

POLÍTICA E ECONOMIA NOS CUIDADOS DE SAÚDE
POLICY AND ECONOMICS IN HEALTH CARE*Ana Prata*

Escola Superior de Enfermagem do Porto

RESUMO**INTRODUÇÃO**

O Estado tem um papel relevante na garantia do direito à saúde, proporcionando cuidados de saúde sustentáveis e de qualidade, e garantindo a universalidade e a equidade de acesso, valores que podem estar em causa devido à escassez de recursos.

DESENVOLVIMENTO

As despesas em saúde têm-se agravado ao longo dos anos, pelo que se tornou necessário tomar medidas no sentido da contenção dos custos e do estabelecimento de prioridades. A grave crise económica que se tem vivido em Portugal impôs que essas medidas fossem executadas num curto espaço de tempo.

CONCLUSÕES

A implementação de medidas de controlo de custos, contribuiu de forma favorável para uma mais eficiente gestão dos recursos disponíveis, e teve como consequência um mais difícil acesso aos cuidados de saúde e aos medicamentos.

PALAVRAS-CHAVE

Política; Saúde; Cuidados de saúde

ABSTRACT**INTRODUCTION**

The government has an important role in ensuring the right to health by providing sustainable and quality health care, and ensuring the universality and equity of access, values that may be in question due to lack of resources.

DEVELOPMENT

The health spending worsened over the years, so it became necessary to take steps towards cost containment and establishment of priorities. In Portugal the severe economic crisis imposed that these measures were implemented in a short time.

CONCLUSIONS

Its implementation contributed favourably to a more efficient management of available resources, and resulted in a more difficult access to health care and medicines.

KEYWORDS

Policy; Health; Health care

POLÍTICA E ECONOMIA NOS CUIDADOS DE SAÚDE

INTRODUÇÃO

POLÍTICA E POLÍTICAS DE SAÚDE

Pode definir-se política como as resoluções de carácter geral que tornam públicas as intenções de atuação do governo, e política de saúde como uma deliberação estabelecida pelas instituições governamentais no sentido de definir prioridades e estratégias de ação para responder às necessidades em saúde. A Organização Mundial de Saúde define política de saúde como *“as decisões, planos e ações que são empreendidas para atingir metas específicas em saúde numa sociedade”*¹.

Uma política de saúde específica, ao expor a sua visão para o futuro, ajuda no estabelecimento de metas e pontos de referência a curto e médio prazo, e na determinação das prioridades e dos papéis esperados nos diferentes grupos, auxiliando a construir consensos e informando as pessoas.

No sentido de melhorar e manter o estado de saúde dos indivíduos, as políticas de saúde têm como objetivo a eficiência macroeconómica, para que as despesas em saúde representem uma fração adequada do PIB, concorrendo para a sustentabilidade do sistema, e a eficiência microeconómica, apresentando decisões que ponderam a combinação que maximiza ao mesmo tempo os resultados dos cuidados e a satisfação dos consumidores, contribuindo para a equidade de acesso a cuidados de saúde e para a qualidade dos serviços prestados. Para isso, no processo de tomada de decisão são considerados como elementos chave a investigação, a avaliação e a análise estrutural.

A política de saúde está, ainda, sujeita a múltiplos determinantes, podendo configurar-se como uma atividade de proteção social, que se encontra na relação entre Estado, sociedade e mercado². O Estado, define normas e obrigações, recolhe recursos e aloca-os em programas de ação, cria estímulos para produção de bens e serviços, define leis, desenvolve tecnologia e forma recursos humanos. A sociedade, age e preserva valores em relação ao corpo e bem-estar e financia com impostos e contribuições o Estado. E o mercado, gere e oferece meios para a produção de bens e serviços e participa na formação dos recursos humanos³. O Estado tem um papel relevante na garantia dos direitos dos cidadãos, devendo garantir o direito à saúde através da universalização do acesso a cuidados de saúde, como previsto na Constituição da República Portuguesa.

