

**Passado, presente e futuro**

# CUSTOS E PREÇOS NA SAÚDE



Coordenador  
**Carlos Costa**

Rui Santana  
Sílvia Lopes





**FUNDAÇÃO**  
FRANCISCO MANUEL DOS SANTOS



Largo Monterroio Mascarenhas, n.º 1, 8.º piso  
1099-081 Lisboa  
Telf: 21 001 58 00  
ffms@ffms.pt

© Fundação Francisco Manuel dos Santos  
Junho de 2013

Director de Publicações: António Araújo

Título: Custos e Preços na Saúde: Passado, presente e futuro

Autores: Carlos Costa (coordenador do projeto)  
Rui Santana  
Sílvia Lopes

Revisão do texto: João Pedro George

Design: Inês Sena  
Paginação: Guidesign

Impressão e acabamentos: Guide – Artes Gráficas, Lda.

ISBN: 978-989-8424-99-0

As opiniões expressas nesta edição são da exclusiva responsabilidade dos autores e não vinculam a Fundação Francisco Manuel dos Santos. A autorização para reprodução total ou parcial dos conteúdos desta obra deve ser solicitada ao autor e editor.

---

# CUSTOS E PREÇOS NA SAÚDE

---

**Passado, presente e futuro**

---

Coordenação do Projeto

Carlos Costa

Equipa de Trabalho

Rui Santana

Sílvia Lopes



---

# CUSTOS E PREÇOS NA SAÚDE

---

**Passado, presente e futuro**

---



# ÍNDICE

---

## Custos e Preços na Saúde: Passado, Presente e Futuro

---

11	<b>Lista de siglas e abreviaturas</b>
15	<b>Introdução</b>
	<b>Capítulo 1</b>
17	<b>Custos e preços na saúde: passado</b>
17	Recursos em saúde
23	Despesas em saúde
30	Produção e ganhos em saúde
43	Desempenho económico do SNS (análise de custo efectividade)
47	Notas finais
50	Bibliografia
	<b>Capítulo 2</b>
53	<b>Custos e preços na saúde: presente</b>
53	Eficiência nos cuidados de saúde primários (SNS)
54	Cuidados de saúde primários: evolução histórica e situação actual
76	Análise de eficiência e ganhos potenciais em contexto de cuidados de saúde primários
99	Notas finais
101	Bibliografia
105	Eficiência no mercado hospitalar (SNS)
105	Os preços em saúde
133	Ganhos potenciais de eficiência no mercado hospitalar (SNS)
152	Notas finais
154	Bibliografia
160	Eficiência no mercado de medicamentos
161	Principais linhas orientadoras da política do medicamento
171	Caracterização do mercado de medicamentos em Portugal
183	Ganhos potenciais na despesa com medicamentos
203	Notas finais
209	Bibliografia
	<b>Capítulo 3</b>
217	<b>Custos e preços na saúde: futuro</b>
217	Principais desafios
220	Recomendações
231	<b>Conclusão</b>
231	O passado
232	O presente
235	O futuro



## Lista de siglas e abreviaturas

<b>ACES</b> – Agrupamento de Centros de Saúde	<b>BDFM</b> – Base de dados de facturação de medicamentos
<b>ACS</b> – Alto Comissariado da Saúde	<b>BDPM</b> – Base de dados de prescrição de medicamentos
<b>ACSS</b> – Administração Central do Sistema de Saúde	<b>CC</b> – Complicações e comorbilidades
<b>ADM</b> – Assistência na Doença dos Militares	<b>CD</b> – Conselho Directivo
<b>ADSE</b> – Direcção-Geral de Protecção Social aos Funcionários e Agentes da Administração Pública	<b>CEISUC</b> – Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra
<b>AEX</b> – Autorização de utilização excepcional	<b>CFT</b> – Classificação fármaco-terapêutica
<b>AIM</b> – Autorização de introdução no mercado	<b>CHI</b> – <i>Commission for Health Improvement</i> (Reino Unido)
<b>AIP</b> – Autorização de importação paralela	<b>CHNM</b> – Código Hospitalar Nacional do Medicamento
<b>APECSP</b> – Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários	<b>CID-10</b> – Classificação internacional de doenças – 10. <sup>a</sup> versão
<b>APES</b> – Associação Portuguesa de Economia da Saúde	<b>CID-9-MC</b> – Classificação Internacional de Doenças – 9. <sup>a</sup> versão – Modificações Clínicas
<b>APMCG</b> – Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral	<b>CMS</b> – <i>Centers for Medicare &amp; Medicaid Services</i>
<b>ARS</b> – Administração Regional de Saúde	<b>CS</b> – Centro de saúde
<b>ARSLVT</b> – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo	<b>CSP</b> – Cuidados de saúde primários
<b>ATC</b> – <i>Anatomical therapeutic chemical</i> / Classificação anatómica, química e terapêutica	<b>CV</b> – Coeficiente de variação
<b>AUE</b> – Autorização de utilização especial	<b>DCI</b> – Designação comum internacional
<b>AVC</b> – Acidente vascular cerebral	<b>DDD</b> – <i>Defined daily dose</i> /Dose diária definida
<b>AVPP</b> – Anos de vida potencialmente perdidos	<b>DGAE</b> – Direcção-Geral das Actividades Económicas
<b>BDCHO</b> – Base de dados de medicamentos de cedência hospitalar obrigatória	<b>DGCSP</b> – Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários
	<b>DGFSS</b> – Departamento de Gestão Financeira dos Serviços de Saúde

<b>DGS</b> – Direcção-Geral da Saúde	<b>HCFA-DRG</b> – <i>Health Care Financing Administration – Diagnosis Related Groups</i>
<b>DI</b> – Dias de internamento	<b>HFCE</b> – <i>Households final consumption expenditures</i>
<b>DiQuOr-USF</b> – Diagnóstico da qualidade organizacional nas USF	<b>HICP</b> – <i>Harmonized indices of consumer prices</i>
<b>DL</b> – Decreto-Lei	<b>HRG</b> – <i>Healthcare Resource Groups</i>
<b>DRG</b> – <i>Diagnosis Related Groups</i> (também designados em Portugal por GDH)	<b>I&amp;D</b> – Investigação e desenvolvimento
<b>DRHS</b> – Departamento de Recursos Humanos da Saúde	<b>IBP</b> – Inibidores da bomba de protões
<b>ECL</b> – Equipa Coordenadora Local	<b>ICM</b> – Índice de casemix
<b>EFPIA</b> – <i>European Federation of the Pharmaceutical Industries and Associations</i>	<b>ICPC</b> – <i>International Classification of Primary Care</i>
<b>EGA</b> – <i>European Generic Medicines Association</i>	<b>IGIF</b> – Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (actual ACSS)
<b>EMA</b> – <i>European Medicines Agency</i>	<b>INA</b> – Instituto Nacional de Administração
<b>ENSP</b> – Escola Nacional de Saúde Pública	<b>INE</b> – Instituto Nacional de Estatística
<b>EPE</b> – Entidade pública empresarial	<b>INFARMED</b> – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I.P.
<b>ERA</b> – Equipa Regional de Apoio	<b>INS</b> – Índice de necessidades em saúde
<b>ESAC</b> – <i>European surveillance of antimicrobial consumption</i>	<b>INSA</b> – Instituto Nacional de Saúde
<b>ETO</b> – Equipas Técnicas Operacionais	<b>IOM</b> – <i>Institute of Medicine</i>
<b>EUA</b> – Estados Unidos da América	<b>IPSS</b> – Instituição Particular de Solidariedade Social
<b>FFMS</b> – Fundação Francisco Manuel dos Santos	<b>IRS</b> – Imposto sobre o rendimento das pessoas singulares
<b>FNAM</b> – Federação Nacional dos Médicos	<b>JMF</b> – Jornal Médico de Família
<b>FNSE</b> – Federação Nacional dos Sindicatos dos Enfermeiros	<b>MCDT</b> – Meios complementares de diagnóstico e terapêutica
<b>FTP</b> – Financiamento total do internamento por GDH	<b>MCSP</b> – Missão para os Cuidados de Saúde Primários
<b>GANEC</b> – Gabinete de Análise Económica	<b>MGF</b> – Medicina Geral e Familiar
<b>GCE</b> – Grupo de Coordenação Estratégica	<b>MNSRM</b> – Medicamentos não sujeitos a receita médica
<b>GDH</b> – Grupos de Diagnósticos Homogéneos (também designados internacionalmente por DRG)	<b>MS</b> – Ministério da Saúde
<b>GDR</b> – Grupos de Diagnosticos Relacionados	<b>MSRM</b> – Medicamentos sujeitos a receita médica
<b>GH</b> – Grupos homogéneos	<b>NHS</b> – <i>National Health Service</i> (Reino Unido)
<b>GHM</b> – <i>Groupes Homogènes de Malades</i>	<b>NICE</b> – <i>National Institute for Clinical Excellence</i> (Reino Unido)
<b>GT</b> – Grupo Técnico	<b>NSF</b> – <i>National Service Framework</i> (Reino Unido)
<b>GT-URAPS</b> – Grupo Técnico das Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados	

**OCDE** (OECD) – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (em inglês: OECD)

**OE** – Ordem dos Enfermeiros

**OM** – Ordem dos Médicos

**OMS** (WHO) – Organização Mundial de Saúde (em inglês: WHO)

**OPSS** – Observatório Português dos Sistemas de Saúde

**P4P** – Pagamento pela performance

**PACES** – Programa Avançado de Gestão para Directores Executivos de ACES

**PAPS** – Programa de Apoio aos Profissionais da Saúde

**PCG** – *Primary Care Group* (Reino Unido)

**PCT** – *Primary Care Trust* (Reino Unido)

**PIB** – Produto interno bruto

**PMCP** – Preço médio do contrato-programa

**PME** – Pequenas e médias empresas

**PMP** – Preço médio da Portaria

**PNS** – Plano Nacional de Saúde

**PNV** – Programa Nacional de Vacinação

**POPH** – Programa Operacional Potencial Humano

**PPC** – Paridade de poder de compra (em inglês: *purchasing power parity*)

**PVP** – Preço de venda ao público

**RH** – Recursos humanos

**RICE** – Rácio incremental de custo-efectividade

**RIS** – Rede Informática da Saúde

**RNCCI** – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

**RRE** – Regime Remuneratório Experimental

**SAD GNR / PSP** – Assistência na Doença da GNR / PSP

**SAM** – Sistema de Apoio ao Médico

**SAP** – Serviço de Atendimento Permanente

**SAPE** – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

**SEAS** – Secretário de Estado Adjunto e da Saúde

**Sem.** – Semestre

**SEP** – Sindicato dos Enfermeiros Portugueses

**SGU** – Sistema de Gestão de Utentes do SNS

**SIM** – Sindicato Independente dos Médicos

**SINGRA** – Sistema de conferência de facturas de medicamentos e receitas de diabéticos

**SINUS** – Sistema de informação para unidades de saúde

**SNS** – Serviço Nacional de Saúde

**SONHO** – Sistema integrado de informação hospitalar

**SWOT** – *Strengths, weaknesses, opportunities and threats*

**TAC** – Tomografia axial computadorizada

**UAG** – Unidade de Apoio à Gestão

**UCC** – Unidade de Cuidados na Comunidade

**UCI** – Unidade de cuidados intensivos

**UCSP** – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

**UE** – União Europeia

**ULS** – Unidade Local de Saúde

**UNICEF** – *United Nations Children's Fund*

**UNL** – Universidade Nova de Lisboa

**URAP** – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

**USD** – United States dollars (dólares americanos)

**USF** – Unidade de Saúde Familiar

**USF-AN** – Associação Nacional de Unidades de Saúde Familiar

**USP** – Unidade de Saúde Pública



# Introdução

[Carlos Costa, Sílvia Lopes e Rui Santana]

Um pouco por todo o mundo, os sistemas de saúde vivem actualmente um contexto de reformas permanentes como tentativa de resposta a uma pressão constante colocada pelos novos desafios emergentes, cada vez mais céleres, complexos e globais.

Entre estes desafios, a problemática da criação de valor em saúde nos sistemas e organizações constitui um tema de importância fundamental para a sua capacidade de resposta a novos paradigmas de inovação, do saber e, sobretudo, da sua sustentabilidade.

Assim, com o desenvolvimento do presente estudo pretendeu-se contribuir para o debate e a discussão sobre um dos temas centrais no âmbito do sector da saúde: a relação entre custos e preços como forma indutora de incentivar o alcance dos principais objectivos subjacentes à actividade desenvolvida pelos agentes e organizações de saúde.

De facto, o sistema de financiamento das organizações prestadoras de cuidados de saúde constitui um instrumento de gestão bastante relevante, pois a modalidade de pagamento seleccionada pode influenciar os comportamentos das organizações e dos indivíduos que as compõem, sendo um dos factores decisivos para o nível de eficiência que estas alcançam. Neste sentido, ao longo deste estudo, as questões do financiamento e da eficiência constituem-se como elementos-chave da análise realizada.

Tendo presente o nível de profundidade pretendido, a abordagem utilizada neste livro versa sobre três momentos distintos do sistema de saúde português: o passado, o presente e o futuro. A estrutura de apresentação que se segue encontra-se organizada em função desta abordagem.

Neste sentido, o capítulo inicial inclui a descrição do comportamento histórico do sistema de saúde português, incidindo particularmente sobre quatro temas: a evolução dos recursos, das despesas, dos níveis de produção e resultados alcançados, bem como da estimativa de eficiência gerada.

No segundo capítulo é apresentado o estado actual do sistema de saúde português, sendo para o efeito abordadas particularmente três áreas: os cuidados de saúde primários, os cuidados hospitalares e o mercado do medicamento.

No que respeita aos cuidados de saúde primários, procurou dar-se a conhecer a realidade do recente processo de reforma, através da realização de uma breve descrição do seu percurso até ao momento e de uma análise de eficiência.

Por sua vez, no que se refere aos cuidados hospitalares, podem encontrar-se diferentes análises complementares: a comparação de preços praticados no sector da saúde em termos nacionais e internacionais, a comparação dos preços e custos no nosso país e a análise de eficiência ao nível do internamento hospitalar.

No que concerne ao mercado de medicamentos, são referidas a identificação das principais linhas orientadoras da política do medicamento em Portugal, a caracterização da despesa com medicamentos em Portugal e a identificação de ganhos potenciais na despesa com medicamentos.

Este livro surge no âmbito de um projecto de investigação a decorrer desde 2009, partindo dos relatórios que foram sendo elaborados ao longo deste período. Assim, particularmente em áreas que conheceram rápidas e/ou profundas alterações num período recente, os conteúdos aqui apresentados devem ser analisados à luz daquele facto.

Após uma abordagem ao sector da saúde centrada no passado e presente, no terceiro capítulo a temática em estudo é perspectivada em termos futuros. Para o efeito, são identificados os principais desafios que se colocam ao sector da saúde e sugere-se um conjunto de recomendações que decorrem da situação analisada em cada uma das áreas referentes aos cuidados de saúde primários, hospitalares e do medicamento.

No último capítulo, a conclusão, são resumidas as principais ilações de cada momento analisado.

Os autores tentam que as opiniões expressas procurem não reflectir preferências de índole ideológica ou política, baseando-se sempre que possível em evidência criada. Os autores esperam igualmente que este trabalho possa servir de base para incentivar a discussão sobre os aspectos críticos do sistema de saúde português, no sentido de um alcance cada vez mais completo dos seus objectivos.

# Capítulo 1

---

## Custos e preços na saúde: passado

---

[Patrícia Marques, Sílvia Lopes, Carlos Costa, Magda Reis, Rui Santana]

Neste primeiro capítulo, que pretende efectuar uma caracterização global da evolução do sistema de saúde português no passado recente – ao longo dos últimos 30 anos –, incluem-se os seguintes temas:

- Recursos em saúde
- Despesas em saúde: comparações internacionais e situação nacional
- Produção e ganhos em saúde: comparações internacionais e nacionais (por distrito e por patologia)
- Desempenho económico do SNS (análise de custo efectividade): comparações internacionais e nacionais (por distrito)

A informação incluída no presente capítulo será apresentada de forma comparativa com os valores de outros países integrantes da OCDE e, numa perspectiva interna, recorrendo a algumas dimensões consideradas relevantes, tais como a geográfica (distrito), o tipo de propriedade das organizações de saúde (privado e público) ou as patologias mais importantes.

Em termos operacionais, importa ainda salientar que nesta etapa, de cariz meramente descritivo, o objectivo não é identificar os factores, nem a sua importância relativa, que se encontram na génese explicativa da realidade observada.

Por outro lado, dado o período temporal aqui abordado, os últimos 30 anos da realidade portuguesa, importa também salientar que se verificaram limitações substanciais ao nível da recolha de informação. Esta dificuldade nem sempre permitiu uma selecção apropriada dos indicadores mais adequados para operacionalizar o estudo, nem permitiu uma análise completa dos indicadores escolhidos.

---

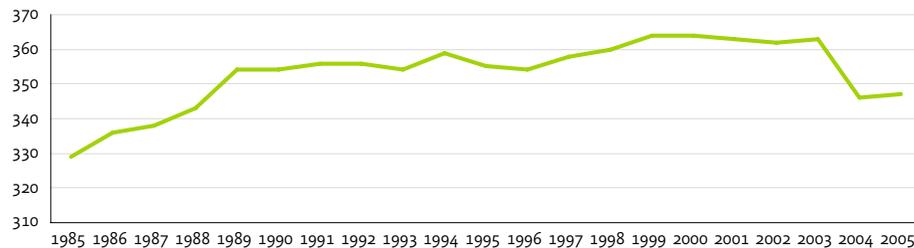
### Recursos em saúde

---

Para efeitos da caracterização dos recursos em saúde disponíveis em Portugal, procedeu-se à recolha e análise da informação relativa à evolução dos recursos materiais e humanos, a partir das Estatísticas da Saúde publicadas pelo INE.

Na Figura 1 apresenta-se a evolução do número de centros de saúde.

**Figura 1** Número de centros de saúde (1985-2005)



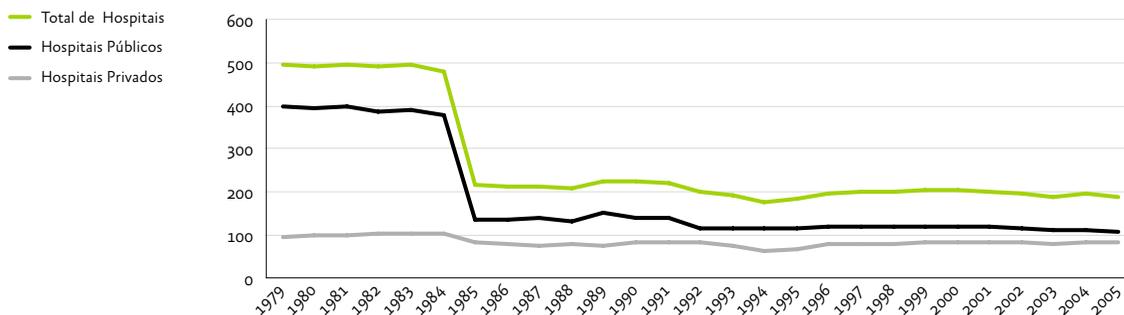
Fonte: INE, 1986-2006 (adaptado). Unidade: valor absoluto.

As principais observações foram as seguintes:

- Uma tendência de crescimento no número de centros de saúde existentes em Portugal Continental desde 1985 até 2003;
- Esta tendência foi interrompida a partir de 2004, ano em que se observou um decréscimo de 17 centros de saúde em número absoluto (363 em 2003, 346 em 2004).

Na Figura 2 apresenta-se a evolução do número de hospitais em Portugal entre 1979 e 2005.

**Figura 2** Número de hospitais por tipo de propriedade (1979-2005)



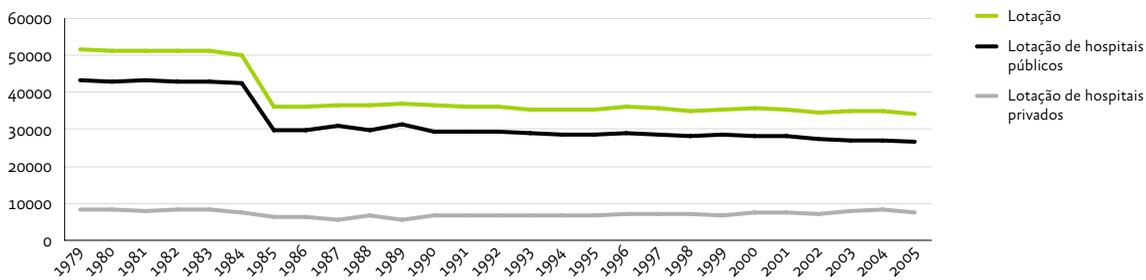
Fonte: INE, 1982-2006 (adaptado). Unidade: valor absoluto.

As principais observações foram as seguintes:

- A partir de 1985 observou-se uma tendência de estabilização no número de hospitais, tanto no sector público como no privado;
- Apesar de o número de hospitais públicos ter sido sempre superior ao número de hospitais privados, nos últimos anos verificou-se uma aproximação entre o número de hospitais públicos e privados (em 2005 existiam em Portugal 107 hospitais públicos e 82 hospitais privados).

A distribuição da lotação desagregada em sector público e privado pode ser observada na Figura 3.

**Figura 3** Lotação dos hospitais por tipo de propriedade (1979-2005)



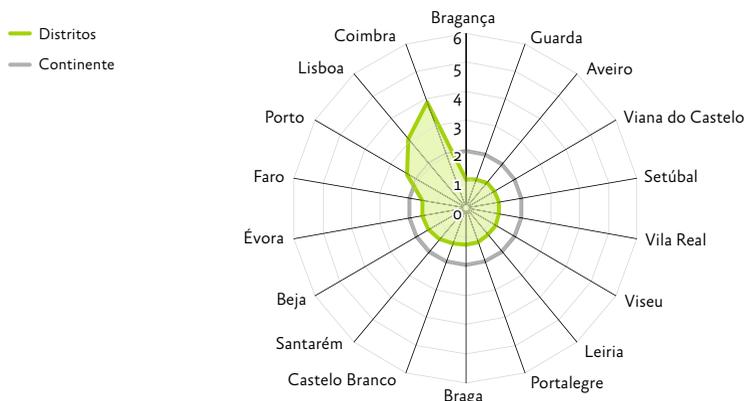
Fonte: INE, 1982 – 2006(adaptado). Unidade: valor absoluto.

As principais observações foram as seguintes:

- Em 1985 verificou-se uma redução acentuada da lotação dos hospitais públicos, enquanto as variações posteriores foram bastante mais moderadas.
- No período temporal compreendido entre 1979 e 1985, cerca de 275 hospitais (56% do parque hospitalar) tinham menos de 49 camas, aos quais correspondia uma lotação de cerca de 6.500 camas;
- A lotação no sector público era bastante superior à observada no sector privado. Os 107 hospitais públicos existentes em 2005 tinham uma lotação total de 26.662 camas. No sector privado, e em igual período, os 82 hospitais tinham uma lotação de 7.501 camas (22% do total).

A distribuição de médicos por distrito no ano de 1984 pode ser observada na Figura 4.

**Figura 4** Número de médicos por mil habitantes por distrito (1984)



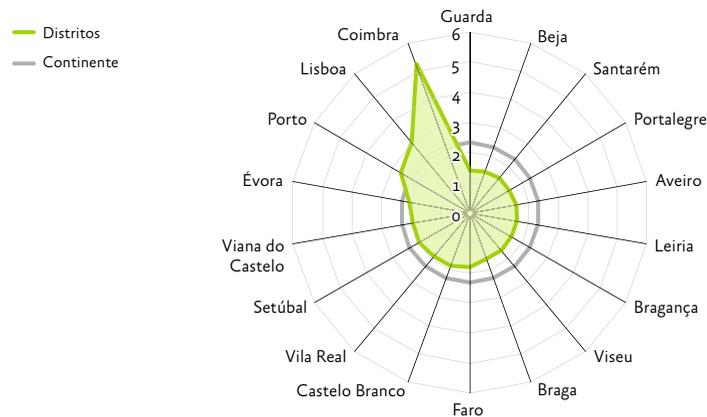
Fonte: DRHS,1987 (adaptado).

As principais observações foram as seguintes:

- Em 1984, verificava-se uma distribuição desigual do número de médicos em termos distritais, destacando-se uma concentração substancial nos distritos de Coimbra, Lisboa e Porto;
- Os extremos da distribuição eram Coimbra, que registava o valor máximo de 4 médicos por mil habitantes, e Bragança, que registava um valor mínimo de 0,98 médicos por cada mil habitantes.

A distribuição de médicos por distrito no ano de 2005 pode ser observada na Figura 5.

**Figura 5** Número de médicos por mil habitantes por distrito (2005)



Fonte: DGS, 2006 (adaptado).

As principais observações foram as seguintes:

- Mantinha-se a distribuição desigual nos recursos médicos em Portugal, com concentração de profissionais nos distritos de Coimbra, Lisboa e Porto;
- Coimbra continuava a ser o distrito português com o maior rácio de cobertura, atingindo o valor máximo (8,3 médicos por mil habitantes);
- No outro extremo, Guarda foi o distrito que apresentou, em 2005, um menor número de médicos por mil habitantes, com um valor de 1,4.

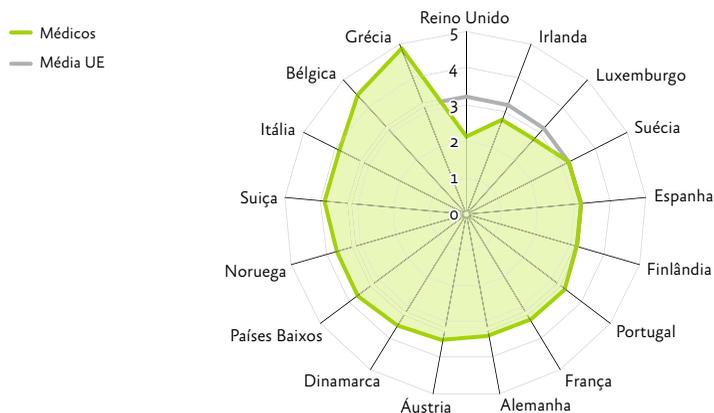
Para além das situações específicas identificadas nos anos de 1984 e 2005, importa também analisar qual a sua dinâmica, apontando os distritos que registaram uma evolução mais significativa. As principais observações foram as seguintes:

- Observou-se um aumento global do número de médicos existentes em Portugal Continental no período compreendido entre 1984 e 2005, tendo-se passado de 1,95 médicos por cada mil habitantes para um valor de 2,32;

- O maior crescimento no número de médicos ocorreu no distrito de Viana do Castelo. Este distrito apresentava um ganho de 1,7 médicos por mil habitantes;
- O distrito de Lisboa foi o que apresentou a variação marginal menos significativa.

A comparação internacional no ano de 2005 pode ser observada na Figura 6.

**Figura 6** Número de médicos por mil habitantes, comparação internacional (2005)

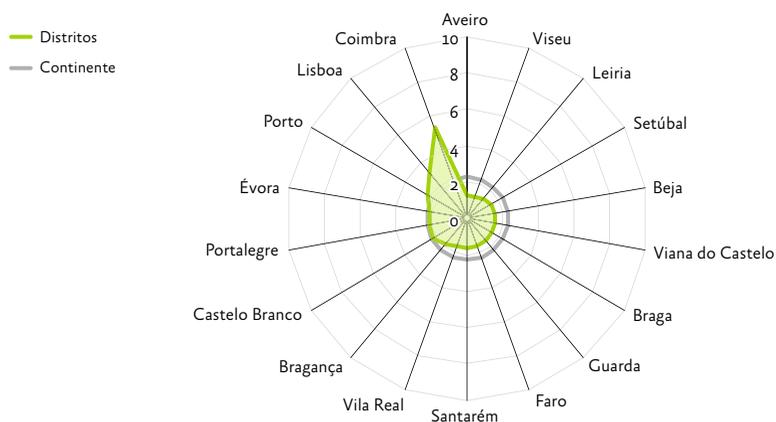


Fonte: Barros e Simões, 2007 (adaptado).

Em 2005, o rácio de médicos em Portugal era ligeiramente superior ao observado para a média da UE. O número de médicos em Portugal era superior ao número de médicos em Espanha e apresentava o mesmo valor de França e Alemanha.

A distribuição de enfermeiros por distrito no ano de 1986 é apresentada na Figura 7.

**Figura 7** Número de enfermeiros por mil habitantes por distrito (1986)



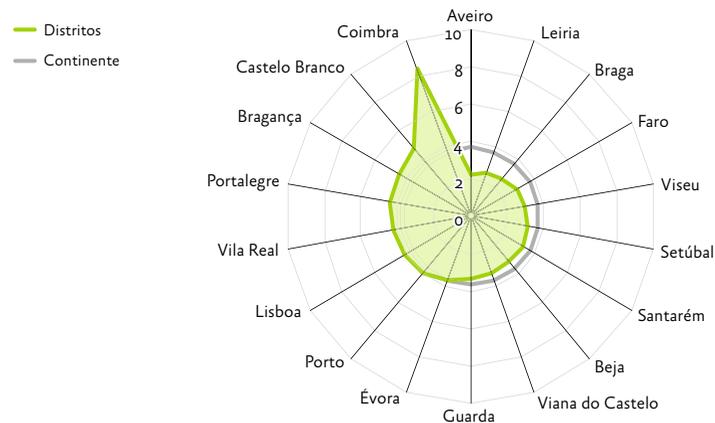
Fonte: DRHS, 1987 (adaptado).

As principais observações foram as seguintes:

- Em 1986 verificava-se uma distribuição desigual do número de enfermeiros em termos distritais, à semelhança do que acontecia com os médicos. Existia uma concentração substancial de enfermeiros nos distritos de Coimbra e Lisboa;
- Os extremos da distribuição eram Coimbra, que registou o valor máximo de 5 enfermeiros por mil habitantes, e Aveiro, que registava um valor mínimo de 1,2 enfermeiros por cada mil habitantes.

A distribuição de enfermeiros por distrito no ano de 2005 é apresentada na Figura 8.

**Figura 8** Número de enfermeiros por mil habitantes por distrito (2005)



Fonte: DGS, 2006 (adaptado).

As principais observações foram as seguintes:

- Verificou-se uma alteração da distribuição nos profissionais de enfermagem em Portugal em comparação com 1986, uma vez que os distritos que em 2005 apresentavam maior concentração destes profissionais eram Coimbra, Castelo Branco e Bragança;
- Coimbra continuava a ser o distrito que apresentava o valor máximo: 8,4 enfermeiros por mil habitantes;
- No outro extremo, Aveiro foi o distrito que apresentou, em 2005, um número mais baixo de enfermeiros por mil habitantes, com um valor de 2,3.

A análise da evolução do número de enfermeiros por distrito permitiu as seguintes observações:

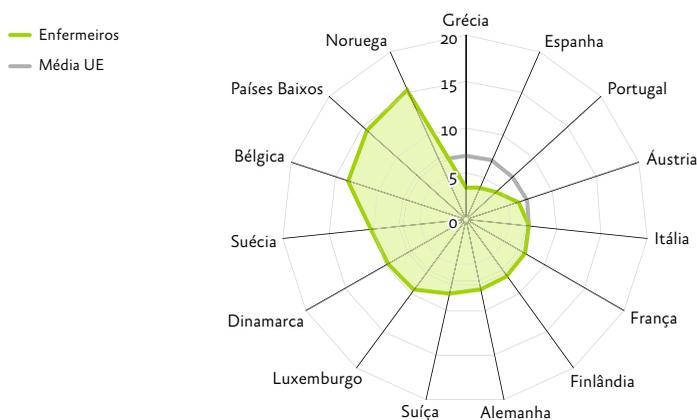
- Observou-se um crescimento global no número de enfermeiros existentes em Portugal Continental no período compreendido entre 1984 e

2005, tendo-se passado de 2,3 enfermeiros por cada mil habitantes para um valor de 3,7;

- O maior crescimento no número de enfermeiros ocorreu no distrito de Vila Real. Este distrito apresentou um ganho de 2,5 enfermeiros por mil habitantes;
- Verificou-se que Lisboa, Coimbra e Porto foram os distritos onde o crescimento do número de enfermeiros foi menos significativo.

A comparação internacional no ano de 2005 pode ser observada na Figura 9.

**Figura 9** Número de enfermeiros por mil habitantes, comparação internacional (2005)



Fonte: Barros e Simões, 2007 (adaptado).

As principais observações foram as seguintes:

- Em 2005, a média de enfermeiros por mil habitantes nos países da UE era de 7. Portugal apresentou, em igual período, um rácio inferior à média da UE, sendo o número de enfermeiros por mil habitantes igual a 4,6;
- Grécia e Espanha apresentavam o número mais baixo de enfermeiros por mil habitantes, com valores de 3,5 e 3,7, respectivamente. Nos Países Baixos e Noruega, estes valores eram superiores a 14,5.

---

## Despesas em saúde

---

Com vista a caracterizar a evolução das despesas em saúde em Portugal nos últimos 30 anos, optou-se por comparar a realidade portuguesa e a internacional nos seguintes aspectos:

- despesa total em saúde *per capita*;
- despesa pública em saúde *per capita*;

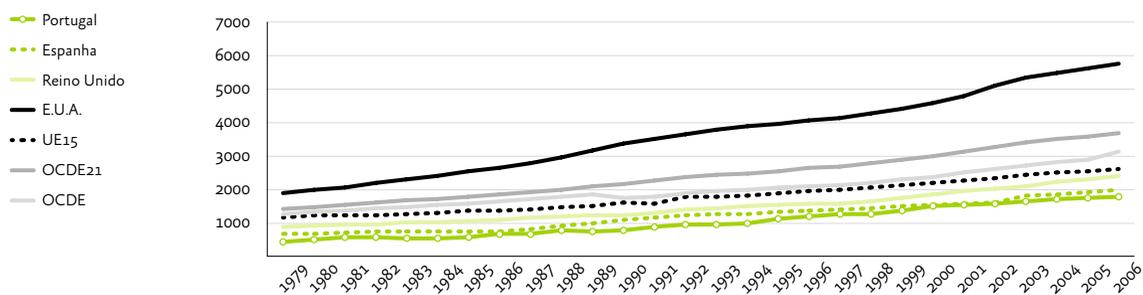
- despesa privada em saúde *per capita*;
- despesa total em saúde em percentagem do PIB.

Para esse efeito, os valores nacionais foram comparados com os de três grupos de países: (1) a UE-15, (2) os países da UE-15 em conjunto com a Austrália, Canadá, EUA, Japão, Noruega e Suíça (designado por OCDE21) e a (3) OCDE. Foram ainda seleccionados três países para comparar individualmente com Portugal: Espanha, EUA e Reino Unido.

A fonte consultada foi a base de dados da OCDE, que disponibiliza informações sobre o número de habitantes, a despesa em saúde (total, pública e privada) e o PIB em cada ano. Para eliminar o viés originado pela comparação entre países e entre anos, os valores da despesa foram considerados *per capita* a preços constantes de 2000 e padronizados pela paridade do poder de compra (USD 2000 PPC).

A comparação internacional da despesa total em saúde *per capita* consta da Figura 10.

**Figura 10** Despesa total em saúde *per capita*, comparação internacional (1979-2006)



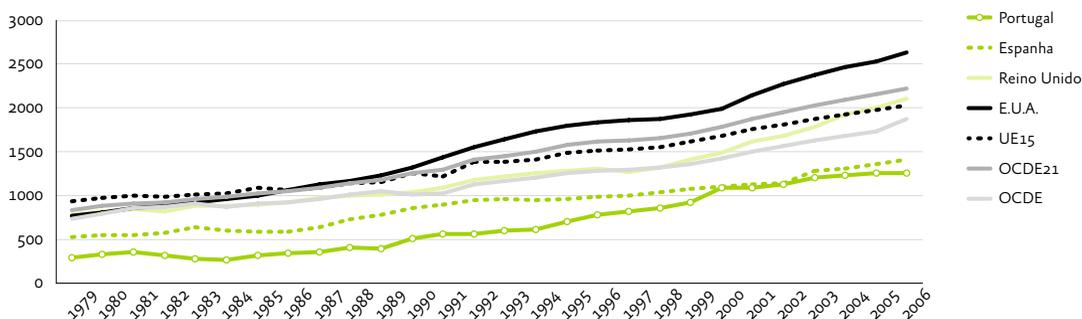
Fonte: OCDE, 2008. Unidade: USD 2000 PPC.

Estes dados permitiram, essencialmente, evidenciar dois aspectos:

- Entre 1980 e 2006, verificou-se uma aproximação das despesas *per capita* em saúde, em relação à média da União Europeia (considerando apenas os 14 países, já que não existem dados para a Bélgica) e aos 21 países considerados;
- Esta tendência crescente foi mais intensa entre 1980 e 2000.

A evolução da despesa pública em saúde *per capita* pode ser observada na Figura 11.

**Figura 11** Despesa pública em saúde *per capita*, comparação internacional (1979-2006)



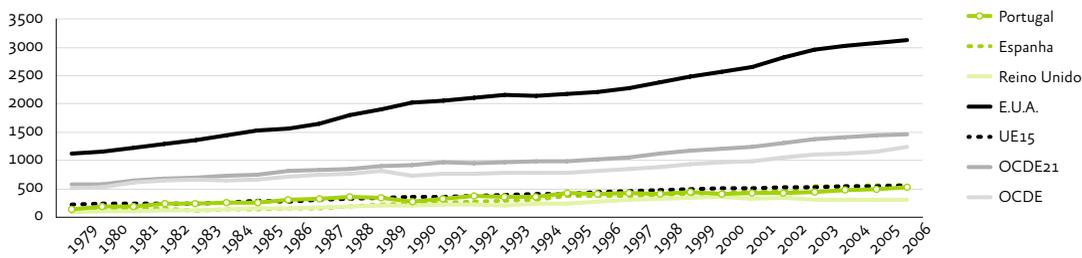
Fonte: OCDE, 2008. Unidade: USD 2000 PPC.

As principais observações foram as seguintes:

- Portugal mais do que quadruplicou as despesas públicas *per capita* em saúde entre 1979 e 2006 (de 294,42 para 1.356,93 USD 2000 PPC);
- Portugal e Espanha apresentavam as menores despesas públicas *per capita* em saúde;
- Tal como sucedia com a evolução da despesa total *per capita*, existiu uma tendência de crescimento generalizado na despesa pública *per capita* em saúde. A taxa anual média de crescimento dos países da OCDE situou-se nos 3,6%.

A evolução da despesa privada em saúde pode ser observada na Figura 12.

**Figura 12** Despesa privada em saúde *per capita*, comparação internacional (1979-2006)



Fonte: OCDE, 2008. Unidade: USD 2000 PPC.

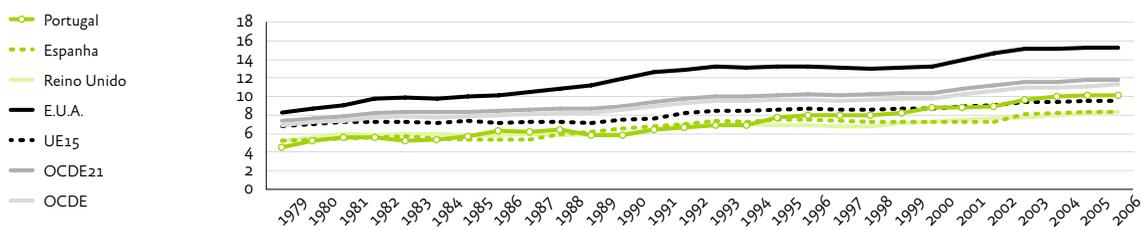
As principais observações foram as seguintes:

- O Reino Unido apresentou as menores despesas privadas, sendo os valores deste país próximos dos apresentados por Portugal, Espanha e UE-15;

- À semelhança das despesas totais e públicas, também a despesa privada em saúde *per capita* registou um crescimento sustentado no conjunto de países seleccionado ao longo dos últimos 30 anos. A taxa anual média de crescimento nos países da OCDE foi de 3,4%.

Apresenta-se na Figura 13 a evolução da despesa total em saúde em percentagem do PIB.

**Figura 13** Despesa total em saúde em percentagem do PIB, comparação internacional (1979-2006)



Fonte: OCDE, 2008.

As principais observações foram as seguintes:

- Desde a criação do SNS, Portugal mais que duplicou o seu esforço colectivo para financiamento do sistema de saúde. A evolução portuguesa apresentou um desempenho próximo ao do Reino Unido e de Espanha até ao ano de 1994. A partir de 1995, Portugal ultrapassou mesmo esses dois países em despesa total face ao PIB, aproximando-se dos valores médios da UE-15, os quais superou em 2003;
- O esforço que os países têm realizado para financiar os seus sistemas de saúde cresceu ao longo das últimas décadas. Nos países da UE-15, a percentagem de despesas da saúde no PIB evoluiu de 7% em 1980 para 7,5% em 1990 (acrécimo de 0,5%), na década de 1990 o acréscimo foi de 1,2% e de 2000 a 2006 foi de 0,8%.

Após a análise e comparação das tendências internacionais de evolução da despesa em saúde, importa estudar o comportamento de Portugal com maior detalhe. Para o efeito são apresentadas duas dimensões que visam descrever:

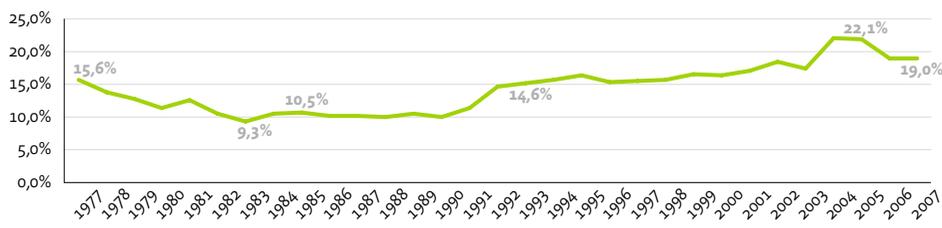
- A evolução do orçamento do SNS no total da despesa corrente do Estado;
- A evolução da combinação público-privado na prestação e no financiamento da saúde.

Com esta descrição pretende-se analisar a evolução histórica sob a perspectiva do sector público e do sector privado.

A análise da percentagem das verbas destinadas ao SNS no total de despesas correntes do Estado foi realizada com base nos Relatórios e Contas do SNS desde 1979 até ao último ano disponível (2007) e procurou ilustrar a importância atribuída aos gastos correntes com a saúde na distribuição dos recursos estatais.

A evolução da importância das verbas do SNS no total da despesa corrente do Estado pode ser observada na Figura 14.

**Figura 14** Percentagem das verbas do SNS na despesa corrente do Estado (1979-2007)



Fonte: DGFSS (1981, 1982, 1990, 1992); IGIF (1993, 1994, 1996, 1999, 2000, 2002-2007); ACS (2008-2009) (adaptado).

As principais observações foram as seguintes:

- Entre 1979 e 1983, o peso das verbas do SNS na despesa corrente do Estado apresentou um decréscimo gradual, atingindo um valor mínimo de 9,3% em 1983;
- De 1984 a 1990, o peso das verbas do SNS situou-se próximo dos 10% e não se observaram variações significativas ao longo deste período;
- A partir de 1991 observou-se uma tendência de crescimento, tendo-se atingido em 2007 os 19%. Contudo, o valor máximo foi alcançado em 2004 e 2005 com uma percentagem na ordem dos 22%.

Uma vez que em Portugal existe simultaneamente financiamento de origem pública e privada e prestadores públicos e privados, entendeu-se relevante abordar também a combinação entre eles, identificando assim:

- a percentagem de financiamento público consumida em prestadores públicos: engloba a prestação das instituições prestadoras de cuidados de saúde integradas no SNS cujo financiamento é assegurado pelo sector público, seja pelo orçamento do SNS, seja pelos subsistemas de saúde públicos;
- a percentagem de financiamento público consumida em prestadores privados: engloba convenções com prestadores privados e medicamentos na parte convencionada;
- a percentagem de financiamento privado consumida em prestadores públicos: engloba os pagamentos de terceiros pagadores não públicos e taxas moderadoras a prestadores públicos integrados no SNS;

- a percentagem de financiamento privado consumida em prestadores privados: engloba a prestação de instituições privadas cujo financiamento é assegurado pelos privados.

Face à dificuldade e morosidade na obtenção da informação necessária a estes apuramentos, optou-se neste caso por considerar os dados apresentados por Ramos (1995), Campos (1999) e Campos (2008), relativos aos anos de 1992, 1996, 2004 e 2006.

No Quadro I apresenta-se a matriz para os anos de 1992 e 1996.

**Quadro I** Matriz de combinação público-privado(1992 e 1996)

		Financiamento					Financiamento		
1992		Público	Privado	Total	1996		Público	Privado	Total
Prestação	Público	44.2%	4.0%	48.2%	Prestação	Público	41.9%	4.5%	46.4%
	Privado	19.2%	32.6%	51.8%		Privado	17.9%	35.7%	53.6%
	Total	63.4%	36.6%	100%		Total	59.8%	40.2%	100%

Fonte: Ramos, 1995; Campos, 1999.

As principais observações foram as seguintes:

- O sistema de saúde português era tipicamente um sistema misto, tanto no que diz respeito ao seu financiamento como à prestação;
- Em 1992, 63,4% do financiamento do sector da saúde foi assegurado por dinheiros públicos. Em 1996, este valor decresceu ligeiramente para 59,8%;
- No que diz respeito à prestação, verificou-se que em 1992, 51,8% da prestação ocorria no sector privado. Este valor cresceu ligeiramente em 1996 para os 53,6%.

No Quadro II apresenta-se a matriz para os anos de 2000 e 2004.

**Quadro II** Matriz de combinação público-privado (2000 e 2004)

		Financiamento					Financiamento		
2000		Público	Privado	Total	2004		Público	Privado	Total
Prestação	Público	41.4%	1.1%	42.4%	Prestação	Público	40.3%	1.6%	41.9%
	Privado	29.5%	28.0%	57.6%		Privado	30.1%	28.1%	58.2%
	Total	70.9%	29.1%	100%		Total	70.3%	29.7%	100%

Fonte: Campos, 2008.

As principais observações foram as seguintes:

- Comparando esta matriz com a do Quadro I, verificou-se um aumento do financiamento público que se situou nos 70% do valor total de financiamento (aproximadamente 60% em 1996);
- Em relação à prestação privada, observou-se igualmente um crescimento quando se compararam os anos em estudo (51,8% em 1992; 58,2% em 2004);
- Observou-se um decréscimo da prestação privada assegurada por financiamento privado. Em 1996 este valor era de 35,7% passando para 28,1% em 2004;
- No mesmo sentido, verificou-se que a prestação privada financiada pelo sector público apresentou um crescimento (19,2% em 1992; 30,1% em 2004).

A análise dos custos por distrito do Continente foi realizada a partir da informação constante dos Relatórios e Contas do SNS, publicados pela ACSS (antes designada Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde – IGIF) e relativos aos anos de 1984, 1990 e 2005, respectivamente o primeiro e o último ano disponíveis e um ano intermédio – 1990.

Por outro lado, deve ter-se presente que os dados apresentados correspondem exclusivamente às despesas públicas em saúde e do SNS, compreendendo apenas os centros de saúde e os hospitais, pelo que não devem ser feitas comparações, pelo menos de forma directa, com os valores internacionais.

No Quadro III apresentam-se as despesas em saúde *per capita* por distrito para os anos de 1984, 1990 e 2005.

**Quadro III** Despesas em saúde *per capita* por distrito (1984, 1990 e 2005)

	Despesas em saúde	Despesas em saúde	Despesas em saúde	Evolução	Evolução
	<i>per capita</i>	<i>per capita</i>	<i>per capita</i>	das despesas em	das despesas em
	1984	1990	2005	saúde <i>per capita</i>	saúde <i>per capita</i>
				1984/2005	1990/2005
Aveiro	95.14	243.74	346.07	3.64	1.42
Beja	105.99	286.15	545.79	5.15	1.91
Braga	83.76	213.11	382.82	4.57	1.80
Bragança	79.46	216.35	860.67	10.83	3.98
Castelo Branco	118.54	304.75	816.74	6.89	2.68
Coimbra	136.90	418.78	1,471.79	10.75	3.51
Évora	123.09	317.32	595.16	4.84	1.88
Faro	103.16	295.45	446.60	4.33	1.51
Guarda	101.67	276.53	596.85	5.87	2.16
Leiria	113.63	282.64	413.23	3.64	1.46
Lisboa	147.45	406.38	732.15	4.97	1.80
Portalegre	123.40	316.21	579.14	4.69	1.83
Porto	105.04	294.25	652.02	6.21	2.22
Santarém	109.46	268.21	456.88	4.17	1.70

	Despesas em saúde <i>per capita</i>	Despesas em saúde <i>per capita</i>	Despesas em saúde <i>per capita</i>	Evolução das despesas em saúde <i>per capita</i>	Evolução das despesas em saúde <i>per capita</i>
	1984	1990	2005	1984/2005	1990/2005
Setúbal	118.27	228.14	647.19	5.47	2.84
Viana Castelo	81.00	218.72	452.82	5.59	2.07
Vila Real	88.83	230.33	447.99	5.04	1.95
Viseu	79.08	218.67	397.76	5.03	1.82
Total	113.16	299.91	613.56	5.42	2.05

Fonte: DGFSS, 1985; DGFSS, 1992; IGLF, 2007 (adaptado). Unidade: Euros.

As principais observações foram as seguintes:

- Em 1984, o montante de despesas *per capita* das organizações prestadoras de cuidados de saúde pertencentes ao SNS em Portugal continental foi de €113,16. Lisboa registou o montante mais elevado (€147,45), tendo Viseu apresentado o montante mínimo (€79,08);
- Da evolução entre 1984 e 2005, pode-se verificar que existiu um aumento acentuado nas despesas *per capita* no nosso país. Em 2005, o montante do Continente foi de €613,56, o que significa que aumentou mais do que cinco vezes face a 1984. Em Bragança o rácio de aumento de despesas *per capita* foi de 10,8. O distrito de Leiria regista o menor aumento, que ainda assim foi de 3,6.
- Coimbra registou o montante máximo de despesas *per capita* em 2005 (€1.471,79), destacando-se de forma significativa do segundo distrito que mais gastou em saúde, Bragança, com um valor de €860,67. Por seu turno, Aveiro registou o valor mínimo de custos *per capita* (€346,07), portanto um valor três vezes inferior ao apresentado por Coimbra.

---

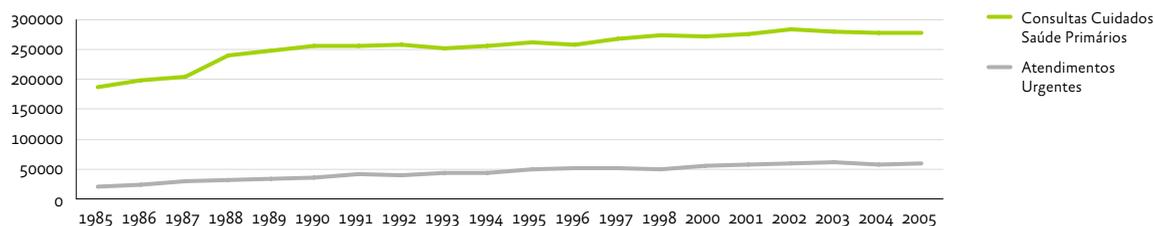
### Produção e ganhos em saúde

---

No que respeita à produção de cuidados de saúde, apresenta-se em seguida o seu volume no que respeita aos tratamentos em ambulatório (centros de saúde e hospitais) e em internamento (hospitais), com base nos dados constantes das Estatísticas da Saúde do INE.

Na Figura 15 apresenta-se a evolução da produção dos centros de saúde.

**Figura 15** Produção dos centros de saúde (1985-2005)



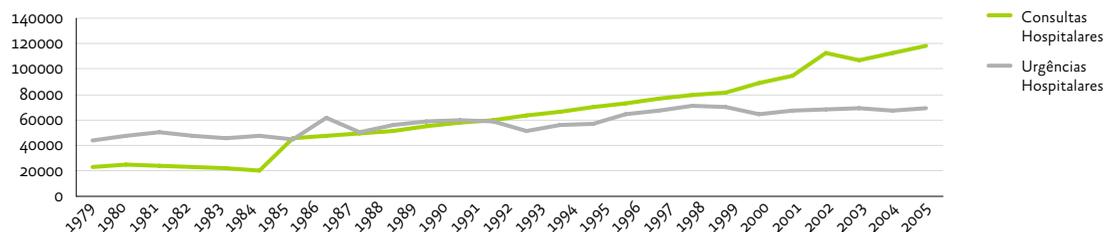
Fonte: INE, 1986-2006 (adaptado). Unidade: valores por 100 mil habitantes.

As principais observações foram as seguintes:

- De uma forma global, verificou-se que o número de consultas é superior ao número de atendimentos urgentes, consistindo essa realidade uma evidência histórica ao longo das últimas décadas;
- Observou-se também uma ligeira tendência de crescimento nas consultas e atendimentos urgentes, em particular nestes últimos, na ordem dos 2% e 6% respectivamente.

Na Figura 16 apresenta-se a evolução do total de consultas e urgências hospitalares por 100 mil habitantes.

**Figura 16** Número de consultas e urgências hospitalares (1979-2005)

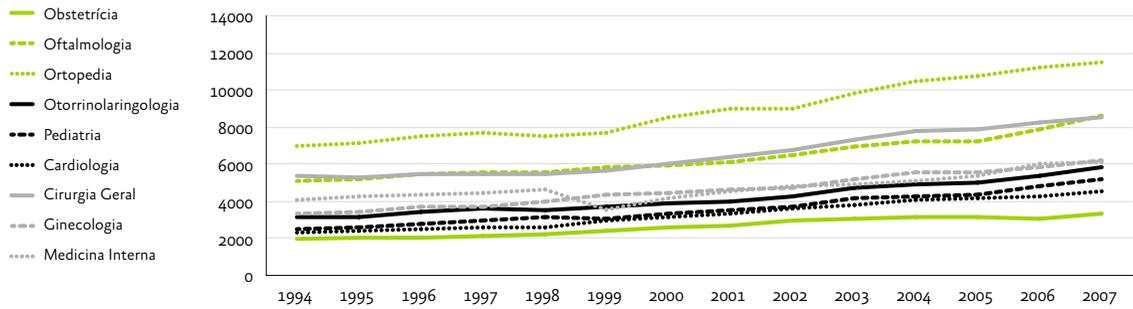


Fonte: INE, 1982-2006 (adaptado). Unidade: valores por 100 mil habitantes.

Observou-se uma tendência de crescimento tanto do número de consultas como de urgências hospitalares (6,8% em termos médios anuais e 1,8%, respectivamente). O maior ritmo de crescimento das consultas fez com que, em 1992, o seu número tivesse excedido o número de urgências, ao contrário do que vinha sucedendo até então.

A análise da consulta externa foi desagregada para um conjunto de especialidades. Na Figura 17 apresenta-se a evolução do número anual de consultas por 100 mil habitantes para as especialidades de cardiologia, cirurgia geral, ginecologia, medicina interna, obstetrícia, oftalmologia, ortopedia, otorrinolaringologia e pediatria.

**Figura 17** Número anual de consultas por 100 mil habitantes (1994-2007)



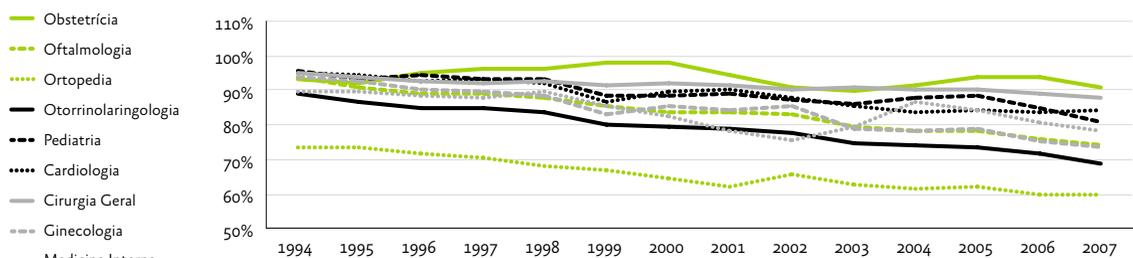
Fonte: INE, 2009 (adaptado). Unidade: valores por 100 mil habitantes.

As principais observações foram as seguintes:

- Em 2007, a especialidade com maior número de consultas por 100 mil habitantes foi ortopedia (11.493), seguida de oftalmologia (8.646) e cirurgia geral (8.535). No outro extremo encontravam-se as especialidades de obstetrícia (3.336) e cardiologia (4.549).
- Verificou-se que existiu uma tendência de crescimento no número anual de consultas, que subiu em praticamente todos os anos considerados. O maior crescimento registou-se na pediatria (5,9% em termos médios) e cardiologia (5,3%). As especialidades de medicina interna e cirurgia geral registaram um crescimento mais moderado (3,1% e 3,7%, respectivamente).

Na Figura 18 apresenta-se o valor percentual das consultas por especialidades médicas que ocorreram no sector público.

**Figura 18** Peso relativo das consultas no sector público (1994-2007)



Fonte: INE, 2009 (adaptado).

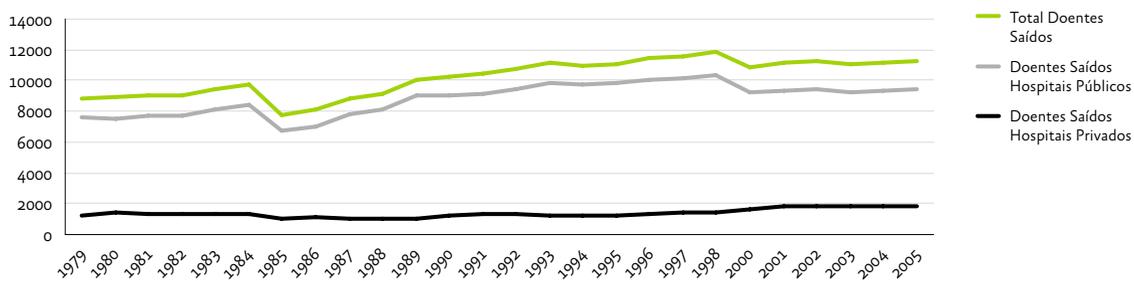
As principais observações foram as seguintes:

- Em 2007, o sector público era responsável pela maioria das consultas em todas as especialidades, particularmente nas especialidades de obstetrícia (91%) e cirurgia geral (88%). Com um menor peso do sector público destacava-se a especialidade de ortopedia (60%).

- Contudo, observou-se uma tendência de decréscimo na percentagem de consultas que ocorreram no sector público, transversal a todas as especialidades. Comparando entre 1994 e 2007, esta tendência foi particularmente acentuada nas especialidades de otorrinolaringologia e ginecologia, onde a percentagem do sector público diminuiu cerca de 20%. Contudo, esta redução foi de apenas 3% na especialidade de obstetrícia.

Na Figura 19 apresenta-se a evolução dos doentes saídos no internamento hospitalar do sector público e privado.

**Figura 19** Número de doentes saídos, comparação por tipo de propriedade (1979-2005)



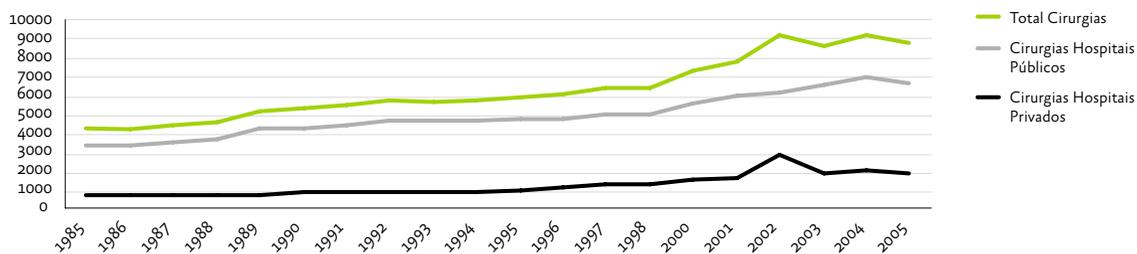
Fonte: INE, 1982 – 2006(adaptado). Unidade: valores por 100 mil habitantes.

As principais observações foram as seguintes:

- Observou-se uma tendência de crescimento no número de doentes saídos por 100 mil habitantes. Em 1979, o número de doentes saídos era de 8.876, em 1990 era de 10.249 e em 2005 de 11.288 (mais 27% que em 1979);
- Realça-se que em 1994 os internamentos no sector público representavam 88,6% do total de internamentos. Este valor era de 81% em 2007, o que revelava um aumento de importância do sector privado;

Na Figura 20 apresenta-se a evolução do total de cirurgias no sector público e privado.

**Figura 20** Número de cirurgias, comparação por tipo de propriedade (1979-2005)



Fonte: INE, 1986 – 2006(adaptado). Unidade: valores por 100 mil habitantes.

As principais observações foram as seguintes:

- Observou-se uma tendência de crescimento no número de intervenções cirúrgicas por 100 mil habitantes. Em 1979 e 2005 observou-se um total de 4.331 e 8.764 cirurgias por cada 100 mil habitantes, respectivamente;
- O sector público era responsável pela grande maioria das intervenções cirúrgicas, apesar de se observar um crescimento do sector privado. Assim, verificou-se que, em 1994, 82% das cirurgias ocorriam no sector público. Este valor foi de 74% em 2007.

No que se refere aos ganhos em saúde foram realizadas duas análises principais:

- Uma comparação dos ganhos alcançados em Portugal com outros países;
- Uma comparação de base nacional, onde são detalhados os ganhos em saúde obtidos por distrito e por patologia.

De entre as medidas possíveis para avaliar os ganhos em saúde, este estudo privilegiou a utilização dos Anos de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP), um indicador que visa caracterizar o tempo de vida perdido devido à mortalidade prematura, considerando-se para isso a diferença entre a idade com que cada indivíduo faleceu e a respectiva esperança de vida para o sexo e escalão etário.

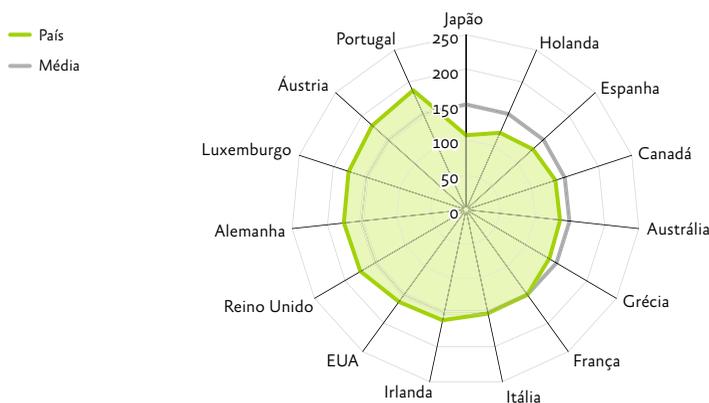
Para cada combinação sexo/faixa etária, analisou-se a esperança média de vida no ano de 2006 em cada um dos países que formam o grupo aqui designado por “OCDE21” (UE-15, Austrália, Canadá, EUA, Japão, Noruega e Suíça) e considerou-se para todas as análises (nacional e internacional) como esperança de vida potencial o melhor valor de cada país. Da análise foram excluídos os óbitos acima dos 75 anos, uma vez que se pretendeu privilegiar a caracterização da mortalidade precoce.

A comparação internacional dos anos de vida potencialmente perdidos foi efectuada entre Portugal e os seguintes países: Alemanha, Áustria, Canadá, Espanha, EUA, França, Grécia, Holanda, Irlanda, Itália, Japão, Luxemburgo e Reino Unido (a Bélgica não foi considerada, visto não terem sido encontrados valores para os anos em estudo).

Uma vez que também aqui se privilegiou a comparação entre Portugal e outros países, e de modo a não sobrecarregar a apresentação de dados, foram considerados apenas os anos de 1980, 1990, 2000 e 2006 (último ano disponível), bem como os ganhos entre 1990 e 2006, dada a existência de um maior número de países para comparação.

Na Figura 21 efectua-se a comparação internacional dos AVPP para o ano de 1980.

**Figura 21** Anos de vida potencialmente perdidos, comparação internacional (1980)



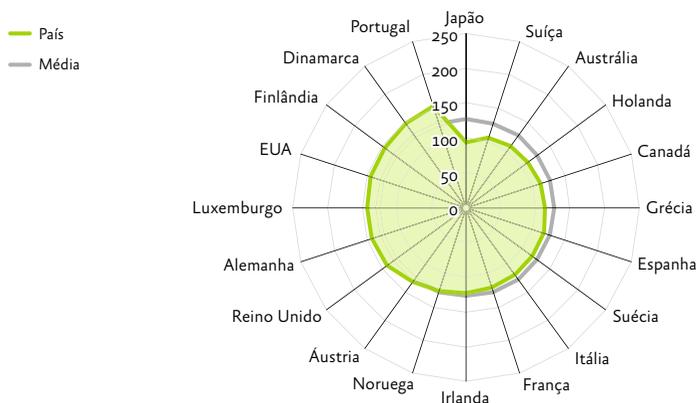
Fonte: OMS, 2008 (adaptado).

As principais observações foram as seguintes:

- Portugal apresentava o pior desempenho neste indicador, sendo que neste ano (1980) se perderam 187 AVPP por mil habitantes;
- Em 1980, em média, perderam-se 150 AVPP por cada mil habitantes;
- O Japão perdeu 107 AVPP por mil habitantes, sendo o país com melhor desempenho neste indicador.

Na Figura 22 efectua-se a comparação internacional dos AVPP para o ano de 1990.

**Figura 22** Anos de vida potencialmente perdidos, comparação internacional (1990)



Fonte: OMS, 2008 (adaptado).

