

A reforma da saúde em Portugal: à procura da eficiência

J. PEREIRA MIGUEL
CARLOS COSTA

O crescimento dos gastos com a saúde, observado praticamente em todos os países da OCDE e da UE (Costa e Mantas, 1994), tem suscitado um intenso debate sobre a situação financeira do sector, bem como sobre as principais medidas ou reformas a introduzir, visando uma maior efectividade e eficiência. Estas reformas pretendem conciliar simultaneamente a satisfação das necessidades dos consumidores e dos prestadores, a equidade no acesso e nos resultados de saúde, com a optimização da efectividade e da eficiência no sector.

As estratégias utilizadas têm sido aplicadas tanto a nível macro (por exemplo, a identificação do *mix* óptimo para o financiamento do sistema de saúde) como a nível micro (por exemplo, a definição do sistema de pagamento aos prestadores e aos serviços de saúde).



J. Pereira Miguel é professor de Medicina Preventiva e Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Carlos Costa é assistente de Economia da Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa.

Introdução

O presente estudo tem como principal finalidade a revisão e apresentação de diversas alternativas que devem ser consideradas nos esforços para o aumento da eficiência do sector da saúde português. Para tal, é caracterizada a situação financeira do sector e genericamente descritas as estratégias internacionais, comentando-se a experiência nacional ou a potencial aplicabilidade à situação portuguesa.

O aumento de gastos com a saúde

Diversas razões têm sido apontadas para o aumento de gastos com a saúde. Thorpe (1992), por exemplo, afirma que o crescimento das despesas com a saúde nos EUA é justificado em 45% pelo crescimento populacional e pela inflação em geral e em 55% pela inflação específica do sector da saúde. Destes, 65% seriam resultantes da inflação em saúde acima do índice de preços no consumidor, 23% resultariam do aumento do volume e intensidade dos serviços e 12% do envelhecimento populacional.

Ainda sobre os EUA, Kilbreth e Cohen (1993) afirmam que os dois grandes factores responsáveis pela inflação específica da saúde têm sido a falta de competição entre os preços e as inovações tecnológicas.

Contudo, na generalidade, têm sido identificadas quatro razões principais para o aumento dos gastos com a saúde (Abel-Smith, 1990): (a) a inflação específica do sector; (b) o desenvolvimento tecnológico; (c) as características demográficas e de morbi-

lidade dos consumidores de saúde: (d) as suas expectativas e comportamentos.

Independentemente destas ou de outras interpretações, a consequência prática do aumento das despesas com a saúde tem sido a mudança da posição dos governos, que passaram a uma atitude mais interveniente, condicionando o acesso aos cuidados de saúde, a instalação de altas tecnologias e de outros cuidados diferenciados, a disponibilidade e o consumo de medicamentos, a repartição dos encargos com a saúde, etc. No fundo, intervenções visando os aspectos que em cada país têm parecido tecnicamente mais relevantes e politicamente mais aceitáveis.

Entre as medidas utilizadas, muitas têm visado contrariar estratégias tradicionais do sector privado que, em geral, procuram evitar os casos de maior risco (desnatação do mercado), promovendo uma competição baseada na qualidade, eficiência e satisfação do consumidor (Kilbreth e Cohen, 1993).

Em Portugal, num estudo efectuado em 1986, Ramos, Costa e Roque provaram que o sector privado hospitalar praticava a desnatação, ou seja, a selecção dos casos mais favoráveis, apresentando, por este motivo, níveis de eficiência mais elevados.

Ainda recentemente se assistiu à proposta do governo Clinton, nos EUA, em que um dos elementos centrais foi a fixação de um limite nacional de despesas com a saúde, com implicações a nível estadual, através das chamadas alianças regionais para a saúde. O pressuposto seria que estas alianças representariam os interesses dos consumidores e compradores, levando a uma maior competição no mercado e à prática de preços inferiores aos proporcionados pelos habituais mecanismos de competição (Blendon *et al.*, 1992; President Clinton's Health Reform, 1993). Apesar de o plano Clinton não ter sido aceite, os factores determinantes da proposta persistem e apresentam alguma analogia com outros países ocidentais, incluindo Portugal (Blendon *et al.*, 1995; Enthoven, 1994; Aaron *et al.*, 1994).

Ainda nos EUA, dois outros tipos de experiência merecem relevo como forma de promover a eficiência: (a) as modalidades de pagamento aos serviços de saúde e aos prestadores; (b) o desenvolvimento de planos integrados de saúde.

No que se refere ao pagamento dos serviços de saúde, é sabido que frequentemente são financiados pelo pagamento prospectivo ao acto, sendo, no caso dos hospitais, utilizados os grupos de diagnósticos homogêneos (em inglês, DRGs) como representativos do acto de saúde (Hornbrook, 1982; Hellinger, 1985).

Recentemente, têm vindo a ganhar relevo formas alternativas de pagamento dos serviços de saúde,

como o mecanismo vulgarmente designado por «capitação» (pagamento pelo consumidor de um prémio anual). Espera-se desta alternativa maior efectividade e eficiência no sistema e, simultaneamente, a minimização dos conflitos de interesse entre serviços de saúde e consumidores (Anderson, 1986).

No que respeita às modalidades de pagamento aos prestadores, Hillman e outros (1989), por exemplo, demonstraram maior efectividade e racionalidade no pagamento por capitação, com ou sem introdução de pagamentos complementares, quando comparado com o assalariamento tradicional ou com o pagamento por acto.

Por outro lado, existe evidência de que algumas organizações de manutenção de saúde (em inglês, HMOs), designadamente as que oferecem aos consumidores a escolha dos prestadores em função do plano de saúde, apresentam, em relação às restantes organizações de saúde, iguais ou superiores níveis de efectividade e níveis de eficiência substancialmente maiores (Frank e Welch, 1985; Arnould *et al.*, 1984; Wickizer *et al.*, 1995).

Isto pode ser atribuído essencialmente a dois factores:

- a) Eliminação de um intermediário financeiro (seguradoras privadas) entre organizações de saúde e consumidores;
- b) Eliminação de potenciais conflitos de interesses entre cuidados preventivos e curativos, através da oferta de um plano integral de saúde, ou seja, sem distinção artificial entre prevenção e tratamento.

Na Europa são exemplificativas as reformas de saúde delineadas e/ou experimentadas em três países: Reino Unido, Suécia e Holanda.

