

Equidade e eficiência em saúde

CÉU MATEUS
C.MATEUS@LANCASTER.AC.UK

POLÍTICAS

- “Políticas” são linhas de acção prosseguidas pelos Estados.
- Em termos bastante latoos as políticas sociais podem ser definidas como:
 - “As actividades do Estado que afectam o estatuto social e as perspectivas de vida de grupos, famílias e indivíduos”

POLÍTICAS

- As políticas sociais têm como objectivo o controle de determinadas situações sociais e a sua melhoria.
- Assiste-se a um desenvolvimento das políticas sociais, da forma como hoje são entendidas, nos Estados Nacionais modernos do século XIX e XX.

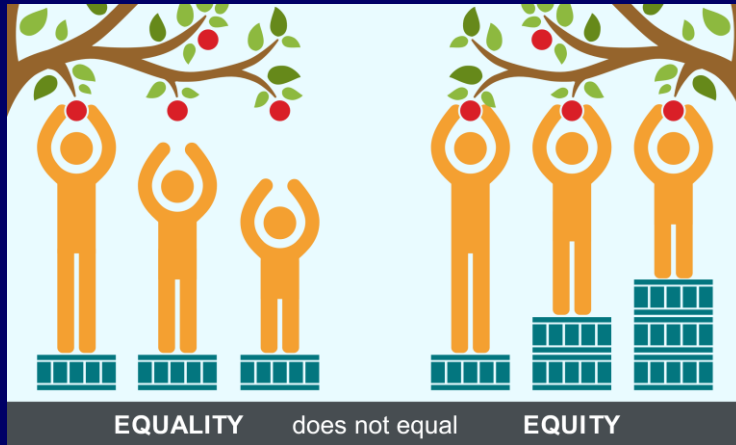
3

POLÍTICA DE SAÚDE

OBJECTIVOS:

- Satisfação das necessidades de saúde
- Equidade
- Eficiência
- Qualidade

4



Equidade em saúde

Equidade em saúde e cuidados de saúde

Justiça ↔ Equidade ≠ Igualdade

Saúde ≠ Cuidados de Saúde

EQUIDADE


“Todos os sistemas procuram atingir eficiência económica e equidade distributiva” (OCDE; 1987, pg. 24).

Mais à frente no mesmo estudo é afirmado que:

“A redistribuição, a protecção social e assegurar a produção e consumo eficiente dos serviços de saúde” (pg. 25) são os principais objectivos da política de cuidados de saúde em todos os países da OCDE.

9

O QUE É AFINAL A EQUIDADE?

EQUIDADE  Objectivo político significativo na política de saúde.

No entanto,

“Declarações políticas acerca da equidade no financiamento da saúde são de certa forma vagas” (Rutten, F.; 1993, p.88)

10

O QUE É AFINAL A EQUIDADE?

Deve-se notar que “nem todos os indivíduos subscrevem o mesmo conceito de equidade” (Wagstaff, Doorslaer e Paci) porque “**não existe uma única forma de definir correctamente equidade**” (Mooney, G.)

11

EQUIDADE

Distribuição justa de determinado atributo populacional.

O conceito de equidade não é necessariamente equivalente a igualdade, embora os dois termos sejam por vezes utilizados como sinónimos.

12

EQUIDADE

A justiça emana do “princípio formal de justiça de Aristóteles, nomeadamente, iguais devem ser tratados igualmente, e diferentes, diferentemente, relativamente às desigualdades relevantes” (Gillon, R.)

