aos 1.900. A Portaria estabelece também a possibilidade de definir uma carteira adicional de serviços, em situações devidamente contratualizadas.

O estudo conduzido por Gouveia et. al. para 2006, conclui que os custos por utente são inferiores nas unidades RRE por comparação com os outros centros de saúde. A diferença varia entre os 54€ e os 104€, conforme se controla apenas as diferenças entre profissionais de saúde e medicamentos, ou por todos os factores. Por outro lado, a percentagem de utilizadores nos RRE é 5,8% mais elevada, embora o número de consultas anuais por utilizador baixe. Tendo em conta as vantagens de uma possível auto-selecção a favor dos RRE (até porque os médicos que escolhem ir trabalhar para RREs são diferentes, na medida, fazem em média mais 410 consultas, e gastam menos por consulta), confirmada aliás, ainda assim o custo médio por consulta é, em média, inferior em 14,4% ao da consulta num centro de saúde. A Fig.19 mostra as diferenças de custo por utente, imputáveis ao estatuto RRE; no caso dos médicos, verifica-se um aumento de 5,63%, face a uma poupança de, por exemplo, cerca de 16% para os meios complementares de diagnóstico e tratamento (MCDT), 38% nos medicamentos. Confirmam-se ainda vantagens decorrentes de economias de escala em todos os factores, com excepção dos médicos, medicamentos e MCDT.

Figura 19 .Vantagens do Efeito RRE



Fonte: a partir de dados de Gouveia et. al. 2006, pg. 57

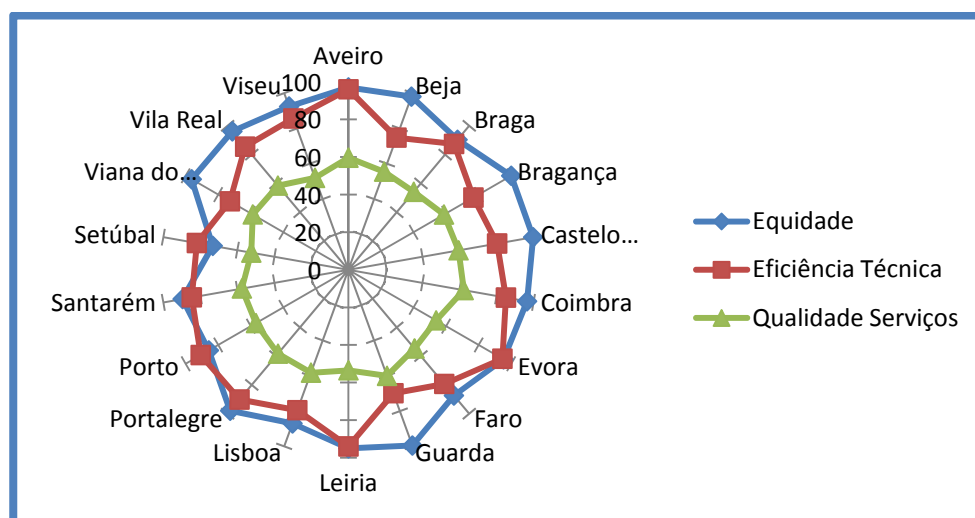
De acordo com o mesmo estudo, esta poupança, que é significativa, não se traduz em menos utentes ou em menos consultas; o número de consultas por utilizador passou de 3,7 para 4,7 nas RRE. Em termos orçamentais, a implementação de 34 USF, em 2007, face aos centros de saúde tradicionais, terá permitido uma poupança anual, em 2007, da ordem dos 9 milhões de euros por ano (C.Campos, 2008, pg. 99).

Mas o modelo não teve sucesso, desde logo, porque os médicos não aderiram. As razões para tal poderão ter ficado a dever-se a uma imagem de “meio caminho” para a clínica privada, ou ainda resistência à integração em equipas multiprofissionais, ou até por um insuficiente envolvimento das administrações regionais de saúde no processo de mudança. De certa forma, continuou a assumir-se o modelo Weberiano de organização burocrática, segundo o qual os funcionários se limitam a implementar, passivamente, mas de forma eficaz, as políticas governamentais.

Amado e Santos (2009) usaram dados dos centros de saúde de 2003 e 2004 para testar a sua eficiência, equidade e qualidade. Os resultados estão apresentados na Figura 20, e vão no mesmo sentido das conclusões a que se chegamos neste trabalho. Os piores resultados em termos de equidade no acesso encontram-se nas regiões de forte densidade populacional, nomeadamente Lisboa, Porto, e de uma forma particular, Setúbal. No que se refere à eficiência, nos centros de saúde, a variação entre

Figura 20. Níveis de Equidade, Eficiência e Qualidade

Centros de Saúde, 2005



Fonte: a partir de dados em Amado e Santos, 2009

distritos é superior, o que também vai no mesmo sentido da análise conduzida para os hospitais. Os distritos de Aveiro, Évora e Leiria apresentam o nível de desempenho mais elevado. Claramente, um melhor uso dos recursos poderia permitir, só por si, uma maior provisão de serviços, sem que ficasse comprometida a equidade ou a qualidade dos mesmos, o que teria de passar pela alteração de processos e de práticas. O indicador da qualidade resulta dos inquéritos conduzidos aos centros de saúde pelo Health Quality Institute, em 2003. Novamente, os resultados vão no mesmo sentido dos já referidos para os hospitais; os utentes estão, em geral, uma satisfação elevada na interação doente-médico, indicando como principais queixas o atendimento e a organização dos serviços.