No Reino Unido a reforma apresenta dois grandes contornos:

- a) O estabelecimento de um mercado interno, com a introdução de mecanismos de concorrência entre serviços de saúde, sendo os clínicos gerais os elementos-chave do sistema;
- b) O estabelecimento de modalidades de gestão privada nos serviços de saúde, designadamente nos hospitais, visando o aumento da eficiência (Ham, 1996; Silcock e Ratcliffe, 1996; Glennester e Matsaganis, 1994).

Na Suécia, o ponto fulcral da reforma consistiria no estabelecimento de um mercado interno, com a introdução de mecanismos de concorrência entre os serviços. Na realidade, tratar-se-ia de alterar a actual

situação de quase auto-suficiência das regiões de saúde existentes, permitindo aos consumidores a escolha do prestador ou da organização de saúde (Anell, 1996; Saltman, 1994; Glennester e Matsaganis, 1994).

Na Holanda, os contornos da reforma são diferentes, visto que se procura alterar a gestão dos recursos financeiros do sistema. De facto, após a realização de diversos estudos e de amplos debates, entendeu-se que uma das principais fontes de ineficiência era a proliferação de terceiros pagadores. Assim, embora não se alterando a actual estrutura de captação de fundos financeiros, preconiza-se uma entidade central responsável pela gestão e redistribuição destes mesmos recursos (Bos, 1994; Schneider *et al.*, 1992; Hurst, 1991).

Gastos com a saúde em Portugal

Em 1991 os gastos totais com a saúde representavam cerca de 6.77% do PIB, a que correspondia uma despesa *per capita* em dólares dos EUA, com paridade do poder de compra, de 624 (OCDE, 1993).

Em relação à estrutura da origem dos recursos, recorrendo igualmente a relatórios da OCDE (1992 e 1993), pode referir-se que em 1990 as despesas públicas em saúde representavam 4,1% do PIB, enquanto as privadas correspondiam a 2,55% do PIB. As capitações, igualmente em dólares e com paridade do poder de compra, eram de 341 e 212, respectivamente para as componentes pública e privada.

Por outro lado, embora em relação ao PIB a despesa pública tenha vindo gradualmente a aumentar, cerca de 25.7% entre 1980 e 1992, a respectiva comparação com o total do Orçamento do Estado mostra que o sector tem vindo a perder importância relativa, com uma diminuição de cerca de 12% para o mesmo período, o que representa que a saúde não tem constituído prioridade para os governantes (Ramos, 1994).

No que respeita à aplicação dos recursos públicos, a situação em Portugal em 1992 era a seguinte (Ramos, 1994):

- Hospitais — 49,1%;
- Serviços próprios das ARSs (*proxy* dos cuidados primários) — 20,9%;
- Medicamentos — 18,6% (somente os consumidos em ambulatório);
- Convenções — 9,8% (consultas e meios complementares de diagnóstico);
- Outros — 1,6%.

Ainda segundo o mesmo autor, a importância do sector hospitalar tem vindo a crescer durante a década de 80, enquanto o peso relativo dos cuidados de saúde primários e das convenções tem vindo a diminuir no mesmo período.

Para os gastos privados, os medicamentos constituem claramente a principal despesa das famílias (54%), seguida das consultas médicas (23%) e dos dispositivos terapêuticos (12%) (Ramos, 1994). O internamento hospitalar representa somente 4% dos gastos das famílias (Pereira, 1994).

Em 1992, 63,4% do financiamento era público, em oposição a 36,6% de financiamento privado. Contudo, a aplicação de fundos é maioritária no sector privado (51,8%). Outras particularidades são evidenciadas pelo facto de cerca de 30% do financiamento público ser aplicado no sector privado, enquanto cerca de 11% do financiamento privado é aplicado no sector público (Ramos, 1994).

Tendo em atenção esta breve descrição da situação portuguesa, algumas questões permanecem em aberto, designadamente as seguintes:

- a) Os gastos em saúde em Portugal são superiores ou inferiores aos esperados?
- b) A actual estrutura da origem de fundos é racional e eficiente?
- c) Qual a lógica de evolução recente do financiamento da saúde em Portugal?

Estas questões irão ser caracterizadas e debatidas no ponto seguinte, procedendo-se a comparações com os países da OCDE e especialmente da União Europeia.

Comparações internacionais

Uma análise detalhada do financiamento da saúde em Portugal, bem como da respectiva comparação internacional para o ano de 1991 e da respectiva evolução entre 1980 e 1990, é apresentada num artigo de Costa e Mantas (1994). Neste sentido, podem evidenciar-se vários aspectos.

A lógica de evolução recente do financiamento da saúde em Portugal foi diferente da observada na grande maioria dos países da OCDE e da UE. De facto, embora Portugal apresente a mesma tendência internacional de crescimento dos gastos com a saúde, isso foi atingido somente através da componente privada do financiamento (com a natural diminuição da componente pública), o que constitui uma evolução única nos 24 países que constituem a OCDE.

Por outro lado, tanto para o financiamento público como para o privado, a tendência é distinta da observada na grande maioria dos restantes países, visto que se aumentou a componente privada, o que é praticamente único em países com níveis elevados de partida, e diminuiu a componente pública, o que é quase exclusivo para os países que à partida (1980) apresentavam proporções baixas de despesas públicas.

A estrutura de origem dos recursos em Portugal, quando comparada com os seus parceiros internacionais, não é racional, visto que existe uma diminuta participação pública no financiamento e exige-se um esforço suplementar da componente privada.

Esta conclusão é igualmente confirmada pelos seguintes aspectos: (a) em Portugal, face ao nível de riqueza, medido pelo PIB *per capita* e em função da média dos países da UE, os gastos totais em saúde são superiores aos esperados; (b) por outro lado, os gastos públicos em saúde são inferiores aos esperados; (c) finalmente, os gastos privados em saúde são superiores em cerca de 47% aos esperados, em função do seu PIB *per capita* e do comportamento dos seus parceiros da UE.

A estes aspectos deve ser acrescido o facto de actualmente ser aceite que o aumento do financiamento privado da saúde colide com os princípios da universalidade e da acessibilidade, sendo ainda gerador de ineficiências e não demonstrando capacidade para introduzir ganhos de qualidade (McGuire *et al.*, 1993; Gerdtham *et al.*, 1992; Leu, 1986).

Assim, pode concluir-se que, pese embora o facto de se observar uma crise contabilística ou financeira, as alternativas que preconizam o aumento dos recursos financeiros em saúde, essencialmente através da componente privada, não constituem uma solução real para os problemas existentes no sector.

Neste sentido, a reforma do sistema de saúde em Portugal exige outros contornos e estratégias, os quais, tendo em atenção os objectivos e finalidades genéricos do sistema português, devem introduzir uma maior racionalidade e eficiência no sector da saúde.

