

Towards High-Performing Health Systems: The OECD Health Project

Summary in Portuguese

Em Direção a Sistemas de Saúde de Alta Performance

Sumário em Português

Os países da OCDE têm bons motivos para se orgulhar do trabalho realizado para a melhoria da saúde. Uma criança nascida num país da OCDE em 2000 pode esperar viver, em média, nove anos a mais que uma nascida em 1960. A mortalidade infantil é cinco vezes mais baixa do que era naquela época. Nas dez décadas passadas, o nível de morte prematura – considerando-se o índice de mortalidade antes dos 70 anos – diminuiu pela metade.

A expansão econômica e as crescentes realizações educacionais fundamentaram os alicerces para a melhor saúde da população, mas as melhorias nos cuidados médicos também merecem algum crédito. Num passado recente, assistiu-se a avanços decisivos na prevenção e no tratamento de doenças, como as cardíacas, o câncer, a icterícia e os nascimentos prematuros, só para citar algumas. E com as novas drogas, técnicas e procedimentos, podemos tratar essas doenças melhor de que antes. Por exemplo, novas técnicas cirúrgicas minimamente invasivas resultam em restabelecimento mais rápido e menos doloroso para os pacientes, e alguns que antes não eram candidatos à cirurgia podem agora ser tratados.

Na maioria dos países, a cobertura universal dos cuidados médicos – seja esta financiada pelo setor público ou privado – não somente fornece uma segurança financeira contra os custos das doenças sérias, como promove o acesso a tratamentos atualizados e serviços preventivos. Em 2001, mais dos dois terços dos países da OCDE atingiram taxas de imunização das crianças contra o sarampo superiores a 90%, comparados a somente um terço dos países há dez anos. Como resultado direto de tais melhorias nos sistemas de saúde e dos cuidados médicos, as pessoas vivem mais e levam uma vida mais saudável.

Naturalmente, estes avanços não são baratos. Os dados mais recentes mostram que os custos de saúde representam em média mais de 8% do PIB na zona da OCDE, e ultrapassam os 10% nos Estados Unidos, na Suíça e na Alemanha. Podemos comparar com 1970, quando os custos ligados aos cuidados de saúde não representavam em média

mais de 5% do PIB nos países da OCDE. Esse aumento pode ser essencialmente atribuído ao progresso médico e à crescente concorrência nas expectativas de cuidados médicos. Isso significa simplesmente que os avanços tecnológicos permitem que se faça muito mais e ter uma maior expectativa, embora devamos também pagar mais.

Gastar mais não é necessariamente um problema, particularmente se os benefícios incorporados ultrapassarem os custos suplementares. Mas na medida em que os três quartos dos custos de saúde dos países da OCDE provêm do dinheiro público, os orçamentos governamentais estão sendo muito reduzidos. Mesmo nos Estados Unidos, onde o setor privado desempenha um papel excepcionalmente importante no financiamento, as despesas públicas de saúde representam 6% do PIB, e são comparáveis à média dos gastos públicos com a saúde nos países da OCDE.

O problema é que a crescente pressão dos custos de saúde é incessante, refletindo os avanços contínuos nos cuidados médicos e a demanda crescente por parte das populações idosas. Ao mesmo tempo, o índice da população em idade ativa decrescerá, provocando ainda mais tensões nas finanças públicas.

Enquanto os países mais ricos têm tendência a gastar mais na saúde, ainda há grandes diferenças de gastos entre os países com rendimentos comparáveis. Mais importante ainda, os sistemas mais dispendiosos não são necessariamente os que melhor atingem os objetivos de desempenho.

Com exceção dos desafios relativos ao custo e financiamento, o público está cada vez mais ciente de que as oportunidades se multiplicam para melhorar o desempenho dos sistemas de saúde. Os formuladores de políticas nos países da OCDE têm que enfrentar uma importante e crescente demanda para tornar os sistemas de saúde mais receptivos aos consumidores e pacientes que atendem, para melhorar a qualidade dos cuidados, e para abordar as disparidades na saúde e no acesso aos cuidados. É possível melhorar sem aumentar a pressão dos custos ?