V. A Quadratura do Círculo?

Nas secções anteriores procurou conhecer-se a estrutura do sistema nacional de saúde, e os seus principais problemas na perspectiva de equidade e eficiência. Nas últimas décadas, os cuidados de saúde providos publicamente evoluíram no sentido de maior acessibilidade, maior equidade e maior eficácia, eficiência e qualidade percebida pelos utentes. Evoluíram ainda no sentido de maior empresarialização, maior participação dos utentes nas despesas de saúde, e na tentativa de aplicação de regras e processos de gestão típicos da nova gestão pública. Mas é certo que a escala e a natureza das necessidades de saúde se alteraram, e que o aumento contínuo das despesas em saúde coloca necessariamente a questão do seu controlo. Para que o sistema de saúde, público, possa oferecer mais, tem de oferecer melhor. O sistema de saúde funciona de forma eficiente se não for possível organiza-lo de modo a que todos os membros da sociedade estejam melhor do que estavam antes.

Em primeiro lugar, o aumento da longevidade foi um claro ganho do crescimento e desenvolvimento económico, da melhoria da qualidade de vida – e da generalização na acessibilidade a cuidados de saúde, bem como dos avanços na medicina. No entanto, criou problemas novos. Morre-se hoje muito menos de hipertensão ou de doenças cérebro-vasculares, mas a probabilidade de se viver com doenças crónicas e incapacidade aumentou; de acordo com dados. É, por isso, necessário que se preparem unidades de convalescença, hospitais e centros de cuidados de saúde intermédios, e cuidados domiciliários, que possam permitir acompanhar os

idosos, a um custo que o país possa aceitar, e garantindo a aplicação de métodos cientificamente correctos e socialmente aceitáveis (WHO, 2004). Trata-se, não só, de reforçar o papel dos hospitais de dia e do ambulatório, bem como dos domicílios, mas igualmente reforçar qualificações dos profissionais da saúde em geriatria, e, de um modo mais geral, em comportamentos e atitudes apropriadas às necessidades específicas destes utentes. É ainda necessário prover os medicamentos necessários, incluindo terapias complementares, e divulgar informação sobre os cuidados a ter na prevenção de doenças. O problema é que tudo isto coloca problemas do ponto de vista de financiamento.

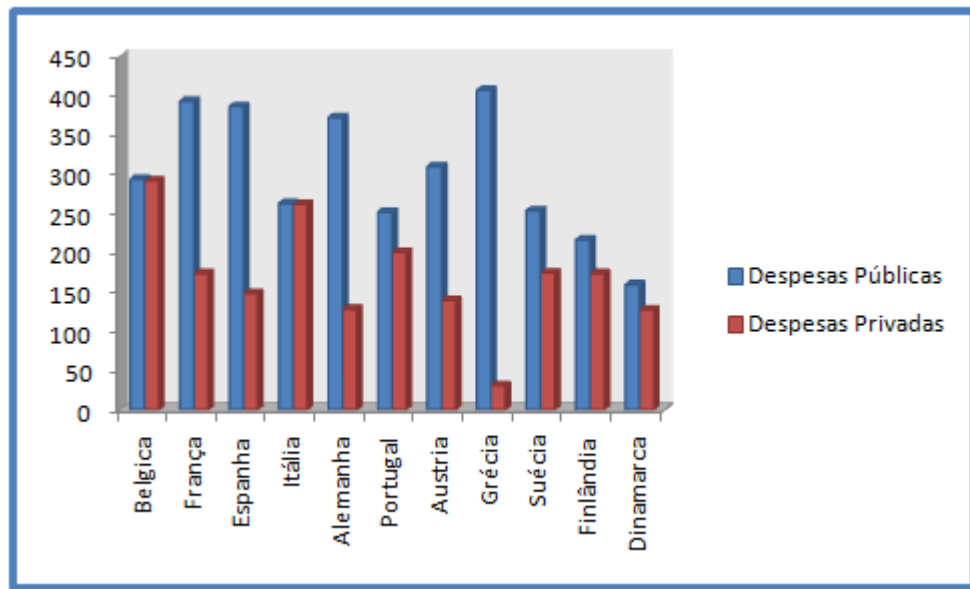
A equidade não pode ser vista apenas em termos da prestação e da acessibilidade aos cuidados de saúde, mas também em termos do financiamento de todo o sistema. Por outras palavras, é importante saber até que ponto as escolhas relativas ao financiamento contribuem, ou não, para a equidade. Do ponto de vista das finanças públicas, traduz-se na progressividade da carga fiscal, ou seja, no rácio entre os impostos e o rendimento. Os impostos, progressivos, poderão então ser utilizados enquanto mecanismo de transferência líquida mais elevada para os mais pobres. De acordo com Simões et. al. (2008, pp.127-181) , em 1980, em termos fiscais, as famílias recuperavam apenas 1% das suas despesas em saúde; em 1990, essa percentagem tinha subido para os 14%. No entanto, nesse mesmo período, os benefícios fiscais reforçaram a regressividade; nos dois decis de rendimentos mais elevados, a recuperação fiscal de despesas de saúde situava-se entre os 22% e os 27%, face a 1% e 2% nos dois decis de rendimentos mais baixos. A alteração aos benefícios fiscais em 1999 não veio resolver o problema, de acordo com os autores, dado que a distribuição da poupança fiscal, em 2000, seguia a distribuição do rendimento. Quem beneficia das deduções fiscais é quem paga impostos, basicamente é isso, deixando de fora os mais pobres e os idosos, muitos com pensões muito baixas.