As principais observações foram as seguintes:

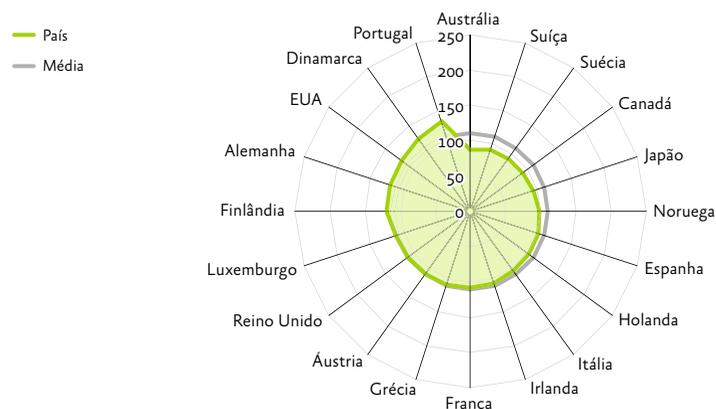
- Verificou-se que Portugal tinha mais 27 AVPP por mil habitantes do que a média dos países em 1990, mantendo assim os piores resultados, mas

apresentava um ganho de 33 AVPP por mil habitantes em relação aos seus AVPP de 1980;

- Observou-se uma melhoria no número de AVPP. Em 1990, a média de AVPP por mil habitantes era de 130, inferior ao valor médio de 1980;
- O Japão continuava a apresentar o melhor desempenho e Portugal o pior entre os países considerados.

O comportamento dos países em 2000 pode ser observado na Figura 23.

**Figura 23** Anos de vida potencialmente perdidos, comparação internacional (2000)



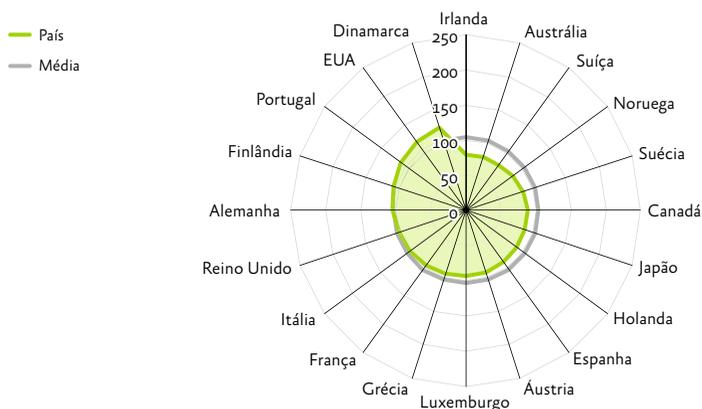
Fonte: OMS, 2008 (adaptado).

As principais observações foram as seguintes:

- Portugal permanecia com o pior desempenho, apresentando 134 AVPP por mil habitantes. Contudo, verificou-se que existia uma aproximação face ao valor médio do ano. A distância entre Portugal e a Austrália, o país que ocupava o primeiro lugar, era de 46 AVPP por mil habitantes. Recorde-se que em 1990 a distância de Portugal para o país que ocupava o primeiro lugar era de 60 AVPP por mil habitantes;
- Em 2000, registou-se novamente uma melhoria neste indicador de saúde. Em termos médios perderam-se em 2000 cerca de 110 AVPP por mil habitantes;
- O Japão deixou de apresentar o melhor desempenho neste indicador, cedendo o seu lugar para a Austrália (87 AVPP por mil habitantes).

Na Figura 24 efectua-se a comparação internacional dos AVPP para o ano de 2006.

**Figura 24** Anos de vida potencialmente perdidos, comparação internacional (2006)



Fonte: OMS, 2008 (adaptado).

As principais observações foram as seguintes:

- Portugal deixou de ocupar o último lugar entre os países analisados, apresentando um desempenho superior aos EUA e à Dinamarca. Verificou-se que existiu uma melhoria nos AVPP quando comparados com os anos anteriores;
- O primeiro lugar passou a ser ocupado pela Irlanda, que perdeu 79 AVPP por cada mil habitantes;
- Em 2006 perderam-se, em média, 104 AVPP por cada mil habitantes.

Comparando entre 1990 e 2006, foi possível observar que:

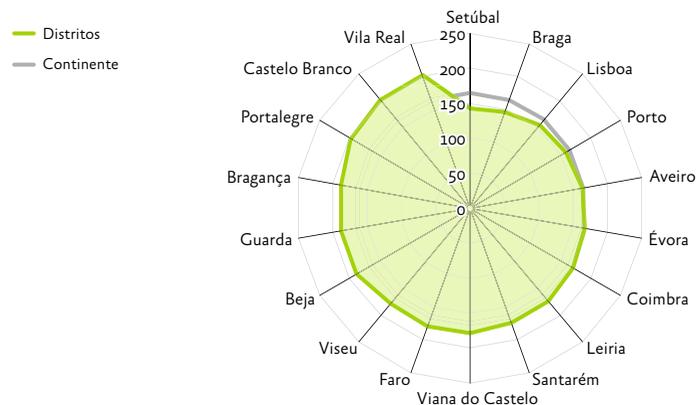
- Em média, cada país obteve um ganho de 24 AVPP por cada mil habitantes quando se compararam os anos de 1990 e 2006;
- O Luxemburgo destacou-se como o país que obteve mais ganhos em AVPP para o período;
- Portugal foi o sexto país com mais ganhos, apresentando um desempenho superior a países como a Alemanha, Itália, Espanha e França, entre outros;
- No conjunto de países considerado, o Japão foi o que registou os menores ganhos de AVPP.

Efectuadas as comparações internacionais, pretende-se agora analisar a evolução dos resultados em saúde numa perspectiva interna. Nesse sentido, são apresentados os anos de vida potencialmente perdidos por distrito e por patologia em Portugal continental.

As disparidades regionais dos resultados de saúde, ao nível dos distritos do Continente, foram analisadas para os anos de 1984 (primeiro ano disponível), 1990, 2000 e 2005 (último ano disponível – deve referir-se que a DGS publicou em 23 de Outubro de 2009 os dados respeitantes a 2006).

Na Figura 25 representam-se os AVPP por distrito para o ano de 1984.

**Figura 25** Anos de vida potencialmente perdidos por distrito (1984)



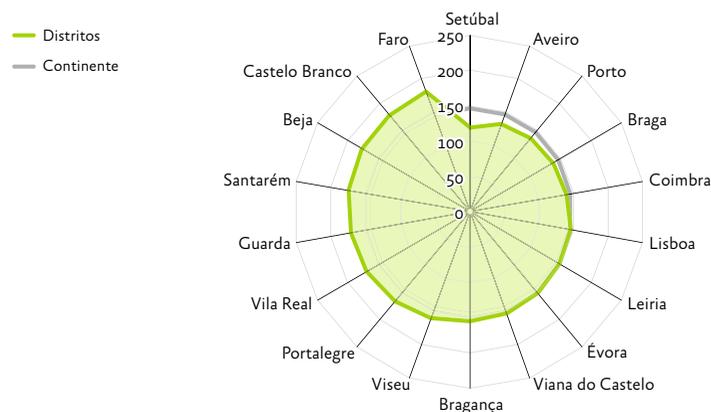
Fonte: DGCS, 1986 (adaptado).

As principais observações foram as seguintes:

- Em 1984, perderam-se em Portugal continental 165 AVPP por cada mil habitantes;
- Setúbal foi o distrito que apresentou o melhor desempenho do país, com 143 AVPP por cada mil habitantes, encontrando-se no outro extremo o distrito de Vila Real, que era o distrito com mais AVPP (201 por cada mil habitantes).

Na Figura 26 representam-se os AVPP por distrito para o ano de 1990.

**Figura 26** Anos de vida potencialmente perdidos por distrito (1990)



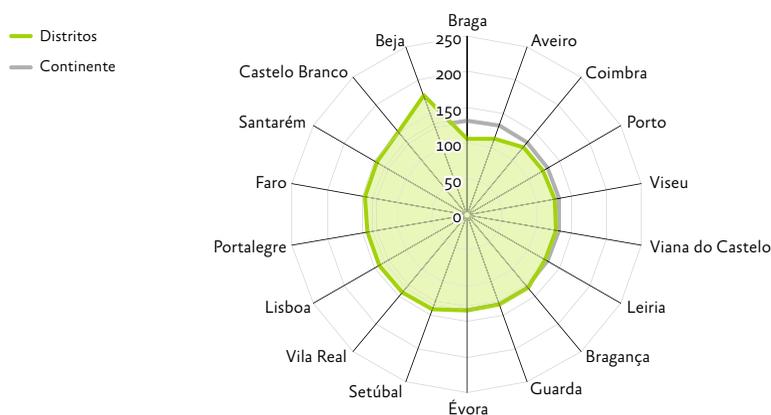
Fonte: DGCS, 1992 (adaptado).

As principais observações foram as seguintes:

- Observou-se uma tendência de melhoria generalizada. Em média, perderam-se 146 AVPP por cada mil habitantes em Portugal Continental;
- Setúbal permaneceu como o distrito com melhor desempenho;
- Vila Real melhorou a sua posição registando um valor mais próximo da média deste ano;
- Faro registou o maior número de anos de vida potencialmente perdidos (180 AVPP por cada mil habitantes).

Na Figura 27 representam-se os AVPP por distrito para o ano de 2000.

**Figura 27** Anos de vida potencialmente perdidos por distrito (2000)



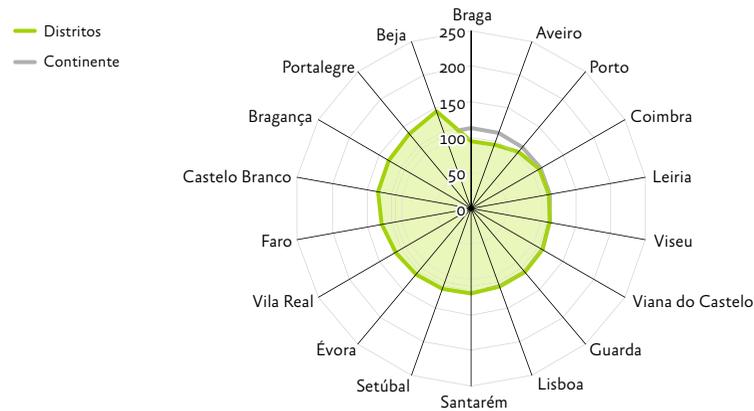
Fonte: DGS, 2002 (adaptado).

As principais observações foram as seguintes:

- Mais uma vez, registou-se uma melhoria global no número de anos de vida potencialmente perdidos;
- O posicionamento interdistrital alterou-se neste período, tendo o distrito de Beja apresentado o pior desempenho (177) e Braga o melhor valor de AVPP (106).

O comportamento dos distritos em 2005 pode ser observado na Figura 28.

**Figura 28** Anos de vida potencialmente perdidos por distrito (2005)



Fonte: DGS, 2007 (adaptado).

As principais observações foram as seguintes:

- Em 2005, perderam-se em Portugal continental 113 AVPP por cada mil habitantes;
- A evolução entre 2000 e 2005 no que respeita aos extremos da distribuição manteve-se constante, isto é, Beja continuou a apresentar o pior desempenho (145) e Braga, por outro lado, permaneceu com o melhor desempenho (94);
- Braga, Aveiro, Porto e Coimbra encontravam-se no conjunto de distritos que apresentavam o melhor desempenho no país desde 1990.

A análise dos ganhos em anos de vida potencialmente perdidos por distrito entre 1984 e 2005 permitiu constatar o seguinte:

- Verificou-se que em Portugal continental, entre 1984 e 2005, existiu um ganho de 52 AVPP por cada mil habitantes;
- Vila Real foi o distrito que registou o maior ganho (78 AVPP ganhos por cada mil habitantes);
- Setúbal registou o menor ganho (22 AVPP ganhos por cada mil habitantes).

Para completar a análise dos resultados em saúde em Portugal apresenta-se em seguida a evolução dos óbitos e AVPP em Portugal Continental para algumas causas: doença cerebrovascular, doença isquémica do coração, todos os tumores, tumor maligno do cólon, tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão, tumor maligno da mama feminina, diabetes e pneumonia.

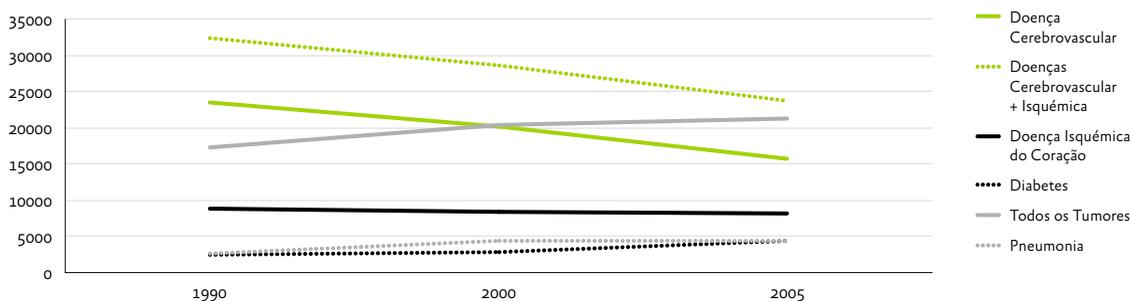
Optou-se por analisar estas doenças por constituírem prioridades definidas pelo Plano Nacional de Saúde: doença isquémica do coração; doença cerebrovascular; tumor do cólon; tumor da traqueia, brônquios e pulmão e

tumor da mama feminina. A estas acrescentaram-se a diabetes mellitus, pelo facto de o Programa Nacional de Controlo da Diabetes existir em Portugal desde a década de 1970 (DGS, 2008), e a pneumonia, pela sua importância enquanto causa de morte (DGS, 2007) e pelo crescimento como morbilidade e causa de internamento hospitalar (IGIF, 2007b; DGS, 2007). Consideraram-se os anos e a respectiva evolução entre 1990, 2000 e 2005.

Os dados referentes aos óbitos foram recolhidos através das publicações “Risco de morrer em Portugal”, publicadas pela DGS, e os dados referentes à população foram obtidos através das “Estatísticas Demográficas” publicadas pelo INE.

A evolução do número de óbitos nos anos de 1990, 2000 e 2005 pode ser observada na Figura 29.

**Figura 29** Número de óbitos para as causas de morte em análise (1990, 2000 e 2005)



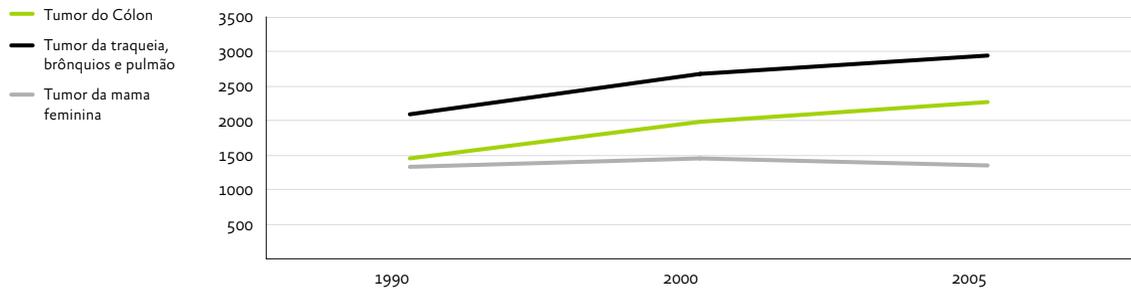
Fonte: DGCSF, 1992;DGS, 2002;DGS,2007 (adaptado). Unidade: valor absoluto.

As principais observações foram as seguintes:

- Verificou-se que as doenças isquémicas do coração, cerebrovascular e todos os tumores eram as principais causas de morte em Portugal continental;
- Observou-se uma redução da mortalidade por doença cerebrovascular, que em 1990 era responsável por 23.545 óbitos e em 2005 por 15.668 óbitos. Simultaneamente, verificou-se que o número de óbitos provocado por tumores apresentou um crescimento no mesmo período. De facto, a partir de 2000, os óbitos por todos os tumores passaram a ser mais frequentes do que os óbitos por doença cerebrovascular;
- A mortalidade por doença isquémica do coração apresentou um ligeiro decréscimo;
- O número de óbitos por diabetes mellitus e pneumonia apresentou uma tendência de crescimento. Em 1990, cada uma destas causas de morte era responsável por cerca de 2.600 óbitos e em 2005 o número de óbitos situava-se perto dos 4.300.

Na Figura 30 apresenta-se a evolução dos óbitos para os três tumores malignos em análise: tumor do cólon, tumor da traqueia, brônquios e pulmão e tumor da mama feminina. Importa mencionar que a soma dos óbitos por tumor do cólon, tumor da traqueia e pulmão e tumor da mama feminina representa cerca de 30% do total de óbitos provocados por todos os tumores.

**Figura 30** Número de óbitos para o tumor do cólon, tumor da traqueia, brônquios e pulmão e tumor da mama feminina (1990, 2000 e 2005)



Fonte: DGCS, 1992; DGS, 2002; DGS, 2007 (adaptado). Unidade: valor absoluto.

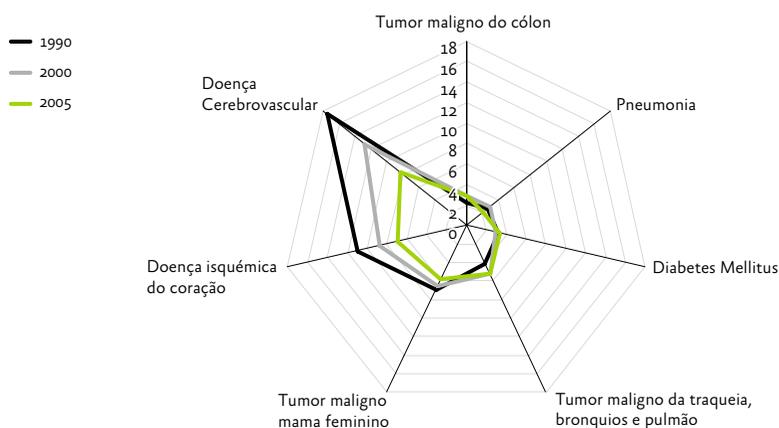
As principais observações foram as seguintes:

- O tumor da traqueia, brônquios e pulmão apresentava um maior número de óbitos do que os restantes tumores em análise;
- Verifica-se que, à semelhança do tumor do cólon, existia uma tendência de crescimento no número de mortes provocadas por estas duas causas de morte. Em 1990, o número de óbitos por tumor do pulmão foi de 2.090 e por tumor do cólon 1.450. Em 2005, o número de óbitos observado foi de 2.930 e 2.261 respectivamente;
- Pelo contrário, observou-se uma ligeira redução de óbitos provocados pelo tumor da mama feminina que em 2000 provocou 1.448 óbitos e 1.350 em 2005.

Efectua-se de seguida uma análise dos anos de vida potencialmente perdidos para as seguintes causas de morte: doença cerebrovascular, doença isquémica do coração, todos os tumores, tumor do cólon e do recto, tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão, tumor da mama feminina, diabetes mellitus e pneumonia.

Na Figura 31 representam-se os AVPP por causas de morte para os anos de 1990, 2000 e 2005.

**Figura 31** Anos de vida potencialmente perdidos, comparação por causas de morte (1990, 2000 e 2005)



Fonte: DGCS, 1992; DGS, 2002; DGS, 2007 (adaptado).

As principais observações foram as seguintes:

- As doenças cerebrovascular e isquémica do coração foram as principais causas de anos de vida potencialmente perdidos representadas;
- A doença cerebrovascular era responsável, em 1990, por 17 AVPP por cada mil habitantes. Em 2005, o número de AVPP foi de 8 por mil habitantes;
- A doença isquémica do coração era responsável, em 1990, por 11 AVPP por cada mil habitantes. Em 2005, o número de AVPP foi de 7 por mil habitantes.

Os ganhos destas doenças no período de 1990 a 2005 caracterizaram-se pelo seguinte:

- Apesar de constituírem as patologias onde se verificaram mais AVPP em termos totais nacionais, as doenças cerebrovascular, isquémica do coração, tumor maligno da mama e pneumonia apresentaram uma evolução favorável entre 1990 e 2005. Foram obtidos ganhos em saúde com um ritmo superior às restantes patologias causadoras de mortalidade no nosso país;
- Inversamente, o tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão e o tumor maligno do cólon registaram um ligeiro aumento de anos de vida potencialmente perdidos.

### **Desempenho económico do SNS (análise de custo efectividade)**

Finalmente, com vista a apurar o desempenho económico do Sistema Nacional de Saúde, foram consideradas duas informações: por um lado, as despesas em saúde *per capita* em 1990 e 2006 e respectiva evolução nesse período e, por outro, os anos de vida potencialmente perdidos *per capita* nesses anos

e respectiva evolução nesse período. Dessa forma, foi possível calcular um rácio incremental de custo-efectividade (RICE) que ilustra o crescimento das despesas necessário aos ganhos em saúde registados naquele período:

$$\text{RICE} = \frac{\text{Despesas em saúde pc em 2006} - \text{Despesas em saúde pc em 1990}}{|\text{AVPP pc em 2006} - \text{AVPP pc em 1990}|}$$

pc: *per capita*

A forma de apuramento dos valores nacionais e internacionais utilizados para o cálculo do indicador foi já abordada em pontos anteriores, embora se reitere aqui os cuidados necessários na comparação entre os valores nacionais e internacionais, já que os primeiros incluem apenas as despesas públicas com hospitais e centros de saúde e os segundos correspondem ao valor global das despesas.

Os valores do RICE para o conjunto de países já aqui considerado (“OCDE21”) são apresentados no Quadro IV.

**Quadro IV** Rácio incremental de custo-efectividade, comparação internacional (1990 e 2006)

	AVPP por 1000 Habitantes		Despesas em saúde <i>per capita</i>		Evolução entre 2006 e 1990		RICE
	1990	2006	1990	2006	AVPP	DS_PC	
Alemanha	142,33	105,52	2091,19	2888,04	36,81	796,85	21.650
Austrália	109,64	79,61	1496,63	2706,43	30,03	1.209,80	40.289
Áustria	131,64	92,78	1975,25	3160,95	38,86	1.185,70	30.513
Canadá	113,15	88,55	2095,96	3114,77	24,60	1.018,80	41.422
Dinamarca	148,98	123,61	1930,36	2985,65	25,38	1.055,28	41.585
Espanha	118,40	90,42	1093,74	1985,39	27,99	891,64	31.860
EUA	144,09	119,63	3355,94	5759,16	24,46	2.403,22	98.264
Finlândia	145,32	108,56	1687,73	2445,60	36,76	757,88	20.618
França	120,58	97,19	1859,03	3053,31	23,40	1.194,28	51.045
Grécia	113,82	94,79	1042,62	2118,13	19,02	1.075,51	56.532
Holanda	110,58	89,24	1835,33	3000,00	21,35	1.164,67	54.554
Irlanda	122,85	78,66	954,61	2671,55	44,19	1.716,94	38.852
Itália	119,62	97,91	1689,11	2374,06	21,71	684,95	31.544
Japão	93,20	88,74	1385,99	2235,81	4,46	849,82	190.677
Luxemburgo	142,50	93,66	1994,79	4706,52	48,84	2.711,73	55.522
Noruega	126,27	83,19	2028,53	3442,18	43,09	1.413,65	32.808
Portugal	153,39	115,85	780,72	1774,23	37,54	993,52	26.463
Reino Unido	140,58	100,38	1237,84	2416,71	40,20	1.178,87	29.327
Suécia	118,84	85,72	1939,71	2937,12	33,12	997,41	30.116
Suíça	105,69	80,06	2499,40	3782,34	25,63	1.282,93	50.062

Fonte: OCDE, 2008; OMS, 2008 (adaptado).

Uma vez que já se analisaram as despesas e os ganhos em AVPP, serão apenas referidos os valores relacionados com a análise de custo-efectividade, medida pelo RICE. Assim, em Portugal, este indicador foi de 26.463 dólares a preços de 2000. Por sua vez, o RICE de Portugal entre 1990 e 2006 foi o terceiro melhor. Somente a Finlândia (\$20.618) e a Alemanha (\$21.650) apresentaram melhores indicadores, pelo que se pode considerar, em função desta análise, que o Sistema de Saúde Português foi muito eficiente no período contemplado.

Para se proceder à análise do desempenho económico em Portugal (Continente) foram estabelecidos alguns pressupostos:

- De modo a tornar mais relevante a análise do impacte da mortalidade precoce, os valores dos AVPP dizem apenas respeito à população com menos de 75 anos;
- As despesas *per capita* foram estimadas de forma a ter em conta a proveniência dos doentes e não o local de prestação. Para simplificar os cálculos, foram apenas utilizados dados respeitantes ao internamento, embora a afectação das despesas respeite o total da actividade hospitalar.
- As despesas *per capita* foram calculadas a preços constantes, tendo como referência o ano de 2005.
- Os valores são apresentados em euros;
- Deve ainda ter-se presente que pese embora o facto de os resultados em saúde (AVPP) respeitarem os valores globais para a população com menos de 75 anos, as despesas referem-se somente a uma parte do SNS (os centros de saúde e os hospitais). Foram assim excluídas todas as despesas relativas a prestação privada e não paga pelo SNS, as despesas dos subsistemas públicos e privados, as despesas com seguros privados e as despesas das famílias, pelo que o RICE apurado deve ser interpretado com algumas cautelas, nomeadamente a comparação com valores internacionais e a avaliação global da eficiência do Sistema de Saúde Português. Neste sentido, os valores apurados são meramente indicativos de algumas diferenças regionais (por distrito) tendo em vista a investigação para se saber se existem ou não alguns indícios de falta de equidade e de falta de racionalidade no financiamento, na gestão e na prestação de cuidados de saúde.

O Quadro V contém os valores do RICE para os distritos do Continente.

**Quadro V** Rácio incremental de custo-efectividade por distrito (1990 e 2005)

	AVPP por 1000 Habitantes		Despesas em saúde <i>per capita</i> (DS_PC)		Evolução entre 1990 e 2006		RICE
	1990	2005	1990	2005	AVPP	DS_PC	
Aveiro	135.90	95.41	253.57	512.32	40.49	258.75	6390
Beja	181.55	145.48	262.93	646.66	36.07	383.74	10639
Braga	142.60	93.67	185.64	393.41	48.92	207.77	4247
Bragança	181.15	134.38	206.92	942.47	46.78	735.55	15725
Castelo Branco	181.40	133.49	282.22	905.87	47.91	623.65	13017
Coimbra	146.69	110.88	250.57	929.15	35.80	678.58	18953
Évora	152.17	121.68	290.64	679.05	30.49	388.41	12738
Faro	180.81	129.96	264.20	564.77	50.86	300.57	5910
Guarda	175.16	117.41	272.19	772.43	57.75	500.24	8662
Leiria	152.69	111.55	286.32	605.00	41.15	318.68	7745
Lisboa	152.54	117.44	336.21	698.94	35.10	362.73	10334
Portalegre	171.56	136.97	295.06	682.78	34.59	387.71	11209
Porto	143.75	103.60	242.36	591.00	40.15	348.64	8683
Santarém	147.23	119.72	247.12	518.65	27.52	271.52	9868
Setúbal	137.38	120.72	225.74	720.21	16.65	494.47	29689
Viana Castelo	168.55	115.86	198.46	498.43	52.69	299.96	5693
Vila Real	195.47	123.67	180.75	476.55	71.80	295.80	4120
Viseu	172.42	112.71	223.39	555.00	59.71	331.61	5554
Total	152.98	112.71	260.65	625.67	40.27	365.01	9064

Fonte: DGCS, 1992; DGFSS, 1992; DGS, 2007; IGLIF, 2007 (adaptado).

As principais observações foram as seguintes:

- O coeficiente de variação (CV) (divisão do desvio padrão pela média) para os AVPP foi de 11,1 e de 11,3, respectivamente em 1990 e em 2005, o que significou uma reduzida variação por distrito, a qual esteve estável ao longo do período;
- O CV para as “despesas *per capita*” foi de 16,1 e de 23,9, respectivamente em 1990 e em 2005, o que parece indicar que existia uma variabilidade distrital relativamente reduzida, apesar de poder apontar para uma maior heterogeneidade na “distribuição” de recursos financeiros;
- O CV nos ganhos de AVPP e na diferença de despesas *per capita*, ambos resultantes das diferenças entre 1990 e 2005, foi de 30,3 e de 37,4, respectivamente. Estes valores parecem evidenciar uma possibilidade de aumento nas desigualdades regionais (distrito);
- O CV do RICE para o período em análise foi de 59,2, o que parece traduzir a existência de variabilidade regional (distrito) e eventualmente para indícios de falta de racionalidade e de lacunas na gestão no SNS.

No entanto, o mais interessante parece ser a inexistência de um padrão nestes indicadores:

- Os distritos com melhores rácios de custo-efectividade foram Vila Real, Braga, Viseu e Viana do Castelo, enquanto os menos eficientes foram Setúbal, Coimbra, Bragança e Castelo Branco;
- Os distritos com maiores ganhos em saúde foram Viana do Castelo, Guarda, Viseu e Vila Real, enquanto na situação contrária encontravam-se Portalegre, Évora, Santarém e Setúbal;
- Os distritos com acréscimos menores na despesa *per capita* foram Braga, Aveiro, Santarém e Vila Real e os com maiores acréscimos foram Bragança, Coimbra, Castelo Branco e Guarda.

---

### Notas finais

---

De acordo com os objectivos definidos inicialmente, este capítulo versou sobretudo quatro temáticas: a evolução dos recursos, das despesas, dos níveis de produção e resultados alcançados, bem como da estimativa de eficiência gerada no SNS.

Para a operacionalização dos objectivos supramencionados recorreu-se a uma metodologia baseada numa análise descritiva dos principais indicadores habitualmente utilizados para tipificar cada uma das dimensões consideradas.

Sublinha-se também que, contrariamente às análises típicas efectuadas no âmbito da presente problemática, onde predominam abordagens individuais sobre a evolução das despesas e resultados obtidos, sempre acompanhadas por tentativas de explicação dos seus factores, ensaiou-se neste capítulo a obtenção e análise de informação que permitisse aferir qual o valor criado em saúde, através da relação directa entre os resultados obtidos e as despesas suportadas.

Deste modo, concluiu-se que os recursos disponíveis para a prestação de cuidados de saúde têm vindo a aumentar nos últimos anos em Portugal, sendo que no caso dos recursos humanos médicos se ultrapassou, em 2005, os valores médios da UE-15. A excepção residiu apenas no movimento de redução do número de camas e hospitais registado em 1985, após o qual a oferta de recursos estabilizou, bem como no valor comparativamente inferior de recursos humanos de enfermagem. Os recursos disponíveis no sector privado têm vindo a ganhar importância, sendo contudo minoritários, particularmente em termos de lotação, registando-se uma maior dimensão dos hospitais públicos.

Relativamente ao montante de despesas em saúde em Portugal, este tem vindo a crescer, à semelhança de outros países da OCDE. Apesar de o valor das despesas ser comparativamente inferior ao dos países em estudo, o esforço relativo com as despesas em saúde excedia o registado na UE-15.

Com base nos dados acerca da combinação entre financiamento/prestação privado e público, o sistema de saúde português foi apontado como sendo tipicamente um sistema misto, tanto no que diz respeito ao seu financiamento como à prestação.

Além disso, observou-se que a distribuição regional das despesas indicava uma concentração num dos distritos, onde se pode também constatar uma concentração dos recursos (Coimbra), o que em certa medida reflectia o modelo organizativo da prestação.

Quer a actividade em ambulatório, quer no internamento cresceram de forma consistente. Apesar disto, no ambulatório, o crescimento da actividade urgente nos centros de saúde e da actividade programada dos hospitais foi mais intenso. O sector público, mantendo-se maioritário, conheceu uma redução da sua relevância no volume de actividade, o que já tinha sido constatado em análises anteriores.

A evolução dos ganhos em saúde pautou-se pela existência de ganhos em saúde consideráveis em Portugal nos últimos anos, comparativamente a um grupo de países de referência da OCDE. Contudo, a mortalidade prematura devido a tumor da traqueia, brônquios e pulmão, ou ainda a tumor do cólon e do recto, teve uma evolução desfavorável no período. Deste modo, concluiu-se pela existência de indicadores positivos, nomeadamente a existência de importantes melhorias nos resultados de saúde, com uma distribuição equilibrada no Continente.

Na análise de custo-efectividade, o sistema de saúde português foi muito eficiente no período em análise, apenas ultrapassado pelos resultados obtidos na Finlândia e Alemanha. No entanto, a evolução das despesas *per capita*, bem como do indicador de desempenho económico (RICE) parecem introduzir alguns problemas na actividade, racionalidade e gestão do sistema de saúde português. Como esta avaliação é apenas exploratória, além de ser parcial, ou seja, refere-se somente às organizações públicas (centros de saúde e hospitais) e ao financiamento do SNS, torna-se necessário continuar a investigar o assunto, incluindo, por exemplo, outros pagadores (públicos e privados), bem como prestadores privados.

Neste sentido, de acordo com os dados recolhidos e a informação analisada, verifica-se que o problema da sustentabilidade económico-financeira dos sistemas de saúde continua a ser um tema merecedor de destaque no âmbito do debate da política de saúde um pouco por todo o mundo.

A tendência crescente das despesas globais do sector da saúde e o aumento do esforço relativo colectivo, por um lado, e a perspectiva de agravamento dos factores que conduziram à presente realidade, por outro lado, constituem a estruturação de um espectro evolutivo globalmente

desfavorável. Portugal não foge a esta tendência apresentada pelo conjunto dos países mais desenvolvidos.

Também a significativa contribuição de financiamento e prestação privada nos valores totais do sistema de saúde português, sobretudo por estarmos na presença de um sistema tipo SNS, é uma característica estruturante da nossa realidade que motiva o debate sobre as opções estratégicas e de governação das reformas do sistema de saúde. Apesar desta natureza “mista” constituir já um predicado nacional, os argumentos das diferentes correntes puristas digladiam-se entre mais público ou mais privado como meio para se atingir um sistema com melhor eficiência, acessibilidade e qualidade na prestação de cuidados.

O caminho percorrido desde a criação do SNS pautou-se pela disponibilização de recursos que não divergiram substancialmente face aos restantes países da OCDE e UE. Apesar de a apreciação sobre a adequação dos níveis de produção alcançados apresentar problemas de juízo de valor, resultantes da especificidade e características próprias do mercado e das organizações prestadoras de cuidados de saúde (nem sempre consideradas como tal), observaram-se fenómenos globalmente favoráveis, como é o caso do crescimento das consultas programadas face às urgências.

Finalmente, no que respeita aos resultados em saúde, estes demonstram que a evolução global do país foi favorável ao longo dos últimos 30 anos. Por outro lado, constata-se que Portugal apresenta a terceira melhor evolução no custo-efectividade entre o grupo de países “OCDE21”. Estes indicadores apresentam, no entanto, uma desigualdade relativa na óptica da sua evolução distrital.

No seio da problemática económica, onde recursos escassos e necessidades ilimitadas procuram um equilíbrio capaz de satisfazer os diferentes agentes do mercado, a existência de um constante crescimento no volume monetário afecto ao sector saúde torna necessária a definição de critérios de afectação de recursos dirigidos a uma maior valorização dos montantes disponíveis. Se no plano teórico esta constatação é universalmente válida, importa sublinhar que a realidade portuguesa se caracteriza pela existência de disparidades internas na distribuição de recursos e resultados alcançados.

De uma forma geral, poder-se-á afirmar que Portugal acompanhou as tendências internacionais, tanto em termos absolutos como relativos. Traduz-se esta constatação numa ausência de disparidade substancial no que respeita à evolução das últimas três décadas nas dimensões analisadas, como os recursos, as despesas, a produção, os resultados e a eficiência. No entanto, a forma como estas dimensões se distribuem em termos internos não foi uniforme, tornando a problemática do financiamento e da promoção da eficiência nas organizações de saúde um tema actual, que merece um amplo espaço de investigação e debate.

---

## Bibliografia

---

- ACSS. Serviço Nacional de Saúde: relatório e contas 2006. Lisboa: ACSS; 2008.
- ACSS. Serviço Nacional de Saúde: relatório e contas 2007. Lisboa: ACSS; 2009.
- Barros PP, Simões J. Health systems in transition Portugal: health system review. Health Systems in Transition. 2007; 9(5):1-140.
- Campos A. Oportunidades empresariais na área da saúde: relatório final. 1999. Informação não publicada.
- Campos A. Reformas da saúde: o fio condutor. Coimbra: Edições Almedina; 2008.
- DGCSP. Risco de morrer em Portugal 1984. Lisboa: DGCSP; 1986.
- DGCSP. Risco de Morrer em Portugal 1990. Lisboa: DGCSP; 1992.
- DGFSS. Orçamento e contas de 1980: Serviço Nacional de Saúde. Lisboa: DGFSS; 1981.
- DGFSS. Orçamento e contas de 1981: Serviço Nacional de Saúde. Lisboa: DGFSS; 1982.
- DGFSS. Orçamento e contas de 1984: Serviço Nacional de Saúde. Lisboa: DGFSS; 1985.
- DGFSS. Serviço Nacional de Saúde: orçamento e contas de 1988. Lisboa: DGFSS; 1990.
- DGFSS. Serviço Nacional de Saúde: orçamento e contas de 1989 a 1990. Lisboa: DGFSS; 1992.
- DGS. Risco de morrer em Portugal 2000. Lisboa: DGS; 2002.
- DGS. Centros de saúde e hospitais: recursos e produção 2005. Lisboa: DGS; 2006.
- DGS. Risco de morrer em Portugal 2005. Lisboa: DGS; 2007.
- DGS. Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes. Lisboa: DGS; 2008.
- DRHS. Recursos humanos do Serviço Nacional de Saúde 1986. Lisboa: DRHS; 1987.
- IGIF. Serviço Nacional de Saúde: orçamento e contas de 1991-1992. Lisboa: IGIF; 1993.
- IGIF. Serviço Nacional de Saúde: orçamento e contas de 1993. Lisboa: IGIF; 1994.
- IGIF. Serviço Nacional de Saúde: receitas e despesas 1994-1995. Lisboa: IGIF; 1996.
- IGIF. Serviço Nacional de Saúde: contas globais 1996-1997. Lisboa: IGIF; 1999.
- IGIF. Serviço Nacional de Saúde: contas globais 1998. Lisboa: IGIF; 2000.
- IGIF. Serviço Nacional de Saúde: contas globais 2000. Lisboa: IGIF; 2002.
- IGIF. Serviço Nacional de Saúde: contas globais 2001. Lisboa: IGIF; 2003.
- IGIF. Serviço Nacional de Saúde: contas globais 2002. Lisboa: IGIF; 2004.
- IGIF. Serviço Nacional de Saúde: contas globais 2003. Lisboa: IGIF; 2005.
- IGIF. Serviço Nacional de Saúde: contas globais 2004. Lisboa: IGIF; 2006.
- IGIF. Serviço Nacional de Saúde: relatório e contas 2005. Lisboa: IGIF; 2007.[2007a]
- IGIF. Grupos de Diagnósticos Homogêneos: Relatório nacional de 2005. Lisboa: IGIF; 2007. [2007b]
- INE. Portugal Estatísticas da Saúde 1979: Continente, Açores e Madeira. Lisboa: INE; 1982.
- INE. Portugal Estatísticas da Saúde 1980/81: Continente, Açores e Madeira. Lisboa: INE; 1983.
- INE. Portugal Estatísticas da Saúde 1982: Continente, Açores e Madeira. Lisboa: INE; 1984.

- INE. Portugal Estatísticas da Saúde 1983: Continente, Açores e Madeira. Lisboa: INE; 1985.
- INE. Portugal Estatísticas da Saúde 1985: Continente, Açores e Madeira. Lisboa: INE; 1986.
- INE. Portugal Estatísticas da Saúde 1986: Continente, Açores e Madeira. Lisboa: INE; 1987.
- INE. Portugal Estatísticas da Saúde 1987: Continente, Açores e Madeira. Lisboa: INE; 1988.
- INE. Portugal Estatísticas da Saúde 1988: Continente, Açores e Madeira. Lisboa: INE; 1989.
- INE. Portugal Estatísticas da Saúde 1989: Continente, Açores e Madeira. Lisboa: INE; 1990.
- INE. Portugal Estatísticas da Saúde 1990: Continente, Açores e Madeira. Lisboa: INE; 1991.
- INE. Portugal Estatísticas da Saúde 1991/1992: Continente, Açores e Madeira. Lisboa: INE; 1993.
- INE. Portugal Estatísticas da Saúde 1993: Continente, Açores e Madeira. Lisboa: INE; 1994.
- INE. Portugal Estatísticas da Saúde 1994: Continente, Açores e Madeira. Lisboa: INE; 1995.
- INE. Portugal Estatísticas da Saúde 1995: Continente, Açores e Madeira. Lisboa: INE; 1996.
- INE. Portugal Estatísticas da Saúde 1996: Continente, Açores e Madeira. Lisboa: INE; 1997.
- INE. Portugal Estatísticas da Saúde 1997: Continente, Açores e Madeira. Lisboa: INE; 1998.
- INE. Portugal Estatísticas da Saúde 1998: Continente, Açores e Madeira. Lisboa: INE; 1999.
- INE. Portugal Estatísticas da Saúde 1999: Continente, Açores e Madeira. Lisboa: INE; 2001.
- INE. Portugal Estatísticas da Saúde 2000: Continente, Açores e Madeira. Lisboa: INE; 2002.
- INE. Portugal Estatísticas da Saúde 2001: Continente, Açores e Madeira. Lisboa: INE; 2003.
- INE. Portugal Estatísticas da Saúde 2002: Continente, Açores e Madeira. Lisboa: INE; 2004.
- INE. Portugal Estatísticas da Saúde 2003: Continente, Açores e Madeira. Lisboa: INE; 2004.
- INE. Portugal Estatísticas da Saúde 2004: Continente, Açores e Madeira. Lisboa: INE; 2006.
- INE. Portugal Estatísticas da Saúde 2005: Continente, Açores e Madeira. Lisboa: INE; 2006.
- INE. Resposta a pedido de informação estatística: número de atendimentos urgentes, número de centros de saúde, número de cesarianas, número de cirurgias, número de consultas por especialidade, número de doentes saídos, número de hospitais e sua lotação e número de partos – por distrito no período 1993/1999-2007. Lisboa: INE; 2009. Dados não publicados, fornecidos após contacto de pedido de informação estatística.
- INE. Estimativas da população residente (provisórias, pós-censitárias 2007), por sexo, por grupos etários e distritos: 31/XII/2007. Lisboa: INE; 2009.
- OCDE. OECD Health Data 2008 [CD-ROM]: statistics and indicators for 30 countries. Paris: OCDE; 2008.
- OMS. World Health Statistics [Internet]. Geneva: OMS; 2008. [cited 01-09-2009]. Available from <http://www.who.int/whosis/>.
- Pereira J. Economia da saúde: um glossário de termos e conceitos. Lisboa: Associação Portuguesa de Economia da
- Ramos F. O financiamento público do sistema de saúde: caridade do Estado ou a busca da eficiência? *Gestão Hospitalar*. 1995;25-32.



## Capítulo 2

---

### Custos e preços na saúde: presente

---

[Carlos Costa, Sílvia Lopes e Rui Santana]

---

#### Eficiência nos cuidados de saúde primários (SNS)

---

No sistema de saúde português, os cuidados de saúde primários são a primeira e principal forma de contacto dos cidadãos com o sistema de saúde:

“(…) fazem parte integrante do sistema de saúde do qual constituem o centro, assim como do desenvolvimento social e económico global da comunidade. Proporcionam o primeiro nível de contacto do indivíduo, da família e da comunidade, permitindo a aproximação da assistência de saúde o mais perto possível dos locais onde a população vive e trabalha e constituem o primeiro elemento de um processo permanente de assistência de saúde” (Chaves, 2006).

Neste sentido, o primeiro tema constante deste capítulo são precisamente os cuidados de saúde primários, que será abordado através dos seguintes assuntos:

1. Cuidados de saúde primários: descrição da sua evolução histórica e situação actual;
2. Análise de eficiência e ganhos potenciais em contexto de cuidados de saúde primários.

Na primeira parte (Cuidados de saúde primários: descrição da sua evolução histórica e situação actual), o principal objectivo é:

Descrever o estado da arte nos cuidados de saúde primários, através da realização de um enquadramento teórico que permita suportar os pontos seguintes deste capítulo. Dada a constante e rápida evolução sofrida nos últimos anos, apresentam-se os seus aspectos gerais, nomeadamente a sua importância e definição, a evolução até à reforma iniciada em 2005, as principais características da reforma e as suas etapas.

Na segunda parte (Análise de eficiência e ganhos potenciais em contexto de cuidados de saúde primários), o principal objectivo é:

Analisar a eficiência dos cuidados de saúde primários em Portugal. Em termos específicos, são seguidos dois objectivos adicionais: caracterizar a distribuição da eficiência e obter o valor da possível margem de ganhos potenciais nos cuidados de saúde primários.

### **Cuidados de saúde primários: evolução histórica e situação actual**

[Patrícia Barbosa, Rui Santana, Carlos Costa]

De acordo com Silva (1983), a estrutura de oferta de cuidados de saúde apresenta uma natureza bipolar baseada sobretudo em cuidados primários e secundários, tendo sido esta divisão determinada mormente por motivos de ordem técnica. Ramos (1994) afirma também que a presente estrutura de oferta de cuidados de saúde no nosso país assenta na individualização de diferentes níveis de prestação, sendo esta divisão justificada por razões de natureza epidemiológica, em critérios de custo-efectividade, bem como em princípios de acessibilidade, adequação, aceitabilidade e continuidade de cuidados.

Admitindo funções distintas em cada nível de cuidados de saúde, em termos organizacionais e segundo a Lei de Bases da Saúde (1990), na sua Base XIII n.º1, o sistema de saúde português assenta nos cuidados de saúde primários que devem situar-se junto das comunidades. Para a sua definição, Barbara Starfield (1998) identifica quatro elementos estruturantes fundamentais: são cuidados de primeiro contacto (*gatekeepers*); longitudinais (ao longo da vida); compreensivos (globais, holísticos); e devem garantir a coordenação/integração (com os restantes níveis de cuidados). Vuori (1983), por seu turno, definiu os cuidados de saúde primários como cuidados de primeiro nível, isto é, a sua característica fundamental reside no primeiro contacto da população com os cuidados de saúde.

Originalmente, é reconhecido que a definição de cuidados de saúde primários tem a sua fundação na conferência internacional realizada no ano de 1978 em Alma-Ata. Decorrente desta reunião, foi geralmente consensualizado que os cuidados de saúde primários poderão encontrar a sua conceptualização em “cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante a sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Representam o primeiro nível de contacto dos indivíduos, da família e da

comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde as pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde”.

Em termos históricos, a primeira iniciativa relevante que contribuiu para o desenvolvimento dos cuidados de saúde primários durante o século xx no nosso país pode ser identificada em 1946, através do Decreto-Lei n.º 35311 de 25 de Abril, uma data prévia à própria constituição do Ministério da Saúde no nosso país, que aconteceu em 1958. Neste diploma foi constituída a Federação das Caixas de Previdência que veio substituir os serviços médicos municipais, pagos pelo Estado, onde se previa a criação de um serviço de cuidados de saúde numa base nacional que abrangia apenas os trabalhadores por conta de outrem, como meio de protecção na doença, invalidez e desemprego involuntário.

Estes serviços ficaram popularmente conhecidos como “Serviços da Caixa”, seguros sociais obrigatórios, embora a este respeito se deva salientar que apesar desta iniciativa legislativa, o Estado não tinha uma responsabilidade efectiva sobre a saúde dos seus cidadãos.

Mais tarde, já na década de 1970, a Lei Orgânica do Ministério da Saúde e Assistência, prevista no Decreto-Lei n.º 413/71, estabeleceu os fundamentos do Serviço Nacional de Saúde, assim como os centros de saúde de primeira geração. A reforma implícita neste documento tornava-se particularmente importante num contexto até então dominado pela existência de uma diversidade de prestadores, através das Misericórdias, responsáveis pela gestão de hospitais e outros serviços de saúde, Serviços Médico-Sociais, responsáveis pela prestação a beneficiários da Federação das Caixas de Previdência, e Serviços de Saúde Pública, responsáveis pela prestação de serviços na área da vacinação, cuidados materno-infantis e saneamento ambiental. Contudo, estes centros de saúde de primeira geração não integravam os serviços médicos das Caixas de Previdência.

Para além de acontecimentos externos ao próprio sector da saúde, que contribuíram para a alteração da sua própria filosofia, como a implementação de um regime democrático em 1974, factores internos e externos da segunda metade da década de 1970 despoletaram o desenvolvimento dos cuidados de saúde primários no nosso país, como são exemplos a criação dos serviços médicos à periferia (1975) ou a conferência de Alma-Ata, realizada em 1978. Nesta conferência internacional foi consensualizada uma declaração geralmente aceite pelos 134 países participantes – conhecida pela declaração de Alma-Ata – onde se pode encontrar a própria definição de cuidados de saúde primários (conforme supra citado). Ainda durante a década de 1970, destaca-se o marco fundamental que veio transformar a própria filosofia do sistema de

saúde português, a criação do Serviço Nacional de Saúde, em 1979, que previu o direito à protecção da saúde de base nacional, universal, geral e gratuito, cujo acesso deveria ser assegurado pelo Estado português.

Posteriormente, já durante a década de 1980, continuaram as tentativas de reorganização reformista dos cuidados de saúde primários no nosso país, através de iniciativas legislativas e normativas. Em 1983, foi publicado o Despacho Normativo n.º 97/83, que previu a criação de centros de saúde de segunda geração, unidades sem autonomia financeira ou administrativa e que englobaram em simultâneo os centros de saúde e os postos dos serviços médico-sociais. Ao nível central, salienta-se ainda a criação da Direcção-Geral de Cuidados de Saúde Primários.

Durante a década de 1990, assinala-se a definição de uma Lei de Bases da Saúde em 1990, a publicação do estatuto do SNS e a criação das Administrações Regionais de Saúde como eventos significativos que ainda hoje tipificam e moldam a matriz estrutural do sistema de saúde português.

Com este “novo” enquadramento jurídico, deu-se início, no final da década de 1990, a um conjunto de experiências de organização inovadoras nos cuidados de saúde primários:

- O Regime Remuneratório Experimental, estipulado através do Decreto-Lei n.º 117/98, de 5 de Maio. Este regime exigia a complementaridade e intersubstituição entre profissionais, que deveriam partilhar a sua organização laboral, sistemas de informação e um plano de acção anual, bem como manter actualizadas as respectivas listas de utentes inscritos. Foi encarado como uma experiência inovadora, sendo que mais tarde, no estudo de Gouveia (2007), são identificados ganhos de eficiência destas unidades face à restante organização do centro de saúde estruturada em moldes tradicionais;
- O Projecto Alfa, que nasceu em 1996 e abrangeu cerca de 15 experiências, foi inicialmente implementado na extensão de Fernão Ferro, pertencente ao Centro de Saúde do Seixal. Nesta experiência salienta-se a autonomia da equipa de trabalho, que deveria definir o seu modelo de organização e prestação de cuidados de saúde;
- O Projecto Tubo de Ensaio, em 1999, que se desenvolveu no Centro de Saúde S. João, no Porto, tendo por base um protocolo assinado entre a Faculdade de Medicina da Universidade do Porto e a ARS Norte. Com esta experiência pretendeu-se inovar no modelo organizacional e de gestão, introduzindo novas regras de financiamento e avaliação de desempenho e tendo por base sistemas de informação mais adequados à actividade dos centros de saúde.

Ainda no período pré-reforma (até 2005), salientam-se neste hiato temporal, duas iniciativas legislativas que não chegaram a ser operacionalmente concretizadas:

- A criação dos centros de saúde de terceira geração, através do Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de Maio, uma solução organizacional tendente a descentralizar as tarefas de gestão até então concentradas nas Sub-Regiões de Saúde, entre as quais se destacam a capacidade que esta nova estrutura teria ao nível da sua autonomia administrativa e financeira;
- A criação da Rede de Cuidados de Saúde Primários, através do Decreto-Lei n.º 60/2003, de 1 de Abril.

De entre as iniciativas atrás descritas, verifica-se que as sucessivas tentativas que recorreram a iniciativas legislativas como forma de criar novas formas organizacionais ao nível dos cuidados de saúde primários não obtiveram o sucesso desejado.

O contexto de reforma português também não pode ignorar os movimentos que se puderam identificar um pouco por todo o mundo, no que concerne aos desenvolvimentos ocorridos noutros sistemas de saúde a nível internacional. Apesar dos problemas comuns que os países desenvolvidos enfrentam e que colocam pressão aos seus sistemas de saúde, tais como o envelhecimento da população, a prevalência de doenças crónicas, a crise económica e financeira ou o rápido desenvolvimento tecnológico, é comum encontrar movimentos de resposta política como forma de minimizar os eventuais problemas decorrentes destes factores. Contudo, dificilmente se encontram respostas uniformes entre esses mesmos países, sendo que, na sua essência, o purismo da natureza dos sistemas de saúde (*beveridge* ou *bismarkiano*) é uma realidade que não se consegue encontrar.

De acordo com Starfield (1998), “*countries with stronger primary care do better in terms of both outcomes and costs*”. Neste sentido, o reforço dos cuidados de saúde primários no contexto dos países desenvolvidos é um traço comum nas suas reformas do sector da saúde, numa tentativa de obter ganhos de eficiência globais ao nível do sistema (Saltman *et al.*, 2006).

Sobretudo dada a proximidade matricial entre o nosso SNS e as realidades espanhola e inglesa, importa identificar algumas políticas que têm acompanhado estes sistemas de saúde nos últimos anos.

Em Espanha, o processo de reforma a um ritmo mais intenso surgiu durante a década de 1980, altura em que se implementaram as Estruturas Básicas de Saúde, em 1984, e a Lei Geral da Saúde, em 1986. O sistema de saúde espanhol baseou os seus pilares principais num movimento de descentralização da gestão pelas suas regiões autónomas, que encontraram formas

organizacionais próprias, nem sempre coincidentes entre si. Os traços gerais comuns a todo o país assentam basicamente na universalidade de cobertura e no financiamento com base em impostos.

Particularmente, no que respeita aos cuidados de saúde primários, destaca-se a obrigatoriedade de prática de horário a tempo completo, impossibilitando os profissionais de exercer prática laboral de natureza privada em simultaneidade com o sector público. O direito de escolha sobre o médico de família encontra-se em vigor desde 1986, tendo sido corrigido em 1993, através da possibilidade de um determinado utente poder escolher um médico de família que não seja da sua área de residência caso haja concordância por parte desse clínico.

No que respeita a evidência criada em torno do processo de reforma espanhol, salienta-se o estudo de Villabi *et al.* (1999), que efectuou a comparação de zonas onde foi progressivamente implementada a reforma dos cuidados de saúde primários e que através da análise da taxa de mortalidade geral e por causa de morte evitável em três zonas do país, verificou que existe uma associação entre o processo de reforma dos cuidados de saúde primários e a melhoria desses indicadores, particularmente em contextos onde o nível social e económico é menos favorecido. Através deste estudo, verificou-se também que, neste contexto particular, o prolongamento da situação de desadequação de serviços era sinónimo de custos acrescidos em termos monetários e de menores ganhos em saúde, pelo que é realçado o papel dos cuidados de saúde primários enquanto primeiro acesso aos cuidados de saúde.

Por sua vez, o NHS inglês, sistema muitas vezes entendido como referência para o nosso próprio contexto, também atravessou períodos de reforma ao nível dos cuidados de saúde primários nas últimas três décadas.

Uma das iniciativas que teve maior impacto no contexto do NHS inglês, sobretudo no período compreendido entre 1998 e 2003, foi a criação dos *Primary Care Groups* (PCG) e concomitantemente a sua filosofia intrínseca. Através destes PCG, constituídos por equipas multidisciplinares de médicos de medicina geral e familiar subordinados à Autoridade Local de Saúde, foi alterada a forma de financiamento dos serviços de saúde prestados: foi atribuído um orçamento aos médicos de família que detinham a capacidade de comprar serviços a outros especialistas em função de um orçamento pré-definido num determinado contexto populacional. Mais tarde, os *Primary Care Trusts* vieram aduzir a capacidade de gestão dos serviços e unidades de saúde.

A evidência criada em torno destas experiências não é unânime. De facto, a criação do fundo para gestão por parte dos médicos de família foi indutora de mais burocracia e desigualdades no acesso aos cuidados de saúde. Se a evidência criada em torno da reforma inglesa não é unânime, há autores, como

por exemplo Maynard e Bloor (1995), que também referem a própria ausência de um corpo de conhecimentos robusto ao nível do processo de tomada de decisões políticas.

Uma das características mais marcantes da reforma foi a definição de um conjunto de normas para a qualidade da prestação de cuidados de saúde a nível nacional, através do *National Institute for Clinical Excellence* (NICE). Baseado neste trabalho, desenvolveu-se um conceito que mais tarde teria aceitação em quase todos os sistemas de saúde, o de *clinical governance*, que consiste na prática clínica com qualidade e eficiência, tendo por base o estado da arte científico e a evidência. Conceitos como a avaliação do risco, a monitorização e avaliação de desempenho das unidades e dos profissionais constituem também premissas subjacentes à prática da *clinical governance*.

No sistema de saúde inglês, o médico de família assume um papel fundamental, não só por ser o primeiro contacto dos utentes com o sistema de saúde, mas por constituir o elemento que detém a capacidade de orientar, através de decisões clínicas, o percurso dos utentes ao longo do seu episódio. A necessária coordenação e interligação que deverá ser assegurada entre os diferentes níveis de cuidados de saúde dependem, em grande medida, da capacidade que o médico de família apresenta enquanto elemento charneira do sistema de saúde.

Para além da articulação com outros níveis de cuidados de saúde, o papel do médico de família e dos PCT foi também alargado ao sector farmacêutico, visto existir a possibilidade de serem celebrados contratos entre os serviços farmacêuticos locais e os prestadores de cuidados de saúde com o objectivo de garantir o acesso à tecnologia do medicamento, bem como outros serviços de natureza comunitária, como o rastreio da diabetes e doença coronária, cuidados domiciliários ou programas de cessação tabágica.

A reforma que aqui se analisa teve início em Janeiro de 2005, com a apresentação das propostas eleitorais, onde se encontrava estipulada a intenção de organizar os CSP em pequenas equipas multiprofissionais, com base na experiência de boas práticas, tendo uma carteira de serviços contratualizada com o centro de saúde ou respectiva entidade gestora, e ainda com uma chamada de atenção para a importância do sistema de informação enquanto ferramenta base para o correcto avanço da reforma.

No contexto da reforma dos CSP, a primeira das medidas políticas adoptadas pelo Governo foi a revogação do Decreto-Lei n.º 60/2003, através de Comunicado do Conselho de Ministros de 7 de Abril de 2005, enquanto se aguardava por nova legislação.

O GT foi entendido como um grupo multidisciplinar de especialistas cujas tarefas passavam pela definição das frentes de trabalho, das metas operacionais

e da legislação. Tinha a “missão específica de desenvolver a metodologia para a criação de Unidades de Saúde Familiar (USF), num prazo de 180 dias, definidas como a unidade nuclear de prestação de cuidados de saúde de proximidade ao cidadão, constituída por uma equipa multidisciplinar mínima capaz de garantir, com autonomia funcional e técnica um plano assistencial a uma população determinada, ao nível dos CSP”.

Ainda relativamente a este tópico, a Resolução do Conselho de Ministros n.º 86/2005, de 7 de Abril, apresenta os objectivos concretos do GT, que passam por (Presidência do Conselho de Ministros, 2005a):

- “Estabelecer um plano, com definição de frentes de trabalho e metas operacionais, tendo por base a experiência acumulada no ministério e ainda o contributo dos diversos parceiros institucionais e sociais relevantes;
- Identificar, com precisão, as medidas operacionais e actividades, a executar de forma calendarizada, a curto, médio e longo prazos, para a concretização do plano.”

As missões específicas assentam em (Presidência do Conselho de Ministros, 2005b):

- “Desenvolver a metodologia para a criação de USF;
- Elaborar uma proposta de reconfiguração dos centros de saúde, dotando-os de uma progressiva autonomia;
- Acolher os contributos de outros grupos e equipas de trabalho na contextualização dos cuidados de saúde primários e dos centros de saúde, no que se refere à concretização de missões complementares, em especial com os hospitais e com os cuidados continuados;
- Elaborar as propostas de instrumentos legislativos que permitam a concretização das medidas preconizadas;
- Identificar experiências inovadoras e de boas práticas que possam ser aplicadas aos modelos em desenvolvimento;
- Definir linhas de orientação gerais para uma arquitectura própria do sistema de informação de cuidados de saúde primários, compatível com o sistema de informação geral dos restantes sectores da saúde;
- Identificar problemas sentidos pelas equipas que desenvolvem projectos no âmbito dos CSP, passíveis de resolução rápida, através de pequenas iniciativas legislativas ou de medidas de natureza administrativa.”

É ainda fruto desta resolução a constituição de um grupo de apoio técnico complementar e consultivo para realizar trabalho técnico em áreas específicas. O GT foi criado pelo Despacho n.º 10 942/2005 (2.ª série) de 21 de Abril.

Enquanto o GT preparava o documento “Linhas de Acção Prioritárias para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários”, o Decreto-Lei n.º 88/2005 veio revogar o Decreto-Lei n.º 60/2003, ao mesmo tempo que ripristinava o Decreto-Lei n.º 157/99, que estabelece o regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde e defende uma organização dos mesmos em unidades de saúde familiar. Todas estas medidas foram tomadas sem explicitar o fundamento para a sua adopção perante o cidadão, que se defende como o centro do sistema.

Trata-se de um documento “histórico e bastante esclarecedor de muitas das medidas que depois de formuladas de modo mais concreto e preciso, ficam assim à disposição de todos quantos queiram aprofundar as bases conceptuais e de evidência que guiam o processo actual da reforma dos CSP” (GT, 2005).

No seguimento deste documento de trabalho foram elaboradas as “Linhas de Acção Prioritárias para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários”, entregues ao Ministro da Saúde em 15 de Julho de 2005, com a recomendação de colocá-lo disponível para apreciação pública, o que foi possível através do *site* da Direcção-Geral da Saúde, aceitando contributos até dia 15 de Setembro de 2005.

Em Abril ficou decidida a necessidade de criar uma Unidade de Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP), tendo os parceiros sociais apoiado esta medida. Ficou assim cumprida a primeira medida definida pelo GT.

A MCSP foi um dos elementos-chave da reforma de 2005, assumindo-se como dinamizador estratégico e operacional deste movimento. Esta estrutura foi em grande medida responsável pelo novo enquadramento dos cuidados de saúde primários em Portugal, pelo impulso inicial apresentado e ritmo posterior, tendo marcado as actividades desenvolvidas através de uma cultura e uma linguagem específicas.

As linhas orientadoras atribuídas à MCSP, através do n.º3 da Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2005, de 12 de Outubro (Despacho n.º 24 766/2005), foram as seguintes:

- Apoiar a reconfiguração dos centros de saúde em unidades de saúde familiar, desempenhando um papel de provedoria das iniciativas dos profissionais;
- Coordenar tecnicamente o processo global de lançamento e implementação das unidades de saúde familiar, bem como dos demais aspectos de reconfiguração dos centros de saúde;
- Desempenhar funções de natureza avaliadora, reguladora de conflitos e de apoio efectivo às candidaturas das unidades de saúde familiar;
- Elaborar o regulamento interno tipo dos centros de saúde reconfigurados;

- Propor, em articulação com a Secretaria-Geral do Ministério da Saúde, a orientação estratégica e técnica sobre a política de recursos humanos, a formação contínua dos profissionais e a política de incentivos ao desempenho e à qualidade a aplicar nas unidades de saúde familiar;
- Elaborar os termos de referência da contratualização das administrações regionais de saúde com os centros de saúde e destes com as unidades de saúde familiar;
- Elaborar a lista de critérios e a metodologia que permitam avaliar e classificar as unidades de saúde familiar em diferentes níveis de desenvolvimento;
- Promover o lançamento de formas inovadoras de melhoria da articulação com outras unidades de prestação de cuidados, nomeadamente com os cuidados hospitalares e continuados;
- Propor e apoiar oportunidades de prestação de serviços partilhados entre diferentes unidades, em estreita articulação com os serviços centrais ou personalizados do Ministério da Saúde;
- Propor, nos termos da lei, modalidades de participação dos municípios, cooperativas, entidades sociais e privadas na gestão de centros de saúde e unidades de saúde familiar;
- Desempenhar outras funções que lhe sejam atribuídas pelo Ministério da Saúde.

Em 2005, as linhas de ação prioritária para o desenvolvimento dos cuidados de saúde primários foram estabelecidas pela MCSP e reconhecidas legalmente pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2005, de 12 de Outubro (Diário da República n.º 196, I Série B).

Relativamente à versão final das mesmas, trata-se de um documento de explicitação, como o próprio título indica, das linhas orientadoras para a mudança, onde são descritas as oito áreas de propostas de medidas a adoptar, nomeadamente:

- Reconfiguração e autonomia dos centros de saúde;
- Implementação de unidades de saúde familiar;
- Reestruturação dos serviços de saúde pública;
- Outras dimensões da intervenção na comunidade;
- Implementação de unidades locais de saúde;
- Desenvolvimento dos recursos humanos;
- Desenvolvimento do sistema de informação;
- Mudança e desenvolvimento de competências.

Neste diploma legal é ainda estabelecido, no seu n.º 12, que “em cada Administração Regional de Saúde será criada, por nomeação do respectivo

presidente, uma equipa de apoio em articulação funcional com a MCSP, coordenada por um profissional escolhido de comum acordo entre o coordenador da MCSP e o presidente da administração regional de saúde respectiva, composta por técnicos recrutados nos serviços de saúde, com base nos mecanismos de mobilidade da função pública”.

A MCSP preparou e apresentou, em Maio, o Plano Estratégico para 2007-2009, cujos eixos estratégicos assentavam na qualidade e na mudança organizacional (liderança e autonomia de gestão, melhoria da acessibilidade, avaliação e monitorização e gestão das tecnologias de informação e comunicação), governação clínica e gestão do conhecimento (governação clínica, gestão do conhecimento e qualificação dos profissionais e inovação e simplificação na prestação de cuidados), sustentabilidade e desenvolvimento (acreditação de serviços, viabilidade financeira dos CSP e comunicação com os cidadãos e os profissionais).

Entretanto, entrou em funcionamento o regime jurídico da organização e funcionamento das USF, o regime remuneratório especial dos profissionais e o regime de incentivos (o Decreto-Lei, porém, só foi publicado em Agosto). Ao mesmo tempo, foram indicadas algumas alterações ao regulamento para o lançamento e implementação das USF, ao nível dos modelos de desenvolvimento das USF e constituição da equipa multiprofissional.

Com os novos objectivos definidos, a MCSP apresentou em Junho a proposta para a reconfiguração dos centros de saúde, através da criação dos agrupamentos de centros de saúde. Arrancaram as candidaturas a modelo B e percebeu-se que um 1/5 dos médicos de família já se tinha candidatado a USF. Foram recebidas seis candidaturas ao Modelo B em 12 horas. Estavam então em funcionamento 68 USF. A MCSP apresentou resultados de desempenho das USF e informou que iriam dispor de um *call centre* para resolução de problemas.

