
EQUIDADE NOS PAGAMENTOS DIRECTOS DOS CUIDADOS DE SAÚDE EM PORTUGAL: UMA ANÁLISE GLOBAL E POR NUTS II*

Carlota Quintal - Professora Auxiliar da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra e investigadora do Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra - E-mail: qcarlota@fe.uc.pt

Sónia Venceslau - Aluna do Mestrado em Economia na Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra - E-mail: spvenceslau@gmail.com

Resumo:

A equidade é um dos objectivos centrais da política de saúde e corresponde a uma das dimensões de avaliação do desempenho dos sistemas de saúde usada pela OMS. Este estudo propõe-se analisar a equidade no financiamento dos cuidados de saúde através dos pagamentos directos, em Portugal, para o total desses pagamentos e para cada componente, desagregando-se ainda a análise para o país e para as regiões NUTS II.

Os dados utilizados provêm do Inquérito Nacional de Saúde 2005/06 e a metodologia baseia-se na técnica das curvas e índices de concentração. Os resultados sugerem a existência de iniquidade, observando-se regressividade nos pagamentos, globalmente e para cada tipo de despesa, sendo essa regressividade mais acentuada no caso dos medicamentos e menos no caso dos meios complementares de diagnóstico. Em termos de regiões, o Algarve e os Açores aparecem com o maior e menor nível de regressividade, respectivamente.

Palavras-chave: Equidade, financiamento, pagamentos directos, NUTS II

Códigos JEL: I 1

Abstract:

Equity is a central goal of health policy and is in fact among the performance indicators used by WHO to evaluate health systems. The objective of this study is to analyse equity in the financing of health care, for the case of out-of-pocket payments, in Portugal, for total payments and for each of its components. The analysis is further disaggregated by regions NUTS II.

Data come from the National Health Survey 2005/06 and the methodology is based on the technique of concentration curves and indexes. The results suggest that payments are regressive, globally and for each item. Inequity in financing is greater for the case of medicines and lower for the case of diagnostic tests. Regarding the geographic analysis, the progressivity index is greater for Algarve and lower for Azores.

Keywords: Equity, financing, out-of-pocket payments, NUTS II

JEL Codes: I 1

* As autoras agradecem os comentários e sugestões de dois avaliadores anónimos que contribuíram para melhorar o presente artigo.

1. Introdução

Em Portugal, o direito ao acesso aos cuidados de saúde por parte de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, está consagrado na Lei Fundamental, através do artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa. A par deste reconhecimento, o acesso aos cuidados de saúde é uma das garantias contempladas na lei fundadora do Serviço Nacional de Saúde (Lei nº56/79 de 15 de Setembro) bem como na Lei de Bases da Saúde (Lei nº48/90 de 24 de Agosto). Nestes diplomas legais, é notória a preocupação do legislador com as possíveis restrições ao acesso aos cuidados de saúde motivadas por factores de ordem económica, social ou geográfica (veja-se, por exemplo, a Base II, nº1).

A equidade surge assim como um objectivo central da política de saúde, situação aplicável à generalidade dos países, nomeadamente da OCDE. A própria Organização Mundial de Saúde defende que uma dimensão essencial do desempenho de qualquer sistema de saúde é precisamente a equidade (OMS, 2000).

A equidade pode ser avaliada sob duas perspectivas, a da utilização de cuidados e a do financiamento desses cuidados, em que no primeiro caso se pretende averiguar o respeito pelo princípio da utilização de acordo com a necessidade, e no segundo caso se pretende avaliar em que medida o financiamento dos cuidados respeita o princípio da capacidade de pagar. O presente artigo insere-se nesta última abordagem.

Existem cinco fontes possíveis de financiamento dos cuidados de saúde, sendo elas, os impostos directos, os impostos indirectos, as contribuições para a segurança social, os seguros de saúde privados e os pagamentos directos (*out-of-pocket*). O objectivo deste estudo é avaliar a equidade nos pagamentos directos dos cuidados de saúde, totais e por cada categoria de despesa, procedendo-se a uma análise para o país no seu conjunto bem como por NUTS II.

Os pagamentos directos englobam todo o financiamento que é efectuado no acto do consumo, ou seja, que está directamente relacionado com a utilização de cuidados de saúde. Deste modo, os pagamentos directos compreendem um leque de despesas diversificado, como por exemplo, as consultas médicas de urgência e as prestadas no

sector privado não cobertas por seguros, as taxas moderadoras pagas pelos indivíduos no âmbito do Serviço Nacional de Saúde, as despesas não comparticipadas em medicamentos, os meios complementares de diagnóstico (análises, radiografias, entre outros) e os tratamentos (cirurgias, fisioterapia, tratamentos dentários, entre outros).

Os pagamentos directos constituem uma importante fonte de financiamento dos cuidados de saúde, em Portugal, correspondendo o seu peso a cerca de 22% dos pagamentos totais, em 2007, o mesmo valor verificado em 2000 (OMS, 2010). De facto, o peso dos pagamentos directos no total da despesa privada diminuiu de 80,8% em 2000 para 77,5% em 2007, contudo, o peso da despesa privada no total dos pagamentos aumentou, naquele mesmo período, de 27,5% para 29,4%, fazendo assim com que o valor dos 22% se mantivesse nos dois anos acima referidos. A título de comparação, o peso dos pagamentos directos no total dos pagamentos dos cuidados de saúde em Espanha é semelhante ao observado em Portugal, surgindo países como a França, Luxemburgo e Holanda com valores abaixo dos 7%. A média da OCDE ronda os 19% e a média da UE 15 atinge os 17%. Na União Europeia, o país com um maior peso dos pagamentos directos é a Grécia, onde este valor está muito próximo dos 40% (OMS, 2010).

