



A NEWSLETTER DA APES E DE TODOS OS ASSOCIADOS

Há exatamente um ano relançávamos a Newsletter da APES com um novo formato, mais dinâmico e ancorado nas redes sociais. Ainda não sabíamos a dimensão da disrupção que o vírus traria e que levaria a Economia da Saúde, bem como muitas outras áreas de conhecimento, a discutir e investigar por muito tempo predominantemente um só tema: COVID-19.

Mas assim foi, e também na APES nos adaptámos. Lançámos uma série de artigos de reflexões sobre a pandemia que contou com a contribuição de mais de 22 associados e apresentou a extensão de temas alvo de estudo da economia da saúde – desde o acesso às vacinas, ao aumento das desigualdades em saúde, passando pelos desafios dos modelos de previsão das curvas, o orçamento e a resposta do SNS ou os cuidados aos doentes afetados indiretamente pela pandemia de Covid-19. Estas reflexões alcançaram milhares de leitores e foram partilhadas centenas de vezes durante os 6 meses em que divulgámos conteúdos tri/bisemanalmente.

A pandemia revelou-se mais duradoura do que primeiramente se podia adivinhar, e com esta constatação a necessidade de continuar a discutir outros temas de interesse. Nos últimos meses de 2020 voltámos aos nossos conteúdos “convencionais”, e divulgámos essencialmente rubricas da autoria de Associados em início de carreira. Entre *job market papers* e teses de doutoramento apresentamos uma parte considerável da fronteira em economia da saúde feita em/sobre Portugal, ou por Portugueses.

Para 2021 pretendemos continuar o trabalho de divulgação de novos conteúdos sobre: as publicações dos nossos Associados, os seu projectos e bolsas, as suas carreiras, sugestões e dicas – todos os temas associados à economia da Saúde são bem-vindos! Como? Escrevendo para newsletter@apes.pt e propor o tópico, nós ajudaremos com o restante. Para alguma inspiração pode visitar as rubricas partilhadas em 2020 [aqui](#), e os artigos COVID-19 [aqui](#).

As editoras da Newsletter,

Francisca Vargas Lopes e Joana Pestana

Em 2020 divulgámos mais de 50 artigos, contámos com mais de 33.000 de visitas ao nosso website e alcançámos centenas de pessoas com cada partilha das redes sociais.

Em 2021 não queremos ficar atrás, podemos contar consigo?

STILL ONLINE?! SEMINÁRIOS VIRTUAIS EM ECONOMIA DA SAÚDE EM 2021



(Fotografia de Chris Montgomery no Unsplash)

O ano arranca com a vida profissional e académica ainda longe de voltar à presença analógica. Para se manter a par dos trabalhos que estão a ser desenvolvidos na sua área de interesse, para discutir os resultados mais recentes com autores com interesses semelhantes aos seus ou para voltar a ter a sensação de fazer uma pausa para assistir a um seminário com os colegas... deixamos-lhe aqui algumas sugestões para este ano. Trata-se de uma lista não exaustiva de **seminários abertos ao público** que foram sendo organizados virtualmente desde o início da pandemia nas áreas da economia, finanças e gestão 🖥️👉

[EuHEA](#) – série semanal de seminários online organizados pela associação Europeia de economia da saúde;

[EHEC](#) – série quinzenal de seminários online em economia da saúde organizados por vários investigadores de diversas universidades americanas;

[CINCH](#) – série semanal de seminários online organizados pelo *Health Economics Research Center* da Universidade de Duisburg-Essen;

[V-MESS](#) – Série de seminários mensais focados na economia da saúde mental e organizados pela Ana Moura (Tilburg) e Christoph Kronenberg (CINCH, Duisburg-Essen);

[CHE Seminars](#) – seminários mensais atualmente em formato digital do Centro de Economia da Saúde da Universidade de York;

[VERB](#) – *Virtual Seminar on the Economics of Risky Health Behaviors* é um seminário virtual semanal sobre a economia dos comportamentos de risco em saúde (como abuso de álcool, drogas, obesidade, etc.) organizado pela *Policy Analysis and Management da Universidade Cornell*;

[eCornell Keynotes](#) – outra série de seminários da Universidade de Cornell devotados a temas desde a Covid-19, à vida saudável ou diversidade, equidade e justiça racial;

[Healthcare Research](#) – uma série de seminários virtuais do centro de gestão de serviços de saúde do Instituto IIM Ahmedabad;

[OxfordTalks](#) – seminários em economia da saúde organizados pelo departamento de economia da Universidade de Oxford;


[HEAL](#) – seminários sobre métodos quantitativos aplicados à economia da saúde da Universidade de Lancaster;

[Bendheim Center for Finance](#) – série de eventos públicos para os estudantes de mestrado em finanças da Universidade de Princeton.

[COVID-19 Response](#) – serie de seminários interessantes sobre a Covid-19 e a resposta dos sistemas de saúde organizados pelo European observatory;


[Cochrane learning events](#) – eventos de aprendizagem on-line, *workshops*, *webinars* e cursos;

[IHEA](#) – divulgação esporádica de *webinars*, incluindo gravações de *webinars* anteriores.

Se perdeu ou pretende rever alguns seminários do ano passado, além das gravações disponíveis nos sites dos seminários já apresentados, consulte também 

[AES / APES VECR](#) – série virtual de seminários para investigadores no início de carreira organizados em parceria pela APES e a AES (congénere Espanhola);

[HELP!](#) –HEaLth and Pandemics Econ Working Group um grupo de trabalho que visa conectar pessoas que trabalham em saúde e sobre pandemias em diferentes instituições e campos de investigação.

Outros seminários na área de economia estão listados no site da [Associação americana de economia](#) ou o calendário de seminários virtuais da [IDEAS/REPEC](#). Se conhecer algum seminário aberto ao público nesta área, envie um email para newsletter@apes.pt  e acrescentá-lo-emos a esta lista.