A publicação das orientações para a elaboração do regulamento interno das USF aconteceu em Outubro, mês em que também foi aprovada a Portaria n.º 1368/2007, da carteira básica de serviços para as USF e os princípios da carteira adicional. Foi publicado o despacho dos modelos de USF, de acordo com o grau de autonomia funcional, diferenciação do modelo retributivo e patamares de contratualização.

Em Novembro, realizou-se um encontro sobre “Os centros de saúde do futuro”, onde mais uma vez a MCSP deu grande contributo para o debate. Foi publicada uma nota informativa sobre o regulamento interno das USF de modelo A e uma nota informativa sobre os procedimentos a utilizar pelas USF para solicitar autorização de trabalho extraordinário por ausência de profissional, superior a duas semanas.

A MCSP terminou o ano com a apresentação da iniciativa “consulta aberta” e com a publicação de uma nota informativa para as USF de modelo B, sobre o pedido de horas extras. Foi apresentado o regulamento interno para as USF de modelo A e surgiu a ideia de criar uma Associação Nacional de Profissionais de USF.

O principal objectivo da reforma dos cuidados de saúde primários, iniciada em 2005, era reconfigurar os centros de saúde e implementar as unidades de saúde familiar, com vista à modernização dos cuidados primários, apostando na sua orientação para a comunidade, na flexibilidade organizativa e de gestão, na desburocratização, no trabalho em equipa, na autonomia e responsabilização, na melhoria contínua da qualidade, na contratualização e avaliação. Em termos operacionais, pretendia-se melhorar o acesso, aumentar a satisfação dos utentes e dos profissionais, melhorar a qualidade, a continuidade dos cuidados e a eficiência (MCSP, 2006).

A criação das unidades de saúde familiar tem sido o passo mais visível da reforma. Todavia, a reconfiguração dos centros de saúde passa também pela criação dos agrupamentos de centros de saúde (ACES), regulada pelo Decreto-Lei n.º 28/2008, sendo estes constituídos por um conjunto de unidades funcionais, agrupando um ou vários centros de saúde – unidades de saúde familiar, unidades de cuidados de saúde personalizados, unidades de cuidados na comunidade, unidades de saúde pública e unidades de recursos assistenciais partilhados – ficando ainda em aberto a possibilidade de integração de outras unidades, de acordo com as necessidades da população de cada área geográfica. Relativamente a órgãos de administração e fiscalização, são constituídos por um director executivo, por um conselho executivo, pelo conselho clínico e pelo conselho da comunidade. Na dependência do director executivo, deve ainda funcionar a unidade de apoio à gestão e o gabinete do cidadão (Decreto-Lei n.º 28/2008).

Estas unidades funcionais serão em seguida apresentadas de uma forma mais detalhada.

O princípio geral da reorganização dos cuidados personalizados dos centros de saúde assenta na criação de pequenas unidades funcionais multiprofissionais, Unidades de Saúde Familiar (USF) com autonomia organizativa, funcional e técnica, num quadro de contratualização interna envolvendo objectivos de acessibilidade, adequação, efectividade, eficiência e qualidade.

Através da legislação que regula as USF e por via do modelo de avaliação das candidaturas e da correspondente contratualização a celebrar, é assumida a garantia de que todas as USF a constituir oferecerão aos cidadãos um conjunto essencial de serviços, denominado carteira básica de serviços, e um nível de

qualidade adequado ao exercício das competências definidas para a medicina geral e familiar e para a enfermagem, no seu correspondente perfil.

O enquadramento legal das USF pode encontrar-se no Decreto-Lei n.º 298/2007 de 22 de Agosto, que estabelece o regime jurídico da organização e de funcionamento das unidades de saúde familiar e o regime de incentivos a atribuir a todos os elementos que as constituem (aplicável a todos os modelos de USF), bem como a remuneração a atribuir aos elementos que integrem as USF de Modelo B.

Segundo este diploma, as USF são as unidades elementares de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, que assentam em equipas multiprofissionais, constituídas por médicos, por enfermeiros e por pessoal administrativo. As USF são parte integrante do centro de saúde e têm por missão a prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita de uma determinada área geográfica, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos. A actividade realizada pelas USF deve desenvolver-se com autonomia organizativa, funcional e técnica, integrada numa lógica de rede com outras unidades funcionais do centro de saúde ou da unidade local de saúde onde esteja inserida.

A população abrangida por cada USF corresponde aos utentes inscritos nas listas dos médicos que integram a equipa multiprofissional, sendo indicada como referência uma dimensão aproximada, não inferior a quatro mil nem superior a 18 mil utentes.

Em termos internos, a organização estrutural das USF deverá incorporar um Coordenador da Equipa, um Conselho Técnico e um Conselho Geral. As suas funções específicas encontram-se detalhadas no Quadro VI.

#### Quadro VI Estrutura orgânica das USF

Elementos Orgânicos	Constituição	Funções
Coordenador Equipa	O coordenador da equipa é o médico identificado na candidatura e designado pelo despacho que aprova a constituição da USF.	<p>a) <b>Coordenar</b> as actividades da equipa multiprofissional, de modo a garantir o cumprimento do plano de acção e os princípios orientadores da actividade da USF;</p> <p>b) <b>Gerir</b> os processos e determinar os actos necessários ao seu desenvolvimento;</p> <p>c) <b>Presidir</b> ao conselho geral da USF;</p> <p>d) <b>Assegurar</b> a representação externa da USF;</p> <p>e) <b>Assegurar</b> a realização de reuniões com a população abrangida pela USF ou com os seus representantes, no sentido de dar previamente a conhecer o plano de acção e o relatório de actividades;</p> <p>f) <b>Autorizar</b> comissões gratuitas de serviço no País.</p>

Conselho Técnico	O conselho técnico é constituído por um médico e por um enfermeiro, preferencialmente detentores de qualificação profissional mais elevada e de maior experiência profissional nos cuidados de saúde primários, escolhidos pelos elementos de cada grupo profissional.	Orientar a necessária observância das normas técnicas emitidas pelas entidades competentes e a promoção de procedimentos que garantam a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde, tendo por referência a carta da qualidade. <b>a) Avaliar</b> o grau de satisfação dos utentes da USF e dos profissionais da equipa; <b>b) Elaborar</b> e manter actualizado o manual de boas práticas; <b>c) Organizar</b> e supervisionar as actividades de formação contínua e de investigação.
Conselho Geral	O conselho geral é constituído por todos os elementos da equipa multiprofissional, constando o seu funcionamento do regulamento interno da USF.	<b>a) Aprovar</b> o regulamento interno, a carta da qualidade, o plano de acção, o relatório de actividades e o regulamento de distribuição dos incentivos institucionais; <b>b) Aprovar</b> a proposta da carta de compromisso; <b>c) Zelar</b> pelo cumprimento do regulamento interno, da carta de qualidade e do plano de acção; <b>d) Propor</b> a nomeação do novo coordenador; <b>e) Aprovar</b> a substituição de qualquer elemento da equipa multiprofissional; <b>f) Pronunciar-se</b> sobre os instrumentos de articulação, gestão e controlo dos recursos afectos e disponibilizados à USF.

Por factores conjunturais ou por opção, nem todas as USF se posicionam no mesmo modelo organizacional. Umhas tenderão a estabilizar-se num nível menos complexo de contratualização, outras procurarão um modelo que privilegie maior autonomia.

O Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de Agosto, que “Estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar e o regime de incentivos a atribuir a todos os elementos que as constituem, bem como a remuneração a atribuir aos elementos que integrem as USF de modelo B”, dispõe no n.º 1 do artigo 3.º que as USF se podem organizar em três modelos de desenvolvimento: A, B e C.

A cada um destes modelos correspondem processos e modelos distintos de retribuição do desempenho, a nível de incentivos institucionais e financeiros e acreditação da USF, pelo que importa aprovar a lista de critérios e a metodologia que permitem classificar as USF em três modelos de desenvolvimento. Estas foram elaboradas pela Missão para os Cuidados de Saúde Primários, em articulação com as Administrações Regionais de Saúde, IP e com a Administração Central do Sistema de Saúde, IP.

A diferenciação entre os modelos de unidades de saúde familiar resulta de três dimensões estruturantes: a) o grau de autonomia organizacional; b) a diferenciação do modelo retributivo e de incentivos dos profissionais; c) o modelo de financiamento e respectivo estatuto jurídico. Estes três modelos assumem diferentes patamares de autonomia, aos quais correspondem distintos graus de partilha de risco e de compensação retributiva, e caracterizam-se globalmente do modo que se apresenta no Quadro VII.

## Quadro VII Descrição dos modelos de desenvolvimento das USF

Modelo A	Modelo B	Modelo C
<p>i) <b>Corresponde</b> a uma fase de aprendizagem e de aperfeiçoamento do trabalho em equipa de saúde familiar, ao mesmo tempo que constitui um primeiro contributo para o desenvolvimento da prática da contratualização interna. É uma fase indispensável nas situações em que esteja muito enraizado o trabalho individual isolado e/ou onde não haja qualquer tradição nem práticas de avaliação de desempenho técnico-científico em saúde familiar;</p> <p>ii) <b>Compreende</b> as USF do sector público administrativo com regras e remunerações definidas pela Administração Pública, aplicáveis ao sector e às respectivas carreiras dos profissionais que as integram e com possibilidade de contratualizar uma carteira adicional de serviços, paga em regime de trabalho extraordinário, bem como contratualizar o cumprimento de metas, que se traduz em incentivos institucionais a reverter para as USF.</p>	<p>i) <b>Indicado</b> para equipas com maior amadurecimento organizacional, onde o trabalho em equipa de saúde familiar é uma prática efectiva, e que estejam dispostas a aceitar um nível de contratualização de desempenho mais exigente e uma participação no processo de acreditação das USF, num período máximo de três anos;</p> <p>ii) <b>Abrange</b> as USF do sector público administrativo com um regime retributivo especial para todos os profissionais, integrando remuneração base, suplementos e compensações pelo desempenho, definido no capítulo VII do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de Agosto.</p>	<p>i) <b>Modelo</b> experimental, a regular por diploma próprio, com carácter supletivo relativamente às eventuais insuficiências demonstradas pelo SNS, sendo as USF a constituir definidas em função de quotas estabelecidas por administração regional de saúde (ARS) e face à existência de cidadãos sem médico de família atribuído;</p> <p>ii) <b>Abrange</b> as USF dos sectores social, cooperativo e privado, articuladas com o centro de saúde, mas sem qualquer dependência hierárquica deste, baseando a sua actividade num contrato-programa estabelecido com a ARS respectiva, através do departamento de contratualização, e sujeitas a controlo e avaliação externa desta ou de outras entidades autorizadas para o efeito, com a com a obrigatoriedade de obter a acreditação num horizonte máximo de três anos.</p>

A dinâmica imposta pela reforma dos Cuidados de Saúde Primários reflectiu-se desde logo na adesão dos profissionais ao modelo de prestação de cuidados de saúde USF, sendo hoje uma realidade disseminada um pouco por todo o país. O detalhe sobre o balanço actual deste movimento encontra-se apresentado nos Quadros VIII e IX, que abaixo se disponibiliza.

## Quadro VIII Ponto de situação sobre as candidaturas a USF em 28-03-2011

Entradas	468	Em avaliação pelas ETO	25
Excluídos ou desistentes	75	Aguardam aprovação pelas ARS	11
Em avaliação preliminar	37	Aprovadas pelas ARS e a aguardar abertura	19
Aceites para avaliação	356	Em actividade	283
Aguarda-se documentos complementares	18		

Fonte: <http://www.csp.min-saude.pt/engine.php?cat=32>

### Quadro IX Balanço da criação de Unidades de Saúde Familiar em Março de 2011

	USF	Utentes Potenciais	Ganho de Cobertura	Profissionais	Médicos	Enf.	Administ.
Candidaturas Aceites	355	4.314.776	591.225	6.883	2.434	2.474	1.975
USF em actividade	283	3.528.479	451.259	5.616	1.994	2.020	1.601

Fonte: <http://www.csp.min-saude.pt/engine.php?cat=32>

Conforme se pode observar, até ao dia 28 de Março de 2011 foram elaboradas, em termos totais, cerca de 468 candidaturas. Desistiram ou foram excluídas 75 candidaturas, por não cumprirem os requisitos definidos no Decreto-Lei n.º 298/2007 e no Despacho Normativo n.º 9/2006. De acordo com a metodologia de avaliação definida, foram aceites para avaliação pelas Equipas Técnicas Operacionais (ETO) 356 candidaturas e estão emitidos 313 pareceres técnicos. Destes, 302 equipas estão confirmadas positivamente pelos conselhos directivos das ARS, IP.

Até ao momento, apenas um dos projectos USF não vingou a nível nacional. Trata-se da USF Gerações, em Lisboa, que iniciou a sua actividade em 04.05.2009 e foi extinta em 01.11.2010. O motivo fundamental desta extinção foi originado pela saída de quatro dos seis médicos que constituíam a equipa fundadora. Segundo o Relatório de Progresso da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários (2010), a taxa de viabilidade global das USF após início de actividade é de 99,6%.

Relativamente à implementação por USF, importa ainda salientar que as suas dimensões estratégicas assentam nos seguintes objectivos: procura dos cuidados de saúde com garantia de qualidade e segurança; criação de uma carteira de serviços integrando a carteira básica e uma carteira adicional ajustada às características e necessidades dos utentes; valorização das competências e conhecimentos dos profissionais que permitam o acompanhamento dos objectivos e das metas estabelecidas; constituição de uma equipa multiprofissional capaz de responder a situações críticas; incentivo às lideranças e coordenações voltadas para o empreendedorismo; definição de painéis de monitorização para o cumprimento de metas e avaliação de resultados; desenvolvimento de um sistema de informação adequado à facilitação dos procedimentos; estabelecimento de rotinas para a execução de práticas de optimização de recursos e simplificação e melhoria dos processos (MCSP, 2006).

Revelou-se necessário, sobretudo, o desenvolvimento de uma cultura organizacional no seio das USF, que permita responsabilizar, auto-avaliar, extrair lições e melhorar a prestação de cuidados de saúde. Para o cumprimento dos objectivos, a reforma apostou na criação de uma matriz de indicadores que devem integrar as carteiras básicas de serviços das USF, e que passam pelo

acesso, pelo desempenho assistencial, pela qualidade percebida e pelo desempenho económico (MCSP, 2006).

No Quadro X encontram-se sistematizadas as principais características das Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, a partir da legislação publicada.

**Quadro X** Descrição das Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados

Missão	Cada UCSP tem como missão garantir a prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita de uma determinada área geográfica.
Princípios	A UCSP rege-se pelos seguintes princípios: a) Garantia de acessibilidade; b) Globalidade de cuidados; c) Continuidade de cuidados; d) Qualidade.
Constituição, dimensão e organização	A constituição será feita pela direcção do ACES, sendo que as UCSP têm dimensão idêntica à prevista para as USF, abrangendo a área geodemográfica de influência desse centro de saúde, intervêm no âmbito comunitário e de base populacional. A organização e funcionamento constam do seu regulamento interno bem como do seu Plano de Acção. As pequenas extensões de saúde, com um a dois médicos, deverão integrar uma UCSP, rentabilizando-se por esta via a gestão e os recursos (por exemplo, substituições em férias ou doença).
Actividades essenciais	O compromisso da UCSP deverá estar contido no seu programa de acção, no qual deverão estar expressos os objectivos, os indicadores e as metas a atingir nas áreas de acessibilidade, desempenho assistencial, qualidade e eficiência. Fazem parte do compromisso assistencial, áreas como: a) Definição da oferta e carteira básica de serviços; b) Horário de funcionamento; c) Sistema de marcação, atendimento e orientação dos utentes; d) Sistema de renovação de prescrição; e) Sistema de substituição dos profissionais; f) Articulação com as outras unidades funcionais do ACES; g) Eventual carteira adicional de serviços.
Recursos	O ACES afecta à UCSP os recursos físicos e humanos necessários ao cumprimento das metas definidas e procede à partilha de recursos, segundo o princípio de economia de meios, que deve ser comum às diversas unidades funcionais. As instalações a disponibilizar deverão reunir as condições necessárias ao tipo de cuidados de saúde a prestar, com vista a garantir a respectiva qualidade de cuidados. Os recursos humanos serão os adequados para cada grupo profissional, destacando-se na equipa multidisciplinar os médicos, os enfermeiros e os administrativos em ratios previstos para as USF. Os utentes inscritos em cada médico são designados em lista, privilegiando-se a estrutura familiar.
Coordenação e competências	Cada UCSP tem um coordenador designado de entre os médicos especialistas de medicina geral e familiar habilitados com o grau de consultor com pelo menos cinco anos de experiência efectiva na especialidade (de acordo com o artigo 15.º do Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro), designado pelo director executivo do ACES, depois de ouvido o conselho clínico.
Monitorização e avaliação	A monitorização e avaliação da UCSP incumbem ao ACES, num processo global de avaliação e acreditação de todas as unidades funcionais do respectivo ACES e devem incidir sobre as áreas da disponibilidade, acessibilidade, produtividade, qualidade técnico-científica, efectividade, eficiência e satisfação, e podem contemplar especificidades e características de carácter regional, quando estas se apresentem como factores correctivos e niveladores da matriz nacional.

No Quadro XI encontram-se sistematizadas as principais características das Unidades de Saúde Pública, a partir da legislação publicada.

**Quadro XI** Descrição das Unidades de Saúde Pública

Missão	A USP tem por missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde e concorrendo, de um modo direto, para o cumprimento da missão do ACES em que se integra. A USP, observatório de saúde da área geográfica onde se insere, desenvolve actividades de planeamento em saúde, de promoção e protecção da saúde, incluindo a avaliação do impacto em saúde, de prevenção da doença, de vigilância epidemiológica, de vigilância em saúde ambiental, de investigação em saúde e de gestão ou participação em programas de saúde pública. A USP participa na formação dos diversos grupos profissionais nas suas diferentes fases: pré-graduada, pós-graduada e contínua.
Princípios	A USP deve orientar e organizar a sua actividade visando: a) Assegurar, obrigatoriamente, a realização do conjunto de actividades essenciais definidas no artigo 6.º do presente diploma; b) Articular-se com as restantes unidades funcionais do ACES construindo redes locais de cooperação com os serviços e sectores com importância em saúde; d) Desenvolver-se, segundo níveis de desempenho definidos, disciplinados e monitorizados, no contexto de um processo de garantia da qualidade.
Constituição, dimensão e organização	A USP é a unidade que funciona como observatório de saúde da área geodemográfica do ACES. A actividade da USP desenvolve-se com autonomia organizativa e técnica, na área do ACES, em intercooperação com as demais unidades funcionais integradas no mesmo. A USP situa-se, preferencialmente, na sede do respectivo ACES, sem prejuízo da deslocalização dos seus serviços dentro da área geográfica de influência do respectivo ACES. A USP intervém no âmbito comunitário e de base populacional e, de acordo com a legislação específica, no apoio ao exercício das funções de autoridade de saúde. O delegado de saúde e os delegados de saúde adjuntos encontram-se sedeados na USP, exercendo as suas competências na área do respectivo ACES. Nos concelhos com mais do que um ACES, o delegado de saúde concelhio e os delegados de saúde adjuntos exercem as suas competências no âmbito geográfico e demográfico do respectivo concelho.  A autoridade de saúde a nível da USP do ACES integra-se na cadeia hierárquica directa das autoridades de saúde, nos termos do disposto na base XIX da Lei n.º 48/90, de 24/08, e do Decreto-Lei n.º 336/93, de 29 de Setembro.
Actividades essenciais	À USP compete assegurar as suas atribuições através das seguintes actividades essenciais:  <b>a) Elaborar</b> informação e planos em domínios da Saúde Pública e monitorizar o estado de saúde da população (função observatório de saúde) através de: i) Recolha e análise sistemática de dados de saúde; ii) Diagnóstico de saúde da população; iii) Elaboração do plano local de saúde; iv) Comunicação de informação sobre saúde às restantes unidades funcionais do ACES, assim como a instituições-chave da comunidade; v) Propor intervenções ao director executivo do respectivo ACES, de forma a reduzir os problemas de saúde identificados e/ou reforçar ou manter os ganhos em saúde obtidos; b) Proceder à vigilância epidemiológica, quer das doenças transmissíveis, quer no âmbito da saúde ambiental, nomeadamente: i) Doenças de declaração obrigatória; ii) Doenças evitáveis pela vacinação iii) Toxinfecções alimentares; iv) Vigilância sanitária

da qualidade da água (consumo humano, banear, piscinas, mineral natural e de nascente); v) Segurança alimentar nas cantinas e refeitórios escolares

vi) Gestão do Sistema de Alerta e Resposta Adequada e de outros sistemas de vigilância epidemiológica; c) Gerir ou participar, em parte ou na totalidade, no desenvolvimento de programas de intervenção nacionais e/ou internacionais, no âmbito da prevenção da doença, promoção e protecção da saúde da população em geral, ou de grupos específicos, nos termos e condições a definir para a USP e ainda de programas actualmente atribuídos aos serviços ou profissionais de saúde pública, nomeadamente: i) Programa Nacional de Vacinação, ii) Plano Pós-Eliminação da Poliomielite, iii) Programa de Vigilância e Controlo das Meningites na Comunidade, iv) Plano de Contingência das Ondas de Calor, v) Programa de Avaliação das Condições de Segurança, Higiene e Saúde nos Estabelecimentos de Educação e Ensino, vi) Programa de Saúde Ocupacional; d) Gerir ou participar, em parte ou na totalidade, no desenvolvimento de programas de intervenção regionais definidos como prioritários por cada Administração Regional de Saúde, IP, nos termos e condições expressamente definidos por esta para a USP; e) Colaborar, de acordo com a legislação específica, no exercício das funções de autoridade de saúde. Cada USP deve ser dotada pelo ACES dos necessários recursos humanos, materiais, técnicos e financeiros para assegurar o conjunto de actividades essenciais referido no número anterior.

Actividades complementares	Asseguradas as actividades essenciais e, em função do plano de saúde da ARS respectiva e das prioridades a nível local ou regional, das necessidades da população, e da disponibilidade de recursos da USP, podem as funções da USP ser alargadas a um conjunto de actividades complementares, nomeadamente: a) Programas ou projectos de iniciativa nacional ou regional; b) Projectos de intervenção e/ou investigação em saúde, de iniciativa da USP de acordo com o perfil de saúde do ACES; c) Actividades integradas em programas/projectos específicos desenvolvidos em colaboração com as outras unidades funcionais dos ACES; d) Serviços de consultoria ou auditoria em saúde pública.
Recursos	A USP assenta em equipas técnicas multidisciplinares, constituídas por médicos de saúde pública, por enfermeiros de saúde pública ou saúde comunitária e por técnicos de saúde ambiental, integrando ainda, em permanência ou em colaboração parcial, quando possível, outros profissionais considerados necessários para o cumprimento dos programas e actividades. A USP pode integrar pessoal próprio da carreira administrativa, nomeadamente, para o apoio ao exercício das funções de autoridade de saúde. Dadas as suas especificidades, a afectação de recursos humanos à USP, como às outras unidades funcionais do ACES, concretiza-se segundo as orientações do director executivo fundadas em critérios de racionalidade e equidade face às políticas regionais de saúde, aos programas e às actividades a desenvolver pelo ACES.
Coordenação e competências	O coordenador da USP, designado nos termos do artigo 15.º do Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro para além das competências próprias previstas neste normativo é, simultaneamente, o delegado de saúde do âmbito geográfico e demográfico do ACES/ULS pelo que tem ainda as funções que lhe forem atribuídas pela legislação específica das autoridades de saúde.
Monitorização e avaliação	A monitorização e avaliação da USP são da competência do ACES e do Departamento de Saúde Pública da Administração Regional de Saúde respectiva, tendo em vista uma uniformidade da intervenção regional e nacional em termos de saúde pública. A monitorização e avaliação da USP devem incidir sobre as áreas da disponibilidade, acessibilidade, produtividade, qualidade técnico-científica, efectividade, eficiência e satisfação e podem contemplar especificidades e características de carácter local ou regional.

No Quadro XII encontram-se sistematizadas as principais características das Unidades de Cuidados na Comunidade, a partir da legislação publicada.

**Quadro XII** Descrição das Unidades de Cuidados na Comunidade

---

Missão	<p>A UCC tem por missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde concorrendo, assim e de um modo direto, para o cumprimento da missão do ACES em que se integra. A UCC presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e actua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção, garantindo a continuidade e qualidade dos cuidados prestados.</p>
Princípios	<p>A UCC é uma unidade que assegura respostas integradas, articuladas, diferenciadas, de grande proximidade às necessidades em cuidados de saúde e sociais da população onde está inserida e rege-se pelos seguintes princípios: Cooperação; Solidariedade e trabalho de equipa; Autonomia assente na auto-organização funcional e técnica; Articulação efectiva com as outras unidades funcionais do ACES; Parceria com estruturas da comunidade local (Autarquias, Segurança Social, IPSS, Associações e outras);</p> <p>Gestão participativa assente num sistema de comunicação e de relações entre todos os seus profissionais, promotores de ganhos de motivação e satisfação profissional. A UCC, no contexto de um processo de garantia da qualidade, deve desenvolver-se segundo níveis de desempenho definidos e disciplinados através de normativos internos do Conselho Clínico do ACES.</p>
Constituição, dimensão e organização	<p>De acordo com o previsto no n.º 2 do Artigo 7.º, do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro, em cada CS componente de um ACES, funciona, pelo menos, uma UCC ou serviços desta unidade. Tal como nas outras unidades funcionais, os profissionais da UCC trabalham com autonomia técnica, dependendo do coordenador da unidade.</p> <p>Neste contexto, a área geográfica de intervenção de cada UCC deverá corresponder à área geográfica do CS respectivo, podendo, no entanto, subdividir-se em áreas geográficas mais pequenas, de acordo com as problemáticas territoriais, a dimensão da população, bem como as suas necessidades de saúde e sociais (densidade populacional, acessibilidades, problemas sociais e de saúde identificados, índice de envelhecimento, entre outros) e a dispersão geográfica da área de intervenção.</p> <p>Assim, a população abrangida por esta unidade funcional corresponde à população residente, estudante e trabalhadora da sua área de influência.</p> <p>A UCC é uma das unidades funcionais dos ACES, desenvolvendo a sua actividade com autonomia organizativa e técnica, em intercooperação com as demais unidades funcionais do ACES em que se integra, sem prejuízo da necessária articulação interinstitucional e intersectorial, indispensável ao cumprimento da sua missão.</p> <p>A UCC está sediada nas instalações de cada centro de saúde pertencente ao respectivo ACES, abrangendo a área geodemográfica de influência desse centro de saúde, intervindo no âmbito comunitário e de base populacional.</p>

---

---

Compromisso assistencial À UCC compete assegurar as suas funções através do compromisso assistencial contratualizado internamente com a direcção do ACES, que se contextualiza no seu Plano de Acção: O plano de acção da UCC traduz o seu programa de actividades na prestação de cuidados de saúde e sociais, de forma personalizada, domiciliária e comunitária, contendo o compromisso assistencial, objectivos, indicadores e metas a atingir nas áreas da acessibilidade, do desempenho assistencial, da qualidade e da eficiência, bem como o prazo para a elaboração do regulamento interno e de carta da qualidade para a UCC; O compromisso assistencial da UCC é constituído pela prestação de cuidados, que deverão fazer parte integrante da carteira de serviços; O compromisso assistencial é formalizado anualmente, mediante carta de compromisso acordada entre o coordenador da UCC e o Director Executivo do ACES; O compromisso assistencial deve indicar: a definição da oferta e a carteira de serviços; O horário de funcionamento da UCC desenvolve-se entre as 8h-20h nos dias úteis, podendo existir sempre que se justifique o alargamento de horário; A definição do sistema de marcação, atendimento e referência; A articulação com as outras unidades funcionais do ACES; O compromisso assistencial varia em função: Das características sociodemográficas e necessidades da comunidade abrangida; Área geográfica e vias de comunicação; Dos períodos de funcionamento e cobertura assistencial; Das actividades da carteira de serviços; O plano de acção e o relatório de actividades devem ser disponibilizados junto da população abrangida pelas UCC.

Os cuidados de saúde a prestar devem ser definidos tendo em conta o diagnóstico de saúde da comunidade e as estratégias de intervenção definidas no Plano Nacional de Saúde (PNS) e centrar a sua organização numa coordenação efectiva entre programas em desenvolvimento. Os programas e projectos integram-se no plano de acção do ACES, em estreita articulação com as USF, UCSP, USP e com a Equipa Coordenadora Local (ECL), no âmbito da Rede Nacional Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), de acordo com as orientações técnicas. As actividades, projectos ou programas a seguir enunciados, integram a carteira de serviços da UCC, devendo cada unidade, definir e contratualizar o seu plano de acção, em conformidade com o diagnóstico efectuado: a) Diagnóstico de saúde da comunidade em parceria com a USP e a Rede Social. b) Projectos de Intervenção Comunitária em parceria com outras instituições da comunidade como projectos de luta contra a pobreza e exclusão social, contratos de desenvolvimento social, no âmbito da Rede Social e outras intervenções previstas no Plano Nacional de Apoio aos Idosos, projectos previstos no plano de desenvolvimento social e outras intervenções territoriais de âmbito nacional ou comunitário; c) Protecção e promoção de saúde e prevenção da doença da comunidade, através dos programas já instituídos como sejam: Programa Nacional de Saúde Escolar; Programa Nacional de Saúde Oral; Protecção dos trabalhadores contra riscos de exposição aos agentes biológicos; Programa Nacional de Promoção e Protecção da Saúde nos Locais de Trabalho e Plano de Promoção e Vigilância da Saúde dos Trabalhadores em articulação com a USP; Intervenção com pessoas, famílias e grupos com maior vulnerabilidade e sujeitos a factores de exclusão social ou cultural, pobreza económica, de valores ou de competências, violência ou negligência como seja o: a) Acompanhar utentes e famílias de maior risco e vulnerabilidade; b) Cooperar com outras unidades funcionais no tocante a acções dirigidas aos utentes, às suas famílias e à comunidade, nomeadamente na implementação de programas de intervenção especial com recurso a unidades móveis e na criação de redes de apoio às famílias; c) Promover, organizar e participar na formação técnica externa, designadamente nas áreas de apoio domiciliário e familiar, bem como no voluntariado; d) Participar nas actividades inerentes à Rede Social, na vigilância de saúde e acompanhamento social das famílias com deficientes recursos sócio económicos; e) Participar nas actividades do programa de intervenção precoce a crianças. Intervenções com

indivíduos dependentes e famílias/cuidadores, no âmbito da RNCCI, como sejam:

- a) Cuidados domiciliários médicos e de enfermagem, de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e acções paliativas;
- b) Cuidados de reabilitação física;
- c) Apoio psicológico, social e ocupacional envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados;
- d) Educação para a saúde dos doentes, familiares e cuidadores informais;
- e) Coordenação e gestão de casos com outros recursos de saúde e sociais;
- f) Produção e tratamento de informação nos suportes de registo preconizados no âmbito dos CSP e da RNCCI; Promoção de estilos de vida saudáveis com intervenções a nível de programas de saúde já existentes em parceria com outras instituições que podem ajudar na aquisição de hábitos de saúde saudáveis da população ao longo do ciclo de vida como exemplo: Programa Europeu de Cidades Saudáveis; combate às substâncias indutoras de dependências; combate à obesidade e ao sedentarismo; Prevenção de acidentes domésticos e rodoviários; Prestação de cuidados especializados, designadamente a preparação para parentalidade; acompanhamento de comunidades de utentes do foro psiquiátrico, entre outros.

---

Recursos	O ACES afecta à(s) UCC os recursos necessários ao cumprimento do plano de acção e estabelece mecanismos que favoreçam e assegurem a articulação e complementaridade dos cuidados e a utilização eficiente de recursos comuns que, segundo o princípio da economia de meios, devem ser partilhados com as diversas unidades funcionais que o constituem. Relativamente aos recursos humanos a afectar a esta unidade deverão ser tidos em conta os critérios informadores para o cálculo de pessoal para cada área disciplinar de prestação de cuidados de saúde, designadamente as características geodemografias e sociais da população, de saúde e ambientais, sendo o próprio ACES a definir os seus mapas de pessoal. Tendo em conta o rácio enfermeiro/utente preconizado para os CSP (um enfermeiro/300 a 400 famílias) bem como os enfermeiros afectos às USF, UCSP e USP propõe-se, a título indicativo, para a UCC uma média de um enfermeiro por cerca de cinco mil residentes. Aqueles profissionais desenvolvem a sua actividade em estreita articulação e complementaridade com os profissionais das outras unidades funcionais do ACES. A UCC assenta em equipas técnicas multidisciplinares constituídas por enfermeiros, médicos, assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas, higienistas orais, terapeutas da fala, nutricionistas, em permanência ou em colaboração parcial. Deverá ser disponibilizada uma área física convenientemente apetrechada e de dimensão adequada ao número de profissionais e funções que executam.
Coordenação e competências	O coordenador da UCC é designado de entre os enfermeiros, com pelo menos a categoria de enfermeiro especialista com experiência na respectiva área funcional. As competências do coordenador são as constantes do Artigo 14.º do Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro.
Monitorização e avaliação	A monitorização e avaliação da UCC incumbem ao ACES, num processo global de avaliação e acreditação de todas as unidades funcionais do respectivo ACES e devem incidir sobre as áreas da disponibilidade, acessibilidade, produtividade, qualidade técnico-científica, efectividade, eficiência e satisfação, e podem contemplar especificidades e características de carácter regional, quando estas se apresentem como factores correctivos e niveladores da matriz nacional. A monitorização e avaliação da UCC têm por base um modelo de matriz nacional que aplica a metodologia de auto-avaliação, avaliações inter pares e avaliações cruzadas entre UCC.

---

No Quadro XIII encontram-se sistematizadas as principais características das Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados, a partir da legislação publicada.

### Quadro XIII Descrição das Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados

Missão	A Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) presta serviços de consultadoria e assistenciais às unidades funcionais referidas nos artigos anteriores e organiza ligações funcionais aos serviços hospitalares.
Princípios	A URAP presta os seus serviços tendo presente os seguintes princípios: a) Cooperação com as outras unidades funcionais; b) Acessibilidade dos cidadãos; c) Autonomia técnica; d) Rentabilização dos recursos instalados; e) Articulação com outras instituições com destaque para os hospitais de referência, privilegiando o estabelecimento de protocolos.
Constituição, dimensão e organização	A URAP congrega vários profissionais, com competências diversas, nomeadamente médicos de especialidades, que não de medicina familiar e de saúde pública, os quais já se encontram integrados noutras unidades funcionais do ACES, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas, técnicos de saúde oral e ainda outros técnicos com competências diferentes das enumeradas, que estejam ou venham a ser integrados no ACES. Dependendo do histórico dos centros de saúde, integrarão esta unidade todos os técnicos das áreas de meios complementares de diagnóstico, já existentes ou que venham a ser afectados. Estes profissionais poderão disponibilizar a totalidade ou parte do seu horário de trabalho às actividades inerentes a esta unidade, sendo o restante dedicado ao desenvolvimento de intervenções ou programas da responsabilidade de outras unidades funcionais. O Centro de Diagnóstico Pneumológico (nos casos em que exista na área de influência do ACES) deverá ser integrado nesta unidade, respeitando-se a especificidade da sua intervenção e autonomia funcional. De entre as suas competências, a de maior prioridade diz respeito à intervenção no âmbito da prevenção e controlo da tuberculose, onde se dará cumprimento às orientações estratégicas e objectivos do Programa Nacional de Luta contra a Tuberculose. Tal como as restantes unidades funcionais do ACES, a autonomia organizativa funcional e técnica é conferida à URAP em função dos objectivos e das metas assumidas pela coordenação do ACES.
Compromisso assistencial	Tendo em conta a existência de diversas áreas profissionais, os cuidados prestados distribuem-se de acordo com as mesmas. Grande parte da sua actividade desenvolve-se em estreita articulação com os hospitais de referência, podendo esta assumir várias formas que vão desde a consultadoria por especialistas hospitalares, à existência de consultas de especialidade asseguradas por médicos hospitalares, ou mesmo por celebração de protocolos de referência. A área dos meios complementares de diagnóstico também deverá estar presente nos ACES numa lógica de custo benefício, aliado à proximidade dos cidadãos.
Recursos	Os recursos físicos (instalações) e técnicos (equipamentos) deverão ser adequados e responder às exigências do desempenho das diferentes áreas e competências existentes no ACES. Os recursos físicos deverão estar distribuídos pela área geográfica do ACES, garantindo a máxima acessibilidade.
Coordenação e competências	A URAP tem um coordenador escolhido pela direcção do ACES com conhecimentos e experiência (pelo menos cinco anos de experiência profissional, de acordo com o artigo 15.º do Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro) adequados ao exercício da função, designado pelo director executivo do ACES, depois de ouvido o conselho clínico. As suas competências estão enumeradas no artigo 14.º do mesmo.

---

Monitorização e avaliação	A monitorização e avaliação da URAP incumbem ao ACES, num processo global de contratualização avaliação e acreditação de todas as unidades funcionais do respectivo ACES. A monitorização e avaliação da URAP devem incidir sobre as áreas da disponibilidade, acessibilidade, produtividade, qualidade técnico-científica, efectividade, eficiência e satisfação, e podem contemplar especificidades e características de carácter regional, quando estas se apresentem como factores correctivos e niveladores da matriz nacional
---------------------------	---

---

### **Análise de eficiência e ganhos potenciais em contexto de cuidados de saúde primários**

[Rui Santana, Carlos Costa, Sílvia Lopes]

A pressão económica sentida cada vez de uma forma mais intensa conduz a um enfoque também cada vez maior na eficiência de prestação de cuidados de saúde um pouco por todo o mundo. O paradigma básico da ciência económica de crescentes necessidades para recursos limitados influencia a nossa realidade social, sendo que o sector da saúde é uma das áreas onde mais se sente esta exigência de proporcionar uma boa utilização das verbas disponíveis. Desta forma, a análise da eficiência é um pressuposto básico de qualquer sistema de saúde, independentemente da óptica e da situação hierárquico-estrutural onde se realize essa tarefa.

Constituindo os cuidados de saúde primários a porta de acesso dos utentes aos serviços de saúde e sabendo de antemão que uma prestação vocacionada para as fases primárias da doença, assente na promoção da saúde e na prevenção da doença, garante um superior nível de custo-efectividade global aos sistemas de saúde, é usual afirmar-se a sua importância no contexto da produção de serviços de saúde.

O processo de reforma dos cuidados de saúde primários, desenvolvido a partir de 2005 no nosso país, representou uma mudança substancial das estruturas existentes no passado recente e permanece como um desafio futuro na sua operacionalização e expansão.

A intenção de garantir uma prestação com maior qualidade, melhor acesso e mais eficiência através das alterações introduzidas nos cuidados de saúde primários exige um conjunto de evidência que permita analisar, no presente e futuro, quais os impactos introduzidos no nosso sistema de saúde.

Com o presente trabalho pretende-se analisar a eficiência dos cuidados de saúde primários em Portugal. Em termos específicos, são seguidos dois objectivos principais: caracterizar a distribuição da eficiência e obter o valor da possível margem de ganhos potenciais nos cuidados de saúde primários.

Para a concretização dos objectivos propostos foi utilizada, numa primeira fase, uma base de dados fornecida pela Administração Central do Sistema de Saúde

(ACSS) relativa ao ano de 2009, estruturada por cada Agrupamento de Centros de Saúde (ACES). As variáveis incluídas nesta base de dados são as seguintes: população residente, número de inscritos, número de utilizadores, taxa de utilização, custos com o pessoal, custos com medicamentos, custos com meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) e custos totais. Posteriormente foram fornecidos novos dados (ano 2009), que introduziram algumas correcções aos cálculos iniciais, bem como informação referente ao ano de 2010.

Nesta base de dados foi acrescentada outra variável necessária para o desenvolvimento do estudo: o Índice de Necessidades em Saúde (INS), apresentado pela ACSS (2010) no seu documento “Proposta de alocação normativa de recursos financeiros aos Agrupamentos de Centros de Saúde”. Este índice é composto por três dimensões que, segundo esta instituição, contribuem para representar as necessidades em saúde de uma população:

- O estado de saúde (taxa de mortalidade padronizada pela idade);
- Os determinantes da despesa;
- A utilização.

A contribuição de cada uma destas dimensões para o Índice de Necessidades em Saúde é a seguinte:

- Estado de saúde: 50%;
- Determinantes da despesa: 37,1%;
- Utilização: 12,9% (ACSS, 2010).

Os valores assumidos para cada ACES são apresentados, tal como a própria designação indica, através de número índice, cuja leitura deve ser efectuada da seguinte forma:

- Valores acima de um indicam que o ACES apresenta “necessidades em saúde” acima da média nacional. A título meramente exemplificativo, refira-se que se um ACES apresenta um índice de necessidades em saúde de 1,14, isso significa que, de acordo com as suas características próprias, tem necessidades em saúde 14% acima do valor médio nacional;
- Valores iguais a um indicam que o ACES apresenta “necessidades em saúde” iguais à média nacional;
- Valores abaixo de um indicam que o ACES apresenta “necessidades em saúde” abaixo da média nacional.

A operacionalização do estudo implicou a utilização de dados dos 74 ACES definidos a nível nacional através do Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro, incluindo os que se encontram em funcionamento em contexto de Unidade Local de Saúde (ver Quadro XIV):

#### Quadro XIV Listagem de ACES que foram considerados para o estudo

Trás-os-Montes I – Nordeste	Médio Tejo I – Serra d’Aire
Lisboa I – Lisboa Norte	Porto VII – Porto Oriental
Trás-os-Montes II – Alto Tâmega e Barroso	Médio Tejo II – Zêzere
Lisboa II – Lisboa Oriental	Porto VIII – Gaia
Douro I – Marão e Douro Norte	Lezíria I – Ribatejo
Lisboa III – Lisboa Central	Porto IX – Espinho/Gaia
Douro II – Douro Sul	Lezíria II
Lisboa IV – Oeiras	Entre o Douro e Vouga I – Feira/Arouca
Ave I – Terras de Basto	Alentejo Litoral
Lisboa V – Odivelas	Entre o Douro e Vouga II – Aveiro Norte
Ave II – Guimarães/Vizela	Alentejo Central I
Lisboa VI – Loures	Baixo Vouga I
Ave III – Famalicão	Alentejo Central II
Lisboa VII – Amadora	Baixo Vouga II
Cávado I – Braga	Algarve I – Central
Lisboa VIII – Sintra-Mafra	Baixo Vouga III
Cávado II – Gerês/Cabreira	Algarve II – Barlavento
Lisboa IX – Algueirão – Rio de Mouro	Cova da Beira
Cávado III – Barcelos/Esposende	Algarve III – Sotavento
Lisboa X – Cacém-Queluz	Baixo Mondego I
Tâmega I – Baixo Tâmega	ULS Matosinhos
Lisboa XI – Cascais	Baixo Mondego II
Tâmega III – Vale do Sousa Norte	ULS Alto Minho
Lisboa XII – Vila Franca de Xira	Baixo Mondego III
Tâmega II – Vale do Sousa Sul	ULS Guarda
Setúbal I – Almada	Pinhal Interior Norte I
Porto I – Santo Tirso/Trofa	ULS Baixo Alentejo
Setúbal II – Seixal – Sesimbra	Pinhal Interior Norte II
Porto II – Gondomar	ACES Caia
Setúbal III – Arco Ribeirinho	Pinhal Litoral I
Porto III – Valongo	ACES São Mamede
Setúbal IV – Setúbal- Palmela	Pinhal Litoral II
Porto IV – Maia	Beira Interior Sul
Oeste I – Oeste Norte	Dão Lafões I
Porto V – Póvoa do Varzim/Vila do Conde	Pinhal Interior Sul
Oeste II – Oeste Sul	Dão Lafões II
Porto VI – Porto Ocidental	Dão Lafões III

Foram apenas realizadas duas alterações aos dados originais fornecidos pela ACSS:

- Para a análise de custos em MCDT e custos totais foram excluídos os valores apresentados pela ULS Matosinhos, por se tratar de um *outlier* face

à distribuição fornecida pela ACSS por cada ACES. Em termos médios, foi reportado um custo em MCDT na ordem dos €0,21 por utilizador, valor que praticamente não confere custos em MCDT nesta organização e que consequentemente também influencia os seus custos totais observados;

- Dada a não divulgação de dados relativos ao Índice de Necessidades em Saúde dos ACES incluídos na Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, assumiu-se que ambos (ACES S. Mamede e ACES Gaia) apresentam o mesmo índice que é atribuído a toda a ULS, neste caso 1,17.

As principais etapas desenvolvidas neste estudo têm subjacentes os objectivos delineados à partida. No que respeita ao primeiro objectivo, a caracterização dos custos observados em cada ACES, importa esclarecer desde logo, em termos conceptuais, qual a sua definição.

Em muitas circunstâncias, existe alguma confusão terminológica no que respeita às ópticas utilizadas para traduzir o montante financeiro afecto a determinada actividade desenvolvida. Neste sentido, salienta-se que a óptica seguida nesta análise é a óptica económica (custos e proveitos), excluindo-se as ópticas financeira (despesas e receitas) e de tesouraria (pagamentos e recebimentos). Desta forma, os custos aqui reportados dizem respeito ao reconhecimento da utilização dos recursos no processo de produção de serviços de saúde, sendo particularmente de considerar que:

- No que concerne aos custos em recursos humanos, estes correspondem ao total da conta com o código 64, designada de Custos com o Pessoal, prevista no Plano Oficial de Contas do Ministério da Saúde;
- Os custos com medicamentos correspondem ao montante atribuível a consumos de medicamentos provenientes do processo de conferência de facturas por local de prescrição;
- Os custos com MCDT correspondem ao montante atribuível a consumos de MCDT provenientes do processo de conferência de facturas por local de prescrição;
- Os custos totais são compostos pelo somatório das três rubricas anteriores: recursos humanos, medicamentos e MCDT.

Estes custos, adiante designados de custos observados, são os custos reais de cada ACES.

Dada a importância da análise de duas perspectivas distintas para a interpretação dos valores em causa, por utilizador e *per capita*, os cálculos desenvolvidos compreenderam estas duas medidas:

- Para obtenção dos valores por utilizador recorreu-se ao número total de utilizadores em cuidados de saúde primários, que é traduzido pelos

primeiros contactos dos utentes com os serviços de saúde durante um ano, dados fornecidos pela ACSS na base de dados supramencionada;

- Por sua vez, para ser possível o cálculo dos valores *per capita* recorreu-se a informação do Instituto Nacional de Estatística sobre a população residente na área de influência de cada ACES. Esta informação encontra-se também incluída na base de dados original disponibilizada pela ACSS.

No que concerne ao segundo objectivo do presente estudo, o cálculo dos ganhos potenciais de eficiência em valor absoluto e relativo, a sua operacionalização exigiu a obtenção de valores de referência, adiante designados de custos esperados.

Para além dos valores observados em cada ACES, foi também realizado um procedimento de ajustamento pelo risco, de forma a incorporar as diferentes características populacionais que influenciam a utilização e as despesas em saúde.

Neste estudo, os custos esperados em cada uma das rubricas de custos foram obtidos a partir de duas referências:

- O valor médio nacional, calculado através do somatório dos custos totais e sua divisão pelo denominador populacional (número de utilizadores ou número de residentes) consoante a análise em causa;
- O valor médio nacional corrigido pelas necessidades em saúde atribuídas em cada ACES. O valor médio nacional corresponde ao somatório dos custos totais e sua divisão pelo denominador populacional (número de utilizadores ou número de residentes). Este valor foi posteriormente corrigido através da sua multiplicação por um ponderador que representa as necessidades em saúde, denominado de Índice de Necessidades em Saúde, apresentado pela ACSS (2010) no seu documento “Proposta de alocação normativa de recursos financeiros aos Agrupamentos de Centros de Saúde”. Para obtenção dos valores corrigidos, que correspondem aos valores esperados por ACES, multiplicou-se o valor do custo médio nacional de cada rubrica de custos (pessoal, medicamentos, MCDT e total) pelo INS de cada ACES. A aplicação do INS sobre os valores de custos de cada ACES permite então identificar um valor esperado em função das necessidades em saúde de cada realidade organizacional num determinado contexto geográfico e demográfico.

O cálculo da margem de ganho potencial foi realizado a partir da diferença entre os custos observados e os custos esperados em cada ACES, por natureza de custos.

Os valores de ganhos potenciais totais foram obtidos por duas metodologias alternativas:

- Através da diferença entre os custos totais apresentados por cada ACES com os valores de referência utilizados para comparação (valor médio nacional ou INS), adiante designado de “Total”;
- Através do somatório dos ganhos potenciais identificados em cada rubrica de custos, adiante designado de “Total II”;

Na análise efectuada foram tidos em consideração também dois valores distintos: os valores brutos e os valores corrigidos. Os valores brutos correspondem aos montantes que são disponibilizados pelas fontes de informação oficiais (demonstração de resultados). Os valores corrigidos foram obtidos a partir da aplicação de um processo de ajustamento pelo risco.

A metodologia utilizada para analisar os valores apresentados, independentemente da sua forma de apresentação (gráfica ou em quadro), segue uma lógica de identificação das principais ilações através da expressão “principais observações”. Por facilidade de leitura e interpretação esta é detalhada via apresentação de itens individuais.

De acordo com os objectivos definidos no âmbito da presente fase do estudo, caracteriza-se sumariamente a distribuição dos custos observados por utilizador e *per capita* em cada rubrica de custos considerada, nomeadamente os custos em recursos humanos, em medicamentos, em MCDT e totais. O Quadro XV resume a estatística descritiva dos valores apurados.

**Quadro XV** Caracterização da distribuição dos custos reais com recursos humanos, medicamentos, MCDT e totais *per capita* e por utilizador a nível nacional

	Recursos humanos		Medicamentos		MCDT		Custos totais	
	<i>Capita</i>	Utilizador	<i>Capita</i>	Utilizador	<i>Capita</i>	Utilizador	<i>Capita</i>	Utilizador
Média	91,63	131,86	95,27	137,09	44,24	63,66	231,13	332,61
Desvio padrão	29,99	30,93	25,43	24,72	9,62	13,42	51,77	43,78
Coefficiente de variação	0,33	0,23	0,27	0,18	0,22	0,21	0,22	0,13
Máximo	175,16	236,03	169,09	213,25	78,29	90,68	361,76	466,38
Mínimo	50,67	85,60	49,62	100,08	20,41	24,73	133,64	246,96
P25	73,65	113,51	82,09	121,78	37,91	53,22	206,73	306,35
P50	89,81	128,19	101,49	136,86	44,29	65,55	235,50	335,33
P75	114,87	152,17	117,77	157,58	50,74	72,49	275,86	365,50
<b>Valores Totais</b>	<b>929.533.329</b>		<b>966.470.115</b>		<b>448.812.494</b>		<b>2.344.815.938</b>	

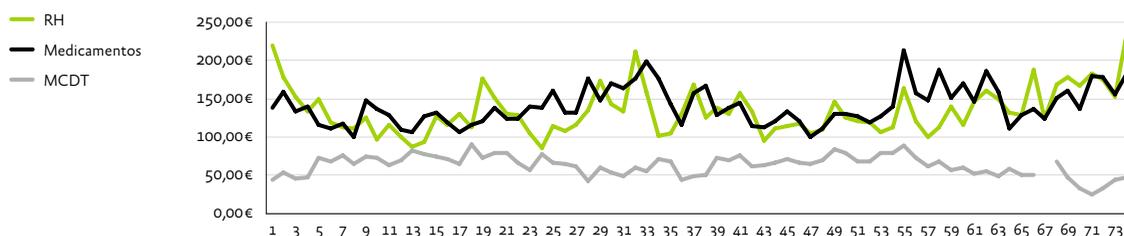
Unidade: Euros.

Principais observações:

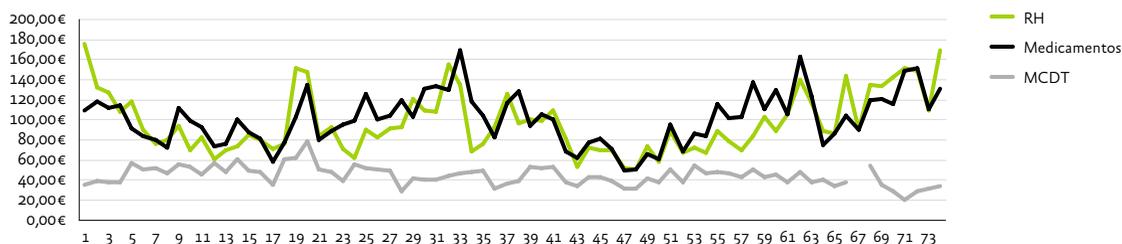
- Tal como esperado, os custos médios dos utilizadores em cada ACES apresentam valores superiores aos montantes obtidos numa base capitacional;
- Para os custos totais gerados pelas três rubricas em consideração, verifica-se que o SNS gastou, em média, durante o ano de 2009, cerca de €333 por utilizador e aproximadamente €231 por cada português – independentemente de ter utilizado ou não os serviços de saúde – em cuidados de saúde primários;
- Contrariamente ao que sucede na componente hospitalar, onde os recursos humanos representam a maior percentagem relativa na estrutura de custos totais destas organizações, nos cuidados de saúde primários são as prescrições de medicamentos que atingem os valores mais significativos;
- Uma análise mais detalhada por ACES permite verificar, no entanto, que existem realidades locais díspares, onde nem sempre se identifica uma superioridade relativa dos valores das prescrições em medicamentos face aos recursos humanos;
- Existem amplitudes significativas (mais do dobro) entre os valores máximos e mínimos em todas as rubricas, sejam valores *per capita*, sejam utilizadores de serviços;
- O desvio padrão das diferentes distribuições de rubricas de custos evidencia que existe uma maior distância entre os valores de cada ACES face à sua média quando são considerados os utilizadores relativamente aos montantes capitacionais;
- O coeficiente de variação mais relevante foi obtido nos custos em recursos humanos.

Para além dos valores globais nacionais, importa também analisar a sua distribuição em cada unidade prestadora, neste caso o ACES. As Figuras 32 e 33 contêm a representação dos custos observados por utilizador e *per capita* em cada natureza de custos.

**Figura 32** Distribuição dos custos observados em recursos humanos, medicamentos e MCDT por utilizador por ACES



**Figura 33** Distribuição dos custos observados em recursos humanos, medicamentos e MCDT *per capita* por ACES



**Principais observações:**

- A variação significativa apresentada pelos dois gráficos expostos representa as diferentes observações ocorridas em cada ACES, não sendo visível um padrão comportamental claramente identificável;
- Esta variação é transversal a todas as rubricas de custos, isto é, a evidência de observações distintas entre ACES ocorre nas diferentes naturezas de custos;
- A mesma ilação pode ser realçada na sua relação. Como se pode verificar, a hierarquia de representatividade de determinadas rubricas de custos não é semelhante em todos os ACES, ou seja, a relação entre os custos em recursos humanos, medicamentos e MCDT é desigual entre estas organizações.

Vejam os então qual a relação estatística entre estas rubricas de custos em termos totais, através dos coeficientes de correlação disponibilizados no Quadro XVI.

**Quadro XVI** Coeficientes de correlação entre as rubricas de custos com recursos humanos, medicamentos e MCDT por utilizador e *per capita*

Por Utilizador				<i>Per capita</i>			
Rubrica	RH	Medic.	MCDT	Rubrica	RH	Medic.	MCDT
RH	1,00	0,46	-0,50	RH	1,00	0,70	-0,13
Medicamentos	0,46	1,00	-0,34	Medicamentos	0,70	1,00	0,00
MCDT	-0,50	-0,34	1,00	MCDT	-0,13	0,00	1,00

**Principais observações:**

- Os coeficientes de correlação entre as diferentes rubricas de custos indicam que o comportamento da variação entre ACES nos recursos humanos e medicamentos são relativamente próximos, isto é, quando os custos médios por utilizador e *per capita* variam positivamente em

recursos humanos, os custos em medicamentos também apresentam o mesmo sentido de tendência;

- Esta relação não é semelhante para os MCDT, que variam no sentido inverso dos recursos humanos e medicamentos por utilizador de cuidados de saúde primários. O coeficiente de correlação *per capita* apresenta a mesma tendência para os recursos humanos (embora estatisticamente mais fraca) e não se evidencia uma relação nem positiva nem negativa no que respeita aos custos com medicamentos, não se podendo aferir qualquer relação entre estas rubricas de custos.

De acordo com o segundo objectivo estabelecido para o presente estudo, identificam-se em seguida os principais resultados dos ganhos potenciais atribuíveis aos cuidados de saúde primários tendo como unidade de análise os ACES, nos anos de 2009 e 2010, por utilizador e *per capita* (ver Quadros XVII e XVIII).

**Quadro XVII** Margem de ganhos por utilizador e *per capita*, 2009

Rubrica	Utilizadores				Capita			
	V. Bruto	%	V. Corrigido	%	V. Bruto	%	V. Corrigido	%
RH	78.804.917	8,48	57.618.402	6,20	107.531.664	11,57	79.614.659	8,57
Medicamentos	61.670.465	6,38	44.956.101	4,65	94.705.156	9,80	66.155.521	6,85
MCDT	38.251.863	8,52	47.638.412	10,61	39.965.032	8,90	40.976.325	9,13
Total	114.671.248	4,89	72.693.877	3,10	195.653.923	8,34	120.974.282	5,16
Total II	178.727.245	7,62	150.212.915	6,41	242.201.853	10,33	186.746.506	7,96

Unidade: Euros.

**Quadro XVIII** Margem de ganhos por utilizador, 2009 e 2010

Rubrica	Utilizadores 2009				Utilizadores 2010			
	V. Bruto	%	V. Corrigido	%	V. Bruto	%	V. Corrigido	%
RH	78.804.917	8,48	57.618.402	6,20	68.846.889	7,20	54.628.439	5,72
Medicamentos	61.670.465	6,38	44.956.101	4,65	61.737.782	6,16	43.046.718	4,30
MCDT	38.251.863	8,52	47.638.412	10,61	42.996.966	9,50	52.923.305	11,70
Total	114.671.248	4,89	72.693.877	3,10	93.770.360	3,89	68.788.163	2,85
Total II	178.727.245	7,62	150.212.915	6,41	173.581.637	7,20	150.598.463	6,25

Unidade: Euros.

Conforme referido na Metodologia, deve ter-se presente que o Total representa o valor real de cada ACES, enquanto o Total II é um valor estimado correspondente ao somatório de ganho em cada uma das três rubricas.

Atendendo à análise que será feita, o Total II é sempre mais importante dado que representa o melhor potencial de ganho.

Principais observações:

- Os maiores ganhos potenciais em termos proporcionais face ao actual nível de custo real podem ser obtidos nos recursos humanos quando se considera o valor bruto (ou real) e nos MCDT quando se consideram os valores corrigidos pelas necessidades de saúde, ou seja, ajustados pelo risco;
- Em termos de volume monetário total, os maiores ganhos potenciais absolutos situam-se ao nível dos recursos humanos;
- A identificação e possível intervenção sobre os ganhos potenciais por rubrica contabilística permitem obter valores mais substanciais do que uma análise exclusiva sobre os valores dos custos totais registados em cada ACES;
- Os ganhos potenciais são menores quando se ajusta pelo risco em relação aos valores reais, isto é, a consideração das necessidades das populações, tal como foi medida pela ACSS, atenua as diferenças de eficiência entre ACES.

A percentagem de ACES com margem de ganhos potenciais consta do Quadro XIX.

**Quadro XIX** Percentagem de ACES com margem de ganhos potenciais, 2009

Rubrica	Por utilizador		Per capita	
	Bruto	Corrigido	Bruto	Corrigido
Recursos humanos	42%	49%	45%	47%
Medicamentos	49%	45%	57%	57%
MCDT	55%	53%	50%	53%
Total	53%	43%	54%	57%
Total II	92%	91%	80%	93%

Principais observações:

- Em termos totais, os ganhos potenciais obtidos a partir do valor de referência das necessidades em saúde são superiores na análise *per capita* face aos utilizadores;
- Independentemente da óptica de análise utilizada, uma conclusão transversal a esta evidência revela que mais de 90% dos ACES poderão melhorar o seu nível de eficiência quando consideramos as três rubricas de custos principais.

Relativamente aos ganhos potenciais, apresenta-se nos quadros seguintes a análise a diversos níveis: por utilizador, por utilizador corrigido, *per capita*,

*per capita* corrigido e para os cinco ACES mais eficientes em cada natureza de custos (Quadros XX a XXIV).

**Quadro XX** Ganhos potenciais por percentil por utilizador, 2009

	RH		Medicamentos		MCDT		Total		Total II	
	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%
Máximo	326.076.981	35%	260.965.228	27%	277.497.472	62%	603.852.239	26%	864.539.682	37%
Percentil 90	215.336.242	23%	182.418.073	19%	135.617.554	30%	297.624.052	13%	533.371.869	23%
Percentil 75	148.878.815	16%	124.991.954	13%	90.808.124	20%	216.556.192	9%	364.678.893	16%
Percentil 50	89.591.150	10%	62.408.174	6%	30.371.485	7%	105.968.121	5%	182.370.809	8%
Média	78.804.917	8%	61.670.465	6%	38.251.863	9%	114.671.248	5%	178.727.245	8%

**Quadro XXI** Ganhos potenciais por percentil por utilizador corrigido, 2009

	RH		Medicamentos		MCDT		Total		Total II	
	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%
Máximo	322.631.256	35%	256.936.807	27%	275.024.054	61%	593.911.365	25%	854.592.117	36%
Percentil 90	208.679.149	22%	175.209.010	18%	138.919.588	31%	276.786.790	12%	522.807.748	22%
Percentil 75	138.692.420	15%	112.020.032	12%	97.573.377	22%	189.552.883	8%	348.285.830	15%
Percentil 50	70.932.718	8%	45.643.593	5%	40.528.225	9%	64.898.129	3%	157.104.537	7%
Média	57.618.402	6%	44.956.101	5%	47.638.412	11%	72.693.877	3%	150.212.915	6%

**Quadro XXII** Ganhos potenciais por percentil *per capita*

	RH		Medicamentos		MCDT		Total		Total II	
	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%
Máximo	415.499.520	45%	463.117.038	48%	245.218.909	55%	989.008.006	42%	1.123.835.468	48%
Percentil 90	253.175.259	27%	270.629.796	28%	126.101.334	28%	534.789.701	23%	649.906.389	28%
Percentil 75	206.846.213	22%	172.774.535	18%	79.976.011	18%	333.542.513	14%	459.596.759	20%
Percentil 50	114.426.604	12%	65.880.958	7%	39.686.614	9%	176.874.484	8%	219.994.176	9%
Média	107.531.664	12%	94.705.156	10%	39.965.032	9%	195.653.923	8%	242.201.853	10%

**Quadro XXIII** Ganhos potenciais por percentil *per capita* corrigido

	RH		Medicamentos		MCDT		Total		Total II	
	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%
Máximo	417.833.960	45%	465.402.973	48%	246.089.728	55%	995.165.290	42%	1.129.326.661	48%
Percentil 90	246.855.473	27%	258.931.682	27%	134.680.241	30%	517.964.284	22%	640.467.396	27%
Percentil 75	195.075.776	21%	148.405.285	15%	87.448.033	19%	280.510.207	12%	430.929.094	18%
Percentil 50	86.942.416	9%	36.732.866	4%	46.424.704	10%	85.522.830	4%	170.099.987	7%
Média	79.614.659	9%	66.155.521	7%	40.976.325	9%	120.974.282	5%	186.746.506	8%

**Quadro XXIV** Ganhos potenciais considerando os cinco ACES mais eficientes em cada natureza de custos

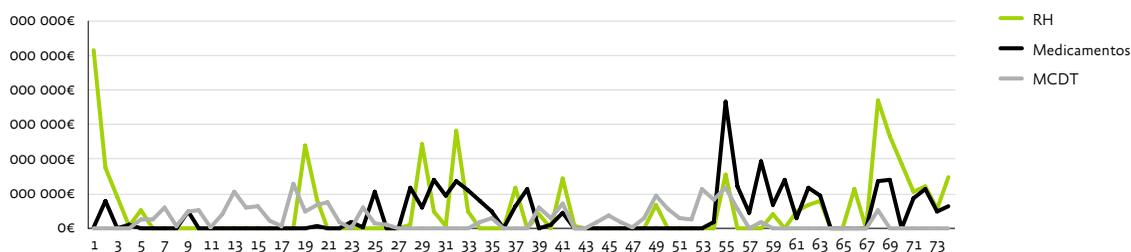
	RH		Medicamentos		MCDT		Total		Total II	
	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%
Máximo	253.698.484	27%	199.090.002	21%	156.155.339	35%	403.384.965	26%	608.943.825	17%
Percentil 90	166.180.731	18%	161.036.231	17%	98.720.227	22%	389.849.132	17%	425.937.189	18%
Percentil 75	376.142.476	40%	398.554.157	41%	167.553.702	37%	860.638.756	37%	942.250.335	40%
Percentil 50	193.216.948	21%	195.974.940	20%	100.645.253	22%	464.182.179	20%	489.837.141	21%
Média	253.698.484	27%	199.090.002	21%	156.155.339	35%	403.384.965	26%	608.943.825	17%

**Principais observações:**

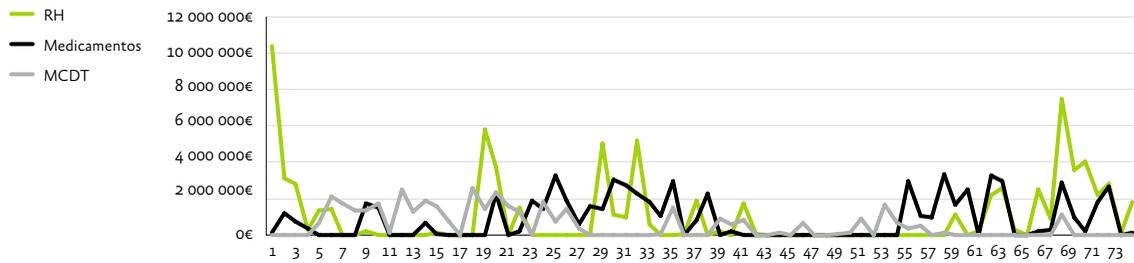
- Da análise dos ganhos potenciais tendo em consideração diferentes referências (valores máximos, médios, medianos e ainda percentis 90 e 75), verifica-se que existe uma margem substancial de ganhos que poderão ser obtidos por ACES. Estes valores, em termos totais, quando comparados com os valores mais eficientes, ultrapassam os mil milhões de euros numa análise *per capita* e aproximam-se dos 860 milhões na análise por utilizador;
- Os maiores ganhos potenciais absolutos por natureza de custos variam consoante as análises realizadas (*per capita* ou utilizador), localizando-se nos recursos humanos quando estes são identificados por utilizador e nos medicamentos quando analisamos os valores *per capita*;
- Por sua vez, os ganhos potenciais relativos são superiores nos MCDT, seja numa ou noutra perspectiva, podendo atingir margens superiores a 60% (quando considerado o cenário de comparação com os valores mais eficientes).

