

Acesso ao Serviço Nacional de Saúde: equidade, gastos e moderação

- 3 partes:
 - Revisão (selectiva) do tema
 - Evidência empírica sobre um aspecto
 - Aspectos conceptuais a explorar

O que é “acesso”?

- Acesso como preocupação de equidade: “A equidade e o acesso adequado aos cuidados de saúde resultam em ganhos de saúde, garantem a coesão e a justiça social e promovem o desenvolvimento de um país.”
Plano Nacional de Saúde 2011-2016
- Acesso: “obtenção de cuidados de qualidade necessários e oportunos, no local apropriado e no momento adequado” (PNS 2011-2016)

- Acesso adequado – C. Furtado e J. Pereira, 2010, documento de apoio à preparação do PNS 2011-2012
 - Procura adequada de serviços
 - Disponibilidade
 - Proximidade
 - Custos directos
 - Custos indirectos
 - Qualidade
 - Aceitação

Furtado e Pereira:

- Intervenções:
- Monitorização – Relatório Anual sobre o acesso a cuidados de saúde – Ministério da Saúde.
- Organização territorial
- Articulação entre níveis de cuidados

- O que sabemos?
 - Diferenças geográficas
 - Diferentes serviços
 - Estudos de equidade na utilização
 - Listas de espera e acesso

Entidade Reguladora da Saúde

- “O acesso aos cuidados de saúde primários do SNS faz-se em condições significativamente diferentes do acesso aos prestadores privados, uma vez que por via do financiamento público, uma grande barreira potencialmente limitadora do acesso, o pagamento, está presente nos serviços do SNS apenas de forma residual.” Estudo do acesso aos cuidados de saúde primários do SNS, 2009

- “direito ao acesso aos cuidados de saúde só será garantido em pleno se não se verificarem desigualdades significativas entre as populações das diversas regiões do continente, ao nível do acesso”

Como o fazem?

- Dimensões:
 - Proximidade – densidade da rede
 - Capacidade de resposta – por comparação com a procura potencial
 - Adequabilidade (à vida dos utentes)
 - Aceitabilidade (em termos das expectativas dos utentes)
 - Esforço financeiro – o preço dos serviços ajusta-se à capacidade financeira dos utentes?

- Análise geográfica – 30 min máximo de distância tempo a um centro de saúde – apenas 0,1% da população não cumpre o critério
- Conclusão: “a maioria dos utentes está globalmente satisfeita com o acesso aos Centros de Saúde do SNS”

Mais estudos da ERS

- Caracterização do acesso dos utentes a consultas de cardiologia, Fevereiro 2009
- Caracterização do acesso dos utentes a consultas de medicina geral e familiar, Agosto de 2010 (não público)
- Estudo do acesso dos utentes aos cuidados continuados de saúde, Março de 2011
- Caracterização do acesso dos utentes a cuidados de saúde infantil e juvenil de pediatria, Março de 2011
- Acesso, concorrência e qualidade no setor da prestação de cuidados de saúde de radioterapia externa, Julho 2012

- Trabalhos mais antigos:
 - Oscar Lourenço & outros – inquérito nacional de saúde – existe diferenças de utilização associadas com o rendimento, mas não nos casos mais graves, de utilização mais intensa

- Despesas de saúde e empobrecimento em Portugal?
- Inquéritos às despesas das famílias (2000 e 2005, o INE ainda não cedeu os dados de 2010)
- Tese de mestrado de Christoph Kronenberg
- Olhar para o que possa ser o peso da barreira financeira nas famílias – é uma barreira muito importante?