Os sistemas de saúde diferem na concepção, nos valores e no tipo de recursos utilizados, bem como nas consequências para a saúde e para os outros resultados que obtêm. Mas os formuladores de políticas na área da saúde têm objetivos comuns e podem se beneficiar das experiências mútuas, tais como o que funciona – e o que não funciona – ao realizarem mudanças nos sistemas de saúde concebidos para melhorar o desempenho. O Plano Trienal de Saúde da OCDE procurou incluir informações comprobatórias fundamentais e sugeriu que os formuladores de políticas pudessem adaptar suas próprias circunstâncias nacionais a seus esforços para melhorar o desempenho do sistema de saúde.

Cuidados de saúde e prevenção de alta qualidade

Importantes diferenças entre países no tocante à esperança de vida e a outros indicadores de saúde sugerem que, em muitos países, e talvez em todos, haja possibilidade de benefícios suplementares. A importância das diferenças levanta questões e também expectativas. Por exemplo, por que em 1999 a Suécia e o Japão tiveram taxas de mortalidade infantil de apenas 3,4 por mil nascimentos vivos, enquanto que as taxas

relatadas na Nova Zelândia e nos Estados Unidos foram duas vezes mais altas (7,2 e 7,7 respectivamente) ? Por que as mulheres de 65 anos, morando na Irlanda ou na Polônia, tinham em 2000 uma esperança média de vida inferior aos 18 anos, enquanto que as mulheres no Japão, na Suíça e na França podiam esperar viver três anos suplementares ou mais ?

Também existem importantes diferenças no estatuto da saúde entre grupos populacionais dentre os países. Isto pode ser parcialmente devido às barreiras de acesso aos serviços necessários que afetam desproporcionalmente as populações desfavorecidas.

É importante não negligenciar as oportunidades de promover uma melhor saúde através de estímulos políticos que estão fora do alcance dos formuladores de políticas sanitárias. Por exemplo, visto os impactos sanitários das feridas e doenças decorrentes de fatores ambientais e de riscos, melhorar a saúde também significa identificar fatores tais como violência, prevenção de acidentes e segurança do trabalhador, controle do tráfego rodoviário e consumo de drogas, álcool e fumo.

Além do mais, os sistemas hoje centrados na cura de doenças podem perder oportunidades de, amanhã, prevenir doenças e deficiências. Na verdade, apenas 5 centavos de cada dólar gasto em saúde são empregados em iniciativas concebidas para preservar a saúde da população. Mesmo assim, a saúde da população melhorou graças a medidas preventivas, como campanhas de conscientização do público, regulamentação e tributação (no caso do fumo, por exemplo). Destaca-se a importantíssima redução da taxa de tabagismo que ocorreu na maioria dos países da OCDE desde os anos 60, levando à redução da incidência de câncer do pulmão. Mas apareceram novas ameaças, sendo o recente crescimento dramático da obesidade um problema particular. A obesidade aumenta o risco de doenças crônicas indo desde o diabetes até a demência, de tal modo que o rápido crescimento da proporção de adultos obesos deixa prever problemas de saúde nos próximos anos. É altamente desejável reforçar as estratégias preventivas à luz da dificuldade no tratamento da obesidade.

Um dos mais importantes progressos nos cuidados de saúde, durante a década passada, foi a tomada de consciência dos problemas de qualidade por parte da população. Na verdade, nos países da OCDE, há cada vez mais provas de deficiências muito sérias na qualidade, que resultam em mortes desnecessárias, incapacidade, e saúde debilitada, o que vem aumentar os custos. Há três tipos de problemas. Em primeiro lugar, alguns serviços são prestados quando, de acordo com as normas das evidências médicas, não o deveriam. Estudos sobre a cirurgia eletiva, como os enxertos na artéria coronária, mostram que uma minoria significativa de procedimentos ocorre quando o paciente não é um candidato apropriado. Isto leva à exposição desnecessária a riscos de saúde, bem como ao desperdício de recursos. Um segundo tipo de problema de qualidade é o fato de nem sempre os pacientes terem acesso a alguns serviços básicos com os quais poderiam se beneficiar. Por exemplo, medicamentos para controlar a hipertensão nem sempre são prescritos quando necessários, implicando, mais tarde, resultados inferiores e custos mais altos. A aspirina não é muito prescrita para prevenir os ataques cardíacos dos pacientes, embora seja uma maneira barata e eficaz de diminuir o risco de se ter outro ataque cardíaco. Ainda há um terceiro tipo de problema de qualidade proveniente dos cuidados

realizados erradamente e tecnicamente pobres. Estes exemplos incluem os erros cirúrgicos e os erros na administração de medicamentos.