Para as diversas naturezas de custos (recursos humanos, medicamentos e MCDT), as Figuras 34 e 35 ilustram a margem de ganho potencial nos custos por utilizador e *per capita*.

**Figura 34** Margem de ganho potencial nos custos por utilizador obtidos através do INS com recursos humanos, medicamentos e MCDT por ACES



**Figura 35** Margem de ganho potencial nos custos *per capita* obtidos através do INS com recursos humanos, medicamentos e MCDT por ACES

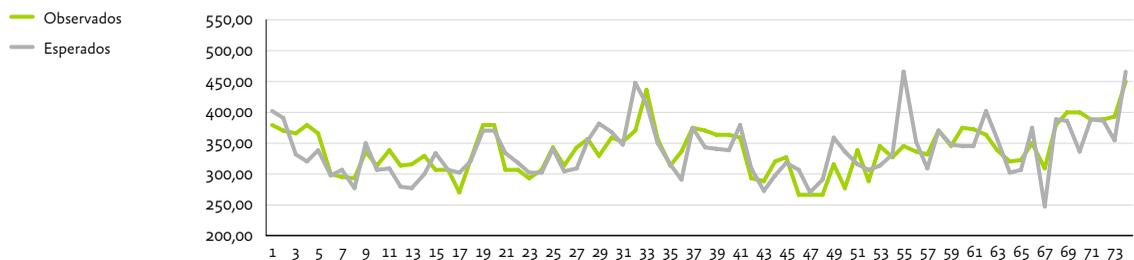


**Principais observações:**

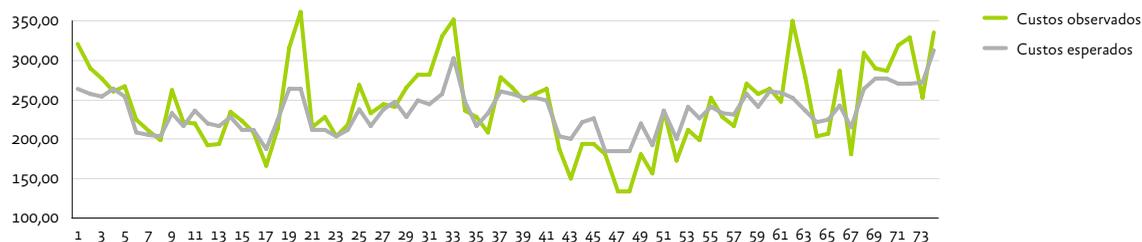
- O comportamento de cada ACES é distinto relativamente à sua capacidade de ganhos potenciais em eficiência consoante cada natureza de custos. Esta evidência reflecte a necessidade de perceber as realidades locais e as suas dinâmicas históricas, de forma a intervir de forma prioritária nas actividades desenvolvidas por cada organização e consequente impacto no seu nível de eficiência;
- Perante estes resultados, salienta-se também a existência de um conjunto de ACES que apresenta níveis de eficiência positivos (entre o ACES 42 e o 49) nas três rubricas.

A margem de ganhos potenciais encontra-se graficamente representada nas figuras seguintes (Figuras 36 e 37), onde é possível identificar, através da comparação entre as duas linhas, qual o potencial existente nesta matéria.

**Figura 36** Comparação entre custos totais observados e esperados por utilizador



**Figura 37** Comparação entre custos totais observados e esperados *per capita*



**Principais observações:**

- A principal observação que resulta da análise das Figuras prende-se com a diferença existente entre os custos observados e esperados por utilizador, ficando demonstrada a necessidade de ajustar os recursos disponibilizados às necessidades de cada população;
- Denota-se igualmente a inexistência de um padrão de variação nacional entre os níveis de custos observados e esperados.

Em seguida, podem também encontrar-se os cálculos relativos às margens de ganhos potenciais dos ACES tendo em consideração o exercício de 2010. Esta informação encontra-se exposta nos Quadros XXV e XXVI.

**Quadro XXV** Ganhos potenciais por percentil por utilizador, 2010

	RH		Medicamentos		MCDT		Total		Total II	
	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%
Máximo	299.831.225	31%	236.147.414	24%	285.554.439	63%	584.157.017	24%	821.533.078	34%
Percentil 90	193.927.536	20%	178.860.356	18%	145.260.902	32%	277.834.742	12%	518.048.793	21%
Percentil 75	139.490.482	15%	121.521.070	12%	100.793.126	22%	175.119.715	7%	361.804.678	15%
Percentil 50	71.904.162	8%	60.184.684	6%	27.148.066	6%	77.732.311	3%	159.236.911	7%
Média	68.846.889	7%	61.737.782	6%	42.979.729	10%	93.757.479	4%	173.564.400	7%

**Quadro XXVI** Ganhos potenciais por percentil por utilizador corrigido, 2010

	RH		Medicamentos		MCDT		Total		Total II	
	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%
Máximo	296.322.126	31%	232.051.024	23%	283.735.933	63%	574.389.423	24%	812.109.083	34%
Percentil 90	186.236.876	19%	171.832.194	17%	148.316.977	33%	260.086.068	11%	506.386.046	21%
Percentil 75	130.661.284	14%	108.013.178	11%	107.576.514	24%	151.397.998	6%	346.250.976	14%
Percentil 50	57.861.383	6%	41.616.166	4%	38.126.546	8%	52.902.576	2%	137.604.095	6%
Média	54.628.439	6%	43.046.718	4%	52.923.305	12%	68.788.163	3%	150.598.463	6%

Principais observações:

- Para o conjunto de ACES analisado, de uma forma global, os ganhos potenciais em magnitude, em termos absolutos e percentuais, mantêm-se comparativamente ao ano de 2009. Apesar de existir um ligeiro decréscimo nos montantes totais, permanece evidenciada uma margem significativa de ganhos potenciais de eficiência em cuidados de saúde primários;
- Também ao nível das diferentes rubricas de custos se verificam os mesmos fenómenos já anteriormente referenciados para o exercício de 2009.

Em seguida pretende-se discutir as principais implicações decorrentes das opções metodológicas e dos resultados alcançados no decurso da realização do presente estudo. Por facilidade de abordagem, adiante efectua-se uma discussão diferenciada sobre os aspectos metodológicos mais relevantes e os resultados apurados.

Sob o ponto de vista metodológico, e perante as opções efectuadas, considera-se relevante a discussão dos seguintes aspectos:

- As fontes de informação existentes;
- O apuramento de valores eficientes (processo de ajustamento pelo risco).

O primeiro assunto que deve ser referenciado no âmbito da discussão metodológica prende-se com a limitação decorrente da utilização das três rubricas principais de custos nos cuidados de saúde primários, os custos com medicamentos, recursos humanos e MCDT. Dada a impossibilidade de dispor de informação assente num sistema contabilístico robusto que permitisse obter estes dados, como acontece em qualquer outra organização lucrativa ou não lucrativa, foi realizado um esforço por parte da ACSS no sentido de tentar reconstruir os custos por ACES através do somatório dos custos oriundos da conferência de facturas (em medicamentos e MCDT) e dos custos em recursos humanos.

Daqui decorrem duas limitações, que importa salientar:

- Desde logo, a possibilidade da representatividade dos restantes custos ser substancial nalguma situação específica, correndo-se o risco de se estar a analisar apenas uma parte marginal dos custos totais reais. A sua distribuição também poderá apresentar padrões distintos e marcantes. Por exemplo, a existência de custos com transportes em áreas de menor densidade populacional poderá ser representativa, apesar de não estar incorporada nas rubricas de custos agora consideradas;
- Para além da possível margem existente nos outros custos, importa também referir que pode existir alguma margem de não incorporação total de custos em função da natureza da rubrica considerada. Por exemplo, no que respeita aos custos em recursos humanos dos ACES, poderão existir montantes que se encontram contabilisticamente registados na

conta de Fornecimentos e Serviços Externos, caso o serviço prestado se apresente como uma prestação de serviço por uma empresa externa, mesmo que isso diga respeito a recursos necessários com o pessoal. Apenas se encontram reflectidos os custos relativos ao pessoal pertencente aos quadros do ACES/respectiva ARS.

O actual estado da arte sobre as metodologias de apuramento de custos em contexto de cuidados de saúde primários, seja de natureza geral ou analítica, poderá considerar-se bastante incipiente. A necessidade de estimar custos através de várias fontes de dados é bem indicativa do fraco desenvolvimento e do grau de prioridade atribuído aos instrumentos e técnicas de apoio ao processo de gestão económico-financeiro destas organizações ao longo das últimas décadas. Às dificuldades operacionais sentidas no decorrer do presente trabalho poder-se-á acrescentar um aspecto também ele característico desta realidade, ou seja, o facto de não existir no nosso país – contrariamente ao que sucede com o nível hospitalar – um Plano Oficial de Contabilidade Analítica particularmente dirigido aos cuidados de saúde primários.

Apesar da sua importância crescente, a determinação, conhecimento e posterior integração dos custos no processo de tomada de decisão têm sido dominados por alguns factores que poderão influenciar o grau de prioridade que lhes é atribuído na gestão de organizações prestadoras de cuidados de saúde no nosso país. Entre os quais se destacam:

- A falta de credibilidade da informação produzida, originada pelas diferenças individuais na imputação, pode estar na origem dessa mesma falta de interesse e utilização da contabilidade de custos na gestão de organizações de saúde (Urbano e Bentes, 1990);
- O baixo risco financeiro das unidades de saúde, que historicamente viram o seu nível de financiamento ser sobretudo retrospectivo, encontrando-se fortemente correlacionado com o nível de despesas em detrimento dos níveis de produção, eficiência ou necessidades em saúde (Santana, 2005);
- A limitação dos sistemas de informação de suporte à recolha da actividade de produção e de custos;
- O desvio significativo daquele que deveria constituir o racional básico da produção de informação de custos: diminuir o grau de risco associado ao processo de tomada de decisões de gestão. Na verdade, esta razão de ser é substituída por uma actuação de força maior direccionada para a obtenção e disponibilização de informação no sentido de satisfazer, sobretudo, necessidades relacionadas com o cumprimento de exigências externas de *reporting* (Finkler e Ward, 1999);

- A ausência de um sistema de ajustamento pelo risco que permitisse uma correcção dos factores relacionados com as características da procura de cuidados que podem influenciar os seus resultados, impedindo uma análise justa dos valores alcançados por organização de saúde;
- Desconexão entre as unidades de pagamento e as unidades de custeio: enquanto se utiliza a unidade de pagamento capitação, encontra-se informação de custos estruturada por linha de produção principal em cada serviço.

Se existe esta limitação estrutural no sistema contabilístico utilizado, mais se coloca em causa a resposta a perguntas básicas cuja gestão de organizações de saúde deve contestar de forma trivial, como o apuramento de custos por patologia, produtos ou linhas de produtos, programas, órgãos (departamentos/serviços/unidades), pagadores específicos, prestadores individuais e, sobretudo, o custo por utente ou certas populações (Hankins e Baker, 2004).

Apesar do esforço desenvolvido, em particular no último ano, por parte da ACSS através da criação de um grupo de trabalho específico para a definição de todo o conjunto de metodologias, instrumentos e circuitos de apoio à gestão económico-financeira dos ACES, as consequências desta realidade extravasam o problema da fiabilidade do apuramento de custos em cada organização.

Poderão também colocar-se em causa outros aspectos importantes através da extrapolação para a realidade macro nacional, como o nível de incerteza sobre a capacidade de conduzir a governação, seja num momento prévio ou no decorrer de um processo de reforma estrutural no que respeita aos seus aspectos económico-financeiros.

A fragilidade dos instrumentos e da informação produzida traduz a ausência de um trabalho sistemático e estruturado ao longo dos últimos anos no âmbito dos CSP. Neste sentido, a pertinência de analisar a eficiência, apesar de apresentar de forma intrínseca algumas limitações próprias dos instrumentos e fontes de informação existentes, permite concomitantemente realçar essas mesmas limitações.

Estas limitações conduziram à necessidade de recorrer a fontes alternativas que permitissem obter os montantes em cada uma das principais rubricas da estrutura de custos dos ACES, como foi o caso da utilização da facturação de medicamentos e MCDT.

Se os dados utilizados apresentam limitações próprias que não permitirão responder à questão-chave mais premente: será que a reforma dos cuidados de saúde primários permitiu obter ganhos de eficiência? Por outro lado, o momento de concretização deste estudo também ainda não permite uma avaliação que incorpore uma série temporal suficientemente robusta que possibilite uma resposta conclusiva. A tentação natural para a avaliação dos

resultados obtidos em consequência da reforma iniciada em 2007 não deverá ser operacionalizada em função dos valores agora apresentados, pois estes resultam essencialmente do histórico de cada ACES, reflectindo mais a herança deixada do que a mudança esperada.

Os resultados apresentados ao longo do presente estudo não permitiram efectuar uma evolução dinâmica, pois apenas foi caracterizado um único exercício, em função da informação disponibilizada pela ACSS. O alargamento da análise a um período mais extenso talvez permitisse descortinar a tendência evolutiva que a reforma dos cuidados de saúde primários proporcionou e continua a proporcionar em termos de eficiência. Contudo, ressalva-se para memória futura os níveis de eficiência de cada ACES e possível avaliação evolutiva num futuro próximo.

Neste âmbito, salienta-se também a dificuldade de obter dados históricos agregados segundo a nova lógica organizacional, sendo esta realidade não exclusiva dos aspectos económico-financeiros. A centralização da informação na oferta de cuidados faz com que o detalhe e a forma de agregação da informação gerem alguns problemas quando surge a necessidade de realizar uma análise direccionada para os utentes e suas características específicas.

Por último, no que respeita às limitações mais significativas relativamente às fontes de informação disponibilizadas, refira-se ainda a ausência de medidas de resultados em saúde, isto é, apenas é aferido o nível de eficiência em cada ACES sem ser ponderado o resultado alcançado para os níveis de eficiência apresentados.

Segundo Porter e Teisberg (2006), a focalização da gestão de organizações de saúde deverá passar pela avaliação do valor criado em saúde, conceito resumido pela relação entre resultado alcançado e unidade de custo utilizada. Neste caso, a título exemplificativo, a utilização do número de anos de Vida Potencialmente Perdidos em cada ACES poderia ajudar a conhecer efectivamente a relação entre resultados e custos, obtendo-se o nível de criação de valor em saúde em cada ACES.

No presente estudo foram utilizadas duas metodologias para obtenção dos custos totais em cada ACES, uma que contemplou a diferença entre os valores reais e os esperados e outra que foi formada a partir do somatório dos ganhos potenciais de cada rubrica de custos (recursos humanos, medicamentos e MCDT). Destas duas análises, tal como seria inicialmente expectável, a segunda metodologia permitiu identificar um maior valor de ganho potencial em termos absolutos e relativos. Para além da importância de se detalhar a estrutura de custos de cada ACES e se tentar perceber quais as áreas de intervenção prioritária, através desta análise é possível sinalizar um nível de obtenção de ganhos de eficiência mais substanciais em cada instituição e em termos totais.

A margem de ganhos de eficiência foi obtida a partir da diferença entre o valor apurado de necessidades em saúde (valor esperado) e o valor de custos observados em cada ACES, em cada rubrica de custos e montante total. Num cenário onde esta diferença corresponda a zero, isso significa uma correspondência fiel do nível de distribuição de recursos face às necessidades existentes. Através deste exercício foi possível também identificar as diferenças existentes não só entre os ACES que se encontram sobrefinanciados, como também as organizações que necessitariam de ver o seu nível de utilização de recursos reforçado. Os desajustes da função distribuidora no financiamento em cuidados de saúde primários poderão ser aferidos através desta análise.

Outro dos aspectos relevantes da análise efectuada resulta da tentativa de correcção dos valores observados a partir das características próprias das unidades prestadoras de cuidados de saúde primários, com o intuito de tentar encontrar valores óptimos que foram denominados de custos esperados.

Apesar da aceitação generalizada sobre os processos de ajustamento pelo risco, a verdade é que nem sempre se verifica a sua aplicação nas mais diferentes áreas, como são os casos do financiamento ou da avaliação de desempenho de organizações de saúde. Salienta-se, portanto, a necessidade de efectuar este processo, que tal como se verificou ao longo da apresentação de resultados, pode sinalizar valores diferentes daqueles que são identificados a partir dos registos contabilísticos efectuados nestas unidades.

Uma das primeiras questões a ponderar na estruturação de um modelo de ajustamento pelo risco é definir o seu objectivo. No âmbito do financiamento de serviços de saúde, surgem fundamentalmente dois caminhos a seguir: ou proceder a um ajustamento que reflecta as necessidades em saúde de uma determinada população ou, por outro lado, tentar traduzir o seu nível de custos esperados. Estas duas correntes alternativas consubstanciam o fenómeno identificado na revisão de literatura pela dicotomia *town and gown*.

Apesar de ter sido realizado um esforço no sentido de conhecer o valor ideal de financiamento a atribuir às unidades de cuidados de saúde primários (ACES), verifica-se que se encontram incluídas no processo de ajustamento pelo risco algumas variáveis que reflectem as despesas anteriores em saúde. A incorporação de variáveis explicativas de despesa anterior não é uma característica desejável nos modelos de capitação ajustada pelo risco, essencialmente porque poderemos estar a replicar práticas ineficientes. Esta característica é particularmente relevante num mercado com características específicas, como a capacidade de indução da procura pelo lado da oferta. A própria definição de ajustamento pelo risco consubstancia-se no processo de correcção dos valores distribuídos em função das características da procura de cuidados que influenciam. A introdução de variáveis de oferta de cuidados de saúde não se insere neste processo.

A consideração de variáveis explicativas de despesas em saúde introduz no sistema de financiamento uma retrospectividade não desejável. Na realidade, o ajustamento pelo risco pode depender mais do nível da despesa de cada ACES e não das características da população, nomeadamente a sua carga de doença, o que por sua vez pode originar um enviesamento no ajustamento pelo risco e, concomitantemente, no financiamento de cada ACES (Pope *et al.*, 2000; Lamers, 2001).

Relativamente aos resultados alcançados, poderiam decorrer da sua análise e interpretação um conjunto vasto de matérias relevantes para discussão. Desta forma, apenas são tratados os aspectos que se consideraram mais significativos, entre os quais se salienta:

- A busca de evidência;
- Ausência de padrão nacional de variação de eficiência;
- A importância do sistema de financiamento para a promoção da eficiência;

Verificou-se através do enquadramento teórico, sendo mesmo uma das características marcantes da evolução dos cuidados de saúde primários em Portugal identificada por diversos autores (Biscaia *et al.*, 2005), que existiu historicamente uma falta de concretização prática das reformas políticas traduzidas em muitas ocasiões em diplomas legais e regulamentos emitidos. São exemplos desta evidência a não concretização do Decreto-Lei n.º 157/99, que criou os centros de saúde de terceira geração, ou do Decreto-Lei n.º 60/2003 de 1 de Abril, que criou a rede de cuidados de saúde primários.

Contrariamente a outras intenções que não foram operacionalizadas, o actual processo de reforma avançou efectivamente com a reorganização estrutural dos cuidados de saúde primários, sendo a criação de USF e ACES dois exemplos marcantes entre muitas alterações concretizadas face à realidade histórica anterior a 2005. Segundo o Grupo Consultivo (2009), a nova arquitectura organizacional dos centros de saúde assenta mesmo numa reorganização com duas componentes complementares, de sentido oposto:

- Uma rede de pequenas equipas multiprofissionais, descentralizadas e autónomas, com carácter estrutural permanente, para fins de prestação de cuidados à pessoa e à família, e para assegurar intervenções na comunidade, no meio físico e social, através de programas e projectos com alcance populacional (Unidade de Saúde Familiar, Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, Unidade de Cuidados na Comunidade e Unidade de Saúde Pública);
- Concentração de meios e de recursos escassos, de uso comum, e/ou onde é possível beneficiar de economias de escala, através dos Agrupamentos de Centros de Saúde, quer para fins de gestão organizacional, quer para

harmonização e liderança técnico-científica (conselhos clínicos), quer para apoio ao funcionamento das unidades multiprofissionais descentralizadas.

De acordo com a evidência produzida até ao momento, os resultados alcançados a partir do conjunto relativamente vasto de mudança provocado por estes movimentos permanecem, contudo, por realizar.

Para esta situação não se poderá também ignorar, no contexto de avaliação das reformas efectuadas ao nível dos cuidados de saúde primários, as alterações concomitantes ocorridas na estrutura e regime de oferta de cuidados durante este período, nomeadamente os movimentos de integração vertical através da criação de Unidades Locais de Saúde, de integração horizontal através da criação de novos centros hospitalares e ainda a criação da rede nacional de cuidados continuados integrados. Outras reformas, como a rede nacional de cuidados de urgência, o início de Parcerias Público-Privadas, a empresariação de novas unidades de prestação de cuidados, ou a rede nacional de cuidados paliativos, também contribuem para a complexidade de percepção sobre todos os movimentos de reforma, suas especificidades, interações e, sobretudo, sobre a sua quota-parte de responsabilidade na criação de valor global para o sistema de saúde português nos últimos anos.

Desta forma, a primeira questão que deverá ser discutida no que concerne aos resultados obtidos prende-se com a própria identificação dos resultados. De facto, e salvas algumas excepções pontuais, como o estudo de Gouveia *et al.* (2006), não se identifica, no nosso país, um corpo de conhecimento relativamente consistente dedicado à avaliação de resultados alcançados pelos cuidados de saúde primários.

No mesmo sentido, é realçado por Biscaia *et al.* (2005), do conjunto de razões que contribuíram para as diferenças ocorridas entre as reformas pretendidas e alcançadas, o facto de ao longo das últimas quatro décadas estas sucessivas tentativas não terem sido suficientemente fundamentadas e preparadas, identificando-se a pouca profundidade dos estudos e do debate que lhes deram origem.

Se o estado da arte da avaliação de desempenho de organizações de saúde segue a trilogia identificada por Donabedian (1980), onde se identifica a estrutura, o processo e o resultado, a contextualização das (poucas) actividades desenvolvidas nos cuidados de saúde primários situou-se sobretudo na avaliação do “processo”, conforme demonstram os indicadores utilizados na negociação de metas entre os Departamentos de Contratualização de cada ARS e as unidades prestadoras de cuidados de saúde.

Se o início do processo de negociação de objectivos e metas entre as diferentes unidades funcionais introduziu uma nova filosofia de gestão por objectivos que antes não era genericamente seguida, até ao momento não

são conhecidos os resultados desta experiência nas mais diversas dimensões e estudos de avaliação, mesmo porque os indicadores utilizados se centram no processo realizado e não nos resultados alcançados por cada unidade.

A avaliação da reforma de cuidados de saúde primários poderá considerar-se unidimensional, pois a sua concentração tem-se dirigido mormente na realização de inquéritos de satisfação a utentes e profissionais de USF/ACES. Refira-se neste capítulo que apesar da concentração de esforços se dirigir exclusivamente a uma das importantes dimensões da avaliação de desempenho, é de realçar a natureza sistemática de realização deste procedimento, cujo terceiro estudo de âmbito nacional decorreu durante o primeiro trimestre de 2011 e incluía as 244 USF que entraram em actividade até 30 de Junho de 2010 e numa primeira amostra de UCSP com condições de base idênticas às das USF. Estes estudos têm sido realizados pelo Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC).

A actual apresentação de resultados merece também uma palavra pela sua forma de exposição, em função dos ganhos potenciais e não apenas dos custos e das diferenças entre os níveis de eficiência entre ACES. Desta forma, torna-se possível identificar uma margem alcançável através de uma meta que poderá transformar-se num objectivo quantitativo a médio prazo.

Neste trabalho apresentaram-se os valores de ganhos de eficiência potencial em cada ACES. Também foi possível identificar as variações de financiamento que actualmente ocorrem a nível nacional, sendo sobretudo de realçar o caminho a percorrer no sentido de ajustar progressivamente o valor disponibilizado onde ele é de facto necessário. A proposta de financiamento normativo elaborada pela ACSS (2010) merece também destaque pela divulgação destes montantes, servindo como um ponto de partida para uma discussão pouco frequente no nosso contexto.

De uma forma global, a realização do presente estudo permitiu observar que existem resultados distintos entre ACES, segundo cada natureza de custo, por utilizador e *per capita*. Esta evidência é consistente com os valores e conclusões apresentadas pela ACSS (2010) ou por Bico (2010), que refere que no balanço da actual reforma dos cuidados de saúde primários, “de uma forma geral, a análise efectuada permite constatar a persistência de variações entre os valores atingidos nas diferentes unidades e regiões.”

Para além das diferenças apuradas entre os diferentes ACES, verificou-se igualmente que cerca de 90% dos ACES apresentam potencial de ganhos de eficiência quer face aos valores médios nacionais, quer face aos actuais níveis de necessidades definidos pela ACSS. Em termos gerais, poderá afirmar-se que as potencialidades de ganhos são transversais, existindo de forma evidente margem de melhoria na esmagadora maioria dos ACES.

Contudo, a identificação e análise destes ganhos potenciais indica a necessidade de garantir intervenções direccionadas e prioritárias uma vez que estes também não se distribuem de forma igual. O potencial de ganho varia em volume e área consoante cada unidade, no que respeita à eficiência e às necessidades em saúde existentes.

Da mesma forma, verificou-se a existência de diferentes comportamentos no que respeita à relação entre a dimensão populacional dos ACES e as suas rubricas de custos. Enquanto os recursos humanos e medicamentos decrescem em termos médios *per capita* e por utilizador à medida que o ACES apresenta uma maior dimensão, os custos com MCDT evidenciam uma tendência inversa.

Esta realidade poderá ser enquadrada num contexto de associação entre a dimensão populacional e a proximidade dos grandes centros urbanos, onde a oferta de meios complementares de diagnóstico e terapêutica é efectivamente mais significativa em volume e diferenciação. Para além da clássica relação entre a disponibilidade de serviços de saúde e o seu nível de utilização (habitualmente traduzida na máxima “cama construída, cama ocupada” e designada por Lei de Roemer), agravada pela característica típica e diferenciadora do mercado da saúde baseada na capacidade de indução da procura influenciada pela oferta através da assimetria de informação existente entre os agentes (Evans, 1981; Matias, 1995).

As diferenças de ganhos potenciais de eficiência deverão também ser perspectivadas em função da sua representatividade absoluta e relativa. Salienta-se a este respeito o estudo efectuado pelo Gabinete de Análise Económica da Universidade Nova de Lisboa (MCSP, 2007), encomendado pela MCSP e que teve como objectivo fulcral efectuar uma caracterização geral dos ACES a constituir. Neste trabalho é destacada a dimensão absoluta e relativa dos ACES face ao contexto empresarial nacional, onde se conclui que se trata de organizações incluídas nas mil maiores empresas portuguesas, sendo que cerca de 20% estarão mesmo dentro do conjunto das 500 maiores. Este estatuto é alcançado a partir da sua representatividade financeira: os custos de exploração dos ACES variam entre os 10 e os 73 milhões de euros, concentrando-se a maioria entre os 20 e os 40 milhões de euros; e do nível de recursos humanos necessários, pois o número de profissionais por ACES variará segundo o estudo do GANEC entre 127 e 921 colaboradores. De acordo com o critério de Pequenas e Médias Empresas (PME) da União Europeia, a grande maioria (61 ACES) estará na escala das grandes empresas.

Segundo a MCSP (2008), a magnitude dos recursos envolvidos na maior parte dos ACES, em termos financeiros, de número e diversidade de unidades assistenciais, de número de profissionais e de população coberta e área abrangida, caracterizam-nos como organizações complexas, de média/grande

dimensão (embora menor que as “sub-regiões de saúde”). Desta forma, a exigência de utilização de elementos e instrumentos de apoio ao processo de tomada de decisões estratégicas e operacionais torna-se fundamental para maximizar os níveis de eficiência destas organizações.

Outra das características que deverá ser mencionada no âmbito dos ganhos potenciais em eficiência consubstancia-se na capacidade que o financiamento destas organizações poderá deter enquanto indutor de comportamentos organizacionais e individuais. A função distribuidora poderá constituir um veículo importante na promoção dos níveis de eficiência dos ACES e USF.

No entanto, os ACES não gozam de autonomia financeira, pelo que não poderão autorizar a realização de despesas sem haver uma delegação dessa competência por parte de cada ARS. Apesar desta limitação, é expectável que cada ACES efectue o seu ciclo de gestão económico-financeira numa base orçamental prospectiva, que monitorize a sua evolução e avalie os resultados alcançados.

A criação de incentivos passa então pelos modelos de alocação interna de recursos financeiros de cada ARS, que são de todo desconhecidos. Não existe evidência científica que descreva quais são os sistemas de financiamento utilizados no financiamento dos ACES, embora se pense de forma relativamente consensual que a base histórica continua a ser a metodologia predominante de distribuição de verbas.

A implementação de Planos de Desempenho em cada ACES prevista na Metodologia de Contratualização de Cuidados de Saúde Primários (ACSS, 2010) e que incorporam o respectivo orçamento económico-financeiro, poderá no futuro contribuir para a realização de uma gestão baseada em instrumentos de negociação e, sobretudo, que se constituam como um apoio ao processo de tomada de decisões dos seus responsáveis.

Neste espaço, salienta-se a aplicação de unidades de pagamento que privilegiam os resultados alcançados [também conhecidos por “pagamento pelo desempenho” ou “*pay-for-performance*” (P4P)], que no caso da dimensão eficiência se centra em dois indicadores específicos: os custos médios com medicamentos e MCDT por utilizador em cada ACES e USF.

### **Notas finais**

A actual reforma dos cuidados de saúde primários constitui um tema central na discussão sobre a gestão de organizações de saúde em Portugal. O seu impacto nas mais diversas ópticas de análise do sistema é relativamente amplo e complexo, não podendo esta evolução dinâmica ser dissociada de outras reformas também introduzidas no sistema português, sendo de destacar os movimentos de integração horizontal e vertical, a criação de uma nova rede de cuidados continuados ou a reestruturação da rede nacional de serviços de urgência.

A análise de eficiência em contexto de cuidados de saúde primários não tem tido uma prioridade significativa por parte dos diferentes intervenientes no sistema de saúde, sendo de realçar, particularmente, a fraca evidência e produção científica associada a esta temática no nosso país. Neste sentido, pretendeu-se contribuir, através da realização deste estudo, para um melhor conhecimento sobre a actual realidade dos cuidados de saúde primários ao nível da sua eficiência. Em termos específicos, pretendeu-se ir de encontro a dois objectivos fundamentais: efectuar a caracterização do nível de eficiência em cada ACES e, conseqüentemente, calcular os seus possíveis ganhos potenciais.

Constatou-se que a distribuição da eficiência varia em cada rubrica de custos e em termos geográficos, não existindo um padrão marcante que permita ser claramente individualizado. Esta ilação aponta para a identificação de prioridades de actuação numa lógica local, sendo necessária a definição de estratégias focalizadas em cada contexto. De outra forma, verificou-se também que existe uma margem de ganhos de eficiência significativa a nível nacional. O potencial em cada natureza de custos é uma realidade que deverá igualmente ser analisada, discutida e resolvida numa perspectiva eminentemente local.

A análise dos custos potencialmente evitáveis varia entre 8% e 37%, respectivamente para um *benchmarking* da média dos ACES ou para o para o ACES mais eficiente. Estes valores estão situados entre 178 e 864 milhões de euros, embora os autores do estudo pensem que os valores mais credíveis se possam afastar dos extremos, considerando o intervalo entre os 300 e os 600 milhões de euros.

Como é lógico, estes resultados necessitam de ser aprofundados e revalidados, mas a confirmar-se esta tendência pode e deve afirmar-se que o Serviço Nacional de Saúde (SNS) poderá apresentar os mesmos resultados de saúde, com custos significativamente inferiores. Ou seja, parece existir espaço para aumentar a eficiência sem comprometer a qualidade, a acessibilidade e a equidade do SNS.

Através da análise dos resultados foram discutidas algumas matérias intrínsecas a esta problemática, como a necessidade de criar um corpo de conhecimentos e de se realizar uma investigação mais substancial em cuidados de saúde primários, a ausência de um padrão nacional de variação e a importância que o sistema de financiamento pode proporcionar em contexto de cuidados de saúde primários.

Finalmente, salientaram-se sobretudo duas ideias-chave que decorrem do estudo efectuado: a necessidade de desenvolvimento de um conjunto de evidência científica que permita um auxílio mais substancial no momento de tomada de decisões operacionais e estratégicas e a significativa margem de ganhos de eficiência que todavia poderemos alcançar, no actual contexto, nos cuidados de saúde primários no nosso país.

## Bibliografia

- ACSS. Proposta de alocação normativa de recursos financeiros aos Agrupamentos de Centros de Saúde. Lisboa: Unidade Operacional de Financiamento e Contratualização, ACSS; 2010.
- Åhgren B. Chain of care development in Sweden: results of a national study. *Int J Integr Care*. 2003 Oct-Dec; 3(7):1-8.
- Ash AS, Ellis RP, Pope GC, Ayanian JZ, Bates DW, Burstin H, Iezzoni LI, MacKay E, Yu W. Using diagnoses to describe populations and predict costs. *Health Care Financ Rev*. 2000 Spring;21(3):72-8.
- Barnum H, Kutzin J, Saxenian H. Incentives and provider payment methods. *Int J Health Plann Manage*. 1995 Jan-Mar;10(1):23-45.
- Barros PP, Simões J. Health systems in transition Portugal: health system review. *Health Systems in Transition*. 2007;9(5):1-140.
- Bazzoli GJ, Miller RH, Burns LR. Capitated contracting roles and relationships in healthcare. *J Healthc Manag*. 2000 May-Jun;45(3):170-88.
- Bicó A. Balanço da contratualização com as USF. Lisboa: ACSS; 2010.
- Biscaia A, Martins JN, Ferrinho P, Gonçalves I, Antunes AR, Carreira M. Cuidados de saúde primários em Portugal: reformar para novos sucessos. Lisboa: Fundação Astrazeneca, 2005.
- Clement JP. Vertical integration and diversification of acute care hospitals: conceptual definitions. *Hosp Health Serv Adm*. 1988 Spring;33(1):99-110.
- Comissão para a sustentabilidade do financiamento do Serviço Nacional de Saúde. Relatório final [Internet]. Lisboa: Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde; 2007. [Cited 22-05-2010]. Available from <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/050CB0A2-7ACC-4975-A1E4-4312A1FBE12D/0/RelatorioFinalComissaoSustentabilidadeFinanciamentoSNS.pdf>.
- Conceição C. Análise de actores sociais na reforma dos cuidados de saúde primários. ENSP; 2007. Não publicado.
- Conselho de Reflexão e Estudos sobre a Saúde. Recomendações para uma reforma estrutural. Lisboa: CRES; 1998.
- Contandriopoulos A, Denis JL, Touati N, Rodríguez C. The integration of health care: dimensions and implementation. Montreal: Groupe de recherche interdisciplinaire en santé. Université de Montreal; 2003. Working Paper.
- Contiero C. Premissas para realização de um planeamento estratégico. *Revista de Administração Nobel*. 2004;3:77-86.
- Costa C, Santana R, Lopes S, Barriga N. A importância do apuramento de custos por doente: metodologias de estimação aplicadas ao internamento hospitalar português. *Rev Port Saude Pub*. 2008; Temático (7): 131-146.
- Costa C. Produção e desempenho hospitalar: aplicação ao internamento. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa; 2005. Tese de doutoramento em Saúde Pública.

- Costa C. Que sistema de saúde para o futuro? Liga de Amigos do Hospital Geral de Santo António; 1996.
- Delnoij DM, Klazinga NS, van der Velden K. Building integrated health systems in central and eastern Europe: an analysis of WHO and World Bank views and their relevance to health systems in transition. *Eur J Public Health*. 2003 Sep;13(3):240-5.
- Donabedian A. Methods for deriving criteria for assessing the quality of medical care. *Med Care Rev*. 1980 Fall;37(7):653-98.
- Ermann D, Gabel J. Multihospital systems: Issues and empirical findings. *Health Affairs*. 1984;3(1):50-64.
- Evans RG. Incomplete vertical integration: the distinctive structure of health care industry. In: Van der Gaag J, Perlman M, editors. *Health, economics and health economics*. North Holland: Amsterdam, 1981. p.329-54.
- Ferreira AS. Do que falamos quando falamos de regulação em saúde? *Análise Social*. 2004;171:313-37.
- Finkler S, Ward D. *Essentials of cost accounting for health care organizations*. 2nd ed. Sudbury (MA): Jones and Bartlett Publishers; 1999.
- Glaser W. *Paying the hospital*. San Francisco (CA): Jossey-Bass Publishers; 1987.
- Gouveia M, Silva S, Oliveira P, Miguel L. Avaliação económica das unidades de cuidados primários: análise dos custos dos centros de saúde e do regime remuneratório experimental. Grupo de Trabalho da Associação Portuguesa de Economia da Saúde; 2006.
- Gouveia M, Silva S, Oliveira P, Miguel L. Avaliação económica das unidades de cuidados primários: análise dos custos dos centros de saúde e do regime remuneratório experimental. Lisboa: Grupo de trabalho da Associação Portuguesa de Economia da Saúde; 2007.
- Grupo Consultivo para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários. *Acontecimento extraordinário – SNS proximidade com qualidade*. Lisboa: Grupo Consultivo para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários; 2009.
- Grupo Consultivo para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários. *Tempos decisivos – da necessidade de um novo modelo de governança para a reforma dos cuidados de saúde primários*. Lisboa: Grupo Consultivo para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários; 2010.
- Grupo Técnico para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários. *Saúde: um bem para todos – Cuidados de Saúde Primários – Antecedentes, contexto e medidas para a sua modernização*. Lisboa: Grupo Técnico para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários; 2005.
- Hankins R, Baker J. *Management accounting for health care organizations: tools and techniques for decision support*. Sudbury (MA): Jones and Bartlett Publishers; 2004.
- Lamers LM. Health-based risk adjustment: is inpatient and outpatient diagnostic information sufficient? *Inquiry*. 2001-2002 Winter;38(4):423-31.
- Matias A. *O mercado de cuidados de saúde*. Lisboa: Associação Portuguesa de Economia da Saúde, 1995. Documento de Trabalho 5/95.

- Maynard A, Bloor K. Primary care and health care reform: the need to reflect before reforming. *Health Policy*. 1995 Mar;31(3):171-81.
- Ministério da Saúde. Nota informativa sobre o novo modelo de governação. Lisboa: Gabinete da Ministra; 2010.
- Missão para os Cuidados de Saúde Primários. ACES: Linhas de acção para a sua implementação e desenvolvimento. Lisboa: MCSP; 2008. Documento de trabalho.
- Missão para os Cuidados de Saúde Primários. Linhas de acção prioritária para o desenvolvimento dos cuidados de saúde primários. Lisboa: Missão para os Cuidados de Saúde Primários; 2006.
- Missão para os Cuidados de Saúde Primários. Modelos de prestação de serviços de suporte técnico aos Agrupamentos de Centros de Saúde. Gabinete de Análise Económica da Faculdade de Economia da Universidade Nova de Lisboa. 2007.
- Muise ML, Amoia BA. Step up to the step-down method. *Healthc Financ Manage*. 2006 May;60(5):72-7.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Luzes e sombras: a governação da saúde. Lisboa: CEISUC; 2007. Relatório de Primavera 2007.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Sistema de saúde português: riscos e incertezas. Lisboa: CEISUC; 2008. Relatório de Primavera 2008.
- Pope GC, Ellis RP, Ash AS, Liu CF, Ayanian JZ, Bates DW, Burstin H, Iezzoni LI, Ingber MJ. Principal inpatient diagnostic cost group model for Medicare risk adjustment. *Health Care Financ Rev*. 2000 Spring;21(3):93-118.
- Porter ME, Teisberg EO. How physicians can change the future of health care. *JAMA*. 2007 Mar 14;297(10):1103-11.
- Presidência do Conselho de Ministros. Resolução do Conselho de Ministros n.º 85/2005, 7 de Abril de 2005.
- Presidência do Conselho de Ministros. Resolução do Conselho de Ministros n.º 86/2005, 7 de Abril de 2005.
- Ramos V. Problemas éticos da distribuição de recursos para a saúde. *Cadernos de Bio-Ética*. 1994;6:31-43.
- Ramos V. Problemas éticos da distribuição de recursos para a saúde. *Cadernos de Bio-Ética*. 1994 (6): 31-43.
- Reis M. O controlo orçamental nos hospitais públicos em Portugal Continental. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa; 2009. Dissertação de pós-graduação do XXXVI Curso de Especialização em Administração Hospitalar.
- Reis V, Costa C. O hospital: um sistema aberto. *Rev Port Saude Pub*. 1985;3(1):11-8.
- Reis V, Tavares A, Tavares E, Ramos F, Oliveira J, Albino M, Fidalgo P, Freitas T, Nunes T. Relatório Final. Grupo de Trabalho sobre o estatuto jurídico do Hospital. Lisboa, 1997.
- Reis V. Vamos reconstruir o arquipélago? *Revista Prémio*. 2005:45.
- Rocha, J. – A estrutura do hospital: tendências. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 1997. (Documento de Trabalho).

- Rosko MD. DRGs and severity of illness measures: an analysis of patient classification systems. *J Med Syst.* 1988 Aug;12(4):257-74.
- Sakellarides C, Reis V, Escoval A, Conceição C, Barbosa P. O futuro do sistema de saúde Português – Saúde 2015. Lisboa: Observatório do QCA III; 2005.
- Saltman R, Rico A, Boerma W, editors. Primary care in driver's seat?: Organizational reform in European primary care. Brussels: European Observatory on Health Systems and Policies; 2006.
- Saltman RB, Figueras J. Analyzing the evidence on European health care reforms. *Health Aff (Millwood).* 1998 Mar-Apr;17(2):85-108.
- Samuelson P, Nordhaus W. *Economia.* 12nd ed. New York: McGraw-Hill; 1988.
- Santana R. O financiamento hospitalar e a definição de preços. *Rev Port Saude Pub.* 2005; Temático (5): 93-118.
- Silva J. O papel dos hospitais em cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública.* 1983 1 (2): 5-10.
- Silva JMC. O papel dos hospitais em cuidados de saúde primários. *Rev Port Saude Pub.* 1983;1(2):5-10.
- Starfield B. Primary care: balancing health needs services and technology. New York: Oxford University Press; 1998.
- Tribunal de Contas. Auditoria orientada à situação económico financeira do SNS 2008. Volume I. Lisboa: Tribunal de Contas; 2009. Relatório de Auditoria 54/09, 2.º Semestre.
- Urbano J, Bentes M. Definição da produção do hospital: os Grupos de Diagnósticos Homogéneos. *Rev Port Saude Pub.* 1990;8(1):49-60.
- Vertrees JC. El uso de los grupos de diagnóstico relacionados como instrumento de financiación. In: Ministerio de Sanidad e Consumo. Análisis y desarrollo de los GDR en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Centro de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo; 1998.
- Villalbí JR, Guarga A, Pasarín MI, Gil M, Borrell C, Ferran M, Cirera E. Evaluación del impacto de la reforma de la atención primaria sobre la salud. *Atención Primaria.* 1999; 24:468-74.
- Vuori H. Primary health care in Europe: problems and solutions. In: Annual Conference of the Japanese Society of Primary Health Care, 6, Tokyo, 11-12 June 1983. Tokyo: 1983.
- WONCA. A definição europeia de medicina geral e familiar: clínica geral / medicina familiar. WONCA Europa; 2002.

### Os preços em saúde

[Patrícia Marques, Carlos Costa, Rui Santana, Magda Reis, Sílvia Lopes]

#### Enquadramento

Neste tema, e depois de ter sido efectuada a caracterização da evolução do sistema de saúde português nos últimos 30 anos, pretende-se analisar uma das variáveis consideradas nos objectivos do presente estudo: os preços praticados pelas instituições prestadoras de cuidados de saúde, tendo presente a sua influência decisiva sobre a prestação de cuidados de saúde.

Assim, depois de um breve enquadramento, serão abordadas numa primeira fase as seguintes dimensões de análise:

- Comparação do nível de preços em Portugal com o de um conjunto de países seleccionados, quer ao nível global do sector da saúde, quer, mais especificamente, no internamento, recorrendo para o efeito à informação por GDH;
- Análise dos preços em Portugal, em tipologias de produtos distintos (actos, linhas de produção principal, meios complementares de diagnóstico e terapêutica), tendo em conta a personalidade jurídica tanto do pagador como do prestador (pública ou privada).

Numa segunda fase pretende-se:

- Constatar a possível existência de diferenças entre as duas formas de pagamento utilizadas no Sistema Nacional de Saúde, tabelas dos GDH para alguns subsistemas e para as seguradoras privadas (quando aplicável) e preços dos contratos-programa que o Ministério da Saúde utiliza para pagar aos hospitais do Serviço Nacional de Saúde (neste momento, o financiamento dos hospitais SNS já inclui os valores da ADSE);
- Na eventualidade de se encontrarem diferenças relevantes, tentar-se-á identificar a existência de um padrão para as mesmas e serão apresentadas algumas das principais consequências da utilização de duas formas de pagamento.

Recorde-se que o financiamento dos serviços de saúde é um dos temas mais debatidos e polémicos no âmbito da política de saúde. Um dos factores que justificam essa polémica é o elevado crescimento dos gastos no sector, bem como as potencialidades que o sistema de financiamento detém na definição de incentivos para as instituições e para os prestadores de cuidados de saúde (Costa, 1990).

A influência do sistema de financiamento encontra-se delimitada por condições institucionais e de mercado, e também pela natureza dos incentivos criados. Esses incentivos podem afectar o volume, a qualidade e o *mix* dos serviços prestados (Barnum, Kutzin e Saxenian, 1995), bem como a equidade, a efectividade e a eficiência macro e microeconómica (CRES, 1998; Barros, 1999).

Segundo Waters e Hussey (2004), dois dos factores determinantes que afectam a consideração dos valores a pagar pelos serviços de saúde incluem o método do pagamento (unidade de pagamento) e as metodologias utilizadas para obtenção de custos, isto porque sem bons custos também não existem bons preços. De acordo com os objectivos do presente capítulo, são abordados a título introdutório: o apuramento de custos, a formação de preços e as metodologias de pagamento em Portugal.

No que diz respeito ao apuramento de custos em organizações de saúde, a primeira questão que se pode colocar na sua abordagem é efectivamente definirmos qual ou quais os objectivos que pretendemos atingir com esse processo, visto que os objectos e metodologias de custeio a utilizar dependerão da resposta a esta questão. Desta forma, depreende-se de imediato que as opções metodológicas no processo de apuramento de custos que sejam adequadas para determinado propósito poderão não sê-lo para outro, ou seja, tal como referem Finkler, Ward e Baker (2007) “(...) *An appropriate measurement of cost for one analysis may be totally inappropriate for another*”.

De entre o conjunto de opções que habitualmente são colocadas aos gestores de organizações de saúde no âmbito do apuramento de custos, segundo Hankins e Baker (2004), destacam-se as seguintes categorias:

- Produtos e linhas de produtos;
- Programas;
- Unidades orgânicas (departamentos, serviços);
- Pagadores específicos;
- Prestadores;
- Recursos ou actividades;
- Utentes, doentes ou populações.

Se a definição dos objectos utilizados e da metodologia do processo de apuramento de custos depende em grande medida dos seus objectivos iniciais, que poderão ser distintos em cada contexto, parece existir algum consenso no que respeita ao nível de detalhe da informação de base que se pretende alcançar: o custo por doente.

O custo por doente compreende o somatório de todos os custos incorridos no processo de produção de serviços de saúde de determinado doente ao longo do seu episódio (Phelan *et al.*, 1998; Vertrees, 1998). No entanto, a

incerteza, complexidade e diversidade do processo de produção de serviços de saúde contribuem para dificultar a obtenção deste nível de desagregação da informação. O grau de sucesso da aplicação deste método depende, em grande medida, da necessária propensão organizacional para o seu alcance, nomeadamente através dos seus recursos organizacionais, humanos e tecnológicos. Urbano, Bentes e Vertrees (1993) referem que os elevados custos de manutenção deste método parecem explicar a não generalização da sua implementação em diversos países, entre os quais se encontra Portugal.

Apesar daquela preferência consensual, nos hospitais públicos portugueses recorre-se à metodologia de apuramento de custos prevista no Plano Oficial de Contabilidade Analítica do Ministério da Saúde (PDAH), onde o propósito final passa por imputar todos os custos da instituição hospitalar às suas secções principais (internamento, consulta externa, hospital de dia, urgência, serviços domiciliários e cirurgia de ambulatório). Trata-se de uma metodologia generalizada a nível nacional, que foi estabilizada ao longo dos anos e cuja centralização na ACSS permite uma divulgação anual dos custos obtidos. No *site* [www.acss.min-saude.pt/bdea](http://www.acss.min-saude.pt/bdea) é possível encontrar uma ferramenta de divulgação interactiva dos custos relativos aos elementos analíticos dos hospitais do SNS português – à data de realização do presente relatório, a última informação disponível refere-se ao exercício de 2009.

O método das secções – também conhecido por custeio por absorção – consiste na divisão interna da organização em secções principais, auxiliares e administrativas, sendo a imputação de custos realizada de forma progressiva entre secções, em função do benefício criado entre elas. No final do processo de imputação, todos os custos das secções auxiliares e administrativas se encontram reflectidos nas secções principais de produção. Através deste método obtém-se o custo médio por doente saído e por diária de internamento em cada linha de produção principal por unidade orgânica.

Para além destas duas metodologias, o *Activity Based Costing* (ABC) também constitui uma alternativa utilizada por diversas unidades de saúde para apurarem os seus custos internos. Para Baker (1998), o conceito ABC reside no princípio de que as actividades consomem recursos para produzir um determinado *output*. A identificação das actividades realizadas permite a afectação de custos a essas mesmas actividades através de *cost drivers* (Udpa, 1996). Em Portugal, após a sua tentativa de implementação no Hospital de Nossa Senhora do Rosário (Barreiro) no ano de 2000, encontra-se a decorrer desde 2007 uma nova vaga de experimentação deste método em cinco hospitais (cada um pertencente a uma região de saúde): Hospital Infante D. Pedro – Aveiro, Centro Hospitalar de Lisboa Central (Hospital de Santa Marta), Centro Hospitalar do Baixo Alentejo, Hospital Geral de Santo António e Hospital do Barlavento

Algarvio (ACSS, 2008). Esta iniciativa encontra-se citada em Borges *et al.* (2010), sendo que até ao momento não são conhecidos os resultados finais da mesma.

A ordem taxonómica de abordagem às metodologias de custeio pode ser simplificada pela orientação do seu processo, ou *bottom-up* ou *top-down* (Mugford *et al.*, 1998; Vertrees e Paff, 2003). As abordagens *bottom-up* consistem no apuramento de custos a partir da recolha de informação ao longo do processo de produção, tendo habitualmente de recorrer-se a técnicas de micro-custeio. Por sua vez, as abordagens que partem da informação sobre custos obtida na contabilidade central para estimarem custos são classificadas como *top-down*. Comparativamente, e apesar de existir um conjunto de argumentos favoráveis e desfavoráveis a cada uma destas abordagens, a tendência é para se considerar as abordagens *top-down* menos exactas do que as *bottom-up*, visto que os valores obtidos resultam de estimativas apuradas a partir de critérios de imputação indirecta (Vertrees, 1998).

Para além das principais metodologias tradicionais de custeio, particularmente no nosso contexto, foram desenvolvidas e apresentadas no estudo de Costa *et al.* (2008) duas metodologias alternativas onde se estimam custos por doente saído no internamento hospitalar português: os custos estimados com base na Matriz de Maryland e os custos estimados com base na contabilidade analítica. De acordo com a lógica taxonómica exposta anteriormente, são métodos *top-down* que poderão contribuir para uma análise mais detalhada do actual nível de informação disponível sobre custos no internamento hospitalar. Obtendo-se uma estimativa de custos por episódio de internamento, torna-se possível a utilização de diversas análises em diferentes ópticas, sendo de realçar, a título exemplificativo, o apuramento de custos por patologia, por área de residência, por tipo de GDH ou por características demográficas (sexo e/ou idade).

De entre o conjunto relativamente amplo de objectivos que permitem justificar uma aposta no desenvolvimento de metodologias de apuramento de custos com maior exactidão e fiabilidade, destacam-se: conhecer a estrutura de consumo de recursos das organizações e reorganizar processos produtivos no sentido de maximizar a sua eficiência, qualidade e valor para o utente; reduzir o grau de risco associado a decisões estratégicas e operacionais; aplicar métodos de avaliação económica; dispor de informação que permite o desenvolvimento de investigação académica mais específica; melhorar os processos de avaliação de desempenho e, em particular, desenvolver metodologias de definição de preços e de financiamento dos serviços de saúde com maior rigor e fiabilidade.

Por sua vez, no que respeita à formação de preços, torna-se importante referir que o mecanismo de mercado é o espaço privilegiado de organização económica no qual os agentes interagem, no sentido de determinar o resultado dos três problemas centrais dessa mesma organização económica (Samuelson,

1988). Assim, num mercado económico livre, as decisões acerca do que produzir, como produzir e de quem produz são realizadas através de um sistema de mercados e de preços sem a necessidade de intervenção de natureza estatal.

O preço de mercado de equilíbrio consegue-se encontrar nos níveis de preço e de quantidade em que os agentes de mercado o fazem de forma eficiente. Num mercado concorrencial, o preço de equilíbrio corresponde ao ponto de intersecção das curvas da oferta e da procura, constituindo esse preço um papel importante na sinalização para o mercado, no grau de eficiência da afectação de recursos e na racionalização do processo de tomada de decisões no médio e longo prazo (Frech III, 2000).

No entanto, uma das características que tipifica o sector da saúde é a sua especificidade face a outros mercados. Desde logo porque os mercados livres são raros na saúde e acaba sempre por haver alguma intervenção estatal (Donaldson e Gerard, 1993). Em alguns sistemas de saúde os preços são fixados de uma forma administrativa por uma entidade responsável, habitualmente o Estado. Desta forma, o preço já não pode ser considerado, tal como era nos mercados livres, uma variável clarificadora do modelo, uma vez que ele não é determinado pelo encontro entre a oferta e a procura do bem cuidados de saúde, mas sim fixo e conhecido *a priori*.

Para além de não ser um factor de sinalização para as forças intervenientes no mercado da saúde, o preço também não constitui uma peça determinante para a escolha por parte do consumidor nem do prestador, nem do tipo de produto (Costa, 1994). O estado de necessidade, que por vezes é manifestado de uma forma irracional, e a ignorância do consumidor de cuidados de saúde são características típicas na relação entre consumidor e prestador que não permitem reconhecer total soberania ao primeiro no momento do consumo.

De outra forma, a assimetria de informação existente entre as duas forças potencia uma relação de agência (mesmo sendo imperfeita), na qual o doente delega no prestador a decisão acerca da escolha da melhor forma de tratamento e dos consumos a realizar, facto que capacita o lado da oferta para criar a sua própria procura. Esta capacidade de indução é permitida pelo cenário de incerteza quer no momento do consumo, quer sobre a relação entre saúde e cuidados de saúde (procura derivada) (Matias, 1995). Ao nível da relação de agência, poderão ainda colocar-se problemas de risco moral e de selecção adversa.

Acrescendo ao facto de ser derivada e induzível, a procura também se afasta dos mercados convencionais pela sua forte e constante imprevisibilidade determinada pelas necessidades expressas da população. Além disso, os detentores dos meios de produção constituem “o lado forte do mercado”, não detendo, no entanto, uma integração vertical completa (Evans, 1984).

O impacto destas características particulares do mercado e das organizações de saúde no processo de formação de preços pode sentir-se também numa óptica operacional. De facto, e tal como foi referido anteriormente, não existe nos hospitais públicos portugueses um processo de apuramento de custos por doente, situação que impede a definição de preços de uma forma directa e imediata. Para tornar viável este processo, por exemplo ao nível do internamento hospitalar, seria necessário recorrer a uma metodologia alternativa onde se efectuasse a distribuição dos custos disponíveis – nas linhas de produção principais e unidades orgânicas internas – pelos respectivos produtos (GDH), a matriz de Maryland. Esta matriz apresenta como característica básica a ponderação relativa dos serviços prestados durante o episódio de internamento em cada produto. Desta forma, e apesar de as ponderações se encontrarem definidas de acordo com os padrões de utilização norte-americanos, é possível estimar custos (e preços) por produto tendo por base informação sobre os custos por cada centro de responsabilidade (serviços hospitalares).

A aplicação de uma metodologia indirecta como a Matriz de Maryland apresenta algumas limitações, onde se destacam (Soderlund *et al.*, 1995):

- A estrutura de preços regista uma compressão;
- O facto de as ponderações obtidas para cálculo dos preços terem sido calculadas com base em *charges* e não em custos;
- Na versão original não se encontram ponderados os custos com o pessoal clínico;
- O pressuposto de que o padrão de utilização (diversidade e intensidade) de recursos nos contextos onde é aplicado é semelhante ao norte-americano.

A cada GDH está associado um coeficiente de ponderação, denominado de peso relativo (*cost weight*), que deve reflectir os recursos esperados com o tratamento de um doente típico desse produto, expresso em termos relativos face à intensidade dos recursos utilizados pelo doente médio (Carter e Farley, 1992). Idealmente, os pesos relativos deveriam reflectir o custo relativo da prestação de cuidados de saúde por GDH, o que representaria um valor eficiente para cada um dos produtos do sistema de classificação por GDH (Lave, 1985; Carter e Rogowski, 1992).

Uma lógica semelhante é utilizada nas restantes linhas de produção – embora nem sempre recorrendo ao mesmo sistema de classificação de doentes. Os preços devem representar o custo médio, cujo valor é também sinalizador do nível de eficiência alcançado, visto que custos observados acima dos custos médios (preços) são sinónimo de perda financeira pela ineficiência gerada e,

pelo contrário, custos observados abaixo dos custos médios são sinónimo de ganhos financeiros.

Em Portugal, verificou-se em termos históricos que existiu um baixo risco financeiro das unidades de saúde, que ao longo dos anos viram o processo de formação de preços ser eminentemente retrospectivo, encontrando-se fortemente correlacionado com o nível de despesas em detrimento dos níveis de produção, eficiência ou necessidades em saúde (Santana, 2005).

Segundo o Relatório do Tribunal de Contas n.º30/2011 relativo à “Auditoria ao sistema de pagamentos e de formação dos preços pagos às unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde” a “metodologia baseada na Matriz de Maryland apresenta deficiências na sua implementação que poderão introduzir distorções na distribuição dos custos hospitalares por GDH e, conseqüentemente, na adequação dos preços unitários fixados”. De acordo com a mesma fonte, “esta metodologia não tem sido revista e actualizada, nem tem sido aplicada anualmente, pelo que a evolução dos preços unitários tem sido, erradamente, mais condicionada pelas restrições orçamentais anuais, exógenas ao modelo de financiamento e determinadas pela tutela, que forcem a eficiência a nível global, face à impossibilidade do conhecimento detalhado dos custos efectivos de cada uma das prestações de serviços de saúde contratadas”.

No que respeita ainda à problemática de definição de pesos relativos eficientes, importa referir também que “a grande maioria das unidades hospitalares do SNS não desenvolveram estudos que lhes permitissem conhecer os custos associados à sua produção em GDH e, conseqüentemente, compará-los com os respectivos proveitos” (Tribunal de Contas, 2011). Na verdade, o desconhecimento sobre os custos de produção por produto não permite desenvolver no nosso país uma análise financeira de eficiência e/ou lucro adequada enquanto suporte ao processo de tomada de decisões.

Para finalizar esta breve introdução sobre os temas do apuramento de custos e da definição de preços, não se poderá também deixar de salientar que a relação entre estas duas variáveis deverá ser perspectivada de uma forma mais ampla, não se devendo cingir de forma redutora à sua relação directa. Na verdade, um esforço dirigido em exclusivo à análise de custos poderá não dar prioridade a um processo de criação de valor em saúde. “*Focus on value not just in cost*” é uma expressão utilizada por Porter e Teisberg (2006), que referem a necessidade de ponderar a relação entre os resultados alcançados e os custos obtidos pelas organizações de saúde, ou seja, a relação entre preços e custos deverá também incluir o benefício adicional esperado numa óptica sinérgica da sua relação.

Relativamente aos modelos de pagamento em Portugal, observa-se que no actual sistema de financiamento português existem diversas entidades

responsáveis pelo pagamento dos cuidados prestados. Assim, considerou-se necessário efectuar uma descrição sobre os sistemas de preços em organizações de saúde actualmente existentes em Portugal de acordo com a natureza do prestador e do pagador.

No Quadro XXVII pretende-se ilustrar-se a matriz financiamento/prestação:

**Quadro XXVII** Matriz de combinação financiamento/prestação público e privado

		Financiamento	
		Público	Privado
Prestação	Público	Contrato-Programa – assinados entre os Hospitais Públicos e Unidades Locais de Saúde integrados no SNS e a ACSS; Portaria GDH – tabela de preços aplicável aos subsistemas públicos de saúde;	Portaria GDH – tabela de preços aplicável aos subsistemas de saúde e às seguradoras
	Privado	Regime Convencionado – acordos estabelecidos entre o sector público, SNS ou ADSE, e prestadores privados;	Tabelas de preços para privados; Tabelas de preços para seguradoras;

A descrição efectuada de seguida incide sobre o financiamento dos serviços públicos de saúde (para os cuidados de saúde primários, hospitalares e continuados) e sobre o financiamento dos cuidados de saúde prestados por privados em regime de convenção com entidades públicas (SNS e ADSE).

De acordo com as metodologias publicitadas pela ACSS (2006, 2007, 2008, 2009 e 2010), o financiamento das organizações de saúde em contexto público no nosso país pressupõe um processo negocial onde participam três entidades distintas, embora todas elas pertencentes ao Ministério da Saúde: a ACSS, as ARS e as organizações prestadoras de cuidados de saúde.

Actualmente, o financiamento de serviços de saúde públicos (SNS) em Portugal incorpora diferentes unidades de pagamento, consoante os cuidados prestados pelos três níveis de prestação de cuidados: primários, hospitalares e continuados. Assim, apresentam-se de seguida as metodologias de financiamento para os hospitais e ULS, bem como as metodologias aplicadas para os cuidados de saúde primários e continuados.

No que diz respeito ao financiamento dos hospitais do SNS, importa referir que é constituído por quatro componentes de diferentes naturezas: produção, convergência, incentivos e outros programas.

De notar que em 2009, e de acordo com a metodologia de contrato-programa 2009, para os hospitais do SNS estava prevista uma afectação de recursos financeiros correspondente a 4,38 mil milhões de euros (ACSS, 2008).

O valor mais substancial do financiamento hospitalar diz respeito à produção efectuada pelos hospitais nas suas diferentes linhas de produção: internamento, consultas externas, atendimentos urgentes, sessões de hospital

de dia, dias de doentes crónicos, serviço domiciliário e dias de permanência em lar para o Instituto Português de Oncologia.

O cálculo do montante de financiamento da componente de produção é diferenciado consoante as linhas de produção hospitalares: enquanto o ambulatório é valorizado através da multiplicação do preço unitário definido para cada linha de produção principal pelo respectivo volume de produção previsto, o montante de financiamento atribuível ao internamento é obtido a partir de três variáveis: o preço, a quantidade (volume) e também um ajustador que qualifica o perfil de produção realizada em função do nível de complexidade dos produtos produzidos (índice de *casemix*).

Os episódios quer de ambulatório, quer de internamento são remunerados em função dos custos médios esperados (eficientes), considerando o consumo de recursos necessário para a produção desses mesmos episódios. Neste sentido, existe um incentivo directo para se alcançar um nível de produção eficiente, visto que caso a unidade prestadora de cuidados de saúde atinja custos de produção abaixo do preço praticado por cada episódio, poder-se-á obter utilizações alternativas desse valor, a nível operacional ou em investimentos futuros, de contrário, poderá incorrer em perdas sucessivas (Vertrees, 1998).

Importa referir que, de acordo com a metodologia de financiamento hospitalar estabelecida, os preços base se encontram definidos de acordo com o grau de diferenciação das unidades prestadoras. Sinaliza-se a presença de quatro grupos de hospitais distintos, constituídos a partir de técnicas de *clusterização* em função de trinta e duas variáveis (Amaro *et al.*, 2008). No Anexo 2A apresentam-se os preços praticados por linha de produção no ano de 2009 (ACSS, 2008).

Para a obtenção do volume de produção de cada unidade ao nível do internamento hospitalar, calcula-se o número de doentes equivalentes por tipo de produto (médico ou cirúrgico). Este número, que tem em consideração a duração de internamento de cada episódio, é calculado com base no sistema de classificação de doentes que o nosso país utiliza, os GDH. O volume e perfil de produção são obtidos sob proposta regular (de periodicidade anual) de cada unidade prestadora, tendo presentes os níveis históricos realizados em exercícios anteriores.

A terceira variável que é contemplada na obtenção do financiamento da produção hospitalar ao nível do internamento é o índice de *casemix* (ICM) por tipo de produto (médico e cirúrgico). De acordo com Lichtig (1986), este índice corresponde à média ponderada dos pesos relativos dos GDH produzidos por determinado hospital num determinado período de tempo.

O recurso à utilização do ICM como forma de ponderar o perfil de produção das unidades permite diferenciar preços por cada uma dessas unidades,

ou seja, apesar de duas unidades hospitalares poderem ter o mesmo preço base (por se encontrarem no mesmo grupo de financiamento), estas poderão também apresentar preços base por tipo de produto diferentes em função do seu ICM. Esta diferença traduz o nível de complexidade da produção hospitalar de cada unidade ao nível do internamento.