“A justiça social deriva de um conjunto de princípios respeitantes ao que um indivíduo deve ter como direito” (Wagstaff e Doorslaer)

13

Conceitos de Equidade

- Igualdade
 - Equidade horizontal e vertical
 - Igualdade de acesso
 - Igualdade de tratamento para necessidades iguais
 - Igualdade de capacidades básicas (Sen)
- Mínimo Básico
- Utilitarismo
- Equidade como escolha (Le Grand)
- Maximin de Rawls

TEORIAS DE JUSTIÇA SOCIAL

- Libertaristas: respeito pelos direitos naturais, principalmente os direitos à vida e à propriedade.
- Utilitaristas: maximização da soma das utilidades individuais ou bem-estar.
- Igualitaristas: atribuem grande importância às “necessidades” e, assim, ao princípio “da distribuição de acordo com a necessidade”. Frequentemente, este princípio é amalgamado com o princípio “de cada um de acordo com a sua capacidade”

15

TEORIAS DE JUSTIÇA SOCIAL

- Rawlsianos: enfatizam a posição do último menos bem.
- Merecimento: a justiça social é vista como a recompensa do mérito.

16

A EQUIDADE EM SAÚDE

A equidade na saúde, no que se refere à prestação de cuidados, tem duas dimensões importantes:

Equidade horizontal: tratamento igual de indivíduos que se encontram numa situação de saúde igual.

Equidade vertical: tratamento apropriadamente desigual de indivíduos em situações de saúde distintas.

17

Porquê estudar o problema da equidade?

- Objectivo explícito de todos os sistemas de saúde modernos, embora a sua formulação seja por vezes vaga.
- Indispensável monitorizar, compreender e buscar estratégias para melhorar a situação actual.

LEI DE BASES DA SAÚDE

“ É objectivo fundamental obter a igualdade dos cidadãos no acesso aos cuidados de saúde, seja qual for a sua condição económica e onde quer que vivam, bem como garantir a equidade na distribuição de recursos e na utilização de serviços ”.

Lei nº 48/90, 24 de Agosto
D.R. I Série (nº 195), Base II , 1 (b)

OMS-EUROPA SAÚDE XXI

Meta nº 1: Solidariedade em saúde

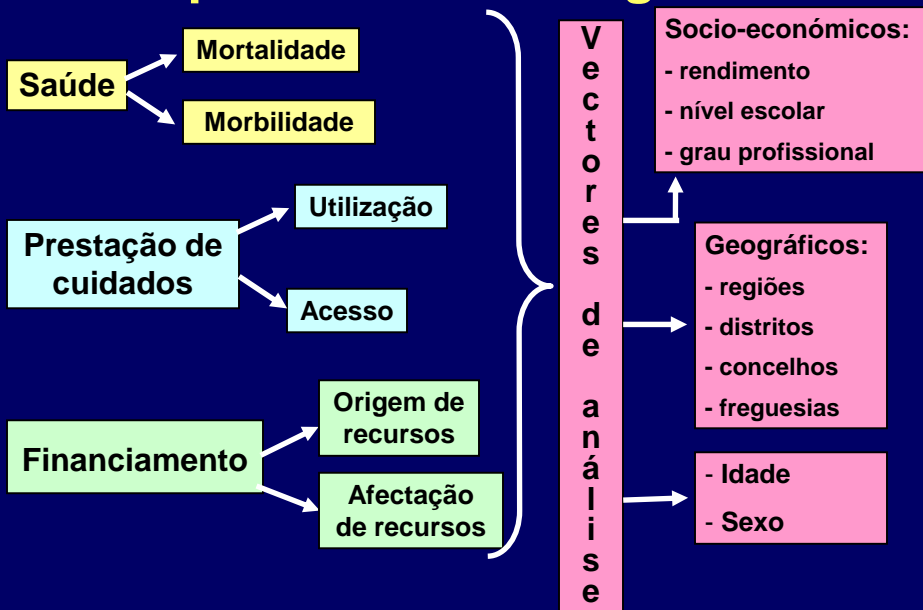
Até ao ano 2020, as diferenças actuais nos níveis de saúde entre Estados Membros da Região Europeia, devem ser reduzidas em pelo menos um terço.

OMS-EUROPA SAÚDE XXI

Meta nº 2: Equidade em saúde

Até ao ano 2020, as desigualdades em saúde entre grupos socio-económicos de cada país, devem ser reduzidas em pelo menos um quarto, através da melhoria substancial do nível de saúde dos grupos menos favorecidos.