Com base em dados relativos à região da Europa, a OMS conclui que existe uma forte associação entre a despesa pública com cuidados de saúde e os pagamentos directos. Assim, e embora se verifique variações importantes ao longo da tendência, países em que os gastos públicos com a saúde (em percentagem do PIB) são mais baixos tendem a apresentar níveis mais elevados no que diz respeito ao peso dos pagamentos directos no total das despesas em saúde (OMS, 2009, p.96). Nesta análise, Portugal aparece com o maior peso dos pagamentos directos, dentro do grupo de países com gastos públicos em saúde semelhantes aos seus (na ordem dos 7- 8% do PIB).

Em todos os países da OCDE tem-se verificado um aumento dos co-pagamentos por parte dos utentes como forma de compensar o aumento dos custos totais com cuidados de saúde, o que tem suscitado alguma apreensão pelo que este movimento pode representar em termos de equidade (Corrieri *et al.*,

2010). De facto, entende-se que existe equidade no financiamento dos cuidados de saúde quando os pagamentos são proporcionais ao rendimento, contribuindo assim cada indivíduo de acordo com a sua capacidade de pagar (Wagstaff e van Doorslaer, 2000). A preocupação principal é dissociar os pagamentos da utilização uma vez que os pagamentos podem afectar a capacidade de consumir algo que é considerado essencial. Se na despesa pública tal dissociação é mais viável, no caso dos pagamentos directos a despesa é contrapartida da utilização, com a agravante de tendencialmente serem precisamente os grupos mais desfavorecidos, em termos socioeconómicos, aqueles que apresentam maiores níveis de morbilidade. É mesmo possível que as despesas se tornem catastróficas (caso em que os pagamentos dos cuidados de saúde atingem 40% do rendimento disponível, após terem sido satisfeitas necessidades de subsistência). Portugal é um dos países da OCDE referenciados como tendo dos valores mais elevados no que diz respeito à incidência de despesas catastróficas (OCDE, 2009).

Apesar do que atrás foi dito, reconhecem-se algumas vantagens aos pagamentos directos como forma de financiar o sistema de saúde, nomeadamente, o contributo para a racionalização da procura através da fixação de preços, permitindo maior eficiência na distribuição de recursos e reduzindo o risco moral (consumo excessivo e desnecessário de cuidados pelo facto de não existir um preço no acto de consumo). Os pagamentos directos poderão aumentar também a eficiência do lado da oferta, através da redução da procura de cuidados induzida pelos prestadores, na medida em que estes poderão ser mais sensíveis à utilização excessiva e porventura desnecessária de serviços, pelo facto de serem os utentes a suportar a despesa resultante dessa utilização.

Não é no entanto objectivo deste estudo fazer qualquer balanço entre vantagens e desvantagens dos pagamentos directos mas sim avaliar a equidade subjacente a esta forma de financiamento. Conhecem-se três estudos anteriores, para o caso português. Wagstaff e van Doorslaer (1992) e Wagstaff *et al.* (1999) analisam a equidade no financiamento dos cuidados de saúde em treze países, incluindo Portugal¹. Os dados utilizados provêm dos Inquéritos aos Orçamentos Familiares relativos aos anos de 1980 e 1990, respectivamente. O relatório elaborado pela Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde (Ministério da Saúde, 2007) baseia-se na mesma fonte, utilizando dados também respeitantes ao ano 2000. Não se conhecem contudo estudos com base no INS nem análises por regiões como a que aqui se propõe.

O Inquérito Nacional de Saúde (INS) 2005/06 constitui então a fonte dos dados usados no presente estudo e a metodologia adoptada baseia-se na elaboração de curvas de concentração e cálculo dos índices que lhes estão associados. Na secção 2, apresenta-se a descrição dos dados e a metodologia seguida; na secção 3, disponibiliza-se os resultados e procede-se à discussão dos mesmos; na secção 4 apresenta-se as principais conclusões deste estudo.

2. Metodologia

Em termos de equidade no financiamento, o importante é analisar em que medida os pagamentos (directos) dos cuidados de saúde estão relacionados com a capacidade de pagamento. Assim, nesta análise, procede-se à comparação da distribuição do rendimento com a distribuição dos encargos com os cuidados de saúde (total e para cada componente), o que permite inferir sobre a existência, ou não, de proporcionalidade dos pagamentos directos face ao rendimento, bem como avaliar a amplitude dos desvios entre aquelas distribuições, caso existam. Esta abordagem corresponde a uma análise de equidade vertical em que se procede a uma comparação entre indivíduos de diferentes rendimentos.

¹ Os autores responsáveis pela investigação publicada nestes artigos, no que diz respeito a Portugal, são João Pereira e Carlos Gouveia Pinto, no primeiro caso e João Pereira, no segundo.

2.1 Dados e variáveis

Os dados a utilizar neste estudo provêm do 4ºINS, levado a cabo pelo Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge em parceria com o Instituto Nacional de Estatística, entre Fevereiro de 2005 e Fevereiro de 2006, e disponibilizado em Janeiro de 2007. Apesar da amostra completa incluir informação relativa a 41 193 indivíduos, os resultados deste trabalho baseiam-se nas respostas de 40 088 indivíduos. A amostra utilizada neste artigo subdivide-se por sua vez em sete subamostras, de 5 982, 5 582, 5 743, 5 663, 5 854, 5 950 e 5 314 indivíduos, relativas às regiões 'Norte', 'Centro', 'Lisboa e Vale do Tejo' (LVT), 'Alentejo', 'Algarve', 'Açores' e 'Madeira', respectivamente. Omitiram-se todos os registos com *missing values* em alguma das variáveis consideradas na análise, assim como as respostas com os códigos 9 (não sabe), 99 (não sabe), 98 (não quer responder) e 9999 (não sabe), visto não possibilitarem uma classificação da população pelo seu nível de rendimento e/ou despesa.