Para além da produção, e tal como já referido anteriormente, o financiamento dos hospitais do SNS é ainda constituído por outras três componentes: valor de convergência (atribuído caso o hospital apresente um défice operacional num determinado exercício económico), incentivos (5% do valor orçamentado total disponível) e outros programas (tratamento de doentes com VIH, acompanhamento para a melhoria da organização dos cuidados de saúde nas doenças cardiovasculares ou formação de médicos internos, por exemplo) (ACSS, 2008).

No que respeita às ULS, de acordo com a metodologia de financiamento para 2010-2012, é utilizada a modalidade de pagamento por capitação ajustada pelo risco (ACSS, 2010).

De uma forma geral, o modelo de financiamento das ULS é formado a partir de três componentes: valor *per capita* ajustado pelo risco, incentivos institucionais e também um conjunto de regras que pretendem evitar os eventuais efeitos adversos e indesejados do modelo (ACSS, 2010).

A parcela que representa o volume financeiro mais significativo diz respeito a um montante atribuído *per capita* corrigido por factores de ajustamento pelo risco. As dimensões seleccionadas para efeitos de ajustamento do valor capitacional são o estado de saúde actual enquanto *proxy* das necessidades em saúde e o poder explicativo das características populacionais, que teoricamente condicionam o consumo de recursos em saúde.

A taxa de população residente feminina, o índice de dependência total e o nível de escolaridade foram as três variáveis encontradas para justificar cerca de 40% da despesa em cuidados em saúde. Assim, através de uma regressão linear, em que as variáveis independentes foram as três variáveis referidas anteriormente e a variável dependente foi a despesa total (que corresponde às despesas de cuidados de saúde primários e despesa de cuidados hospitalares), foram obtidos os coeficientes para cada indicador e para cada ULS (aplicando os dados individuais de cada instituição). No que diz respeito às necessidades em saúde, o indicador utilizado para reflectir esta dimensão foi a mortalidade padronizada. O peso relativo desta variável corresponde à componente não compreendida nas variáveis explicativas da despesa (60%).

Através da combinação entre as características populacionais e a mortalidade padronizada, obtém-se um índice global para cada ULS. O valor do montante *per capita* total por ULS resulta do produto entre o índice global

e o montante *per capita* bruto nacional. Para o ano de 2010, o montante *per capita* bruto foi de €660,32.

A segunda componente do modelo de financiamento diz respeito a incentivos a atribuir eventualmente a cada ULS de acordo com o cumprimento de um conjunto de objectivos e metas definidos a nível nacional e regional nas áreas da qualidade e eficiência.

A terceira componente aqui descrita engloba um conjunto de regras que tendem a evitar as desvantagens associadas às unidades de pagamento utilizadas nas ULS:

- Uma das possíveis desvantagens da capitação é a redução da actividade de produção face ao histórico apresentado. Para que este efeito não seja uma realidade, foi introduzida uma penalização financeira pelo incumprimento superior a 5% das prestações de cuidados contratados por linha de produção hospitalar, no exacto montante da valorização da produção em falta;
- Dado o recurso à capitação enquanto unidade de pagamento das ULS, o volume dos fluxos de doentes *inflow-outflow* destas unidades encontra-se contemplado no modelo, sendo os doentes de fora das ULS financiados a 85% do valor dos GDH em vigor e os doentes inscritos na ULS e que são assistidos fora da ULS pagos no valor de 100% da respectiva portaria dos GDH;
- Uma vez que o pagamento de produtos vendidos em farmácia de oficina é da responsabilidade das ARS e não das ULS, foi introduzido um incentivo à redução da despesa com estes produtos mediante o posicionamento da ULS face ao seu valor expectável (*target*), que pode atingir até 90% do valor poupado.

Importa ainda mencionar que até 2009 os contratos-programa tinham por objecto a prestação de cuidados de saúde a beneficiários do SNS. No entanto, à semelhança do já descrito na metodologia de financiamento hospitalar, verifica-se que em 2010, e pela primeira vez, a actividade e os indicadores a contratar em sede de contrato-programa referem-se aos utentes do SNS e aos beneficiários dos subsistemas públicos de saúde, ADSE, SAD da GNR e PSP e ADM das Forças Armadas (ACSS, 2010).

No que respeita aos cuidados de saúde primários, de acordo com a metodologia de financiamento definida para o exercício de 2010 por parte da ACSS (2009), estes obtêm os seus recursos financeiros através de um modelo de capitação ajustada pelo risco, onde o pagador (ACSS) distribui um montante monetário por utente a cada uma das cinco Administrações Regionais de Saúde.

Segundo a ACSS (2009), este modelo, que inclui toda a componente de cuidados de saúde primários (com excepção das unidades de cuidados de saúde

primários incluídas nas ULS), consistiu no pagamento *per capita* ajustado por um conjunto de ponderadores que permitem corrigir a distribuição dos valores monetários pelas respectivas regiões. As variáveis incluídas foram consideradas em função de pesos relativos obtidos a partir de uma regressão de quantis. As variáveis utilizadas foram as seguintes: i) variável dependente: custos totais, obtidos a partir do somatório dos custos em recursos humanos, medicamentos e MCDT; ii) variáveis independentes: proporção da população residente com pelo menos a escolaridade obrigatória; índice de poder de compra *per capita* (2007); índice de dependência (2008); índice de feminilidade, proporção de mulheres no total da população; taxa de AVPP por 100 mil habitantes; taxa de desemprego registrada em percentagem da população entre 25-64 anos (2008).

Importa ainda referir que o fluxo financeiro que garante o funcionamento operacional dos cuidados de saúde primários é gerido pelas ARS, isto porque as unidades prestadoras deste nível, considerando-se os ACES ou as suas unidades funcionais (Unidades de Saúde Familiar-USF, Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados-UCSP, Unidades de Saúde Pública-USP, Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados-URAP ou Unidade de Cuidados na Comunidade-UCC), não podem legalmente autorizar despesas (sem delegação de competências dos Conselhos Directivos das ARS), ou seja, não têm autonomia financeira.

No âmbito da rede nacional de cuidados continuados, o financiamento dos seus serviços operacionaliza-se através da utilização de uma unidade de pagamento assente na diária de internamento, não incorporando os valores correspondentes a medicamentos, meios complementares de diagnóstico, apósitos e material de penso para tratamento de úlceras de pressão e transportes, que são financiados de forma separada desta unidade base relativa à diária de internamento.

A descrição da modalidade de pagamento das unidades integradas na rede nacional de cuidados continuados integrados pode encontrar-se na Portaria n.º1087-A/2007 de 5 de Setembro que, em função da tipologia de cada unidade, também estipula os preços a praticar por diária de internamento. O financiamento das unidades de cuidados continuados apresenta uma responsabilidade conjunta entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Segurança Social. No Anexo 2A podem ser consultados os respectivos preços utilizados no financiamento de unidades de cuidados continuados.

No que diz respeito ao regime convencionado, importa distinguir duas situações, a primeira diz respeito aos acordos estabelecidos pelo SNS e os privados, nomeadamente na área dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica e dos medicamentos, a segunda ao regime convencionado da ADSE.

Assim, no que toca ao SNS, designa-se por convenção um contrato de adesão celebrado entre o Ministério da Saúde, através da Direcção-Geral da Saúde (DGS) ou das Administrações Regionais de Saúde (ARS) e as pessoas privadas, singulares ou colectivas, que tenham por objecto a prestação de cuidados de saúde, em articulação com o Serviço Nacional de Saúde, integrando-se na rede nacional de prestação de cuidados de saúde (alínea a) do artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 97/98 de 18 de Abril).

A contratação da prestação de cuidados de saúde entre o SNS e os operadores privados encontra-se regulamentada pelo Decreto-Lei n.º 97/98 de 18 de Abril. A tabela de meios complementares de diagnóstico e terapêutica actualmente em vigor foi publicada por Despacho do secretário de Estado Adjunto e da Saúde no dia 1 de Outubro de 2009, na qual se procedeu à harmonização da nomenclatura com a tabela da Ordem dos Médicos e com a tabela do Serviço Nacional de Saúde. No decurso desta revisão, foi necessário adequar os preços à nomenclatura harmonizada da tabela de MCDT convenccionados. Assim, as novas tabelas de meios complementares de diagnóstico e terapêutica podem ser consultadas em:

[http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Tab%20MCDT%20Convencionados\\_Janeiro2010.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Tab%20MCDT%20Convencionados_Janeiro2010.pdf)

Importa mencionar que as tabelas de preços do regime convencionado do SNS são diferentes das tabelas de preços do regime convencionado da ADSE. Por outro lado, é ainda de lembrar que a unidade de pagamento subjacente aos regimes convencionados é o pagamento por acto, dado que são fixados preços para os actos médicos prestados.

Dentro do regime convencionado, podem ainda ser incluídos os medicamentos, que serão objecto de tratamento num capítulo próprio, pelo que se sugere a sua consulta.

No que diz respeito à ADSE, o regime convencionado constitui uma modalidade de acesso aos cuidados de saúde através de prestadores que celebram acordos com a ADSE e onde se estipulam os preços e o co-financiamento dos beneficiários.

Neste relatório foi considerada a tabela de participações do regime convencionado, cuja última data de actualização foi o dia 12 de Janeiro de 2009. Importa ainda salientar que para além deste regime de benefícios existe ainda o designado por “regime livre”, em que os beneficiários da ADSE escolhem o seu prestador de cuidados, suportam a totalidade dos encargos e são posteriormente reembolsados.

A tabela de participações do regime livre considerada neste relatório foi a que se encontra aprovada pelo Despacho n.º 8738/2004 de 3 de Maio do Gabinete do secretário de Estado do Orçamento.

Quando a prestação e o financiamento são privados torna-se necessário distinguir duas situações, ou seja, os preços estabelecidos com seguradoras e os preços estabelecidos para particulares. No caso das seguradoras existe negociação entre o financiador e o prestador privado, à semelhança do que acontece com o regime convencionado da ADSE. Determinam-se os preços a pagar pelas seguradoras e os co-pagamentos a pagar pelos beneficiários dos seguros privados. Para além dos preços acordados com as seguradoras, os prestadores privados estabelecem preços a facturar quando privados em nome individual procuram os seus cuidados. No âmbito deste relatório apresentam-se apenas os preços definidos para privados em nome individual.

A análise dos preços internacionais incidiu sobre um conjunto de episódios de internamento classificados em Grupos de Diagnóstico Homogéneos (GDH). Para esse efeito, foram seleccionados os vinte e cinco GDH que em 2007 apresentavam o maior volume de produção nos hospitais públicos portugueses. Em termos da sua importância relativa, estes correspondem a 38% do total da produção, 37% do financiamento total dos contratos-programa (24% caso a produção fosse valorizada através da Portaria n.º 132/2009 de 28 de Janeiro) e a 27% dos custos totais observados.

No que se refere aos quatro países europeus analisados – Itália, Espanha, França e Reino Unido –, é importante sublinhar que a sua selecção se deve essencialmente ao facto de os sistemas de saúde destes países apresentarem semelhanças com o sistema de saúde português. Os sistemas de saúde do Reino Unido, de Itália e de Espanha são do tipo Serviço Nacional de Saúde, em que os recursos financeiros provêm essencialmente de impostos, os prestadores são na sua maioria públicos e existe cobertura universal e tendencialmente gratuita. No caso do sistema francês, trata-se de um sistema baseado em contribuições sociais obrigatórias em que existe acesso universal a cuidados de saúde. Quanto aos EUA, a comparação efectuada incidiu sobre o sistema de saúde Medicare, que é um programa público de saúde para pessoas com mais de 65 anos.

Importa ainda mencionar que os GDH adoptados em Itália e Espanha têm por base o sistema utilizado pela Medicare. O agrupador HCFA-DRG (*Health Care Financing Administration DRG*), utilizado em Itália, foi o agrupador adoptado em Portugal até 2006 (HOPE, 2006). Desde Agosto de 2006 que em Portugal se utiliza o agrupador *All Patient DRG*, versão 21.0, sendo obrigatória a utilização deste agrupador para a classificação de todos os episódios agudos de doença tratados nos hospitais do SNS. Em Espanha, o agrupador de GDH difere entre regiões, sendo utilizado o HCFA-DRG, o *All Patient DRG*, versão 21.0, e o CMS-DRG (HOPE, 2006). No caso do Reino Unido e de França, os sistemas utilizados foram desenvolvidos por cada um dos países, tendo em conta a prática clínica e as estruturas de custos nacionais. Assim, o sistema

inglês denomina-se por *HRG-Healthcare Resource Groups* e o sistema francês por *GHM-Groupes Homogènes de Malades*.

Efectuada a selecção dos países, as tabelas de preços utilizadas no presente estudo foram escolhidas de acordo com a informação disponível. No Quadro XXVIII efectua-se uma caracterização simplificada das tabelas de preços utilizadas.

**Quadro XXVIII** Caracterização das tabelas de preços internacionais em análise

CDAM-Catalogue des actes médicaux.  
 CID-10-Classificação internacional de doenças – 10.ª versão. CID-9-MC-  
 -Classificação internacional de doenças – 9.ª versão – modificações clínicas.  
 CMS-Centers for Medicare & Medicaid Services.DRG-Diagnosis Related Groups.  
 GDR-Grupos de DiagnosticosRelacionados.  
 GHM-Groupes Homogènes de Malades.HCFA-Health Care Financing Administration.HRG-Healthcare Resource Groups.OPCS-Classification of Interventions and Procedures.

País	Agrupador	Ano	Sistema de codificação		Observações
			Diagnósticos	Procedimentos	
Portugal	All Patient -DRG 21	2009	CID-9-MC	CID-9-MC	Tabela de preços aplicável a beneficiários de subsistemas de saúde ou outras entidades públicas e privadas responsáveis pelo pagamento dos cuidados de saúde prestados a beneficiários que recorram às instituições e serviços integrados no Serviço Nacional de Saúde, bem como os que a este estejam associados através de contrato de gestão.
Itália	HCFA -DRG versão 19	2007	CID-9-MC	CID-9-MC	Preços para internamentos de agudos na Região de Emília-Romana aplicável a hospitais públicos ou privados acreditados. Os preços são diferenciados de acordo com grupo do hospital (A ou B);
Espanha – Baleares	GDR	2006	CID-9-MC	CID-9-MC	Preços públicos para internamentos de agudos estabelecidos pela rede pública hospitalar das Ilhas Baleares e aplicável a terceiros (beneficiários) sem direito a assistência na saúde.
Espanha –	GDR	2009	CID-9-MC	CID-9-MC	Preços públicos para internamentos de agudos estabelecidos para instituições hospitalares pertencentes ao Ministério da Defesa. As comunidades autónomas e o Instituto de Gestão Sanitária do Ministério da Saúde e do Consumo têm subscrito convenções com o Ministério da Defesa, através das quais os pacientes pertencentes a outros sistemas de saúde podem receber cuidados hospitalares na Rede Hospitalar Militar.
França	GHM	2005	CID-10	CDAM	Os GHM (GDH franceses) são utilizados para financiar os hospitais desde 2005, existindo ainda pagamentos extra por diárias de internamento em episódios <i>outliers</i> ou em regime de cuidados intensivos, bem como pagamentos específicos para formação de profissionais, investigação e situações de interesse público. Actualmente, existem tarifas diferenciadas entre hospitais sem fins de lucro e hospitais com fins de lucro.
Reino Unido	HRG Versão 3.5	2008/2009	CID-10	OPCS	Os HRC são utilizados para os reportes de actividade dos hospitais que trabalham para o NHS. Com a sua utilização pretende-se comparar a actividade clínica entre hospitais. Constituem também o mecanismo utilizado para remunerar os hospitais no programa de pagamento pelos resultados instituído pelo NHS.
EUA	CMS DRG versão 24	2007	CID-9-MC	CID-9-MC	Preço para internamentos em hospitais de agudos a facturar à Medicare pela prestação de cuidados aos beneficiários Medicare.

A análise e comparação dos preços das instituições prestadoras de cuidados de saúde em Portugal incidiu sobre consultas, atendimentos urgentes e imagiologia, tendo em conta a natureza do financiador e do prestador (público ou privado).

Quanto ao internamento hospitalar, pretende-se comparar a racionalidade na definição e na formação de preços. Assim, em primeiro lugar, são comparados os preços da Tabela de GDH estabelecidos na Portaria n.º 132/2009 de 30 de Janeiro com os preços dos contratos-programa estabelecidos para 2007, conforme se pode consultar no *site* da ACSS. Em segundo lugar, serão comparados os preços, especialmente os constantes na tabela dos GDH, com os custos por GDH.

Para os custos são utilizadas as estimativas por doente, derivadas da aplicação da Matriz de Custos de Maryland e dos custos eficientes por GDH. A este respeito, depois de terem sido eliminados os hospitais com produção reduzida em cada GDH (menos de 30 episódios), foram identificados os preços mais baixos em cada GDH, após ajustamento pelo risco, ou seja, tendo em conta as características dos doentes, designadamente sexo, idade, doença principal e respectiva gravidade, bem como as comorbilidades e respectivas gravidades.

## Resultados

Apresenta-se no Quadro XXIX a comparação internacional dos episódios de internamento em análise.

**Quadro XXIX** Comparação internacional de preços relativos a um conjunto de episódios de internamento

Designação	Portugal	Itália	Reino Unido	França	Espanha Balears	Espanha Defesa	EUA
14 Acidente vascular cerebral com enfarte	1,874.35	3,752.30	1,482.17	1,531.77	5,365.87	3,690.00	4,164.64
39 Procedimentos no cristalino, com ou sem vitrectomia	1,777.54	1,033.00	604.06	1,215.44	0.00	1,849.00	2,220.48
55 Procedimentos diversos no ouvido, nariz, boca e garganta	1,986.73	1,648.06	1,282.34	1,042.68	2,802.65	2,057.00	3,317.14
88 Doença pulmonar obstrutiva crónica	1,483.28	2,733.70	553.82	1,078.11	3,308.18	2,515.00	3,051.14
89 Pneumonia e pleurisia simples, > 17 anos, com CC	1,781.61	3,489.84	1,222.96	1,422.83	4,182.89	3,106.00	3,565.96
90 Pneumonia e pleurisia simples, > 17 anos, sem CC	1,165.54	2,020.09	1,246.94	1,038.66	2,422.16	1,973.00	2,112.91
119 Laqueação venosa e flebo-extracção	1,728.18	1,374.47	0.00	915.12	0.00	1,463.00	5,001.83
127 Insuficiência cardíaca e choque	3,135.73	3,091.51	1,313.17	967.28	4,686.29	2,913.00	3,605.14
158 Procedimentos no ânus e estomas, sem CC	2,043.76	1,459.74	999.15	886.46	2,118.81	1,283.00	2,260.34
162 Procedimentos para hérnia inguinal e femoral, idade >17 anos, sem CC	1,717.15	1,465.21	1,233.24	1,030.08	2,435.23	1,450.00	2,376.85

Designação	Portugal	Itália	Reino Unido	França	Espanha Baleares	Espanha Defesa	EUA
167 Apendicectomia sem diagnóstico principal complicado, sem CC	1,750.22	2,224.07	1,974.33	896.37	3,169.68	2,215.00	3,093.41
208 Perturbações das vias biliares, sem CC	1,314.34	1,369.53	1,107.63	2,797.26	1,976.54	2,176.00	2,367.91
219 Procedimentos no membro inferior e no úmero, idade >17 anos, sem CC	3,597.25	2,709.20	3,884.71	1,427.98	4,145.31	3,777.00	3,791.75
359 Procedimentos no útero e seus anexos, p/ arcinoma in situ e doença não maligna, sem CC	1,704.93	2,406.34	963.76	1,114.45	4,559.28	3,208.00	2,767.60
371 Cesariana, sem CC	1,395.82	1,805.65	2,509.87	1,772.03	3,465.20	2,435.00	2,256.22
372 Parto vaginal, com complicações	1,625.14	1,370.47	1,137.32	1,576.23	2,983.07	1,780.00	1,945.19
373 Parto vaginal, sem complicações	946.40	981.70	1,137.32	1,431.35	2,277.13	1,373.00	1,344.11
410 Quimioterapia	2,064.64	1,808.47	0.00	544.21	3,917.93	2,577.00	3,748.79
430 Psicoses	3,503.08	2,682.21	0.00	1,609.11	6,885.55	6,028.00	2,495.41
466 Continuação de cuidados, sem história de doença maligna como diagnóstico adicional	1,873.87	1,580.80	0.00	807.80	1,459.75	1,461.00	2,623.61
494 Colectomia laparoscópica, sem exploração do colédoco, sem CC	1,819.95	3,324.37	2,097.65	1,484.07	3,077.79	2,526.00	3,546.71
541 Perturbações respiratórias sem infecção com CC major	3,060.73	2,819.17	1,758.51	1,259.23	6,841.01	3,555.00	5,590.88
629 Recém-nascido, peso ao nascer > 2499g, com diagnóstico de recém-nascido normal	267.90	668.27	1,137.32	201.23	2,222.34	851.00	537.51
816 Gastreenterites não bacterianas e dor abdominal, idade < 18 anos, sem CC	964.97	1,595.05	1,169.30	384.54	1,547.66	1,400.00	2,182.67
818 Substituição da anca, excepto por complicações	7,598.99	5,141.28	8,453.41	0.00	11,962.12	8,729.00	8,707.66

Relativamente a este aspecto, é de assinalar em primeiro lugar o seguinte:

- Verifica-se que, na generalidade dos produtos em análise, o preço definido em Portugal se situa numa posição intermédia, não constituindo nem um preço mínimo nem máximo;
- Os preços correspondentes à Espanha-Baleares apresentam, na generalidade, os valores mais elevados;
- França é o país que apresenta os preços mais baixos, seguido do Reino Unido.

Efectuada a análise dos preços internacionais, apresenta-se a comparação dos mesmos em Portugal, iniciando-se a análise com as consultas. No Quadro XXX apresentam-se os valores das primeiras consultas.

**Quadro XXX** Preços das primeiras consultas por financiamento/prestação público e privado (2009)

		Pagador							
		Público				Privado			
		SNS – Grupo I	SNS – Grupo II	SNS – Grupo III	SNS – Grupo IV	Subsistemas Públicos	Subsist. Privados	Seguros Privados	Privados Particulares
Prestador	Público	137.08	121.55	50.90	77.00	31.00			Taxas moderadoras
	Privado	Regime convencionado				Reg.Livre – 20.45 Reg.Convenc. – 14.47	Preços definidos entre o pagador e o prestador – valores desconhecidos		Vários preços: Valor Máximo – 92.00; Valor Mínimo – 55.00

Unidade: Euros.

As principais observações são as seguintes:

- Verifica-se que existe uma grande variação nos preços das primeiras consultas consoante o prestador e o pagador sejam públicos ou privados;
- Os valores mais elevados são os que se encontram definidos nos contratos-programa dos hospitais do SNS que pertencem aos grupos I e II;
- Os valores mais baixos são os que se encontram definidos pela ADSE no regime convencionado seguido do regime livre;
- Verifica-se que o preço máximo definido pelo prestador privado mais caro é 33% inferior ao preço estipulado para os hospitais do SNS que pertencem ao Grupo I; a comparação com o preço do Grupo II revela que o valor do hospital privado é 24% mais baixo.

No Quadro XXXI apresentam-se os valores das consultas subsequentes:

**Quadro XXXI** Preços das consultas subsequentes por financiamento/prestação público e privado (2009)

		Pagador							
		Público				Privado			
		SNS – Grupo I	SNS – Grupo II	SNS – Grupo III	SNS – Grupo IV	Subsistemas Públicos	Subsist. Privados	Seguros Privados	Privados Particulares
Prestador	Público	124.62	110.50	46.27	70.00	31.00			Taxas moderadoras
	Privado	Regime convencionado				Reg.Livre – 20.45 Reg.Conv.- 14.47	Preços definidos entre o pagador e o prestador – valores desconhecidos		Vários preços: V Máximo – 82.00; V Mínimo – 55.00

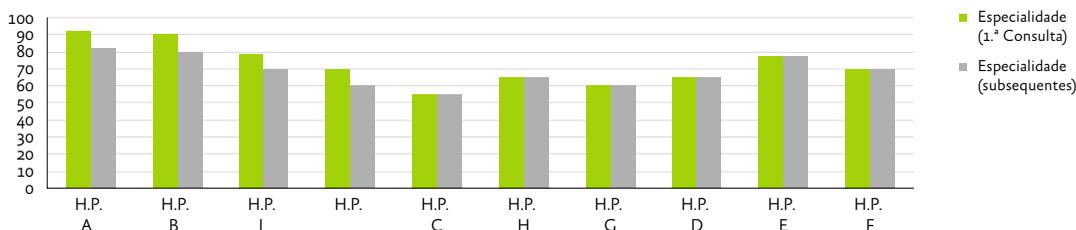
As principais observações são as seguintes:

- Verifica-se que os preços das consultas subsequentes são ligeiramente inferiores aos valores das primeiras consultas;

- Mantém-se o mesmo padrão observado para as primeiras consultas no que diz respeito aos valores máximos e mínimos.

Na Figura 38 apresentam-se alguns exemplos de preços de consultas de especialidade no sector privado.

**Figura 38** Preço de consultas de especialidade em hospitais privados



As principais observações são as seguintes:

- No que diz respeito aos hospitais privados, verifica-se que o Hospital Privado A apresenta o preço mais elevado para uma consulta de especialidade (primeira consulta e consultas subsequentes). O Hospital Privado B apresenta um valor muito semelhante ao do Hospital A e J;
- O Hospital Privado C apresenta o preço mais baixo de consultas de especialidades. Verifica-se que este prestador não diferencia o preço das primeiras consultas e das consultas subsequentes.

Tal como nas consultas, os preços dos atendimentos urgentes são descritos tendo em conta a combinação prestador-pagador (ver Quadro XXXII).

**Quadro XXXII** Preços dos atendimentos urgentes por financiamento/prestação público e privado (2009)

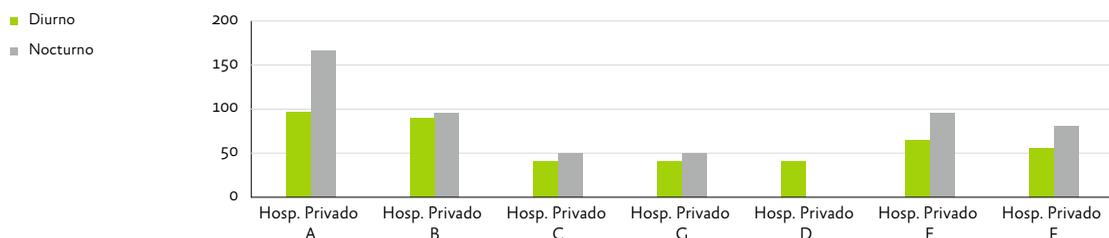
Prestador	Pagador							
	SNS – Grupo I	SNS – Grupo II	SNS – Grupo III	SNS – Grupo IV	Subsistemas Públicos	Subsist Privados	Seguros Privados	Privados Particulares
<b>Público</b>	95.07	137.92	39.35	69.11	Depende da qualificação do serviço de urgência: Urgência Polivalente – 147.00; Médico-Cirúrgica – 108.00; Básica – 51.00			Taxas moderad.
<b>Privado</b>	Regime convencionado				Reg.Livre – 20.45 Reg. Convenc. – 20.45 (ADSE) + 19.55 Beneficiário)	Preços definidos entre o pagador e o prestador – valor desconhecido		Vários preços: V Máximo – 96.50; Valor Mínimo – 40.00

As principais observações são as seguintes:

- Verifica-se que o preço mais elevado de um atendimento urgente (€147) é o praticado pelos hospitais do SNS cujo serviço de urgência é do tipo polivalente e quando o pagador são os subsistemas e seguros privados. Como exemplo de serviços de urgência polivalente temos os Hospitais Universitários do Porto, Coimbra e Lisboa. Importa salientar que estes mesmos hospitais recebem um valor inferior (€137,92) quando o atendimento urgente é facturado no âmbito do contrato-programa;
- Observa-se uma variação acentuada nos preços dos atendimentos urgentes em contexto público quando se comparam os grupos hospitalares;
- O preço mais baixo é o estabelecido pela ADSE no regime livre (€20,45), igual ao estabelecido para uma consulta programada.

Na Figura 39 apresentam-se alguns exemplos de preços de atendimentos urgentes no sector privado.

**Figura 39** Preço de atendimentos urgentes em hospitais privados



As principais observações são as seguintes:

- Verifica-se que o Hospital Privado A apresenta o preço de atendimento urgente diurno mais elevado (€96,5). Segue-lhe o Hospital Privado B cujo preço do atendimento urgente diurno é de €90;
- Os Hospitais Privados C e D apresentam os preços mais baixos para atendimentos diurnos (€40);
- No que diz respeito aos atendimentos urgentes nocturnos, o Hospital Privado A cobra um valor significativamente mais elevado do que os restantes prestadores aqui representados;
- Os Hospitais Privados C e G apresentam os preços mais baixos no que diz respeito aos atendimentos urgentes nocturnos (€40).

A análise dos preços no âmbito da imagiologia abrange apenas a tomografia axial computadorizada (TAC) e a ressonância magnética, dado que, na maioria dos hospitais privados estes eram, para além dos RX convencionais, os únicos disponíveis. Convém salientar que, ao contrário do que sucede com as

consultas e atendimentos urgentes, não existe uma tabela de preços aplicável aos exames de radiologia e imagiologia para os hospitais do SNS no âmbito do contrato-programa.

No Quadro XXXIII apresentam-se os valores para uma TAC.

**Quadro XXXIII** Preços de uma TAC por financiamento/prestação público e privado (2009)

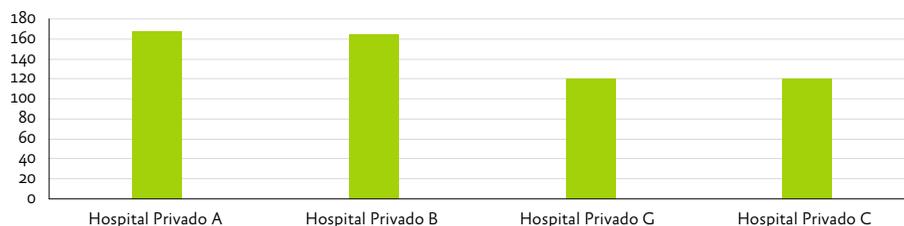
		Pagador				
		SNS	Subsistemas Públicos	Subsistemas Privados	Seguros Privados	Privados Particulares
Prestador	Público	Não aplicável		77.80		Taxas Moderadoras
	Privado	Regime convencionado – 109.71	Reg. Livre – 124.00 Reg. Convencionado – 64.00	Preços definidos entre o pagador e o prestador – valor desconhecido		Vários preços: V Máximo – 168.00 Valor Mínimo – 120.00

As principais observações são as seguintes:

- O preço mais elevado da TAC é praticado pelos hospitais privados a clientes privados (€168);
- No extremo oposto encontra-se o preço estabelecido pela ADSE em regime convencionado (€64);
- Verifica-se que o preço estabelecido pela Portaria n.º 132/2009 de 30 de Janeiro de 2009, aplicável aos subsistemas privados sempre que os prestadores são os hospitais do SNS, está próximo do preço mais baixo e corresponde a 46% do valor praticado pelo hospital privado que apresenta o preço mais elevado.

Na Figura 40 apresentam-se alguns exemplos de preços de uma TAC no sector privado.

**Figura 40** Preço de TAC em hospitais privados



As principais observações são as seguintes:

- Uma vez mais, verifica-se que o Hospital Privado A apresenta o preço mais elevado para uma TAC. Segue-se o Hospital Privado B, que apresenta um preço ligeiramente inferior;

- Os Hospitais Privados C e G cobram €120 pelo mesmo exame e este é o preço mais baixo deste exame em hospitais privados.

No que diz respeito à ressonância magnética, os dados constam do Quadro XXXIV.

**Quadro XXXIV** Preços de uma ressonância magnética por financiamento/prestação público e privado (2009)

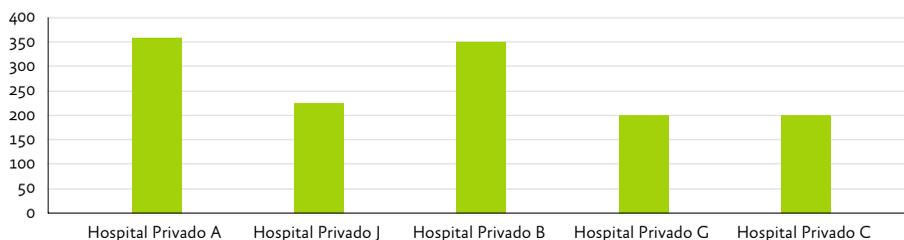
		Pagador				
		SNS	Subsistemas Públicos	Subsistemas Privados	Seguros Privados	Privados Particulares
Prestador	Público	Não aplicável		133.50		Taxas Moderadoras
	Privado	Regime convencionado – valor desconhecido	Reg. Livre – 162.00 Reg. Convencionado – 132.00	Preços definidos entre o pagador e o prestador – valor desconhecido		Vários preços: V Máximo – 360.50 Valor Mínimo – 200.00

As principais observações são as seguintes:

- Verifica-se que o valor definido pelo regime convencionado da ADSE é o valor mais baixo. De referir que o valor definido pela Portaria n.º132/2009 de 30 de Janeiro de 2009 é superior apenas em €1,5;
- De lembrar que a tabela de preços do convencionado para o SNS não apresenta preços para a ressonância magnética;
- Verifica-se que os hospitais privados são os que apresentam os preços mais elevados;
- O valor estabelecido pela ADSE em regime convencionado corresponde a menos de 37% do preço estabelecido pelo privado mais caro.

Na Figura 41 apresentam-se alguns exemplos de preços de uma ressonância magnética no sector privado.

**Figura 41** Preço de ressonância magnética em hospitais privados



As principais observações são as seguintes:

- O Hospital Privado A apresenta, uma vez mais, o preço mais elevado para uma ressonância magnética;
- Os Hospitais Privados C e G apresentam os preços mais baixos da amostra.

Como foi referido, neste ponto serão realizadas comparações entre preços médios e pagamento total para o conjunto dos hospitais públicos portugueses (internamento) utilizando os valores da tabela dos GDH e dos contratos-programa e considerando a produção em internamento para o ano 2009.

Com esta comparação pretende-se constatar a possível existência de diferenças entre as duas formas de pagamento utilizadas no Sistema Nacional de Saúde, tabelas dos GDH para alguns subsistemas e para as seguradoras privadas (quando aplicável) e preços dos contratos-programa que o Ministério da Saúde utiliza para pagar aos hospitais do Serviço Nacional de Saúde (neste momento, o financiamento dos hospitais SNS já inclui os valores da ADSE).

Na eventualidade de se encontrarem diferenças relevantes, tentar-se-á identificar a existência de um padrão para as mesmas e serão apresentadas algumas das principais consequências da utilização de duas formas de pagamento.

Para este efeito serão utilizadas quatro variáveis:

- Preço médio da Portaria por GDH (PMP): corresponde ao valor inscrito na Portaria n.º 132/2009 de 30 de Janeiro;
- Financiamento total do internamento por GDH (FTP): corresponde ao somatório das multiplicações do PMP pelo número de episódios de internamento por GDH;
- Preço médio do contrato-programa para 2009 (PMCP): o valor foi calculado por GDH tendo em atenção o preço de pagamento por grupo hospitalar, os índices de *casemix* para episódios com tratamento médico e com tratamento cirúrgico por hospital e o número de episódios de internamento em cada GDH e em cada hospital;
- Financiamento total do contrato-programa: corresponde ao somatório das multiplicações do PMCP pelo número de episódios de internamento por GDH.

Para facilitar a simulação dos cálculos, apenas serão considerados os doentes com alta vivo ou cujo internamento terminou em óbito, tal como não serão considerados os doentes equivalentes nem as readmissões. Também foram retirados alguns hospitais que não apresentaram contabilidade analítica no ano de 2007, última informação disponível na ACSS, dado que estes valores são importantes para a comparação entre preços e custos, a qual será feita de

seguida. Os custos por doente foram estimados com recurso à metodologia decorrente da utilização da Matriz de Custos de Maryland.

Em termos globais, para os 837.403 episódios de internamento estudados (ACSS, 2009) existem diferenças entre as duas modalidades de pagamento, pois considerando o preço da portaria verifica-se que o montante global de financiamento foi de cerca de 2.139 mil milhões de euros (cerca de €2.554 por episódio) e utilizando os preços e a metodologia dos contratos-programa o montante global de financiamento foi de cerca de 2.030 mil milhões de euros (cerca de €2.424 por episódio).

No entanto, quando se começa a desagregar a análise, estas diferenças são ainda mais relevantes:

- Para os 654 GDH em estudo, 337 apresentavam preços mais elevados na Portaria, sendo 125 correspondentes a episódios de internamento com tratamento cirúrgico (adiante designados por episódios cirúrgicos) e 212 a episódios de internamento com tratamento médico (adiante designados por episódios médicos). Por sua vez, 317 apresentavam preços inferiores na Portaria, sendo 176 episódios cirúrgicos e 141 episódios médicos;
- A variabilidade entre as diferenças do preço médio e do financiamento total por GDH é muito elevada, com coeficientes de variação muito elevados, respectivamente de 3,53 e de 36,21 (para melhor compreensão, coeficiente de variação = média/desvio padrão).

Nos Quadros seguintes são apresentados os cinco GDH com preços superiores, inferiores ou idênticos, para o Preço Médio e para o Preço Total.

**Quadro XXXV** Preços médios: diferenças entre os valores da Portaria e dos Contratos-Programa

Preço médio da portaria inferior a preço médio do contrato-programa	Preço médio da portaria superior a preço médio do contrato-programa	Preço médio da portaria igual a preço médio do contrato-programa
343 – Circuncisão, idade < 18 anos	606 – Recém-nascido, peso ao nascer entre 1000 e 1499g, com procedimentos significativos em B.O., alta vivo	89 – Pneumonia e/ou pleurisia simples, idade > 17 anos, com CC
342 – Circuncisão, idade > 17 anos	795 – Transplante de pulmão	619 – Recém-nascido, peso ao nascer entre 2000 e 2499g, sem procedimento significativo em B.O., com problema minor
38 – Procedimentos primários na íris	821 – Queimaduras extensas, de 3.º grau, com enxerto de pele	587 – Perturbações do ouvido, nariz, boca e/ou garganta, idade < 18 anos, com CC major
364 – Dilatação e/ou curetagem e/ou conização, excepto por doença maligna	602 – Recém-nascido, peso ao nascer < 750 g, alta vivo	94 – Pneumotórax, com CC
362 – Laqueação de trompas, endoscópica	480 – Transplante hepático	277 – Celulite, idade > 17 anos, com CC

**Quadro XXXVI** Financiamento total: diferenças entre os valores da Portaria e dos Contratos-Programa

Financiamento da portaria inferior a financiamento do contrato-programa	Financiamento da portaria superior a financiamento do contrato-programa	Financiamento da portaria igual a financiamento do contrato-programa
629 – Recém-nascido, peso ao nascer > 2499g, sem procedimento significativo em B.O., com diagnóstico de recém-nascido normal	576 – Leucemia aguda, com CC major	747 – Abuso ou dependência de cocaína ou de outras drogas, com CC
371 – Cesariana, sem CC	483 – Oxigenação por membrana extra-corporal, traqueostomia com ventilação mecânica >96h ou traqueostomia com outro diagnóstico principal, excepto da face, boca ou do pescoço	619 – Recém-nascido, peso ao nascer entre 2000 e 2499g, sem procedimento significativo em B.O., com problema menor
373 – Parto vaginal, sem diagnósticos de complicação	480 – Transplante hepático	587 – Perturbações do ouvido, nariz, boca e/ou garganta, idade < 18 anos, com CC major
359 – Procedimentos no útero e/ou seus anexos, por carcinoma in situ e/ou doença não maligna, sem CC	557 – Perturbações hepatobiliares e/ou pancreáticas, com CC major	476 – Procedimento prostático, em B.O., não relacionado com o diagnóstico principal
162 – Procedimentos para hérnia inguinal e/ou femoral, idade >17 anos, sem CC	818 – Substituição da anca, excepto por complicações	787 – Colectomia laparoscópica com exploração do colédoco

Estes valores, para além de identificarem substanciais diferenças entre as duas modalidades de pagamento, embora o valor global seja muito semelhante, evidenciam ainda a inexistência de um padrão para as diferenças, tanto em termos de tipo de tratamento (médico ou cirúrgico) e de Grandes Categorias Diagnósticas, o que torna ainda mais difícil de compreender a razoabilidade da existência de duas modalidades de pagamento distintas.

Finalmente, das 26 Grandes Categorias Diagnósticas existentes, 15 apresentam Financiamentos Totais superiores utilizando os preços da Portaria (0, 1, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 16, 17, 18, 19, 22, 24 e 25), representando cerca de 58% do total de episódios de internamento (para mais detalhes, consultar Anexo 2C).

Para a comparação entre preços e custos analisar-se-á a racionalidade na formação de preços, designadamente se os preços por GDH têm que ver com custos observados e especialmente se a definição de preços persegue o objectivo eficiência. Não se fala da formação de preços dos contratos-programa, dado que o preço corresponde a uma medida singular, sempre derivada da Tabela dos GDH, pelo que em última instância as conclusões seriam redundantes.

Assim, numa primeira fase serão comparados para cada GDH os preços da Portaria com os custos médios dos hospitais. Num segundo momento essa comparação será feita com os custos mais eficientes.

No que respeita a preços vs. custos observados, para os 837.403 episódios de internamento estudados parecem existir grandes diferenças entre estas duas

realidades, dado que, considerando o preço da portaria, o montante global de financiamento foi de cerca de 2.139 mil milhões de euros (cerca de €2.554 por episódio) e os custos totais foram cerca de 2.362 mil milhões de euros (cerca de €2.820 por episódio). Face a esta situação, dois argumentos podem ser utilizados: (1) existe subfinanciamento crónico no financiamento dos hospitais em Portugal ou (2) a oferta e os recursos utilizados estão desajustados do financiamento, por razões organizacionais ou operacionais (eficiência). Voltar-se-á a este assunto posteriormente.

Para além disso, quando se começa a desagregar a análise, foram encontradas diferenças relevantes:

- Para os 654 GDH em estudo, 200 apresentavam preços superiores aos custos, todos correspondentes a episódios médicos. Por sua vez, 454 apresentavam preços inferiores aos custos, sendo 301 episódios cirúrgicos e 153 episódios médicos;
- Mais uma vez, a variabilidade entre as diferenças do preço médio e do financiamento total por GDH é muito elevada, com coeficientes de variação muito elevados, respectivamente de 141,26 e de 6,65.

Nos quadros seguintes são apresentados os cinco GDH com preços superiores, inferiores ou idênticos aos custos observados, para os valores médios e totais.

#### Quadro XXXVII Diferenças entre preços médios e custos observados

Preço médio inferior a custo observado	Preço médio superior a custo observado	Preço médio igual a custo observado
803 – Transplante alogénico de medula óssea	604 – Recém-nascido, peso ao nascer 750-999 g, alta vivo	84 – Traumatismos torácicos, major, sem CC
804 – Transplante autólogo de medula óssea	821 – Queimaduras extensas, de 3.º grau, com enxerto de pele	378 – Gravidez ectópica
302 – Transplante renal	795 – Transplante de pulmão	342 – Circuncisão, idade > 17 anos
480 – Transplante hepático	606 – Recém-nascido, peso ao nascer entre 1000 e 1499g, com procedimentos significativos em B.O., alta vivo	357 – Procedimentos no útero e/ou seus anexos, por doença maligna dos ovários ou dos seus anexos
103 – Transplante cardíaco	602 – Recém-nascido, peso ao nascer < 750 g, alta vivo	769 – Convulsões e/ou cefaleias, idade < 18 anos, sem CC

### Quadro XXXVIII Diferenças entre o financiamento total e os custos totais

Financiamento total inferior a custos totais	Financiamento total superior a custos totais	Financiamento total igual a custos totais
373 – Parto vaginal, sem diagnósticos de complicação	116 – Outras implantações de pacemaker cardíaco permanente	476 – Procedimento prostático, em B.O., não relacionado com o diagnóstico principal
371 – Cesariana, sem CC	483 – Oxigenação por membrana extra-corporal, traqueostomia com ventilação mecânica >96h ou traqueostomia com outro diagnóstico principal, excepto da face, boca ou do pescoço	22 – Encefalopatia hipertensiva
410 – Quimioterapia	851 – Implantação de desfibrilhador cardíaco, sem cateterismo cardíaco	750 – Abuso ou dependência do álcool, com CC
359 – Procedimentos no útero e/ou seus anexos, por carcinoma in situ e/ou doença não maligna, sem CC	576 – Leucemia aguda, com CC major	351 – Esterilização masculina
494 – Colectomia laparoscópica, sem exploração do cólecoco, sem CC	557 – Perturbações hepatobiliares e/ou pancreáticas, com CC major	760 – Hemofilia por perturbações congénitas dos factores VIII e IX

Estes valores, para além de traduzirem diferenças substanciais entre a modalidade de pagamento e os custos observados, evidenciam ainda a inexistência de um padrão para as diferenças, tanto em termos de tipo de tratamento (médico ou cirúrgico) como de Grandes Categorias Diagnósticas, o que torna ainda mais difícil de compreender a metodologia para formação dos custos.

Além disso, torna-se mais difícil compreender como foram formados os preços, dado que existem 200 GDH (cerca de 31% do total) que apresentam preços superiores aos custos. Estes GDH representam cerca de 29% do total dos episódios de internamento e apresentam um saldo positivo de cerca de 230 mil euros, ou €969,59 por episódio.

Tudo parece apontar para uma falta de racionalidade na forma como se estão a formar os preços, pelo que revela interesse acrescido a comparação dos preços com custos eficientes.

Recorde-se que os custos eficientes por GDH foram calculados após se terem eliminado os hospitais com produção reduzida em cada GDH (menos de 30 episódios) e com recurso ao ajustamento pelo risco, ou seja, tendo em conta as características dos doentes, designadamente sexo, idade, doença principal e respectiva gravidade, bem como as comorbilidades e respectivas gravidades.

No que respeita a preços vs. custos eficientes (o custo mais baixo para cada GDH, desde que existam pelo menos 30 episódios de internamento), e para os 837.403 episódios de internamento estudados, parecem existir grandes diferenças entre estas duas realidades, dado que, considerando o preço da portaria, o montante global de financiamento foi de cerca de 2.139 mil milhões de euros (cerca de €2.554 por episódio) e os custos totais foram de cerca de

1.938 mil milhões de euros (cerca de €2.314 por episódio), o que representa um sobre financiamento de cerca de 201 milhões de euros.

Mais uma vez, existe uma grande variabilidade entre GDH, com coeficientes de variação de 5,2 e de 9,7, respectivamente para a comparação de valores médios e de valores totais. Consta-se igualmente que 376 GDH apresentam preços superiores aos custos eficientes e 278 GDH na situação contrária. Para as diferenças positivas entre preços e custos, 71 são episódios cirúrgicos e nas diferenças negativas os episódios cirúrgicos são de 230. Por sua vez, nos episódios médicos as diferenças positivas entre preços e custos são de 305 e as negativas são de 48.

Estes aspectos parecem revelar uma falta de racionalidade nos mecanismos de formação dos preços em saúde, sem nenhum padrão justificativo e com um resultado paradoxal: subfinanciamento quando se comparam preços com custos observados e sobre financiamento quando o comparador são os custos eficientes.

Ou, por outras palavras, tendo em conta exclusivamente a informação sobre preços e custos, o sistema existente está a induzir a ineficiência na prestação de cuidados no internamento hospitalar.

A conjugação destes aspectos permite avaliar o excesso de défice (financiamento-custos observados) e o excesso de custos ou falta de eficiência (custos observados-custos esperados). O conceito “custo esperado” traduz o nível de complexidade do tratamento (medido pelos GDH e respectivos índices de *casemix*), ajustados pelo risco.

No Quadro XXXIX são apresentados os saldos financeiros dos hospitais (desempenho financeiro) e a diferença entre custos observados e custos esperados (eficiência) dos hospitais por região.

**Quadro XXXIX** Desempenho financeiro e eficiência hospitalar por região

	Excesso défice	Excesso custos
Alentejo	-868,15	513,28
Algarve	-290,19	39,94
Centro	-199,54	-246,89
Lisboa e Vale do Tejo	-804,26	359,92
Norte	-344,85	-164,85

Estes valores permitem afirmar que todos os hospitais têm défice, com maior expressão nos hospitais do Alentejo e da Região de Lisboa e Vale do Tejo. Os hospitais mais ineficientes também são encontrados nestas regiões, com o Algarve a apresentar uma eficiência próxima da média nacional e as regiões Norte e Centro a serem eficientes.

## Ganhos potenciais de eficiência no mercado hospitalar (SNS)

[Carlos Costa, Sílvia Lopes, Rui Santana]

Neste ponto é abordado o tema da eficiência na óptica dos cuidados de saúde hospitalares. Em concreto, os seus objectivos consistem em:

- Estimar o impacte das diferenças de eficiência entre hospitais no valor de recursos consumidos por estes prestadores;
- Identificar situações que constituem oportunidades de melhoria da eficiência nos cuidados hospitalares, recolhendo evidências pertinentes e passíveis de fundamentarem um melhor processo de decisão nos diferentes níveis de gestão destes prestadores.

### Enquadramento

No contexto português, a importância dos hospitais em termos das despesas correntes em saúde é considerável, conforme se pode constatar pelo facto de cerca de 50% dos recursos serem afectos a estes prestadores (Lourenço, 2010). Nestes, assume particular relevo a actividade em internamento já que, em 2008, os custos com o internamento representaram cerca de 59% do total de custos com os hospitais (ACSS, 2011).

Numa perspectiva global de sistema de saúde, note-se que a representatividade financeira do sector hospitalar permite à partida evidenciar uma possibilidade de concentração de ganhos significativos.

A título introdutório, importa também referir que o desenvolvimento da análise de eficiência na óptica hospitalar não deve ser encarada exclusivamente nos seus limiares de actuação teórica, isto porque, em grande medida, os ganhos de eficiência são apresentados numa lógica assente na realização de processos de produção alternativos, onde se torna necessário ter presente a perspectiva global de funcionamento do sistema de saúde.

Uma das características mais marcantes da prestação de cuidados ao nível hospitalar, e consequentemente da investigação sobre a mesma, é a sua complexidade. Esta complexidade decorre essencialmente do facto de estas instituições apresentarem em simultâneo um conjunto de especificidades que as distinguem do paradigma tradicional das organizações (Anthony e Herzlinger, 1975; Costa e Reis, 1993). Este reconhecimento tornou evidentes as necessidades de criação de instrumentos de gestão que permitam um processo de tomada de decisões estratégicas e operacionais com o menor grau de risco associado, bem como de uma investigação aprofundada do funcionamento dessas organizações.

Neste âmbito, na breve exposição teórica que se segue serão abordadas a medição da produção e a avaliação do desempenho hospitalar, em muitos casos centrando-se na actividade em internamento, tendo presente o exposto acima.

Numa primeira parte, pretende-se sistematizar as respostas ao desafio de conhecer o que se produz, tanto em termos quantitativos como qualitativos, em particular, os aspectos associados ao internamento hospitalar. Para esse efeito, aborda-se a própria definição de produto hospitalar, apresentando-se paralelamente as abordagens e os critérios possíveis para definir/comparar esses produtos. O tema seguinte versa sobre as dimensões consideradas na definição dos produtos, as quais podem ser recolhidas em diversos suportes de informação e em diversos momentos do tratamento, assuntos que também serão aqui objecto de análise. Finalmente, são brevemente caracterizados dois sistemas de classificação de doentes actualmente em uso em Portugal.

A definição do produto hospitalar exige a discussão de três questões (Hornbrook, 1982): quais as preferências que contam? Qual a organização relevante? E qual a natureza deste produto? Daqui resulta que o caso tratado (episódio) deve ser considerado como o produto relevante do hospital, designadamente em função das preferências dos consumidores, os quais privilegiam o resultado final do tratamento, em detrimento da quantidade dos produtos intermédios (meios complementares de diagnóstico e terapêutica, por exemplo) que lhe são disponibilizados (Hornbrook, 1982).

Genericamente, existem duas abordagens possíveis para definir/comparar os casos, em que a primeira consiste no uso de sistemas de classificação de doentes e pressupõe a definição de critérios que permitam agregar os doentes tratados em cada hospital, enquanto com os índices escalares (índices de *case-mix*) se procura sintetizar num único indicador a actividade do hospital (Horn e Schumaker, 1979; Hornbrook, 1982; Farley e Hogan, 1990 e McGuire, 1991).

No âmbito do estudo dos sistemas de classificação de doentes, o conceito de “gravidade” e a sua definição são uma matéria central. Além de importante, este assunto é complexo, já que não existe uma definição única de gravidade, podendo ser definida como probabilidade de morte, diminuição das funções, “carga da doença”, integridade fisiológica ou dificuldade de repor o nível de saúde dos doentes (Thomas e Longo, 1990). Apesar disto, é pacificamente aceite que a gravidade qualifica as características dos doentes e que um conceito aceitável é “probabilidade de morte ou de falência de um órgão” (Thomas, Ashcraft e Zimmerman, 1986).

É ainda de realçar a existência de diversas perspectivas que variam consoante as especialidades médicas e os agentes, como os médicos e os gestores, estando os primeiros mais interessados nos resultados de saúde e os segundos mais preocupados com a necessidade de recursos e com a intensidade do

consumo de recursos (Iezzoni, 1995). Desta dicotomia resulta que existem sistemas de classificação de doentes que procuram responder apenas à primeira perspectiva, apenas à segunda ou que procuram aglutinar ambas (Iezzoni, 1987 e 1995).

Em relação às dimensões incluídas nos sistemas de classificação de doentes, apesar de cada uma delas poder assumir um relevo distinto consoante as formas de definir o produto hospitalar, são geralmente apontadas as seguintes: idade, sexo, estado fisiológico do doente, diagnóstico principal, gravidade do diagnóstico principal, dimensão e gravidade das comorbilidades, situação/estado (*status*) funcional, situação psicológica e cognitiva dos doentes, atributos culturais, éticos e socioeconómicos, atitudes e preferências dos consumidores (Knaus *et al.*, 1985 e 1991; Blumberg, 1986; Horn, 1988; Murphy e Cluff, 1990; Le Gall, Lemeshow e Saulnier, 1993; Lemeshow *et al.*, 1993 e Iezzoni, 1997).

A informação necessária à operacionalização daquelas dimensões é objecto de grande discussão, concretamente sobre quais os suportes de recolha da informação que devem ser utilizados: modelos administrativos ou modelos clínicos. Em termos conceptuais, os modelos administrativos são, em termos internacionais, aqueles que utilizam os dados constantes nos resumos de alta.

Os modelos clínicos são aqueles que incluem os dados dos modelos administrativos, acrescidos de alguns elementos constantes dos processos clínicos, em particular aqueles que permitem caracterizar a história e o exame objetivo do doente e os resultados dos meios complementares de diagnóstico, os quais visam estabelecer um diagnóstico, estimar um prognóstico e prescrever o tratamento adequado (Hornbrook, 1982).

Ambos os modelos têm os seus defensores, enquanto alguns autores defendem a utilização dos resumos informatizados de alta, baseados no *Uniform Hospital Discharge Data Abstract* (UHDDA) (Fetter *et al.*, 1980; Young, Swinkola e Zorn, 1982; Gonnella, Hornbrook e Louis, 1984; Gonnella *et al.*, 1990 e Young, Kohler e Kowalsky, 1994, por exemplo), outros argumentam que os elementos dos resumos informatizados de alta devem ser complementados com outros presentes nos processos clínicos dos doentes (Horn, 1986 e 1988; Knaus *et al.*, 1981, 1985 e 1986; Brewster *et al.*, 1985; Le Gall, Lemeshow e Saulnier, 1993; Lemeshow *et al.*, 1993 e Moreno, Apolone e Miranda, 1998, por exemplo). Na verdade, as discrepâncias entre dados administrativos e dados clínicos têm que ver principalmente com a seguinte questão: deve-se privilegiar a operacionalidade e a economia dos sistemas de classificação de doentes baseados em dados administrativos ou deve-se privilegiar a fiabilidade, validade de construção e de conteúdo dos baseados em dados clínicos? (Hornbrook, 1982; Thomas, Ashcraft e Zimmerman, 1986 e Costa e Nogueira, 1994).

Finalmente, a outra temática a considerar é a definição dos momentos de medição dos dados, sendo a prospectividade assegurada apenas quando um sistema se baseia nos elementos de admissão, visto que a inclusão de elementos da totalidade da estadia e/ou da alta significa a sua disponibilidade apenas após esta última (Green, Passman e Wintfeld, 1991). Em termos conceptuais, dada a especificidade da prestação de cuidados de saúde, em que o processo de tratamento vai sendo definido ao longo do episódio de internamento, um sistema de classificação prospectivo será aquele que sintetiza melhor o processo de produção nos hospitais

Após esta breve abordagem conceptual, apresentam-se de seguida dois exemplos de sistemas de classificação de doentes em uso em Portugal: os *Diagnosis Related Groups* e o *Disease Staging*.

Os *Diagnosis Related Groups* (DRG) são um sistema de classificação de doentes cuja principal finalidade é agrupar episódios de internamento em categorias homogéneas no que respeita ao consumo de recursos, considerando-se para esse efeito a duração de internamento (Fetter *et al.*, 1980), sendo designados em Portugal também por Grupos de Diagnósticos Homogéneos (GDH).

Na sua concepção, os autores entenderam que a classificação deveria ser obtida mediante o recurso a informação generalizada e disponível nos hospitais, sendo os resumos de alta (designados “dados administrativos”) a fonte de informação que serve de base à classificação (Fetter *et al.*, 1980). Concretamente, a atribuição de um determinado DRG a um episódio de internamento é realizada a partir da informação registada no resumo de alta acerca do diagnóstico principal, diagnósticos secundários, procedimentos cirúrgicos, idade e destino após a alta.

A evolução deste sistema de classificação de doentes ao longo do tempo conduziu ao aparecimento de diversas modalidades de DRG, sendo a que está em uso em Portugal os *All Patient Diagnosis Related Groups* (AP-DRG) (Muldoon, 1999; Portaria n.º 132/2009 de 30 de Janeiro).

Recorde-se ainda que os DRG pretendem identificar produtos cujos diagnósticos estão relacionados e que apresentem um consumo homogéneo de recursos, constituindo uma metodologia que identifica a complexidade dos produtos (Fetter *et al.*, 1980 e McGuire, 1991), pelo que este sistema pode ser considerado como estando mais posicionado do lado da oferta.

O *Disease Staging* é um sistema de classificação de doentes que pretende produzir grupos de doentes que requerem tratamentos idênticos e com idênticos resultados esperados (Garg *et al.*, 1978; Gonnella, Hornbrook e Louis, 1984 e Gonnella, Louis e Gozum, 1999).

A concepção do *Disease Staging* iniciou-se com a identificação das doenças mais frequentes no internamento e das doenças mais relevantes em cada

sistema orgânico e em cada etiologia. Posteriormente, cada doença foi atribuída a vários peritos para que estes definissem níveis de evolução natural da doença, sem ter em consideração o tratamento. Esses níveis de gravidade deveriam implicar uma mortalidade/morbilidade progressivamente mais elevada e ser clinicamente distinguíveis, bem como ser passíveis de desagregação em níveis de gravidade mais detalhados, quando apropriado (Gonnella, Hornbrook e Louis, 1984).

O *Disease Staging* atribui uma doença principal a cada episódio e, quando aplicável, uma ou várias comorbilidades. Em todos os casos, a cada uma destas corresponde o respectivo nível de gravidade, o qual tem significado distinto consoante as doenças e, por essa razão, não é comparável entre as mesmas. Decorrente deste facto, nomeadamente para permitir a comparação entre episódios com diferentes combinações de doenças principais e comorbilidades, o *Disease Staging* inclui ainda previsões por doente para a duração de internamento, para os custos, para a mortalidade, para as complicações e para as readmissões. Os valores esperados por doente são atribuídos em função da sua doença principal e nível de gravidade, idade, sexo, comorbilidades e níveis de gravidade e se se trata de uma admissão urgente, considerando o seu impacto esperado sobre o resultado em análise (MEDSTAT, 2005).

Tendo presente o exposto acima, isto é, o facto de a gravidade consistir na “probabilidade de morte ou de falência de um órgão”, pode considerar-se que o *Disease Staging* constitui uma medida relacionada com a procura de cuidados de saúde.

Na sua segunda parte, este enquadramento versa sobre as possíveis abordagens à avaliação do desempenho (estrutura, processo, resultados), salientando a importância de um ajustamento pelo risco adequado sempre que sejam utilizados indicadores de resultados, terminando com uma reflexão acerca da relação entre eficiência e qualidade.

Apesar das dificuldades conceptuais e operacionais na avaliação do desempenho, em virtude das especificidades das organizações de saúde, torna-se cada vez mais necessário desenvolver modelos para a sua concretização, sendo esta afirmação válida para qualquer dos agentes associados ao mercado da saúde, sejam os consumidores, os proprietários ou os gestores e profissionais de saúde. No entanto, existem ainda outras razões, de natureza conjuntural, que acentuam a relevância da avaliação do desempenho, nomeadamente a criação de um sector público empresarial na saúde, as parcerias público-privadas, o interesse da comunicação social por estas matérias ou a referência à sua necessidade no memorando de entendimento assinado no âmbito do programa de assistência financeira a Portugal.

A trilogia conceptualizada por Donabedian (1988), constituída por estrutura, processo e resultados é fundamental no âmbito do estado da arte da avaliação do desempenho das organizações de saúde, em que a estrutura consiste nos atributos do contexto onde decorre a prestação, o processo descreve o que é efectivamente feito ao dar e receber cuidados e os resultados consistem nos efeitos da prestação sobre o estado de saúde dos doentes e populações.

Quando se usam medidas de resultados, o ajustamento pelo risco é indispensável à análise, pela necessidade de considerar a influência das características dos doentes sobre aquelas medidas. Em termos genéricos, a principal finalidade do ajustamento pelo risco é controlar os factores que os doentes apresentam ao contactar uma determinada organização de saúde que podem afectar a sua probabilidade de obterem um bom ou um mau resultado (Iezzoni, 1996).

Na sua conceptualização, Donabedian (1988) considerou as três perspectivas de avaliação complementares entre si, pelo que ao considerar-se apenas uma delas o quadro que emerge da avaliação será parcial. Contudo, independentemente da necessidade de se considerarem todas as dimensões de modo a avaliar a actividade dos hospitais, a consideração da dimensão “resultados” parece assumir cada vez mais importância, tanto pela aproximação que permite aos modelos utilizados na grande maioria das organizações do mercado em geral, como pela proliferação e utilização cada vez mais intensa nas organizações de saúde, em termos nacionais e internacionais.

No âmbito da avaliação do desempenho, são eixos centrais a qualidade e a eficiência, sendo muitas vezes encaradas no sentido de ser necessário garantir a qualidade ao mesmo tempo que se procura uma melhoria da eficiência. Contudo, numa outra perspectiva, é possível apontar um conjunto de situações cuja melhoria permite, em simultâneo, uma redução dos recursos consumidos na prestação de cuidados e uma melhoria nos resultados de saúde dos doentes. Deste modo, pretende-se identificar áreas passíveis de melhoria e que, com o devido empenho quer por parte dos diferentes níveis de gestão quer dos profissionais directamente envolvidos na prestação, possam contribuir para o cumprimento do seu desiderato:

- As complicações dos cuidados;
- As readmissões;
- A adequação dos cuidados.

As complicações constituem consequências não pretendidas da prestação, traduzidas por condições clínicas novas que se desenvolvem durante o internamento e não decorreram da evolução natural da doença, mas da qualidade dos cuidados (Brailer *et al.*, 1996; Geraci, 2000; Hughes *et al.*, 2006).

Têm um impacto negativo sobre os resultados em saúde dos doentes, ao provocarem incapacidade ou mesmo a morte e, simultaneamente, provocam o prolongamento da duração do internamento e o aumento do nível de recursos consumido, pela necessidade de terapias mais intensivas, eventualmente o regresso ao bloco operatório ou a unidades de cuidados intensivos (Geraci *et al.*, 1997; Romano *et al.*, 2002; Moscucci *et al.*, 2003; Naessens e Huschka, 2004; Hughes *et al.*, 2006).

O elevado custo associado à ocorrência de readmissões é também referido por diversos autores (Ashton e Wray, 1996; Halfon *et al.*, 2006; Jencks, Williams e Coleman, 2009), verificando-se ainda que existe um conjunto de doentes com admissões recorrentes responsável por uma fatia significativa do total de internamentos (Wray *et al.*, 1988). A par do seu impacte sobre os custos, reflectem em muitos casos a existência de complicações evitáveis que se desenvolvem ou são detectadas apenas após a alta (Thomas, 1996; Iezzoni *et al.*, 1999; Halfon *et al.*, 2006).

Na relação entre qualidade e custos, pode ser referido que, ao reduzir os cuidados desnecessários podemos também reduzir os custos sem que a qualidade seja reduzida; assim como ao eliminar cuidados prejudiciais reduzimos custos e, simultaneamente, aumentamos a qualidade. Difícil tem sido, no entanto, a identificação do que podem ser considerados cuidados desnecessários ou redundantes, para além das dificuldades sentidas na avaliação económica dos benefícios adicionais e dos custos adicionais de uma melhoria (Donabedian, 1985).

Assim, a avaliação da adequação dos cuidados prestados no internamento está associada à revisão de utilização e naturalmente à eficiência, tendo basicamente duas componentes: (1) a adequação clínica, ou seja, a análise dos cuidados de saúde prestados em função das características dos doentes e (2) a adequação organizacional, a qual está associada ao tipo de organização de saúde responsável pela prestação de cuidados de saúde (Hunter, 1997; McDonagh *et al.*, 2000).

Neste âmbito, é de referir a metodologia utilizada por Louis (2004) e Louis e outros (2008), cujo objectivo é avaliar a adequação dos cuidados em internamento a partir da informação constante do resumo de alta (em Portugal “base de dados dos GDH”), para determinados GDH, tendo sido desenvolvida pelo *Center for Research in Medical Education and Health Care of Jefferson Medical College* (EUA), no âmbito da sua colaboração com a região de saúde *Emilia-Romagna* (Itália). A adequação da admissão é avaliada com base na classificação do episódio em GDH e em doenças do *Disease Staging* e níveis de gravidade e ainda da idade e das comorbilidades existentes, distinguindo-se os casos que poderiam com segurança ser tratados em ambulatório, os que

justificam o internamento (com diversas durações possíveis) e aqueles que são admitidos numa fase avançada da doença, a qual poderia ter sido evitada com o internamento numa fase anterior ou um acompanhamento mais agressivo ou atempado em ambulatório.