Componentes da desigualdade



O estudo multidisciplinar da equidade

- Actualidade do tema / polémica na análise
- O Relatório Black: incentivou interesse internacional
- Análise económica: útil na compreensão, medição e selecção de medidas, mas deverá ser inserida numa análise pluridisciplinar.

Gender equity in treatment for cardiac heart disease in Portugal

Julian Perelman^{a,*}, Céu Mateus^a, Ana Fernandes^b

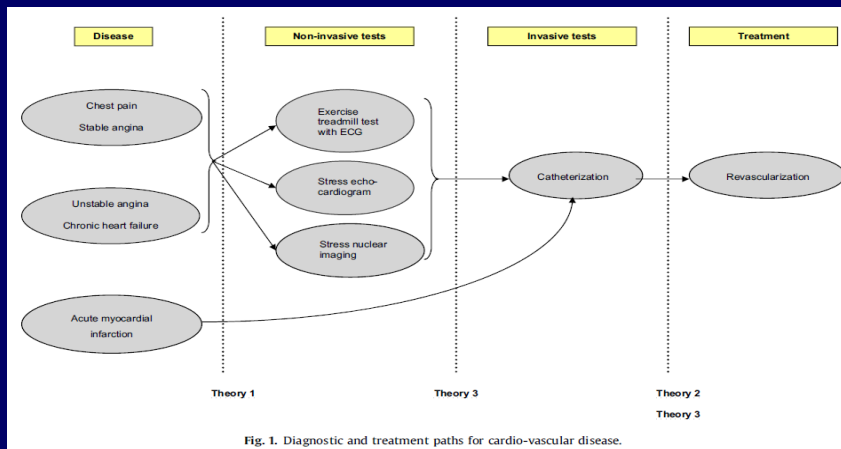


Fig. 1. Diagnostic and treatment paths for cardio-vascular disease.

Theory 1: more difficult detection in women

Theory 2: increased difficulty in women's recovery

Theory 3: less willingness to be treated in women

Gender equity in treatment for cardiac heart disease in Portugal

Julian Perelman^{a,*}, Céu Mateus^a, Ana Fernandes^b

Table 1
Characteristics of primary diagnosis of cardiac heart disease admissions, by gender, 2000–2006.

	Women	Men
Age (mean) (SE)	73.56** (0.04)	66.22** (0.03)
Procedures		
Catheterization (CATH)	27,071 (25.9%)**	65,640 (42.3%)**
Revascularization	13,979 (13.4%)**	43,659 (28.1%)**
Comorbidities		
Congestive heart failure	9,323 (8.9%)**	11,188 (7.2%)**
Cardiac dysrhythmias	27,111 (26.0%)**	27,241 (17.6%)**
Cerebrovascular disease	5,680 (5.4%)**	6,535 (4.2%)**
Pulmonary edema	630 (0.6%)**	624 (0.4%)**
Diabetes with complication	6,405 (6.1%)**	6,102 (3.9%)**
Chronic renal failure	6,273 (6.0%)**	7,959 (5.1%)**
Acute renal failure	3,478 (3.3%)**	3,913 (2.5%)**
Malignancy	1,304 (1.2%)**	2,703 (1.7%)**
Shock	1,249 (1.2%)**	1,429 (0.9%)**
Hospital type		
Equipped for CATH only	5,416 (5.2%)**	4,705 (3.0%)**
Fully equipped	96,731 (92.7%)**	148,659 (95.8%)**
Year^a		
2000	13,281 (38.9%)**	20,897 (61.1%)**
2001	13,823 (39.7%)**	21,137 (60.3%)**
2002	14,747 (39.8%)**	22,269 (60.2%)**
2003	15,077 (40.7%)**	21,948 (59.3%)**
2004	15,686 (41.2%)**	22,364 (58.8%)**
2005	15,603 (40.5%)**	22,939 (59.5%)**
2006	16,014 (40.4%)**	23,641 (59.6%)**
Outcomes		
In-hospital mortality	12,382 (11.9%)**	11,576 (7.5%)**
Diagnosis		
With acute myocardial failure	23,319 (22.4%)	43,043 (27.7%)
Without acute myocardial failure	81,012 (77.6%)	112,152 (72.3%)
Admission type		
Elective admission	29,858 (28.6%)**	58,798 (37.9%)**
Emergency admission	74,473 (71.3%)**	96,397 (62.1%)**

**The difference between men and women is statistically different at 5% level; *at 10% level. For age, a t-test is performed to compare men and women; for all other variables, we apply a χ^2 test to compare men's and women's probability of falling in the category of interest.