São estes os aspectos que, face às estratégias existentes e aos condicionalismos estruturais e conjunturais do sistema de saúde português, irão ser debatidos no capítulo seguinte.

Estratégias utilizadas

As diversas tentativas para aumentar a eficiência no sector da saúde podem agrupar-se, segundo a sua finalidade, em estratégias visando os utilizadores, os prestadores, ou mistas (Rice, 1992).

No *Quadro 1* é apresentado e sintetizado o vasto leque de medidas debatidas, ou inclusivamente já experimentadas, para introduzir maior racionalidade e efectividade na administração em saúde.

Estratégias visando os utilizadores

Co-pagamentos

Nesta modalidade os consumidores pagam, no momento de consumo, uma proporção das despesas com cuidados de saúde (Rice, 1992).

Têm sido utilizadas diversas formas de co-pagamentos em sistemas de saúde predominantemente públicos (do tipo Serviço Nacional de Saúde), designadamente na aquisição de medicamentos, com pagamentos inversamente proporcionais à sua relevância clínica, no internamento e ainda em estomatologia.

Segundo Smith (1990), o recurso ao co-pagamento é mais generalizado quando os médicos são remunerados ao acto, tentando-se dessa forma racionalizar a utilização de cuidados de saúde.

Taxas moderadoras

As taxas moderadoras têm sido utilizadas como uma das formas para moderar a procura de cuidados de saúde e correspondem a taxas variáveis segundo o tipo de cuidados de saúde.

Tradicionalmente, têm sido aplicadas no ambulatorio, urgências e meios complementares de diagnóstico.

Imposto sobre os seguros de saúde

Esta proposta foi apresentada, mas ainda não posta em prática em qualquer país (Rice, 1992).

O principal pressuposto deste mecanismo considera que o seguro de saúde é um complemento do vencimento oferecido aos trabalhadores e, como tal, deve ser sujeito a imposto.

Daqui pode concluir-se que o seu âmbito de aplicação se restringe quase exclusivamente a seguros colectivos e que, consequentemente, o imposto será pago pela entidade patronal.

Estratégias visando os prestadores

As estratégias visando os prestadores podem agrupar-se em quatro categorias:

- Aplicadas aos serviços de saúde;
- Aplicadas dos médicos;
- Aplicadas às farmácias;
- Contenção global das despesas com a saúde.

Algumas destas estratégias são comuns, embora assumindo contornos específicos, em conformidade com os prestadores-alvo. A título exemplificativo, podem referir-se as situações relacionadas com a restrição da oferta, com o condicionamento dos preços a praticar ou com os incentivos à contenção de custos.

Quadro I Estratégias para aumentar a eficiência na saúde

Estratégias visando os utilizadores:

- Co-pagamentos
- Taxas moderadoras
- Imposto sobre os seguros de saúde

Estratégias visando os prestadores:

- Serviços de saúde:
 - Restrição da oferta (camas, tecnologia, etc.)
 - Contenção de custos
 - Pagamento prospectivo por acto
 - Orçamento global prospectivo
 - Capitação
- Médicos:
 - Formas de pagamento
 - Oferta de médicos
 - Gastos médicos
 - Perfis médicos
- Farmácias:
 - Despesas com medicamentos
 - Promoção de vendas
 - Preços de referência

Estratégias mistas:

- Competição entre planos de saúde
- Gestão da utilização de cuidados
- Organizações de manutenção de saúde e de prestadores preferenciais
- Orientações para médicos e para consumidores
- Reforma do sistema de indemnizações

O condicionamento de preços pode originar uma distorção do tipo de serviços prestados, concretizado na prática de se produzirem os serviços mais vantajosos para a própria organização, ou seja, aqueles em que se optimiza o diferencial entre receitas e despesas.

Embora Ginsburg (1993) argumente que este processo de selecção do tipo de doentes (ou de produção) não é tão marcado no sector da saúde como em outros sectores da actividade económica, a realidade existente nos EUA permite evidenciar o maior grau de especialização dos hospitais americanos, quando comparados com organizações congéneres do continente europeu, e ainda que, após a introdução do pagamento prospectivo por caso, os hospitais americanos praticaram, entre outras, uma política de troca de produtos (Costa, 1990), o que, no mínimo, deve servir de ponto de partida para um debate sobre a efectividade deste mecanismo como forma de promover a eficiência global do sistema.

No âmbito dos incentivos sobre os prestadores, existe evidência em algumas províncias do Canadá em que os níveis de despesa são determinados em função de objectivos de saúde previamente definidos. Contudo, este tipo de mecanismo pode não ser aplicável a todos os serviços de saúde (Ginsburg, 1993).

As estratégias que visam impor um limite global nas despesas com a saúde podem incluir muitas das medidas que posteriormente serão apresentadas e ainda a exclusão de determinados serviços de saúde, a limitação na produção de certos cuidados de saúde e limitações diversas nos pagamentos e na sua actualização (Rice, 1992).

Intervenções visando os serviços de saúde

Restrição da oferta

Em alguns países tem-se restringido a oferta de camas hospitalares através de uma política centralizada. Outros preconizam o condicionamento de equipamentos médicos ou de tecnologia pesada [por exemplo, através de certificados de necessidade ou ainda pelo controle da tecnologia disponível (Rice, 1992)]. Outros ainda limitam o montante das receitas hospitalares provenientes dos seguros de saúde (Smith, 1990).

Diversos autores constatarem que a competição em saúde tem sido praticada muito mais em termos de «corrida aos armamentos» do que em função da eficiência (custos) e preços dos cuidados prestados.

Por isso têm sido requeridos certificados de necessidade em diversos estados dos EUA, exis-

tindo igualmente tentativas para que as despesas de capital decorrentes da aquisição de equipamentos sejam incluídas no orçamento fixado aos hospitais, determinado em função das necessidades da comunidade e não das instituições (Kilbreth e Cohen, 1993).

No Canadá e na Alemanha, o sistema de segurança social não comparticipa nas despesas originadas pelos serviços prestados com equipamentos comprados por médicos e empresários (Ginsburg, 1993).

Contenção de preços

Nos anos 70 e 80 diversos estados dos EUA implementaram programas que fixavam os preços a cobrar pelos hospitais (sobretudo diárias) com incentivos à diminuição das componentes do tratamento e, conseqüentemente, à redução do custo de produção.

Existem sistemas em que as actualizações dos pagamentos são função do crescimento das despesas com os cuidados de saúde, em função de determinada meta, como, por exemplo, se tem tentado praticar no Medicare. Neste mecanismo existe ainda a possibilidade de se fixarem limites separados e diferentes em função do tipo de serviços médicos prestados (Kilbreth e Cohen, 1993).