Joana Pestana

Doutoranda na Nova School of Business and Economics

Custos e benefícios do Twitter para um economista da saúde



Muitos de nós estão habituados a usar as redes sociais na nossa vida pessoal, mas não tanto na nossa vida profissional como economistas da saúde. Este artigo conta a minha experiência com o Twitter, e como verdadeira economista da saúde, examina os seus custos e benefícios. Esta análise de custo-efetividade é pessoal, mas espero que te motive para investigares se o rácio de custo-benefício passa o teu limiar!

O Twitter é uma plataforma que permite aos subscritores partilharem informação na forma de um tweet. Um tweet pode ter até 280 caracteres incluindo espaços, fotos, vídeos, GIFs e links.

Vamos começar pelos benefícios. O que me fez subscrever o Twitter foi manter-me a par sobre os novos artigos científicos na área da economia da saúde. A literatura tem aumentado a um passo fenomenal. Com o Twitter, e seguindo vários colegas e revistas científicas, tenho sabido de avanços nos métodos e nas suas aplicações. Por exemplo, soube deste artigo sobre como construir modelos coorte em R.



Um benefício que não antecipei foi desenvolver os meus conhecimentos sobre outras áreas científicas relacionadas com economia da saúde, como epidemiologia, economia e estatística. Por exemplo, graças ao Twitter, aprendi sobre inferência causal, o que complementa imenso os meus conhecimentos de econometria.

Mas o Twitter oferece muito mais informação para a mente curiosa. Por exemplo, e só nesta semana, li sobre como fazer um sumário visual, que o Google lançou um site que lista 25 milhões de bases de dados disponíveis na internet, e que o Tribunal Europeu confirmou

que a EMA pode publicar os documentos em que a autorização de mercado se baseia, tal como o relatório sobre o ensaio clínico.

O outro benefício do Twitter é poderes amplificar o teu perfil profissional. Há várias maneiras de o fazer. Se quiseres promover o teu artigo, podes simplesmente anunciar a sua publicação ao mundo. O nível acima é postares uma série de tweets que sumarizam o artigo – um “tweetorial”. Em baixo, está o meu primeiro tweetorial.

Rita Faria @RitalNdeFaria · 15 de jan de 2020

Respondendo a @RitalNdeFaria

What about the value of future research?

EVPI=£2.4 million, concentrated in the RR. Since we'd need to do a new larger trial to have a more precise RR, which would still have some uncertainty, future research on AM-PICC vs S-PICC is unlikely to be cost-effective.

10/

Rita Faria @RitalNdeFaria

In sum:

We now know that strategies to prevent blood stream infection may be cost-effective – and we have a new model ready to test them!

Big thanks to all involved in the PREVAIL project 😊!

/END

What is already known on this topic?

- ▶ Late-onset infection (LOI) in preterm infants is associated with a higher risk of mortality and long-term neurodevelopmental impairment.
- ▶ Antibiotic treatment is onerous, expensive and risky.
- ▶ Studies in children and adults suggest that antibiotic-impregnated peripherally inserted central catheters (PICCs) are effective and cost-effective in reducing bloodstream infections.

What this study adds?

- ▶ The study presents a new decision analytic model which can be used to evaluate alternative strategies to prevent LOI

10:29 - 15 de jan de 2020

Veja outros Tweets de Rita Faria

Podes também interagir com a comunidade de economistas da saúde. Por exemplo, podes responder a um tweet postado por um colega, começando um diálogo com alguém que de outra maneira não terias a oportunidade de conhecer. E, quem sabe, estes diálogos podem evoluir em colaborações futuras.

Finalmente, o Twitter é ótimo para pedir opiniões e sugestões a colegas em economia da saúde e de outras áreas. Por exemplo, eu comecei há uns meses um projeto no Nepal e estava à procura de informação sobre como fazer a medição de produtividade em países em desenvolvimento. A minha pergunta foi vista 4,500 vezes e 5 pessoas responderam-me com sugestões muito úteis.



E então os custos?

O tempo que demora a subscrever é mínimo. É só preciso um nome de utilizador (ou Twitter “handle”). O meu é essencialmente o meu nome: @RitaINdeFaria. Outros colegas são mais imaginativos. Por exemplo, o Andrew Briggs é @HEvigilante. Também convém incluir uma boa foto.

O passo seguinte é encontrar pessoas para seguir. Eu comecei por procurar colegas bem estabelecidos em economia da saúde (p.e.: Andrew Briggs, Mark Sculpher, etc.) e seguir as pessoas que eles estavam a seguir. Entretanto, criei uma lista de economistas da saúde no Twitter que estou sempre a atualizar à medida que mais pessoas subscrevem. A lista está disponível em:

HEOR

Uma lista do Twitter por @RitalNdeFaria

Health economics, cost-effectiveness, pharmacoeconomics and health outcomes research on twitter

Unni Gopinathan Retweetou



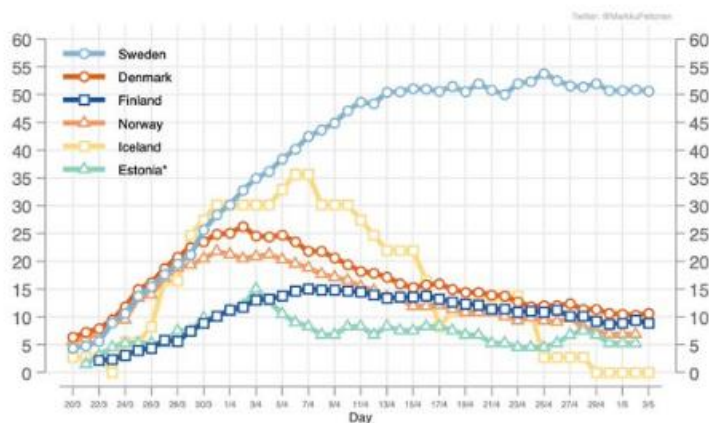
Markku Peltonen
@MarkkuPeltonen

Use of care and mortality due to corona in Finland, Sweden, Norway, Denmark, Iceland and Estonia; data from yesterday 3.5.