^a The percentage of men and women of a given year is calculated with respect to the total number of patients of that year.

Table 2

Adjusted odds (95% CI) of women undergoing catheterization or any revascularization procedure compared to men.

	Catheterization (CATH) ^a	Revascularization (REVASC) ^b
All cases	0.74 (0.72–0.75)	0.69 (0.67–0.72)
Type of diagnosis		
Patients with AMI	0.86 (0.83–0.90)	0.76 (0.72–0.80)
Patients without AMI	0.72 (0.70–0.74)	0.68 (0.66–0.71)
Type of admission		
Elective treatment	1.17 (1.13–1.22)	0.67 (0.64–0.71)
Emergency admission	0.67 (0.66–0.69)	0.71 (0.68–0.74)
Year of treatment		
2000	0.76 (0.72–0.80)	0.69 (0.63–0.76)
2001	0.76 (0.72–0.81)	0.74 (0.68–0.81)
2002	0.74 (0.71–0.78)	0.72 (0.66–0.78)
2003	0.73 (0.69–0.76)	0.70 (0.64–0.75)
2004	0.73 (0.70–0.77)	0.67 (0.63–0.73)
2005	0.73 (0.69–0.76)	0.67 (0.63–0.73)
2006	0.71 (0.68–0.75)	0.68 (0.63–0.73)

^a Odds ratios are adjusted for year, age, comorbidities and hospital type (not reported).

^b Odds ratios are adjusted for year, age, comorbidities (not reported).

Gender equity in treatment for cardiac heart disease in Portugal

Julian Perelman^{a,*}, Céu Mateus^a, Ana Fernandes^b

Our study confirms for Portugal what has been observed elsewhere. There are notable differences which favour men in the use of high-technology diagnosis procedures and revascularization, which remained stable over the 2000–2006 period.

Three additional findings help us understand the causes of the gender gap: (i) unfavourable gender differences for women are higher prior to rather than after detection of acute disease (AMI); (ii) women are significantly more likely to die during hospitalization despite equal treatment; (iii) gender differences against women are higher for non-elective admissions and women are more often admitted through emergency units.

To conclude, our data indicate that Portugal is no exception and experiences a persistent gender gap in the use of high-technology treatments for CHD and in-patient mortality from CHD. In addition, the gender gap is wider when acute disease has not been diagnosed, and when admission occurs through emergency units, which is more frequent among women. Further research should be

For patients with breast cancer, geographic and social disparities are independent determinants of access to specialized surgeons. A eleven-year population-based multilevel analysis

Gentil et al. *BMC Cancer* 2012, **12**:351
<http://www.biomedcentral.com/1471-2407/12/351>

Abstract

Background: It has been shown in several studies that survival in cancer patients who were operated on by a high-volume surgeon was better. Why then do all patients not benefit from treatment by these experienced surgeons? The aim of our work was to study the hypothesis that in breast cancer, geographical isolation and the socio-economic level have an impact on the likelihood of being treated by a specialized breast-cancer surgeon.

Methods: All cases of primary invasive breast cancer diagnosed in the Côte d'Or from 1998 to 2008 were included. Individual clinical data and distance to the nearest reference care centre were collected. The Townsend Index of each residence area was calculated. A Log Rank test and a Cox model were used for survival analysis, and a multilevel logistic regression model was used to determine predictive factors of being treated or not by a specialized breast cancer surgeon.

