

# Desigualdades na prestação de serviços de saúde Os Regimes de Estado Social são um fator atenuante?

P. Franco<sup>1</sup>

Centro de Estudos Geográficos, Instituto de Geografia e Ordenamento do Território, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal

## I. INTRODUÇÃO

Ao contrário do que sugere a terminologia “Modelo Social Europeu”, na Europa não existe um modelo social único, mas sim uma variedade de regimes distintos (Giddens, 2005). Os Regimes de Estado Social variam com as características e o passado de cada país (Blekesaune & Quadagno, 2003), assim, na Europa podem ser observados 5 Regimes: Nórdico (Finlândia, Dinamarca, Suécia, Países Baixos e Noruega); Anglo-Saxónico (Irlanda e Reino Unido); Continental (Áustria, Bélgica, França, Alemanha, Luxemburgo, Islândia e Suíça); Mediterrânico (Grécia, Itália, Portugal e Espanha) e Novos Estados-Membros (Bulgária, Croácia, Chipre, República Checa, Estónia, Hungria, Letónia, Lituânia, Malta, Polónia, Roménia, Eslováquia e Eslovénia) (Marques da Costa et al., 2015; Nadin e Stead, 2008; Sapir, 2006). Cada Regime mostra um padrão de relações característico com a economia e sociedade, e consequentemente, com os serviços de interesse geral, neste caso particular com os serviços de saúde (Marques da Costa et al., 2015; Sapir, 2006). O Estado Social é um fator relevante para a saúde, já que, por meio da saúde pública e dos serviços prestados, medeia as desigualdades na saúde das populações (Lundberg et al., 2016; Pfortner et al., 2019; Thomson et al., 2016). Isto torna-o um determinante de saúde, pois reflete e impacta o sistema político, concebe e supervisiona a política de alocação e distribuição de recursos, interagindo outros determinantes de saúde e influenciando as desigualdades em saúde (Bambra, 2011; Beckfield et al., 2015; Muntaner et al., 2011, 2017). Uma forma de avaliar a relação entre o Estado Social e a saúde passa por estudar das despesas das administrações públicas (Kangas, 2010). De facto, as despesas com saúde estão diretamente relacionadas com as melhorias nos indicadores de saúde, gastos mais elevados correspondem a incrementos nos indicadores de saúde (Bokhari et al., 2007; Farag et al., 2013; Vallejo-Torres et al., 2018). Gallet e Doucouliagos (2017) chamam à atenção para outras dimensões, mas reiteram que as despesas em saúde são potenciadoras da melhoria da saúde da população. Todavia, deve destacar-se que o aumento das despesas com saúde está relacionado com o envelhecimento da população, ainda mais do que com os indicadores económicos (Loprete & Mauro, 2017).