As variáveis são extraídas da rubrica 10 do INS, respeitante a despesas e rendimentos. Como variável indicadora da capacidade de pagar das famílias utiliza-se o rendimento (rendimento total de cada família, auferido no mês anterior, incluindo salários, rendas e pensões, abonos, subsídios, etc., de todas as pessoas). A variável rendimento está representada por classes, codificadas de 1 a 10, utilizando-se a marca da classe em que se insere cada agregado como representativa do seu rendimento².

As variáveis indicadoras dos encargos directos com cuidados de saúde são: 'Consultas' - verbas despendidas com consultas de urgência ou com outras consultas; 'Meios Complementares de Diagnóstico' (MCD) - verbas despendidas em análises e outros exames complementares de diagnóstico; 'Medicamentos' - verbas despendidas, com medicamentos e 'Tratamentos' - verbas despendidas com tratamentos (cirurgias, tratamentos de fisioterapia, tratamentos dentários, outros tratamentos ou exames especiais e outras despesas). As perguntas relativas às despesas dizem respeito ao dispêndio efectuado nas duas semanas anteriores à

realização do inquérito. O questionário inclui também uma pergunta sobre o montante de reembolsos recebidos nas duas semanas anteriores, o que permite analisar ainda os pagamentos totais líquidos de reembolsos.

O Quadro 1 contém as estatísticas descritivas para o rendimento e diversas categorias de pagamentos directos, para o conjunto do país bem como para cada uma das regiões NUT II.

2.2 Análise

Os desenvolvimentos metodológicos na análise empírica da equidade nos cuidados de saúde foram em grande parte impulsionados pelo projecto ECuity, de que foram mentores Adam Wagstaff e Eddy van Doorslaer. A metodologia aqui adoptada surge na literatura por sugestão destes autores (e.g., van Doorslaer *et al.*, 1993) e baseia-se na técnica das curvas e índices de concentração. Grosso modo, para verificar-se o respeito pelo princípio da capacidade de pagar, procede-se à comparação entre a distribuição do rendimento e a distribuição dos pagamentos dos cuidados de saúde.

A curva de concentração do rendimento é a conhecida curva de Lorenz, sendo esta curva formada pela união dos pontos bidimensionais onde no eixo dos xx temos a percentagem acumulada da população ordenada pelo rendimento e no eixo dos yy temos a percentagem acumulada do rendimento. Analogamente, no caso da curva de concentração pagamentos, no eixo dos xx temos a percentagem acumulada da população ordenada pelo rendimento e no eixo dos yy temos a percentagem acumulada dos encargos com os cuidados de saúde.

As desigualdades são tanto maiores quanto mais as curvas de concentração se afastam da diagonal (linha de igual distribuição). Contudo, do ponto de vista da equidade, o importante é analisar em que medida os pagamentos dos cuidados de saúde estão relacionados com a capacidade de pagamento e verificar se essa relação é proporcional, progressiva ou regressiva. Isto é, o que nos interessa é comparar a curva de concentração dos pagamentos com a curva de Lorenz.

² Para a última classe, ilimitada superiormente, considerou-se um rendimento de 2 500 Euros (cf. Lourenço *et al.*, 2007).

QUADRO 1
Rendimento e pagamentos directos: estatísticas descritivas

| Variável | Definição | Média | d.p. | Min | Max |
|----------------------|---|---------|--------|-----|--------|
| Rendimento (total) | Rendimento do agregado auferido no mês anterior | 1017,53 | 603,23 | 75 | 2250,5 |
| Norte | | 987,64 | 585,86 | 75 | 2250,5 |
| Centro | | 949,14 | 620,22 | 75 | 2250,5 |
| LVT | | 1135,87 | 665,93 | 75 | 2250,5 |
| Alentejo | | 961,63 | 581,14 | 75 | 2250,5 |
| Algarve | | 1018,7 | 575,07 | 75 | 2250,5 |
| Açores | | 1051,25 | 599,07 | 75 | 2250,5 |
| Madeira | | 1015,64 | 569,25 | 75 | 2250,5 |
| Consultas (total) | Verbas despendidas com consultas nas duas semanas anteriores | 3,47 | 21,98 | 0 | 2220 |
| Norte | | 3,14 | 18,92 | 0 | 970 |
| Centro | | 2,43 | 12,03 | 0 | 170 |
| LVT | | 3,73 | 17 | 0 | 350 |
| Alentejo | | 3,14 | 22,51 | 0 | 1250 |
| Algarve | | 4,08 | 34,21 | 0 | 2220 |
| Açores | | 3,58 | 22,55 | 0 | 1250 |
| Madeira | | 4,18 | 19,43 | 0 | 560 |
| MCD (total) | Verbas despendidas com MCD nas duas semanas anteriores | 1,07 | 15,37 | 0 | 1250 |
| Norte | | 0,76 | 10,98 | 0 | 620 |
| Centro | | 0,91 | 12,9 | 0 | 750 |
| LVT | | 1,46 | 21,11 | 0 | 1200 |
| Alentejo | | 1,05 | 19,68 | 0 | 1250 |
| Algarve | | 1,18 | 13,03 | 0 | 580 |
| Açores | | 0,88 | 14,15 | 0 | 745 |
| Madeira | | 1,3 | 12,93 | 0 | 420 |
| Medicamentos (total) | Verbas despendidas com medicamentos nas duas semanas anteriores | 8,38 | 23,5 | 0 | 2053 |
| Norte | | 8,74 | 21,88 | 0 | 290 |
| Centro | | 8,26 | 19,88 | 0 | 300 |
| LVT | | 9,7 | 22,51 | 0 | 300 |
| Alentejo | | 9,59 | 35,48 | 0 | 2053 |
| Algarve | | 7,96 | 19,97 | 0 | 300 |
| Açores | | 7,25 | 19,5 | 0 | 300 |
| Madeira | | 7,13 | 21,22 | 0 | 400 |
| Tratamentos (total) | Verbas despendidas com tratamentos nas duas semanas anteriores | 3,29 | 49,42 | 0 | 3500 |
| Norte | | 2,69 | 36,09 | 0 | 1900 |
| Centro | | 4,13 | 67,77 | 0 | 3500 |
| LVT | | 4,81 | 58,95 | 0 | 2300 |
| Alentejo | | 2,62 | 35,32 | 0 | 2000 |
| Algarve | | 3,89 | 59,72 | 0 | 3250 |
| Açores | | 2,55 | 46,25 | 0 | 3000 |
| Madeira | | 2,33 | 26,85 | 0 | 1200 |