Results: Among our 3928 patients, the ten-year survival of the 2931 (74.6 %) patients operated on by a high-volume breast cancer surgeon was significantly better (LogRank $p < 0.001$), independently of age at diagnosis, the presence of at least one comorbidity, circumstances of diagnosis (screening or not) and TNM status (Cox HR = 0.81 [0.67-0.98]; $p = 0.027$). In multivariate logistic regression analysis, patients who lived 20 to 35 minutes, and more than 35 minutes away from the nearest reference care centre were less likely to be operated on by a specialized surgeon than were patients living less than 10 minutes away (OR = 0.56 [0.43; 0.73] and 0.38 [0.29; 0.50], respectively). This was also the case for patients living in rural areas compared with those living in urban areas (OR = 0.68 [0.53; 0.87]), and for patients living in the two most deprived areas (OR = 0.69 [0.48; 0.97] and 0.61 [0.44; 0.85] respectively) compared with those who lived in the most affluent area.

Conclusions: A disadvantageous socio-economic environment, a rural lifestyle and living far from large specialized treatment centres were significant independent predictors of not gaining access to surgeons specialized in breast cancer. Not being treated by a specialist surgeon implies a less favourable outcome in terms of survival.

27

Contribuição da economia da saúde para o estudo da equidade

- Definição de objectivos
Aspectos normativos
- Medição da dimensão da desigualdade
- Como explicar as desigualdades observadas (modelos explicativos)?
- Política de saúde e o “trade-off” entre distribuição e maximização (equidade e eficiência)

Factores que influenciam a saúde



Respostas políticas às desigualdades

- **Indivíduos**
- **Comunidade**
- **Melhorar o acesso a serviços e equipamentos essenciais**
- **Encorajar a mudança macroeconómica e cultural**

NECESSIDADES DE SAÚDE

- Não existe uma definição consensual na literatura.
- Noção instrumental, utilizada no sentido de determinado indivíduo precisar de consumir cuidados para melhorar o seu estado de saúde.

31

NECESSIDADES DE SAÚDE

- Uma classificação muito utilizada consiste na distinção entre três tipos de necessidade:
 - Necessidades sentidas - identificadas como tal pelos indivíduos.
 - Necessidades expressas – sentidas pelos indivíduos e manifestadas junto dos serviços de saúde e que são, normalmente, tomadas como sinónimo da procura de cuidados.
 - Necessidades normativas - definidas e identificadas pelos profissionais de saúde.

32

NECESSIDADES DE SAÚDE

Definição defendida pela Escola de York (Williams, 1979):

Capacidade de beneficiar: uma necessidade em saúde existirá apenas quando a produtividade marginal do tratamento for positiva.

33

NECESSIDADES DE SAÚDE

Esta ideia pressupõe a existência de meios técnicos e económicos para fazer face à disfunção de saúde e implica a avaliação tanto dos custos como os benefícios dos tratamentos para determinar a atribuição de recursos.

A necessidade não deve ser vista como um conceito absoluto, mas antes relativo e dinâmico.

34

PRODUTIVIDADE MARGINAL

Define-se como a variação na produção total resultante do aumento de uma unidade de um dos recursos que contribuem para essa produção.

35

LEI DOS RENDIMENTOS MARGINAIS DECRESCENTES

É o princípio de que os aumentos na produção que resultam da utilização adicional de um factor produtivo tenderão eventualmente a decrescer à medida que se vai aumentando o uso desse factor.