Outro factor importante de mudança é o crescente peso nos custos da saúde da disponibilidade e recurso a meios de diagnóstico, de análise e de tratamento cada vez mais sofisticados tecnologicamente, incluindo gastos crescentes em medicamentos.

Apenas para dar uma ideia, na OCDE, em 2007, os gastos totais em medicamentos representaram 10 a 30% das despesas totais em saúde. A Figura 21 reporta as despesas per capita em medicamentos, quer públicas, quer privadas, em

alguns países da União Europeia. Em Portugal, entre 1995 e 2001, os gastos públicos com medicamentos

Figura 21. Despesas públicas e privadas em medicamentos , per capita,2006



Fonte: OECD Health Data, 2008. Os valores vêm apresentados em dólares, PPP

criaram acima dos 73%, com uma taxa nominal de 11%. Em 2006, correspondiam nomeadamente, a 251 dl.e 200 dl. per capita (medidos em paridade de poder de compra); já no que se refere ao peso da despesa em medicamentos no total da despesa nacional em saúde, Portugal apresentava a segunda taxa mais elevada entre os países da U.E.(21,6%), logo a seguir à Espanha (2005; dados da OCDE).

A procura de medicamentos caracteriza-se por uma elasticidade-preço baixa, isto é, as variações nas quantidades procuradas são pequenas relativamente às variações nos preços, o que acontece, em parte, porque as pessoas pagam apenas uma fracção do preço, e por outro lado, porque a procura se caracteriza pela informação imperfeita entre o médico e o doente. A escolha do doente está obviamente limitada pelo papel do médico, que actua como um seu agente, embora imperfeito, o que por sua vez justifica também os investimentos elevados feitos na promoção directa das empresas farmacêuticas. Ainda do lado da procura, e com importância cada vez mais significativa, as farmácias têm vindo a assumir papel de actores. Na verdade, em certa medida, e mesmo contra a concordância dos médicos, as farmácias podem actuar de

forma activa na interacção com os doentes no que se refere à substituição do prescrito por genéricos, mais baratos (Straume, 2006).

Seguindo a evolução registada noutros países, em Portugal, têm sido adoptados diversos instrumentos no sentido de controlar as despesas em medicamentos, algumas actuando do lado da procura, e outras do lado da oferta.

O mercado dos medicamentos não sujeitos a receita médica foi liberalizado, com a finalidade de permitir maior acessibilidade dos consumidores aos medicamentos e aumentar a concorrência no mercado. A ideia é que liberalizando o mercado e aumentando o grau de concorrência os preços dos produtos farmacêuticos tenderia a descer. A decisão de liberalização baseou-se num estudo da universidade Católica e na experiência da Austrália e da Espanha; abolindo as barreiras à entrada, o excedente do consumidor viria aumentado, com ganhos em termos de bem-estar.