- Conceito: despesa catastrófica - >40% da capacidade de pagamento; capacidade de pagamento= rendimento – nível de subsistência; nível de subsistência = 40% da despesa com bens alimentares (WHO) ou cabaz de despesa (Evetovits et al 2012)
- Empobrecimento: ficar abaixo de 60% do valor mediano
- Limitação – olha para as consequências da despesa realizada, não para os cuidados de saúde que ficaram por realizar mas eram necessários

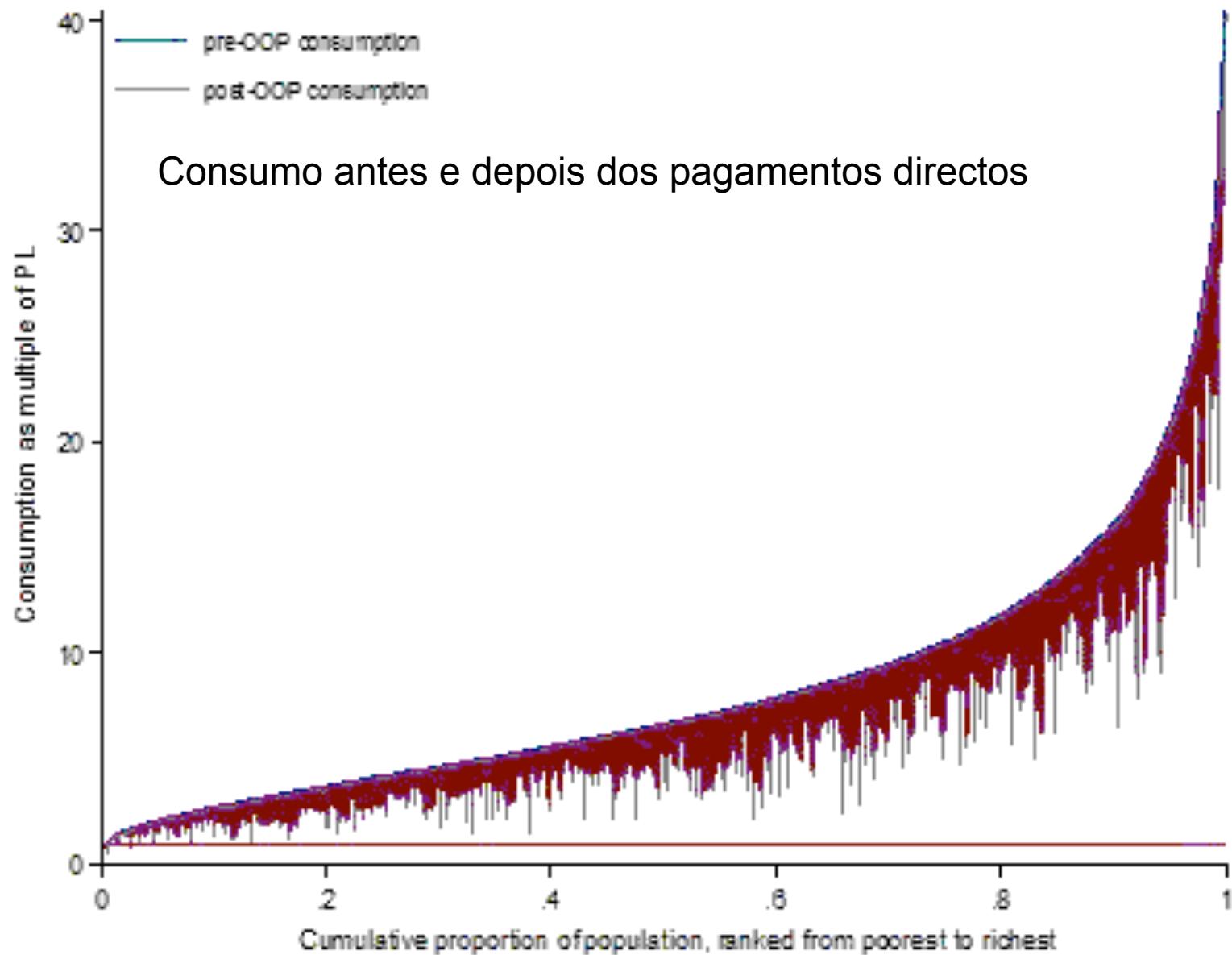
Despesas catastróficas	2000	2005
WHO – cabaz tradicional	7,85%	5,03%
Cabaz alargado	19,77%	19,63%