Há proporcionalidade nos pagamentos se as duas curvas de concentração coincidem; regressividade se a curva dos pagamentos dos cuidados de saúde se situa acima da curva de Lorenz (significando isto que os indivíduos com menor rendimento pagam proporcionalmente mais do que os indivíduos com maior rendimento) e progressividade na situação inversa.

A partir de cada uma das curvas de concentração é possível calcular um índice de concentração que é igual a duas vezes a área de concentração (área entre a respectiva curva e a diagonal). O índice de concentração permite quantificar o grau de desigualdade na distribuição da variável em causa. No entanto e como referido anteriormente, do ponto de vista da equidade, o relevante é comparar a distribuição do rendimento com a distribuição dos pagamentos. Assim, em termos de quantificação, o que interessa é medir os desvios de proporcionalidade, ou seja, comparar o índice de concentração dos pagamentos (C_p) com o índice de concentração do rendimento (G), este último identificado na literatura económica como coeficiente de Gini. O papel do índice de Kakwani (Π_K), também conhecido por índice de progressividade, é precisamente quantificar a diferença entre aqueles dois índices:

$$\Pi_K = C_p - G \quad (1)$$

Π_K é igual a duas vezes a área ente as duas curvas de concentração, sendo os seus valores extremos -2 e 1. Se as duas curvas de concentração coincidem, $C_p = G$ e Π_K é nulo; se há uma maior concentração do rendimento, então $C_p < G$, pelo que Π_K é negativo; se a curva dos pagamentos se situa abaixo da curva de Lorenz (i.e., $C_p > G$), Π_K é positivo. Assim, se o índice de Kakwani é zero podemos concluir que há proporcionalidade nos pagamentos; se é negativo, que há regressividade; e se é positivo, que há progressividade.

O índice de Kakwani pode ser calculado através de uma regressão linear, conforme metodologia proposta por Kakwani *et al.* (1997):

$$2\sigma_R^2 \left[\frac{h_i}{\eta} - \frac{Y_i}{\mu} \right] = \alpha + \beta R_i + u_i \quad (2)$$

em que R_i é a posição fraccionária na hierarquia da distribuição do rendimento, do indivíduo i , σ_R^2 representa a variância de R_i ; h_i representa os pagamentos directos dos cuidados de saúde, efectuados pelo indivíduo i ; η é a média desses pagamentos; Y_i representa o rendimento do indivíduo i e μ é a sua média; u_i representa os erros de especificação do modelo. A estimativa do coeficiente β , na equação (2), é o índice de Kakwani. Calcula-se este índice para os pagamentos totais dos cuidados de saúde, assim como para cada uma das suas componentes, através do método dos mínimos quadrados ordinários (MQO). O *software* utilizado nesta análise foi o SPSS Statistics 17.0.

3. Resultados e discussão

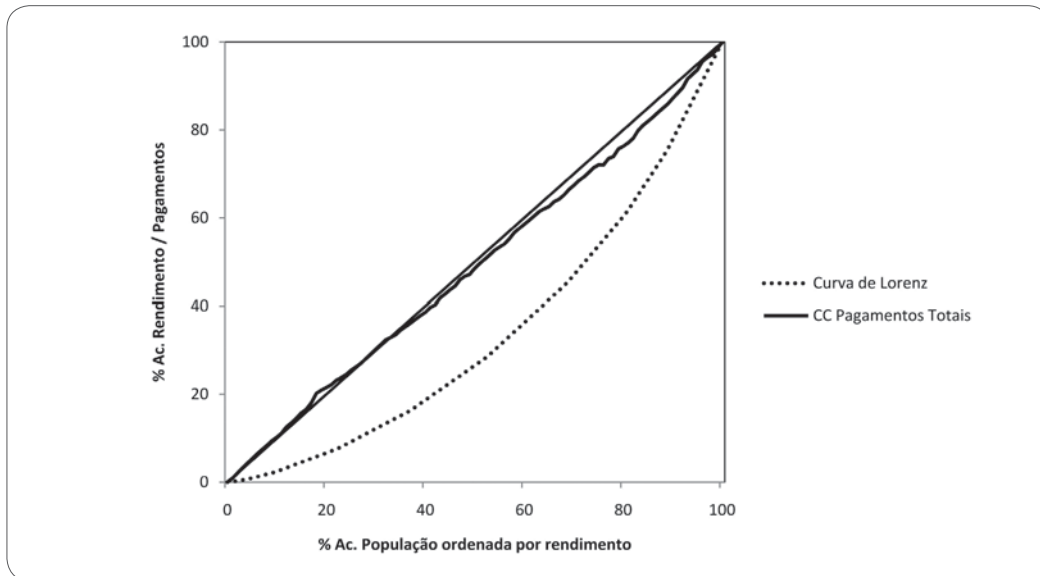
Na Figura 1 apresenta-se as distribuições do rendimento e dos pagamentos directos totais, para o país. Como é possível constatar pela curva de Lorenz, o rendimento encontra-se desigualmente distribuído, surgindo no entanto a curva de concentração dos pagamentos muito próxima da diagonal (igual distribuição). Mas, como referido anteriormente, de uma perspectiva de equidade, o relevante é comparar as duas curvas entre si. Pelo facto das duas curvas não aparecerem sobrepostas, conclui-se então pela ausência de equidade no financiamento. Mais, sendo a concentração mais acentuada no caso do rendimento do que no caso dos pagamentos, podemos concluir ainda que o financiamento é regressivo, em que indivíduos de menores rendimentos têm uma participação nos pagamentos totais superior à sua participação no rendimento total. Na verdade, pelas características dos pagamentos directos, este resultado é sobretudo uma confirmação do que era já expectável.