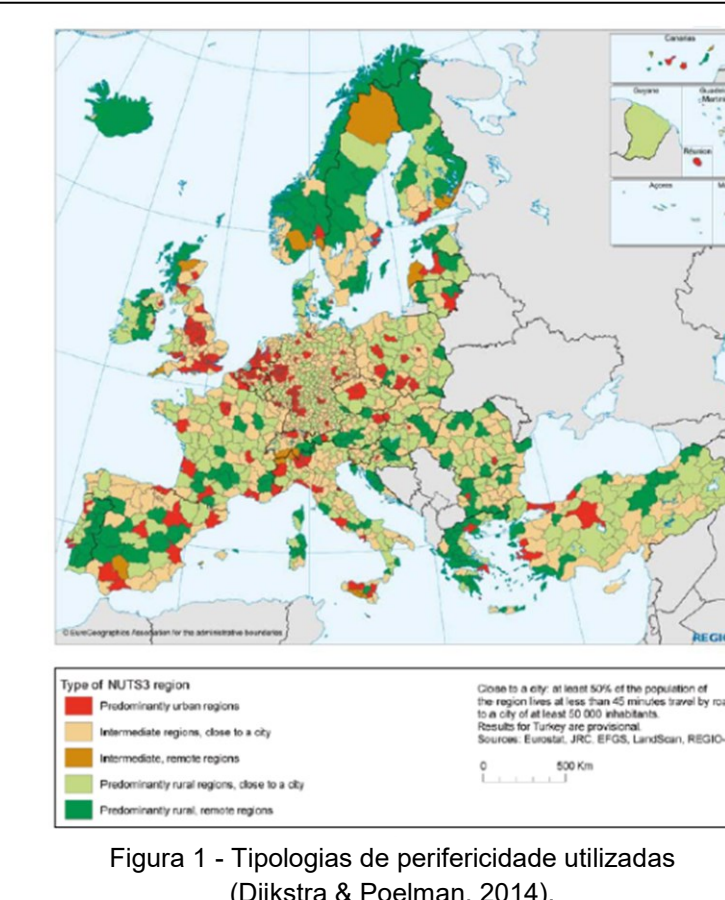
## II. METODOLOGIA

A análise desenvolvida neste trabalho é baseada na apreciação dos Regimes de Estado Social, relacionando as despesas das administrações públicas (a dois níveis, o nacional e o local) com a existência de serviços de saúde nas regiões, tendo ainda em conta a caracterização das regiões quanto à sua tipologia (urbana, intermédia ou rural). Para tal, foi analisada o período compreendido entre 2006 e 2016, focando nos anos de 2006, 2012 e 2016, ou seja, um contexto de pré- crise, crise e pós- crise. A análise desenrola-se a dois níveis territoriais: NUTS 0, onde é investigado o Estado Social por meio das despesas das administrações públicas (geral /saúde) e o nível no qual são executadas; e NUTS 2, escala na qual são avaliadas as disparidades regionais na saúde no território europeu.

Este trabalho foi realizado utilizando apenas indicadores estatísticos disponíveis ao público, o que permite replicá-lo para outros anos e outras regiões, além de que torna a sua discussão e comparação mais transparente. Assim, foram utilizadas as seguintes bases de dados online: Eurostat, Espon Database Portal e CE. No entanto, devido à falta de dados em alguns indicadores, foi necessário recorrer aos institutos nacionais de estatística dos países em causa.

### Indicadores utilizados

NUTS 0	NUTS 2
<ul style="list-style-type: none"> <li>PIB per capita em índice (UE 28 = 100)</li> <li>Divida pública em percentagem do PIB</li> <li>Despesa em saúde per capita em euros das administrações públicas (geral e local)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Médicos por 100 000 habitantes</li> <li>Enfermeiras e parteiras por 100 000 habitantes</li> <li>Camas para cuidados de longa duração em enfermarias e instalações de cuidados residenciais</li> <li>Altas hospitalares</li> <li>Óbitos por tuberculose</li> <li>Óbitos por neoplasias</li> <li>Óbitos por diabetes mellitus</li> <li>Óbitos por doenças isquémicas do coração</li> <li>Óbitos por acidentes de transporte</li> <li>Taxa de mortalidade abaixo de 5 anos</li> <li>Esperança média de vida à nascença</li> </ul>



## III. ANÁLISE E DISCUSSÃO

O contexto socioeconómico sofreu grandes mudanças entre 2006 e 2016, sendo a situação mais extrema a crise da dívida pública. De forma geral, houve uma queda do PIB e aumento da dívida pública de 2006 a 2012 e o reverso de 2012 a 2016. Em termos de Regimes de Estado Social, não houve um que se destacasse claramente pela positiva; não obstante, um destes destacou-se ela negativa, mormente, o Regime Mediterrânico. Tendo em conta o período estudado (2006 a 2016), este Regime apresentou uma forte tendência negativa, tendo sido nos Estados que o integram que a crise deixou mais metástases.