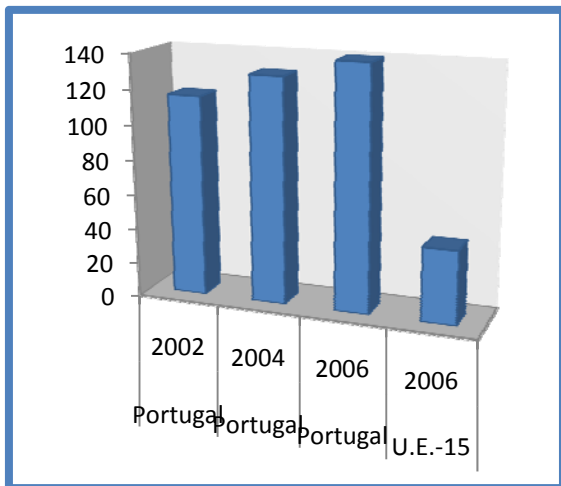
Neste sentido, o Decreto-Lei 65/2007 e a Portaria 300-A/2007 consagram uma nova metodologia de formação dos preços, estabelecendo um regime de preços máximos para medicamentos sujeitos a receita médica, com a excepção dos que se destinam a uso exclusivo do sector hospitalar. Definia-se ainda que os preços dos medicamentos genéricos deveriam ser inferiores, no mínimo, a 35% do preço do medicamento de referência, ou para valores unitários menores que 10 € inferiores em 20%. Aliás, já desde 2003 que se procurava incentivar a utilização de medicamentos genéricos através de sistema de preços de referência (SPR) para grupos homogêneos de medicamentos; os medicamentos são incorporados de acordo com a substância activa. Uma vez que os preços de referência são estabelecidos ao nível do medicamento genérico com o preço mais alto, o utente paga a diferença entre o preço do medicamento e o preço de referência. No entanto, este sistema só incentiva de facto a utilização dos genéricos se os preços de referência forem elevados, o que significa que as empresas farmacêuticas podem prosseguir estratégias de protecção dos seus produtos, baixando os preços de referência e com isso evitar o aumento do mercado dos medicamentos genéricos. Análises empíricas conduzidas para os casos da Alemanha, Nova Zelândia e Holanda confirmam que, embora o propósito dos preços de referência seja estimular a concorrência e, dessa forma, contribuir para a diminuição dos preços, é muito pouco provável que tal venha a verificar-se. A ser assim, se porventura o mecanismo for utilizado ao mesmo tempo que a diminuição das taxas de comparticipação nos preços dos medicamentos, ficará agravada a equidade no acesso aos mesmos.

De forma mais abrangente, a Política do Medicamento, implementada de forma progressiva desde 2005, teve como objectivo garantir a eficácia e a qualidade dos medicamentos, mas num contexto em que se permita a sustentabilidade do sistema e a racionalidade e eficiência na gestão dos medicamentos em meio hospitalar e em ambulatório. Para tal, foi desenvolvido o plano integrado “Genéricos 2007”, que se traduzia num conjunto de acções destinadas a melhorar o nível de conhecimentos sobre os medicamentos genéricos, dirigidas a todos os intervenientes no processo de prescrição e utilização dos medicamentos. Considerou-se prioritário aumentar a acessibilidade aos medicamentos não sujeitos a receita médica, alargando os pontos de venda, que em finais de 2008, era mais de 720 (Direcção Geral de Saúde, 2009). O valor da quota de mercado dos medicamentos genéricos passou de 0,13% em 2000, para 17,85% em 2007 (S. Simoens, 2008) aproxima-se, actualmente, dos 20%. Os encargos do Ministério da Saúde com os medicamentos nas farmácias baixaram 1,4% em 2006, e 1,7% em 2007.

Em resumo, do lado da oferta, procuraram-se controlar preços, reforçar a importância dos medicamentos genéricos, diminuir as barreiras à entrada, nomeadamente nas farmácias, e estabelecer limites à informação médica. No entanto, dado que a margem comercial das farmácias era, em 2007, única (18,25%), conforme Simoens (2008) sublinha, acabam por ser incentivadas a vender primeiro os remédios mais caros; noutros países, os farmacêuticos podem reter 30% da diferença de preços entre genéricos e outros (Alemanha) ou têm ainda descontos superiores nos genéricos (França). Já do lado da procura, tentou-se aumentar o nível de conhecimentos sobre os medicamentos e os perigos associados a um consumo exagerado e sem acompanhamento médico (Figuras 22 e 23), e alterar as comparticipações dos utentes. No entanto, o aumento da taxa de comparticipação em 10% ocorrido em 2000, foi anulado em 2005.

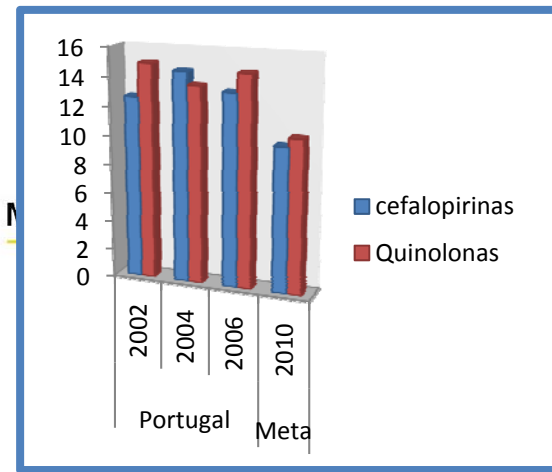
Não é fácil analisar o impacto da política de medicamentos, tanto em termos de equidade, quanto de eficiência. A redução das taxas de comparticipação é negativa para os rendimentos mais baixos. Por outro lado, os médicos não foram incentivados a utilizar genéricos, sempre que possível, ou a manter sistemas de informação para

Figura 22. Consumo de medicamentos ansiolíticos, hipnóticos e sedativos antidepressivos (SNS, ambulatório)



Fonte: Indicadores e Metas do Plano Nacional de Saúde, 2008. O valor para a U.E. é o melhor.