Read the whole thread. (English)

Fig 1. Number of persons in intensive care per day. Measures the burden on intensive care capacity. 1/x

1(8). Coronavirus: Patients in intensive care per day
Number of patients per million. 20200503.



Sources: [swedishcoronavirusreport.com/eng/](#); [coronavirusreport.com/eng/](#); [finlandcoronavirusreport.com/eng/](#); [norwaycoronavirusreport.com/eng/](#); [icelandcoronavirusreport.com/eng/](#); [estoniacoronavirusreport.com/eng/](#)
For Estonia, intensive care means persons in breathing machines (respirators), different definition than for the others.

Unni Gopinathan
@Unni_Gopinathan

Incorporar

Ver no Twitter

E claro, não te esqueças de me seguir de modo a eu te adicionar!

O custo maior é o tempo em que passas no Twitter no dia-a-dia. Se não passares tempo nenhum, não obténs os benefícios de estar inscrito. Se passares muito tempo, não fazes outras coisas mais importantes.

Lá está, é uma questão de estabelecer o equilíbrio entre o tempo que podes dar ao Twitter e os benefícios que obténs. Para mim, a diferença entre os benefícios e os custos é certamente positiva!

Rita Faria

Research Fellow – Centre for Health Economics – University of York

Novas Promessas em Economia da Saúde

Inauguramos aqui uma nova coleção de rubricas na qual os recentes doutorandos em Economia da Saúde apresentam os resultados de alguns dos seus trabalhos que apresentaram no *jobmarket* ou um pequeno apanhado do que as suas teses de doutoramento revelaram.



Economia da saúde, em tese #1 – Luís Filipe

Mais uma voltinha no sistema de saúde

Há falta de melhor nome a minha tese de doutoramento poderia chamar-se tópicos em Economia da Saúde. Mas na verdade, esta apresenta uma boa descrição do que é a vida de um utilizador de um sistema de cuidados de saúde, pelo que o título escolhido é mais apropriado. Nos três capítulos que a completam, falo de 3 partes do sistema: urgências hospitalares, internamentos hospitalares e cuidados continuados oferecidos informalmente.

No [primeiro capítulo](#), a pergunta de investigação visa compreender como é que o serviço de urgência de um hospital Português da cidade de Lisboa reage quando o número de utentes em espera aumenta. Neste manuscrito, que escrevi em parceria com o meu amigo Bruno Martins, mostramos que à medida que o número de utentes na sala de espera aumenta, os médicos de serviço diminuem o tempo que dedicam a cada utente. A título de exemplo, 5 pessoas a mais na sala de espera contribuem em 30 minutos, em média, para a diminuição do tempo de tratamento. Neste artigo, verificamos também que as “filas de espera” reduzem a probabilidade de que o médico envie o utente para que faça exames ou tratamentos complementares. Mas não se preocupem, os nossos médicos são bons e estão a fazer o melhor que podem para tratar a todos com os recursos de que dispõem. Na verdade, os efeitos referidos são apenas verificados para utentes com níveis de urgência baixos, o que significa que os médicos só reduzem o tratamento a pessoas cuja probabilidade de serem afetadas por esse

decréscimo é baixa. Por fim, concluímos que durante períodos de maior ocupação das camas hospitalares os nossos médicos também enviam menos pessoas para os serviços de internamento hospitalar.

No [segundo capítulo](#), eu coloco a mesma questão aos serviços de internamento. Como será que os médicos reagem quando começam a faltar camas e profissionais para tratar dos doentes? Ora, o meu estudo sugere que quando os utentes recebem alta num período de maior ocupação hospitalar a probabilidade que sejam readmitidos num período de 30 dias aumenta. Este resultado é verdade sobretudo para pessoas mais velhas e que tenham recebido alta depois de um período de internamento inferior ao expectável para a sua condição. Novamente, acredito que os nossos médicos fazem um importante esforço para garantir que oferecem tratamento a todos, mas quando a pressão aumenta alguns utentes mais vulneráveis são afetados pela escassez de recursos.

Por fim, no [terceiro capítulo](#), o meu trabalho leva-me a estudar parte dos cuidados que são oferecidos em casa e por pessoas que não são profissionais do sistema de saúde. Neste caso, estudei as possíveis consequências na saúde daqueles que prestam cuidados informais ao seu cônjuge ou parceiro. Quando o apoio dado pelo cuidador é apenas em cuidados pessoais (ajudar a sair da cama, a vestir-se, tomar banho, etc...) os efeitos médios na sua saúde física auto reportada podem ser positivos. No entanto, estes resultados são apenas verdade para cuidadores que possuem um nível elevado de saúde física, indicando que cuidar pode ser bom para melhorar ligeiramente a sensação de bem-estar físico de quem já se encontra bem. No que diz respeito aos cuidadores que apresentam piores índices de saúde física podem ser encontrados efeitos negativos na saúde mental auto reportada, indo ao encontro da literatura existente.

Estes três documentos completam uma volta interessante ao sistema de saúde, ficando apenas a faltar alguma referência aos cuidados de saúde primários, que deixo a cargo da Joana Pestana, que em breve fará um resumo da sua investigação.

[Luís Filipe](#)

Aluno finalista de doutoramento na Nova School of Business and Economics



No 'Job Market' #1 – Ana Moura

A Ana Moura está a terminar o doutoramento e apresenta-se no *job market* nesta temporada com um estudo muito pertinente sobre cuidados continuados em Portugal. Fique a conhecer os resultados do mais recente trabalho da Ana ([job market paper](#)).

Do subsidized nursing homes and home care teams reduce hospital bed-blocking? Evidence from Portugal

Excessive length of hospital stay is one of the leading sources of inefficiency in healthcare. One possible cause of excessive length of hospital stay is lack of alternative care arrangements following a hospitalization. When a patient is medically fit to be discharged but requires some form of support outside the hospital (a short stay at a nursing home facility or home help), which is not readily available, the patient cannot be safely discharged. The patient stays at the hospital for a longer period until a safe discharge is possible – a phenomenon called bed-blocking.