Pagamento prospectivo por caso

Esta modalidade é mais conhecida pelo pagamento do internamento hospitalar por grupos de diagnóstico homogéneo. O principal objectivo deste sistema visa o incremento da eficiência, pelo que previamente são definidos preços em função de diversas características dos doentes, designadamente o diagnóstico principal, presença ou ausência de complicações, idade e morte.

O pagamento prospectivo por caso baseia-se no princípio «pagadores a estabelecerem preços» (Anderson, 1986), apresentando como principal preocupação a contenção de custos e o aumento da eficiência técnica (Kilbreth e Cohen, 1993).

Consiste, assim, numa forma de pagamento que centra a sua dinâmica de actuação no desenvolvimento de instrumentos e de mecanismos que aumentam o risco de actividade das organizações de saúde, essencialmente pelo facto de os custos de produção não poderem exceder os preços.

Embora, aprioristicamente, os mecanismos preconizados pareçam correctos — conhecimento pré-

vio dos preços para que desta forma as organizações de saúde programem a sua actividade —, foram detectados alguns problemas que podem comprometer esta modalidade de financiamento (Costa, 1990).

Em primeiro lugar, deve referir-se a incipiência da finalidade que se pretende estimular. De facto, baseando-se toda a dinâmica no objectivo «eficiência técnica», coloca-se o plano de apreciação da actividade das organizações de saúde numa óptica estritamente interna.

Em segundo lugar, deve discutir-se o mecanismo de formação dos preços. Na realidade, a metodologia seguida menospreza o papel dos profissionais de saúde e dos consumidores, sendo o mesmo determinado pelos pagadores, o que leva certos autores a considerarem este tipo de preços como «socialistas».

Em terceiro lugar, problema igualmente decorrente do mecanismo de formação de preços, há inadequação das referências de gestão para as organizações de saúde, essencialmente pelo facto de os preços serem definidos fora do mercado, o que origina uma maior aleatoriedade no seu conhecimento e na respectiva evolução.

Em quarto lugar, deve ser considerada a alteração do comportamento económico dos agentes que operam no mercado da saúde. Na sua grande maioria, observou-se que as organizações de saúde podem melhorar a sua situação financeira e, concomitantemente, basear toda a sua lógica de gestão em mecanismos como a troca de custos e troca de produtos, o que, embora proporcione a diminuição dos custos de produção, não tem, em termos globais, nada a ver com ganhos de produtividade e de eficiência técnica.

Orçamentos globais prospectivos

Nesta modalidade os hospitais recebem um orçamento global que não podem exceder.

Uma variante poderá ser a definição de um limite de despesas a nível da comunidade, com posterior adequação aos hospitais, em função dos doentes tratados no internamento, através dos GDHs ou de outro sistema de classificação de doentes (Kilbreth e Cohen, 1993).

Um dos grandes problemas tem sido o pagamento dos serviços prestados em ambulatório. Existem dificuldades para se medir este tipo de cuidados e na própria definição da unidade de pagamento. Em Nova Iorque é utilizado um sistema de classificação para doentes tratados em ambulatório (Kilbreth e Cohen, 1993).

Pagamento por capitação

Existem, na generalidade, duas modalidades: (a) adequadas a sistemas de saúde predominantemente públicos; (b) adequadas a sistemas predominantemente privados.

Para os sistemas públicos, o *rationale* pode ser sintetizado no seguinte princípio: determinação das despesas em função das necessidades dos consumidores.

Para os sistemas privados, embora este mecanismo possa igualmente ser considerado, tem-se apontado como uma alternativa a modalidade em que os prestadores estabelecem os preços e os consumidores escolhem os prestadores em função desses mesmos preços e da extensão e abrangência dos cuidados de saúde oferecidos (Anderson, 1986).

Esta modalidade tem sido conhecida pelo estabelecimento da «capitação competitiva», sendo naturalmente aplicada aos cuidados de saúde globais e não ao caso ou ao episódio de doença.

Tem estado a ser aplicada em algumas organizações de manutenção de saúde nos EUA, com ganhos na eficiência e na efectividade dos cuidados de saúde (Hellinger, 1995).

Intervenções visando os médicos

Honorários médicos

Existem diversos métodos visando a racionalização dos honorários médicos (Rice, 1992; Ginsburg, 1993). Nos EUA, algumas organizações de manutenção de saúde (OMS) usam pagamentos por capitação para desta forma partilharem o risco de actividade com os médicos. Em outros países usa-se o salário como forma de pagamento dos médicos. Outras modalidades consistem no pagamento ao acto (*fee for service*), com ou sem forma de partilha de riscos. Quando esta existe, utiliza-se por vezes a redistribuição dos custos evitados, como, por exemplo, a utilização de meios auxiliares de diagnóstico, de consumo de produtos farmacêuticos, ou episódios de internamento (Kilbreth e Cohen, 1993).

Em alguns sistemas de saúde a contenção de custos é definida por decisões públicas sobre os preços de pagamento. Isto pode conduzir à diminuição de custos através de duas alternativas: (a) redução dos preços por serviços individuais — nesta eventualidade, os prestadores são induzidos a adoptar comportamentos mais eficientes, inclusivamente com recurso a diminuições de preços dos seus fornecedores; (b) alteração da unidade de pagamento — para os hospitais e para os médicos, por

exemplo, pagando por episódio de doença, ou seja, estabelecendo um preço que compreenda os cuidados pré, durante e após o tratamento (Ginsburg, 1993).

O sucesso desta estratégia depende da capacidade do sistema político para conter esses preços de pagamento e da efectividade dos programas adoptados de forma a optimizar a quantidade de serviços prestados (através de orientações para a prática clínica — os *guide lines*, redução da oferta de médicos e de serviços e equipamentos, por exemplo).

Oferta de médicos

Tem-se igualmente procurado actuar sobre a oferta de médicos, limitando-se o acesso às faculdades de medicina ou dificultando a conclusão da licenciatura, embora de forma que o número total de médicos exceda o nível recomendável, para que dessa forma possa existir alguma competição entre os mesmos e, portanto, induzir comportamentos mais eficientes (Smith, 1990).

Alguns países têm adoptado políticas que restringem a oferta de médicos e, simultaneamente, privilegiam um melhor rácio na oferta de clínicos gerais (Ginsburg, 1993).