Este é um cenário que se repete em todas as categorias de despesa, como se poderá confirmar abaixo através dos valores do índice de Kakwani. Contudo, por ser um caso mais extremo, apresenta-se também as curvas de concentração para os medicamentos (Figura 2). De facto, na Figura 2, não só a curva de concentração dos pagamentos se situa acima da curva de Lorenz, como vai mesmo para além da diagonal, indicando uma concentração

dos pagamentos precisamente nos indivíduos de mais baixos rendimentos, resultando num nível de iniquidade superior ao das outras categorias de pagamentos (já que o afastamento entre as duas curvas é maior).

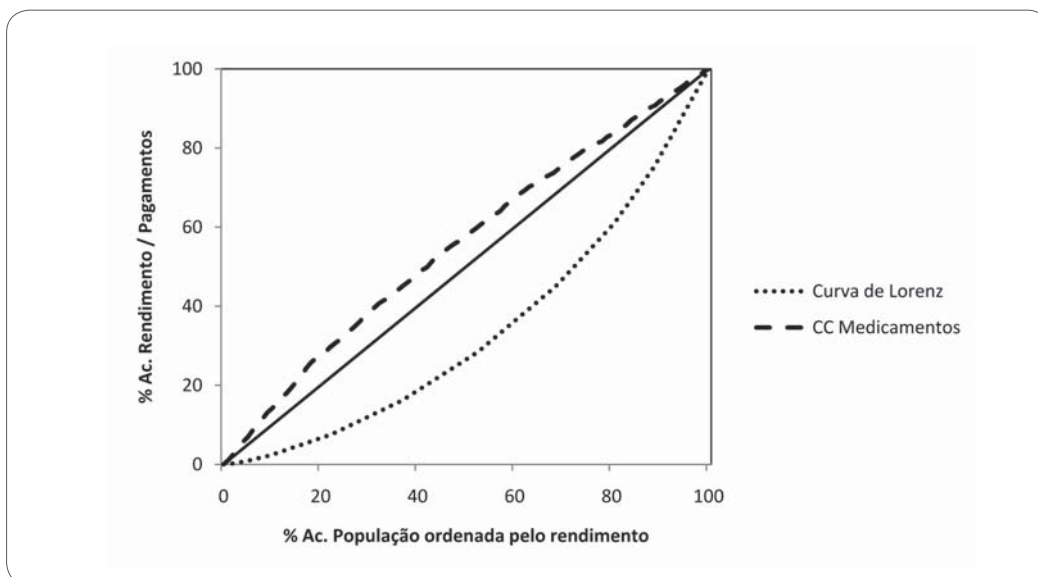
No Quadro 2 disponibiliza-se informação sobre o valor do índice de Kakwani para os pagamentos totais e para cada um dos tipos de despesa. Na segunda linha apresenta-se também os pagamentos totais líquidos de reembolsos. Um primeiro resultado a realçar é o facto de todos os coeficientes serem

FIGURA 1
Curva de Lorenz e Curva de Concentração dos Pagamentos Directos Totais



Fonte: Elaboração própria

FIGURA 2
Curva de Lorenz e Curva de Concentração das despesas em Medicamentos



Fonte: Elaboração própria

estatisticamente diferentes de zero (na Figura 3 pode observar-se os intervalos de confiança, a 95%). Isto leva à exclusão da hipótese de proporcionalidade nos pagamentos (recorde-se que em caso de financiamento proporcional Π_K assume um valor nulo), logo, exclui-se a existência de equidade no financiamento dos cuidados de saúde através dos pagamentos directos. Os valores negativos de Π_K confirmam a regressividade dos pagamentos. A avaliar pelo índice para os pagamentos totais líquidos de reembolsos, os mecanismos de reembolsos não parecem contribuir para atenuar o ónus dos pagamentos directos que recai sobre indivíduos de menores rendimentos. Isto poderá ficar em parte a dever-se ao facto daqueles indivíduos serem maioritariamente beneficiários do Serviço Nacional de Saúde, o qual oferece reembolsos muito menos generosos do que outros Subsistemas de saúde, como ADSE, SAMS.

Os valores de Π_K obtidos neste estudo são mais elevados do que os valores relatados nos estudos anteriores (referidos na secção 1). Em 2000, por exemplo, o índice para os pagamentos totais apresentava um valor de -0,222 (Ministério da Saúde, 2007). Tendo em conta que os dados do presente estudo são mais recentes, tal significaria, em princípio, que houve uma evolução no sentido do agravamento da iniquidade no financiamento dos cuidados de saúde através dos pagamentos directos. Todavia, os resultados não são directamente comparáveis por se

utilizar uma fonte de dados distinta, ainda que existam semelhanças entre as metodologias utilizadas nos dois inquéritos.