POLÍTICAS, ECONOMIA E CUIDADOS DE SAÚDE

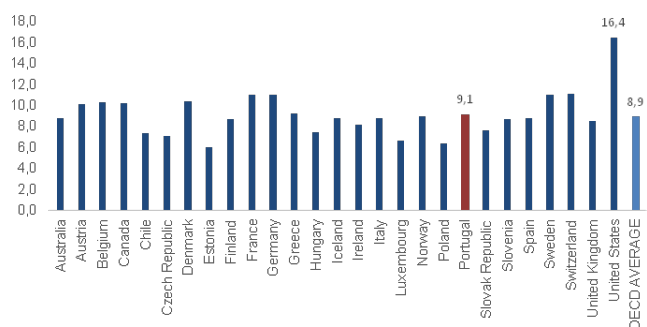
A relação entre saúde e economia é muitas vezes tensa, principalmente nas situações de crise económica em que se torna necessária a contenção de gastos e o estabelecimento de prioridades^{2,5,6}. As diferentes abordagens dos profissionais envolvidos nestas áreas geram conflitos quando se discute a forma como devem ser empregues os recursos. Os profissionais de saúde, com uma ética profissional centrada no indivíduo, justificam a utilização de todos os recursos disponíveis para

salvar uma vida, os economistas, com uma ética centrada no bem comum, defendem que a utilização dos recursos deve ser feita de forma racional, pois o bem maior é o social, e o objetivo é melhorar a sociedade.

A economia da saúde surgiu da necessidade da existência de uma área de conhecimento específica, que por um lado conseguisse gerir os conflitos entre as diferentes abordagens profissionais e por outro otimizasse as ações em saúde, desenvolvendo e aplicando à área da saúde os instrumentos de avaliação económica, contribuindo para a formulação e implementação de políticas de saúde que promovessem um uso mais eficiente dos recursos e a equidade na distribuição dos benefícios, principalmente em situações de escassez de recursos⁴.

A saúde, apesar de se inserir numa área social, é uma área produtiva, contribuindo para o desenvolvimento económico e a criação de emprego. Mobiliza muitos recursos financeiros, integra um grande e complexo sistema de produção de bens e serviços que representam uma parte significativa da economia de um país, e tem um forte impacto no incremento da produtividade e da competitividade, pois, como referem Fleury e Ouverney², ao impedir a mortalidade precoce, ao formar profissionais e ao contribuir para o desenvolvimento tecnológico promove a melhoria das condições sanitárias, o aumento do conhecimento e a educação. Contudo, devido ao grande interesse económico, está sujeita a pressões dos grupos empresariais que atuam nesta área. De acordo com o Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS)⁶, a produção, por entidades privadas, de bens e serviços muito relevantes para o setor público, aumenta a pressão para a expansão da oferta *“para além do razoavelmente necessário e suportável”* e tem *“contribuído para que alguns destes fornecedores se manifestem de forma pouco própria”* (p. 52). O elevado preço político e a falta de direção estratégica tornam o Estado menos resistente aos interesses instalados, elevando o risco político⁶. As relações de poder que se estabelecem podem, assim, afetar a tomada de decisão.

No que se refere ao financiamento, as despesas em saúde têm um impacto significativo na riqueza de um país representando uma percentagem significativa do seu produto interno bruto (PIB). Como se pode observar no gráfico 1, a média entre os países da OCDE, em 2013, é de 8,9% do PIB, sendo em Portugal de 9,1% e nos Estados Unidos da América de 16,4%.



Fonte: OECD Health Data 2015¹¹

Gráfico 1: Despesa em saúde em % do PIB (2013)

POLÍTICA E ECONOMIA NOS CUIDADOS DE SAÚDE

As despesas de saúde têm-se agravado ao longo dos anos devido ao aumento da esperança média de vida, à modificação da estrutura de morbi-mortalidade, ao incremento das novas tecnologias, a uma cada vez maior especialização dos recursos humanos, e ao crescente aumento das expectativas³.

O crescente aumento destas despesas que, por exemplo, em Portugal, em 2009, representavam 9,9% do PIB, levaram a que já desde 1980, em toda a Europa, se encetasse um esforço de contenção de custos^{3,5,6}. Para a sua concretização, foram estabelecidas políticas que tiveram como objetivo promover mudanças nos sistemas de saúde. Serviram como orientação para a definição destas políticas os relatórios, produzidos pela União Europeia, pela OMS, pelo Banco Mundial e pela OCDE, que apontavam para a necessidade dos sistemas de saúde serem sustentáveis, eficientes, garantissem a equidade de acesso e prestassem cuidados de saúde de qualidade³.

Apesar do incentivo à contenção de custos e à necessidade de se estabelecerem prioridades na área da saúde, é consensual, na região europeia da OMS, que os cuidados de saúde devem ser universais, financiados de acordo com a capacidade de pagar e acedidos de acordo com a necessidade^{6,7}.