Confirma-se que o aumento das despesas, principalmente as relacionadas à saúde está correlacionado com o envelhecimento da população, reiterando o afirmado por Loprete & Mauro (2017). O quadro 1 apresenta os coeficientes de correlação entre as despesas das administrações públicas o a população idosa, é perceptível a existência de um aumento na intensidade das correlações, sendo isto coincidente com uma realidade profundamente conotada com o envelhecimento populacional (em toda a Europa). A correlação entre despesas com saúde das administrações locais e a população idosa, salientando a importante relação entre estes fatores. Mesmo quando é observada a despesa total das administrações públicas, é registado um coeficiente de correlação com alguma expressão. Isto sugere que, não apenas na saúde, mas em geral, o envelhecimento da população realmente acarreta incrementos cada vez maiores nas despesas dos Estado. Os achados explicam, por exemplo, a realidade dos Estados do Sul da Europa, nestes países uma população mais velha (que inclusive pode contribuir para um PIB per capita mais reduzido) traz um aumento das necessidades de serviços e cuidados, enquanto os níveis de endividamento são preocupantes, resultando numa necessidade de provisão de serviços que deve ser suprida mesmo em regiões mais despovoadas (normalmente as mais envelhecidas). Embora a justificação do investimento público nestas regiões seja cada vez mais um obstáculo (Perucca et al., 2019).

Todos os Regimes registraram um aumento nas despesas em percentagem do PIB de 2006 para 2012 e uma regressão no período de 2012 a 2016. É importante notar que, com exceção do Regime Anglo-Saxónico e dos Novos Estados-Membros, todos os outros regimes mantiveram níveis de despesas superiores ao ano inicial (variação entre 5,6% a 7,9%). São os Regimes cujos países, em geral, possuem uma população mais velha que apresentam um aumento da despesa, conforme sugerido acima. Quanto a valores per capita, muito devido à retração económica o Regime Mediterrânico assistiu a uma diminuição, enquanto, na situação inversa, o Regime dos Novos Estados Membros aumentou.

Nas despesas das administrações locais existem dois grupos distintos, o Regime Nórdico, e os restantes, com uma grande diferença entre estes. Esta dicotomia reflete uma maior responsabilidade pela alocação do orçamento no nível mais próximo dos cidadãos no Regime Nórdico, bem como uma maior dependência das administrações locais para a prestação de serviços. Outra característica distintiva a esta escala são os registos para o ano de crise, onde apenas nos Regimes Nórdico e Continental se deu um incremento em praticamente todos os Estados que os integram, sendo que nos restantes houve uma queda, o que revela a diminuição da importância destas despesas.

Apesar da existência de grandes disparidades em saúde no território europeu, e como o exemplo da figura 4 demonstra, os Regimes de Estado Social, através das suas políticas e despesas, conseguem suprimir importantes fatores geradores de iniquidade. Constituindo-se como um elemento facilitador da provisão de serviços de interesse geral, sobretudo dos mais próximos ao Estado social, como é o caso da saúde. Sendo o seu papel na redução do impacto da perifericidade o mais notório. Todavia, fatores como o rendimento continuam a ser difíceis de ultrapassar.