Dos vários tipos de despesa destacam-se dois: medicamentos e meios complementares de diagnóstico, por apresentarem o valor mais elevado (em termos absolutos) e o valor mais baixo do índice de Kakwani, respectivamente. São também as despesas com maior e menor peso no total dos pagamentos directos (medicamentos – 52% e MCD – 7%). O resultado quanto ao índice de progressividade para os medicamentos vem na linha do que havia sido já observado a partir das curvas de concentração. Efectivamente, Portugal apresenta uma despesa (em percentagem do PIB) em medicamentos elevada face aos padrões da OCDE, tal como atesta o último relatório do Observatório Europeu sobre Sistemas de Saúde, sobre Portugal (Barros e Simões, 2007). Apesar das medidas adoptadas, por exemplo, em termos de preços de referência, comparticipação e incentivo ao uso de medicamentos genéricos, este tipo de despesa continua alta, onerando desproporcionalmente os mais desfavorecidos. Os medicamentos são por vezes usados como substitutos de outros cuidados menos acessíveis, aparecendo assim os indivíduos de menor rendimento mais expostos a esta forma de substituíbilidade. Há mais de uma década, o Conselho de Reflexão sobre a Saúde, dizia a este respeito, que o consumo de mais ou menos medicamentos não traduz mais ou melhores cuidados de saúde à

QUADRO 2

Índice de Progressividade para Pagamentos Directos Totais (e Líquidos) e suas componentes

| Pagamentos | Π_K |
|---|------------|
| Pagamentos directos totais | - 0,3035** |
| Pagamentos directos totais líquidos de reembolsos | - 0,3135** |
| Consultas | - 0,1635** |
| MCD | - 0,1295** |
| Medicamentos | - 0,4325** |
| Tratamentos | - 0,1665** |

**Significativo ao nível de 5%

Fonte: Elaboração própria

população, reflectindo antes “um modelo assistencial essencialmente curativo onde (...) a superficialidade com que os doentes são muitas vezes observados, a descontinuidade dos cuidados com eventual duplicado de prescrições, são razões ponderosas que concorrem para o aumento das prescrições e do consumo” (Serrão *et al.*, 1998, p.164).

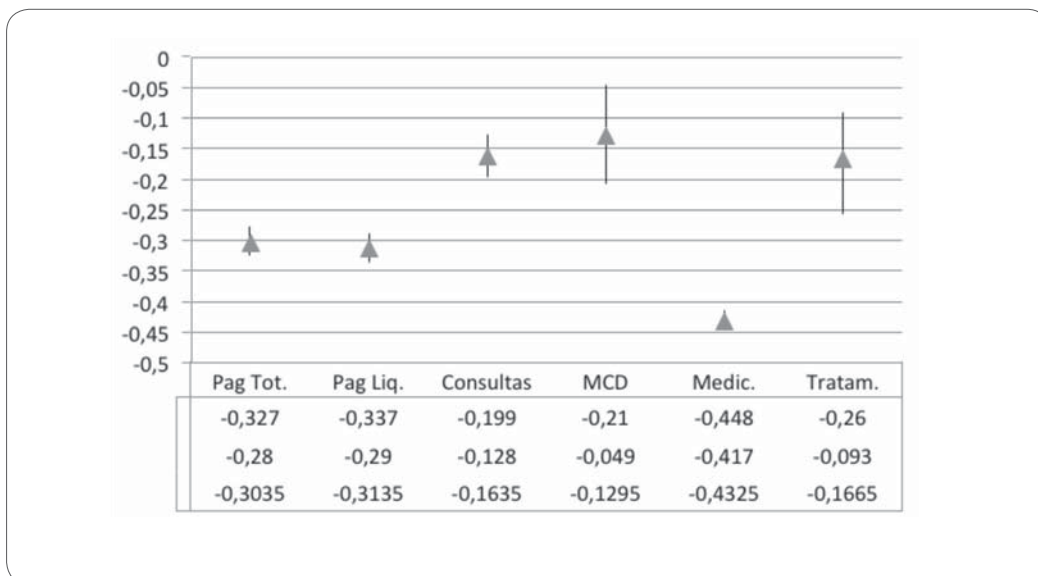
Relativamente aos meios complementares de diagnóstico, é provável que o valor mais baixo de Π_K decorra neste caso particular de uma menor utilização de cuidados de saúde. Ou seja, em termos do financiamento os resultados indiciam níveis de iniquidade relativamente mais baixos mas tal pode simplesmente resultar de elevados níveis de iniquidade na utilização. Por outro lado, os MCD estarão mais associados a cuidados preventivos, ao contrário dos medicamentos, que estarão mais associados a cuidados curativos. Este facto poderá determinar em parte a menor utilização de meios

complementares de diagnóstico pelos indivíduos de rendimentos mais baixos, uma vez que os cuidados preventivos destinam-se a situações de necessidade menos premente e como tal a sua utilização é mais susceptível de ser influenciada pela capacidade de pagar do que os cuidados curativos.

O valor do índice de progressividade das consultas, o segundo mais baixo do Quadro 2, deverá também resultar da menor utilização destes cuidados, por parte dos indivíduos de menor rendimento, sobretudo no que diz respeito às consultas de especialidade, as quais são asseguradas em grande medida pelo sector privado. Nos estudos empíricos sobre equidade na utilização, ao contrário do caso das consultas de clínica geral, o rendimento tem surgido como uma determinante significativa da utilização de consultas de especialidade (OCDE, 2004).

FIGURA 3

Índice de Progressividade para pagamentos totais e por tipo de despesa (com intervalo de confiança - 95%)



Fonte: Elaboração própria

Nota: Os valores abaixo do eixo horizontal correspondem aos limites dos intervalos de confiança, aparecendo na última linha o valor do índice de Kakwani.

