

# Avaliação do impacto de políticas adoptadas no âmbito do Programa do XIX Governo Constitucional em relação ao sector da Saúde

---

Pedro Pita Barros (coordenador)  
Alexandre Lourenço  
Ana Moura  
Filipe Correia  
Filipe Silvério  
João Pedro Gomes  
José Sousa  
Maria Ana Matias  
Rodrigo Cipriano

Setembro de 2015

## **Sumário**

1. Por solicitação do Ministério da Saúde, são feitas avaliações de várias políticas seguidas no período 2011-2015 (a presente legislatura). Nem todas as políticas produzem efeitos que sejam já visíveis. A possibilidade de quantificação e identificação de resultados com políticas específicas varia com a medida (ou medidas) considerada. Procurou-se uma visão quantitativa, e de regularidade, em detrimento de casos pontuais extremos.
2. A cobertura dos cuidados de saúde primários, o acesso ao médico de família, foi um objectivo claramente traçado para esta legislatura. O resultado desejado de todos os residentes em Portugal terem um médico de família não foi conseguido, apesar do progresso realizado. Esse progresso é visível nos valores agregados, que podem esconder variabilidade a nível das unidades de saúde e na sua distribuição geográfica. A análise ao nível da unidade funcional (unidades de saúde familiar de tipo A e de tipo B, unidades de cuidados de saúde personalizados) revela que a evolução no sentido de uma maior cobertura nacional pelos cuidados de saúde primários no sentido de atribuição de médico de família se manteve na presente legislatura. Se algum efeito houve foi o de reforço desta tendência positiva. Como há unidades que mudam de estatuto (de unidades de cuidados de saúde personalizados para unidades de saúde familiar), é necessário ter em conta o efeito de composição dos grupos quando se olha para a proporção de utentes sem médico de família segundo o tipo de unidade. Globalmente, a evolução conseguida na cobertura da população por médico de família atribuído ficou aquém do desejado. Note-se que os cidadãos sem médico de família atribuído podem, em qualquer caso, recorrer aos cuidados de saúde primários disponíveis no Serviço Nacional de Saúde. Esta conclusão corrobora outras informações e análises, nomeadamente as constantes dos relatórios anuais sobre acesso a cuidados de saúde publicados por entidades oficiais.
3. Um segundo aspecto associado com os cuidados de saúde primários que normalmente recebe menor atenção é a cobertura de natureza geográfica. Numa análise nova deste aspecto, utilizando curvas de concentração para a proporção de utentes sem médico de família em função do poder de compra da população servida por cada unidade funcional (qualquer que seja o seu tipo), encontrou-se uma redução destas assimetrias de natureza geográfica. Isto é, a existência de utentes sem médico de família tem, nos dias de hoje, menor diferença de incidência geográfica face ao que sucedia em 2011.
4. Um terceiro aspecto dos cuidados de saúde primários é o desenvolvimento de atividades de prevenção. Não sendo possível uma identificação de efeitos causais de atividades de prevenção para menor carga de doença no período em análise com os dados disponíveis, focou-se a atenção nos indicadores de processo. A realização de intervenções de prevenção por parte dos cuidados de saúde primários manteve, durante estes quatro anos, uma trajetória de melhoria, mais pronunciada nos aspectos de qualidade que nos aspectos de eficiência, com alguma ambiguidade nos indicadores de acesso (aumento de consultas, redução de visitas domiciliárias de enfermagem). No aspecto de eficiência, a evolução terá sido em grande medida determinada pela evolução dos preços dos medicamentos, não sendo possível distinguir o que possa ter sido efeito de menor prescrição de efeito de menor preço nas despesas com medicamentos por utente. Em contrapartida, nos aspectos de qualidade (indicadores de prevenção), a evolução é regular e sistemática ao longo dos quatro anos 2011-2014.
5. O papel da satisfação dos utentes com o sistema de saúde é crescentemente um indicador sobre o funcionamento desse mesmo sistema de saúde. Complementando os resultados do inquérito de satisfação realizado pela Direção-Geral de Saúde, a análise das dificuldades financeiras no acesso a cuidados de saúde (medicamentos, consultas, exames e custos de

transporte para consultas) revela que há um número pouco elevado de pessoas que indica a existência dessas dificuldades. Essas dificuldades não surgem de forma aleatória, identificando-se como grupos mais vulneráveis, sem surpresa, os desempregados e os reformados. Nalguns casos essa vulnerabilidade, medida pela probabilidade de apresentarem dificuldades financeiras, é pouco expressiva. Por exemplo, no caso de custos de transporte, essa probabilidade difere menos de três pontos percentuais. O efeito cumulativo é no entanto relevante. Um desempregado, face a uma pessoa empregada, tem uma probabilidade cerca de 16 pontos percentuais superior de ter pelo menos uma das quatro dificuldades financeiras de acesso analisadas.