Gastos médicos

A contenção das despesas com os medicamentos através da limitação do tipo e volume que podem ser vendidos em determinado país ou ainda prescritos em regime de comparticipação pública (medicamentos essenciais ou medicamentos custo-efectivos) tem constituído uma das políticas adoptadas nesta perspectiva (Smith, 1990).

Por outro lado, a competição entre os prestadores, recorrendo aos mecanismos de mercado para desta forma se aumentar a eficiência na prestação dos cuidados, tem igualmente sido utilizada (Smith, 1990).

Nesta eventualidade, todos os prestadores são considerados, incluindo os públicos, estimulando-se uma maior racionalidade do sistema, concretizada através da aquisição de serviços com uma razão qualidade/custo favorável.

Nos cuidados de saúde primários tem-se defendido a criação de grupos de clínicos gerais, com listas combinadas de mais de 10 000 doentes, estabelecendo-se uma dotação pública fixada *per capita*, induzindo-se os clínicos gerais a uma gestão dos cuidados de saúde efectiva e eficiente, inclusivamente com a aquisição de serviços custo-efectivos no mercado (Silcock e Ratcliffe, 1996).

Perfis médicos

A análise dos padrões de prática médica pode ser utilizada como uma técnica de controle de custos desde que exista capacidade para se intervir sobre o comportamento dos médicos, essencialmente sobre aqueles que originam desvios negativos.

Diversos autores salientam a importância desta metodologia, atendendo à sua aceitação e adesão por parte dos médicos (Ginsburg, 1993; Welch *et al.*, 1994).

Na realidade, evitam-se juízos de valor extremamente delicados sobre as decisões clínicas caso a caso e ainda na própria carga administrativa que este processo pode originar. De facto, muito mais do que um sistema punitivo, esta intervenção pode ser orientada para a educação (por exemplo, através da discussão dos resultados médicos e das decisões clínicas associadas com todos os intervenientes neste processo de decisão) e servir de estímulo à melhoria da eficiência, nomeadamente para médicos actuando em grupo.

Um dos principais problemas desta estratégia consiste na melhor forma para a sua operacionalização. A definição dos perfis médicos deve basear-se nos cuidados efectivamente prestados ou em função de estratégias de tratamento adequadas para cada situação, ou seja, em termos de tratamentos-padrão.

O *rationale* das correntes que defendem a sua operacionalização através dos cuidados efectivamente prestados baseia-se essencialmente na neutralidade económica que um sistema de definição de perfis médicos deve assumir. Entende-se por neutralidade económica (Jencks *et al.*, 1984) o facto de a multiplicidade de tratamentos existentes ou disponíveis em determinada organização de saúde ser considerada condição necessária e suficiente para se definir o padrão mais efectivo e eficiente para prestar determinado serviço.

Esta abordagem é aparentemente atractiva em termos conceptuais para os prestadores, visto que o *output* deriva directamente dos *inputs* utilizados, não existindo, consequentemente, qualquer julgamento e avaliação sobre a apropriação do tratamento escolhido/adaptado.

Mas, como este tipo de abordagem pressupõe, por um lado, que todas as modalidades de tratamento apresentam níveis de eficiência e de efectividade idênticos e que, por outro lado, podem existir perfis médicos distintos, conforme a unidade ou região de saúde, têm vindo a ganhar relevo os argumentos que defendem que a neutralidade económica deve ser evitada e, consequentemente, que se devem definir estratégias de tratamento-padrão para cada situação de saúde.

A operacionalização deste princípio, para além de ser mais complexa e demorada, exige, à partida, a existência de consensos médicos sobre as formas mais adequadas para se tratar cada situação de saúde, o que, como se sabe, não constitui uma tarefa fácil.

Independentemente dos aspectos referidos para a operacionalização da definição dos perfis médicos, deve reter-se que esta estratégia constitui uma perspectiva que deve ser considerada e implementada para se aumentar a eficiência do sistema de saúde.

Intervenções visando as farmácias

Despesas com medicamentos

Várias estratégias têm sido utilizadas, tais como a distribuição de medicamentos, o controle de preços a nível nacional (Smith, 1990), o estabelecimento de um orçamento anual global, com penalizações para os médicos, farmácias e seguradoras se o mesmo for excedido, introdução dos medicamentos genéricos e liberalização da venda dos medicamentos vendidos sem necessidade de receita médica (Kilbreth e Cohen, 1993).

Controle das despesas em actividades promocionais

Segundo Abel-Smith (1990), a diminuição das despesas em actividades promocionais, tanto da indústria farmacêutica como das farmácias, poderá igualmente constituir um mecanismo indutor da redução das despesas com a saúde.

Preços de referência

A inflação existente no mercado dos produtos farmacêuticos, bem como a necessidade de encontrar um método de financiamento razoável e socialmente aceitável, tornou necessária a intervenção pública na transacção deste tipo de bens (Selke, 1994).

Neste sentido, tem sido preconizada a definição de preços de referência como forma de solucionar aqueles problemas. Os preços de referência constituem um sistema de financiamento em que o nível de comparticipação para cada medicamento é determinado tendo em conta esse mesmo nível para produtos similares ou alternativos (Lucin e Dasgupta, 1995).

Esta metodologia, para além de se basear nos princípios de substituição entre produtos farmacêuticos e no pagamento por parte do consumidor das diferenças entre os preços de mercado e de referência, pode proporcionar um aumento de eficiência e de efectividade no consumo de produtos farmacêuticos, em função da alteração esperada de comportamentos nos produtores, prescritores e consumidores (Lucin e Dasgupta, 1995).

Estratégias mistas

Gestão da utilização de cuidados

Aplica-se às seguradoras que podem controlar os custos através dos preços pagos por unidade de serviço, recorrendo ao controle da quantidade dos serviços prestados e à minimização das despesas administrativas.

Entre outras actividades, estes mecanismos envolvem o acompanhamento e coordenação dos cuidados prestados aos casos mais dispendiosos, autorização prévia para o pagamento de um caso de internamento, revisão conjunta de casos, revisão retrospectiva de casos hospitalares e obrigatoriedade de segundas opiniões antes de cirurgia. O recurso aos perfis da prática médica está também a ser cada vez mais utilizado (Rice, 1992).

Organizações de manutenção da saúde e organizações de prestadores preferenciais

A designação vulgar deste tipo de organizações nos EUA, país onde foram inicialmente criadas, é, respectivamente, de *health maintenance organizations* e de *preferred provider organizations*.