As diferenças entre os países nas consequências de doenças tais como icterícia, ataque cardíaco e câncer da mama, poderiam ser explicadas pela intensidade do tratamento, a qualidade técnica dos cuidados, a organização e coordenação dos cuidados, e as influências externas ao sistema de saúde. É necessário possuir mais dados sobre os fatores explicativos potenciais, tais como a prevenção e o rastreamento, para explorar essas possibilidades.

Muitos países da OCDE iniciaram o monitoramento de indicadores de qualidade dos cuidados sanitários, muitas vezes no intuito de realizar uma análise comparativa como parte de esforços mais vastos para acompanhar e implementar o desempenho dos sistemas de saúde. Na maioria dos países, foi primeiro enfatizada a questão da qualidade do cuidado hospitalar, mas as iniciativas para avaliar outros instrumentos de cuidados de saúde a longo prazo também estão em andamento. Tais esforços podem ser reforçados graças ao desenvolvimento de ferramentas, como as linhas diretrizes de prática clínica e os padrões de desempenho que promovem a prática da medicina fundamentada em evidências.

Sistemas melhorados para registrar e seguir os dados dos pacientes, a saúde e os cuidados de saúde, são essenciais para os grandes avanços a serem feitos na melhoria da qualidade. Históricos clínicos em formato papel, prescrições médicas e relatórios de teste não podem beneficiar de exatidão, acesso ou compartilhamento das informações. Onde foram implementados, os sistemas automatizados de informação relativa à saúde tiveram um impacto positivo na qualidade e nos custos dos cuidados sanitários. Por exemplo, os hospitais na Austrália e nos Estados Unidos, que adotaram sistemas automatizados para tratar as prescrições médicas hospitalares, conseguiram uma notável redução da taxa de erros médicos e, conseqüentemente, das seqüelas nos pacientes decorrentes, resultando em nítidas melhorias da qualidade e em internamentos hospitalares mais curtos.

Médicos e hospitais devem ser incentivados a enfrentar os custos dos investimentos em sistemas de dados automatizados e em outros passos necessários para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde. Às vezes, os incentivos econômicos e administrativos atualmente adotados desencorajam realmente os fornecedores a fazerem o melhor. Em alguns países, por exemplo, muitos testes desnecessários e inapropriados são prescritos por causa dos incentivos implementados por sistemas de responsabilização pelos erros médicos. A correção dessas iniciativas inadequadas – e sua substituição por umas que recompensem a prática da medicina fundamentada em evidências – é vital para estimular cuidados de alta qualidade.

Acessibilidade aos cuidados de saúde

Muitos países da OCDE expressaram suas preocupações com a possibilidade de haver uma defasagem entre a procura e a prestação de serviços pelos médicos e enfermeiras. Aliás, inúmeros países da OCDE já conheceram penúria. Apesar da crescente procura de serviços, prevê-se que o fornecimento caia, ou, no melhor dos casos, cresça devagar (na ausência de contramedidas), como consequência da tendência social a reduzir a carga

horária de trabalho e a se aposentar mais cedo, do envelhecimento da força de trabalho médica, e da redução do interesse pela profissão de enfermeira, comparada às outras profissões.

Alguns países já estão procurando aumentar o número e a produtividade da sua mão-de-obra de médicos e enfermeiras. As políticas de formação, retenção e contratação no estrangeiro foram utilizadas, com diferentes graus de sucesso, para aumentar o número de médicos. Revelou-se difícil aumentar a mão-de-obra de enfermeiras, mas ainda tem espaço para mais experimentação, através de métodos tais como o aumento dos salários das enfermeiras, a melhoria das condições de trabalho, do ensino e dos programas de formação profissional destinados às enfermeiras.

Embora o fato de assegurar uma cobertura compreensiva de serviços principais, e de minimizar as barreiras financeiras e outras ao acesso, se tenham revelado eficientes na promoção da utilização correta dos serviços de saúde, as desigualdades na utilização do serviço persistem em alguns países. Estas refletem fatores tais como o impacto dos tributos pelos serviços prestados ao usuário nos grupos de baixa renda, as diferenças na cobertura por seguros da população, etc. O resultado pode ser uma saúde mais debilitada, com isolamento econômico suplementar e exclusão social. Outros tipos de desigualdades, tais como as disparidades na prestação oportuna de serviços, podem ser gerados indiretamente por políticas visando a incentivar um alto grau de escolha por parte do consumidor.