Figura 23. Percentagem de consumo de cefalosporinas e quinolonas no consumo de antibióticos (ambulatório)



Fonte: Indicadores e Metas do Plano Nacional de Saúde, 2008.

monitorizar a prescrição. No entanto, conforme refere Campos (2008, pg. 77) devido ao uso generalizado de protocolos terapêuticos nos hospitais, e a uma negociação mais efectiva com os principais fornecedores de medicamentos, foi possível reduzir a despesa dos hospitais, sem diminuir a qualidade do serviço de saúde prestado.

VI. Conclusão

Desde a década de sessenta, a acessibilidade e a qualidade dos cuidados de saúde prestados alteraram-se de forma significativa, num sector muito complexo, onde as mudanças se têm de fazer implementar de forma cuidada, motivando os profissionais de saúde, definindo os incentivos correctos para parceiros como a indústria farmacêutica por exemplo, divulgando e promovendo a adopção de comportamentos mais correctos do ponto de vista da saúde pública e individual, aumentando a literacia em saúde, ou seja, seguindo estratégias de implementação eficazes. Por outro lado, no que a muitos parece ser uma espécie de quadratura do círculo, é necessário fazer sempre mais e

melhor, criar mais valor para os utentes com o mesmo nível de despesas, até porque o acréscimo continuado e constante das despesas de saúde acabará necessariamente por se confrontar com a necessidade de prosseguir, simultaneamente, políticas redistributivas alternativas. Não pode ainda deixar de se sublinhar que, em Portugal, como provavelmente na generalidade dos países, são fundamentais as medidas de política intersectorial que permitam reduzir a dependência entre saúde e rendimento.

A hipótese aqui colocada situa-se no âmbito do debate sobre o trade-off entre equidade e eficiência. A abordagem situou-se ao nível das desigualdades na acessibilidade aos cuidados de saúde, factuais, e não no julgamento ético da inequidade. Os conceitos de saúde utilizados foram os referentes à duração de vida, bem como biomédicos (doenças, factores de risco) e conceitos compostos como a mortalidade evitável, estimados para Portugal na sua evolução em tendência e nos anos para os quais foi possível obter informação mais recente. Sempre que possível, optou-se por uma desagregação geográfica da informação, ao nível das administrações regionais de saúde, e pontualmente o estatuto de risco por comportamento abusivo de álcool ou de tabaco. Distinguiu-se ainda a análise entre hospitais e centros de saúde, recorrendo metodologicamente sempre que possível às fontes originais, à análise e revisão da literatura mais recente e à elaboração e apresentação de cálculos analíticos próprios, embora simples do ponto de vista de tratamento estatístico. A disponibilidade de estudos aprofundados sobre o sector em Portugal, nomeadamente os trabalhos dos Professores Jorge Simões, Correia Campos e Pitta Barros, merecem destaque. Já a profusão de produção estatística sobre a saúde, significativa, é de acesso e manuseamento muito complicado, dada a variedade de fontes no mesmo ministério, com metodologias diversas e localização em sites diferentes, sem que perceba bem porquê.

Tem-se entendido que maior eficiência se consegue apenas sacrificando a equidade nos cuidados de saúde. A equidade tem a ver com a forma como os bens, ou a acessibilidade aos cuidados de saúde, são distribuídos entre os indivíduos. Dada uma distribuição inicial dos recursos disponíveis e do rendimento, um objectivo fundamental das políticas públicas a implementar é maximizar os ganhos de saúde para todos, e garantir que aqueles que dispoem de rendimentos mais baixos ganhem mais. E isso passa também pela definição de instrumentos de política ao nível da redistribuição de rendimentos, de progressividade na carga fiscal, de melhoria na educação e na qualidade

de vida, mais protecção social, melhor rede de saneamento, etc. As taxas de mortalidade e de uma parte da mortalidade evitável reflectem isso.

Por outro lado, o aumento tendencial dos custos de saúde, em boa medida inevitáveis, a necessidade de continuar a investir na formação dos médicos e na investigação científica e aplicada, e os novos problemas colocados por um mundo cada vez mais globalizado, em que a doença se propaga como nunca antes, pelas alterações demográficas e pela urgência de alargar a base das políticas de saúde, garantindo maior oferta e resposta a problemas como o apoio aos diabéticos, aos problemas de visão, à saúde oral, etc., obrigam a uma utilização eficiente das verbas. O mesmo tem de permitir uma melhor utilização, para que todos possam ganhar mais - principalmente os mais pobres. Trata-se de uma função de bem-estar social, onde basicamente queremos estar a um nível superior.