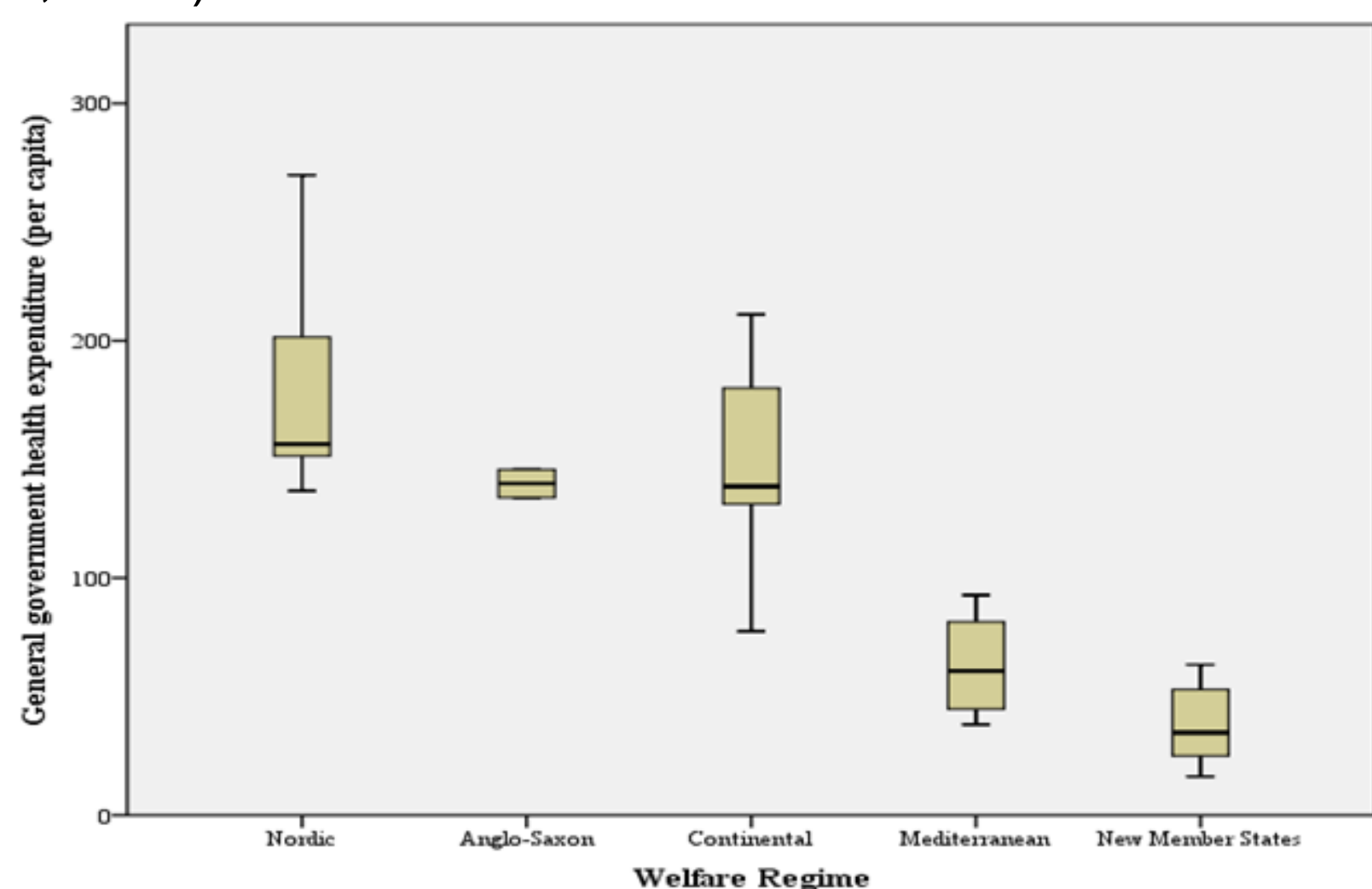


Figura 2 - Despesa das administrações públicas em saúde, por Regime de Estado Social, em 2016.