36

LEI DOS RENDIMENTOS MARGINAIS DECRESCENTES

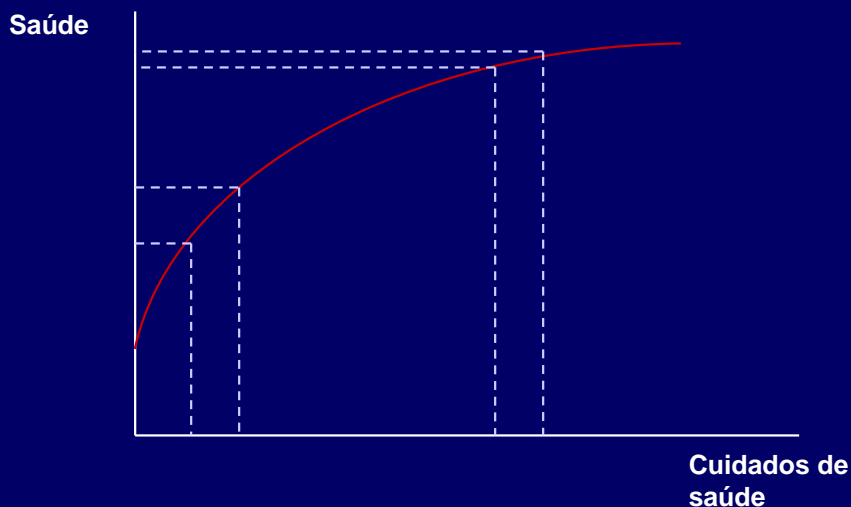
A produção de saúde através do alargamento dos cuidados revela tais características.

Fase inicial: ganhos nos indicadores de saúde com relativa facilidade.

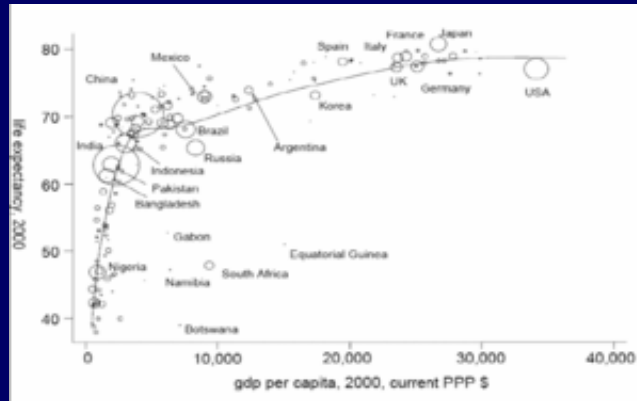
Fase actual: o ritmo de melhoramento tende eventualmente a decrescer com a intensificação da utilização dos serviços de saúde.

37

Produção de saúde



Produção de saúde



""Figure 1: The Relationship between Average Life Expectancy and GDP per Capita, with Area Proportional to Population (Source: "Health in an age of globalization," Angus Deaton, Research Program in Development Studies, Princeton University, July 2004, p. 37.

EFICIÊNCIA

EFICIÊNCIA é diferente de **EFICÁCIA** é diferente de **EFFECTIVIDADE**

Efectividade: os resultados ou consequências de determinado procedimento ou tecnologia médica quando aplicados na prática. A efectividade de um programa de saúde distingue-se da sua eficácia pelo facto de fazer referência a situações reais, enquanto o segundo termo se aplica apenas aos resultados obtidos em condições gerais.

EFICIÊNCIA

Eficácia: os resultados ou consequências de um tratamento, medicamento, tecnologia ou programa de saúde, sob um ponto de vista estritamente técnico ou numa situação de utilização ideal.

Eficiência: a relação entre os recursos utilizados e os resultados obtidos em determinada actividade. A produção eficiente é aquela que maximiza os resultados obtidos com um dado nível de recursos ou minimiza os recursos necessários para obter um determinado resultado.

41

EFICIÊNCIA NA SAÚDE

Para os cuidados de saúde podemos adoptar a definição apresentada por Priester (1992):

“o sistema de cuidados de saúde deve atingir os resultados desejados com a menor despesa fornecendo assim bom valor pelo dinheiro gasto”

42

EFICIÊNCIA EM SAÚDE

Ou a que é defendida por Enthoven:

“uma afectação eficiente dos recursos de cuidados de saúde para e dentro do sector de cuidados de saúde é aquela que minimiza o custo social da doença, incluindo o seu tratamento”.

43

EFICIÊNCIA EM SAÚDE

Como diz Priester (1992)

“um sistema de cuidados de saúde eficiente não é necessariamente o mais barato, mas aquele que obtém o maior benefício (definido em termos de resultados desejados) pelo custo mais baixo”.