Em Portugal, os ganhos de saúde nas últimas décadas foram verdadeiramente notáveis. Apesar de críticas constantes ao sistema nacional de saúde, os inquéritos mais recentes confirmam a qualidade percebida da interface médico-doente, seja nos centros de saúde ou nos hospitais. Os estudos produzidos, e as conclusões a que aqui chegamos, reforçam a ideia de que os ganhos de saúde se traduziram de forma significativa em termos de equidade. O muito que ainda há para fazer, certamente, terá de passar por alterações na relação entre rendimento e saúde, ou seja, garantir uma menor desigualdade na distribuição do rendimento. Não parece passar já pela construção de equipamentos adicionais, ou por aumentos na oferta horizontal da saúde. A atomização não favorece necessariamente as populações; pelo contrário, muito se ganha com a possibilidade de obter economias de escala.

O envelhecimento da população, a justificada alteração das expectativas no que respeita à acessibilidade a cuidados de saúde, de qualidades, e providenciados em tempo útil, a oferta de novos serviços, a par do investimento em investigação e na formação contínua dos profissionais de saúde, passa necessariamente por uma espécie de quadatura do círculo na utilização dos recursos.

Bibliografia

- Afonso, António e Miguel St. Aybin.** 2006. “Relative Efficiency of Health Provision: a DEA Approach with Non-Discretionary Inputs”, working paper, *ISEG*
- Afonso, António e Sónia Fernandes.** 2008. “Assessing Hospital Efficiency: Non-Parametric Evidence for Portugal”, *WP/07/2008/DE/UECE*
- Amado, Carla Alexandra e Sérgio Pereira dos Santos.**2009.”, Challenges for performance assessment and improvement in primary health care: The case of the Portuguese health centres “, *Health Policy*, vol. 91, issue 1, pp. 1-106
- Araújo, Filipe.**2003.”A reforma do serviço nacional de saúde: O novo contexto de gestão pública”, *W.P. NEAPP*, série 1,nº9.
- Avaliação da Qualidade Apercebida e da Satisfação dos Utentes dos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde.* 2009. Administração Central do Sistema de Saúde, IP (ACSS), em parceria com o Instituto Superior de Estatística e Gestão de Informação da Universidade Nova de Lisboa (ISEGI-UNL), disponível em http://www.acss.min-saude.pt/portals/0/InFormacao/REL_EXECUT
- Bago d’Uva, Teresa e Andrew M. Jones.** 2009.” Health care utilisation in Europe: New evidence from the ECHP”, *Journal of Health Economics*, 28, pp.280-289.
- Teresa e Andrew M. Jones, e Eddy van Doorslaer.** 2009. “Measurement of horizontal inequity in health care utilisation using European panel data”, *Journal of Health Economics*, 28, pp.265-279
- Barros, P. P.** 1998. “The black box of health care expenditure growth determinants”, *Health Economics*, 7(6): 533-44.
- Baumol, W. J.** 1967 .” Macroeconomics of unbalanced growth: the anatomy of urban Crisis”, *American Economic Review*, 57(3): 415-26.
- Baumol, W . J.** 1993. “Health care, education and the cost disease: a looming crisis for public choice”, *Public Choice*, 77(1): 17-28.
- Botelho, Anabela, Elvira M. Lima, Lúcia C. Pinto, Paula Veiga.** 2008.”Smoking Attributable Health Care Expenditures in Portugal”, working paper, *NIMA*, Univ. Minho
- Botelho, Anabela, Elvira M. Lima Ligia C. Pinto, Paula V. Veiga.**2008.” Alcohol Attributable Fractions and Costs in Portugal”, working paper, *NIMA*, Univ. Minho
- Branco, António G. e Ramos, Vítor.** “Cuidados de saúde primários em Portugal”. *Revista Portuguesa de Saúde Pública.* 2001; Volume Temático 2: pp. 5 a 12.

Casas-Zamora, Juan António e Said A. Ibrahim. 2004. “Confronting Health Inequity: The Global Dimension” *American Journal Public Health*. December; 94(12), pp. 2055–2058.

Centros de Saúde e Hospitais, Recursos e Produção do SNS, diversos anos, Direcção-Geral da Saúde, Direcção de Serviços de Epidemiologia e Estatísticas de Saúde, Divisão de Estatísticas da Saúde.

Conceição, Claudia, Ana Rita Antunes, Wim van Lerberghe, Paulo Ferrinho. 2003. “As diferenças regionais na adesão ao Regime Remuneratório Experimental dos Médicos de Clínica Geral até Janeiro de 2000”, *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, vol. 19, pp. 227-236.