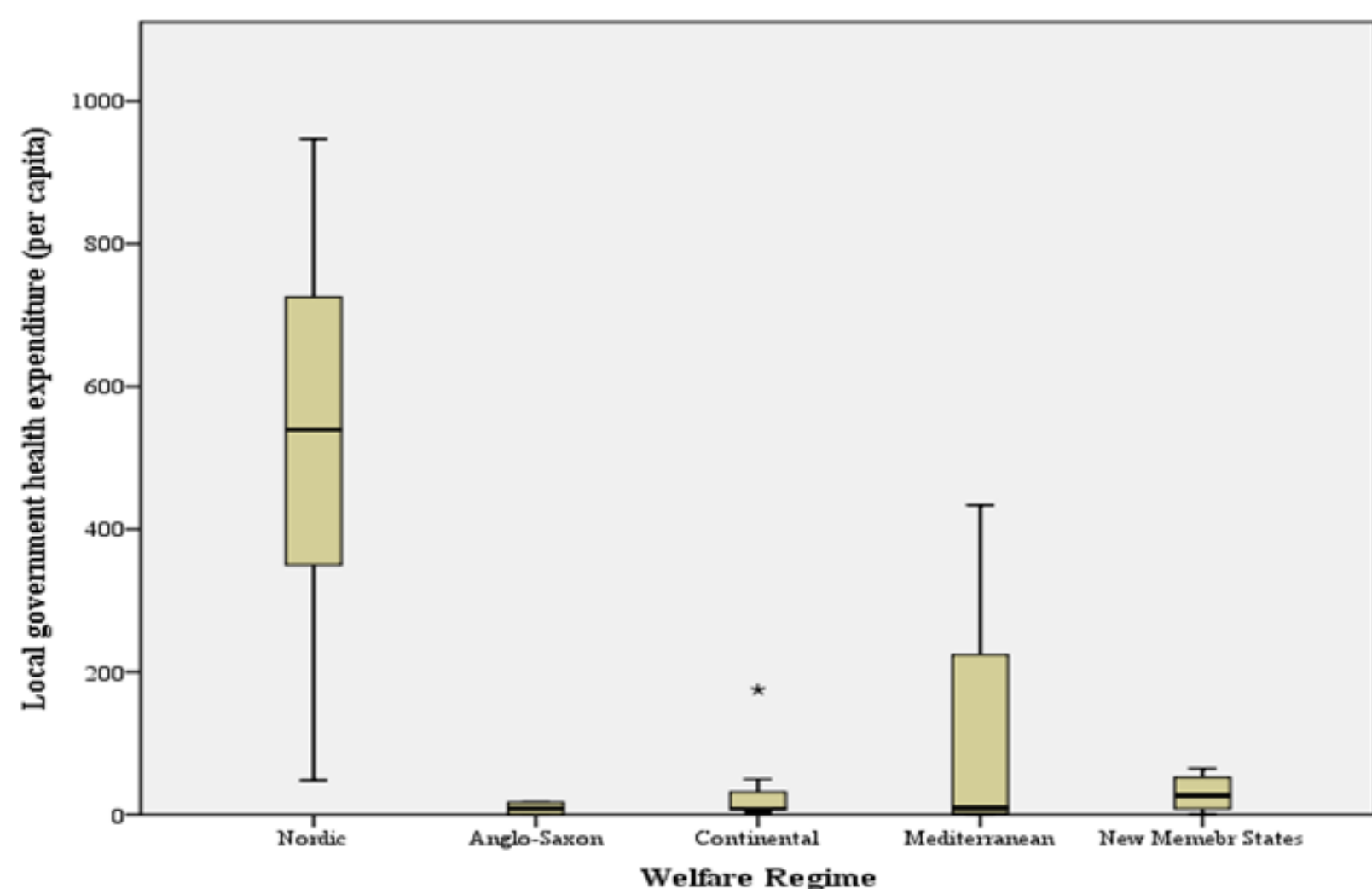


Figura 3 - Despesa das administrações públicas locais em saúde, por Regime de Estado Social, em 2016.

População idosa (% total)	Despesa das administrações públicas							
	Geral				Local			
	Total % GDP	Capita	Saúde % GDP	Capita	Total % GDP	Capita	Saúde % GDP	Capita
2006	.249	-.063	.072	-.106	.097	-0.58	.302*	.208
2012	.220	-.162	.080	-.173	.187	.041	.352*	.252
2016	.317*	-.304	.136	-.308	.217	.004	.356*	.256

\* Correlação significativa ao nível 0,01 (bilateral).  
\* Correlação significativa ao nível 0,05 (bilateral).

Quadro 1 - Coeficiente de correlação entre as despesas das administrações públicas e percentagem de população idosa.