My [job market paper](#) investigates whether the entry of subsidized nursing homes (NH) and teams providing home care (HC) reduces hospital bed-blocking. I use data on the universe of inpatient admissions in Portugal between 2000–2015. My empirical approach compares the length of stay of individuals at increased risk of bed-blocking and the length of stay of regular patients, before and after the entry of the first NH and HC team in their region of residence. This design exploits two distinct sources of variation. First, it exploits variation across regions and time in the availability of NH and HC teams, originating from the staggered implementation of a policy reform. Second, it exploits variation between patients in their propensity to bed-block, due to the presence of social needs (e.g. lack of family support).

I find that the entry of HC teams in a region reduces the length of stay of individuals at increased risk of bed-blocking by 4 days relative to regular patients. Reductions in length of stay upon the entry of NH occur only for patients with high care needs. Importantly, these reductions in length of stay are not accompanied by reductions in treatment intensity or by increases in the probability of a readmission. Finally, the beds freed up by reducing bed-blocking do not remain empty: there is an increase in the number of programmed admissions following the entry of HC teams.

These results yield two important policy implications. First, NH and HC teams target different patients and should be used as complements. Second, HC teams are more effective than NH at reducing bed-blocking because the average bed-blocker is not sick enough to need a NH. Taken together, my findings provide insights for organizing care delivery to patients with a complex combination of health and social needs.

Ana Moura

PhD Candidate, Economics Tilburg University



No ‘Job Market’ #2 –Eduardo Costa

O Eduardo Costa está a terminar o doutoramento e apresenta-se no *job market* nesta temporada com um estudo muito atual e inovador sobre o impacto das greves na saúde em Portugal. Fique a conhecer os resultados do mais recente trabalho do Eduardo ([job market paper](#)).

“License to kill”? O impacto das greves hospitalares

Nos últimos anos, as greves hospitalares em Portugal tornaram-se mais frequentes. O aumento das greves, e a consequente redução temporária na força de trabalho do hospital, podem ter consequências quer no regular funcionamento do hospital, quer nos resultados clínicos dos pacientes.

Este [artigo](#) analisa o impacto de curto-prazo de diferentes tipos de greves (médicos, enfermeiros e técnicos de diagnóstico e terapêutica) nos resultados dos pacientes e atividade hospitalar. Esta análise utiliza informação recolhida sobre cerca de 130 greves ocorridas entre 2012 e 2018, bem como dados relativos a cerca de 12 milhões de admissões hospitalares, ocorridas no mesmo período. A junção destes dois conjuntos de dados permite determinar a exposição de cada paciente às greves hospitalares. De facto, os resultados sugerem que cerca de 9% dos pacientes tenham sido expostos a, pelo menos, uma greve durante o seu internamento. A minha estratégia empírica baseia-se na comparação entre os resultados dos pacientes expostos às greves hospitalares com aqueles que não foram expostos às greves. A comparação é feita tendo em consideração potenciais efeitos de seleção. Nomeadamente, variações nas características dos pacientes e admissões (case-mix), características dos hospitais e das regiões, bem como dinâmicas temporais a nível nacional e regional.

Os dados descrevem uma interrupção das atividades hospitalares durante as greves. De facto, verifica-se uma redução nas admissões, em particular das admissões cirúrgicas (que, em alguns casos, ultrapassa os 50%). Adicionalmente, verifica-se um aumento na proporção de admissões urgentes durante greves de médicos. Porém, para além da queda significativa da atividade cirúrgica, não se verificam alterações substanciais nas características e diagnósticos dos pacientes admitidos em dias de greves.

Adicionalmente, não encontro evidência de altas antecipadas nos dias que antecedem as greves. Contudo, os resultados sugerem um aumento na taxa de readmissão hospitalar para pacientes expostos a greves depois de admitidos. Finalmente, estima-se um aumento de 6% na taxa de mortalidade hospitalar para pacientes admitidos em dias de greve de médicos. Conforme evidenciado pela figura, este efeito ocorre apenas durante as greves, não se verificando qualquer efeito na semana anterior ou posterior à greve.

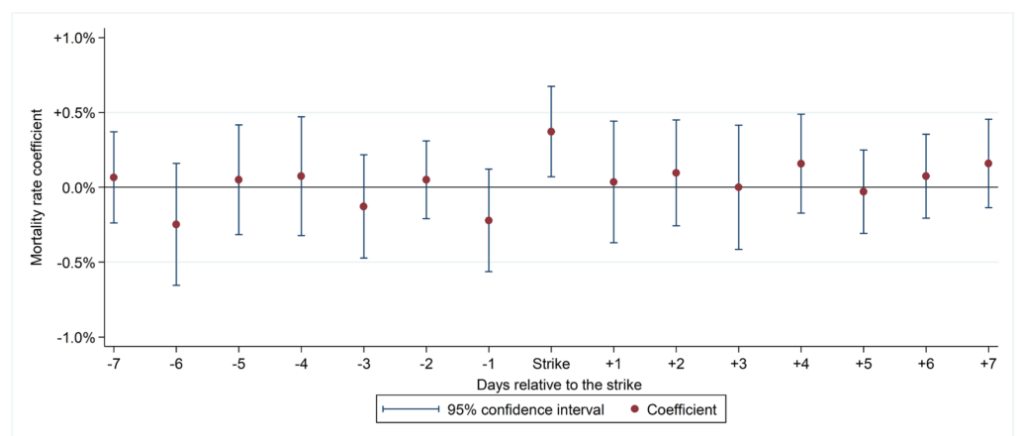


Figura 1: Impacto da greve de médicos na taxa de mortalidade hospitalar (pacientes expostos à greve no dia de admissão; intervalo de confiança de 95%)

Os resultados sugerem que as greves, no curto-prazo, resultam em alterações substanciais na atividade hospitalar e podem levar à deterioração de resultados para alguns pacientes. Assim, as estimativas demonstram a relevância do papel dos profissionais de saúde e a importância da existência de mecanismos que evitem reduções substanciais de qualidade durante os protestos.