Após este enquadramento, será descrita a metodologia do estudo. Em seguida, apresentam-se os resultados obtidos. A síntese dos resultados encontrados e as recomendações que estes sugerem são o objecto do último ponto.

A metodologia definida contempla os seguintes aspectos:

- Os custos em excesso atribuíveis à falta de eficiência no tratamento dos doentes internados;
- Os custos em excesso atribuíveis à falta de qualidade dos cuidados prestados. Para esta análise serão analisados os custos em excesso relativamente às complicações de cuidados e às readmissões;
- Os custos em excesso atribuíveis à adequação de cuidados prestados, dando expressão às admissões precoces, às admissões com uma duração de internamento excessiva e às admissões tardias;
- Os custos totais atribuíveis ao internamento hospitalar.

Para estes aspectos serão construídos dois cenários: o primeiro em que todos os ganhos potenciais com a falta de eficiência são atingidos em 100% e o segundo com diferentes níveis de ganhos potenciais: 75% para a eficiência de tratamento, 60% para as complicações de cuidados e 50% para as readmissões. Para a adequação de cuidados, como a análise foi realizada para todos os GDH, no segundo cenário são somente considerados os GDH que apresentam preço em ambulatório.

Este procedimento permite a construção de um referencial máximo para os ganhos potenciais e de um referencial mais conservador, mas simultaneamente mais fácil de atingir, disponibilizando informação aos decisores sobre a sua capacidade de manobra.

Deve ter-se presente que ao longo deste relatório são utilizadas as designações “custos em excesso atribuíveis a...” ou “ganhos potenciais com a melhoria de...”. De facto, estas designações são idênticas, embora simétricas.

Igualmente a título informativo, serão utilizados os termos “caso”, “admissão” ou “doente” no sentido de “episódio de internamento”. Também a designação “hospital” será utilizada em sentido genérico, referindo-se tanto a hospitais como a centros hospitalares.

Para a realização deste trabalho, utilizaram-se os dados constantes da base de dados dos resumos de alta. Dela constava informação individual, ao nível do episódio, para os casos tratados nos hospitais públicos do Continente que cederam essa informação. Estes dados são designados na literatura internacional,

designadamente dos Estados Unidos da América (EUA), por “dados administrativos” e permitiram o uso de dois sistemas de classificação de doentes: os GDH (*All-Patient DRG*, versão 21) e o *Disease Staging* (versão 5.23), os quais foram caracterizados no enquadramento. Foram ainda utilizadas a informação da contabilidade analítica e da matriz de Maryland, bem como a correspondência entre as rubricas de ambas.

Os ganhos potenciais vão ser analisados para o ano 2010. No entanto, por razões operacionais, os custos da contabilidade analítica foram os de 2007. Para cada situação será especificado o período a que se referem os dados.

Em ambos os períodos (2007 e 2010), a partir da base de dados dos resumos de alta inicial disponibilizada, foi definido um conjunto de critérios de selecção com vista à definição da população mais adequada aos objectivos do estudo. Assim, foram excluídos os casos de “tratamento incompleto” a partir da informação acerca do destino após alta, os registos com informação inválida, os casos de tratamento em ambulatório e os tratados em hospitais para os quais não foi possível recolher a informação da contabilidade analítica.

O Quadro XL resume o processo de selecção dos episódios em estudo.

#### Quadro XL População em estudo e critérios de exclusão

	2007	2010
Número de episódios inicial	1.608.955	1.680.725
Número de episódios excluídos		
Destinos após alta excluídos	-44.880	-37.994
Informação inválida	-2.487	
Episódios tratados em ambulatório	-660.239	-805.553
Sem informação da contabilidade analítica	-48.999	-
Número de episódios em estudo	852.350	837.178

Depois de aplicados estes critérios, a base de dados referente a 2010 continha 837.178 episódios (852.350 em 2007), tratados em 62 e 55 hospitais, respectivamente em 2007 e 2010.

Em seguida serão descritos genericamente os procedimentos para avaliar a eficiência no internamento dos hospitais.

Após a recepção da base de dados dos resumos de alta (em Portugal frequentemente designada por “base de dados dos GDH”) enviada pela ACSS, foi aplicado o *software* do *Disease Staging*.

A este propósito, dois esclarecimentos:

- Cada hospital é responsável pela criação e pela validação da base de dados dos resumos de alta, a qual é sempre da responsabilidade de médicos. Em seguida, esta base de dados é enviada para a ACSS, a qual procede

igualmente a uma validação (central e externa) dos dados de cada hospital e por fim de todos os hospitais, sendo mais uma vez estes procedimentos da responsabilidade de médicos. Nesta base de dados, para além de diversos elementos do resumo de alta, está presente o GDH de cada doente;

- Depois de a base de dados chegar à Escola Nacional de Saúde Pública, seguem-se os procedimentos para correr o *software* do *Disease Staging*. Após esta fase, o *Disease Staging* disponibiliza a doença principal e respectivos níveis de gravidade, as comorbilidades e respectivos níveis de gravidade, identifica as complicações de cuidados e as readmissões. Simultaneamente, estabelece previsões para a mortalidade, para a ocorrência de complicações de cuidados e de readmissões e ainda para a duração de internamento e custo de cada doente. Para cada uma destas variáveis são consideradas as características dos doentes, nomeadamente o sexo, a idade, a doença principal e respectiva gravidade, as comorbilidades e respectiva gravidade e o tipo de admissão (urgente e programado/electivo). Como as previsões estão calibradas para a população de origem (EUA), as mesmas são recalibradas para a realidade portuguesa, recorrendo a regressões logísticas para as variáveis dicotómicas (mortalidade, complicações e readmissões: ausente ou presente) e a regressões lineares para as variáveis contínuas (duração de internamento e custos). Para mais detalhes, ver Costa, Leal da Costa e Lopes (2010).

No que se refere ao apuramento dos custos em excesso atribuíveis à falta de eficiência no tratamento de doentes internados procedeu-se da seguinte forma:

- Utilização dos dados respeitantes ao ano de 2007;
- Estimativa dos custos observados – os custos observados foram estimados em função dos pesos relativos da matriz de Maryland.
- Apuramento dos custos esperados – como existem previsões para os custos esperados no *Disease Staging* calibrados para a população dos EUA foi necessário recalibrar os dados à realidade portuguesa;
- Identificação dos GDH eficientes por hospital – em seguida, para cada hospital, foram identificados os GDH com custos observados superiores aos custos esperados e os GDH com custos observados inferiores aos esperados;
- Atribuição de custos eficientes – os custos eficientes foram apurados da seguinte forma: sempre que para cada GDH e cada hospital os custos observados foram inferiores aos custos esperados, o custo eficiente foi considerado igual ao custo observado. Pelo contrário, quando os custos observados em cada GDH e em cada hospital foram superiores aos custos esperados, o custo eficiente foi considerado igual ao custo esperado;

- Finalmente, atendendo a que os dados de custos respeitam ao ano de 2007 e os restantes dados utilizados são do ano 2010, tornou-se necessário compatibilizar os dados de 2007 e 2010. Assim, para manter a percentagem de custos em excesso para o total de custos utilizou-se a seguinte fórmula: multiplicou-se o custo médio de cada GDH pelos custos totais de 2010, dividindo-se em seguida pelos custos totais de 2007.

Para se apurar os custos em excesso atribuíveis às complicações de cuidados adoptaram-se os seguintes procedimentos:

- Identificação das complicações de cuidados por cada GDH em função da listagem disponibilizada pelo *Disease Staging*;
- Cálculo dos custos médios observados por GDH quando existe complicação de cuidados;
- Cálculo dos custos médios observados por GDH;
- O apuramento dos custos em excesso resulta da diferença entre o custo total por GDH quando existe complicação e quando não existe complicação.

Para o apuramento dos custos em excesso das readmissões procedeu-se da seguinte forma:

- Identificação das readmissões por cada GDH em função da listagem disponibilizada pelo *Disease Staging*. Recorde-se a este propósito que a janela temporal utilizada para identificar readmissões foi de 30 dias;
- Cálculo dos custos médios por GDH das readmissões. A este propósito convém ter presente que pese embora o facto de a readmissão ter sido apurada em função do episódio de internamento original, para o cálculo dos custos são considerados os GDH correspondentes às readmissões. Por sua vez, este custo corresponde ao excesso atribuível às readmissões.

Para as admissões precoces somente foram consideradas as situações (GDH) em que existe a possibilidade de tratamento em ambulatório. Para tal, foram adoptados os seguintes procedimentos:

- Exclusão de todos os casos com menos de 17 anos e com mais de 75 anos;
- Identificação dos GDH que têm potencial de tratamento em ambulatório, com base na Portaria n.º 132/2009 de 30 de Janeiro.
- Identificação das doenças principais encontradas na referida listagem de GDH e cujo nível de gravidade seja impeditivo de um tratamento em ambulatório;
- Identificação de todas as comorbilidades relevantes, cujo nível de gravidade seja impeditivo de um tratamento em ambulatório;

- Para identificar a gravidade utilizaram-se os níveis de gravidade do *Disease Staging*, considerando-se na generalidade que os níveis intermédios e mais graves justificam o internamento;
- Em função dos procedimentos anteriores, procurou-se identificar os episódios de internamento que poderiam ter sido tratados em ambulatório;
- Cálculo dos custos do tratamento em ambulatório por GDH dos doentes que foram internados, mas que poderiam ter sido tratados em ambulatório (CTAMB);
- Cálculo dos custos do tratamento em internamento por GDH dos doentes que foram internados, mas que poderiam ter sido tratados em ambulatório (CTINT);
- Apuramento dos custos em excesso atribuíveis às admissões precoces, mediante a subtracção de CTINT por CTAMB.

As admissões tardias correspondem a situações de estado avançado da doença e que podem ser consideradas como um *proxy* da falta de acessibilidade a cuidados de saúde ou mesmo de problemas de qualidade na gestão da doença (Gonnella *et al.*, 1990).

Nesse sentido, procedeu-se da seguinte forma:

- Identificação das admissões tardias por doença em função da metodologia desenvolvida pelo Jefferson Medical College para a Região Emilia-Romagna de Itália;
- Identificação dos GDH com admissões tardias;
- Identificação dos custos médios por GDH das admissões tardias;
- Identificação dos custos médios por GDH;
- Apuramento dos custos em excesso mediante a subtracção entre os custos dos episódios com admissões tardias em relação aos restantes.

Segundo Louis (2004) e Louis e outros (2008), existem situações em que a gravidade do diagnóstico principal não justifica o internamento, mas a presença de algumas comorbilidades, assumindo uma posição conservadora, poderá justificar um internamento com uma duração entre um e dois dias. Este *rationale* serviu de base para a identificação dos custos em excesso atribuíveis a durações de internamento excessivas.

Assim, os procedimentos foram os seguintes:

- Identificação dos episódios com uma duração de internamento excessiva, o que foi feito tendo como suporte a metodologia desenvolvida pelo Jefferson Medical College para a Região Emilia-Romagna de Itália;
- Consideração de uma duração de internamento de três dias, portanto superior ao preconizado por Louis e outros (2008);

- Identificação dos GDH onde ocorreram episódios com duração de internamento excessiva;
- Apuramento do custo por dia de internamento para os GDH em causa;
- Cálculo do custo do “internamento ideal”, correspondendo à multiplicação do custo da diária de internamento de cada GDH por três (CTDII);
- Identificação do custo de um episódio com duração de internamento excessiva, correspondendo ao preço de cada GDH em causa (CTDIE);
- Apuramento do custo excessivo mediante a subtração de CTDIE por CTDII.

Deve referir-se que todos os cálculos foram feitos para o ano de 2010, sendo utilizados os preços constantes na Portaria n.º 132/2009 de 30 de Janeiro. A este propósito, dado que ainda não existem dados sobre a contabilidade analítica dos hospitais, considerou-se que a simulação do preço de pagamento das tabelas dos GDH é um bom *proxy* do custo suportado pelo Estado português.

Por outro lado, embora para a análise da eficiência na prestação dos custos se tivessem utilizado dados respeitantes ao ano de 2007, os mesmos foram convertidos para o ano de 2010, para se ter uma noção mais completa da dimensão dos custos que poderiam ter sido evitados em 2010.

Este aspecto conduz-nos ainda à consideração de que o apuramento do total dos custos totais em excesso está sobrestimado, simplesmente pelo facto de existir uma possibilidade forte de sobreposição dos aspectos analisados.

Por exemplo, os custos em excesso atribuíveis a uma readmissão podem igualmente conter os custos decorrentes da existência de uma complicação de cuidados, embora esta última parcela seja sempre inferior, tal como os custos em excesso atribuíveis a uma complicação de cuidados podem coincidir com um episódio de internamento menos eficiente, o que vem colocar ainda mais em evidência a possibilidade de um *double-counting* nas estimativas dos custos em excesso.

## Resultados

Como foi referido, nesta análise pretende-se identificar a eventual existência de áreas na actividade hospitalar onde seja possível obter ganhos de eficiência.

No Quadro XLI são apresentados os valores globais da falta de eficiência encontrada no internamento hospitalar.

#### Quadro XLI Custos em excesso atribuíveis à falta de eficiência

Custo inicial (€)	2.237.324.543
Custo corrigido (€)	2.066.531.962
Diferença	
Total (€, %)	-170.792.581 (-7,6%)
Por episódio (€, %)	-219 (-7,6%)

Recorde-se que nesta análise foram considerados os custos observados quando os mesmos eram inferiores aos esperados e que se consideravam os custos esperados quando a situação era a contrária.

Deve igualmente ter-se presente que os valores esperados estão ajustados pelo risco, ou seja, consideram as características dos doentes e que os ganhos estão aferidos em relação ao nível médio de eficiência, pelo que seria de esperar um valor substancialmente superior se o valor para o *benchmarking* respeitasse, por exemplo, os cinco hospitais mais eficientes.

Neste sentido, se todos os hospitais tivessem um nível de eficiência igual à média do Continente existiria uma redução nos custos na ordem dos 7,6%.

O Quadro XLII contém os dados relativos aos custos em excesso atribuíveis às complicações de cuidados.

#### Quadro XLII Custos em excesso atribuíveis às complicações de cuidados

Custo inicial (€)	2.237.324.543
Custo corrigido (€)	1.948.001.412
Diferença	
Total (€, %)	-289.323.131 (-12,9%)
Por episódio (€, %)	-346 (-12,9%)

As estimativas do custos em excesso atribuíveis às complicações de cuidados permitiram concluir que:

- Em todos os casos, registou-se que os recursos afectos à prestação de cuidados em internamento poderiam ser reduzidos com uma actuação ao nível das complicações de cuidados, ao mesmo tempo que se melhoravam os resultados de saúde e a satisfação dos doentes tratados;
- O montante do custo total dos episódios de internamento poderia ser reduzido em cerca de 13%, o que significaria um custo por episódio de internamento cerca de €346 inferior em relação ao observado;

Outra das perspectivas adoptadas no sentido de estimar a margem de ganhos de eficiência nos cuidados hospitalares foi o estudo do impacte das

readmissões sobre o montante dos recursos afectos a este sector. Os dados globais são apresentados no Quadro XLIII.

**Quadro XLIII** Custos em excesso atribuíveis às readmissões

Custo global (€)	2.237.324.543
Custo episódios readmissão	
Total (€, %)	98.435.557 (4,4%)
Por episódio readmitido (€, %)	2.919

As estimativas do excesso de custos atribuíveis às readmissões permitiram concluir que:

- Em todos os casos, registou-se que os recursos afectos à prestação de cuidados em internamento poderiam ser reduzidos com uma actuação ao nível das readmissões, ao mesmo tempo que se melhoravam os resultados de saúde e a satisfação dos doentes tratados.
- O montante de recursos consumidos pelo internamento poderia ser reduzido em 4,4%, uma vez que o custo de cada readmissão foi estimado em €2.919, valor que é cerca de 9% superior ao custo médio por episódio de internamento.

No Quadro XLIV são apresentadas as estimativas das perdas de eficiência atribuíveis à adequação de cuidados prestados, sendo a mesma medida em três vertentes: a adequação do local de prestação de cuidados (admissão precoce), dado que os casos internados poderiam ter sido tratados em ambulatório, a adequação do processo de tratamento, dado que os episódios poderiam ter uma duração de internamento mais reduzida e a acessibilidade e/ou qualidade na prestação de cuidados e na gestão da doença (admissões tardias). Os valores globais podem ser consultados no Quadro XLV.

**Quadro XLIV** Custos em excesso atribuíveis à adequação de cuidados prestados

Custo inicial (€)	2.237.324.543
Custo corrigido (€)	1.912.359.667
Diferença	
Total (€, %)	-324.964.876 (-14,5%)
Por episódio (€, %)	-388 (-14,5%)

Os resultados encontrados permitiram estimar uma redução nos custos totais de cerca de 15%, desde que os hospitais melhorem os seus resultados ao

nível da adequação de cuidados prestados. Por episódio de internamento, esta melhoria traduzir-se-ia numa redução de €388 do custo médio.

Como referido, a avaliação da adequação de cuidados engloba várias dimensões, pelo que no Quadro XLV se encontram os ganhos potenciais em cada uma.

**Quadro XLV**– Custos em excesso atribuíveis à adequação de cuidados, por tipo de admissão

<b>Tipo de admissão</b>	<b>Custos em excesso</b>
<b>Admissões precoces</b>	
Custo inicial (€)	299.210.571
Custo corrigido (€)	224.255.025
Diferença (€)	-74.955.547
<b>Admissões com DI excessivos</b>	
Custo inicial (€)	415.610.345
Custo corrigido (€)	184.780.805
Diferença (€)	-230.829.540
<b>Admissões tardias</b>	
Custo inicial (€)	134.207.826
Custo corrigido (€)	115.028.036
Diferença (€)	-19.179.790

DI – Dias de internamento.

A análise dos dados permitiu verificar que, com a melhoria da adequação de cuidados, a maior redução potencial do montante de gastos seria a resultante da redução dos dias de internamento excessivos, já que esta seria responsável por cerca de 81% da redução total relacionada com a adequação de cuidados (aproximadamente €231 milhões).

A redução das admissões precoces e o seu tratamento em ambulatório constituem-se também como uma possibilidade relevante para a melhoria dos resultados obtidos com os recursos afectos à prestação de cuidados hospitalares, uma vez que permitiriam uma redução dos gastos em aproximadamente €75 milhões.

À luz da metodologia utilizada, as admissões tardias, embora sendo relevantes, quer para a saúde dos doentes, quer como sinal da articulação entre os diversos prestadores, permitem o menor ganho comparativo (aproximadamente €19 milhões).

Considerando conjuntamente os resultados da análise da eficiência, das complicações de cuidados, das readmissões e da adequação de cuidados, pode ser identificado um conjunto de situações onde são esperados os maiores ganhos potenciais. O Quadro XLVI contém os 25 GDH onde se esperam os maiores ganhos potenciais.

**Quadro XLVI** 25 GDH com maiores custos em excesso, por tipo de excesso

Cod.	Designação	N.º	EFIC (€)	COMP (€)	READM (€)	ADEQ (€)	TOTAL (€)	%
483	Oxigenação por membrana extra-corporal, traqueostomia com ventilação mecânica >96h ou traqueostomia com outro diagnóstico principal, excepto da face, boca ou do pescoço	845	1.372.337	24.841.522	710.245	3.207.213	30.131.318	3,4%
585	Procedimentos major no estômago, esófago, duodeno, intestino delgado e/ou intestino grosso, com CC major	2.734	2.101.610	18.569.686	1.942.862	1.757.215	24.371.373	2,8%
602	Recém-nascido, peso ao nascer < 750 g, alta vivo	61	39.905	16.239.946	668.739	0	16.948.591	1,9%
558	Procedimentos major no aparelho osteomuscular, excepto procedimentos major bilaterais ou múltiplos nas articulações, com CC major	1.284	1.329.558	9.184.596	1.028.251	4.477.458	16.019.864	1,8%
549	Procedimentos cardiovasculares major, com CC major	870	1.355.920	9.168.950	1.308.657	2.686.780	14.520.307	1,6%
576	Leucemia aguda, com CC major	383	840.926	9.062.191	1.016.314	3.528.504	14.447.935	1,6%
541	Perturbações respiratórias, excepto infecções, bronquite ou asma, com CC major	17.635	2.579.856	9.001.907	5.699.079	2.961.263	20.242.105	2,3%
557	Perturbações hepatobiliares e/ou pancreáticas, com CC major	4.232	1.006.767	6.889.629	1.962.379	5.858.316	15.717.091	1,8%
480	Transplante hepático	195	145.405	6.082.610	1.237.239	8.878.894	16.344.148	1,8%
475	Diagnósticos do aparelho respiratório com suporte ventilatório	1.533	1.215.608	5.471.315	904.570	2.996.208	10.587.701	1,2%
302	Transplante renal	493	939.525	4.495.786	1.955.400	2.325.782	9.716.493	1,1%
604	Recém-nascido, peso ao nascer 750 -999 g, alta vivo	95	68.005	4.266.345	499.783	0	4.834.132	0,5%
468	Procedimentos extensos, em B.O., não relacionados com o diagnóstico principal	1.496	628.975	4.138.932	472.159	3.432.495	8.672.561	1,0%
851	Implantação de desfibrilhador cardíaco, sem cateterismo cardíaco	731	994.283	4.127.147	437.575	1.542.916	7.101.921	0,8%
544	Insuficiência cardíaca congestiva e/ou arritmia cardíaca, com CC major	5.023	1.136.401	3.597.897	2.487.768	1.421.482	8.643.548	1,0%
552	Perturbações do aparelho digestivo, excepto esofagite, gastroenterite e/ou úlceras não complicadas, com CC major	2.312	638.898	3.596.859	864.351	1.320.467	6.420.575	0,7%
607	Recém-nascido, peso ao nascer entre 1000 e 1499g, sem procedimentos significativos em B.O., alta vivo	440	149.215	3.337.651	583.698	0	4.070.563	0,5%
555	Procedimentos no pâncreas, fígado, e/ou outras vias biliares, excepto transplante hepático, com CC major	517	334.933	3.075.097	577.983	2.115.410	6.103.423	0,7%

Cod.	Designação	N.º	EFIC (€)	COMP (€)	READM (€)	ADEQ (€)	TOTAL (€)	%
556	Colecistectomia e/ou outros procedimentos hepatobiliares, com CC major	614	288.531	2.960.794	268.656	769.458	4.287.439	0,5%
533	Outras pert.do sistema nervoso, excepto acidente isquémico transitório, convulsões e/ou cefaleias, com CC major	5.014	1.570.763	2.893.475	985.189	498.141	5.947.568	0,7%
584	Septicémia, com CC major	2.322	414.247	2.694.476	757.299	398.510	4.264.533	0,5%
553	Proc. no aparelho digestivo, excepto em hérnia e/ou proc.major no estômago ou no intestino, com CC major	875	483.523	2.692.505	366.990	668.263	4.211.280	0,5%
578	Linfoma e/ou leucemia não aguda, com CC major	613	563.403	2.605.801	423.446	2.208.920	5.801.571	0,7%
540	Infecções e/ou inflamações respiratórias, com CC major	2.435	621.905	2.586.602	1.611.857	1.188.434	6.008.797	0,7%
566	Pert. endócrinas, nutricionais e/ou metabólicas, excepto perturbações alimentares ou fibrose cística, com CC major	1.761	353.482	2.376.857	1.071.699	730.310	4.532.347	0,5%
.	<b>Sub-total</b>	<b>54.513</b>	<b>21.173.982</b>	<b>163.958.574</b>	<b>29.842.190</b>	<b>54.972.438</b>	<b>269.947.184</b>	<b>30,6%</b>
.	Restantes GDH	782.665	149.618.599	125.364.557	68.593.366	269.992.438	613.568.961	69,4%
.	<b>Total</b>	<b>837.178</b>	<b>170.792.581</b>	<b>289.323.131</b>	<b>98.435.557</b>	<b>324.964.876</b>	<b>883.516.145</b>	<b>100%</b>

EFIC – Eficiência. COMP – Complicações de cuidados. READM – Readmissões. ADEQ – Adequação de cuidados. CC – Complicações e comorbilidades.

Proc – Procedimentos. Pert. – Perturbações.

Em primeiro lugar, importa assinalar que a frequência destes GDH é muito distinta: entre cerca de 18 mil e 5 mil episódios (Perturbações respiratórias, excepto infecções, bronquite ou asma, com CC major – GDH 541; Insuficiência cardíaca congestiva e/ou arritmia cardíaca, com CC major – GDH 544 e Outras perturbações do sistema nervoso, excepto acidente isquémico transitório, convulsões e/ou cefaleias, com CC major) ou entre cerca de 60 a 200 casos (Recém-nascido, peso ao nascer < 750 g, alta vivo – GDH 602; Recém-nascido, peso ao nascer 750-999 g, alta vivo – GDH 604 e Transplante hepático – GDH 480).

O peso dos custos em excesso excedeu 2% do valor total em apenas três GDH, no GDH 483 – Oxigenação por membrana extra-corporal, traqueostomia com ventilação mecânica > 96h ou traqueostomia com outro diagnóstico principal, excepto da face, boca ou do pescoço (3,4%) –, no GDH 585 – Procedimentos major no estômago, esófago, duodeno, intestino delgado e/ou intestino grosso, com CC major (2,8%) –, e no GDH 541 – Perturbações respiratórias, excepto infecções, bronquite ou asma, com CC major (2,3%) –.

Nos restantes 23 GDH, o seu peso variou entre 1,9% e 0,5%, pelo que o excesso de custos se encontra disperso por um número elevado de GDH.

Estes resultados globais apresentam algumas indicações relevantes:

- Os cerca de 883 milhões de custos em excesso representam cerca de 40% dos custos do internamento hospitalar, cerca de 18% do total dos custos hospitalares e cerca de 10% dos custos do SNS;
- A componente qualidade assume uma grande importância nessa falta de eficiência, dado que representa quase 17% das despesas no internamento;
- A adequação de cuidados prestados também apresenta uma fatia importante, sendo responsável por cerca de 15% do total de custos em excesso no internamento;
- Além disso, podem ser encontrados quer GDH médicos quer cirúrgicos, pertencentes a diversas Grandes Categorias Diagnósticas, pelo que se concluiu que, em termos gerais, existem ganhos potenciais transversais à actividade hospitalar em internamento;
- Finalmente, tendo como referência o nível de eficiência médio dos hospitais portugueses, ainda poderiam ser evitados cerca de 8% dos custos no internamento.

Estes valores, embora estejam por um lado sobrestimados, dado que existe sobreposição de custos evitados em alguns episódios de internamento, podem ser considerados, por outro lado, conservadores, dado que nem todos os episódios de doença com admissões tardias foram analisados e que a expressão dos dias de internamento em excesso foi definida de forma conservadora, dado que a metodologia original previa entre um e dois dias e foram utilizados três dias.

Todos estes aspectos merecem uma grande discussão e debate, dado que alguns comportamentos encontrados podem ter sido incentivados e mesmo potenciados pela política de saúde dos últimos governos, a qual tem feito um grande apelo ao aumento da produção hospitalar e eventualmente à inadequação de algumas admissões hospitalares.

Por outro lado, os hospitais devem estar sob maior escrutínio público e serem alvo de avaliação constante, para que as decisões estratégicas estejam mais alinhadas com as necessidades e preferências das populações e menos com a vontade da oferta, sendo a mesma considerada em termos de políticos, de gestores ou de profissionais.

Atendendo a que os valores estimados representam os valores máximos nos custos em excesso, construiu-se um novo cenário com os pressupostos referidos na metodologia (75% para a eficiência de tratamento, 60% para as complicações de cuidados e 50% para as readmissões). Para a adequação de cuidados, como a análise foi realizada para todos os GDH, no segundo cenário são somente considerados os GDH que apresentam preço em ambulatório). Os dados decorrentes destas estimativas constam do Quadro XLVII.

#### Quadro XLVII Cenários para estimação do excesso de custos

Dimensão	Cenário Máximo	Novo Cenário
Eficiência	171	128
Complicações dos cuidados	289	173
Readmissões	98	49
Admissões precoces	75	39
Prolongamento estadia	231	99
Admissões tardias	19	6
<b>Total</b>	<b>883</b>	<b>495</b>

Unidade: milhões de euros.

Com a comparação destes cenários, pode dizer-se que em função da eficiência, da qualidade de cuidados e da adequação de cuidados prestados existe uma margem potencial para ganhos entre 495 e 883 milhões de euros, pelo que estas dimensões da actividade do internamento hospitalar deveriam constituir uma das áreas prioritárias de intervenção dos responsáveis pelo SNS em geral e pelos hospitais em particular.

#### Notas finais

Na primeira parte deste ponto, definiu-se como objectivo apresentar os valores de referência do mercado da saúde em Portugal e internacionais, no que respeita a uma das variáveis consideradas nos objectivos do projecto de investigação: os preços das instituições prestadoras de cuidados de saúde. Foram abordadas diferentes dimensões de análise, entre as quais se destacam: a tipologia dos produtos (actos, linhas de produção principal, meios complementares de diagnóstico e terapêutica) e a personalidade jurídica (público, privado).

Através da comparação internacional de preços, foi possível verificar que, na generalidade dos GDH analisados, o preço definido em Portugal se situa numa posição intermédia, não constituindo nem um preço mínimo nem máximo no conjunto de países observados. A nível nacional, poder-se-á afirmar que existe alguma variabilidade nos preços praticados no sector da saúde quando se compara o sector público com o privado. Por outro lado, verifica-se que, mesmo em contexto público, os preços diferiam entre grupos de hospitais, de acordo com a classificação do serviço de urgência e quando o pagador era o SNS ou a ADSE. Considera-se, assim, muito pertinente o desenvolvimento de mais trabalho de investigação, desde logo porque subscrevemos a ideia de que a escolha da modalidade de financiamento e do sistema de preços na saúde constitui um dos mecanismos mais directos e imediatos para que a prestação de cuidados de saúde se torne mais equitativa, eficiente e efectiva.

A análise do sistema de financiamento do internamento hospitalar, essencialmente no que se refere ao sistema de formação de preços, também revelou algumas questões preocupantes, com destaque para as seguintes:

Face ao exposto, pode concluir-se o seguinte:

- Não existe justificação para a existência de duas modalidades de pagamento do internamento, parecendo que aquela que utiliza os índices de *casemix* tende a induzir uma maior confusão em torno do entendimento dos incentivos que se pretendem atingir;
- Não existe racionalidade na formação dos preços do internamento, não se percebendo qual o *rationale* para a fixação de cada montante, o que pode estar a originar comportamentos mais expansionistas ou “despesistas” por parte de alguns hospitais;
- Esta racionalidade torna-se ainda mais questionável quando os preços (embora não todos) são superiores aos custos mínimos, o que suscita a dúvida sobre se a formação de preços e as modalidades de pagamento não estarão a incentivar a ineficiência. Esta falta de racionalidade já foi evidenciada em outros estudos (Santana 2005, Reis, 2011 e Marques, 2011), designadamente a não associação dos preços com custos, produção e eficiência, na diferença de preços de pagamento aos hospitais entre o Ministério da Saúde e a ADSE e a indução da despesa pelo pagamento efectuado pelo SNS;
- A comparação dos hospitais por região de saúde permite identificar diferentes níveis de défice e de eficiência, tornando-se necessário alargar esta medida a todos os hospitais;
- Não existe certeza se o desempenho financeiro dos hospitais se deve exclusivamente a problemas de gestão, ou se os mesmos não estarão a ser potenciados pela falta de racionalidade na formação dos preços e pelas próprias modalidades de pagamento. Esta questão pode ser potenciada pelo facto de nos contratos-programa actuais estarem a ser utilizados os valores correspondentes ao ano de 2007 (remetendo para segundo plano a tabela de preços dos GDH), à existência de factores de convergência por hospital, aparentemente sem critérios objectivos definidos e à existência de somente dois índices de *casemix* (para episódios médicos e episódios cirúrgicos), o que pode suscitar grande conflitualidade interna no momento de afectação dos recursos financeiros por serviço ou departamento.

Na segunda parte, as principais conclusões relativamente à estimativa dos ganhos potenciais foram que:

- A falta de eficiência dos hospitais, quando o comparador é a média dos hospitais portugueses, origina um aumento dos custos em 7,6% (5,7% no cenário mais conservador);

- As complicações de cuidados, como por exemplo, as infeções pós-procedimento, as infeções urinárias ou as úlceras de decúbito, implicam um aumento dos custos de 12,9% (7,8% no cenário mais conservador);
- As readmissões a 30 dias pelo mesmo motivo implicam um aumento dos custos de 4,4% (2,2% no cenário mais conservador);
- A adequação de cuidados prestados também originou um aumento significativo no aumento dos custos, de cerca de 15% (6,4% no cenário mais conservador), com grande expressão na duração de internamento excessiva, expressão importante nas situações que poderiam ter sido tratadas em ambulatório e uma expressão mais reduzida nas admissões tardias, ou seja, nas que apresentam mais gravidade;
- Embora com possibilidade de sobreposição dos custos estimados em excesso, este estudo identifica áreas que podem permitir uma redução dos custos do SNS em cerca de 10% (5,4% no cenário mais conservador).

### Bibliografia

- ACSS. Base de Dados dos Elementos Analíticos (BDEA) [Internet]. Lisboa: ACSS, 2011. [Cited 10/02/2011]. Available from <http://www.acss.min-saude.pt/bdea/>
- ACSS. Hospitais SNS – Contrato Programa 2009: Metodologia para a definição de preços e fixação de objectivos. Lisboa: Unidade Operacional de Financiamento e Contratualização, ACSS; 2008. [Cited 23-03-2010]. Available from [http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Direccoes\\_e\\_Unidades/Metodologia%202009%20\\_%20Dezembro%202008.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Direccoes_e_Unidades/Metodologia%202009%20_%20Dezembro%202008.pdf)
- ACSS. Metodologia para a definição de preços e fixação de objectivos: Contrato Programa 2010-2012 Unidades Locais de Saúde [Internet]. Lisboa: ACSS; 2010. [Cited 23-03-2010]. Available from [http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/15\\_03\\_2010\\_Metodologia%202010%20\\_%20ULS%20%282%29.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/15_03_2010_Metodologia%202010%20_%20ULS%20%282%29.pdf)
- ACSS. Plano de Desempenho: Agrupamentos de Centros de Saúde [Internet]. Lisboa: Grupo de Trabalho para o desenvolvimento da contratualização com os cuidados de saúde primários; 2009. [Cited 23-03-2010]. Available from <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Plano%20de%20Desempenho%20ACES.pdf>
- ADSE. Plano de actividades de 2010 [Internet]. Lisboa: ADSE; 2010. Available from [http://www.adse.pt/document/PLANO\\_ACTIVIDADES\\_2010.pdf](http://www.adse.pt/document/PLANO_ACTIVIDADES_2010.pdf)
- ADSE. Tabelas de participações de cuidados de saúde em regime convencionado [Internet]. Lisboa: ADSE. [Cited 10-12-2009]. Available from [http://www.adse.pt/document/Compart\\_Reg\\_Livre\\_2004\\_com\\_regras.pdf](http://www.adse.pt/document/Compart_Reg_Livre_2004_com_regras.pdf)
- ADSE. Tabelas do regime livre [Internet]. Lisboa: ADSE. [Cited 10-12-2009]. Available from [http://www.adse.pt/document/Compart\\_Reg\\_Livre\\_2004\\_com\\_regras.pdf](http://www.adse.pt/document/Compart_Reg_Livre_2004_com_regras.pdf)
- Amaro N, Borges CM, Candoso F, Ferreira AC, Valente MC. The implementation of a purchasing mechanism for hospital resource allocation in Portugal. In: PCSI Working Conference, 24, Lisbon, 8-11 October 2008 – Casemix beyond funding: contributions for health policy. Lisboa: PCSI; 2008.

- Anthony RN, Herzlinger R. Management control in nonprofit organizations. Homewood (IL): Richard D. Irwin; 1975.
- Ashton CM, Wray NP. A conceptual framework for the study of early readmission as an indicator of quality of care. *Soc Sci Med*. 1996 Dec;43(11):1533-41.
- Baker J. Activity-based costing and activity-based management for health care. New York (NY): Aspen Publishers; 1998.
- Barnum H, Kutzin J, Saxenian H. Incentives and provider payment methods. *Int J Health Plann Manage*. 1995 Jan-Mar;10(1):23-45.
- Barros PP, Simões J. Health systems in transition Portugal: health system review. *Health Systems in Transition*. 2007;9(5):1-140.
- Barros PP. Eficiência e modo de pagamento dos hospitais. In: Barros PP, Simões J, editors. Livro de Homenagem a Augusto Mantas. Lisboa: Associação Portuguesa de Economia de Saúde; 1999. pp. 237-58.
- Blumberg MS. Risk adjusting health care outcomes: a methodologic review. *Med Care Rev*. 1986 Fall;43(2):351-93.
- Borges C, Ramalho R, Bajanca M, Oliveira T, Major M, Diz P, Rodrigues V. Implementação de um sistema de custeio por actividades nos hospitais do SNS. *Rev Port Saude Pub*. 2010; Temático (9): 141-60.
- Brailer DJ, Kroch E, Pauly MV, Huang J. Comorbidity-adjusted complication risk: a new outcome quality measure. *Med Care*. 1996 May;34(5):490-505.
- Brewster AC, Karlin BG, Hyde LA, Jacobs CM, Bradbury RC, Chae YM. MEDISGRPS: a clinically based approach to classifying hospital patients at admission. *Inquiry*. 1985 Winter;22(4):377-87.
- CAHSA (Comissão para Avaliação dos Hospitais SA). Resultados da avaliação dos Hospitais SA. [Internet]. Lisboa: CAHSA; 2006. [Cited 12-03-2009]. Available from <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/publicacoes/estudos/cahsa.htm>.
- Carter GM, Farley DO. A longitudinal comparison of charge-based weights with cost-based weights. *Health Care Financ Rev*. 1992 Spring;13(3):53-63.
- Carter GM, Rogowski JA. How recalibration method, pricing, and coding affect DRG weights. *Health Care Financ Rev*. 1992 Winter;14(2):83-96.
- CMS. Payment system fact sheet series: acute care hospital inpatient prospective payment system [Internet]. [Cited 12-03-2009]. Available from <http://www.cms.hhs.gov/MLNGenInfo>
- Costa C, Leal da Costa F, Lopes S. Avaliação do desempenho dos hospitais públicos (internamento) em Portugal Continental 2009: resultados. Versão provisória [Internet]. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública; 2010. [Cited 10-02-2011]. Available from [http://www.ensp.unl.pt/invest-desenvolv-inov/projectos/adhp\\_resultados\\_2009\\_final.pdf](http://www.ensp.unl.pt/invest-desenvolv-inov/projectos/adhp_resultados_2009_final.pdf)
- Costa C, Nogueira P. Produção hospitalar e fiabilidade. *Rev Port Saude Pub*. 1994;12(2):31-40.
- Costa C, Reis V. O sucesso nas organizações de saúde. *Rev Port Saude Pub*. 1993; 11(3):59-68.
- Costa C, Santana R, Lopes S, Barriga N. A importância do apuramento de custos por doente: metodologias de estimação aplicadas ao internamento hospitalar português. *Rev Port Saude Pub*. 2008; Temático (7): 131-45.

- Costa C. Financiamento de serviços de saúde: a definição de preços. *Rev Port Saude Pub.* 1990;8 (2):65-72.
- Costa C. Os DRG e a gestão do hospital. *Rev Port Gestao.* 1994;8(1):47-65.
- CRES (Conselho de Reflexão e Estudos sobre a Saúde). *Recomendações para uma reforma estrutural.* Lisboa: CRES; 1998.
- Donabedian A. The epidemiology of quality. *Inquiry.* 1985 Fall;22(3):282-92.
- Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA.* 1988 Sep 23-30;260(12):1743-8.
- Donaldson C, Gerard K. *Economics of health care financing.* London: MacMillan; 1993.
- Esgalhado MJ. *Financiamento hospitalar: a distribuição interna de recursos.* Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa; 1991. Dissertação de pós-graduação do XX Curso de Especialização em Administração Hospitalar.
- EUROSTAT. Eurostat news release: consumer price levels in 2008 [Internet]. Luxembourg: EUROSTAT; 2009. Eurostat 104/2009 Julho 2009.[Cited 24-02-2010]. Available from <http://ec.europa.eu/eurostat>.
- EUROSTAT. Eurostat: Harmonized Indices of Consumer Prices (HICPs) for health. [Internet]. Luxembourg: EUROSTAT; 2010. [Cited 24-02-2010]. Available from <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&init=1&plugin=0&language=en&pcode=teicp060> e [http://europa.eu/geninfo/legal\\_notices\\_en.htm](http://europa.eu/geninfo/legal_notices_en.htm)
- Evans RG. *Strained mercy: the economics of Canadian health care.* Toronto: Butterworths; 1984.
- Farley DE, Hogan C. Case-mix specialization in the market for hospital services. *Health Serv Res.* 1990 Dec; 25(5):757-83.
- Fetter RB, Shin Y, Freeman JL, Averill RF, Thompson JD. Case mix definition by Diagnosis-Related Groups. *Med Care.* 1980;18(2Supp):1-53.
- Finkler S, Ward D, Baker J. *Essentials of cost accounting for health care organizations.* 3rd ed. Sudbury (MA): Jones and Bartlett Publishers; 2007.
- Frech III H. Physician fees and price controls. In: Feldman RD. *American health care – government, market processes and public interest.* Oakland (CA): The Independent Institute, Transaction Publisher; 2000.
- Garg ML, Louis DZ, Gliebe WA, Spirka CS, Skipper JK Jr, Parekh RR. Evaluating inpatient costs: the staging mechanism. *Med Care.* 1978 Mar;16(3):191-201.
- Geraci JM, Ashton CM, Kuykendall DH, Johnson ML, Wu L. International Classification of Diseases, 9th Revision, Clinical Modification: codes in discharge abstracts are poor measures of complication occurrence in medical inpatients. *Med Care.* 1997 Jun;35(6):589-602.
- Geraci JM. In-hospital complication occurrence as a screen for quality-of-care problems: what's next? *Med Care.* 2000 Aug;38(8):777-80.
- Gonnella JS, Hornbrook MC, Louis DZ. Staging of disease. A case-mix measurement. *JAMA.* 1984 Feb 3;251(5):637-44.
- Gonnella JS, Louis DZ, Gozum ME, editors. *Disease Staging: clinical criteria (version 17).* Santa Barbara (CA): MEDSTAT Group; 1999.

- Gonnella JS, Louis DZ, Zeleznik C, Turner BJ. The problem of late hospitalization: a quality and cost issue. *Acad Med.* 1990 May;65(5):314-9.
- Green J, Passman LJ, Wintfeld N. Analyzing hospital mortality. The consequences of diversity in patient mix. *JAMA.* 1991 Apr 10;265(14):1849-53.
- Halfon P, Eggl Y, Prêtre-Rohrbach I, Meylan D, Marazzi A, Burnand B. Validation of the potentially avoidable hospital readmission rate as a routine indicator of the quality of hospital care. *Med Care.* 2006 Nov;44(11):972-81.
- Hankins R, Baker J. Management accounting for health care organizations: tools and techniques for decision support. Sudbury (MA): Jones and Bartlett Publishers; 2004.
- HOPE (European Hospital and Healthcare Federation). DRGs as a financing tool [Internet]. [Cited 12-03-2009]. Available from [http://www.hope.be/05eventsandpublications/docpublications/77\\_drg\\_report/77\\_drg\\_report\\_2006.pdf](http://www.hope.be/05eventsandpublications/docpublications/77_drg_report/77_drg_report_2006.pdf)
- Horn SD, Schumacher DN. An analysis of case mix complexity using information theory and diagnostic related grouping. *Med Care.* 1979 Apr;17(4):382-9.
- Horn SD. Measuring severity: how sick is sick? How well is well? *Healthc Financ Manage.* 1986 Oct;40(10):21, 24-32.
- Horn SD. Severity of Illness Index and the Adverse Patient Occurrence Index: a reliability study and policy implications. *Med Care.* 1988 Jul;26(7):736-8.
- Hornbrook MC. Hospital case mix: its definition measurement and use: Part I: The conceptual framework. Part II: Review of alternative measures. *Med Care Rev.* 1982;39(1):1-43;39(2):73-123.
- Hughes JS, Averill RF, Goldfield NI, Gay JC, Muldoon J, McCullough E, Xiang J. Identifying potentially preventable complications using a present on admission indicator. *Health Care Financ Rev.* 2006 Spring;27(3):63-82.
- Hunter DJW. Measuring the appropriateness of hospital use. *CMAJ.* 1997;157:901-2.
- Iezzoni LI, Mackiernan YD, Cahalane MJ, Phillips RS, Davis RB, Miller K. Screening inpatient quality using post-discharge events. *Med Care.* 1999 Apr;37(4):384-98.
- Iezzoni LI. An introduction to risk adjustment. *Am J Med Qual.* 1996 Spring;11(1):S8-11.
- Iezzoni LI. Case classification and quality of care: issues to consider before making the investment. *QRB Qual Rev Bull.* 1987 Apr;13(4):135-9.
- Iezzoni LI. Risk adjustment for medical effectiveness research: an overview of conceptual and methodological considerations. *J Investig Med.* 1995 Apr;43(2):136-50.
- Iezzoni LI. The risks of risk adjustment. *JAMA.* 1997 Nov 19;278(19):1600-7.
- Jencks SF, Williams MV, Coleman EA. Rehospitalizations among patients in the Medicare fee-for-service program. *N Engl J Med.* 2009 Apr 2;360(14):1418-28.
- Knaus WA, Draper EA, Wagner DP, Zimmerman JE. An evaluation of outcome from intensive care in major medical centers. *Ann Intern Med.* 1986 Mar;104(3):410-8.
- Knaus WA, Draper EA, Wagner DP, Zimmerman JE. APACHE II: a severity of disease classification system. *Crit Care Med.* 1985 Oct;13(10):818-29.
- Knaus WA, Wagner DP, Draper EA, Zimmerman JE, Bergner M, Bastos PG, Sirio CA, Murphy DJ, Lotring T, Damiano A, et al. The APACHE III prognostic system. Risk

- prediction of hospital mortality for critically ill hospitalized adults. *Chest*. 1991 Dec;100(6):1619-36.
- Knaus WA, Zimmerman JE, Wagner DP, Draper EA, Lawrence DE. APACHE-acute physiology and chronic health evaluation: a physiologically based classification system. *Crit Care Med*. 1981 Aug;9(8):591-7.
- Lave JR. Is compression occurring in DRG prices? *Inquiry*. 1985 Summer;22(2):142-7.
- Le Gall JR, Lemeshow S, Saulnier F. A new Simplified Acute Physiology Score (SAPSII) based on a European/North American multicenter study. *JAMA*. 1993;270(24):2957-63.
- Lemeshow S, Teres D, Klar J, Avrunin JS, Gehlbach SH, Rapoport J. Mortality Probability Models (MPM II) based on an international cohort of intensive care unit patients. *JAMA*. 1993 Nov 24;270(20):2478-86.
- Lichtig LK. Hospital information systems for case mix management. New York (NY): John Wiley & Sons; 1986.
- Louis D, Taroni F, Melotti R, Rabinowitz C, Vizioli M, Fiorini M, Gonnella J. Increasing appropriateness of hospital admissions in the Emilia-Romagna region of Italy. *J Health Serv Res Policy*. 2008 Oct;13(4):202-8.
- Louis DZ. Using Disease Staging and DRGs to assess the appropriateness of acute hospital admissions. Report to the Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), Lisboa, Portugal. Philadelphia (PA): Center for Research in Medical Education and Health Care, Jefferson Medical College; 2004.
- Lourenço A. Primary healthcare needs-based resource allocation through financing of health regions. In: PCSI Working Conference, 26, Munich, 15-18 September 2011 – Case-mix: what do we get for our money? Munich: PCSI; 2011.
- Marques A. Preços, pagadores e produção nos hospitais públicos portugueses. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa; 2009. Dissertação de pós-graduação do XXXVII Curso de Especialização em Administração Hospitalar.
- Matias A. O mercado de cuidados de saúde. Lisboa: Associação Portuguesa de Economia da Saúde, 1995. Documento de Trabalho 5/95.
- McDonagh MS, Smith DH, Goddard M. Measuring appropriate use of acute beds. A systematic review of methods and results. *Health Policy*. 2000 Oct;53(3):157-84.
- McGuire TE. An evaluation of diagnosis-related group severity and complexity refinement. *Health Care Financ Rev*. 1991 Summer;12(4):49-60.
- MEDSTAT. Disease Staging software, version 5.23: reference guide. Ann Arbor (MI): The MEDSTAT Group; 2005.
- Moreno R, Apolone G, Miranda DR. Evaluation of the uniformity of fit of general outcome prediction models. *Intensive Care Med*. 1998 Jan;24(1):40-7.
- Moscucci M, Muller DW, Watts CM, Bahl V, Bates ER, Werns SW, Kline-Rogers E, Karavite D, Eagle KA. Reducing costs and improving outcomes of percutaneous coronary interventions. *Am J Manag Care*. 2003 May;9(5):365-72.
- Mugford M, Hutton G, Fox-Rushby J. Methods for economic evaluation alongside a multicentre trial in developing countries: a case study from the WHO Antenatal Care Randomised Controlled Trial. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 1998 Oct;12 Suppl 2:75-97.

- Muldoon JH. Structure and performance of different DRG classification systems for neonatal medicine. *Pediatrics*. 1999;103(1 Suppl E):302-18.
- Murphy DJ, Cluff LE, editors. SUPPORT: Study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatments. Study design. *J Clin Epidemiol*. 1990;43 Suppl:1S-123S.
- Naessens JM, Huschka TR. Distinguishing hospital complications of care from pre-existing conditions. *Int J Qual Health Care*. 2004 Apr;16 Suppl 1:i27-35.
- OCDE. OECD Health Data 2008 [CD-ROM]: statistics and indicators for 30 countries. Paris: OCDE; 2008.
- OCDE. OECD Principaux Indicateurs Économiques. Paris: OCDE; 2010.
- Phelan PD, Tate R, Webster F, Marshall RP. DRG cost weights-getting it right. *Med J Aust*. 1998 Oct 19;169 Suppl:S36-8.
- Porter M, Teisberg E. Redefining health care creating value-based competition on results. Boston (MA): Harvard Business School Press; 2006.
- Romano PS, Chan BK, Schembri ME, Rainwater JA. Can administrative data be used to compare postoperative complication rates across hospitals? *Med Care*. 2002 Oct;40(10):856-67.
- Samuelson P, Nordhaus W. *Economia*. 12 ed. New York: McGraw-Hill; 1988.
- Santana R. O financiamento hospitalar e a definição de preços. *Rev Port Saude Pub*. 2005; Temático (5): 93-118.
- Söderlund N, Milne R, Gray A, Raftery J. Differences in hospital casemix, and the relationship between casemix and hospital costs. *J Public Health Med*. 1995 Mar;17(1):25-32.
- Thomas JW, Ashcraft ML, Zimmerman J. An evaluation of alternative severity of illness measures for use by university hospitals. Ann Arbor (MI): Department of Health Services Management and Policy. The University of Michigan; 1986.
- Thomas JW, Longo DR. Application of severity measurement systems for hospital quality measurement. *Hosp Health Serv Adm*. 1990 Summer;35(2):221-43.
- Thomas JW. Does risk-adjusted readmission rate provide valid information on hospital quality? *Inquiry*. 1996 Fall;33(3):258-70.
- Tribunal de Contas. Acompanhamento da situação económico-financeira do SNS 2006. Lisboa: Tribunal de Contas, 2007. (Relatório n.º01/07 – ASEFSNS-06).
- Tribunal de Contas. Auditoria ao sistema de pagamentos e de formação dos preços pagos às unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde. Lisboa: Tribunal de Contas, 2010. (Processo n.º42/2010 Audit. Relatório n.º30/2011 2.ª Secção Volume I).
- Tribunal de Contas. Auditoria orientada à situação económico-financeira do SNS 2008 – Volume I. Lisboa: Tribunal de Contas, 2009. (Relatório de Auditoria n.º54/09 – 2.ª S Processo n.º32/09 – AUDIT).
- Udpa S. Activity-based costing for hospitals. *Health Care Management Review*. 1996;21(3):83-96.
- Urbano J, Bentes M, Vertrees, J. Portugal: national commitment and the implantation of DRGs. In: Kimberly JR, de Pouvourville G, editors. *The migration of managerial*

- innovation: Diagnosis Related Groups and Health Care Administration In Western Europe. San Francisco (CA): Jossey-Bass Publishers; 1993.
- Vertrees J, Paff L. Costing in case-mix system. [Internet]. Kuala Lumpur: Unit Casemix Hospital. University Kebangsaan Malaysia (National University of Malaysia), 2003. [Cited 20-09-2007]. Available from [http://intra.hukm.ukm.my/casemix/services\\_c.html](http://intra.hukm.ukm.my/casemix/services_c.html)
- Vertrees J. Incentivos globais e competição nos serviços de saúde. In: Encontro sobre financiamento dos sistemas de saúde, Lisboa, 1998. Lisboa: IGIF; 1998.
- Vertrees J. Incentivos globais e competição nos serviços de saúde. In: Business Planning and Development Manager, 10-11 Dezembro 1998 – Modelos de Pagamento. Lisboa: 3M Health Information Systems; 1998.
- Waters HR, Hussey P. Pricing health services for purchasers – a review of methods and experiences. Health Policy. 2004 Nov;70(2):175-84.
- Wray NP, DeBehnke RD, Ashton CM, Dunn JK. Characteristics of the recurrently hospitalized adult. An information synthesis. Med Care. 1988 Nov;26(11):1046-56.
- Young WW, Kohler S, Kowalski J. PMC Patient Severity Scale: derivation and validation. Health Serv Res. 1994 Aug; 29(3): 367-90.
- Young WW, Swinkola RB, Zorn DM. The measurement of hospital case mix. Med Care. 1982 May;20(5):501-12.

---

### **Eficiência no mercado de medicamentos**

---

[Sílvia Lopes, Rui Santana, Carlos Costa]

Os medicamentos têm um papel de relevo enquanto elemento dos cuidados de saúde, tendo sido um factor decisivo para o aumento da esperança de vida registado nos últimos 50 anos (Grootendorst, Piérard e Sim, 2007). Além disso, trata-se de uma despesa relevante no âmbito das despesas em saúde. Em 2010, os encargos com medicamentos representaram 20% da despesa corrente em saúde (OCDE, 2010a). Acresce ainda que se trata de um mercado onde os pagamentos directos dos utentes são consideráveis, o que torna ainda mais premente o estudo e monitorização deste mercado (OCDE, 2007). A necessidade de garantir a equidade no acesso aos medicamentos num contexto que envolve inúmeros agentes e com as especificidades inerentes a este mercado constituem uma forte motivação para a realização de estudos nesta matéria (Europe Economics, 2005; CE, 2009; Gonçalves, 2010; Kanavos *et al.*, 2011).

Após a análise de eficiência nos cuidados de saúde primários e hospitalares, será aqui abordada a eficiência no mercado de medicamentos. Concretamente, os objectivos prosseguidos neste ponto são os seguintes:

- Identificação das principais linhas orientadoras da política do medicamento em Portugal;

- Caracterização da despesa com medicamentos em Portugal, designadamente os aspectos relacionados com a evolução recente e com a comparação internacional;
- Identificação de ganhos potenciais na despesa com medicamentos.

### **Principais linhas orientadoras da política do medicamento**

Face aos objectivos delineados para o relatório vão ser discutidas as principais questões relacionadas com a política do medicamento, incluindo as linhas gerais constantes dos principais diplomas sobre a matéria, sistematizadas para responder aos objectivos propostos. Deste modo, recomenda-se a leitura dos diplomas citados, caso se pretenda conhecer detalhes adicionais aqui não incluídos.

Segundo o INFARMED (2008a), podem ser identificadas diversas etapas no ciclo de vida de um medicamento, o qual tem início na fase de investigação e desenvolvimento e contém ainda as fases de ensaios clínicos, autorização, fabrico, distribuição por grosso, prescrição e dispensa, terminando com a fase de utilização. Transversalmente a todo o circuito são desenvolvidas actividades de inspecção, comprovação da qualidade e farmacovigilância. Embora não constando do ciclo de vida do medicamento, faz-se aqui referência ao papel da “farmacoeconomia”. No contexto das pressões financeiras para o controlo dos gastos da sociedade com os medicamentos, é cada vez mais relevante demonstrar que as novas tecnologias médicas proporcionam ganhos em saúde consistentes e que o fazem a um custo razoável em comparação com uma utilização alternativa de recursos (Pereira e Barbosa, 2009).

No âmbito do medicamento podem ser distinguidas várias áreas de actuação, por um lado o consumo de medicamentos em ambulatório por oposição ao consumo de medicamentos hospitalar e, por outro, o consumo de medicamentos sujeitos a receita médica em oposição aos não sujeitos a esta exigência. No texto que se segue, a análise situa-se essencialmente no âmbito dos medicamentos sujeitos a receita médica e em ambulatório, uma vez que se trata do mercado que apresenta um maior volume. No entanto, o mercado hospitalar e de ambulatório, em termos de política de saúde, não podem ser encarados como duas realidades estanques e totalmente independentes, já que o tratamento iniciado no hospital tem consequências sobre a escolha dos medicamentos consumidos em ambulatório. Por outro lado ainda, as consequências de uma prescrição desadequada em ambulatório podem implicar a necessidade de tratamento hospitalar.

Podem ser apontados diversos objectivos para a política do medicamento a um nível global, os quais se pretende que sejam conciliados:

- Proteger a saúde pública;
- Garantir o acesso dos doentes a medicamentos efectivos e seguros;

- Melhorar a qualidade dos cuidados de saúde;
- Garantir que a despesa com medicamentos não compromete os restantes objectivos dos governos (Mossialos, Walley e Mrazek, 2004).

As preocupações do Estado com a política do medicamento, no que se refere à eficiência, são motivadas por algumas especificidades deste mercado (Europe Economics, 2005; CE, 2009; Gonçalves, 2010; Kanavos *et al.*, 2011):

- Uma delas consiste na assimetria de informação, uma vez que os doentes não possuem informação suficiente sobre a sua situação de saúde e confiam no médico para tomar as decisões sobre o tratamento. Este atributo dificulta o funcionamento normal do mercado, nomeadamente ao nível da formação de preços;
- Por outro lado, existem externalidades no consumo de medicamentos, nomeadamente por serem evitadas doenças contagiosas, mas também devido aos efeitos da subvalorização dos cuidados de saúde com efeitos apenas num prazo dilatado e à perda de produtividade dos cuidadores informais;
- Acresce ainda que, pelo facto de uma parte das despesas com medicamentos ser suportada pelo Estado, existe uma relativa insensibilidade dos indivíduos quanto ao seu valor, o que pode induzir o consumo excessivo;
- Também a separação entre a decisão de prescrever (médico) e a responsabilidade de pagar (Estado e/ou utente) é relevante para as questões de eficiência, sendo que os médicos têm custos de acesso à informação sobre eficácia e preços dos medicamentos que é necessário ter em conta;
- A remuneração dos distribuidores e vendedores de medicamentos, dependente do volume de vendas ou num valor fixo, motiva também a intervenção do Estado no sentido de promover a eficiência;
- O mercado de medicamentos é, em muitos casos, um oligopólio, com um número relativamente reduzido de empresas.

Já as preocupações com a equidade decorrem do entendimento que a saúde é um direito fundamental de todos os cidadãos, pelo que ninguém deve deixar de receber cuidados de saúde por não ter capacidade para os pagar. Além disso, pretende-se garantir a equidade tanto em termos verticais como horizontais, isto é, que cidadãos com necessidades distintas recebam cuidados distintos e que cidadãos com necessidades iguais recebam cuidados iguais (Europe Economics, 2005).

Acrescem ainda outras especificidades do mercado dos medicamentos, que justificam uma política própria. Este resulta da interacção de diversos agentes distintos: o prescritor (médicos), os diversos tipos de fornecedores (fabricantes, grossistas e farmácias), o utilizador (doentes) e o pagador (Estado, que participa no todo ou em parte), cada um com interesses próprios e por vezes opostos.

Além disso, neste mercado existe um forte investimento em investigação e desenvolvimento (I&D), que pode ser copiado, pelo que se encontra protegido pelo sistema de patentes para permitir a recuperação desse valor. Além disso, existem barreiras à entrada, através do processo de autorização de introdução no mercado (Mossialos, Walley e Mrazek, 2004; Gonçalves, 2010).

Para atingir os objectivos citados, a política do medicamento tem três áreas de actuação possíveis: preços, quantidades e montante de gastos (Kanavos *et al.*, 2011). A primeira a ser tratada diz respeito aos preços..

A abordagem à definição de preços comporta três elementos: em primeiro lugar, são analisados os conceitos gerais referentes a esta matéria, em seguida apresenta-se a descrição da actual política de definição de preços em Portugal e, finalmente, esta é enquadrada no contexto europeu.

Tal como apontado antes, a não ser quando referido de forma explícita, este ponto refere-se essencialmente ao consumo de medicamentos em ambulatório, tendo os casos dos MNSRM e do mercado hospitalar uma natureza distinta. Aliás, os preços dos MNSRM são formados no mercado, tratando-se de preços livres. Quanto ao mercado hospitalar, apesar da existência de orientações nacionais, as próprias instituições têm alguma margem de autonomia neste âmbito.

A importância dos preços enquanto instrumento da política do medicamento é patente na análise da lista das medidas tomadas no âmbito da política do medicamento em 2010 (Ministério da Saúde, 2011). No entanto, apesar de a política de preços ser um dos principais instrumentos para a contenção dos gastos, os seus efeitos podem ser nulos se em reacção ocorrerem um aumento da quantidade ou uma transferência da prescrição para medicamentos mais dispendiosos (Barros e Nunes, 2009).

Em termos gerais, na regulação dos preços os Estados procuram equilibrar dois tipos de interesses: por um lado, os dos consumidores, aos quais convém ter os preços mais reduzidos e, por outro lado, os das empresas, para as quais os preços mais elevados permitem a recuperação das despesas de I&D e constituem um incentivo para continuar a inovar (Gonçalves, 2010).

Ao influenciar os preços, o Estado procura assegurar que o preço de cada medicamento não é superior ao que estaríamos dispostos a pagar sob critérios de saúde pública, solidariedade social e eficiência. Os vários métodos de fixação de preços incluem (Mossialos, Walley e Mrazek, 2004; Europe Economics, 2005):

- Negociação entre o Estado e a indústria;
- Uma forma de “custo +”, onde o preço se baseia no custo de produção;
- A comparação com os preços de um ou mais países;
- A comparação com os preços de medicamentos considerados semelhantes por um/vários critérios;
- Controlo dos lucros.

A análise teórica e mais aprofundada de cada metodologia pode ser encontrada em Mossialos, Walley e Mrazek (2004), OCDE (2008), Gonçalves (2010) e Kanavos *et al.* (2011).

Em Portugal, a política de definição de preços foi objecto de alterações recentes, tendo sido publicados diversos diplomas centrais nesta matéria (cf. DL n.º 112/2011 de 29 de Novembro e Portaria n.º 4/2012 de 2 de Janeiro). Em relação às orientações existentes actualmente para a definição dos preços dos medicamentos em Portugal, são distintas para os medicamentos de marca e medicamentos genéricos, pelo que serão abordadas em separado.

Em termos globais, para os medicamentos de marca é utilizado um grupo de países de referência para a definição do preço máximo em Portugal, neste momento a Eslovénia, a Espanha e Itália.

Relativamente aos medicamentos genéricos, o DL n.º 112/2011 de 29 de Novembro estabelece, em termos gerais, o seguinte:

- O PVP dos medicamentos genéricos a introduzir no mercado nacional é inferior no mínimo em 50% ao PVP do medicamento de referência, com igual dosagem e na mesma forma farmacêutica, sem prejuízo do disposto no número seguinte.
- O PVP dos medicamentos genéricos a introduzir no mercado nacional, bem como os que sejam objecto do procedimento referido no número anterior, é inferior no mínimo em 25% ao PVP do medicamento de referência, com igual dosagem e na mesma forma farmacêutica, desde que este seja inferior a €10 no PVA em todas as apresentações.
- O disposto nos pontos acima não é aplicável aos medicamentos genéricos a introduzir no mercado para os quais exista grupo homogéneo, caso em que o respectivo PVP deve ser igual ou inferior ao preço de referência desse grupo, deduzido das margens de comercialização, taxas e impostos vigentes em Portugal.

Finalmente, o referido diploma estabelece ainda a revisão anual do preço dos medicamentos, tanto genéricos como de marca. Num diploma posterior (Portaria n.º 4/2012 de 2 de Janeiro) definiu-se, por exemplo, que o PVP dos medicamentos genéricos deve ser reduzido até ao valor correspondente a 50% do preço máximo, administrativamente fixado, do medicamento de referência com igual dosagem e na mesma forma farmacêutica.

A opção pela definição de países de referência, embora seja comum a outros países, como se verá mais à frente, levanta essencialmente duas questões. A primeira prende-se com o pressuposto de que, nos países usados como referência, a fixação do preço obedeceu a critérios de racionalidade económica e/ou que os factores que foram considerados adequados nesse país se mantêm

em Portugal, o que pode não ser o caso. A segunda prende-se com a própria escolha dos países que constam do cabaz e da adequação dos critérios que conduziram a essa escolha (Europe Economics, 2005).

À luz do circuito do medicamento descrito anteriormente, as margens de comercialização dos grossistas e retalhistas influenciam o valor do PVP dos medicamentos, pelo que em Portugal estas também são objecto de controlo por parte do Estado. As margens podem ser fixadas de forma progressiva, regressiva, uma percentagem fixa do preço ou um valor fixo. Dependendo da forma como são definidas, as margens regressivas podem ser uma forma de incentivar o consumo de genéricos (Kanavos *et al.*, 2011). A nível europeu, a tendência é para fixar margens regressivas ou um valor fixo (Kanavos *et al.*, 2011), o que acontece neste momento também em Portugal (Decreto-Lei n.º 112/2011 de 29 de Novembro).