Nos países com serviço nacional de saúde, incluindo Portugal, a estratégia de mudança passou pela empresarialização da gestão das unidades hospitalares, a adoção de mecanismos de mercado e a privatização de parte dos cuidados de saúde. Concretizando-se, do lado da oferta, por um limite ao investimento, à admissão de pessoal, ao controlo dos salários e ao aumento da eficiência, através do incremento da oferta de cuidados em regime ambulatorio e da generalização dos protocolos clínicos. Do lado da procura, foram desenvolvidos mecanismos de partilha de custos, especialmente no que respeita aos medicamentos de última geração, em que os modelos de partilha do risco são cada vez mais utilizados para definir a forma de financiamento do medicamento, e estabelecimento de prioridades no acesso aos cuidados de saúde, privilegiando-se as estratégias de prevenção da saúde e a promoção dos cuidados de saúde primários.

Este esforço de contenção de custos, teve impacto na saúde e nos cuidados de saúde?

Nos últimos anos instalou-se, em Portugal uma acentuada crise económica. A falência do Estado, levou à necessidade de apoio financeiro por parte da União Europeia, do Banco Central Europeu e do Fundo Monetário Internacional, e à subscrição do Memorando de Entendimento da TROIKA⁶. A crise conduziu ao aumento do desemprego e da carga fiscal, ao agravamento dos preços de serviços essenciais, à diminuição das remunerações dos funcionários públicos e dos pensionistas, e ao endividamento e empobrecimento generalizado das famílias. Estas alterações que as crises socioeconómicas impõem na sociedade têm um efeito negativo na saúde dos indivíduos^{6,8}, diminuindo a autoestima, aumentando os casos de depressão e o número de suicídios, aumentando os comportamentos de risco e das doenças transmissíveis^{6,9}, e agravando as doenças crónicas⁶.

Podem, também, levar ao abandono das medidas preventivas e dos procedimentos terapêuticos sem impacto imediato e à dificuldade de acesso aos cuidados de saúde e às tecnologias de saúde. Em Portugal, como referido no relatório de Primavera de 2012 *“não dispomos de um sistema de monitorização dos efeitos da crise na saúde”* (p. 36), pelo que se torna difícil conhecermos os seus efeitos, mas alguns dados apontam para o aumento do número de suicídios, a diminuição da produção e o aumento dos comportamentos de risco⁶.

No que reporta aos cuidados de saúde, o memorando de entendimento com a TROIKA, incluía medidas centradas, essencialmente, na contenção dos gastos e numa mais eficiente utilização dos recursos.

De acordo com Silva³, as mudanças no serviço nacional de saúde, mantendo-se a universalidade e o financiamento através de um seguro público e obrigatório, concretizaram-se através da contratualização, numa tentativa para separar as funções de financiador e prestador; do incentivo à competitividade entre os prestadores públicos e os públicos e privados, através da criação de um mercado interno regulado pelo Estado; da valorização dos cuidados de saúde privados ou concessionados, numa tentativa de diminuir o papel do Estado enquanto prestador; e da contenção de custos, com a diminuição da comparticipação dos medicamentos e o incentivo ao consumo de genéricos, ao aumento das taxas moderadoras e à racionalização na utilização dos meios complementares de diagnóstico.

A implementação destas medidas teve um forte impacto no controlo das despesas em saúde. Como se pode observar no gráfico 2, desde o início da crise económica, o peso das despesas em saúde em % do PIB tem vindo a diminuir, mostrando o grande esforço na redução da despesa e na eficácia das medidas implementadas.



Fonte: PORDATA, 2016¹²

Gráfico 2: Evolução da despesa em saúde em % do PIB

No Relatório de Primavera de 2015¹⁰ é expresso que existem vários indícios de que o empobrecimento, o aumento das taxas moderadoras, a dificuldade de transporte, estão a limitar o acesso aos cuidados de saúde e aos medicamentos (apesar da diminuição dos preços). Outras condicionantes do acesso são a incapacidade de resposta dos serviços e a desigual distribuição de profissionais de saúde no país¹⁰.

Relativamente aos profissionais de saúde, no mesmo relatório¹⁰

POLÍTICA E ECONOMIA NOS CUIDADOS DE SAÚDE

é referido que continua a existir um rácio de médicos por habitante apropriado, embora com má distribuição geográfica, e quanto aos enfermeiros, segundo dados da OCDE de 2014, se verifica um rácio de 5,8 enfermeiros por mil habitantes, valor que se situa abaixo da média da UE28, que é de oito enfermeiros por mil habitantes, e que tem vindo a decrescer, principalmente, no SNS. O rácio enfermeiro/médico em Portugal é, ainda, um dos mais desequilibrado dos países UE28 (1,4 em comparação com 2,3, respetivamente)¹⁰.