44

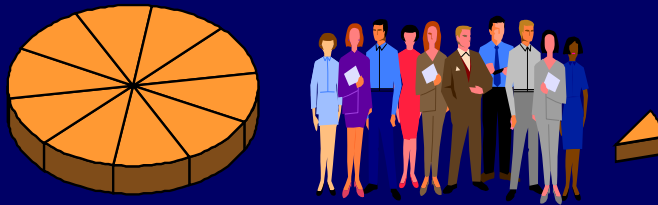
EFICIÊNCIA NA SAÚDE

Para Culyer a eficiência, enquanto objectivo para os serviços de cuidados de saúde “é maximizar o impacto dos recursos disponíveis na saúde da nação”.

EFICIÊNCIA NA SAÚDE - tipos de eficiência

- Eficiência técnica - um procedimento é tecnicamente eficiente quando se utiliza a combinação de recursos que apresenta menos custos para obter o resultado desejado.
- A eficiência técnica é, assim, uma medida da produção de resultados por unidade de recursos utilizados (por exemplo: número de consultas por médico, demora média hospitalar, etc.)

EQUIDADE E EFICIÊNCIA

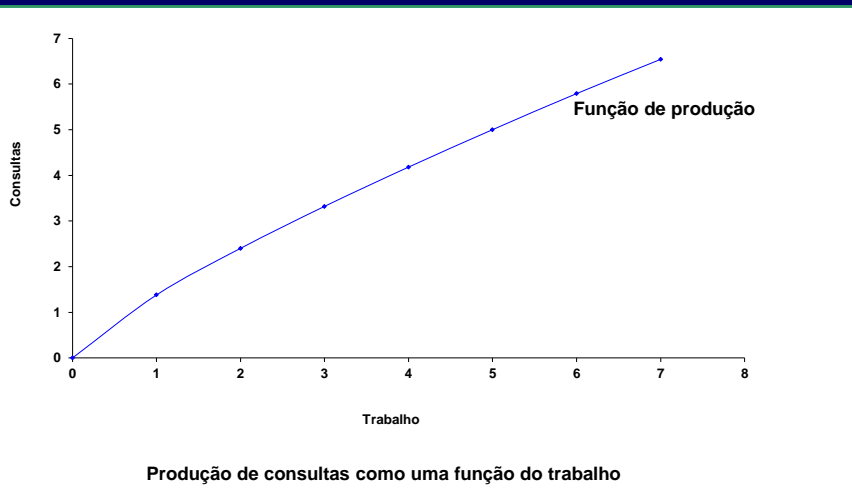


A eficiência refere-se ao tamanho do bolo, enquanto a equidade se refere à afectação ou distribuição deste entre os indivíduos.

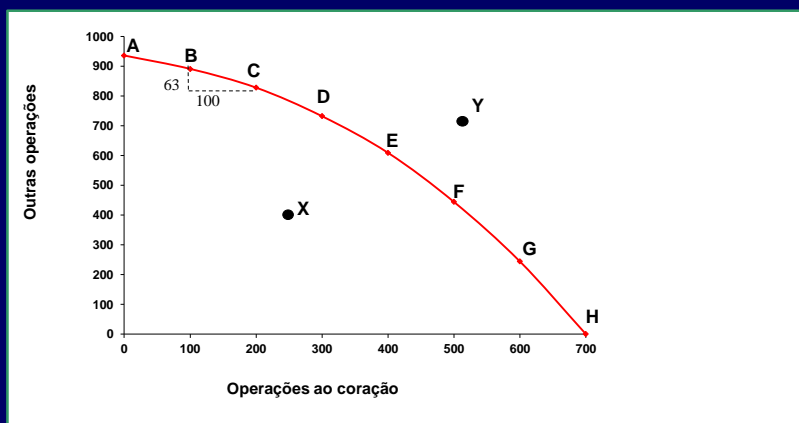
EQUIDADE E EFICIÊNCIA

- Como dado de partida tem-se que os recursos são escassos e limitados.
- Consequentemente, os recursos existentes nos sistemas têm que ser utilizados da melhor forma possível, de modo a gerarem o máximo de benefícios possível.
- No entanto, tem que se olhar à forma como os benefícios gerados são distribuídos pela sociedade.