(WHO measure)	2000	2005
1 st quintil de rendimento	22,26%	13,50%
2 nd	11,08%	7,16%
3 rd	3,64%	2,60%
4 th	1,55%	1,30%
5 th quintil de rendimento	0,75%	0,58%

Melhoria geral, mais pronunciada nos níveis mais baixos – acesso como protecção contra despesas extremas também parece estar presente

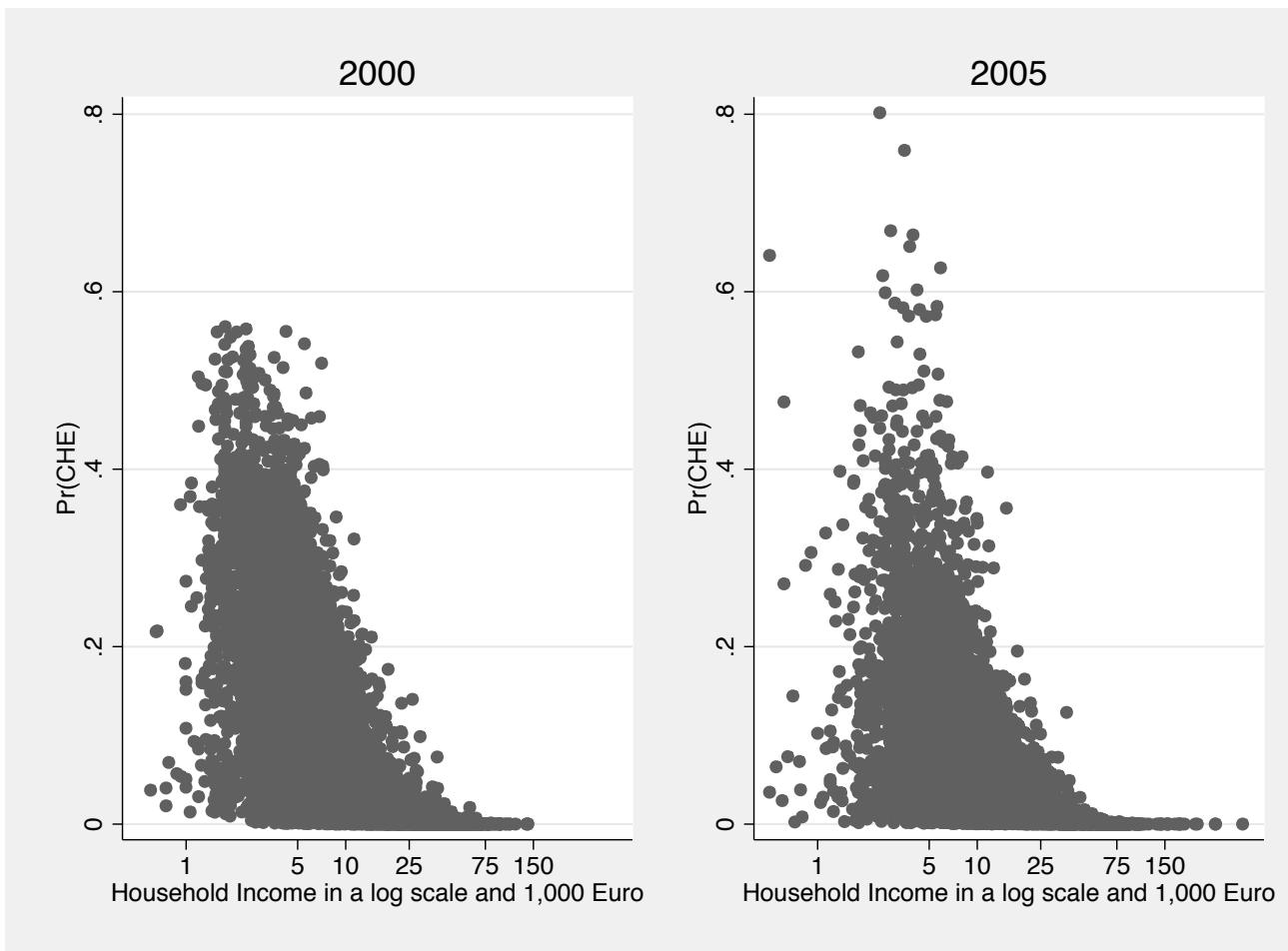
Cabaz WHO	2000	2005
Norte	3,87%	4,29%
Centro	9,10%	6.00%
Lisboa e Vale do Tejo	6,78%	3,11%
Alentejo	10,66%	7,38%
Algarve	9,32%	4,42%
Azores	8,74%	3,65%
Madeira	7,27%	5,68%