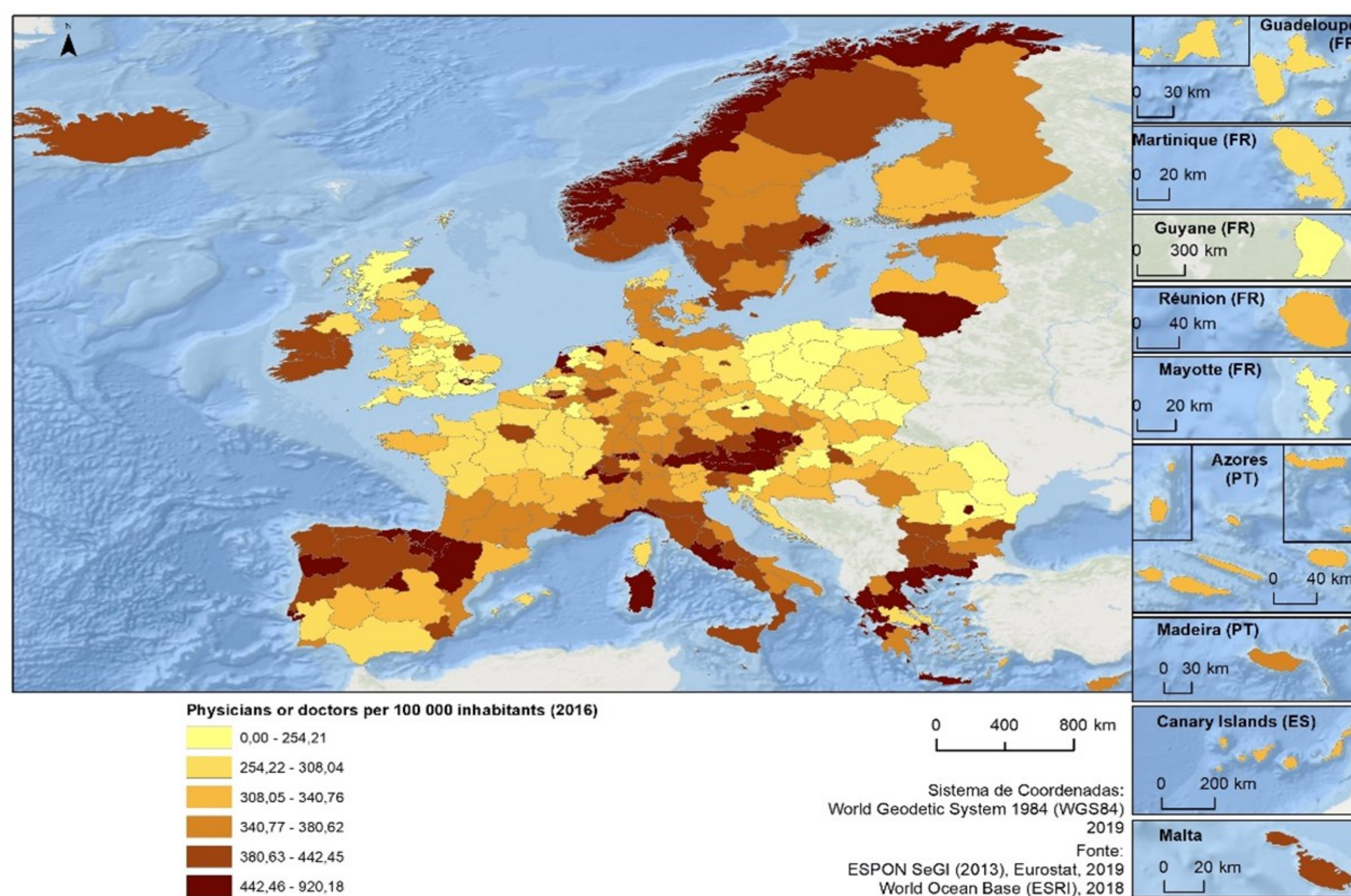


Figura 4 - Médicos por 100.000 habitantes, em 2016.

## IV. CONCLUSÃO

- Os Regimes de Estado Social são um diferenciador na oferta de SIG.
- PIB e ruralidade são fatores preponderantes nas disparidades regionais em saúde.
- Os maiores obstáculos à equidade em saúde são o rendimento (consumo) e as economias de escala (produção)
- Estados Sociais fortes diminuem os impactos negativos da perifericidade e das regiões menos desenvolvidas.