Função de produção



Fronteira de Possibilidades de Produção



Trade-off entre outras operações e operações ao coração

Ponto	Outras operações	Operações ao coração	Custo de oportunidade (outras operações por 100 operações ao coração)
A	936	0	
B	891	100	45
C	828	200	63
D	732	300	96
E	609	400	123
F	444	500	165
G	244	600	200
H	0	700	244

EFICIÊNCIA

Eficiência: a relação entre os recursos utilizados e os resultados obtidos em determinada actividade.

A produção eficiente é aquela que maximiza os resultados obtidos com um dado nível de recursos ou minimiza os recursos necessários para obter um determinado resultado.

Eficiência do mercado em situação de concorrência perfeita

1. O máximo da produção é atingido para determinado volume de factores, dada a tecnologia existente (eficiência de produção, eficiência tecnológica, ...)
2. Combinação de recursos que atinge um resultado desejado ao mais baixo custo (eficiência técnica, eficiência operacional, eficiência de custos, ...)
 - (i) Maximização de resultados com um nível de recursos pré-fixado;
 - (ii) Minimização dos recursos necessários para obter um determinado resultado.

Eficiência do mercado em situação de concorrência perfeita

3. Afectação de recursos adequada no sentido de não ser possível qualquer reafectação que melhore a situação de um indivíduo (em termos de utilidade) sem, simultaneamente, piorar a de outro (eficiência na afectação, eficiência de Pareto, ...)



Porque é importante pensar-se na eficiência?

Dada a existência de desejos/necessidades ilimitados e recursos limitados, é importante que a economia faça o melhor uso dos seus recursos.

A eficiência corresponde à utilização mais eficaz dos recursos de uma sociedade na satisfação dos desejos/necessidades da população.

Estrutura envolvente necessária para a eficiência de mercado

- Estrutura institucional estável
- Sistema legal eficaz (p. ex., define e resolve conflitos sobre direitos de propriedade, faz cumprir contratos, etc.)
- Normas de conduta e atitudes sobre transacções
- Aceitação da “disponibilidade a pagar” como critério apropriado na afectação de recursos

Aspectos económicos necessários para a eficiência de mercado

- Homogeneidade do produto
- Ausência de externalidades
- Ambiente de certeza
- Informação completa
- Atomicidade de mercado
- Concorrência entre produtores, não tendo qualquer um poder de mercado e havendo livre entrada
- As decisões de procura e oferta são independentes

Implicações para a política de saúde

- Igualdade de acesso aos cuidados de saúde
- Financiamento público
- Seguros de saúde
- Fraco papel para os preços no ponto de consumo
- Pagamento por salário ou capitação
- Forte intervenção reguladora por parte do Estado



EQUIDADE E EFICIÊNCIA

Existe interdependência entre equidade e eficiência



Problemas



Soluções

QUALIDADE

Os métodos de avaliação da qualidade dos cuidados de saúde variam de país para país e mesmo no interior dos países.

Indicador do nível de qualidade:

- Nível de desenvolvimento técnico

Porquê?

61

QUALIDADE

Porque é relativamente fácil medir as componentes mecânicas dos cuidados.

Ficam de fora questões como:

- ▲ o sobre-tratamento
- ▲ as doenças iatrogénicas
- ▲ a alienação de doentes e suas famílias
- ▲ o prolongamento não desejado da vida
- ▲ os custos afectivos e financeiros

62

QUALIDADE

Esta abordagem esvazia também os problemas éticos e favorece a ideia de que só os tipos de tratamento e medidas de apoio dispendiosos e complexos é que são eficazes.

Avaliar a qualidade dos cuidados não se confina apenas a medir o nível de desenvolvimento técnico ou de competência.