Excepto no Norte, melhoria generalizada



- Quem são os grupos populacionais vulneráveis?
 - Em 2005, 40% dos sujeitos a despesas catastróficas de saúde vivem sozinhos
 - 63% são idosos
 - 65% são pobres (rendimento abaixo de 60% do valor mediano)
 - 26% são idosos pobres que vivem sozinhos – grupo especialmente vulnerável durante a crise uma vez que não tem mecanismos de ajustamento

Probabilidade de ter despesas catastróficas de saúde



Evidência que gostava ver...

- Efeitos das taxas moderadoras – aumentos de valores e aumento de isenções vão em sentido contrário – qual o efeito líquido?
- Mas fica para outra conferência...

Evidência de outras áreas

- Acesso a medicamentos
 - Redução de preços sobretudo de genéricos facilita
 - Efeito sobre a rede de farmácias ainda largamente desconhecido em termos de densidade a prazo da rede – mas redução de preços está a limitar a capacidade de sobrevivência das farmácias
- Iremos conseguir preservar a densidade da rede no essencial?

- Haver encerramento de algumas farmácias não é dramático,
- substituição de umas antigas por novas farmácias também não,
- encerramento em larga escala sem substituição já é um problema

- E agora, algumas notas mais conceptuais

Acesso e eficiência/qualidade?

- Tem sido uma relação em grande medida ignorada em todas as discussões
- Relação entre volume e qualidade dos cuidados prestados?
- Maior evidência no contexto hospitalar – há procedimentos que devem ser feitos com frequência para manter o treino

- Se esses procedimentos exigirem um volume mínimo de actividade em casos clinicos que são relativamente raros,
 - Qualidade clinica aponta para concentrar actividade
 - Concentrar actividade afasta geograficamente populações
 - Que balanço queremos fazer?

Escolhas individuais?

- Procura de cuidados de saúde e capacidade da resolver vs. utilização efectiva de cuidados
- Tempo de deslocação é factor inibidor da procura
- Para alguns tipos de cuidados de saúde, iniciativa de consumo parte do cidadão
- Decisão envolve preço monetário + preço não monetário (tempo)

- Vive mais longe, para mesmo preço monetário tende a procurar menos
- Mas se houver excesso de utilização (no sentido de haver cuidados de saúde prestados com nenhum efeito em termos de ganhos de saúde), como avaliar menor uso mesmo que por maior distância geográfica?
- Não tenho resposta para estas questões – apenas assinalar que acesso e eficiência é também relevante

Observações finais

- Acesso é uma preocupação clara no sistema de saúde português, e no SNS em particular
- Acesso tem sido ligado apenas a questões de equidade
- Evidência existente revela uma boa situação em geral, e evolução positiva
- Desafio: avaliar acesso atendendo também a aspectos de qualidade e eficiência

- Obrigado.