6. A análise da utilização efetiva do sistema de saúde motivou a realização de um inquérito a uma amostra representativa da população. Os resultados sugerem que apenas uma pequena franja da população não procurou ajuda no sistema de saúde da última vez que se sentiram doentes nos últimos 12 meses (em ambos os anos, sendo que a diferença entre eles não é significativa). A grande maioria dos indivíduos declarou que o motivo para não terem procurado ajuda no sistema de saúde era o facto de a seu estado clínico não ser grave. Ainda que este indicador esteja baseado numa análise subjetiva do indivíduo, sugere que a maioria dos casos em que as pessoas não procuram ajuda nos cuidados de saúde são episódios que, pela sua natureza, não requerem uma intervenção de profissionais de saúde (esta teria um benefício adicional reduzido).
7. Apenas uma minoria da população declarou ter sentido dificuldades, pelo menos uma vez, no acesso aos cuidados de saúde. A principal fonte de despesa no acesso aos cuidados de saúde é, segundo os cidadãos, o gasto com medicamentos prescritos pelo médico e, de seguida, o gasto com as taxas moderadoras, embora sem evitarem, de forma generalizada, a utilização dos serviços de saúde. É ainda plausível concluir que não existem grandes barreiras no acesso aos cuidados de saúde devido à situação laboral do trabalhador.
8. Os resultados indicam que as barreiras sentidas pelos indivíduos no acesso aos cuidados de saúde têm um claro gradiente económico, sendo que as classes socioeconómicas mais desfavorecidas enfrentam, em média, maior probabilidade de enfrentar uma dificuldade no acesso ao sistema de saúde, mesmo que quantitativamente a utilização seja pouco influenciada por estas barreiras. Globalmente, não existe evidência estatística que tenha existido um aumento de barreiras no acesso aos cuidados de saúde, entre 2013 e 2015.
9. Sobre a utilização necessária e oportuna não realizada, concluiu-se que apenas uma proporção bastante reduzida da população referiu ter procurado auxílio no sistema de saúde da última vez que se sentiram doentes devido à deterioração da sua situação clínica por não ter procurado ajuda médica anteriormente.
10. Globalmente, a principal conclusão é que não há, nem houve, uma situação generalizada de falta de acesso a cuidados de saúde quando estes deveriam ser utilizados. Este aspecto complementa a análise das barreiras de acesso.
11. A análise da eficácia da medida de atribuição pró-ativa da nota informativa aos utentes, contendo informação relativa aos custos médios dos serviços empregues tem como base dados relativos à utilização das urgências de cinco entidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde. A entrega da nota informativa, inicialmente um projeto piloto (2012), foi um projeto alargado à globalidade do Sistema Nacional de Saúde em 2013. Nas unidades hospitalares analisadas a taxa de entrega – rácio entre o total de entregas e o total de episódios – tem variações, em sentidos opostos, bastante acentuadas ao longo do tempo e mantém-se, no agregado, a níveis reduzidos.