A principal distinção entre estes dois modelos de organizações consiste na obrigatoriedade de se utilizarem os prestadores das próprias organizações de manutenção de saúde, existindo alguma evidência (Ware *et al.*, 1986; Luft, 1991) de que as OMSs com pagamento por capitação são mais eficientes do que as outras que praticam outras modalidades de pagamento aos médicos: pelo contrário, nas organizações de prestadores preferenciais, embora os consumidores possam escolher livremente o prestador, existem incentivos financeiros — menores custos —, tanto do prémio do seguro como do co-pagamento, quando estes utilizam os médicos indicados por este tipo de organizações (Rice, 1992; Lissovoy *et al.*, 1987).

Competição entre planos de saúde

Para esta estratégia podem ser perspectivadas duas alternativas: adequadas a sistemas privados ou a sistemas públicos.

No caso de sistemas predominantemente privados, tanto de financiamento como de propriedade, o mecanismo refere-se ao princípio referido anteriormente: os prestadores fixam os preços e os consumidores escolhem os prestadores.

Para operacionalizar este mecanismo, alguns princípios estão pré-definidos:

- a) A definição dos preços é compreensiva, isto é, cobre a generalidade dos cuidados de saúde, e não somente o caso ou o episódio de doença;
- b) As organizações de saúde têm cuidados de saúde integrados, ou seja, com eliminação da fronteira artificial entre cuidados de saúde primários e cuidados secundários e terciários;
- c) Apresentação prévia aos consumidores do que é entendido por plano global de saúde;
- d) Eliminação, na grande maioria, da existência do terceiro pagador, visto que a transacção é feita directamente entre prestadores e consumidores;
- e) Possibilidade de os consumidores escolherem outras organizações de saúde quando não estão satisfeitos com a opção que exerceram anteriormente.

No caso de sistemas públicos de financiamento, os princípios anteriormente enunciados devem ser mantidos. Sendo assim, a principal diferença respeitante à origem dos recursos financeiros, que, neste último caso, é pública, enquanto em sistemas liberais é privada.

Na situação de recursos financeiros públicos, os consumidores teriam à sua disposição um subsídio para as despesas com a saúde que aplicariam segundo os seus próprios critérios, por exemplo, em planos de saúde mais efectivos, mais eficientes ou ainda nos mais custo-efectivos.

Estes planos deveriam abranger um conjunto mínimo de cuidados de saúde previamente estabelecido.

Este método visa tanto os prestadores como os consumidores, mas apresenta a particularidade de estes terem maior protagonismo do que na grande maioria das restantes alternativas existentes.

O maior risco atribuído à competição entre planos de saúde consiste na tentativa de os prestadores pretenderem seleccionar os doentes mais favoráveis à própria instituição (Rice, 1992). Contudo, aten-

dendo à possibilidade de escolha e de alteração da organização responsável pelo seu tratamento por parte dos consumidores, pode minimizar-se ou mesmo eliminar-se este tipo de comportamento por parte dos prestadores.

Orientações para médicos e doentes

A padronização de actuações clínicas face a situações frequentes ou particularmente dispendiosas na prática médica tende a ser cada vez mais utilizada para se aumentar a eficiência da prestação de cuidados de saúde.

Estas orientações, embora constituam somente indicações e não imposições para os clínicos, podem igualmente constituir informação adicional para o consumidor, para que, desta forma, se racionalize a decisão na prestação de cuidados de saúde.

Reforma no sistema de indemnizações

É uma estratégia proposta para os países em que este aspecto assume uma posição relevante nos gastos com a saúde.

Na realidade, os médicos com receio de despesas suplementares atribuíveis a má prática médica protegem-se com seguros, por vezes avultados, e, simultaneamente, tendem a praticar a chamada «medicina defensiva», a qual onera os gastos com a saúde, essencialmente pelo recurso a meios complementares de diagnóstico e a outros procedimentos por vezes desnecessários.

Aplicação à situação portuguesa

Em Portugal, de forma mais ou menos explícita, tem-se assistido igualmente a uma tentativa de reforma do sistema de saúde, abrangendo essencialmente os seguintes aspectos: (a) alteração do *mix* dos recursos financeiros do sistema; (b) introdução de novos mecanismos de gestão do sistema; (c) introdução de formas de gestão privada nos serviços de saúde.

Em relação à origem dos recursos financeiros para o sistema de saúde, tem sido preconizado o recurso a três alternativas como forma de controlar o aumento de gastos: (a) a implementação de um seguro alternativo/complementar de saúde; (b) o aumento da componente privada na captação de recursos financeiros; (c) a introdução do *opting out* (opção de escolha por parte dos consumidores por um subsistema segundo as suas conveniências).

A principal medida da reforma na gestão do sistema de saúde consistiu na criação de unidades de administração única para os cuidados primários e diferenciados, as novas administrações regionais de saúde, de âmbito regional alargado.

A gestão privada foi considerada para os hospitais, estando já implementada uma experiência no Hospital Fernando da Fonseca, cuja avaliação poderá ser da maior utilidade. Por outro lado, está igualmente previsto o recurso a modalidades de gestão privada para os centros de saúde, com o estabelecimento de experiências piloto.

Em Portugal, a definição da política de saúde ou de um «pacote» de reformas tem estado em debate. As principais razões podem ser encontradas não só na necessidade de se controlarem os vultuosos défices financeiros, mas também como forma de aderência do país ao processo reformista existente no meio internacional.

As principais originalidades existentes em Portugal podem ser situadas a dois níveis: (a) a rapidez da implementação da reforma; (b) a definição do plano financeiro como principal motor das futuras mudanças.

O primeiro aspecto pode quase ser considerado um problema estrutural. De facto, a cultura portuguesa, essencialmente administrativa e legislativa, impõe que os cenários de mudança se centrem na definição de novos quadros ou enquadramentos legais que funcionarão como panaceia para todos os defeitos existentes.

Esta atitude enferma, contudo, de dois tipos de problemas: a inexistência de um diagnóstico rigoroso da situação e a tendência para opções que podem não constituir a verdadeira solução para as rupturas do sistema de saúde e que, inclusivamente, podem ser contraditórias.

Em nossa opinião, tem sido este o principal enviesamento existente no debate sobre a actual situação do sistema de saúde, bem como nas principais reformas a serem implementadas.

Por outro lado, a mera constatação de rupturas financeiras nos serviços de saúde, embora constitua um problema em si mesma, não deve, aprioristicamente, ser considerada estrutural, ou seja, a principal questão a resolver. Deverá ser discutido se existem ou não razões organizativas e de funcionamento que estejam a conduzir a estes défices.

Ou seja, quais as verdadeiras razões para a situação financeira e de insatisfação generalizada actualmente existente? Escassez de recursos? Falta de racionalidade e de eficiência do sistema de saúde português?