As mudanças limitadas às políticas sanitárias podem ser insuficientes para acabar com as diferenças no estatuto da saúde para alguns grupos desfavorecidos, na medida em que tais disparidades revelam problemas como pobreza e exclusão social. No entanto, a experiência mostra que intervenções políticas podem atenuar as desigualdades de rendas no acesso aos cuidados, quando existirem, embora isto possa ser custoso. Na França, por exemplo, a introdução de coberturas públicas financiadas de participação nas despesas pelos pobres diminuiu consideravelmente a inclinação pró-ricos utilizada nos serviços especializados.

Os avanços médicos oferecem oportunidades de melhorar os cuidados ao paciente e os resultados sanitários, mas também podem elevar os custos integrados. A incerteza relativa aos custos e benefícios, muito frequente, cria um dilema para os tomadores de decisão. Os países diferem muito na maneira de tomar decisões de adoção e pagamento de nova tecnologia ligada à saúde, o que por sua vez afeta sua difusão. Algumas tecnologias emergentes, tais como a terapêutica genética, colocam desafios éticos que podem tornar ainda mais difíceis as tomadas de decisão. A aprovação condicional de tecnologias promissoras, os estudos pendentes suplementares, as práticas rigorosas de avaliação tecnológica, e a utilização de processos transparentes nas tomadas de decisão, podem ajudar a lidar com a incerteza.

Sistemas receptivos que satisfazem os pacientes e consumidores de cuidados de saúde

Os sistemas de saúde podem fazer mais para atender às expectativas e preferências dos pacientes e consumidores de cuidados de saúde. O trabalho da OCDE identificou

estratégias para reduzir o tempo de espera para a cirurgia eletiva e melhorar os cuidados de longo prazo, duas grandes fontes de descontentamento nos países da OCDE. O fato de oferecer escolha na cobertura médica pode resultar também num sistema de saúde mais receptivo.

O tempo de espera para a cirurgia eletiva é considerado como excessivo em pelo menos uma dúzia de países. Um tempo de espera moderado não parece ter efeitos negativos na saúde, mas afeta a qualidade de vida ; também, os que esperam desconfortavelmente são menos produtivos no trabalho.

Os países desejosos de reduzirem os prazos de espera precisam geralmente aumentar a capacidade ou a produtividade dos seus sistemas de saúde pública. Os custos aumentarão provavelmente, na medida em que os países com prazos de espera maiores tendem a gastar menos na saúde e a ter poucos leitos hospitalares para tratamentos intensivos. Também têm tendência a não utilizar o pagamento pela produção de serviços dos médicos e o pagamento com base em alta nos hospitais, o que encoraja a produtividade. E os prazos de espera têm tendência a ser maiores nos países com menos médicos per capita. No entanto, se a prestação de serviços cirúrgicos for julgada adequada, os prazos de espera também podem ser reduzidos garantindo aos pacientes que não vão ser acrescentados a listas de espera, a não ser (ou até) que suas necessidades excedam um limiar, enquanto serviços oportunos são assegurados aos que têm maiores necessidades.

Numerosos países estão experimentando políticas para conceder mais escolha de cuidados de longo prazo aos consumidores, e para ajudar os pacientes a beneficiarem de cuidados médicos a domicílio em vez de em instituição, quando for possível. Alguns países fornecem fundos para gastar nestes cuidados, em vez de pagamentos pelos serviços prestados, e na maioria dos casos tais fundos podem ser utilizados para os tratamentos das famílias. Isto aumentou a flexibilidade e o controle sobre os serviços recebidos, e diminuiu o sentimento de dependência. No entanto, as políticas de gastos direcionadas ao consumidor parecem ser mais caras que o método tradicional.

A disponibilização das opções de cobertura médica, financiadas pelo setor público ou privado, pode oferecer mais escolha ao consumidor. Além do mais, um sistema de saúde no qual numerosas seguradoras têm possibilidade de inovar livremente pode evoluir no mesmo sentido das preferências do consumidor. Mas, como nas outras prestações, essa escolha tem um custo. Comparados com sistemas de único pagador para os serviços médicos, ou com sistemas integrados de financiamento e fornecimento de cuidados, os sistemas com vários pagadores podem aumentar a pressão dos gastos e tornar mais difícil manter a igualdade no acesso e no financiamento.