Embora as duas vertentes da equidade, financiamento e utilização, sejam por regra analisadas separadamente, começam a surgir na literatura abordagens que estabelecem uma ligação entre estas duas ópticas, classificando as necessidades não satisfeitas conforme as causas (Allin *et al.*, 2010). De facto, em Portugal, e para o ano de 2006, perto de 10% da população relativa ao primeiro quintil de rendimento reportou a não realização de um exame médico devido ao seu custo, baixando este valor para 1% no caso dos indivíduos pertencentes ao último quintil de rendimento (OCDE, 2009). Assim, indivíduos com menor rendimento podem realizar pouca despesa em MCD, o que melhora o respectivo índice de progressividade, mas tal resulta de iniquidade na vertente da utilização.

O Quadro 3 mostra os valores de Π_K , relativo aos pagamentos totais, para as sete regiões que compõem a divisão territorial do país em NUTS II. Os coeficientes são todos estatisticamente significativos (a Figura 4 permite a visualização dos intervalos de confiança para todas as regiões) e constata-se que a região do Algarve é aquela onde a regressividade (em termos médios) dos pagamentos é maior. A região dos Açores é aquela onde o valor do índice é mais baixo, embora não muito distante dos casos da Madeira e Lisboa e Vale do Tejo. As restantes regiões apresentam valores próximos entre si. Sobre o Algarve é de referir que a respectiva curva

de concentração dos pagamentos (não ilustrada no texto) é a que apresenta um maior segmento para além da diagonal, sugerindo elevada concentração dos pagamentos nos indivíduos mais pobres, levando assim a um nível de regressividade mais forte do que nas outras regiões. De resto, as diferenças entre as regiões, em termos do índice de progressividade, resultam mais de diferenças na distribuição dos pagamentos do que de diferenças na distribuição do rendimento.

Os resultados da análise por região / tipo de despesa não são aqui reportados uma vez que se repete no essencial o padrão identificado no Quadro 2. A principal nota merecedora de registo é o surgimento de alguns coeficientes estatisticamente não significativos para o caso de MCD, com excepção da região do Algarve.

As principais limitações deste estudo prendem-se com a forma como os dados relativos à rubrica 10 do INS são recolhidos. Ou seja, enquanto o rendimento se refere ao agregado familiar, as despesas correspondem a gastos individuais, assim, a distribuição do rendimento é calculada com base no rendimento total mas a distribuição dos pagamentos é calculada com base em valores individuais. Embora o questionário do INS incluía uma pergunta sobre a dimensão do agregado familiar, as respostas não foram disponibilizadas na base de dados cedida para fins de investigação.

QUADRO 3
Índice de Progressividade para Pagamentos Directos Totais por NUTS II

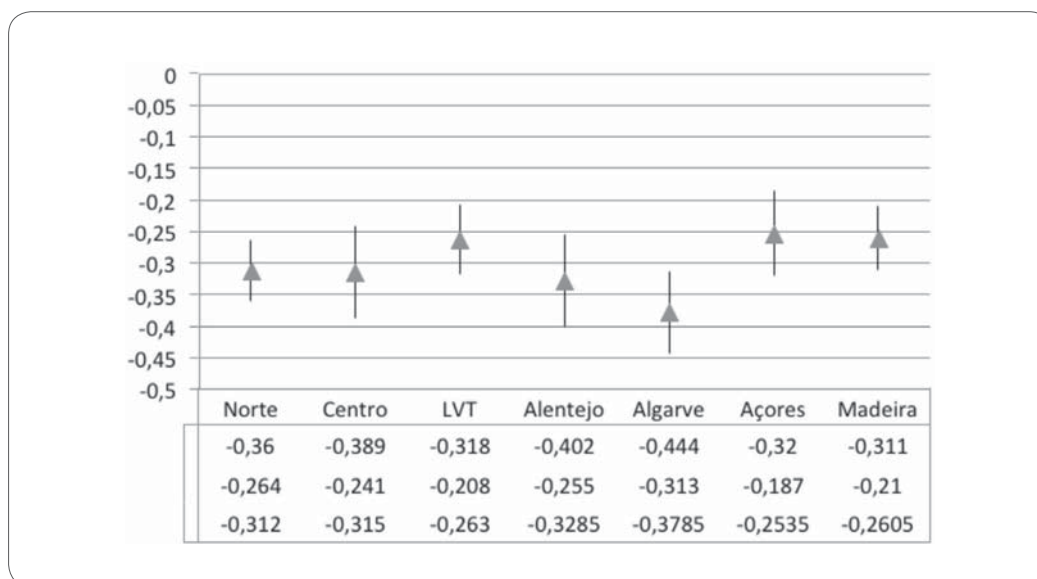
| NUTS II | Π_K |
|-----------------------|------------|
| Norte | - 0,3120** |
| Centro | - 0,3150** |
| Lisboa e Vale do Tejo | - 0,2630** |
| Alentejo | - 0,3285** |
| Algarve | - 0,3785** |
| Açores | -0,2535** |
| Madeira | -0,2605** |

**Significativo ao nível de 5%

Fonte: Elaboração própria

FIGURA 4

Índice de Progressividade para as regiões NUTS II (com intervalo de confiança - 95%)



Fonte: Elaboração própria

Nota: Os valores abaixo do eixo horizontal correspondem aos limites dos intervalos de confiança, aparecendo na última linha o valor do índice de Kakwani.