## REFERÊNCIAS

Bambra, C., Lusa, T., Van Der Wel, K., Ekemo, T., & Dragano, N. (2014). Work, health, and welfare: The association between working conditions, welfare states, and self-reported general health in Europe. *International Journal of Health Services*, 44(1), 113-126. <https://doi.org/10.2190/HS.44.1.g>

Beckfield, J., Bambra, C., Ekemo, T. A., Huijts, T., Mcnamara, C., & Wendt, C. (2015). An institutional theory of welfare state effects on the distribution of population health. *Social Theory and Health*, 13(3-4), 227-244. <https://doi.org/10.1057/sth.2015.19>

Blekesaune, M., & Quadagno, J. (2003). Public Attitudes toward Welfare State Policies: A Comparative Analysis of 24 Nations. *European Sociological Review*, 19(5), 415-427. <https://doi.org/10.1093/esr/19.5.415>

Bokhari, F. A. S., Gal, Y., & Gottret, P. (2007). Government health expenditures and health outcomes. *Health Economics*, 16(3), 257-273. <https://doi.org/10.1002/hec.1157>

Farag, M., Nandakumar, A. K., Wallack, S., Hodgkin, D., Gaumer, G., & Erbil, C. (2013). Health expenditures, health outcomes and the role of good governance. *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 13(1), 33-52.

Gallet, C. A., & Doucouliagos, H. (2017). The impact of healthcare spending on health outcomes: A meta-regression analysis. *Social Science and Medicine*, 179, 9-17. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.02.024>

Giddens, A. (2005). The world does not owe us a living! *Progressive Politics*, 4(3), 32.

Loprete, M., & Mauro, M. (2017). The effects of population ageing on health care expenditure: A Bayesian VAR analysis using data from Italy. *Health Policy*, 121(6), 663-674. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.03.015>

Lundberg, O., Egeisen, D., Fritzeil, J., Joikim, P., & Sjöberg, O. (2016). Social protection, income and health inequities. *Final report of the Task Group on GDP, Taxes, Income and Welfare*. <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2/682682/fulltext01.pdf>

Marques da Costa, E., Palma, P., & Marques da Costa, N. (2015). Regional Disparities of SGI provision. In H. Fassmann, A. Humar, E. Marques da Costa, & D. Rauhut (Eds.), *Services of general interest and territorial cohesion: European perspectives and national insights* (pp. 91-126). Vienna University Press. <https://doi.org/10.14220/9783737004718>

Muntaner, C., Borrell, C., Ng, E., Chung, H., Espell, A., Rodriguez-Sanz, M., Benach, J., & O'Campo, P. (2011). Politics, welfare regimes, and population health: Controversies and evidence. *Sociology of Health and Illness*, 33(6), 946-964. <https://doi.org/10.1177/027314171141712509>

Nadin, V., & Stead, D. (2008). European spatial planning systems, social models and learning. *DISP*, 172(1), 35-47. <https://doi.org/10.1080/002513625.2008.10557001>

Perucca, G., Piacenza, M., & Turati, G. (2019). Spatial inequality in access to healthcare: evidence from an Italian Alpine region. *Regional Studies*, 53(4), 478-489. <https://doi.org/10.1080/00343404.2018.1462481>

Pfortner, T.-K., Pfaff, H., & Elgar, F. J. (2019). The Role of Welfare State Characteristics for Health and Inequalities in Health from a Cross-National Perspective: A Critical Research Synthesis. *KZfSS Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 71(1), 485-489. <https://doi.org/10.1007/s11577-019-00806-w>

Sapir, A. (2006). Globalization and the reform of European social models. *Journal of Common Market Studies*, 44(2), 389-390. <https://doi.org/10.1111/j.1468-5965.2006.00627.x>

Thomson, K., Bambra, C., Mcnamara, C., Huijts, T., & Todd, A. (2016). The effects of public health policies on population health and health inequalities in European welfare states: protocol for an umbrella review. *Systematic Reviews*, 5(1), 57. <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0235-3>

Vallejo-Torres, L., Garcia-Lorenzo, B., & Serrano-Aguilar, P. (2018). Estimating a cost-effectiveness threshold for the Spanish NHS. *Health Economics*, 27(4), 746-761. <https://doi.org/10.1002/hec.3633>