Custos e financiamento sustentáveis

Os sistemas baseados nas contribuições da população ativa para seu financiamento sofrerão pressão particular à medida que as populações envelhecem e que o índice de população participando da vida ativa diminui. O emprego da taxação geral sobre a renda para financiar a expansão dos serviços de cuidados de saúde aumenta os encargos do contribuinte ou diminui os dos serviços e programas financiados pelo setor público. No

intuito de aliviar a futura pressão do financiamento público, os indivíduos podem ser levados a desempenhar um papel mais importante no financiamento dos seus próprios cuidados médicos.

Os requisitos de participação nas despesas para os usuários de serviços de saúde podem reduzir os encargos dos sistemas públicos de financiamento. Mas a maior poupança nos salários dos usuários é pouco provável, especialmente porque as populações vulneráveis devem ser isentas para evitar as restrições de acesso que, a longo prazo, poderiam ser custosas. Tais isenções geram custos administrativos. Além disso, os consumidores restringirão provavelmente os cuidados preventivos e tratamentos apropriados, a não ser que sejam incentivados para agir de outro modo. O seguro de saúde privado complementar pode ajudar a garantir o acesso aos cuidados quando os requisitos de participação nas despesas forem importantes. Mas pode elevar a demanda do consumidor ao mesmo tempo que os custos globais.

O seguro de saúde privado pode compensar alguns custos que, no caso contrário, proviriam do setor público. No entanto, subvenções são às vezes necessárias para estimular a compra de seguro, e outras intervenções podem ser necessárias para promover o uso de serviços financiados pelo setor privado por aqueles que possuem uma cobertura financiada pelo setor público, e que também têm um seguro privado. Mesmo nos países onde parte importante da população contratou um seguro privado, o seguro de saúde privado tem tendência a representar uma proporção relativamente baixa das despesas totais de saúde, pois é frequentemente concentrado em riscos menores, e não em casos e tratamentos mais caros.

Os prêmios de seguro saúde privados representam uma fonte de financiamento degressiva, se comparados ao imposto de renda ou às contribuições de seguro social. Quando os prêmios refletem fatores relativos ao estado de saúde, podem ser degressivos como os pagamentos diretamente do bolso, mas apesar de tudo fornecem aos indivíduos meios de centralizar os riscos de cuidados de saúde e de evitar despesas catastróficas. Os esforços do governo para promover o acesso ao seguro de saúde privado, através de restrições na seleção de riscos ou de auxílios específicos, podem melhorar a equidade dos mercados de seguro saúde privado, em termos de financiamento e de acesso aos cuidados, mas têm um custo.

Quando os mercados de seguro saúde privados desempenham um papel no financiamento da saúde, os formuladores de políticas deveriam implementar cuidadosamente regulamentos e/ou incentivos fiscais para garantir que os objetivos políticos serão atingidos. Na falta de tais intervenções, os mercados de seguro saúde privado não conseguirão promover o acesso à cobertura para pessoas sofrendo de doenças crônicas, e para outras pessoas de alto risco – bem como as de renda inferior. Intervenções adicionais, tais como a normalização de produtos ligados ao seguro, ou outras medidas tomadas para ajudar os consumidores a entenderem os custos e vantagens do seguro, podem aumentar o potencial dos mercados de seguro saúde privado em contribuir positivamente ao desempenho do sistema de saúde.

As pessoas precisam ser protegidas contra o risco de fazerem despesas importantes para os cuidados de longo prazo, bem como para os cuidados de saúde especializados e

da deficiência. Métodos diferentes podem funcionar, tais como o seguro público obrigatório (Luxemburgo, Países-Baixos e Japão), uma mistura de seguro privado obrigatório e de seguro público (Alemanha), auxílios saúde financiados por impostos (Áustria), e serviços indiretos financiados por impostos (Suécia e Noruega). O mercado do seguro saúde privado de longo prazo é fraco, mas poderia aumentar com o suporte político certo.