[Eduardo Costa](#)

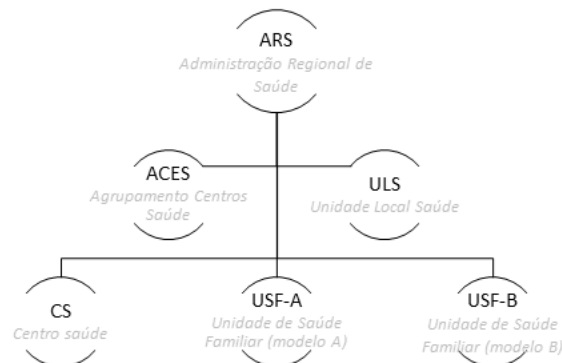
PhD Candidate in Economics, Nova School of Business and Economics

Economia da saúde em tese #2 – Rita Bastião



Avaliação de desempenho, estrutura organizacional e interdependência espacial nos cuidados de saúde primários

Recentemente defendida, a minha tese de doutoramento centra-se na avaliação de desempenho das diferentes estruturas organizacionais, que coexistem atualmente na rede de cuidados de saúde primários em Portugal. A tese está estruturada em quatro ensaios empíricos, alicerçados numa base de dados com todas as unidades de cuidados de saúde primários (CSP), para o período de 2009-2014. Os CSP desempenham um papel fulcral no Sistema Nacional de Saúde (SNS), com indelével reformas nos últimos anos, e assentam num sistema organizacional híbrido ao nível das estruturas de topo e das que prestam o primeiro nível de cuidados de saúde, de acordo com o esquema simplificado abaixo. Este estudo iniciou-se na senda de uma reforma estrutural, alinhada com as melhores práticas, mas paralelamente a padecer de uma avaliação quantitativa abrangente. Internacionalmente, tem sido enfatizado o reflexo inovador das Unidades de Saúde Familiares (USFs).



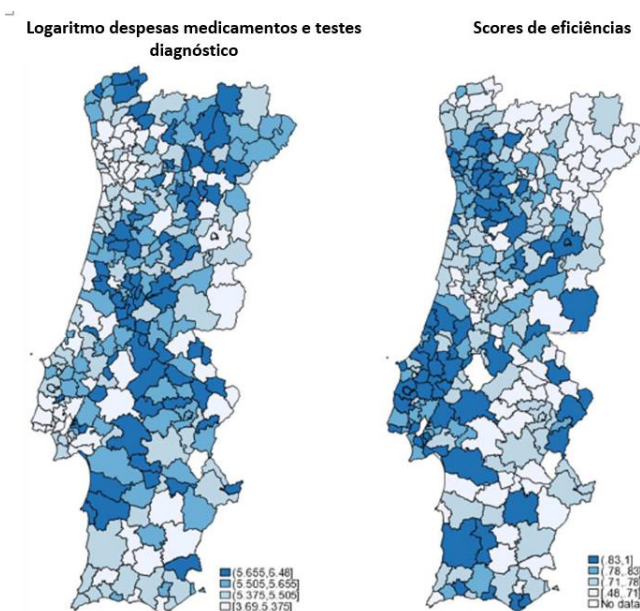
O [primeiro ensaio](#) centra-se na avaliação dos níveis de eficiência e eficácia dos CSP, dado que o impacto das reformas não é consensual, com o objetivo de contribuir para a avaliação das mesmas numa vertente científica e com enfoque transversal. Por um lado, foi explorado se as unidades que beneficiam de remuneração baseada no desempenho apresentam melhores resultados. Por outro, foi analisado se a ineficiência persiste imutável entre estruturas organizacionais. Com base em metodologias de análise de eficiência não paramétricas, os resultados obtidos evidenciam uma acentuada heterogeneidade organizacional e geográfica, com uma eficiência média entre 0.3-0.97, que tem permanecido estável. A evidência empírica corrobora que as USFs são mais eficientes que os centros de saúde, e que as de modelo B exibem níveis de desempenho superiores.

Em contraposição, as estruturas que pertencem a Unidades Locais de Saúde apresentam níveis de eficiência (eficácia) mais baixos (elevados), sinalizando um plausível compromisso na integração de cuidados, dadas as taxas de referência comparativamente inferiores. Este estudo proporciona uma melhor compreensão dos catalisadores de um sistema de CSP mais robusto, reafirmando que deve ser fomentada a implementação de USFs, com o objetivo de aumentar a eficiência e eficácia do SNS, com poupanças potenciais de cerca de 50%.

No segundo ensaio pretende-se perceber os determinantes de sucesso das transições entre USFs, que podem progredir de modelo A para B, passando a beneficiar de incentivos financeiros preconizados, e mediante o cumprimento de determinados requisitos e *numerus clausus* pré-estabelecidos. Este estudo assenta nos pilares de remuneração em função do desempenho e empreendedorismo na saúde, e ganha ímpeto face à dicotomia observada entre o número de candidaturas voluntárias e aprovações obtidas. A partir de análises de sobrevivência, a evidência empírica sugere que as USFs-A demoram cerca de três anos a transitar para modelo B, sendo que esta transição é positivamente influenciada pelo nível de eficiência alcançado (calculado uniformemente para todas as USFs), pela pertença à Administração Regional de Saúde Norte, por serem de maior dimensão e com um nível de maturidade superior, e negativamente pela inclusão num sistema de integração vertical ou localização em regiões mais envelhecidas. A compreensão dos determinantes das transições é vital para se estabelecer o número apropriado de unidades a transitar, com critérios transparentes, economicamente sustentáveis e justos para profissionais e utentes e que, simultaneamente fomente um ambiente fértil de empreendedorismo como baluarte de eficiência acrescida.