O limite à admissão de pessoal e o controlo dos salários levou à emigração e a uma insatisfação generalizada dos profissionais de saúde, particularmente dos enfermeiros, que percecionam negativamente as condições de trabalho, decorrente do número reduzido de profissionais, do aumento das horas de trabalho e da limitada retribuição salarial.

CONCLUSÃO

As políticas de saúde devem ter em consideração a universalidade e a equidade no acesso, a sustentabilidade do sistema e a qualidade dos cuidados na melhoria e manutenção do estado de saúde da população.

Num ambiente de escassez de recursos, os decisores políticos enfrentam cada vez mais desafios para decidir como serão estabelecidas as prioridades e afetados os recursos à saúde.

A crise económica que afeta Portugal desde 2009, levou a uma alteração da condição de saúde dos portugueses, induzida pelo aumento do desemprego e empobrecimento e endividamento das famílias.

Na saúde, a necessidade de contenção de custos e de estabelecimento de prioridades, levou à implementação de medidas que contribuíram de forma favorável para uma mais eficiente gestão dos recursos disponíveis, especialmente no que respeita à política do medicamento. Por outro lado, contribuíram para um mais difícil acesso aos cuidados de saúde e aos medicamentos, pondo em risco a universalidade do sistema de saúde.

De acordo com o OPSS⁶ faltam formas de monitorização do impacto dos efeitos da crise na saúde e falta “uma verdadeira política de saúde que enquadre as medidas de racionalização e de contenção de gastos e que minimize os efeitos negativos” (p. 186). Considera, também, urgente uma política para as profissões de saúde, que defina qual a necessidade e qualificação dos profissionais de saúde, no sentido de asseverar um número suficiente de profissionais com competências adequadas para prestar cuidados a todos que deles necessitem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹World Health Organization (2016). *Health policy*. Retirado de http://www.who.int/topics/health_policy/en/

²Fleury, S., & Ouverney, A. M. (2008). *Política de Saúde: uma política social*. In: L. Giovanella, S. Escorel, L. V. C. Lobato, J. C. Noronha, & A. I. Carvalho (Orgs.), *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil* (pp.23-64). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

³Silva, M. V. (2012). *Políticas públicas de saúde: tendências recentes*. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 69, 121-128. doi: 10.7458/SPP201269790

⁴Nero, C. Del (2002). *O que é Economia da saúde*. In: S. F. Piola, & S. M. Vianna, *Economia da Saúde Conceito e contribuições para a Gestão de Saúde* (pp. 5-23). Brasília: IPEA.

⁵Pinho, M. M., & Veiga, P. (2010). *Racionamento dos Cuidados de Saúde e a participação da sociedade: revisão do debate*. *Rev. Port. Saúde Pública*, 28 (2), 119-126.

⁶Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2013). *Crise & Saúde – Um País em Sofrimento*. Relatório de Primavera 2012. Coimbra: Mar da Palavra – Edições, Lda.

⁷WHO European Ministerial Conference on Health Systems (2008). *The Tallinn Charter: Health Systems for Health and Wealth*. Retirado de http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/88613/E91438.pdf?ua=1

⁸Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., Coutts, A., & McKee, M. (2011). *Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data*. *The Lancet*, 378 (9786), 124 – 125. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61079-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61079-9)

⁹Kentikelenis, A., Karanikolos, M., Williams, G., Mladovsky, P., King, L., Pharris, A., ... Stuckler, D. (2015). *How do economic crises affect migrants' risk of infectious disease? A systematic-narrative review*. *The European Journal of Public Health*, 25 (6), 937–944. doi: <http://doi.org/10.1093/eurpub/ckv151>

¹⁰Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2015). *Acesso aos cuidados de saúde. Um direito em risco?* Relatório de Primavera 2015. Retirado de <http://www.opss.pt/sites/opss.pt/files/RelatorioPrimavera2015.pdf>

¹¹OECD Health Statistics (2015). *Current expenditure on health, % of gross domestic product* [Base de dados]. Retirado de http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT

¹²PORDATA (2016). *Despesa corrente em cuidados de saúde em % do PIB em Portugal* [Base de dados]. Retirado de <http://www.pordata.pt/Portugal/Despesa+corrente+em+cuidados+de+sa%C3%BAde+em+perce>