Os países moderaram o aumento dos custos graças à combinação de controles orçamentários e administrativos sobre os pagamentos, preços e prestação de serviços. Embora os sistemas sofisticados de pagamento sejam tecnicamente difíceis de empregar, há numerosos exemplos de sistemas bem sucedidos – tais como os sistemas de pagamento no momento da alta para os hospitais – que podem promover a produtividade sem prejudicar os resultados. Por outro lado, os sistemas que mantêm artificialmente baixos os salários e preços no setor de saúde vão provavelmente encontrar problemas, tais como a diminuição da qualidade, dificuldades de contratação e retenção dos especialistas de saúde, ou deficiências no fornecimento de serviços e de produtos médicos inovadores.

O valor do dinheiro nos sistemas de saúde

Ultimamente, aumentar a eficiência pode ser a única maneira de conciliar a demanda crescente de cuidados de saúde com as restrições de financiamento público. Os dados inter-países sugerem que há espaço para melhorar a rentabilidade dos sistemas de saúde pública. Isto porque o setor de saúde é tipicamente caracterizado pelo mau funcionamento do mercado e pelo peso da intervenção pública, ambos podendo gerar excesso ou despesas inadequadas. O resultado consiste em recursos desperdiçados e oportunidades perdidas de melhoria da saúde. Em outras palavras, mudar o modo de financiamento da saúde, em vez de se limitar a reduzir os custos, é vital para se alcançar um melhor valor.

Nos países da OCDE, os métodos de pagamento para os hospitais, médicos, e outros fornecedores se afastaram do reembolso de custos, o que estimula a ineficiência, através de pagamentos baseados na atividade para retribuir a produtividade. Mas estes sistemas também geram riscos, tais como de promover um volume de serviços elevado demais em algumas áreas, e de se ter um baixo benefício marginal. Podem subestimar os serviços e tratamentos preventivos que reduzem a necessidade de intervenções custosas mais tarde. Seria bem melhor adotar métodos de pagamento que forneçam incentivos para prestar os serviços certos no momento certo, e que recompensem os fornecedores ou as organizações contribuindo para a realização de objetivos de desempenho, tais como melhores resultados sanitários. Alguns pagadores públicos e privados estão começando a adotar medidas para melhorar os incentivos ao pagamento, oferecendo pagamentos de benefícios aos fornecedores de cuidados de saúde que atendem a certas normas de qualidade por exemplo.

Nos sistemas em que o financiamento e o fornecimento de cuidados é de responsabilidade pública, os esforços para distinguir o papel dos pagadores e dos fornecedores de cuidados de saúde, tais como autorizar os mercados a funcionarem e a gerarem rendimentos da concorrência, em geral, mostraram-se eficientes. Em qualquer

tipo de sistema, as equipes responsáveis pelos cuidados de saúde ou os administrando também podem reduzir desperdícios e aumentar a produtividade. Por exemplo, algumas enfermeiras qualificadas poderiam empreender certas tarefas, se estas forem seguras e apropriadas, que também são realizadas por médicos.

As enfermeiras ou os clínicos gerais podem servir de orientadores, avaliando as necessidades de tratamento e encaminhando os pacientes ao profissional de saúde mais apropriado. Com a Internet, os pacientes podem ser informados dos custos, riscos e resultados esperados dos tratamentos. No entanto, a melhor informação poderia moderar ou aumentar a demanda. Para agregar valor, os requisitos de participação nas despesas do paciente deveriam ser empregados de modo mais discriminatório, deixando os pacientes se beneficiarem financeiramente da escolha de tratamento barato.

Teoricamente, os sistemas apresentando seguradoras concorrentes (sejam estas privadas ou sociais) deveriam promover um sistema de saúde mais eficiente. Na prática, revelou-se difícil estabelecer entre as seguradoras uma concorrência baseada em valor, na medida em que a tendência dos concorrentes é atrair populações mais saudáveis, que são menos custosas de assegurar. Medidas políticas, como a recusa da discriminação na contratação e a implementação de um sistema baseado na experiência para compensar os riscos entre as seguradoras, podem contrariar isto, mas estas mesmas medidas reduzem os incentivos para as seguradoras gerenciarem os custos.