12. Relativamente à alteração dos comportamentos dos utentes, os resultados obtidos sugerem que a medida parece não resultar numa diminuição da procura dos serviços de urgências, mas antes promover um aumento da procura dos mesmos, o que não deixa de ser uma surpresa a necessitar de aprofundamento.
13. Uma das prioridades na área da Saúde foi a promoção e intensificação da cirurgia de ambulatório. Estabeleceu-se como objetivo a atingir em 2015, uma taxa efetiva de 60% de cirurgias de ambulatório, no total de cirurgias. Várias medidas foram tomadas para a promoção da cirurgia de ambulatório: incentivos financeiros em função da performance dos hospitais; reabilitação e criação de infraestruturas; introdução da monitorização via benchmarking; revisão das tabelas de preços para as cirurgias de ambulatório; (v) utilização de novos fármacos e, por conseguinte, de novos procedimentos que facilitem a utilização da cirurgia de ambulatório.
14. As taxas alcançadas, e corroboradas noutros estudos, indicam que o objectivo quantitativo de cirurgias de ambulatório em si foi alcançado. Menos claro é qual o instrumento, ou instrumentos, que tiveram mais efeito ou o efeito decisivo. No que concerne aos incentivos financeiros e monitorização via benchmarking os resultados obtidos indicam que não foram o aspecto central para se alcançar elevadas taxas de cirurgia de ambulatório. Já relativamente à reabilitação e criação de novas infraestruturas (em seis unidades/centros hospitalares), os resultados conseguidos sugerem a falta de eficácia desta medida na maioria dos casos, quer no aumento da taxa, quer no acentuar da tendência, tendo muitas vezes um efeito negativo da taxa de cirurgia de ambulatório verificada. Não foi possível retirar conclusões quanto ao papel das restantes medidas.
15. As despesas com medicamentos vendidas em ambulatório – total, do SNS com as participações dos medicamentos, e do utente – diminuíram aproximadamente 12%. Esta diminuição foi a consequência de uma grande descida dos preços dos medicamentos que conseguiu contrariar o aumento do consumo sobre a despesa total, e sobre a despesa pública em medicamentos. O aumento do consumo de medicamentos aconteceu por duas vias. Por um lado, houve um aumento do consumo dos medicamentos que já existiam no mercado. Por outro lado, novos medicamentos que entraram entretanto no mercado contribuíram também para a expansão do consumo. A diminuição da despesa total com medicamentos em ambulatório decorreu de reduções de preço e não de diminuição de acesso ao medicamento. A diminuição da despesa pública com medicamentos não assentou na redução da participação do Serviço Nacional de Saúde.
16. Entre 2011 e 2014, houve um aumento do número total de medicamentos genéricos no mercado e uma diminuição do número total de medicamentos de marca. Os medicamentos genéricos representaram anualmente sempre mais de 70% das entradas de novos medicamentos no mercado e, por cada medicamento de marca que saiu do mercado, entraram, entre mais de 4 e 5 medicamentos genéricos. Em termos de dinâmica de mercado, houve cada vez menos entradas de novos medicamentos no mercado em ambulatório, cada vez menos saídas de medicamentos do mercado, e o número de medicamentos que permaneceram no mercado por mais anos aumentou. Tudo isto sugere que o mercado do medicamento em ambulatório está a estabilizar.
17. Várias das medidas adoptadas no campo do medicamento foram no sentido de aumentar a concorrência no mercado do medicamento em ambulatório, nomeadamente através da prescrição por DCI da substância ativa e do aumento da quota de mercado dos medicamentos genéricos. Os dados indicam que qualitativamente os objetivos foram largamente atingidos.