De qualquer modo, tal limitação teria impacto significativo nos resultados apenas se na passagem do rendimento agregado para o rendimento individual a ordenação dos indivíduos, pelo rendimento, se alterasse. Tal alteração é pouco provável por duas ordens de razões. Por um lado, a grande concentração do rendimento faz com que, por mais numerosas que fossem as famílias de maiores rendimentos, dificilmente a posição ocupada pelos seus membros na ordenação pelo rendimento individual viria diferente da ordenação pelo rendimento do agregado familiar. Procedeu-se mesmo ao cálculo do rendimento médio por quintil de rendimento e verifica-se que conforme se avança na ordenação, o rendimento médio começa por quase duplicar e no quarto quintil o rendimento médio já mais do que triplicou face ao primeiro quintil. Por outro lado, a transformação do rendimento do agregado familiar em rendimento individual, na verdade, não se faz pela simples divisão do rendimento total pelo número de membros do agregado, mas sim pelo número de adultos equivalentes (AE). A escala modificada da OCDE atribui uma ponderação de 1 ao primeiro adulto

do agregado familiar e de 0,5 aos restantes, sendo as crianças ponderadas com 0,3. Sendo assim, AE é inferior ao número de elementos do agregado familiar, o que faz com que a ordenação dos indivíduos pelo rendimento individual se aproxime da ordenação pelo rendimento do agregado.

4. Conclusão

O presente trabalho teve como principal objectivo avaliar a equidade no financiamento dos cuidados de saúde no caso concreto dos pagamentos directos (para o total e para cada uma das suas componentes separadamente), utilizando para tal uma base de dados diferente e mais actualizada face aos dados usados em estudos anteriores. Propôs-se também proceder a uma análise por regiões NUTS II.

Confirma-se a existência de regressividade no financiamento dos cuidados de saúde através dos pagamentos directos. Os resultados sugerem também que os mecanismos de reembolsos actualmente existentes quando muito acentuam ainda mais esta regressividade, beneficiando assim

os indivíduos com rendimentos mais elevados. Relativamente às componentes dos pagamentos directos, todas elas se revelaram regressivas, destacando-se o caso dos medicamentos. Para estes últimos, chama-se a atenção para a particularidade de a curva de concentração dos pagamentos se situar acima da diagonal, o que significa que, para além da regressividade constatada, as despesas em medicamentos se encontram mais concentradas nas classes de menores rendimentos. Em termos da análise por regiões, destaca-se a região do Algarve como aquela onde a regressividade nos pagamentos é mais acentuada e a dos Açores pelo resultado oposto.

Sugeriu-se também a possibilidade de índices de progressividade mais baixos resultarem do facto dos indivíduos de baixos rendimentos não efectuarem despesa nos tipos de cuidados em causa simplesmente por não os receberem, ainda que deles necessitem. Embora não tenha sido objectivo do presente estudo discutir a equidade na utilização de cuidados de saúde, é importante sublinhar que menor iniquidade no financiamento (e.g. nos MCD e consultas) poderá reflectir maior iniquidade na utilização. Por outro lado, poderão existir casos, como o dos medicamentos, em que ao nível da utilização não há grandes discrepâncias mas tal é conseguido à custa de grande iniquidade no financiamento.

O tema da equidade no financiamento dos cuidados de saúde, e em particular no financiamento através dos pagamentos directos, não sendo novo, deverá continuar sob escrutínio, tanto mais no contexto actual de fortes restrições aos gastos públicos. Dada a relação inversa entre gastos públicos em saúde e pagamentos directos, há o risco de esta componente dos pagamentos crescer, com tudo o que isso implica para os indivíduos de menores rendimentos, que além do mais, tendem a apresentar uma situação desfavorável em termos de saúde face aos restantes membros da sociedade.

5. Referências

- Allin, S., Grignon, M., Le Grand, J. (2010), "Subjective unmet need and utilization of health care services in Canada: what are the equity implications?", *Social Science and Medicine* 70: 465-472.
- Barros, P., Simões, J. (2007), Portugal - Health System Review, European Observatory on Health Systems and Policies, Health Systems in Transition, Vol. 9 nº 5.
- Corrieri *et al.* (2010), Income-, education- and gender related inequalities in out-of-pocket health-care payments for 65+ patients – a systematic review, *International Journal for Equity in Health* 9: 20.
- Kakwani, N., Wagstaff A., van Doorslaer, E. (1997): "Socioeconomics inequalities in health: Measurement, computation and statistical inference", *Journal of Econometrics*, 77: 87-103.
- Lourenço, O. *et al.* (2007), "A equidade na Utilização de Cuidados de Saúde em Portugal: uma avaliação baseada em modelos de contagem", *Notas Económicas* 25: 4-27.
- Ministério da Saúde (2007), Relatório Final da Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde .
- OCDE (2004), Income-related inequality in the use of medical care in 21 OECD countries, *OECD Health Working Papers* N. 14.
- OCDE (2009), Measuring disparities in health status and in access and use of health care in OECD countries, *OECD Health Working Papers* N. 43
- OMS (2000), The World Health Report 2000 – Health systems: improving performance, OMS, Genebra, Suíça.
- OMS (2009), The European health report 2009: health and health systems, Comité Regional Europeu da OMS, Copenhaga, Dinamarca.
- OMS (2010), World Health Statistics 2010, OMS, Genebra, Suíça.
- Serrão, D. *et al.* (1998), Recomendações para uma Reforma Estrutural, Conselho de Reflexão sobre a Saúde.
- van Doorslaer, E., Wagstaff, A., Rutten, F., eds, (1993), *Equity in the Finance and Delivery of Health Care*, Oxford University Press, Oxford.
- Wagstaff, A., van Doorslaer, E. (1992), "Equity in the finance of health care: some international comparisons", *Journal of Health Economics* 11: 361-387.
- Wagstaff, A. *et al.* (1999), "Equity in the finance of health care: some further international comparisons", *Journal of Health Economics* 18: 263-290.
- Wagstaff, A., van Doorslaer, E. (2000), Equity in health care finance and delivery, in: Culyer, A., Newhouse, J., eds, *Handbook of Health Economics*, Elsevier, New York.