

Desempenho do Sistema de Saúde Português: Evidência ou Ruído?

Recentemente foi publicado um estudo sobre a avaliação do desempenho dos sistemas de saúde europeus – o Euro Health Consumer Index (EHCI), trabalho realizado por uma empresa privada (Health Consumer Powerhouse – HCP), cujos principais patrocinadores são empresas com interesse na área da saúde.

A avaliação envolve 5 dimensões: (1) os direitos dos doentes e a acessibilidade à informação; (2) a acessibilidade aos cuidados de saúde; (3) os resultados de saúde; (4) a prevenção da doença e a abrangência dos cuidados de saúde prestados e (5) os medicamentos.

Em 2012 Portugal está situado em 25º lugar num total de 34 países, referindo ainda os autores que “existe um fracasso em Portugal devido à estagnação do sistema de saúde”. Os dois últimos relatórios EHCI, publicados em 2009 e em 2008, posicionam Portugal no 21º lugar (num total de 33 países) e em 26º (num total de 31 países).

Embora sem questionar o mérito de desenvolver metodologias para avaliar o desempenho dos sistemas de saúde, devem ser considerados previamente alguns aspectos técnicos para se utilizarem e discutirem os resultados de um modelo de avaliação: (1) a finalidade do sistema de avaliação; (2) a validade das dimensões de desempenho e das medidas consideradas e (3) a respectiva forma de operacionalização.

Para qualquer dos aspectos referidos a metodologia EHCI apresenta problemas científicos muito importantes que comprometem a credibilidade dos resultados e contribuem para desinformar o público.

Em primeiro lugar é referido na literatura internacional que esta metodologia não reflecte as preferências dos consumidores, nem foi construída na sua perspectiva.

Em segundo lugar existe um problema relevante, decorrente da falta de transparência do sistema de avaliação. Dos 42 indicadores que integram o EHCI, 15 resultam de inquéritos realizados pela empresa HCP, não se conhecendo o número de respostas por país, nem sendo possível consultar cada questionário, o que suscita sérias reservas sobre a representatividade e fiabilidade do inquérito.

Em terceiro lugar existe uma confusão/contaminação na utilização não fundamentada de indicadores de estrutura, de processo e de resultados nas cinco dimensões analisadas.

De referir ainda que existem indicadores com medições objectivas e outros com medições perfeitamente subjectivas, o que também compromete a credibilidade dos resultados.

A confusão metodológica é ainda potenciada pelo sistema de ponderação de cada um dos indicadores e conseqüentemente das dimensões em estudo, não se entendendo qual a evidência científica que justifica esta valorização. Por exemplo, enquanto cada indicador sobre os direitos dos doentes tem uma classificação máxima de 14,59 pontos, para os indicadores de resultados este valor é de 37,50 pontos e para os indicadores de acessibilidade o valor é de 50 pontos. Isto introduz ainda maior arbitrariedade no sistema de avaliação, visto que as valorizações estão baseadas nas preferências dos classificadores.

Esta situação pode não ser totalmente inocente, atendendo a que os dados dos inquéritos contribuem para cerca de 46% da classificação total.

Para Portugal, este aspecto assume particular importância atendendo aos resultados decorrentes da aplicação dos inquéritos. Na realidade, se para os 15 indicadores medidos pelos inquéritos e que não podem ser escrutinados, a classificação portuguesa tivesse o valor máximo, o resultado actual de 589 pontos (25º lugar), passaria para 767 pontos, com Portugal a ocupar o 8º lugar, o que daria uma ideia completamente diferente do desempenho do nosso sistema de saúde, sem que nada de substantivo tivesse mudado.

Existem ainda outras questões técnicas que poderão ser discutidas, como por exemplo se a taxa de mortalidade por enfarte do miocárdio padronizada pela idade é um indicador com validade, visto que disponibiliza resultados completamente diferentes de taxas de mortalidade ajustadas pelo risco (ou seja considerando a gravidade dos doentes tratados); se a taxa de diálise peritoneal bruta é um indicador válido, ou se deveria ser ajustada à capacitação dos doentes (incluindo a idade); se a simples consideração da percentagem da despesa pública como indicador de equidade tem racionalidade, dado que se assume uma relação directa entre os dois indicadores; qual a fundamentação da inexistência de valores para Portugal para cuidados de longa duração para idosos (esta informação pode ser encontrada em Portugal); qual a fundamentação científica para os medicamentos escolhidos pelo EHCI (porque estes e não outros?) e assim sucessivamente...

Em termos de síntese, parece que estamos na presença de uma boa ideia, mas com aplicação controversa, ambígua e subjectiva, dado que nem todos os indicadores utilizados têm evidência científica, pelo que não disponibiliza informação relevante para a população/consumidores/doentes, o que compromete a sua validade e aceitação.

Assim, em termos internacionais devem ser desenvolvidos esforços no sentido da Academia (parcerias internacionais) ser responsável pela criação, aplicação e publicitação do desempenho dos sistemas de saúde europeus.

Em Portugal devem ser utilizados modelos de avaliação de desempenho das organizações de saúde mais abrangentes dos que até ao momento são disponibilizados pela Administração Central do Sistema de Saúde, para se identificarem os principais problemas e permitir a introdução das reformas necessárias à melhoria da acessibilidade e à optimização da qualidade e da eficiência, sem comprometer a universalidade do sistema, nem se diminuïrem os benefícios existentes (ou seja, sem introduzir racionamento no consumo de cuidados de saúde).

Quanto ao Euro Health Consumer Index (EHCI), bem como à empresa responsável pela sua realização e publicação, em Portugal devem ser feitos todos os esforços para desvalorizar e/ou ignorar o processo e os resultados decorrentes da aplicação de este sistema de avaliação do desempenho.

Carlos Costa

Escola Nacional de Saúde Pública

20 de Maio de 2012