No terceiro ensaio analisa-se o impacto na eficiência quando as USFs transitam de modelo A para B, com vista a perceber uma possível combinação de efeitos de transição e seleção. Organismos internacionais e o próprio Memorando de Entendimento da Troika enfatizam o fortalecimento das USFs, uma vez que aumentaram a acessibilidade, a eficiência económica e a qualidade efetiva, mas a crise económica desacelerou as transições entre modelos. A interligação de fundamentos da teoria económica que sugerem que profissionais de saúde devidamente incentivados atingem níveis superiores de desempenho, com o facto da evidência empírica anterior não ser unânime, quanto à magnitude e impacto deste regime remuneratório, motiva a análise das recompensas na esfera coletiva das USFs. Com o apoio de modelo de efeitos fixos e *propensity score matching*, os resultados obtidos apontam para ganhos de eficiência

técnica na ordem dos 4 pontos percentuais combinando o impacto da transição e de efeitos de seleção, sendo este contributo economicamente relevante. Assim, a promoção das USFs para modelo B poderá reforçar o desempenho dos CSP e do SNS.



O último ensaio foca-se na interdependência espacial dos CSP, no sentido de compreender se os resultados observados numa unidade de saúde dependem das unidades vizinhas, numa abordagem que acolhe os mais recentes modelos de econometria espacial parcamente disseminados. O enfoque nesta estratégia assenta num conjunto de argumentos. Por um lado, as estruturas centrais podem ser uma fonte potencial de heterogeneidade na adoção das melhores práticas clínicas e, na própria capacidade de implementar reformas. Por outro lado, a competição informal entre unidades de saúde é fomentada pelo *benchmarking* público e pelas restrições quanto ao número de unidades que podem transitar, entre estruturas organizacionais. Complementarmente, as atitudes dos utentes e médicos em relação aos padrões de prescrição podem não ser independentes em regiões de maior proximidade. Este estudo torna-se relevante ao introduzir a abordagem espacial nos CSP unindo variáveis de eficiência e custos e incorporando coordenadas das unidades. A distribuição geográfica das variáveis dependentes encontra-se refletida nos mapas abaixo. Os resultados obtidos relevam a presença de efeitos espaciais, consubstanciados por choques aleatórios, que explicam a influência mútua entre unidades vizinhas. Assim, os efeitos espaciais, que se amplificam entre unidades próximas, devem ser considerados no desenho das políticas de CSP de forma a atingir eficazmente os objetivos delineados.

Para concluir, é incontornável a incoerência que se assiste entre a perceção internacional e a evidência empírica alcançada, comparativamente com a inércia política nacional de se anuir à gestão da conjuntura e tibieza num posicionamento assertivo. A reflexão que importa reter é a de (re)avaliar e (re)começar a definição de uma estratégia integrada, transparente e economicamente sustentável.

[Rita Bastião](#)

Faculdade de Economia da Universidade do Porto



Economia da saúde, em tese #3 – Sara Almeida

Acesso a cuidados de saúde em contextos de pobreza e conflito

Em países de baixo e médio rendimento os desafios que se atravessam no caminho da universalização do acesso a cuidados de saúde impõem riscos à integridade física e privam a população do direito a um nível de vida suficiente para assegurar a saúde e o bem-estar de cada um e das suas famílias.

Nos três artigos científicos que constituem a minha tese de doutoramento exploro dois sistemas de saúde muito distintos em dois contextos extremamente complexos. Em primeiro lugar, o sistema de saúde da Indonésia, único pela sua diversidade e contexto geográfico e, em segundo, viajamos até ao Líbano onde analisamos o acesso a saúde em campos de refugiados da Palestina – uma comunidade sob constantes tensões políticas e pouco integrada na sociedade onde vive há mais 70 anos.

Medicina tradicional – pode o passado ter um futuro?

Em 2014, o governo da Indonésia implementou um Plano Nacional para alcançar o acesso a cuidados de saúde universal no País. ^[1] No entanto, com pouco controlo e regulamentação, a probabilidade de existirem grandes ineficiências e má gestão de recursos é muito alta, levando a poucas – se não nenhuma – melhorias no nível do estado de saúde dos cidadãos. Neste artigo exploramos um assunto que é muitas vezes marginal ao debate científico, mas com grande relevância para muitos países e culturas – a interação entre sistemas de saúde convencionais e tratamentos tradicionais. Para perceber esta dinâmica, avaliamos o impacto do aumento na prestação de serviços de saúde na procura por praticantes de medicina tradicional. É

utilizada uma base de dados longitudinal com dados em painel recolhidos em 3 anos diferentes (2007, 2010 e 2014) no âmbito de um dos maiores Inquérito às Famílias realizado no País (IFLS).^[2] Na análise, utilizamos modelos de decisão do paciente, por tipo de tratamento e número de visitas. Medimos em particular o impacto da abertura de um estabelecimento de saúde (clínica, centro de saúde ou hospital) (“experiência natural”) na procura por práticas tradicionais, bem como os indicadores de saúde e bem-estar associados com o uso de ambas as vertentes de tratamento.

Os resultados indicam que a procura por tratamentos tradicionais sofre com a disseminação do sistema nacional de saúde, com evidência tanto de efeitos de substituição como de complementaridade entre ambos os sistemas. Nomeadamente, um aumento de 1% no custo para o paciente em clínicas privadas está associado a um aumento na probabilidade de visitar um praticante de medicina tradicional em 56.1 pontos percentuais (p.p.) enquanto que o mesmo aumento nos custos dos serviços públicos está associado a um aumento da probabilidade na procura por tratamentos tradicionais em 5 p.p..

Este estudo mostra que a população Indonésia recorre a ambos os serviços simultaneamente e que variações nos custos de tratamento na medicina convencional levam à procura por alternativas. Ignorar a sua presença no mercado pode assim levar a políticas desajustadas da realidade. Por falta de regularização, esta prática pode por um lado, prejudicar o estado de saúde da população e, por outro, o bom funcionamento do sistema nacional de saúde. Em alternativa, fomentar a cooperação entre ambos os sistemas poderá melhorar os cuidados de saúde e aumentar a proximidade entre os cuidados médicos e a população que reside nas zonas rurais e mais desconectadas dos centros urbanos.