Embora a resposta imediata e fácil aponte para a escassez dos recursos financeiros, as causas reais

dos problemas têm também origem noutra sede. O simples facto de se introduzirem novos fluxos financeiros no sistema de saúde não garante, por si mesmo, a solução dos problemas do sector. Nada impede que estes novos recursos sejam afectados em função das necessidades dos serviços e dos prestadores e não das necessidades dos consumidores. Deste modo, poderão somente contribuir para uma maior ineficiência e para o estabelecimento de um ciclo vicioso em que será sempre necessário introduzir cada vez mais dinheiro na saúde.

Assim, pode concluir-se que é sobretudo devido à falta de racionalidade e de eficiência que os problemas existem no sector de saúde português.

E, neste âmbito, quais são os principais problemas existentes na saúde em Portugal?

- Pouca articulação e duplicação de recursos entre cuidados primários e hospitalares;
- Rigidez na gestão de recursos humanos;
- Confusão de papéis entre as funções regulação, financiamento e prestação;
- Limitações na acessibilidade dos consumidores, traduzidas na excessiva utilização dos serviços de urgência e existência de listas de espera;
- Utilização indiscriminada das novas tecnologias em saúde, com insuficiente avaliação sobre o custo-efectividade de alguns procedimentos;
- Grande peso normativo e administrativo do sector público de saúde, inclusivamente expresso na delimitação da liberdade de escolha dos prestadores de saúde.

Neste sentido, podem eleger-se as seguintes estratégias para aumentar a eficiência no sector da saúde em Portugal:

- *Definição de novas modalidades de pagamento aos serviços de saúde*, as quais, para além de assumirem um carácter prospectivo, isto é, com conhecimento prévio do envelope financeiro de cada instituição, devem assegurar que se apliquem critérios idênticos para cuidados primários e hospitalares e que os serviços não sejam financiados em função da produção;
- *Definição de um novo enquadramento funcional e remuneratório para os profissionais de saúde*, de forma que, simultaneamente, se introduza risco de actividade e se preconize um pagamento em função do seu desempenho;

- *Definição de normas e de padrões de tratamento*, de forma que se garanta um maior nível de custo-efectividade para a prestação de cuidados de saúde;
- *Introdução de mecanismos de competição no sector de saúde*, de forma que se criem incentivos para um comportamento eficiente dos serviços de saúde. A este respeito é conveniente ter presente que a definição das modalidades de pagamento dos serviços constitui um mecanismo determinante, pelo que será necessário minimizar os conflitos de interesse entre consumidores e prestadores. Nestes termos, o financiamento por capitação e concorrência entre planos de saúde, públicos e/ou privados, parece ser o caminho mais adequado;
- *Redefinição do papel dos serviços de saúde*, de forma que se evite a duplicação de recursos actualmente existente entre cuidados primários e hospitalares e se possibilite a competição entre planos de saúde. A este respeito, a integração dos serviços de saúde (públicos ou privados), em termos de gestão e de financiamento, parece ser o caminho mais indicado;
- *Reforço das componentes de regulação e avaliação por parte do Estado*. Nesta perspectiva, para além de uma clarificação e separação entre as funções de financiamento, prestação, avaliação e regulação, torna-se necessária a definição de critérios para a avaliação da actividade e da qualidade dos serviços e dos cuidados de saúde, bem como da implementação de um sistema de informação para o sector da saúde.

□ Bibliografia

- AARON, H. S., et al.
Economic analysis of the Clinton plan.
«Health Affairs», 13(1), 1994, pp. 56-191.
- ABEL-SMITH, B.
Health insurance and health for all — draft II. World Health Organization, Regional Office for Europe, June 1990.
- ANDERSON, G. F.
Payment reform in the United States.
«Health Policy», 6, 1986, pp. 321-328.
- ANELLI, A.
The monopolistic integrated model and health care reform: the Swedish experience.
«Health Policy», 37 (1), 1996, pp. 19-34.
- ARNOULD, R. J., et al.
Do HMOs produce specific services more efficiently.
«Inquiry», 22 (3), 1984, pp. 243-253.