A repartição dos custos dos medicamentos entre o Estado e o utente assenta na necessidade de um mecanismo que incentive o consumo racional de medicamentos, consciencializando os utentes para os custos destes. Contudo, quanto maior for a parcela do custo suportado por este último, maior será o compromisso da equidade. Os doentes que necessitam de medicamentos com custos mais elevados veriam reduzido o seu rendimento disponível. No entanto, o argumento de que os co-pagamentos moderam a procura não é consensual, nem mesmo em termos teóricos, dada a assimetria de informação, uma vez que o doente não tem toda a informação sobre a sua situação de saúde (Mossialos, Walley e Mrazek, 2004).

Os métodos de comparticipação podem envolver uma divisão dos medicamentos em escalões, segundo princípios de essencialidade terapêutica, em que o nível de comparticipação é definido *a priori* para cada um dos escalões e igual para todos os utentes, salvo eventuais excepções. Neste caso, pelo menos em termos parciais, a comparticipação está ligada à doença por via das principais indicações terapêuticas e da eficácia dos medicamentos. Existem ainda outros métodos de comparticipação, baseados em atributos inerentes ao doente, nomeadamente o seu rendimento ou o seu nível de saúde (Europe Economics, 2005).

Em Portugal, a comparticipação concretiza-se através de um sistema de escalões em que o Estado paga parte do preço do medicamento, estando o escalão de comparticipação de cada medicamento predeterminado e dependente da sua classificação farmacoterapêutica (INFARMED, 2009a).

Desde 1950 que os medicamentos são comparticipados pelo Estado, embora o regime tenha sofrido diversas alterações ao longo do tempo (Gonçalves, 2010).

Segundo o Decreto-Lei n.º 48-A/2010 de 13 de Maio, alterado pelo Decreto-Lei n.º 106-A/2010 de 1 de Outubro, existiam em Portugal quatro escalões de comparticipação, variando entre 15, 37, 69 e 90%. Admite-se ainda

um regime próprio para os medicamentos utilizados no tratamento de determinadas patologias, bem como uma comparticipação de 100% para os medicamentos considerados imprescindíveis em termos de sustentação de vida. Os grupos e subgrupos farmacoterapêuticos comparticipáveis e o respectivo escalão de comparticipação são objecto de diplomas próprios (cf. Portaria n.º 924-A/2010 de 17 de Setembro, com as respectivas alterações).

Em Portugal, foi ainda desenhado um sistema de preços de referência, que constitui um elemento-chave da política de comparticipação. O sistema de preços de referência é um subsistema do sistema de comparticipação e cobria, em 2009, cerca de 40% dos medicamentos comparticipados. Este existe desde 2002 e é revisto trimestralmente, aplicando-se sempre que existam medicamentos genéricos comparticipados e comercializados (INFARMED, 2009a).

Esta metodologia envolve dois passos essenciais: (1) a definição dos medicamentos considerados no mesmo grupo e aos quais se aplica o mesmo preço de referência; e (2) a definição da metodologia de cálculo do preço de referência.

Assim, para o mesmo grupo (em Portugal designado por “grupo homogéneo”), o Estado fixa um limite à sua comparticipação baseado no preço de referência, fazendo com que o utente pague a diferença entre o preço do medicamento que lhe é prescrito e o preço de referência, se o primeiro for superior. Deste modo, o preço de referência constitui o valor base para a determinação do valor máximo de comparticipação para os medicamentos constantes de um dado grupo homogéneo, tendo em conta a taxa aplicável (Europe Economics, 2005; Portela, 2009).

Com a introdução de preços de referência pretende-se limitar os gastos através de uma maior sensibilização dos doentes e médicos para os custos dos medicamentos, bem como criar um incentivo à comercialização de medicamentos no segmento com preço inferior ou igual ao preço de referência, quer via entrada de genéricos, quer via decréscimo dos preços dos já existentes no mercado (Europe Economics, 2005; Portela, 2009).

Quanto mais ampla for a definição dos grupos, menor será o incentivo à inovação, porque se desincentiva o reconhecimento da diferenciação entre os medicamentos incluídos. Quanto mais restrita for esta definição, menores serão os efeitos esperados em termos de contenção da despesa (Portela, 2009).

Quanto ao preço de referência definido para cada GH, este corresponde à “média dos cinco PVP mais baixos praticados no mercado, tendo em consideração as apresentações dos medicamentos que integram cada um dos referidos grupos”, sendo o valor que serve de base à definição do montante de comparticipação (Despacho n.º 8809/2012 de 3 de Julho).

Existem, no entanto, alguns condicionantes ao sucesso de uma política de comparticipação baseada em preços de referência. Em primeiro lugar, a lealdade

dos utentes (e prescritores) aos medicamentos de marca implica uma procura pouco elástica às variações do preço e pode permitir um ligeiro aumento do preço dos medicamentos de marca (“paradoxo dos genéricos”) (Portela, 2009). Além disso, existe quem defenda que os ganhos se verificam apenas no momento da implementação, pelo que a revisão periódica do sistema é fundamental para garantir os efeitos a médio e longo prazo (Barros e Nunes, 2009; Portela, 2009).

Em Portugal, registou-se que o sistema de preços de referência não esteve associado à modificação da despesa, muito embora estivesse associado à redução do preço dos medicamentos, particularmente nos escalões de comparticipação mais elevados. Além disso, contribuiu para um aumento do consumo de medicamentos genéricos, orientando ainda o consumo para os medicamentos com preço igual ou inferior ao preço de referência (Portela, 2009).

A nível europeu, existem diversas metodologias de definição dos preços de referência e respectiva actualização. Nos 27 Estados-membros da UE, em 2009, o sistema de preços de referência enquanto base da comparticipação estava implementado em 18 deles, com a experiência mais antiga a decorrer desde 1989 na Alemanha (Portela, 2009). A forma de definição dos preços de referência utiliza a informação dos PVP em cada GH, podendo ou não distinguir entre medicamentos genéricos e de marca. Além disso, em alguns casos considera-se ainda a DDD e o custo médio de tratamento diário, o que também depende do critério de definição dos grupos, nomeadamente se contêm ou não apenas uma substância activa. Relativamente à periodicidade de actualização, apenas em França não está previsto um prazo regular para o efeito, variando nos restantes entre um período quinzenal e anual (Portela, 2009). Quanto aos critérios para a definição dos grupos, alguns países têm grupos definidos apenas a um nível, enquanto outros combinam diversos critérios de agrupamento. Na maior parte dos países europeus, o agrupamento é feito aos níveis 4 e 5 da classificação ATC, embora na Holanda, Letónia e Polónia seja utilizado também o nível 3 (Portela, 2009).

Apesar da relevância da política de preços, à qual se associa a política de comparticipação, existem outros instrumentos a considerar neste âmbito.

Um dos mais discutidos é a política de genéricos. Um medicamento genérico consiste num “medicamento com a mesma substância activa, forma farmacêutica e dosagem e com a mesma indicação terapêutica que o medicamento original, de marca, que serviu de referência.” (INFARMED, 2011b).

Em teoria, o preço dos medicamentos genéricos deverá ser mais baixo que o preço dos medicamentos de marca, pois os primeiros partem da investigação já realizada, permitindo-lhes ser produzidos com estruturas de custos mais baixos. Por outro lado, por definição, os mercados de genéricos não estão

protegidos por patentes, pelo que se espera que sejam mais competitivos (Danzon e Furukawa, 2011).

No domínio dos genéricos, é relevante considerar o tempo que medeia entre o fim da protecção da patente e a disponibilização do genérico no mercado, para o que contribuem as estratégias “defensivas” por parte dos medicamentos de marca, nomeadamente a criação de “clusters de patentes” que depois são usados como base de contestação legal. Em termos ideais, o período para introdução do genérico oscila entre um e três anos, pois caso se prolongue mais aumenta o risco de terem sido encontradas alternativas terapêuticas atractivas para os prescritores (CE, 2009; Kanavos *et al.*, 2011).

Um outro aspecto central é a capacidade de prescritores e doentes recusarem a substituição, o que constitui uma das principais diferenças da política de genéricos entre países (Kanavos *et al.*, 2011).

A política de medicamentos genéricos tem-se baseado essencialmente em medidas do lado da oferta e da actuação sobre os preços. No entanto, para que a quota de mercado dos medicamentos genéricos cresça sustentadamente, é necessário investir em medidas que influenciem a procura, incentivando tanto os médicos como os farmacêuticos e os doentes a uma alteração de comportamento (Simoens, 2009).

Por último, a alteração dos padrões de prescrição através da actuação sobre a procura constitui um dos objectivos mais complexos de atingir no contexto da política dos medicamentos. Este aspecto é particularmente relevante no âmbito do diagnóstico do padrão de prescrição em Portugal. Existem diversas fontes que apontam para que, em Portugal, a despesa em medicamentos cresceu devido ao aumento das quantidades consumidas e à alteração do padrão de prescrição no sentido do aumento dos medicamentos mais dispendiosos. Concretamente, existe uma tendência para o aumento global da prescrição e dos custos, para a prescrição de medicamentos mais recentes, mais onerosos e sem benefícios claros para a saúde da população. Por outro lado, há sinais de evolução positiva nalgumas áreas: aumento de prescrição de medicamentos genéricos, diminuição de prescrição de quinolonas, maior utilização de metformina, diminuição da utilização de benzodiazepinas hipnóticas, etc. (ACS, 2010a).

A prática da prescrição não assenta apenas em conhecimentos, competências e avaliações de benefício/risco. Existem influências dos valores, crenças, atitudes e experiências do prescritor (ACS, 2010a). Deste modo, a actuação sobre o consumo é uma tarefa de maior dificuldade, comparativamente à actuação sobre o preço, uma vez que implica a adopção de estratégias de avaliação e decisão, muitas vezes com necessidade de serem disruptivas perante a cultura entretanto instituída (Cruz, 2011).

Enquanto os países do sul da Europa têm privilegiado uma política do medicamento assente no controlo dos preços, os países do norte da Europa preferiram conter o crescimento dos gastos através da racionalização da procura (Portela, 2009).

Neste âmbito, podem ser identificadas diversas opções de medidas que visam racionalizar o consumo por esta via:

- Elaboração de *guidelines* ou protocolos de tratamento, que forneçam aos prescritores indicações claras sobre o preço e a efectividade dos medicamentos (Mossialos, Walley e Mrazek, 2004; Europe Economics, 2005; ACS, 2010a);
- Definir orçamentos médicos, o que contudo levanta algumas questões, nomeadamente os incentivos para a transferência dos custos para outros prestadores ou questões éticas (Mossialos, Walley e Mrazek, 2004; Europe Economics, 2005);
- Incentivos aos médicos por uma prescrição racional (Europe Economics, 2005; ACS, 2010a);
- Estabelecimento de barreiras à entrada de medicamentos baseadas em critérios objectivos, através da autorização de introdução no mercado ou da definição de listas positivas e negativas (Europe Economics, 2005; Barros e Nunes, 2009). A este respeito é interessante constatar que o número de princípios activos constantes do Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos é apenas metade dos disponíveis no mercado ambulatorio, sendo muitos deles de exclusivo uso hospitalar (Alcobia, 2009).

Transversal a estas medidas está a necessidade de ter um sistema de informação que permita conhecer o perfil de prescrição por profissional e que permita monitorizar o padrão de prescrição, os factores que o determinam e recolher informação necessária à formulação de medidas adicionais (Europe Economics, 2005).

No Quadro XLVIII consta um conjunto de políticas com vista a influenciar a procura de medicamentos nos países da UE, verificando-se que alguns países têm uma maior variedade de políticas neste âmbito, embora existam medidas generalizadas, nomeadamente ao nível da comparticipação ou definição de orientações (Kanavos *et al.*, 2011).

### Quadro XLVIII Políticas destinadas a influenciar a procura de medicamentos, por país

Políticas orientadas para os clínicos	União Europeia
Orientações clínicas	Todos os Países
Prescrição obrigatória de genéricos	Reino Unido, Dinamarca, Estónia
Incentivos financeiros	França (parcialmente), Reino Unido
Monitorização e auditoria às prescrições	Bélgica, Reino Unido, Holanda, França, Dinamarca, Suécia, Estónia
Políticas orientadas para as farmácias	
Controlo das margens sobre os preços	Todos os Países
Substituição de genéricos	França, Itália, Espanha, Suécia
Políticas orientadas para os doentes	
Comparticipações	Todos os Países
Incentivo ao consumo de medicamentos não participados	Reino Unido, Alemanha, Suécia, Holanda

Fonte: Kanavos *et al.*, 2011.

Dentro das medidas destinadas a influenciar a procura, em Portugal podem ser citadas duas iniciativas pertinentes nesta matéria. No âmbito da monitorização e auditoria às prescrições, foi publicada em 2011 a Portaria n.º 198/2011, de 18 de Maio, a qual estabelece o regime jurídico a que obedecem as regras de prescrição electrónica de medicamentos e aponta a melhoria da qualidade da prescrição como um dos seus objectivos.

Por outro lado, a DGS encontra-se a definir normas clínicas, as quais incluem normas de prescrição de medicamentos, no âmbito de um protocolo assinado com a Ordem dos Médicos (DGS, 2012). Assim, espera-se que os resultados desta iniciativa venham a ser estudados e, se necessário, estas sejam afinadas em função dos benefícios alcançados.

Finalmente, pode ainda actuar-se no sentido de controlar o montante de gastos. Estas constituem medidas consideradas do lado da oferta, tal como as de definição de preços:

- Os acordos entre o Estado e a indústria farmacêutica são uma forma de conter o crescimento dos gastos. Geralmente, envolvem a definição de tectos anuais máximos para o crescimento da despesa e, caso esse limite seja ultrapassado, parte ou totalidade da diferença será devolvida pela indústria. Em Portugal, foram assinados vários acordos, o primeiro dos quais teve lugar em 1997 (Europe Economics, 2005; Gonçalves, 2010), tendo sido assinado um novo acordo em Maio de 2012 (Ministério da Saúde, 2012);
- Em Outubro de 2010 (Portaria n.º 1041-A/2010 de 7 de Outubro), por razões de interesse público na sustentabilidade dos gastos do Estado com medicamentos, os PVP máximos dos medicamentos participados foram reduzidos em 6%. Estas reduções, que também ocorreram em 2005 e 2007, constituem uma forma mais eficaz de controlar a despesa,

uma vez que os acordos com a indústria têm contrapartidas que podem condicionar a capacidade do governo em implementar reformas (Pinto e Pinheiro, 2011);

- Regulação do *marketing* e publicidade (Barros e Nunes, 2009);
- Promoção da concorrência (Barros e Nunes, 2009).

Em Portugal, no período entre 1995 e 2008, foram definidas diversas políticas com vista a conter o crescimento dos gastos com medicamentos. Em geral, estas não tiveram sucesso no cumprimento desse objectivo, o que sugere que as empresas farmacêuticas foram capazes de se ajustar às medidas tomadas e manter o crescimento continuado das vendas. A introdução de preços de referência teve um efeito transitório em apenas um ano, após o qual se retomou o ritmo de crescimento habitual, em simultâneo com uma transferência dos encargos para os utentes. Contudo, a excepção consiste na redução administrativa dos preços em 2005 e 2007, com efeitos notórios sobre a despesa. No entanto, a formulação de políticas que visam controlar o crescimento dos gastos com medicamentos e sem efeitos ou com efeitos apenas temporários não são um exclusivo de Portugal, sucedendo o mesmo em outros países (Barros e Nunes, 2009).

Do exposto ressalta que existem inúmeras abordagens e instrumentos ao dispor da política do medicamento, com vista a atingir os objectivos inicialmente expostos. Consequentemente, coloca-se a pergunta sobre quais as que melhor cumprem essa função e quais devem ser abandonadas. No entanto, o conhecimento claro e objectivo acerca de quais as políticas mais efectivas é dificultado pelo facto de, na maior parte dos casos, nenhuma delas ser aplicada isoladamente e de terem lugar em realidades distintas, pelo que se torna complexo isolar os seus efeitos dos factores de confundimento (Mossialos, Walley e Mrazek, 2004).

### **Caracterização do mercado de medicamentos em Portugal**

Além do enquadramento em termos de algumas das principais orientações no âmbito da política do medicamento em Portugal, entendeu-se ser pertinente complementar essa análise com um conjunto de dados gerais acerca do mercado do medicamento em Portugal, quer em termos da sua evolução, quer em termos da sua posição relativa face a outros países.

Dentro do mercado de medicamentos, podem ser identificados vários “mercados”: o mercado em ambulatório, o mercado hospitalar e o mercado dos medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM). No ano 2011, o mercado total em ambulatório foi o de maior dimensão e apresentou um volume de €2.943 mil milhões (€2.101 mil milhões no mercado do SNS), seguido do

mercado hospitalar (€1.041 mil milhões) e do mercado dos MNSRM (€205 milhões) (INFARMED 2012b, 2012c, 2012d).

Dentro do mercado em ambulatório, é pertinente em algumas situações individualizar o mercado do SNS, bem como o mercado de genéricos.

Assim, será analisada a despesa com medicamentos (total, pública e privada) e serão depois analisados separadamente três dos mercados que compõem o mercado de medicamentos: ambulatório, genéricos (sendo parte integrante do anterior) e hospitalar.

A análise da despesa com medicamentos baseou-se numa comparação entre a situação portuguesa e a internacional e compreendeu dois níveis: (1) os dados respeitantes a Portugal foram comparados com os dados de outros países a nível individual; (2) os dados respeitantes a Portugal foram comparados com os de grupos de países.

No primeiro nível, considerou-se pertinente confrontar os dados portugueses com os países utilizados como referência para a definição dos preços dos medicamentos em Portugal: Eslovénia, Espanha e Itália (Decreto-Lei n.º 112/2011 de 29 de Novembro). Considerando a pertinência da comparação e a disponibilidade de dados na base de dados da OCDE, optou-se por acrescentar ainda a Alemanha e França.

No segundo nível, foram definidos três grupos de países para comparação:

- O grupo designado por “UE-15”, onde se consideraram todos os países com dados disponíveis no período em análise e que faziam parte da União Europeia a 15 (Alemanha, Áustria, Bélgica, Dinamarca, Espanha, Finlândia, França, Grécia, Holanda, Irlanda, Itália, Luxemburgo, Portugal, Reino Unido e Suécia);
- O grupo designado por “OCDE21”, onde se consideraram os países do grupo UE-15 em conjunto com a Austrália, Canadá, EUA, Japão, Noruega e Suíça;
- O grupo designado por “OCDE”, onde se consideraram todos os países da OCDE com dados disponíveis no período em análise.

A variável em estudo foi a despesa em medicamentos e outros consumíveis médicos, onde se enquadram as despesas com medicamentos genéricos e de marca, patentes, soros e vacinas, vitaminas e minerais e contraceptivos orais. De forma a conhecer a distribuição entre despesas públicas e privadas, a análise incluiu tanto a despesa global como aquelas.

Para controlar um eventual enviesamento originado pela comparação entre países e entre anos, os valores da despesa foram considerados *per capita* e em dólares a preços constantes de 2005 padronizados pela paridade do poder de compra (USD 2005 PPC).

A escolha do período 2008-2010 deve-se ao facto de serem os dados mais recentes disponíveis na base de dados da OCDE. Estavam disponíveis dados para 2011, mas pelo facto de serem conhecidos apenas para um grupo relativamente restrito de países, optou-se pela sua não inclusão.

Assim, em primeiro lugar, foram analisadas as despesas totais com medicamentos *per capita* (USD 2005 PPC), sendo os valores apresentados no Quadro XLIX.

**Quadro XLIX** Despesas com medicamentos *per capita* (USD 2005 PPC), por país/grupo de países e tipo de despesa (total, públicas, privadas), 2008-2010

	2008			2009			2010		
	Total	Pub	Priv	Total	Pub	Priv	Total	Pub	Priv
Portugal	457	257	200	448	265	182	433	269	164
Eslovénia	418	250	168	430	249	181	439	246	193
Espanha	474	332	142	489	347	141	n.d.	n.d.	n.d.
Itália	459	222	237	440	216	223	434	210	224
Alemanha	542	415	127	562	436	126	572	437	135
França	562	379	183	568	384	183	568	387	181
UE-15	501	334	167	504	341	164	508	339	168
OCDE <sup>21</sup>	643	305	338	666	321	345	701	305	396
OCDE	563	264	300	582	277	306	644	287	357

n.d. – dados não disponíveis. Pub – Públicas. Priv – Privadas. Fontes: OCDE (2012a, 2012b).

A situação portuguesa caracterizou-se por:

- Em 2010, a despesa total em medicamentos *per capita* (433) era inferior à de todos os países/grupos de países em estudo. Nos anos anteriores, Portugal era dos países com menores gastos totais, acompanhado pela Itália e Eslovénia. Em 2010, estes países continuam a apresentar valores semelhantes ao de Portugal;
- No que se refere à despesa pública (269), era também das mais reduzidas, superior apenas à registada em Itália e na Eslovénia. Esta situação verificou-se em todos os anos em estudo;
- Portugal apresentava também um valor relativamente reduzido de despesa privada em medicamentos (164). Neste tipo de despesas, o valor mínimo foi observado na Alemanha (135). A evolução em Portugal entre 2008 e 2010 caracterizou-se por uma redução no montante de despesa privada (em 2008, era a quarta despesa mais elevada dos nove países/grupos de países em estudo).

Para melhor compreensão da evolução registada em Portugal e das diferenças constatadas nos países com menores valores em cada tipo de despesa, no Quadro L pode encontrar-se a percentagem da despesa pública e privada no total da despesa por país/grupo de países.

**Quadro L** Percentagem das despesas públicas e privadas no total da despesa com medicamentos, por país/grupos de países, 2008-2010

	2008		2009		2010	
	Pub	Priv	Pub	Priv	Pub	Priv
<b>Portugal</b>	56%	44%	59%	41%	62%	38%
<b>Eslovénia</b>	60%	40%	58%	42%	56%	44%
<b>Espanha</b>	70%	30%	71%	29%	n.d.	n.d.
<b>Itália</b>	48%	52%	49%	51%	48%	52%
<b>Alemanha</b>	77%	23%	78%	22%	76%	24%
<b>França</b>	67%	33%	68%	32%	68%	32%
<b>UE-15</b>	67%	33%	68%	32%	67%	33%
<b>OCDE21</b>	47%	53%	48%	52%	44%	56%
<b>OCDE</b>	47%	53%	48%	52%	45%	55%

n.d. – dados não disponíveis. Pub – Públicas. Priv – Privadas. Fonte: OCDE, 2010a.

Em Portugal, os dados disponíveis indicam que, entre 2008 e 2010, a percentagem da despesa privada tem vindo a reduzir-se (de 44% para 38%), embora em 2010 continue a ser superior à registada na Alemanha (24% – mínimo), França (32%) e média da UE-15 (33%). Dentro dos países europeus em estudo, destaca-se Itália (44%), sendo o valor mais elevado do grupo OCDE21, onde 56% das despesas com medicamentos constituem despesa privada.

A importância das despesas com medicamentos na despesa corrente em saúde pode ser aferida a partir dos valores apresentados no Quadro LI.

**Quadro LI** Percentagem das despesas com medicamentos na despesa corrente em saúde, por país/grupo de países e tipo de despesa (total, públicas, privadas), 2008-2010

	2008			2009			2010		
	Total	Pub	Priv	Total	Pub	Priv	Total	Pub	Priv
<b>Portugal</b>	21%	18%	28%	20%	18%	26%	20%	18%	23%
<b>Eslovénia</b>	20%	16%	29%	20%	16%	30%	20%	16%	32%
<b>Espanha</b>	19%	19%	21%	19%	19%	21%	n.d.	n.d.	n.d.
<b>Itália</b>	19%	11%	48%	18%	11%	48%	18%	11%	47%
<b>Alemanha</b>	16%	15%	16%	15%	15%	15%	15%	15%	16%
<b>França</b>	17%	15%	25%	17%	15%	24%	17%	15%	23%
<b>UE-15</b>	16%	14%	24%	16%	14%	24%	15%	13%	24%
<b>OCDE21</b>	15%	12%	19%	15%	12%	19%	13%	10%	18%
<b>OCDE</b>	15%	12%	20%	15%	12%	20%	14%	11%	19%

n.d. – dados não disponíveis. Pub – Públicas. Priv – Privadas. Fonte: OCDE, 2010a.

Em todo o período em estudo, a despesa em medicamentos foi relativamente mais importante em Portugal que nos outros países – entre 20 e 21%.

Em 2010, Eslovénia, Itália e França apresentavam valores mais próximos de Portugal (17-20%), enquanto nos restantes países/grupos de países se situava entre 13 e 15%. Esta diferença é particularmente notória nas despesas públicas: Portugal apresentou um valor de 18%, nos restantes casos o máximo era 16%. Nas despesas privadas, Portugal apresenta um valor próximo de França (23%) e da média da UE-15 (24%).

Em suma, a análise do valor da despesa em medicamentos, em Portugal, comparativamente ao contexto internacional entre 2008 e 2010, permitiu constatar que as despesas tendiam a ser inferiores às registadas nos países/grupos de países usados para comparação, em todos os domínios (total, pública e privada). Simultaneamente, a percentagem da despesa em medicamentos suportada a nível privado reduziu-se no mesmo período (38% em 2010), embora se mantenha superior à registada na UE-15 (33%).

Finalmente, os recursos afectos aos medicamentos têm uma maior expressão em Portugal que nos restantes países/grupos de países em estudo. Esta situação deve-se particularmente ao comportamento da despesa pública, onde Portugal é o país com o valor máximo – 18% da despesa é canalizada para medicamentos. Na despesa privada, o valor de Portugal situa-se ao nível da média da UE-15 (23% e 24%, respectivamente).

A evolução do volume do mercado de medicamentos em ambulatório desde 2008 e até ao primeiro semestre de 2012 pode ser consultada no Quadro LII.

**Quadro LII** Evolução do mercado de medicamentos em ambulatório: vendas PVP, 2008 1.º semestre 2012

Ano	Valor (milhões €)	Varição homóloga (%)
2008	3.353	2,0%
2009	3.321	-0,9%
2010	3.238	-2,5%
2011	2.943	-9,1%
1.º sem. 2012	1.318	-11,8%

Fonte: INFARMED, 2012b.

Em 2011, o valor das vendas de especialidades farmacêuticas no mercado total em ambulatório ascendeu a 2.943 milhões de euros. Este valor tem vindo a decrescer desde 2009, particularmente no último ano (-9,1%).

Os dados disponíveis para o primeiro semestre de 2012 indicam uma continuação da redução do volume, com uma redução face ao período homólogo de 11,8%.

Relativamente à evolução dos encargos do SNS, os valores podem ser consultados no Quadro LIII.

**Quadro LIII** Evolução do mercado de medicamentos em ambulatório: encargos SNS, 2008 1.º semestre 2012

Ano	Valor (milhões €)	Varição homóloga (%)
2008	1.467	5,0%
2009	1.559	6,2%
2010	1.641	5,2%
2011	1.326	-19,2%
1.º sem. 2012	613	-7,2%

Fonte: INFARMED, 2012b.

Apesar da contracção do mercado total a partir de 2009, entre 2008 e 2010 verificou-se um crescimento constante dos encargos do SNS, particularmente em 2009 (6,2%). Este ritmo foi invertido em 2011, quando se registou uma redução de 19,2% do valor em medicamentos suportado pelo SNS.

Os dados referentes ao primeiro semestre de 2010 indicam a manutenção da tendência decrescente, embora a um ritmo mais moderado que em 2011 – 7,2% –.

Para melhor enquadrar a evolução registada, apresentam-se de seguida os dados disponíveis relativamente à evolução dos preços no mercado em ambulatório, os quais constam do Quadro LIV.

**Quadro LIV** Preço médio anual, mercado em ambulatório, 2008 1.º semestre 2012

Ano	Preço médio anual
2008	13,01
2009	13,35
2010	13,05
2011	13,20
1.º sem. 2012	10,91

Fonte: INFARMED, 2012b.

A evolução dos preços entre 2008 e 2011 caracterizou-se por um ritmo anual pouco claro, uma vez que se registou um mínimo em 2008 (13,01), um máximo em 2009 (13,35), após o qual se reduziu em 2010 (13,05) e voltou a aumentar em 2011 (13,20).

Por sua vez, os dados do primeiro semestre de 2012 indicam uma redução clara do preço médio face ao período homólogo, na ordem dos 21%.

No mercado do SNS, os encargos são distribuídos entre o SNS e os utentes, apresentando-se o seu valor *per capita* no Quadro LV.

#### Quadro LV Encargos SNS e utente *per capita* com medicamentos, mercado SNS, 2008-2011

Ano	Encargos SNS <i>per capita</i>	Encargos utente <i>per capita</i>
2008	178,28	93,24
2009	190,24	88,29
2010	200,65	86,66
2011	162,19	94,72

Fonte: INFARMED, 2012b.

Entre 2008 e 2010, os dois encargos registaram uma evolução oposta, com os encargos do SNS a aumentar enquanto os encargos do utente diminuam. Particularmente em 2009, os encargos do SNS aumentaram 7%, enquanto os encargos do utente diminuíram 5,3%.

Esta situação inverteu-se em 2011, quando os encargos do SNS *per capita* se reduziram de aproximadamente €200 para €162 (-19%) e os encargos do utente aumentaram de €87 para €95 (9,3%).

Os dados disponíveis para o primeiro semestre de 2012 indicam que os encargos do SNS continuam a diminuir, embora num ritmo mais moderado (-7,2%), mas agora acompanhados também por uma redução nos encargos dos utentes entre Janeiro e Maio de 2012 face ao período homólogo (-5,7%).

Para a caracterização do mercado de medicamentos, analisa-se em seguida a distribuição em termos da Classificação Fármaco-Terapêutica (CFT) de Nível 3. São apresentados os dados mais recentes disponíveis, relativos ao primeiro semestre de 2012. No Quadro LVI pode consultar-se a distribuição do mercado de medicamentos em ambulatório por CFT.

#### Quadro LVI Distribuição do mercado em ambulatório por CFT, 1.º semestre 2012

	% Valor a PVP	% encargos SNS
Modificadores do eixo renina angiotensina	11,1	14,7
Antidiabéticos orais	6,4	11,4
Antidislipidémicos	6,4	5,7
Antidepressores	4,6	3,1
Antipsicóticos	3,9	6,9
Antiepilépticos e anticonvulsivantes	2,9	4,9
M. utilizados no tratamento sintomático das alterações das funções cognitivas	2,9	*
Outros	2,9	3,8
Ansiolíticos, sedativos e hipnóticos	2,7	
Anticoagulantes	2,7	2,9
Insulinas	*	4,0
Anti-inflamatórios	*	2,9
Restantes	53,6	39,6
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fonte: INFARMED, 2012b.

\* CFT que não constava dos 10+ em vendas ou 10+ em encargos do SNS.

Em primeiro lugar, é de referir que dez CFT são responsáveis por quase metade do volume de vendas do mercado total de medicamentos (46,4%). Esta concentração é ainda mais notória nos encargos do SNS, em que 60% se concentram em 10 CFT.

Quer em termos do volume de vendas quer em termos dos encargos do SNS, a CFT “Modificadores do eixo renina angiotensina” é a mais relevante (11,1% e 14,7%, respectivamente). Seguem-se os antidiabéticos orais, destacando-se particularmente na fatia dos encargos do SNS (11,4%), valor superior à percentagem de vendas a PVP (6,4%). São ainda de assinalar os antidiabéticos orais (6,4%), mas metade da percentagem dos encargos (5,7%), o que traduz diferenças na taxa de comparticipação.

Assim, no que se refere à actual situação do mercado de medicamentos em ambulatório e à sua evolução recente, constatou-se em primeiro lugar que este se tem vindo a contrair regularmente desde 2009, com uma redução particularmente clara desde 2011 (-9,1% em 2011; -11,8% no primeiro semestre de 2012). Este facto deve ser lido em conjunto com a redução de preços verificada particularmente no primeiro semestre de 2012: de €13,20 (ano 2011) para €10,91.

Quanto à distribuição por CFT, verifica-se uma concentração do mercado num conjunto relativamente restrito, veja-se que 10 CFT são responsáveis por quase metade do volume de vendas e 60% dos encargos do SNS. As CFT mais relevantes são os modificadores do eixo renina angiotensina, antidiabéticos orais e antidiabéticos orais.

Relativamente ao mercado de genéricos, serão apresentados em primeiro lugar o volume do mercado e a respectiva quota. De forma a considerar que o efeito preço se pode traduzir numa quota de mercado em PVP artificialmente baixa, é apresentada ainda a quota de mercado em volume. Além disso, distingue-se nesta última entre a quota no mercado total e a quota no mercado concorrencial de genéricos, constituído apenas pelas DCI para as quais existe um genérico comercializado. Estes dados constam do Quadro LVII.

**Quadro LVII** Volume e quota do mercado de medicamentos genéricos, 2009 1.º sem. 2012

	2009	2010	2011	1.º sem. 2012
Mercado de medicamentos genéricos (milhares de euros)	591.038	617.504	535.142	192.630
Quota de mercado em PVP	17,79%	19,07%	18,19%	17,06%
Quota de mercado em embalagens				
No mercado total	15,93%	18,33%	21,65%	24,53%
No mercado concorrencial de genéricos	30,21%	33,83%	37,94%	41,10%

Fonte: INFARMED, 2012b.

Entre 2010 e 2011, a quota de mercado em PVP dos medicamentos genéricos diminuiu de 19,07% para 18,19%, tendo diminuído novamente no primeiro semestre de 2012 em mais de 1%.

No entanto, a quota de mercado em embalagens tem vindo a crescer continuamente desde 2009, sendo os dados mais recentes relativos ao primeiro semestre de 2012. No mercado global aumentou de 15,93% para 24,53%, enquanto no mercado concorrencial de genéricos aumentou de 30,21% para 41,10%.

Esta evolução deve ser interpretada à luz da variação registada nos preços dos medicamentos genéricos, cujos dados se apresentam no Quadro LVIII. São apresentados os dados anuais do período 2009 a 2011, bem como os dados mais recentes relativos ao primeiro semestre de 2012 e ao último mês deste. Os dados totais são ainda desagregados para as dez substâncias activas com maior peso no volume de vendas a PVP no primeiro semestre de 2012.

**Quadro LVIII** Preços dos medicamentos genéricos, 2009-2011, 1.º sem. 2012 e Junho 2012

	2009	2010	2011	1.º sem. 2012	Jun. 2012
Sinvastatina	28,27	21,90	10,49	6,74	5,42
Omeprazol	35,84	30,78	13,57	6,86	5,90
Atorvastatina	-	27,40	25,33	14,94	9,69
Losartan+Hidroclorotiazida	22,04	21,48	17,82	11,71	9,60
Clopidogrel	33,15	31,81	22,83	10,15	7,65
Pantoprazol	25,42	24,36	17,89	8,80	6,61
Alprazolam	4,57	4,50	4,23	3,96	3,72
Pravastatina	35,08	34,31	28,06	17,74	14,04
Losartan	29,33	27,38	19,86	13,64	10,96
Amoxicilina+A. clavulânico	8,45	7,82	7,34	6,80	6,09
<b>Total</b>	<b>14,57</b>	<b>13,73</b>	<b>10,43</b>	<b>7,58</b>	<b>6,72</b>

A. - Ácido. Fonte: INFARMED, 2012b.

A nível global, o preço médio dos medicamentos genéricos reduziu-se continuamente desde 2009, em particular a partir de 2011. Verificou-se mesmo que o preço médio do mês de Junho de 2012 é inferior à média do primeiro semestre do mesmo ano, uma vez que estes se reduziram também numa base mensal (€8,50 em Janeiro; €8,24 em Fevereiro; €8,10 em Março; €6,96 em Abril e €6,87 em Maio – dados não apresentados no Quadro).

A redução dos preços é transversal a todas as substâncias activas com maior volume de vendas, verificando-se que, em cinco das dez apresentadas, o preço em Junho de 2012 é menos de metade do registado em 2011.

Assim, é notória a escala considerável de redução dos preços dos medicamentos genéricos desde 2010, a qual ocorreu em simultâneo com uma redução contínua da quota de mercado em PVP (17% no primeiro semestre de 2012) e

um aumento contínuo da quota de mercado em embalagens (24,5% do mercado total no mesmo período). Os valores disponíveis apontam para que ainda exista margem de crescimento no mercado de genéricos, para uma quota superior aos 41% do mercado concorrencial registados.

Neste particular, é de referir a entrada em vigor da prescrição por DCI, em vigor desde 1 de Junho de 2012, a qual se espera venha a reflectir-se num aumento da quota de mercado dos medicamentos genéricos.

Para enquadramento destes valores no contexto internacional, apresenta-se no Quadro LIX a quota de mercado dos medicamentos genéricos, em valor e em volume, para os países com informação na base de dados da OCDE no ano 2010 (OCDE, 2012c). Os países encontram-se ordenados por ordem decrescente da quota de mercado em volume.

**Quadro LIX** Quota de mercado dos medicamentos genéricos por país, 2010

País	Quota de mercado em valor (%)	Quota de mercado em volume (%)
Eslováquia	45,7	69,0
Noruega	16,4	41,5
Estónia	18,0	34,0
Finlândia	14,0	34,0
República Checa	15,5	31,1
França	11,5	24,5
<b>Portugal</b>	<b>19,1</b>	<b>18,3</b>
Itália	7,0	13,7
Suíça	12,4	13,2

Fonte: OCDE, 2012c.

Os dados referentes a 2010 indicam que a quota de mercado em volume dos medicamentos genéricos é relativamente baixa no grupo de países considerado, uma vez que é o valor de Portugal que define o primeiro quartil. Contudo, em valor, a situação é distinta, já que Portugal tem um valor de quota de mercado acima do terceiro quartil.

Esta situação aponta para diferenças ao nível dos preços dos medicamentos genéricos. Contudo, uma vez que em Portugal se registou uma descida marcada dos preços destes medicamentos, particularmente desde 2011, é admissível que isso possa ter alterado em alguma medida a situação descrita.

No Quadro LX pode consultar-se a evolução da despesa hospitalar com medicamentos entre os anos 2009 e 2011, bem como os dados referentes ao primeiro semestre de 2012, relativos às entidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde (SNS) com gestão pública.

**Quadro LX** Despesa com medicamentos nos hospitais, 2008 1.º semestre 2012

Período	Valor (milhões €)	Varição homóloga (%)
2009	997	-
2010	1.028	3,1%
2011	1.041	1,2%
1.º sem. 2012	520	-1,2%

Fonte: INFARMED, 2012c.

Os dados indicam que, entre 2009 e 2011, se assistiu a um crescimento da despesa hospitalar com medicamentos, embora o ritmo tenha abrandado em 2011 (de 3,1% para 1,2%). À luz dos dados disponíveis para o primeiro semestre de 2012, a tendência de crescimento foi interrompida, uma vez que se registou um ligeiro decréscimo (1,2%) face ao período homólogo.

No Quadro LXI apresentam-se os dados relativos à distribuição da despesa com medicamentos nos hospitais por área de prestação, para as áreas com maior representatividade (entre 89,1% – 2010 e 91,6% – 2012). Para um enquadramento da evolução de cada valor, apresenta-se ainda o valor da variação homóloga desde 2009, retirado das publicações referentes a cada ano.

As comparações entre anos devem ter presente que podem existir correcções aos dados por parte dos próprios hospitais após a sua publicação ou diferenças nos hospitais incluídos em cada ano.

**Quadro LXI** Despesas com medicamentos nos hospitais por área de prestação, 2009 1.º semestre 2012

	2009	2010	2011	1.º sem. 2012		
	Varição homóloga (%)			Valor (€)	% total	Var. hom. (%)
Consulta externa e produtos cedidos a doentes externos*	13,7%	3,6%	3,8%	230.578.629	44,4%	3,3%
Hospital de dia	8,6%	8,7%	3,9%	159.177.054	30,6%	-2,8%
Internamento	3,6%	-9,0%	-7,4%	86.014.704	16,6%	-7,0%

\* Incluem os medicamentos dispensados no ambulatório dos serviços farmacêuticos.

Fontes: INFARMED (2010a, 2011c, 2012c, 2012e).

Os dados do primeiro semestre de 2012 indicam que 44,4% da despesa com medicamentos nos hospitais tem origem nos medicamentos dispensados no ambulatório dos serviços farmacêuticos. Seguem-se o hospital de dia, responsável por 30,6% da despesa e o internamento hospitalar (16,6%).

A despesa com medicamentos cedidos na consulta externa e a doentes externos cresceu continuamente, em particular em 2009 (13,7%). O ritmo de crescimento abrandou depois significativamente (3,6% em 2010), aumentou ligeiramente em 2011 (3,8%) e voltou a abrandar (3,3% no primeiro semestre de 2012).

Contrariamente, a despesa associada ao hospital de dia reduziu-se no primeiro semestre de 2012 (-2,8%). Embora tenha crescido nos anos 2009 a 2011, neste último já se havia verificado uma redução do ritmo de crescimento (8,7% em 2010; 3,9% em 2011).

As despesas no internamento tiveram um comportamento distinto daquelas duas áreas, quer pela intensidade do decréscimo registado no primeiro semestre de 2012 (-7,0%), quer porque esta tendência de contracção da despesa se regista desde 2010.

Desagregando agora a despesa hospitalar por áreas de actividade, o Quadro LXII apresenta o valor, peso relativo e variação homóloga das áreas que no primeiro semestre de 2012 perfaziam 74% da despesa total. Para enquadrar a evolução destes valores, apresentam-se também os valores da variação homóloga nos anos 2009 a 2011.

**Quadro LXII** Despesas com medicamentos nos hospitais por área de actividade do centro de custo, 2009 1.º semestre 2012

	2009	2010	2011	1.º semestre 2012		
	Variação homóloga (%)			Valor (€)	%	Var hom (%)
Doenças Infecciosas	9,9%	10,2%	12,7%	113.969.927	21,9%	4,2%
Oncologia	10,6%	1,3%	-5,0%	99.344.499	19,1%	-7,3%
Medicina Interna	4,3%	-0,8%	-8,6%	32.380.468	6,2%	0,3%
Neurologia	12,4%	4,2%	2,6%	29.677.295	5,7%	7,7%
Hematologia Clínica	7,3%	2,5%	10,8%	26.786.993	5,2%	-2,6%
Imuno-hemoterapia	25,0%	0,5%	6,0%	18.613.702	3,6%	7,3%
Nefrologia	-15,9%	-8,2%	4,4%	18.589.301	3,6%	2,5%
Gastroenterologia	16,9%	16,7%	9,3%	16.476.366	3,2%	7,8%
Bloco Operatório	*	9,4%	-5,1%	12.432.332	2,4%	-8,6%
Pediatria	*	*	-0,6%	12.381.108	2,4%	3,9%
Unidade de Transplantes	1,5%	*	*	12.135.521	2,3%	5,9%

Fontes: INFARMED (2010a, 2011c, 2012c, 2012e).

A área das doenças infecciosas representou 21,9% do total da despesa hospitalar no primeiro semestre de 2012, a que se seguiu a oncologia (19,1%).

Estas evoluíram de forma distinta no período, tendo as despesas com doenças infecciosas crescido anualmente entre 10 a 12 por cento até 2011, um ritmo de crescimento que abrandou no primeiro semestre de 2012 (4,2%). As despesas com a oncologia cresceram 10,6 por cento em 2009, o seu crescimento abrandou em 2010 (1,3%) e a partir daí começaram a diminuir (-5% em 2011, -7,3% no primeiro semestre de 2012).

Nas restantes áreas de actividade, responsáveis no máximo por 6,2% da despesa hospitalar, registaram-se comportamentos díspares. Na gastroenterologia,

a despesa cresceu em todos os anos em estudo, mas a um ritmo cada vez menor, ainda que no primeiro semestre de 2012 tenha crescido 7,8%. Nos casos da hematologia clínica e do bloco operatório, contraiu-se entre o primeiro semestre de 2012 e o período homólogo de 2011. No caso da imuno-hemoterapia, o ritmo de crescimento tem vindo a aumentar continuamente desde 2010, desde 0,5% a 7,3% no primeiro semestre de 2012.

Esta evolução aponta para que o decréscimo na despesa hospitalar registado a nível global coexiste com evoluções contrárias em algumas rubricas, quer por área de prestação, quer por área de actividade, que poderão estar ligadas a mudanças no perfil dos doentes verificadas apenas naqueles casos ou a mudanças no perfil de prescrição motivadas por outras razões. Em particular, destacam-se os medicamentos dispensados no ambulatório dos serviços farmacêuticos, cuja despesa aumentou no primeiro semestre de 2012, assim como a área das doenças infecciosas.

### **Ganhos potenciais na despesa com medicamentos**

Na abordagem dos ganhos potenciais na despesa com medicamentos partiu-se do pressuposto que a despesa em medicamentos resulta da combinação de três elementos: o preço, a quantidade consumida e o *mix* de tipos de medicamentos.

Deste modo, os pontos seguintes procuram sistematizar a informação mais relevante disponível nestes domínios, com vista a elencar as alternativas possíveis para melhorar a eficiência dos recursos afectos ao consumo de medicamentos em Portugal.

Assim, em primeiro lugar, considera-se a hipótese de alteração da quantidade de medicamentos consumida, fundamentada pela comparação entre os valores nacionais e um conjunto de países da OCDE. Em segundo lugar, será abordada a hipótese de alteração do preço dos medicamentos, fundamentada pela comparação entre os preços praticados em Portugal e num conjunto de outros países europeus. Em terceiro lugar, coloca-se a hipótese de alteração do *mix* de medicamentos consumidos, apontando-se duas vias possíveis para a obtenção de ganhos, mantendo os actuais parâmetros de qualidade na prescrição:

- A primeira via consiste na substituição de determinados medicamentos por medicamentos genéricos, com a mesma substância activa e de preço inferior;
- A segunda via consiste numa dupla alteração: a substituição de medicamentos de marca por medicamentos genéricos e, em simultâneo, a substituição de determinadas substâncias activas por outras menos dispendiosas, tendo em conta parâmetros clínicos. Neste contexto, são considerados três tipos de medicamentos:

- Antidislipidémicos/estatinas;
- Inibidores da bomba de protões;
- Antibacterianos.

A análise foi realizada com os dados mais recentes disponíveis à data da elaboração deste estudo (Maio de 2011). Dadas as recentes alterações, tanto ao nível do padrão de prescrição, nomeadamente o aumento do peso dos antidiabéticos orais, como ao nível da redução de preços, bem como da introdução de novos genéricos (clopidogrel, em particular), é de esperar que a realização do estudo com dados mais recentes pudesse apresentar valores distintos. Contudo, é nosso entender que a análise reflecte aspectos estruturais do mercado de medicamentos em Portugal, dos quais não existem indicações claras que se tenham alterado.

Com o objectivo de investigar a possibilidade de melhoria da eficiência no uso dos recursos afectos à saúde através da redução do consumo de medicamentos, procedeu-se a uma análise das quantidades consumidas em Portugal comparativamente aos países/grupos de países já aqui abordados: Espanha, França, Itália, Grécia, Alemanha, Reino Unido, UE-15, OCDE21 e OCDE.

A utilização do sistema de classificação de medicamentos ATC (*anatomical, therapeutic and chemical*) e do conceito de DDD (dose diária definida) é recomendada pela OMS para medir a utilização de medicamentos. O sistema ATC divide os medicamentos em grupos consoante o órgão ou sistema no qual actuam de acordo com as suas propriedades químicas, farmacológicas e terapêuticas. O conceito de DDD consiste na dose média diária de manutenção do fármaco, em adultos, para a sua indicação principal, por uma determinada via de administração e expressa em quantidade de princípio activo (OMS, 2003).

Optou-se por analisar as quantidades consumidas ao nível mais desagregado possível, que em alguns casos corresponde ao 2.º/3.º nível do código ATC e para o ano mais recente disponível (2008). Destes, seleccionaram-se os mais relevantes, quer em termos de volume de vendas, quer de quantidade de DDD/mil habitantes/dia no ano 2008 em Portugal.

Dado que a escala das quantidades consumidas é distinta por grupo de medicamentos, e uma vez que se pretendia comparar a posição relativa de Portugal em todos eles, optou-se por construir um índice de base 100, através da divisão dos valores dos outros países/grupos de países pelo valor de Portugal. Assim, um valor superior a 100 significa que o consumo de medicamentos nesse país/grupo de países é superior ao de Portugal (exemplo: 123 corresponde a um consumo 23% superior ao de Portugal).

No Quadro LXIII apresenta-se o número de DDD/mil habitantes/dia dos grupos de medicamentos seleccionados para os países da OCDE usados para comparação, no ano 2008.

**Quadro LXIII** Número de DDD/mil habitantes/dia por grupos de medicamentos e países/grupos de países, 2008

	Portugal	Espanha	França	Itália	Grécia	Alemanha	Reino Unido	UE-15	OCDE21	OCDE
Medicamentos para o tratamento da úlcera péptica e refluxo gastroesofageal	100	154	n.d.	n.d.	n.d.	94	89	104	103	92
Medicamentos utilizados na diabetes	100	105	n.d.	n.d.	n.d.	132	75	106	103	102
Agentes que actuam sobre o sistema renina-angiotensina	100	121	n.d.	n.d.	n.d.	175	111	132	128	116
Antidislipidémicos	100	153	n.d.	n.d.	n.d.	74	271	153	153	135
Antibacterianos	100	87	124	126	200	64	75	94	95	95
Anti-inflamatórios e anti-reumáticos não esteróides	100	94	n.d.	n.d.	n.d.	60	47	67	65	64
Ansiolíticos	100	65	n.d.	n.d.	n.d.	7	39	33	32	29
Antidepressivos	100	85	n.d.	n.d.	n.d.	59	102	82	86	72

n.d. – dados não disponíveis.

Fonte: OCDE, 2010a.

Os dados recolhidos permitem constatar que existem medicamentos cujo consumo em Portugal era mais elevado que em outros países. Em particular, destacaram-se os ansiolíticos, uma vez que o seu consumo varia, geralmente, entre 7% do português (Alemanha) e 39% (Reino Unido), sendo o valor de Espanha o mais próximo, mas ainda assim bastante inferior (65%).

Seguem-se os anti-inflamatórios e anti-reumáticos não esteróides, pois o seu consumo em Portugal era superior ao de todos os outros países/grupos de países para os quais existiam dados disponíveis, variando nestes entre 47% (Reino Unido) e 67% (UE-15) na maioria dos países, sendo novamente o valor de Espanha o mais próximo (94%).

Também o consumo dos antidepressivos se afigurou elevado, pois nos outros países variou entre 59% (Alemanha) e 86% (OCDE21) do registado em Portugal. Contudo, no Reino Unido o consumo é ligeiramente superior ao português (102).

Finalmente, o consumo de antibacterianos em Portugal foi também superior ao de vários países. Nestes, os seus valores variaram entre 64% (Alemanha) e 95% (OCDE21 e OCDE). No entanto, o consumo de antibacterianos em França, Itália e Grécia foi superior ao de Portugal, particularmente neste último (200).

Inversamente, foi possível apontar um conjunto de medicamentos onde o consumo em Portugal era geralmente inferior ao dos países em estudo: anti-dislipidémicos e agentes que actuam sobre o sistema renina-angiotensina. Para os primeiros, e à excepção da Alemanha (74), o consumo nos outros países foi

entre 35% a 171% acima do português. Para os segundos, o consumo foi entre 11% a 75% acima do registado em Portugal.

Finalmente registaram-se diferenças mais moderadas no consumo de medicamentos para o tratamento da úlcera péptica e refluxo gastroesofageal (89 a 104, com excepção de Espanha) e medicamentos utilizados na diabetes (75 a 132).

Apesar da relevância desta informação, existe um conjunto de condicionantes que devem ser devidamente tidas em conta na sua análise. Em primeiro lugar, os dados mais recentes disponíveis referem-se a 2008, pelo que se admite a possibilidade de a situação se ter entretanto alterado. Por outro lado, na análise parte-se do pressuposto que os medicamentos prescritos/dispensados são efectivamente consumidos. Em terceiro lugar, as diferenças entre países podem também ser justificadas pelos problemas de saúde que afectam cada um deles, pelo que a prescrição responderia a esse perfil distinto.

O nível de agregação dos dados considerados nesta análise dificulta o cálculo de estimativas sobre qual o montante de ganhos que poderia advir de uma alteração no padrão de prescrição. No entanto, optou-se pela inclusão desta informação por se tratar de um elemento relevante a considerar no estabelecimento de prioridades na alteração do padrão de prescrição em Portugal, no sentido de melhorar a eficiência no uso dos recursos sem impactes negativos sobre os resultados em saúde.

Aliás, o próprio Plano Nacional de Saúde 2004-2010 contém metas relativamente ao consumo de determinado tipo de medicamentos, para os quais se pretendia reduzir o consumo registado em 2002: (1) ansiolíticos, hipnóticos e sedativos e antidepressivos; (2) cefalosporinas e (3) quinolonas (ACS, 2010b).

Tendo como propósito a identificação de oportunidades para a promoção da eficiência no uso dos recursos afectos ao consumo de medicamentos (garantindo os actuais padrões de qualidade), justifica-se uma análise aos preços dos medicamentos em Portugal.

Para este efeito, seguiu-se uma metodologia composta por duas fases: na primeira procurou-se fazer uma comparação internacional a um nível mais agregado considerando grupos de medicamentos. Deste modo, pretendia-se descrever as linhas gerais de tendência e identificar áreas de estudo a aprofundar posteriormente. Na segunda fase, procedeu-se a uma análise mais detalhada, ao nível do medicamento propriamente dito.

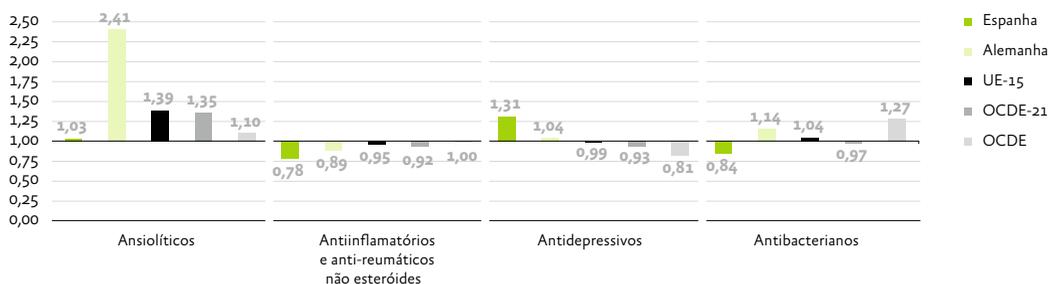
A aproximação às diferenças no nível de preços entre países foi feita pela comparação entre o índice de consumo e o índice de vendas PPC (Portugal = 100 em ambos). Assim, calculou-se a seguinte fórmula, para cada grupo de medicamentos:

$$\text{Índice de vendas PPC/consumo} = \frac{\text{Índice de vendas PPC do país P}}{\text{Índice de consumo do país P}}$$

Um resultado superior a um significa que, em termos unitários, os preços tenderão a ser mais elevados no país P que em Portugal. Na sequência das conclusões relativamente à quantidade de medicamentos consumida, serão analisados em primeiro lugar os grupos de medicamentos onde existem indícios de um potencial consumo excessivo (ansiolíticos, anti-inflamatórios e anti-reumáticos não esteróides, antidepressivos e antibacterianos) e em segundo lugar os restantes grupos.

Na Figura 42 apresentam-se os resultados do índice de vendas PPC/consumo para o primeiro grupo de medicamentos.

**Figura 42** Índice de vendas PPC/consumo, por país/grupo de países, 2008, grupos de medicamentos com consumo elevado em Portugal



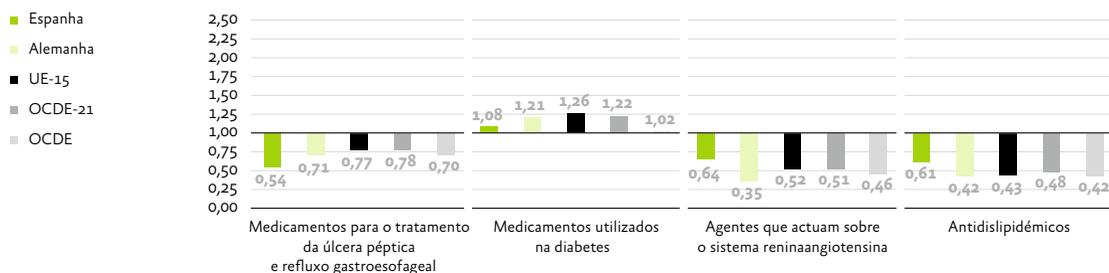
Nos ansiolíticos, onde o consumo de Portugal mais excede o dos países em estudo, o preço médio desses medicamentos tendeu a ser inferior em Portugal, em particular quando comparado com a Alemanha. Importa no entanto referir que neste país o consumo era 7% do registado em Portugal.

Para os antidepressivos e antibacterianos constatou-se que, consoante o país, os preços eram inferiores em Portugal (antidepressivos Espanha: 1,31; antibacterianos OCDE: 1,27 são a exceção) ou superiores em Portugal (antibacterianos Espanha: 0,84; antidepressivos OCDE: 0,81 são a exceção).

Nos medicamentos anti-inflamatórios e anti-reumáticos não esteróides, em geral os preços médios praticados nos países em estudo eram inferiores aos de Portugal, embora as diferenças fossem moderadas na maioria dos casos, pelo facto de os valores estarem próximos de 1 (Espanha: 0,78; restantes países: 0,89 a 0,995).

Na Figura 43 encontram-se representados os dados relativos aos restantes grupos de medicamentos.

**Figura 43** Índice de vendas PPC/consumo, por país/grupo de países, 2008, restantes grupos de medicamentos



Na análise dos restantes grupos de medicamentos, verifica-se um comportamento distinto, já que em todos os casos, à excepção dos medicamentos utilizados na diabetes, o índice de vendas/consumo indicou que o preço era mais elevado em Portugal (inferior a um), com valores entre 0,35 (Agentes que actuam sobre o sistema renina-angiotensina/Alemanha) e 0,78 (Medicamentos para o tratamento da úlcera péptica e refluxo gastroesofageal/OCDE21).

Estes resultados devem contudo ser enquadrados com as limitações inerentes à metodologia adoptada. Em particular, o elevado nível de agregação da informação disponível não permite traduzir as especificidades associadas ao consumo de medicamentos em países com realidades distintas.

Em suma, a principal conclusão a retirar da análise agregada dos preços dos medicamentos no ano 2008 consiste em que nos grupos de medicamentos onde Portugal não se destacou pelo seu elevado consumo, destacou-se pelo elevado preço dos medicamentos consumidos, com excepção dos medicamentos utilizados na diabetes.

A análise do preço dos medicamentos em Portugal baseou-se nos dez medicamentos (marcas) com maior volume de vendas (PVP, SNS) em Portugal no ano 2009 (INFARMED, 2010b). Assim, comparou-se o PVP desses medicamentos (marcas) em Portugal com o PVP em outros países. Para esse efeito, a comparação realizou-se para o seguinte conjunto de países: Espanha, França, Itália e Grécia (os quatro países utilizados à data como referência para a definição de preços), aos quais acresce a Alemanha.

As fontes de dados utilizadas foram diversas, incluindo a “Estatística do Medicamento 2009” (INFARMED, 2010b), a base de dados “Pesquisa Medicamento” do INFARMED (INFARMED, 2011d), a informação disponibilizada pela Direcção-Geral das Actividades Económicas (DGAE) do Ministério da Economia, da Inovação e do Desenvolvimento, contendo os preços a 01/01/2011 por país (DGAE, 2011) e pelo *Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information*, com referência a Janeiro de 2011 (DIMDI, 2010).

Em todos os casos, porque se pretendia estudar o impacto dos gastos com medicamentos sobre a sociedade como um todo e para evitar o enviesamento dos resultados por diferentes políticas de comparticipação, a comparação foi feita em termos do preço de venda ao público (PVP). Pontualmente, alguns destes medicamentos não eram comercializados nos países aqui estudados, estando essas situações assinaladas no quadro respectivo. Para efeitos do cálculo da diferença de preços entre países, quando o PVP unitário era distinto consoante a embalagem foi considerado o preço médio.

No Quadro LXIV podem ser consultados os PVP unitários em Portugal e a sua comparação com os PVP unitários dos países em estudo. Os valores negativos indicam os medicamentos cujo preço em Portugal é mais baixo que no país em causa.

**Quadro LXIV** PVP unitários em Portugal e a sua comparação com os PVP unitários do países em estudo

Nome	Forma farm.	Dosagem (mg)	Portugal	Espanha	França	Grécia	Itália	Alemanha
Plavix	CRP	300	7,50	.	.	-12%	-11%	.
Plavix	CRP	75	1,84	-11%	4%	39%	124%	.
Crestor	CRP	5	0,73	8%	22%	-6%	-18%	-35%
Crestor	CRP	10	0,94	1%	9%	-12%	-8%	-32%
Crestor	CRP	20	1,42	2%	14%	-12%	-8%	-20%
Zarator	CRP	10	0,82	21%	29%	9%	.	-33%
Zarator	CRP	20	1,44	26%	26%	3%	.	-18%
Zarator	CRP	40	1,83	36%	40%	-19%	-72%	-11%
Co-Diovan	CR	80 + 12.5	.	.	.	.	.	.
Co-Diovan	CRP	80 + 12.5	0,77	-9%	5%	-27%	.	-27%
Co-Diovan	CRP	160 + 12.5	0,98	15%	9%	-5%	12%	-18%
Co-Diovan	CRP	160 + 25	1,00	18%	11%	-12%	15%	-26%
Cipralext	CRP	10	0,81	-5%	51%	-21%	-9%	.
Cipralext	CRP	20	1,53	-10%	44%	-22%	-13%	.
CoAprovel	C	150 + 12.5	0,79	-9%	11%	5%	-3%	-29%
CoAprovel	C	300 + 12.5	1,04	-11%	11%	6%	-5%	-17%
Zyprexa	CO	5	2,24	-11%	3%	-15%	-11%	.
Zyprexa	CO	10	4,48	-2%	7%	-4%	-11%	.
Zyprexa	CR	2.5	1,14	-37%	.	-14%	-9%	.
Zyprexa	PSI	10	5,00	-10%	.	-3%	0,4%	.
Seroquel	CLP	50	0,48	-69%	.	-53%	-63%	.
Seroquel	CLP	200	1,93	-30%	.	-5%	-26%	.
Seroquel	CLP	300	2,95	-10%	.	0%	1%	.
Seroquel	CLP	400	3,94	5%	.	-9%	1%	.

Nome	Forma farm.	Dosagem (mg)	Portugal	Espanha	França	Grécia	Itália	Alemanha
Seroquel	CRP	(25) + (100) + (200)	1,15	.	.	13%	.	.
Seroquel	CRP	100	1,10	41%	.	17%	-15%	.
Seroquel	CRP	200	1,72	10%	.	8%	-12%	.
Seroquel	CRP	300	2,58	10%	.	-7%	-12%	.
Nexium	CG	20	1,10	-17%	35%	8%	-17%	.
Nexium	CG	40	1,51	-20%	37%	7%	-11%	-13%
Nexium	GGSO	10	0,85	.	20%	-15%	29%	.
Inegy	C	10 + 10	1,77	.	.	1%	-17%	.
Inegy	C	20 + 10	2,18	12%	18%	14%	-13%	.
Inegy	C	40 + 10	2,39	18%	18%	9%	-17%	.

CG: Comprimido gastrorresistente. CLP: Comprimido de libertação prolongada. CO: Comprimido orodispersível. C: Comprimido. CR: Comprimido revestido. CRP: Comprimido revestido por película. GGSO: Granulado gastrorresistente para suspensão oral. PSI: Pó para solução injectável.

Para os casos em que a comparação foi possível, registou-se que não existe nenhum medicamento que seja sistematicamente mais caro/barato em Portugal que nos países em estudo. Foi no entanto possível observar que, em termos gerais, para os medicamentos estudados, o seu PVP em Portugal era mais elevado que em França (entre 3% e 51% mais elevado) e mais baixo que na Alemanha (entre 11% e 35% mais baixo). Relativamente à Espanha, Grécia e Itália registou-se um comportamento misto, já que é sempre possível encontrar países com PVP menor, como países onde o PVP é superior. Além disso, na comparação país a país, Portugal não apresenta o mesmo comportamento para todas as apresentações, podendo o mesmo medicamento ser mais ou menos dispendioso que noutro país consoante a apresentação.

São apontados um conjunto de factores que influenciam as diferenças de preços entre os países (Kanavos *et al.*, 2011):

- Rendimento *per capita*, os preços tendem a ser superiores em países de rendimento superior;
- Mecanismos de regulação, tanto os que incidem sobre a oferta como sobre a procura de medicamentos;
- Negociações com as empresas, com métodos e critérios distintos de país para país;
- Definição de preços com base nos valores verificados em outros países, que ao mesmo tempo que pode permitir a baixa de preços também pode criar um desincentivo à inovação;
- Existência de concursos e de limites de preço para os medicamentos genéricos e de comparação interna de preços;
- Decisões de comparticipação;
- Imposto de valor acrescentado;
- Margem dos distribuidores e retalhistas.

Um estudo acerca da variação dos preços dos medicamentos na UE observou que, para um cabaz de 150 medicamentos, as médias nacionais podiam diferir até 25%. As maiores diferenças foram encontradas nos medicamentos onde existem genéricos, uma vez que a concorrência é aqui mais elevada, chegando a registar-se diferenças de 16 para 1 (Kanavos *et al.*, 2011).

Dada a alteração nos países usados como referência e a descida em termos médios do preço dos medicamentos no primeiro semestre de 2012, a situação descrita pode ter-se alterado. Contudo, dada a complexidade dos factores que, em conjunto, influenciam as diferenças de preços entre países, é possível que se mantenha a situação de a posição relativa de Portugal ser distinta consoante o medicamento em causa, por vezes mesmo consoante a apresentação em causa.

De forma a estimar os ganhos potenciais com a substituição por medicamentos genéricos, partiu-se da informação acerca dos 100 medicamentos (marcas) com maiores encargos para o SNS em 2009 para os quais existia à data um medicamento genérico pelo qual o medicamento de marca pudesse ser substituído (INFARMED, 2010a; INFARMED, 2011d). Uma vez que serão tratados com uma abordagem própria nos pontos seguintes, não são aqui considerados os antidiabéticos/estatinas, inibidores da bomba de protões e antibacterianos.