18. É ainda analisada a evolução da quota de pseudo-genéricos, isto é todos os medicamentos genéricos e todos os que, não sendo genéricos, já sofreram o efeito, no seu preço, da entrada dos genéricos no mercado, que também se mostra alta, e a aumentar no período em análise.
19. A avaliação geral, quanto à evolução dos tempos de decisão para entrada de novos produtos no mercado em ambulatório, que emerge após a análise do período 2008-2014 e em maior detalhe 2011-2014, o período da legislatura atual, no que diz respeito aos tempos de decisão é positiva.
20. Há uma tendência descendente na média mensal dos tempos totais de decisão, que representam o tempo que uma empresa demora desde a intenção de entrada no mercado, até à decisão por parte do regulador. Esta tendência mantém-se no que diz respeito ao tempo tomado apenas pelo regulador, que tem vindo a diminuir de ano para ano, mostrando que os picos de demora ao longo do tempo são explicados pelo tempo tomado pelas empresas, durante os processos de decisão. Também a variabilidade ou dispersão dos tempos de decisão tem diminuído. É ainda encontrada evidência de uma curva de aprendizagem nos pedidos de admissão ao mercado, significando que o aumento da experiência das autoridades competentes, por substância ativa, tem estado associado com uma diminuição do tempo tomado pelo regulador a decidir sobre a sua admissão ao mercado.
21. No campo da saúde mental, uma área que poderá ser especialmente pressionada nos momentos de crise económica, a primeira conclusão é o aumento do número de internamentos nos hospitais cuja área de influência abrange concelhos com uma taxa de desemprego elevada. Adicionalmente, este aumento tem sido feito a um ritmo menor ao longo do período da crise económica. O SNS tem enfrentado uma pressão adicional no lado da procura por cuidados de saúde mental o que se tem traduzido numa menor qualidade da resposta hospitalar, medida pelas taxas de readmissão hospitalar. Por outro lado, o aumento do número de internamentos mostra uma capacidade do Serviço Nacional de Saúde acomodar uma maior pressão de procura.
22. Quanto aos suicídios, é possível afirmar que a evolução da taxa de suicídio foi melhor do que aquilo que se podia prever com base nos dados antes da crise económica. Ou seja, a tendência de crescimento da taxa de suicídios associada com a fase baixa do ciclo económico foi menos pronunciada do que sugeria a experiência passada em Portugal. Esta evolução menos desfavorável do que era antecipável, ainda que tenha associado um aumento dos suicídios, poderá resultar de fatores protetores presentes na sociedade portuguesa ou de uma melhor resposta do Serviço Nacional de Saúde, não havendo possibilidade de distinguir entre as duas explicações alternativas (ou determinar a contribuição de cada uma).
23. Analisou-se ainda um problema recorrente no Serviço Nacional de Saúde: as dívidas em atraso. Desde 2012 que o ritmo de crescimento dos pagamentos em atraso tem tido grande regularidade mensal. É interrompido por períodos em que verbas adicionais são colocadas à disponibilidade dos hospitais mas esgotando-se o efeito dessas verbas, retoma-se o ritmo histórico. Desvios a este padrão (fora de épocas de regularização de dívidas) têm sido de curta duração. Entendendo-se a existência de pagamentos em atraso como sendo reflexo de problemas de gestão nos hospitais, não há ainda resultados visíveis das várias transformações legais (Lei dos Compromissos e Pagamentos em Atraso e suas alterações) e organizacionais (os vários aspectos das propostas do Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar que têm sido adoptados e aplicados).

24. Uma análise dos valores macro da saúde em Portugal no contexto internacional da OCDE, confrontando resultados (medidos pela esperança de vida à nascença e aos 65 anos) com recursos usados (despesa em saúde) e características do sistema de saúde, mostra que o sistema de saúde português é dos mais eficientes (embora não o mais eficiente) nestas comparações internacionais. A sua posição relativa melhorou nos últimos três anos de dados minimamente completos (2011-2013) para os países da OCDE. Esta melhoria não será propriamente surpresa, pois os indicadores de esperança de vida continuaram a melhorar e a despesa total foi contida sobretudo por restrição de preços e custos e não por menor prestação generalizada de serviços.
25. Globalmente, a evolução registada, nos aspectos analisados, durante a presente legislatura foi positiva, apesar de subsistirem ainda pontos de preocupação. No campo do acesso a cuidados de saúde, as barreiras de acesso ao Serviço Nacional de Saúde, avaliadas pela utilização e necessidade de utilização da população, não são significativas para a generalidade da população e, ao contrário do que frequentemente se assume com base em situações episódicas, não aumentaram durante o período de crise económica. As desigualdades de natureza geográfica reduziram-se. As desigualdades socioeconómicas continuam presentes. Os copagamentos nos medicamentos consumidos em ambulatório continuam a ser a principal despesa direta das famílias, e a redução dos preços, nomeadamente dos genéricos, contribuiu para atenuar os efeitos da crise económica. O mercado de medicamentos em ambulatório teve dinâmica de entrada e saída durante este período, aparentando estabilizar nos últimos anos. Os tempos de decisão do Infarmed melhoraram de forma clara, situação mais visível quando se olha para a distribuição de tempos de decisão e não apenas para o tempo médio. No funcionamento interno do Serviço Nacional de Saúde, a principal preocupação vai para a dinâmica da criação de dívida hospitalar, mesmo que os stocks globais de dívidas dos hospitais diminuí no final de cada ano por via de injeções de capital (por diferentes designações). Em termos de comparação internacional de eficiência macro, o sistema de saúde português tem bons resultados. Segundo indicadores de eficiência macro similares aos usados pela OCDE, essa eficiência melhorou durante a presente legislatura, resultado da redução de despesa e melhoria nos resultados de saúde.