Co-pagamentos e equidade no acesso a cuidados de saúde

O segundo sistema de saúde que nos propomos estudar actua no Líbano, em particular nos campos de refugiados da Palestina. Neste contexto, os serviços de educação saúde e protecção social são assegurados pela Agência das Nações Unidas de Assistência aos Refugiados da Palestina no Próximo Oriente (UNRWA).^[3] Em 2016, a UNRWA, que foi criada com o propósito de atender às dificuldades desta população, sofreu enormes cortes no apoio financeiro internacional vindo dos Estados Unidos, o que levou a reestruturações e a medidas de contenção de custos que tiveram consequências no nível de vida dos seus beneficiários. No seguimento destes cortes de financiamento, a Agência viu-se forçada a deixar de fornecer alguns

cuidados de saúde de forma gratuita nos hospitais públicos e privados que contrata.^{[4], [5], [6]}

O nosso projeto mede o impacto da introdução de uma componente de co-pagamento de 10% nos custos de hospitalização para tratamentos secundários, com efeito para refugiados palestinos do Líbano (PRL) registados na UNRWA. Este co-pagamento foi introduzido em todos os hospitais públicos e privados contratados pela UNRWA, sendo que os Hospitais do Crescente Vermelho (equivalente à Cruz Vermelha) continuaram a fornecer este tratamento de forma gratuita. Esta análise ex-post fornece assim uma visão sobre a direção e magnitude do impacto desta nova política em termos de procura por cuidados de saúde por tipo de hospital, tempo médio de internamento e custos de tratamento. Os dados utilizados foram recolhidos pela UNRWA e correspondem ao total da população abrangida por esta política que utilizou os serviços hospitalares antes e depois da sua implementação em 2016 e 2017. Para analisar os efeitos da introdução do co-pagamento usamos modelos logit multinomial, binomial negativo e modelos lineares, controlando para características da doença, do paciente e do hospital.

A figura 1 mostra a evolução do número de visitas ao longo do ano de 2016 e podemos observar que a partir de junho a procura por Hospitais do Crescente Vermelho (CV) tem uma tendência crescente, ao contrário da tendência nos restantes.

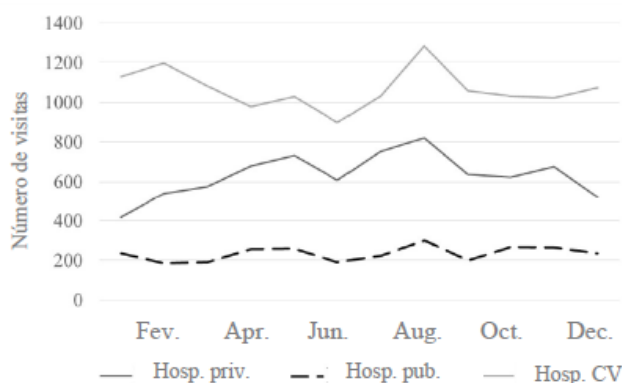


Figura 1 – Número de visitas por tipo de hospital

Depois da nova política ter sido implementada, estimamos que a probabilidade de um paciente escolher um Hospital CV em vez de um hospital privado ou público aumentou em 18 p.p. Esse impacto foi mais sentido em episódios com estadias mais longas, que são também os casos mais graves e mais caros. Os restantes indicadores mostram que o tempo médio de permanência diminuiu para todos os hospitais e, em termos de custos, não conseguimos encontrar um impacto estatisticamente significativo nem para o fornecedor (UNRWA), nem para o paciente (por terem adaptado a procura).

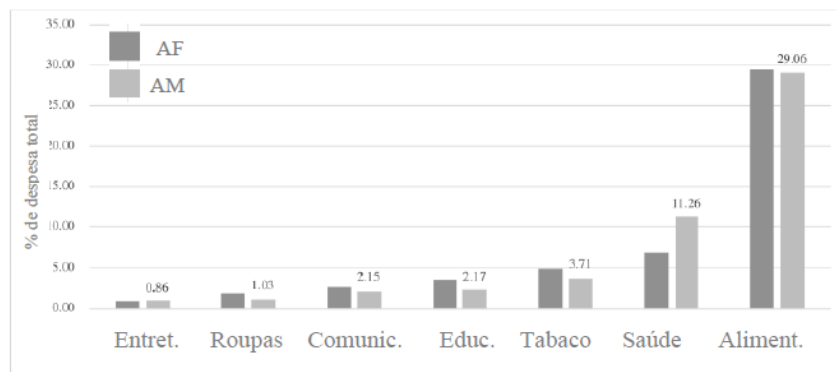
A introdução deste co-pagamento de 10% para cuidados hospitalares secundários teve um impacto no orçamento dos pacientes, que os levou a mudar a sua escolha de hospital para uma opção mais barata – não necessariamente melhor. Além disso, os hospitais CV são, de todos, os com menos recursos e que podem entrar em rutura mais facilmente. Consideramos assim que esta política deve ser acompanhada pela introdução de condições especiais para pacientes em estado de saúde grave e com severas restrições financeiras, os mais propensos a ser prejudicados por mudarem seu padrão de escolhas devido ao aumento nos custos.

Mulheres chefes de família em campos de refugiados da Palestina

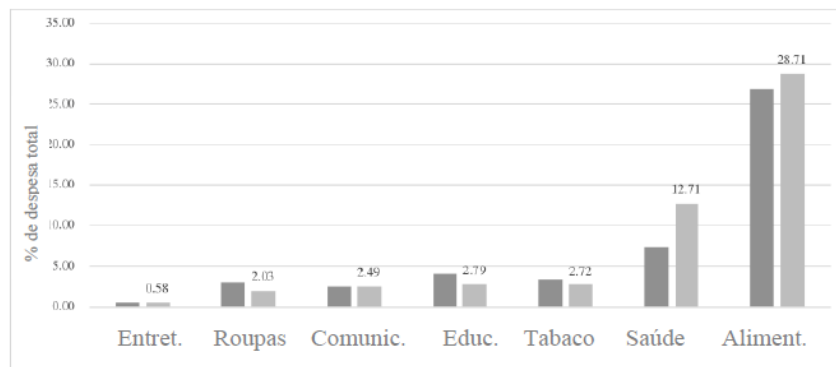
No segundo projecto em que também utilizamos dados de campos de refugiados da Palestina no Líbano, exploramos as potenciais diferenças em termos de despesas de saúde entre famílias chefiadas por homens e mulheres e fazemos uma primeira abordagem à avaliação de problemas de saúde mental associados à liderança, neste contexto.