Instrumentos contundentes de contenção de custos podem focalizar os efeitos dos custos a curto prazo, sem conseguir levar em consideração as possibilidades de aumentar o valor a longo prazo através do investimento em novas tecnologias relacionadas com a saúde. O gerenciamento de tecnologia orientada pelo valor pode significar a utilização de programas de avaliação tecnológica e o emprego de mecanismos tais como "acordos sobre o valor e o custo" entre compradores e fabricantes, que levem em conta os efeitos da nova tecnologia nos resultados e custos do paciente.

A caminho da melhoria de desempenho do sistema de saúde

Os formuladores de política relacionada com a saúde nos países da OCDE conhecem agora bastante sobre as ferramentas e os métodos que podem ser utilizados para atingir os principais objetivos políticos, como controlar a taxa de gastos públicos, assegurar um acesso equitativo aos cuidados, melhorar a saúde e prevenir as doenças, e estabelecer um financiamento equitativo e sustentável para os serviços de saúde e os cuidados de longo prazo. Estas ferramentas e métodos foram utilizados, com diferentes graus de sucesso, nos esforços de reforma desenvolvidos nas últimas décadas, fornecendo experiências enriquecedoras, tanto no sucesso como no fracasso. Ao avançar, é importante aprender dos esforços passados para melhorar e antecipar os numerosos obstáculos significativos a mudanças bem sucedidas.

A formulação de políticas inclui um cuidadoso equilíbrio entre as trocas, refletindo a importância atribuída a uma série de objetivos importantes, bem como um certo número de incertezas. O último objetivo, obviamente, é a boa saúde da população, mas a promoção da saúde não é a única consideração. As decisões políticas relativas à saúde podem ter consequências econômicas consideráveis, na medida em que o setor de saúde é

um componente importante e poderoso das economias dos países da OCDE, que possibilita numerosos empregos e uma indústria lucrativa. Embora sejam feitas escolhas rígidas, mudar sistemas no sentido de melhorar o desempenho nunca é tarefa fácil, visto que o sucesso das mudanças realizadas pode ser afetado pela pressão das várias partes interessadas em adotarem as reformas propostas. Visto a rápida progressão da medicina e evolução dos objetivos de cuidados de saúde, a reforma dos sistemas de saúde é necessariamente um processo progressivo e iterativo ; existem poucas soluções únicas ou rápidas.

O trabalho recente da OCDE preencheu numerosas lacunas de conhecimento. Mas muitas questões políticas importantes permanecem sem resposta. Entre as mais urgentes, encontram-se : Como podem ser promovidos avanços contínuos na tecnologia médica, e assegurado o acesso oportuno, e conseguir ao mesmo tempo administrar os recursos públicos de modo responsável ? Como pode a inovação ser orientada em direções que melhor se adaptem às necessidades e prioridades sanitárias ? Qual é a melhor maneira de garantir futuras prestações adequadas por parte dos profissionais de saúde ? Como podem os motivos econômicos dos profissionais de saúde ser bem alinhados com os objetivos de prestação de cuidados de saúde rentáveis ? Como podem as forças competitivas de mercado ser melhor empregadas para aumentar a eficiência dos sistemas de saúde ? Quais são os critérios de responsabilidade profissional médica que melhor evitem a negligência, compensem vítimas e estimulem a utilização apropriada de serviços ?

O valor do dinheiro é uma meta móvel. Aumentar o valor requer uma experiência e avaliação conscienciosa do desempenho através de indicadores específicos. A análise comparativa no seio de, e entre os países, bem como o compartilhamento de informações, podem ajudar. A observação mútua é primordial para revelar práticas eficientes e as circunstâncias nas quais funcionam. Ao trazer experiência, evidências e novas idéias, o trabalho adicional a nível internacional ajudará os formuladores de políticas a atenderem aos desafios que estão enfrentando.

© OECD 2004

Este sumário não é uma tradução oficial da OCDE.

A reprodução deste sumário é permitida desde que sejam mencionados o copyright da OCDE e o título original.

Os sumários multilingues são traduções dos excertos da publicação original da OCDE publicada originalmente em Inglês e Francês.

Encontram-se livremente disponíveis na livraria on-line da OCDE
www.oecd.org/bookshop/

Para mais informações, entre em contato com a OECD Rights and Translation unit,
Public Affairs and Communications Directorate.

rights@oecd.org

Fax: +33 (0)1 45 24 13 91

OECD Rights and Translation unit (PAC)
2 rue André-Pascal
75116 Paris
França

Visite nosso sítio www.oecd.org/rights/