- BLENDON, R. J., et al.
The implications of the 1992 presidential election for the health care reform.
«JAMA», 268, 1992, pp. 3371-3375.
- BLENDON, R. J., et al.
What happened to American's support for the Clinton health plan?
«Health Affairs», 14 (2), 1995, pp. 7-23.
- BOS, M.
Health care technology in the Netherlands.
«Health Policy», 30, 1994, pp. 207-256.
- COSTA, C. e MANTAS, A.
Financiamento do sistema de saúde — a situação em Portugal.
«Gestão Hospitalar», 29, 1994, pp. 25-32.
- COSTA, C.
Financiamento de serviços de saúde — a definição de preços.
«Revista Portuguesa de Saúde Pública», 8 (2), 1990, pp. 65-72.
- ENTHOVEN, A.
Why not the Clinton health plan?
«Inquiry», 31 (2), 1994, pp. 129-135.
- FRANK, R. G., e WELCH, W. P.
The competitive effects of HMOs: a review of evidence.
«Inquiry», 22 (2), 1985, pp. 148-161.
- GERDTHAM, U. G., et al.
An econometric analysis of health care expenditure: a cross-section study of the OECD countries.
«Journal of Health Economics», 11, 1992, pp. 63-84.
- GINSBURG, P. B.
Expenditure limits and cost containment.
«Inquiry», 30, 1993, pp. 389-399.
- GLENNISTER, H., e MATSAGANIS
The English and Swedish health care reforms.
«International Journal of Health Services», 24 (2), 1994, pp. 231-252.
- HAM, C.
Managed markets in health care: the UK experiment.
«Health Policy», 35 (3), 1996, pp. 279-292.
- HELLINGER, E.
Recent evidence on case-based systems for setting hospital rates.
«Inquiry», 22, 1985, pp. 78-91.
- HELLINGER, E.
Selection bias in HMOs and PPOs: a review of the evidence.
«Inquiry», 32 (2), 1995, pp. 135-142.
- HILLMAN, A. L., et al.
How do financial incentives affect physician's clinical decisions and the financial performance of health maintenance organizations.
«New England Journal of Medicine», 321 (2), 1989, pp. 86-92.
- HORN BROOK, M. C.
Hospital case mix: its definition, measurement and use, part II. Review of alternative measures.
«Medical Care Review», 39, 1982, pp. 73-123.
- HURST, J. W.
Reforming health care in seven European nations.
«Health Affairs», 10 (3), 1991, pp. 7-21.
- JENCKS, S. E., et al.
Evaluating and improving the measurement of hospital case mix.
«Health Care Financing Review», annual supplement, 1984, pp. 1-12.
- KILBRETH, E., e COHEN, A. B.
Strategic choices for cost containment under a reformed U. S. health care system.
«Inquiry», 30, 1993, pp. 372-388.
- LEU, R. E.
The public-private mix and international health care costs.
In A. L. Cutler e B. Jonsson (eds.), Public and private health services, Basil Blackwell, Oxford, 1986.
- LISSOVOY, G., et al.
Preferred provider organizations one year later.
«Inquiry», 24 (2), 1987, pp. 127-135.
- LUCIN, J. Z., e DASGUPTA, R.
Reference pricing — the European experience. St. Mary's Hospital Medical School, 1995.
- LUFT, H. S.
Translating US HMOs experience to other health systems.
«Health Affairs», 10 (3), 1991, pp. 172-186.
- MCGUIRE, A., et al.
Econometric analysis of national health expenditures: can positive economics help to answer normative questions?
«Health Economics», 2, 1993, pp. 113-126.
- OCDE
OECD statistics on the member countries — in figures.
«OECD Observer», suppl. n.º 176, June/July, 1992.
- OCDE
OECD health systems.
«Health Policy Studies», n.º 3, Paris, 1993.
- PEREIRA, J.
Quem pagou os serviços de saúde, 1980-1990?
In IV Encontro de Economia da Saúde, Coimbra, 1994.
- PRESIDENT CLINTON'S HEALTH CARE REFORM PROPOSAL AND HEALTH SECURITY ACT
Report n.º 773, Chicago: Commerce Clearing House, Inc., 1993.
- RAMOS, F.
O financiamento público do sistema de saúde. Caridade do Estado ou a busca de eficiência.
«Revista Portuguesa de Gestão», III/IV, 1994, pp. 67-74.
- RAMOS, F., et al.
O mercado hospitalar português. APE's documento de trabalho n.º 3/86, 1986.
- RICE, T.
Containing health care costs in the United States.
«Medical Care Review», 49, 1992, pp. 19-65.
- SALTMAN, R. B.
Patient choice and patient empowerment in northern European health systems: a conceptual framework.
«International Journal of Health Services», 24 (2), 1994, pp. 201-230.
- SCHNEIDER, M., et al.
Health care in the EC member states.
«Health Policy», 20, 1992, pp. 73-82.
- SELKE, G. W.
Reference prices in the European Community.
In E. Mossialos et al. (eds.), LSE Health and Parametrica, S. A., 1994, pp. 147-181.
- SILCOCK, J., e RATCLIFFE, J.
The 1990 GP contract — meeting needs?
«Health Policy», 36 (2), 1996, pp. 199-208.
- THORPE, K. E.
Health care cost containment: results and lessons of the past 20 years.
In Improving health policy management: nine critical research issues for the 1990s, Ann Arbor, Michigan Health Administration Press, 1992.
- WARE, J. E., et al.
Comparison of health outcomes at a health maintenance organization with those of fee-for-service care.
«The Lancet», May 3, 1986, pp. 1017-1022.
- WELCH, H. G., et al.
An analysis of inpatient practice patterns in Florida and Oregon.
«New England Journal of Medicine», 330 (9), 1994, pp. 607-612.
- WICKIZER, T. M., e FELDSTEIN, P. J.
The impact of HMO competition on private insurance premiums.
«Inquiry», 32 (3), 1995, pp. 241-251.

□ Résumé

LA RÉFORME DE LA SANTÉ AU PORTUGAL: À LA RECHERCHE DE L'EFFICACITÉ

Le fait que tous les pays, y compris le Portugal, engagent chaque fois plus de dépenses avec la santé a suscité un immense débat portant sur les buts recherchés tels que la satisfaction des consommateurs, l'équité dans l'accès à la santé et à ses résultats et l'optimisation de l'effectivité et de l'efficacité.

La principale finalité de cet article est de présenter et de discuter certaines alternatives jugées essentielles à l'accroissement de l'efficacité.

À cette fin, on y analyse tout d'abord les principales raisons motivant l'augmentation des dépenses de santé, notamment l'inflation spécifique du secteur, le développement technologique, les caractéristiques démographiques et de morbidité des consommateurs, ainsi que les attentes et comportements de ces derniers.

Ensuite, on procède à une caractérisation synthétique de la nature des dépenses dans le secteur de la santé au Portugal et on établit certaines comparaisons avec d'autres pays, pour la plupart de l'Union européenne.

L'essentiel de l'article consiste en une révision bibliographique sur les stratégies qui ont été utilisées pour augmenter l'efficacité au sein du secteur de la santé, dont celles visant les usagers, les prestataires et les deux.

Enfin, en calquant ces réalités sur le cas portugais, on cherche à repérer quelques-uns des principaux problèmes du secteur portugais de la santé. On réfléchit sur des stratégies susceptibles d'être mises en œuvre au Portugal afin d'augmenter l'efficacité, lesquelles seraient liées notamment à la définition de nouvelles modalités de paiement des services de santé ou à un nouvel encadrement (fonctionnel) et rémunérateur des professionnels de la santé. Pour cela, il faudrait introduire des normes, des modèles de traitement et des mécanismes de compétition et redéfinir le rôle des services de santé, ceci dans un cadre où il sera important de renforcer les rôles de régulation et d'évaluation de l'État.

□ Summary

HEALTH REFORM IN PORTUGAL: IN SEARCH OF EFFICIENCY

In Portugal, as in practically all countries, expenditure on health has grown. This has led to an intense debate focused on consumer satisfaction, equity, and on the optimisation of effectiveness and efficiency.

The main goal of this paper is to present and discuss some alternatives that would lead to an increase in efficiency.

Firstly, the main reasons for health care costs growth are analysed, namely the inflation specific of the sector, the technological developments, and the consumers' demographic and morbidity characteristics, as well as their expectations and behaviour.

Secondly, the health expenditure in Portugal is described, taking also into account some international comparisons with some countries of the European Union.

The substantial part of the paper includes a survey of the international literature on strategies that have been used to increase efficiency on the health sector, including those focused on consumers, providers, and both.

Lastly, the authors analyse the Portuguese situation, identifying some of the main problems of the health sector. Some strategies that might lead to an increase in efficiency in Portugal are suggested: the definition of new payment schemes for the health services; a new functional and payment framework for providers; the need to introduce norms and standards of treatment; and the redefinition of the role of the health services, including the introduction of competition. All this would occur in the context of a reinforcement of the regulation and evaluation carried out by the government.