Correia de Campos, António. 2008. *Reformas da Saúde . O Fio Condutor .* Almedina

Correia, Isabel e Paula Veiga. 2008. “Geographic distribution of physicians in Portugal” working paper, *Universidade do Minho*

Delgado, Manuel, 2002, "Cenários, problemas e soluções" in *Cadernos de Economia*, Outubro.

EuroHealth Consumer Index. 2009. Report , *Health Consumer PowerHouse*, Arne Björnberg, Beatriz Cebolla Garrofé, Sonja Lindblad

Freeman, Donald. 2003. “Is health care a necessity or a luxury? Pooled estimates of income elasticity from US state-level data”, *Applied Economics*, vol.35, pp.495-502.

Fuchs VR, McClellan M, Skinner J. 2004. “Area differences in utilization rates and mortality among US elderly”, *Perspective on the Economics of Aging*, Wise D (ed.). University of Chicago Press: Chicago.

Giacomini, Mita, Nuala Keny e Deirdre DeJean. 2009. “Ethics Framework in Canadian Health Policy: Foundation, Scaffolding, or Window Dressing?”, *Health Policy*, vol. 9, pp. 58-71.

Giraldes MR. 1995. “Portugal: current distribution and development of the human health resources”. *Cahiers Sociologie Demographie and Medicine* , vol. 3–4, pp.343–60.

Giraldes, M.R. 2007. “Avaliação da Eficiência e da Qualidade em Hospitais . Entidades Públicas Empresariais e Sector Administrativo do Estado”, *Acta Med Port* , 20, pp. 471-490

Giraldes, Maria do Rosário. 1997. *Equidade e Despesa em Saúde.* Editorial Estampa, Lisboa.

Gispert, R., I. Serra, M. A. Barés, X. Puig, A. Puig de Fàbregas e A. Freitas. 2008. “The Impact of Avoidable Mortality on life expectancy at birth in Spain: Changes

between three periods, from 1987 to 2001”, *Journal Epidemiology Community Health* , vol.62, pp.783-789

Gouveia, Miguel, Sofia Nogueira da Silva, Pedro Oliveira e Luís Silva Miguel. 2007. “Análise dos Custos dos Centros de Saúde e do Regime Remuneratório Experimental”, *Associação Portuguesa de Economia da Saúde*

European Network of Health Promotion Agencies. 2008. *Improving health equity via the social determinants of health in th EU”The role of health promotion in tackling inequalities in health: policy recommendations.* Disponível em:
<http://www.eurohealthnet.org/eurohealthnet/ressources/brochure.pdf>

Hartwig, Jochen. 2006.”What drives health care expenditure? Baumol’s model o “unbalanced growth” revisited”, working paper nº 133, Swiss Federal Institute of Technology Zurich, disponível em <http://ssrn.com/abstract=910879>

Hausman, Daniel. 2006. “Valuing Health”. *Philosophy and Public Affairs* 34 (3):246–274.

Hodgson, Geoffrey M. 2009. “Towards an Alternative Economics of Health Care”, *Health Economics, Policy and Law*, vol. 4, pp. 99-114.

Hofmarcher, Maria M., Howard Oxley, e Elena Rusticelli. 2007. “Improved Health System Performance Through Better Care Coordination”, *OECD Health Working Paper*, nº 30

INE. 2009. *Projeções de população residente em Portugal 2008-2060*

Jaafar, Aahmad Tajuddin , Rohaizat , Zafar Ahmed. 2003. “Creating Greater Equity, Efficiency and Quality in Health Throuh Casemix:Malaysian Perspective” *NCD Malaysia*, vol. 2, nº2, pp. 29-33

Judge, Ken, Stephen Platt, Carolina Costongs, Kasia Jurczak. 2005. “Health Inequalities: A Challenge for Europe”, disponível em http://www.eurohealthnet.eu/images/publications/pu_2.pdf.

Kass, Nancy E. 2001. “An Ethics Framework for Public Health”, *American Journal of Public Health*, vol.11, pp.1776-1782.