Sujeitas a uma forte estigmatização numa comunidade patriarcal, as mulheres chefes de família em campos de refugiados da Palestina têm maiores desafios para conseguirem atender às necessidades básicas das suas famílias.^[7] Este estudo procura perceber como os membros destas famílias são afectados e se o papel de chefe de família tem consequências diferentes para as mulheres. Para conseguirmos analisar as diferenças entre os tipos de agregados (agregados com liderança feminina (AF) e agregados com liderança masculina (AM)), fizemos também uma análise sobre a composição das famílias que pretendemos analisar. Os dados são de um Inquérito à população conduzido pela Universidade Americana de Beirut em 2010 e 2015. A análise é assim realizada com dados transversais (*cross-sectional*) aos quais aplicamos um modelo de duas partes (*probit* e *GLM*), *propensity score matching* e um modelo *probit* para a secção da saúde mental.

A figura 2 demonstra a percentagem de gastos total do agregado por categoria. Os dados mostram que os AF gastaram mais em saúde (proporcionalmente ao total da despesa) em ambos os anos sob análise. No seguimento deste estudo exploramos estas diferenças mais em detalhe no sentido de compreender se são efectivamente um reflexo de preferências ou são escolhas por necessidade intrínsecas à composição das famílias, uma vez que a média de idades dos AF é mais alta do que a média de idades nos AM.



(a) 2010



(b) 2015

Figura 2 – Despesas por categoria em percentagem da despesa total do agregado

Os resultados do modelo de *propensity score matching* mostram que os gastos com saúde como % do gasto total do agregado são de 2.2 p.p. superiores em famílias lideradas por mulheres em 2010 e 2.3 p.p em 2015. Esta diferença é maior nas famílias lideradas por mulheres viúvas ou solteiras. Com este tipo de modelo conseguimos criar um grupo artificial de controlo (AM) e um grupo artificial de tratamento (AF) que dá robustez à hipótese de que as diferenças nos gastos estão associados a uma preferência das líderes mulheres, que tem impacto nos restantes membros da família. No que diz respeito à saúde mental, todos os indicadores são piores para mulheres líderes (relativamente aos líderes homens) e o efeito parece ser impulsionado pelas líderes viúvas, que constituem a maior parte do grupo de mulheres líderes na amostra.

Destacamos assim a necessidade de continuar a providenciar apoio financeiro a estas famílias em particular, devendo também ser considerada uma abordagem mais intersectorial que permita prevenir graves danos psicológicos intergeracionais, que mostramos serem mais presentes em famílias com liderança feminina.

[Sara Valente de Almeida](#)

Nova School of Business and Economics

Referencias

- [1] Elizabeth Pisani, Maarten Olivier Kok, Kharisma Nugroho, Indonesia's road to universal health coverage: a political journey, *Health Policy and Planning*, Volume 32, Issue 2, March 2017, Pages 267–276, <https://doi.org/10.1093/heapol/czw120>
- [2] RAND – The Indonesia Family Life Survey (IFLS). <https://www.rand.org/well-being/social-and-behavioral-policy/data/FLS/IFLS.html>
- [3] Al Hussein, J. UNRWA and the Refugees: A Difficult but Lasting Marriage. *Journal of Palestine Studies*, 40(1), 6–26, 2010, <https://doi.org/10.1525/jps.2010.xl.1.006>
- [4] Alastair et al. Ager. In support of UNRWA appeal for health and dignity of Palestinian The Lancet, 391(10127):1260, 2018.
- [5] Sharmila Devi. Funds cut for aid in the occupied Palestinian territory. *The Lancet*, 392(10151), 2018.
- [6] Akiko et al. Kitamura. Health and dignity of Palestine refugees at stake: a need for international response to sustain crucial life services at UNRWA. *The Lancet*, 392(10165):2736 | 2744, 2018.
- [7] Yoosefi Lebni, J., Mohammadi Gharehghani, M., Soofizad, G. et al. Challenges and opportunities confronting female-headed households in Iran: a qualitative study. *BMC Women's Health* 20, 183, 2020, <https://doi.org/10.1186/s12905-020-01046-x>

PRÓXIMOS EVENTOS

Essen Health Conference– 28.-29.05.2021

Na [conferência de Saúde de Essen](#) serão apresentados virtualmente trabalhos sobre temas em economia da saúde na intersecção entre saúde, economia e educação.

Os *papers* devem ser enviados até 28 de fevereiro de 2021 para contact.conference@ibes.uni-due.de

Ashecon Conference– 20.-23.06.2021

A 10ª conferência anual da Sociedade Americana de Economistas da Saúde está a ser organizada pelo comité anfitrião em Washington. O prazo para a submissão dos abstracts já terminou. Fica atento ao programa [aqui](#).

Congresso IHEA – 12.-15.07.2021

O próximo [congresso internacional da iHEA](#) subordinado ao tema “*Health economics in a time of global change*” será virtual nos dias 12 a 15 de julho 2021. O congresso na Cidade do Cabo será em 2023.

Além de o congresso se tornar virtual, existem algumas outras mudanças importantes em relação aos congressos anteriores, portanto, leia as informações aqui para o ajudar a preparar seus resumos com bastante antecedência da abertura do sistema de submissão.

No início de abril de 2021 será o prazo para inscrição daqueles com resumos aceites.

CONTRIBUA PARA A NEWSLETTER DA APES

A Newsletter da APES é um veículo de comunicação aberto a todos os associados. Se pretender divulgar algum evento ou projeto, envie um email para newsletter@apes.pt ao cuidado de Francisca Vargas Lopes e Joana Pestana.