Klugman,Craig M.2007. “Public Health Principlism”, *Online Journal of Health Economics*, <http://ethicsjournal.umc.edu/ojs2/index.php/ojhe/article/view/61/81>

Looper, Michael e Gaetan Lafortune.2009. “Measuring disparities in health status and in access and use of health care in OECD countries”, *OECD Health Working Papers* nº. 43

Mandl, Ulrike, Adriaan Dierx, Fabienne Ilzkovitz. 2008. “The Effectiveness and Efficiency of Public Spending”, *Economic Papers* 301, February, European Communities, http://ec.europa.eu/economy_finance/publications

- Matteo, Livio di.** 2009. “Policy Choice or Economic Fundamentals: What Drives the Public-Private Health Expenditure Balance in Canada?”, *Health Economics, Policy and Law*, vol. 4, pp. 29-53.
- Medina Carreira, Henrique.** 1996. *As Políticas Sociais em Portugal*. Gradiva, Lisboa.
- Moreira, Sara.** 2008. “Análise da eficiência dos hospitais-empresa: aplicação da Data Envelope Analysis”, *Banco de Portugal*, Boletim Económico, Primavera, pp.128-150.,
- Newey, Claire, Ellen Nolte, Martin McKee, Elias Mossialos.** Avoidable Mortality in the Enlarged European Union
- Nicolau, Rita, Ausenda Machado, José M. Falcão e Mafalda Lira.** 2008. “Distribuição da Mortalidade em Portugal Continental: Agregação Geográfica e Determinantes”, *Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge*.
- Nogueira, Helena.** 2007. “Privação sociomaterial e saúde na Área Metropolitana de Lisboa – o exemplo da mortalidade Prematura” *AML_RPMP_privação-1.pdf*
- Norman, P. e Boyle, P. & Rees, P.** 2005. “Selective Migration, Health and Deprivation: A Longitudinal Analysis”, *Soc. Sci. Med.*, 60, pp. 2755-2771.
- Nussbaum, Martha and Amartya Sen** (eds) (1993), *The Quality of Life*, Oxford: Clarendon Press.
- Observatório Português do Sistema de Saúde*, Relatório de Primavera, 2007, 2008, 2009.
- Oliveira MD e Bevan G.**2003. “ Measuring geographic inequities in the Portuguese health care system: an estimation of hospital care needs”, *Health Policy* , vol. 66(3), pp.277–93
- Phelan, Jo C., Bruce G. Link, Ana Diez-Roux, Ichiro Kawachi e Bruno Levin.** 2004. “Fundamental Causes of Social Inequalities in Mortality: A Test of the Theory”, *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 45, pp. 265-285.
- Ratcliffe, Julia, Hilary L. Bekker, Paul Dolan e Richard Edl.** 2008. “Examining the attitudes and preferences of health care decision-makers in relation to access, equity and cost-effectiveness: A discrete choice experiment”, *Health Policy*, (article in press).
- Ribeiro, Eduarda.**2007. “Caracterização e evolução da pobreza em Portugal” http://www.agencia.ecclesia.pt/instituicao/ktml2/files/61/Caracterizacao_e_evolucao_da_pobreza_em_Portugal.pdf
- Santana, P., I. Alves, L. Couceiro, V. Andreozzi, P. Nicola e MC Machado.**2007.”Anos de Vida Potencial Perdidos, por causas de morte

seleccionadas, em Portugal Continental, no período 2003-2005”, www.acs.min-saude.pt/wp-content

Simonato L, Ballard T, Bellini P, et al. 1998. “Avoidable mortality in Europe 1955–1994: a plea for prevention.” *Journal Epidemiology Community Health* , 52:624–30.

Simões, Jorge. 2005. Retrato Político da Saúde. Almedina, Coimbra

Simões, Jorge, Pedro Pita Barros, João Pereira (coord.) 2008. *A Sustentabilidade Financeira do Serviço Nacional de Saúde*. Ministério da Saúde

Simões, Jorge, Pedro Pita Barros. 2007. “Portugal : Retrato do Sistema de Saúde. Health Systems in Transition”, in Allin, Sara e Mossialos, Elias (edit.) , *European Observatory on Health Systems and Policies*, vol. 9, nº5.

Simoens, Steven. 2008. “O Mercado dos medicamentos genéricos em Portugal e na Europa”, nº3, Novembro, *Infarmed*

Straume, Odd. 2006. “Price and reimbursement regulation in pharmaceutical markets”, EEG, *Universidade do Minho*.

Tang, Kam Ki, Dennis Petrie e D.S. Prasada Rao. 2009. “Measuring Health Inequality with Realization of Potential Life Years (reply), *Health Economics*, vol. 18, pp. 55-75.

Towards Age-Friendly Primary Health Care. 2004. World Health Organization, WT 31.

Tsuchiya, Aki e Paul Dolan. 2009. “ Equality of What in Health? Distinguishing between Outcome Egalitarianism and Gain Egalitarianism”, *Health Economics*, vol. 18, p. 147-159.

Van Doorslaer, Eddy, Cristina Masseria, Xander Koolman. 2006. “Inequalities in access to medical care by income in developed countries” , *Canadian Medical Association Journal*, January, pp. 174-182

Veiga, Paula. 2005. “Income-related health inequality in Portugal”, working paper nº 28, NIMA, *Universidade do Minho*

Veiga, Paula. 2008. “Out-of-Pocket health care expenditures due to excess of body weight in Portugal”, *Economics and Human Biology*, vol. 6, issue 1, pp. 127-142.