Foi ainda consultada a “lista de grupos homogéneos” em vigor a partir de 1 de Abril de 2011 (INFARMED, 2011e), com vista a recolher o valor do preço de referência por grupo homogéneo. Para cada substância activa existiam diversos preços de referência consoante os restantes atributos (forma farmacêutica ou dosagem, por exemplo).

A escolha do preço de referência como base para o cálculo da redução potencial dos gastos deveu-se à adopção de uma perspectiva conservadora, uma vez que este traduzia a média dos cinco PVP mais baixos. Deste modo, a redução potencial dos gastos é inferior à que seria caso o medicamento (marca) fosse substituído, por exemplo, pelo medicamento com o preço mais baixo dentro do GH.

Assim, com vista a apurar a diminuição potencial dos gastos com medicamentos, procedeu-se à divisão entre o preço de referência aplicável e o PVP do medicamento (marca), para todos os preços de referência aplicáveis. Quando existiam vários valores, optou-se por uma perspectiva conservadora e escolheu-se aquele que permitia a menor redução dos gastos.

Em seguida, aplicou-se essa percentagem ao valor de vendas de cada medicamento (marca). O volume de poupanças não depende apenas da diferença de preços entre o medicamento de marca e os genéricos, mas também da distribuição do mercado entre ambos. Assim, neste ponto assumiram-se vários cenários, em que o mais conservador (cenário A) admitia que 20% das vendas

do medicamento seriam substituídas por um medicamento de preço inferior. Foram ainda definidos o cenário B, em que se admitia uma substituição de 40% das vendas e o cenário C e o cenário D, que simularam valores de 60% e 80%, respectivamente.

Deste modo, apresenta-se no Quadro LXV o volume de ganhos potenciais com a substituição de medicamentos (marcas) por outro de preço inferior, agregado por subgrupos farmacoterapêuticos.

**Quadro LXV** Ganhos potenciais com a substituição de medicamentos (marcas) por outros de preço inferior, por subgrupo farmacoterapêutico (ordenados pelo valor de ganhos potenciais)

Subgrupo farmacoterapêutico	Valor inicial (vendas PVP)	Ganhos potenciais							
		Cenário A		Cenário B		Cenário C		Cenário D	
		Valor (€)	%						
Anti-hipertensores	254.258.038	7.313.872	3%	14.627.743	6%	21.941.615	9%	29.255.487	12%
Anticoagulantes e antitrombóticos	68.784.325	5.965.772	9%	11.931.544	17%	17.897.316	26%	23.863.088	35%
Insulinas, antidiabéticos orais e glucagom	114.279.913	1.968.282	2%	3.936.564	3%	5.904.846	5%	7.873.128	7%
Psicofármacos	131.099.002	1.166.877	1%	2.333.754	2%	3.500.630	3%	4.667.507	4%
M. que actuam no osso e no metabolismo do cálcio	50.693.141	1.050.398	2%	2.100.795	4%	3.151.193	6%	4.201.590	8%
M. para tratamento da artrose	8.426.659	877.898	10%	1.755.796	21%	2.633.694	31%	3.511.592	42%
Outros M. usados em disfunções geniturinárias	7.307.052	877.290	12%	1.754.580	24%	2.631.869	36%	3.509.159	48%
Antiepilépticos e anticonvulsivantes	32.939.625	564.664	2%	1.129.327	3%	1.693.991	5%	2.258.655	7%
Vasodilatadores	20.110.989	525.260	3%	1.050.520	5%	1.575.781	8%	2.101.041	10%
Anti-inflamatórios não esteróides	43.905.756	457.296	1%	914.593	2%	1.371.889	3%	1.829.185	4%
Outros m. com acção no sistema nervoso central	16.565.838	315.664	2%	631.328	4%	946.991	6%	1.262.655	8%
<b>Total</b>	<b>748.370.338</b>	<b>21.083.272</b>	<b>3%</b>	<b>42.166.544</b>	<b>6%</b>	<b>63.249.816</b>	<b>8%</b>	<b>84.333.087</b>	<b>11%</b>

M. – Medicamentos

Em primeiro lugar, importa referir que para todos os medicamentos (marcas) considerados, o seu preço era superior ao preço de referência aplicável, pelo que existiam ganhos potenciais em todos eles. As estimativas de ganhos potenciais indicaram que os gastos poderiam ser reduzidos entre cerca de 21 a 84 milhões de euros, consoante a taxa de substituição considerada (20% ou 80%). Estes valores significavam que os gastos da sociedade com medicamentos podiam ser reduzidos entre 3% (cenário A) e 11% (cenário D).

Os maiores ganhos em volume são esperados nos subgrupos dos anti-hipertensores e dos anticoagulantes e antitrombóticos. Em conjunto, estes

dois subgrupos farmacoterapêuticos representavam 63% das estimativas de redução dos gastos.

Caso 20% das vendas dos medicamentos (marcas) de anti-hipertensores considerados fossem substituídas por um medicamento de preço inferior, estima-se que a redução dos gastos significasse um valor de cerca de 7,3 milhões de euros. No cenário menos conservador, admitindo a substituição de 80% das vendas, os ganhos ascenderiam a 29 milhões, o que significaria uma redução entre 3% e 12%.

No subgrupo dos anticoagulantes e antitrombóticos, a redução em termos relativos seria mais elevada. No cenário mais conservador, a substituição por medicamentos de preço inferior poderia significar uma redução de 9% dos gastos. No cenário menos conservador, essa redução alcançaria os 35%. Em valor, isto significaria ganhos potenciais entre cerca de 6 milhões de euros (cenário A) e 24 milhões de euros (cenário D).

Os restantes subgrupos farmacoterapêuticos representavam valores inferiores de ganhos potenciais absolutos, embora se devam assinalar os subgrupos “Medicamentos para tratamento da artrose” e “Outros medicamentos usados em disfunções geniturinárias”, pelos elevados ganhos relativos esperados (10% a 42% e 12% a 48%, respectivamente).

Neste caso, em consequência da política de participação baseada no sistema de preços de referência, os ganhos potenciais seriam maioritariamente usufruídos pelos utentes, que passariam a comprar medicamentos mais baratos e, portanto, mais próximos do preço de referência, pelo que deixariam de pagar o diferencial entre preço do medicamento prescrito e o preço de referência.

Estes dados devem ser interpretados à luz das limitações da informação disponível, nomeadamente ao nível da percentagem de vendas de cada apresentação por medicamento (marca). Contudo, procurou-se evitar o possível enviesamento daí resultante ao adoptar-se uma perspectiva conservadora e ao escolher a relação entre preço do medicamento (marca) e preço de referência mais “favorável” ao medicamento (marca) em causa.

Deve ainda referir-se que as percentagens consideradas de substituição dos medicamentos por genéricos visaram essencialmente evidenciar o aumento dos ganhos esperados com uma substituição crescente por medicamentos genéricos, pelo que devem ser consideradas em termos indicativos. Em 2010, os genéricos representavam 33,8% do mercado concorrencial de genéricos (DCI para as quais existe um genérico comercializado), embora em algumas substâncias activas de elevado volume de vendas essa quota fosse superior a 90% (omeprazol: 91,7% e sinvastatina: 91,0%) (INFARMED, 2010b).

A relevância dos medicamentos anti-hipertensores; anticoagulantes e antitrombóticos; e insulinas, antidiabéticos orais e glucagom não parece ser

exclusiva de Portugal, já que um estudo publicado em 2010 nos EUA destacava que a substituição por medicamentos genéricos nos medicamentos do sistema nervoso central, cardiovascular e metabolismo representava cerca de 3/4 das poupanças estimadas (GPhA, 2010).

Neste âmbito, importa referir que existe um conjunto de factores que influenciam o crescimento do mercado de genéricos. Entre estes contam-se a coerência da política global de genéricos, os mecanismos de definição dos preços dos medicamentos (tanto genéricos como de marca), o tempo necessário para o estudo e introdução no mercado de um medicamento genérico, as estratégias de defesa dos medicamentos de marca (nomeadamente o lançamento de novas formulações na data em que se aproxima o fim do período de protecção da patente, por vezes designado de *evergreening*), a actualidade da informação disponível acerca do preço dos medicamentos e dos genéricos disponíveis para uma dada substância activa e a confiança nos medicamentos genéricos. Adicionalmente, são decisivos os incentivos para os médicos, farmacêuticos/farmácias e utentes e as interacções entre estes (Simoens e Coster, 2006; EGA, 2009; Brekke, Holmas e Straume, 2010; Dylst e Simoens, 2010; GPhA, 2010; Danzon e Furukawa, 2011).

Em suma, a análise dos ganhos potenciais com a substituição dos medicamentos de marca seleccionados por medicamentos genéricos permitiu estimar uma poupança entre 21 e 84 milhões nos gastos da sociedade com medicamentos, consoante o montante das vendas a ser substituído (20% ou 80%). Na definição da metodologia assumiu-se uma perspectiva conservadora pelo que, sempre que a informação não estava disponível com o detalhe pretendido, assumiram-se os pressupostos que subestimavam o valor dos ganhos potenciais. Os medicamentos anti-hipertensores e os anticoagulantes e antitrombóticos (ambos do grupo do aparelho cardiovascular) foram aqueles onde se estimaram os maiores ganhos potenciais (63% do total). Finalmente, pode apontar-se um conjunto de factores que influenciam o crescimento do mercado de genéricos, os quais necessitam de ser devidamente considerados em iniciativas que visem o aumento da quota de mercado de genéricos.

Enquanto na análise anterior se procurou estimar os ganhos potenciais no consumo de medicamentos através da substituição por um medicamento genérico com a mesma substância activa, nos pontos seguintes serão considerados três casos em que se considera ainda a possibilidade de alteração do *mix* dentro do subgrupo farmacoterapêutico: os antidiabéticos/estatinas, os inibidores da bomba de protões e os antibacterianos.

A importância de um estudo distinto destes três tipos de medicamentos fundamenta-se num conjunto de factores, entre os quais se contam o seu peso nos gastos totais com medicamentos, as evidências de margem para melhoria na prescrição e a sua importância em termos de saúde pública.

As estatinas são um grupo de fármacos dotados de grande interesse no tratamento da hipercolesterolemia e da dislipidemia mista (INFARMED, 2011f). A análise e a comparação do custo-efectividade entre substâncias activas têm sido um tema frequentemente estudado por um conjunto de razões. Podem aqui citar-se as diferenças de preço consideráveis entre substâncias activas, o que torna premente o estudo da adequação da prescrição, nomeadamente das mais dispendiosas (Consumer reports, 2010a). Por outro lado, podem ser considerados diversos *end-points*, como a redução do colesterol, prevenção de enfarte ou morte (Lindgren e Jonsson, 2009; Pletcher *et al.*, 2009; Consumer reports, 2010a; Lablanche *et al.*, 2010). Adicionalmente, existem preocupações de que podem estar a ser prescritas estatinas sem que primeiro sejam tomadas outro tipo de medidas para baixar o colesterol, como uma modificação da dieta ou exercício físico (National Prescribing Centre, 2006; Consumer reports, 2010a).

Os inibidores da bomba de prótons (IBP) inibem a secreção ácida e são indicados na úlcera péptica, esofagite de refluxo, síndrome de Zollinger Ellison e erradicação do *H. pylori* (em associação) (INFARMED, 2011f). As recomendações para o uso de IBP vão no sentido da prescrição de uma dose inicial e, consoante os resultados da reavaliação do doente, reduzir a dose prescrita ou mesmo interromper o tratamento. As recomendações para o uso dos IBP a longo prazo são relativamente selectivas (NICE, 2004). Neste contexto, existem preocupações sobre o uso excessivo de IBP, pela existência de doentes que continuam o tratamento com IBP quando já não existe justificação para tal, o que pode provocar efeitos adversos evitáveis, bem como gastos desnecessários (Heidelbaugh *et al.*, 2010). A isto acresce que, em alguns casos, podem ser prescritos IBP quando existem outros tipos de medicamentos ou mudanças nos hábitos alimentares e estilos de vida que podem evitar os sintomas (Consumer reports, 2010b). Finalmente, diversos estudos apontam para a semelhança entre as substâncias activas consideradas nos IBP, ainda que existam diferenças relevantes no seu custo, quando se consideram doses equivalentes (AHRQ, 2005; Hughes *et al.*, 2005; Consumer reports, 2010b).

“Os fármacos anti-infecciosos em geral, e os antimicrobianos em particular, têm demonstrado uma eficácia inquestionável no tratamento das infecções, sendo a sua utilidade terapêutica indiscutível” (INFARMED, 2011f), chegando a ser apontados como *miracle drugs of the 20th century* (Goosens *et al.*, 2005). Contudo, existem diversas evidências de que existe margem para melhorias na prescrição, no sentido de limitar o uso excessivo e/ou inadequado de antibióticos em Portugal. Embora os mecanismos de ligação possam ainda não ser totalmente conhecidos e seja metodologicamente complexo comprovar a relação de causalidade entre o uso de antibióticos e a emergência de resistências, esta ligação é hoje aceite de forma relativamente pacífica (Caldeira

*et al.*, 2002; Goosens *et al.*, 2005). Em 2007, num documento da DGS e do INFARMED, Portugal era apontado como “um dos países com maior prevalência de resistência aos antibióticos” (DGS, 2007). Em termos de política de saúde, este problema motivou diversas iniciativas, desde a emanação de uma recomendação conjunta da Direcção-Geral da Saúde e do INFARMED (DGS, 2007) à inclusão de dois indicadores no Plano Nacional de Saúde, relativos ao consumo de cefalosporinas e quinolonas (ACS, 2010b). Aliás, aponta-se até a existência de um padrão geográfico, em que os países do sul da Europa se caracterizam por um uso acrescido dos antibióticos mais recentes (de maior espectro) comparativamente aos países do norte da Europa (Ferech *et al.*, 2006).

No âmbito dos antidiabéticos/estatinas serão estudados os ganhos potenciais pela alteração do *mix* de medicamentos nas seguintes substâncias activas: atorvastatina, rosuvastatina e sinvastatina. Excluiu-se da análise a combinação sinvastatina + ezetimiba pela sua especificidade.

A metodologia de apuramento dos ganhos potenciais no âmbito dos antidiabéticos/estatinas foi constituída por um conjunto de passos:

- Consulta das DDD das substâncias activas em estudo (OMS, 2010);
- Pesquisa dos preços de referência aplicáveis;
- Apuramento dos preços de referência por DDD;
- Escolha do valor médio de preço de referência por DDD, dadas as elevadas diferenças entre os diversos preços de referência por DDD;
- Comparação entre aquele valor e o PVP por DDD dos medicamentos (marcas) seleccionados. Tal como anteriormente, optou-se pela perspectiva conservadora e escolheu-se a percentagem mais elevada;
- Aplicação desse valor ao volume global de vendas do medicamento (marca), assumindo os cenários anteriormente definidos (A a D).

Considerando a DDD como unidade, o tratamento com atorvastatina pode ser entre 2,6 a 4,9 vezes mais dispendioso que com sinvastatina. Quanto à rosuvastatina, os valores são próximos destes, embora ligeiramente inferiores, já que o tratamento pode ser entre 2 a 4,3 vezes mais dispendioso para a sociedade, isto é, considerando tanto os encargos para o SNS como para os utentes. Dados estes resultados, no caso da sinvastatina, os ganhos considerados foram aqueles que derivaram da comparação com o preço de referência para a mesma substância activa. Os valores resultantes constam do Quadro LXVI.

**Quadro LXVI** Antidislipídicos/estatinas: ganhos potenciais com a alteração do *mix* de medicamentos, por substância activa

Substância activa	Valor inicial	Ganho potencial							
		Cenário A		Cenário B		Cenário C		Cenário D	
		Valor (€)	%	Valor (€)	%	Valor (€)	%	Valor (€)	%
Atorvastatina	30.398.733	3.472.551	11%	6.945.102	23%	10.417.654	34%	13.890.205	46%
Rosuvastatina	46.916.806	4.181.379	9%	8.362.758	18%	12.544.138	27%	16.725.517	36%
Sinvastatina	18.665.799	174.005	1%	348.011	2%	522.016	3%	696.022	4%
Sinvastatina + Ezetimiba	21.369.803	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
<b>Total</b>	<b>117.351.141</b>	<b>7.827.936</b>	<b>7%</b>	<b>15.655.872</b>	<b>13%</b>	<b>23.483.807</b>	<b>20%</b>	<b>31.311.743</b>	<b>27%</b>

Daqui resultou que para a sinvastatina, mesmo que os medicamentos (marcas) em estudo fossem genéricos, se podiam esperar ganhos potenciais pelo facto de o seu preço ser superior ao preço de referência por grupo homogéneo. A redução de gastos esperada ascendia a 1% no cenário A, num montante de cerca de €174 mil.

No entanto, os ganhos nas restantes substâncias activas eram em montantes mais consideráveis. Assim, a substituição de 20% das vendas de atorvastatina por um outro antidislipídico/estatina com um preço inferior poderia significar uma redução dos gastos de cerca de 3,5 milhões de euros. Com o aumento dessa percentagem até aos 80%, os ganhos poderiam alcançar 13,9 milhões de euros. Também para a rosuvastatina os ganhos potenciais eram de um volume elevado, já que oscilariam entre 4,1 e 16,7 milhões de euros.

Estes resultados podem ser explicados a dois níveis. Em primeiro lugar, trata-se de duas substâncias activas com um elevado volume de vendas, a rosuvastatina foi a quarta substância mais vendida em 2009 no mercado do SNS (2,1% do total) e a atorvastatina a sétima (1,3% do total). Em segundo lugar, as diferenças consideráveis no preço do tratamento com estas substâncias activas comparativamente à sinvastatina são também de considerar.

Neste contexto, e à semelhança do que foi apresentado para os antidislipídicos/estatinas, estimaram-se os ganhos potenciais com a alteração do *mix* de medicamentos e substâncias activas no sentido da substituição por outros menos dispendiosos. Uma vez que a metodologia adoptada foi a mesma, remete-se aqui para o referido anteriormente.

Em quatro dos medicamentos (marcas) estudados, a substância activa é o omeprazol e são genéricos e os restantes quatro têm substâncias activas distintas (lansoprazol, esomeprazol, pantoprazol e rabeprazol), sendo todos medicamentos de marca à excepção do primeiro.

Quanto à comparação entre PVP, constatou-se que o omeprazol tende a ser a substância activa com menor PVP por DDD, seguida do lansoprazol. Estes resultados devem ser vistos à luz do facto de que estes eram os únicos IBP para

os quais existiam medicamentos genéricos na lista dos 100+. Considerando os valores mínimos do PVP por substância activa, o tratamento com pantoprazol pode ser 2,5 vezes mais dispendioso que com omeprazol, 3,7 vezes no caso do esomeprazol e 3,9 vezes no caso do rabeprazol.

Dados aqueles resultados, os ganhos potenciais no omeprazol foram apurados de forma distinta, por comparação com o preço de referência do GH. Daqui resultaram os ganhos potenciais apresentados no Quadro LXVII.

**Quadro LXVII** IBP: ganhos potenciais com a alteração do *mix* de medicamentos, por substância activa

Substância activa	Valor inicial	Ganho potencial							
		Cenário A		Cenário B		Cenário C		Cenário D	
		Valor (€)	%	Valor (€)	%	Valor (€)	%	Valor (€)	%
Esomeprazol	24.889.719	2.693.375	11%	5.386.750	22%	8.080.124	32%	10.773.499	43%
Lansoprazol	4.423.349	49.662	1%	99.324	2%	148.986	3%	198.648	4%
Omeprazol	28.132.559	1.302.825	5%	2.605.651	9%	3.908.476	14%	5.211.301	19%
Pantoprazol	7.137.459	445.786	6%	891.571	12%	1.337.357	19%	1.783.143	25%
Rabeprazol	8.117.663	919.208	11%	1.838.415	23%	2.757.623	34%	3.676.831	45%
<b>Total</b>	<b>72.700.749</b>	<b>5.410.856</b>	<b>7%</b>	<b>10.821.711</b>	<b>15%</b>	<b>16.232.567</b>	<b>22%</b>	<b>21.643.423</b>	<b>30%</b>

No cenário mais conservador, os ganhos estimados ascendem a cerca de 5,4 milhões de euros, podendo ascender a 21,6 milhões. No cenário A, os maiores ganhos em volume eram esperados no esomeprazol (2,6 milhões) e os maiores ganhos relativos na mesma substância e no rabeprazol (11% em ambos). Em volume, os ganhos no omeprazol são também de considerar, aos quais não será alheio o facto de esta ser a segunda substância activa com maior volume de vendas.

Neste contexto, e tendo presente a relevância da prescrição adequada de antibióticos em termos de saúde pública, procurou-se estimar os ganhos potenciais com a alteração do padrão de prescrição destes medicamentos. Para esse efeito, consideraram-se os dados disponíveis no European Surveillance of Antimicrobial Consumption (ESAC) relativos ao consumo de antibióticos, medido em número de DDD/mil habitantes/dia (ESAC, 2009). Os últimos dados disponíveis diziam respeito a 2008, pelo que este ano foi o considerado para a análise.

Sendo conhecido o volume de vendas por substância activa (valorizado pelo PVP no mercado SNS) para as 100 com maiores encargos para o SNS (INFARMED, 2010b), seleccionaram-se os antibacterianos constantes dessa lista:

- Amoxicilina + ácido clavulânico, constante do subgrupo farmacoterapêutico “associações de penicilinas com inibidores das lactamases beta”;
- Claritromicina, constante do subgrupo farmacoterapêutico “macrólidos”;
- Ciprofloxacina, constante do subgrupo farmacoterapêutico “quinolonas”.

Em seguida, analisou-se o consumo em Portugal comparativamente aos restantes países que disponibilizaram dados para o ESAC, tendo como referência aquelas substâncias activas. Não estavam disponíveis os dados ao nível da substância activa, pelo que se considerou o maior nível de desagregação possível (ESAC, 2009).

Foram considerados os dados relativos ao seguinte grupo de países, além de Portugal: Alemanha, Áustria, Bélgica, Bulgária, Chipre, Croácia, Dinamarca, Eslováquia, Eslovénia, Espanha, Estónia, Finlândia, França, Grécia, Holanda, Hungria, Irlanda, Islândia, Israel, Itália, Letónia, Lituânia, Luxemburgo, Noruega, Polónia, Reino Unido, República Checa, Rússia e Suécia (ESAC, 2009).

Os elementos para a comparação internacional do consumo de antibacterianos em Portugal constam do Quadro LXVIII.

**Quadro LXVIII** Consumo de antibacterianos (DDD/mil hab./dia) em Portugal e no contexto internacional, 2008

	Mínimo	Perc. 25	Mediana	Perc. 75	Portugal	Máximo
Combinações de penicilinas incluindo inibidores de beta-lactamases (J01CR)	0,00	1,33	3,72	5,83	8,55	9,18
Macrólidos (J01FA)	0,12	1,76	2,41	3,11	3,84	11,22
Fluoroquinolonas (J01MA)	0,50	0,90	1,40	2,06	3,05	4,29

Perc. – Percentil.

Em todos os grupos em análise, o consumo em Portugal era dos mais elevados, situando-se sempre acima do percentil 75. Assim, em Portugal, o número de DDD/mil habitantes/dia de combinações de penicilinas incluindo inibidores de beta-lactamases (onde se inclui a amoxicilina + ácido clavulânico) era 8,55 enquanto em 75% dos países era inferior ou igual a 5,83. Nas quinolonas, em Portugal, era 3,05, enquanto em 75% dos países era inferior ou igual a 2,06. Ainda que com uma diferença mais moderada, o consumo de macrólidos (onde se inclui a claritromicina) em Portugal era superior ao da maioria dos países (Portugal: 3,84; percentil 75: 3,11).

Assim, tendo presente a possibilidade de um consumo excessivo e/ou inadequado destes antibióticos, estimaram-se os ganhos potenciais na despesa em medicamentos caso se reduzisse a prescrição destes antibióticos. Para o efeito, foram considerados dois cenários: (1) um cenário mais conservador, em que se admitiu que o consumo se contrairia até ao nível do percentil 75; (2) um cenário menos conservador, em que se admitiu uma contracção do consumo até ao nível da mediana. Os resultados constam do Quadro LXIX.

**Quadro LXIX** Antibacterianos: ganhos potenciais com a alteração do *mix* de medicamentos, por substância activa

Substância activa	Valor inicial	Ganhos potenciais			
		Consumo ao nível do percentil 75		Consumo ao nível da mediana	
		Valor (€)	%	Valor (€)	%
Amoxicilina + Ácido clavulânico	25.052.951	7.972.080	32%	14.137.025	56%
Claritromicina	9.106.883	1.726.299	19%	3.382.265	37%
Ciprofloxacina	10.982.477	3.586.389	33%	5.944.392	54%
Total	45.132.311	13.284.768	29%	23.463.682	52%

A diminuição da prescrição destes fármacos poderia representar uma redução dos gastos entre 13,3 e 23,4 milhões de euros, consoante se admita que Portugal se situaria ao nível dos 3/4 que países que mais consomem ou a um nível mediano de consumo.

Os maiores ganhos seriam esperados na combinação amoxicilina + ácido clavulânico, pois seria responsável por cerca de 60% dos valores estimados. A este facto não será alheio a que se tratava da 16.<sup>a</sup> substância activa com maior volume de vendas em 2009, com um peso de 1,1% do total do mercado do SNS (INFARMED, 2010b).

A interpretação dos resultados acima deve ser feita à luz de um conjunto de factores, dos quais o mais relevante foi a não ligação dos dados acerca da prescrição com o diagnóstico que a motivou. Adicionalmente, as percentagens de substituição consideradas visam quantificar o crescimento dos ganhos potenciais com o aumento da substituição por medicamentos menos dispendiosos, não reflectindo critérios de adequação do tratamento, que poderiam apenas ser definidos com base na informação do diagnóstico individual. Pretendeu-se, no entanto, quantificar da forma mais rigorosa possível a importância de uma prescrição adequada destes medicamentos no sentido de garantir a eficiência do uso dos recursos afectos aos medicamentos.

Deste modo, reforça-se a necessidade de, com base na informação individual acerca do diagnóstico, estudar a adequação da prescrição destes medicamentos em Portugal no sentido de evitar o seu consumo excessivo e/ou inadequado e a prescrição de medicamentos mais dispendiosos quando existe uma alternativa clinicamente adequada e a um custo inferior. Embora se trate de um estudo que irá ele próprio ser consumidor de recursos, entende-se que o montante de ganhos potenciais esperados justifica a sua realização. Essa informação poderá constituir a base de mudanças na prescrição e uso destes medicamentos, permitindo que, em simultâneo, se melhore tanto em termos das condições de saúde das populações (controlando a emergência

de resistências, por exemplo) como no uso dos recursos canalizados para a prescrição de medicamentos.

A unidade de medida utilizada (DDD) constitui uma unidade técnica para efeitos de comparação, não reflectindo necessariamente a dose recomendada ou a dose prescrita em todas as circunstâncias. Ainda assim, trata-se da unidade recomendada para a comparação do consumo de medicamentos em realidades distintas (OMS, 2003).

Por outro lado, uma vez que existem estudos que apontam para uma diferença na efectividade das diferentes estatinas, é necessário ter presente a possibilidade que os ganhos com a prescrição de medicamentos mais baratos possam ser compensados com a necessidade de tratamentos adicionais, nomeadamente o internamento (Tran, Frial e Miller, 2007; Simpson *et al.*, 2009).

Existe ainda um outro aspecto aqui não considerado, que consiste na possibilidade de um prolongamento não justificado do tratamento com IBP, pelo que nesse caso se trata, não da substituição por um medicamento menos dispendioso, mas da eliminação do gasto. A não inclusão dessa questão implicou, portanto, uma subestimação dos ganhos potenciais.

No que se refere aos antibacterianos em estudo, não foi possível considerar o acréscimo dos restantes antibacterianos, decorrente da alteração do padrão de prescrição. Embora se tratasse da substituição por substâncias activas menos dispendiosas, pelo que não é de esperar uma anulação dos ganhos potenciais apresentados, ainda assim estes encontram-se sobrestimados por esta razão. Adicionalmente, por não estarem disponíveis no ESAC os dados por substância activa, a análise teve de ser agregada, baseando-se no pressuposto de que o comportamento das diferentes substâncias activas que compõem um grupo era semelhante.

Se aos ganhos potenciais nestes três grupos de medicamentos somarmos os decorrentes do aumento da prescrição de medicamentos genéricos, com a mesma substância activa, obtemos os ganhos potenciais constantes do Quadro LXX.

**Quadro LXX** Ganhos potenciais totais, por tipo de alteração

GEN – Substituição por medicamentos genéricos. MIX\_SUBG – Alteração do *mix* dentro do subgrupo farmacoterapêutico.

	Valor inicial	Ganhos potenciais							
		Cenário A		Cenário B		Cenário C		Cenário D	
		Valor (€)	%	Valor (€)	%	Valor (€)	%	Valor (€)	%
GEN	748.370.338	21.083.272	3%	42.166.544	6%	63.249.816	8%	84.333.087	11%
MIX_SUBG	235.194.201	26.523.560	11%	39.762.351	17%	63.180.056	27%	76.418.848	32%
Subtotal	983.564.539	47.606.832	5%	81.928.895	8%	126.429.872	13%	160.751.935	16%
Mercado do SNS (€)	2.282.478.203	47.606.832	2%	81.928.895	4%	126.429.872	6%	160.751.935	7%

Considerando os gastos em medicamentos apenas nos grupos estudados, o montante de ganhos potenciais poderia ascender a cerca de 47,6 milhões de euros, o que representava 5% desses gastos, representando 2% quando se considerava o mercado do SNS em 2009. No cenário menos conservador, em que as alterações na prescrição assumiam uma maior profundidade, os ganhos potenciais poderiam alcançar cerca de 160,8 milhões de euros (16% das substâncias activas em estudo, 7% do mercado global).

A escala dos ganhos potenciais, ainda que estimados, constitui, em nosso entender, uma evidência da importância desta matéria para a saúde em Portugal e para um uso criterioso dos recursos que a sociedade canaliza para a prestação de cuidados de saúde. Adicionalmente, as alterações aqui assumidas podem ainda, em alguns casos, significar uma melhoria das condições de saúde das populações, pelo que se usufruiria de um duplo benefício.

Dadas as recentes alterações, tanto ao nível do padrão de prescrição, nomeadamente o aumento do peso dos antidiabéticos orais, como ao nível da redução de preços, bem como da introdução de novos genéricos (clopidogrel, em particular) é de esperar que a realização do estudo com dados mais recentes pudesse apresentar valores distintos.

Contudo, é do nosso entender que a análise reflecte aspectos estruturais do mercado de medicamentos em Portugal. Em particular, emerge como decisiva a importância de uma política que actue sobre o padrão de prescrição de medicamentos, procurando influenciar o mercado com medidas do lado da procura, acompanhando as medidas que actuam exclusivamente sobre a oferta. Apesar do sucesso destas últimas, pelo menos no curto prazo, espera-se que as medidas sobre a procura tenham um efeito mais prolongado no tempo e, em alguns casos, se possam simultaneamente traduzir em ganhos em saúde.

Entre as medidas destinadas a influenciar a procura de medicamentos podem ser distinguidas as que se dirigem aos clínicos, farmácias e doentes. Incluem-se aqui a definição de orientações clínicas, incentivos aos clínicos para a prescrição de genéricos e a monitorização e auditoria de prescrições (Kanavos *et al.*, 2011).

No entanto, as medidas que actuam sobre a procura exigem uma abordagem de longo prazo nas suas diversas fases, desde a sua definição, implementação, monitorização e produção de resultados.

Isto porque, entre outros, o seu sucesso está fortemente dependente do acordo dos vários profissionais relacionados com a prescrição. Além disso, necessitam de ser transmitidas a um grande número de profissionais directamente envolvidos na prescrição e, eventualmente, à formação dos mesmos. A sua monitorização, pelo detalhe da informação necessária sobre um grande volume de indivíduos (prescritores e doentes) exige a disponibilidade

de sistemas de informação que acompanhem em tempo útil a evolução das tendências e o impacto das iniciativas em curso. Finalmente, dadas as dificuldades de operacionalização apontadas, a que acresce que estas medidas se baseiam numa mudança de comportamentos, a produção de resultados das medidas que actuam sobre a procura tende a ocorrer apenas em períodos longos.

Deste modo, à luz das iniciativas da política do medicamento cujas linhas gerais foram aqui abordadas e que se situam particularmente no âmbito de medidas com vista a influenciar a oferta, entendemos que esta análise permite evidenciar os ganhos possíveis de uma abordagem sobre a procura de medicamentos. Apesar disto, a definição de normas clínicas e a prescrição electrónica constituem elementos com potencial para alterar os comportamentos ao nível da prescrição. Neste momento, estes processos estão na sua fase inicial, pelo que se espera que não constituam um fim em si mesmos, mas um meio com impacto positivo sobre a equidade, ganhos em saúde e volume de despesa.

### **Notas finais**

A importância do estudo do mercado dos medicamentos baseia-se, entre outros, na sua importância para os resultados em saúde, na sua relevância na despesa corrente em saúde e nas características específicas do mercado (nomeadamente a assimetria de informação, separação entre pagador e prescriptor e variedade de agentes envolvidos, mercado da oferta em oligopólio, existência de patentes e barreiras à entrada), conjugadas com o facto de uma parte da despesa ser suportada directamente pelos privados, o que levanta preocupações com a garantia da equidade.

Neste contexto, os objectivos prosseguidos neste terceiro capítulo foram os seguintes:

- Identificação das principais linhas orientadoras da política do medicamento em Portugal;
- Caracterização da despesa com medicamentos em Portugal, designadamente os aspectos relacionados com a evolução recente e com a comparação internacional;
- Identificação de ganhos potenciais na despesa com medicamentos.

Relativamente ao primeiro aspecto, procurou-se sistematizar as linhas gerais constantes dos principais diplomas sobre a matéria, as quais não pretenderam substituir totalmente a sua consulta.

Assim, em primeiro lugar, é de referir que o ciclo de vida do medicamento é composto por diversas fases, desde a I&D até à utilização, pelo que a política do medicamento, embora actue em todas elas, fá-lo de forma distinta e

adaptada. Para atingir os seus objectivos, são três as áreas de actuação possíveis: preços, quantidades e montante de gastos (Kanavos et al., 2011).

A definição dos preços do mercado em ambulatório é um dos elementos centrais da política do medicamento, a qual deve garantir que os preços não comprometem o acesso aos medicamentos e a equidade e, simultaneamente, permitem a continuação da inovação por parte da indústria.

Em termos gerais, a definição dos preços dos medicamentos de marca assenta na definição de preços de referência, definidos a partir dos preços registados num conjunto de países, que neste momento são a Eslovénia, Espanha e Itália. A definição de países de referência é um procedimento usado também noutros países europeus e levanta essencialmente duas questões: (1) assume que nesses países os preços são racionais; (2) quais os critérios para definir os países que devem servir de base à comparação.

Nos medicamentos genéricos, o procedimento é distinto consoante existam ou não grupos homogéneos, os quais são um elemento da política de participação. No entanto, em ambos os casos é definido um valor máximo para o PVP, pelo que serão admitidos apenas os medicamentos com um PVP abaixo desse valor. Em termos gerais, o PVP dos medicamentos genéricos a introduzir no mercado nacional deve ser inferior, no mínimo, em 50% ao PVP do medicamento de referência, caso não exista grupo homogéneo. No caso de existir, o respectivo PVP deve ser igual ou inferior ao preço de referência desse grupo. Há excepções a esta regra, nomeadamente quando o PVA é inferior a €10, mas uma vez que os objectivos definidos consistiam na descrição das principais linhas orientadoras, não se procurou uma descrição exaustiva de todas as situações tipificadas nos diplomas publicados.

Acresce ainda que está prevista uma revisão anual dos preços em ambos os casos, genéricos e de marca, embora com regras distintas.

As margens de comercialização são também objecto de regulamentação. Assim, quer para os grossistas, quer para as farmácias, foram definidas margens regressivas, que diminuem à medida que aumenta o preço dos medicamentos, sendo em alguns casos acrescidas de um valor fixo, as quais se mantêm fixas a partir de um determinado montante. As margens podem conter incentivos à venda dos medicamentos mais caros, pelo que a nível europeu, a tendência é para fixar margens regressivas ou um valor fixo, o que acontece neste momento também em Portugal.

Dentro da política de preços, é particularmente relevante o tipo de participação. A repartição dos custos dos medicamentos entre o Estado e o utente assenta na necessidade de um mecanismo que incentive o consumo racional de medicamentos, consciencializando os utentes para os custos destes. Contudo, é necessário considerar que existe assimetria de informação,

pelo que o doente não tem toda a informação para poder escolher e de que forma é garantida a equidade, particularmente dos doentes que necessitam de medicamentos com custos mais elevados.

Em Portugal, a comparticipação inclui três vertentes (farmacêutica, clínica e económica) e concretiza-se através de um sistema de escalões em que o Estado paga parte do preço do medicamento, estando o escalão de comparticipação de cada medicamento predeterminado e dependente da sua classificação farmacoterapêutica, existindo níveis de comparticipação de 15, 37, 69 e 90%. São admitidas excepções, nomeadamente para pensionistas de rendimento inferior a um limiar definido e para os medicamentos considerados imprescindíveis em termos de sustentação de vida.

A política de comparticipação inclui desde 2002 um sistema de preços de referência, aplicável sempre que existam medicamentos genéricos comparticipados e comercializados e de revisão trimestral. Com esta medida pretende-se, por um lado, limitar os gastos através de uma maior sensibilização dos doentes e médicos para os custos dos medicamentos e, por outro, criar incentivos à redução de preços.

A metodologia assenta na definição dos critérios para a formação dos grupos homogêneos e dos critérios para o cálculo do preço de referência de cada grupo. O Estado fixa então um limite à sua comparticipação baseado no preço de referência, fazendo com que o utente pague a diferença entre o preço do medicamento que lhe é prescrito e o preço de referência, se o primeiro for superior.

Este sistema é utilizado em diversos países europeus, com diversas periodicidades de actualização (de quinzenal a anual), critérios mais ou menos abrangentes para a definição dos grupos (níveis 4 e 5 da classificação ATC, na maior parte dos países) e métodos de definição de preços (por exemplo, o preço médio, média dos dois ou três mais baixos, valor mais baixo).

Em Portugal, os grupos homogêneos incluem diversos medicamentos (marcas) com a mesma substância activa, sendo o preço de referência de cada grupo a média dos cinco PVP mais baixos praticados no mercado.

Contudo, apesar da importância da política de preços e de esta ser um dos principais elementos da política do medicamento, existem um conjunto de condicionantes ao seu sucesso, as quais podem mesmo anular os seus efeitos. Contam-se entre estas a reacção dos prescritores no sentido de aumentar a quantidade prescrita ou de transferir a prescrição para medicamentos mais dispendiosos. Por outro lado, a lealdade dos utentes aos medicamentos de marca pode permitir um ligeiro aumento do seu preço após a entrada de genéricos, pelo facto de a procura ser pouco elástica. Além disso, a revisão periódica dos sistemas de preços de referência é fundamental para garantir os efeitos a médio e longo prazo, já que existe quem defenda que os ganhos se verificam apenas no momento da implementação.

Além dos preços, a política do medicamento dispõe ainda de dois outros instrumentos: quantidades e montante de gastos.

Apesar da sua importância, a alteração dos padrões de prescrição através da actuação sobre a procura constitui um dos objectivos mais complexos de atingir no contexto da política dos medicamentos, uma vez que implica muitas vezes a alteração de uma cultura instituída e dos valores, crenças, atitudes e experiências do prescritor que influenciam a decisão de prescrição.

Dentro destas medidas incluem-se a elaboração de *guidelines* ou protocolos de tratamento ou os incentivos aos médicos por uma prescrição racional, os quais assentam num sistema de informação que permita conhecer o perfil de prescrição por profissional e monitorizar o padrão de prescrição e os seus determinantes. Em Portugal, espera-se que as recentes normas clínicas emanadas da DGS, no âmbito do protocolo com a Ordem dos Médicos, a par da generalização da prescrição electrónica possam dar um contributo neste domínio, sendo essenciais a divulgação e o escrutínio dos resultados alcançados e, se necessário, a afinação das medidas.

Finalmente, pode ainda actuar-se no sentido de controlar o montante de gastos, nomeadamente através de acordos entre o Estado e a indústria farmacêutica (o acordo assinado em Maio de 2012 constitui um exemplo recente) ou de reduções extraordinárias de preços (em Outubro de 2010, por exemplo).

Relativamente à caracterização do mercado de medicamentos em Portugal, registou-se, em primeiro lugar, que o mercado total em ambulatório foi o de maior dimensão (€2.943 mil milhões), seguido do mercado hospitalar e (€1.041 mil milhões) e dos MNSRM (€205 milhões).

Comparativamente ao contexto internacional, as despesas em Portugal tendiam a ser inferiores às registadas nos países/grupos de países usados para comparação, em todos os domínios (total, pública e privada). Simultaneamente, a percentagem da despesa em medicamentos suportada a nível privado reduziu-se no mesmo período (38% em 2010), embora se mantenha superior à registada na UE-15 (33%). Finalmente, os recursos afectos aos medicamentos têm uma maior expressão em Portugal que nos restantes países/grupos de países em estudo. Esta situação deve-se particularmente ao comportamento da despesa pública, onde Portugal é o país com o valor máximo – 18% da despesa é canalizada para medicamentos. Na despesa privada, o valor de Portugal situa-se ao nível da média da UE-15 (23 e 24%, respectivamente).

A análise da situação actual do mercado de medicamentos em ambulatório e da sua evolução recente permitiu constatar que este se tem vindo a contrair regularmente desde 2009, com uma redução particularmente clara a partir de 2011 (-9,1% em 2011; -11,8% no primeiro semestre de 2012). Este facto deve

ser lido em conjunto com a redução de preços verificada particularmente no primeiro semestre de 2012: de €13,20 (ano 2011) para €10,91.

Quanto à distribuição por CFT e substância activa, verifica-se uma concentração do mercado num conjunto relativamente restrito, veja-se que dez CFT são responsáveis por quase metade do volume de vendas e 60% dos encargos do SNS. As CFT mais relevantes são os modificadores do eixo renina angiotensina, antidiabéticos orais e antidislipidémicos.

Relativamente ao mercado de genéricos, é notória a escala considerável de redução dos preços desde 2010, a qual ocorreu em simultâneo com uma redução contínua da quota de mercado em PVP (17% no primeiro semestre de 2012) e um aumento contínuo da quota de mercado em embalagens (24,5% do mercado total no mesmo período). Os valores disponíveis apontam para que ainda exista margem de crescimento no mercado de genéricos, para uma quota superior aos 41% do mercado concorrencial registados.

Comparativamente ao contexto internacional, em 2010, os dados apontam para diferenças ao nível dos preços, as quais podem ser agora menos notórias dada a redução referida acima.

A situação no mercado hospitalar caracterizou-se por uma inversão da tendência de crescimento que se vinha a registar desde 2009, embora a redução no primeiro semestre de 2012 tenha sido moderada (1,2%). A maioria da despesa concentra-se nos medicamentos dispensados no ambulatório dos serviços farmacêuticos (44%) e hospital de dia (31%). Observou-se ainda que o decréscimo na despesa hospitalar global registado no primeiro semestre de 2012 coexiste com evoluções contrárias em algumas rubricas, quer por área de prestação, quer por área de actividade, que poderão estar ligadas a mudanças no perfil dos doentes verificadas apenas naqueles casos ou a mudanças no perfil de prescrição motivadas por outras razões. Em particular, destacam-se os medicamentos dispensados no ambulatório dos serviços farmacêuticos, cuja despesa aumentou no primeiro semestre de 2012, assim como a área das doenças infecciosas.

Na abordagem aos ganhos potenciais na despesa em medicamentos partiu-se do pressuposto de que esta resulta da combinação de três elementos: o preço, a quantidade consumida e o *mix* de tipos de medicamentos.

Assim, em primeiro lugar, considerou-se a hipótese de alteração da quantidade de medicamentos consumida, também fundamentada pela comparação entre os valores nacionais e um conjunto de países da OCDE. Os dados recolhidos permitiram constatar as diferenças entre o padrão de prescrição em Portugal e os restantes países, nomeadamente o elevado consumo de ansiolíticos, anti-inflamatórios e anti-reumáticos não esteróides, antidepressivos e antibacterianos, a par do menor consumo de antidislipidémicos e agentes que actuam sobre o sistema renina-angiotensina.

Em segundo lugar, foi abordada a hipótese de alteração do preço dos medicamentos, fundamentada pela comparação entre os preços praticados em Portugal e num conjunto de outros países europeus. Na primeira parte, observou-se que nos grupos de medicamentos em que Portugal não se destacou pelo seu elevado consumo o que sobressaiu foi o elevado preço dos medicamentos consumidos, com excepção dos medicamentos utilizados na diabetes. Na segunda parte, foi possível concluir que, para os dez medicamentos seleccionados para o estudo, não existe homogeneidade da relação entre o PVP em Portugal e os países considerados. Em termos gerais, o PVP em Portugal era mais elevado que em França e mais baixo que na Alemanha. Comparativamente a Espanha, Grécia e Itália, não há homogeneidade de comportamentos. Além disso, Portugal não apresenta o mesmo comportamento para todas as apresentações, podendo o mesmo medicamento ser mais ou menos dispendioso que noutro país consoante a apresentação.

Em terceiro lugar, colocou-se a hipótese de alteração do *mix* de medicamentos consumidos, apontando-se duas vias possíveis para a obtenção de ganhos mantendo os actuais parâmetros de qualidade na prescrição: (1) substituição de determinados medicamentos por medicamentos genéricos, com a mesma substância activa e de preço inferior e (2) aplicação de uma dupla alteração: a substituição de medicamentos de marca por medicamentos genéricos e, em simultâneo, a substituição de determinadas substâncias activas por outras menos dispendiosas, tendo em conta parâmetros clínicos, em três situações: antilipidémicos/estatinas, inibidores da bomba de prótons e antibacterianos. Na primeira abordagem, constatou-se que as estimativas de ganhos potenciais variavam entre 21 e 84 milhões de euros, consoante a taxa de substituição considerada (20% ou 80%). Estes valores significavam que os gastos da sociedade com medicamentos podiam ser reduzidos entre 3% e 11%. Quando se estimaram os ganhos decorrentes da possibilidade de alteração da substância activa prescrita, os dados recolhidos permitem estimar que uma alteração do perfil de prescrição nas estatinas, IBP e antibacterianos significaria um ganho potencial entre 26,5 a 76,4 milhões de euros, o que representaria pelo menos 11% do montante total da despesa da sociedade na prescrição destes fármacos. Considerando conjuntamente os ganhos anteriores e os valores decorrentes do aumento da prescrição de medicamentos genéricos, podem estimar-se ganhos potenciais de cerca de 47,6 milhões de euros, o que representava 5% desses gastos, representando 2% quando se considerava o mercado do SNS global em 2009. No cenário menos conservador, em que as alterações na prescrição assumiam uma maior profundidade, os ganhos potenciais poderiam alcançar cerca de 160,8 milhões de euros (16% das substâncias activas em estudo, 7% do mercado global).

A escala dos ganhos potenciais, ainda que estimados e tendo presente que não foi possível considerar a informação dos diagnósticos que motivaram a prescrição, constitui, em nosso entender uma evidência da importância desta matéria para a saúde em Portugal e para um uso criterioso dos recursos que a sociedade canaliza para a prestação de cuidados de saúde. Adicionalmente, as alterações aqui assumidas podem ainda, em alguns casos, implicar uma melhoria das condições de saúde das populações, pelo que se usufruiria de um duplo benefício.

Dadas as recentes alterações, tanto ao nível do padrão de prescrição, nomeadamente o aumento do peso dos antidiabéticos orais, como ao nível da redução de preços, bem como da introdução de novos genéricos (clopidogrel, em particular) é de esperar que a realização do estudo com dados mais recentes pudesse apresentar valores distintos. Contudo, é do nosso entender que a análise reflecte aspectos estruturais do mercado de medicamentos em Portugal. Em particular, emerge como decisiva a importância de uma política que actue sobre o padrão de prescrição de medicamentos, procurando influenciar o mercado com medidas do lado da procura, acompanhando as medidas que actuam exclusivamente sobre a oferta. Apesar do sucesso destas últimas, pelo menos no curto prazo, espera-se que as medidas sobre a procura tenham um efeito mais prolongado no tempo e, em alguns casos, se possam simultaneamente traduzir em ganhos em saúde.

Deste modo, à luz das iniciativas da política do medicamento cujas linhas gerais foram aqui abordadas e que se situam particularmente no âmbito de medidas com vista a influenciar a oferta, esta análise permite evidenciar os ganhos possíveis de uma abordagem sobre a procura de medicamentos. Apesar disto, as medidas actualmente em curso (definição de normas clínicas ou prescrição electrónica) constituem elementos com potencial para alterar os comportamentos, pelo que se espera que não constituam um fim em si mesmos, mas um meio com impacto positivo sobre a equidade, ganhos em saúde e volume de despesa.

Em suma, a análise do sector do medicamento permitiu, por um lado, fundamentar a sua importância no âmbito das despesas em saúde e, por outro, apontar possíveis caminhos de melhoria da eficiência dos quais, pela importância relativa referida, se esperam ganhos potenciais consideráveis.

### **Bibliografia**

Agency for Healthcare Research and Quality. Comparative effectiveness of management strategies for gastroesophageal reflux disease [Internet]. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, U.S. Department of Health and Human Services; 2005. Available from <http://www.effectivehealthcare.ahrq.gov/repFiles/GERD%20Final%20Report.pdf>

- Alcobia A. A gestão do medicamento. In: Campos L, Borges M, Portugal R, editores. Governação dos hospitais. Alfragide: Casa das Letras; 2009. p. 187-203.
- ACS. Política do medicamento, dispositivos médicos e avaliação de tecnologias de saúde [Internet]. Vaz AF, editor. Lisboa: ACS; 2010. Available from <http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2010/06/PM.pdf> [2010a]
- ACS. Evolução dos indicadores do PNS 2004-2010 [Internet]. Lisboa: ACS; 2010. Available from: [http://www.acs.min-saude.pt/files/2011/01/EvolucaoIndicadoresPNS\\_FINAL.pdf](http://www.acs.min-saude.pt/files/2011/01/EvolucaoIndicadoresPNS_FINAL.pdf) [2010b]
- APIFARMA. A indústria farmacêutica em números: edição 2010 [Internet]. Lisboa: APIFARMA; 2010. Available from <http://www.apifarma.pt/publicacoes/ifnumeros/Paginas/IFnumeros2010.aspx>
- Barros PP, Nunes LC. The impact of pharmaceutical policy measures: a structural-break approach [Internet]. 2009. Available from [http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=1365871](http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1365871)
- Brekke KR, Holmas TH, Straume OR. Margins and market shares: pharmacy incentives for generic substitution [Internet]. Discussion paper. Bergen: Norwegian School of Economics and Business Administration; 2010. Available from <http://www.medicine.manchester.ac.uk/images/File/MM.pdf>
- Caldeira L, Remísio E, António A, Vaz AF, Aguiar P, Fonseca A, Maria V. Caracterização da prescrição de antibióticos em infecções do tracto respiratório por parte dos médicos de Clínica Geral e da carreira de Medicina Geral e Familiar do continente português [Internet]. Lisboa: Observatório do Medicamento e dos Produtos de Saúde, INFARMED; 2002. Available from [http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MONITORIZACAO\\_DO\\_MERCADO/OBSERVATORIO/INTRODUCAO\\_DE\\_FICHEIROS/rel\\_antibioticos.pdf](http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MONITORIZACAO_DO_MERCADO/OBSERVATORIO/INTRODUCAO_DE_FICHEIROS/rel_antibioticos.pdf)
- Comissão Europeia. Normas orientadoras sobre boas práticas de fabrico – medicamentos para uso humano e veterinário [Internet]. Bruxelas: CE, 2008. Available from [http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MONITORIZACAO\\_DO\\_MERCADO/INSPECCAO/FABRICANTES/BOAS\\_PRATICAS\\_FABRICO\\_MUH/PARTE\\_I/Microsoft%20Word%20-%202001\\_435-10-2008\\_02\\_12\\_introduction\\_gmp%20Ing-Pt%20\\_LOM\\_.pdf](http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MONITORIZACAO_DO_MERCADO/INSPECCAO/FABRICANTES/BOAS_PRATICAS_FABRICO_MUH/PARTE_I/Microsoft%20Word%20-%202001_435-10-2008_02_12_introduction_gmp%20Ing-Pt%20_LOM_.pdf)
- Comissão Europeia. Pharmaceutical sector inquiry: final report [Internet]. Brussels: CE; 2009. Available from [http://ec.europa.eu/competition/sectors/pharmaceuticals/inquiry/staff\\_working\\_paper\\_part1.pdf](http://ec.europa.eu/competition/sectors/pharmaceuticals/inquiry/staff_working_paper_part1.pdf)
- Consumer reports. Consumer Reports health best buy drugs: Evaluating statin drugs to treat high cholesterol and heart disease – comparing safety, effectiveness and price [Internet]. NY: Consumers Union; 2010. Available from <http://www.consumerreports.org/health/resources/pdf/best-buy-drugs/StatinsUpdate-FINAL.pdf> [2010a]
- Consumer reports. Consumer Reports health best buy drugs: Drugs to treat heartburn and stomach acid reflux – comparing safety, effectiveness and price [Internet]. NY: Consumers Union; 2010. Available from <http://www.consumerreports.org/health/resources/pdf/best-buy-drugs/PPIsUpdate-FINAL.pdf> [2010b]
- Cruz JP. A inovação terapêutica. In: Fernandes AC, editor. O medicamento e o sistema de saúde. Loures: Diário de Bordo; 2011. p. 75-85.

- Danzon PM, Furukawa MF. Cross-national evidence on generic pharmaceuticals: pharmacy vs. physician-driven markets [Internet]. 2011. Available from <http://sbm.temple.edu/dept/trihm/documents/seminars/sp11/Generics%20draft%203.15.2011.pdf>
- DIMDI. Festbetragsliste [Internet]. Koln: DIMDI; 2010. Available from <http://www.dimdi.de/static/de/amg/fbag/index.htm>
- DGS. Circular informativa n.º 5/DIR [Internet]. 16/02/2007. Lisboa: DGS, 2007. Available from [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)
- DGS. Normas clínicas em audição [Internet]. Lisboa: DGS; 2012. [Cited 14-08-2012]. Available from <http://www.dgs.pt/>
- DGAE. Lista PVP [Internet]. Lisboa: DGAE; 2011. Available from <http://www.dgae.min-economia.pt/>
- Dylst P, Simoens S. Generic medicine pricing policies in Europe: current status and impact. *Pharmaceuticals*. 2010; 3: 471-81.
- EFPIA. The pharmaceutical industry in figures: 2010 update [Internet]. Brussels: EFPIA; 2011. Available from <http://www.efpia.eu/Content/Default.asp?PageID=559&DocID=9158>
- Europe Economics. Estudo do sistema de comparticipação de medicamentos e a sua adequação à reforma da saúde, incluindo o regime de preços dos medicamentos a comparticipar pelo estado: relatório final. Londres: Europe Economics; 2005.
- European Generics Association. Health Economics Committee. How to increase patient access to generic medicines in European healthcare systems [Internet]. Brussels: EGA, 2009. Available from [http://www.egagenerics.com/doc/ega\\_increase-patient-access\\_update\\_072009.pdf](http://www.egagenerics.com/doc/ega_increase-patient-access_update_072009.pdf)
- ESAC (European Surveillance of Antibiotic Consumption). ESAC interactive database [Internet]. Version 200911. Antwerp: ESAC; 2009. Available from [http://app.esac.ua.ac.be/esac\\_idb/consumption/data.htm](http://app.esac.ua.ac.be/esac_idb/consumption/data.htm)
- Ferech M, Coenen S, Malhotra-Kumar S, Dvorakova K, Hendrickx E, Suetens C, Goossens H; ESAC Project Group. European Surveillance of Antimicrobial Consumption (ESAC): outpatient antibiotic use in Europe. *J Antimicrob Chemother*. 2006 Aug; 58(2):401-7.
- Fox KM, Gandhi SK, Ohsfeldt RL, Davidson MH. Comparison of low-density lipoprotein cholesterol reduction after switching patients on other statins to rosuvastatin or simvastatin in a real-world clinical practice setting. *Am J Manag Care*. 2007 Dec; 13 Suppl 10:S270-5.
- Generic Pharmaceutical Association. Savings achieved through the use of generic pharmaceuticals 2000-2009 [Internet]. Washington, DC: GPhA; 2010. Available from [http://www.gphaonline.org/sites/default/files/GPhA%20Savings%20Study%20Book%20Updated%20Web%20FINAL%20Jul23%2010\\_0.pdf](http://www.gphaonline.org/sites/default/files/GPhA%20Savings%20Study%20Book%20Updated%20Web%20FINAL%20Jul23%2010_0.pdf)
- Gomes MG. O medicamento no sistema de saúde: aliado ou ameaça? In: Fernandes AC, editor. *O medicamento e o sistema de saúde*. Loures: Diário de Bordo; 2011. p. 127-38.
- Gonçalves R. Política do medicamento. In: Simões J, editor. *30 anos do Serviço Nacional de Saúde*. Coimbra: Edições Almedina; 2010. p. 195-238.
- Goossens H, Ferech M, Vander Stichele R, Elseviers M; ESAC Project Group. Outpatient antibiotic use in Europe and association with resistance: a cross-national database study. *Lancet*. 2005 Feb 12-18;365(9459):579-87.

- Grootendorst P, Piérard E, Sim M. The life expectancy gains from pharmaceutical drugs: a critical appraisal of the literature [Internet]. SEDAP Research Paper No. 221. Ontario: SEDAP; 2007. [Cited 20-04-2010]. Available from <http://socserv.mcmaster.ca/sedap/p/sedap221.pdf>
- Heidelbaugh JJ, Goldberg KL, Inadomi JM. Magnitude and economic effect of overuse of antisecretory therapy in the ambulatory care setting. *Am J Manag Care*. 2010 Sep;16(9):e228-34.
- Hughes DA, Bodger K, Bytzer P, de Herdt D, Dubois D. Economic analysis of on-demand maintenance therapy with proton pump inhibitors in patients with non-erosive reflux disease. *Pharmacoeconomics*. 2005;23(10):1031-41.
- INFARMED. Saiba mais sobre ciclo de vida de um medicamento [Internet]. Lisboa: INFARMED, 2008. Available from [http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/PUBLICACOES/TEMATICOS/SAIBA\\_MAIS\\_SOBRE/SaibaMaisSobre2.pdf](http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/PUBLICACOES/TEMATICOS/SAIBA_MAIS_SOBRE/SaibaMaisSobre2.pdf) [2008a]
- INFARMED. Estatística do Medicamento 2007 [Internet]. Lisboa: INFARMED; 2008. Available from [http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/PUBLICACOES/TEMATICOS/ESTATISTICA\\_MEDICAMENTO](http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/PUBLICACOES/TEMATICOS/ESTATISTICA_MEDICAMENTO) [2008b]
- INFARMED. Saiba mais sobre participação de medicamentos [Internet]. 16 Outubro 2009. Lisboa: INFARMED; 2009. Available from [http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/PUBLICACOES/TEMATICOS/SAIBA\\_MAIS\\_SOBRE/16\\_Comparticipacao\\_Medicamentos\\_2.pdf](http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/PUBLICACOES/TEMATICOS/SAIBA_MAIS_SOBRE/16_Comparticipacao_Medicamentos_2.pdf) [2009a]
- INFARMED. Estatística do Medicamento 2008 [Internet]. Lisboa: INFARMED; 2009. Available from [http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/PUBLICACOES/TEMATICOS/ESTATISTICA\\_MEDICAMENTO](http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/PUBLICACOES/TEMATICOS/ESTATISTICA_MEDICAMENTO) [2009b]
- INFARMED. Consumo de medicamentos em meio hospitalar: Dezembro 2009 [Internet]. Lisboa: INFARMED; 2010. [Cited 10-08-2012]. Available from [http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MONITORIZACAO\\_DO\\_MERCADO/OBSERVATORIO/ANALISE\\_MENSAL\\_MERCADO/ANALISE\\_MERCADO\\_MEDICAMENTOS\\_CHNM/2009/Rel\\_CHNM\\_200912.pdf](http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MONITORIZACAO_DO_MERCADO/OBSERVATORIO/ANALISE_MENSAL_MERCADO/ANALISE_MERCADO_MEDICAMENTOS_CHNM/2009/Rel_CHNM_200912.pdf) [2010a]
- INFARMED. Estatística do Medicamento 2009 [Internet]. Lisboa: INFARMED; 2010. Available from [http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/PUBLICACOES/TEMATICOS/ESTATISTICA\\_MEDICAMENTO](http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/PUBLICACOES/TEMATICOS/ESTATISTICA_MEDICAMENTO) [2010b]
- INFARMED. Como se calculam os encargos dos utentes do regime geral [Internet]? Como se calculam os encargos dos utentes do regime especial [Internet]? Lisboa: INFARMED; 2011. Available from [http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/PERGUNTAS\\_FREQUENTES/MEDICAMENTOS\\_USO\\_HUMANO/AVALIACAO\\_ECONOMICA\\_E\\_COMPARTICIPACAO/MEDICAMENTOS\\_COMPARTICIPADOS\\_SPR#P24](http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/PERGUNTAS_FREQUENTES/MEDICAMENTOS_USO_HUMANO/AVALIACAO_ECONOMICA_E_COMPARTICIPACAO/MEDICAMENTOS_COMPARTICIPADOS_SPR#P24) [2011a]
- INFARMED. O que é um genérico [Internet]. Lisboa: INFARMED; 2011. Available from [http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/PERGUNTAS\\_FREQUENTES/MEDICAMENTOS\\_USO\\_HUMANO/MUH\\_MEDICAMENTOS\\_GENERICOS/#P1](http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/PERGUNTAS_FREQUENTES/MEDICAMENTOS_USO_HUMANO/MUH_MEDICAMENTOS_GENERICOS/#P1) [2011b]
- INFARMED. Consumo de medicamentos em meio hospitalar: Dezembro 2010 [Internet]. Lisboa: INFARMED; 2011. [Cited 10-08-2012]. Available from <http://www.infarmed>.

pt/portal/page/portal/INFARMED/MONITORIZACAO\_DO\_MERCADO/OBSERVATORIO/ANALISE\_MENSAL\_MERCADO/ANALISE\_MERCADO\_MEDICAMENTOS\_CHNM/Tab/Rel\_CHNM\_201012v2.pdf [2011c]

INFARMED. Pesquisa Medicamento [Internet]. Lisboa: INFARMED; 2011. Available from <http://www.infarmed.pt/genericos/pesquisamg/pesquisaMG.php> [2011d]

INFARMED. Deliberação n.º 045 / CD / 2011 [Internet]. Lista de grupos homogêneos para vigiar no trimestre civil que se inicia em 1 de Abril de 2011. Lisboa: INFARMED; 2001. Available from [http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MEDICAMENTOS\\_USO\\_HUMANO/AVALIACAO\\_ECONOMICA\\_E\\_COMPARTICIPACAO/MEDICAMENTOS\\_USO\\_AMBULATORIO/SISTEMA\\_DE\\_PRECOS\\_DE\\_REFERENCIA/SPR\\_ACTUALIZACAO/Delib\\_Abr11\\_rectificacodigoGH.pdf](http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MEDICAMENTOS_USO_HUMANO/AVALIACAO_ECONOMICA_E_COMPARTICIPACAO/MEDICAMENTOS_USO_AMBULATORIO/SISTEMA_DE_PRECOS_DE_REFERENCIA/SPR_ACTUALIZACAO/Delib_Abr11_rectificacodigoGH.pdf) [2011e]

INFARMED. Prontuário terapêutico [Internet]. Lisboa: INFARMED, 2011. Available from <http://www.infarmed.pt/prontuario/index.php> [2011f]

INFARMED. Classificação quanto à dispensa ao público [Internet]. Lisboa: INFARMED, 2012. [Cited 10-08-2012]. Available from [http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MEDICAMENTOS\\_USO\\_HUMANO/PRESCRICAO\\_DISPENSA\\_E\\_UTILIZACAO/CLASSIFICACAO\\_QUANTO\\_A\\_DISPENSA](http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MEDICAMENTOS_USO_HUMANO/PRESCRICAO_DISPENSA_E_UTILIZACAO/CLASSIFICACAO_QUANTO_A_DISPENSA) [2012a]

INFARMED. Análise do mercado de medicamentos em ambulatório: Junho 2012 [Internet]. Lisboa: INFARMED; 2012. [Cited 10-08-2012]. Available from [http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MONITORIZACAO\\_DO\\_MERCADO/OBSERVATORIO/ANALISE\\_MENSAL\\_MERCADO/MEDICAMENTOS\\_AMBULATORIO\\_2/2012/Rel-MAmbul-201206-Net.pdf](http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MONITORIZACAO_DO_MERCADO/OBSERVATORIO/ANALISE_MENSAL_MERCADO/MEDICAMENTOS_AMBULATORIO_2/2012/Rel-MAmbul-201206-Net.pdf) [2012b]

INFARMED. Consumo de medicamentos em meio hospitalar: relatório mensal Junho 2012 [Internet]. Lisboa: INFARMED; 2012. [Cited 10-08-2012]. Available from [http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MONITORIZACAO\\_DO\\_MERCADO/OBSERVATORIO/ANALISE\\_MENSAL\\_MERCADO/ANALISE\\_MERCADO\\_MEDICAMENTOS\\_CHNM/2012/Rel\\_ConsumoMedicamentos\\_MeioHospitalar201206.pdf](http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MONITORIZACAO_DO_MERCADO/OBSERVATORIO/ANALISE_MENSAL_MERCADO/ANALISE_MERCADO_MEDICAMENTOS_CHNM/2012/Rel_ConsumoMedicamentos_MeioHospitalar201206.pdf) [2012c]

INFARMED. Vendas de medicamentos não sujeitos a receita médica fora das farmácias (MNSRM): Janeiro – Junho 2012 [Internet]. Lisboa: INFARMED; 2012. [Cited 10-08-2012]. Available from [http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MONITORIZACAO\\_DO\\_MERCADO/OBSERVATORIO/ANALISE\\_MENSAL\\_MERCADO/VENDAS\\_MNSRM/2012/MNSRM\\_201206.pdf](http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MONITORIZACAO_DO_MERCADO/OBSERVATORIO/ANALISE_MENSAL_MERCADO/VENDAS_MNSRM/2012/MNSRM_201206.pdf) [2012d]

INFARMED. Consumo de medicamentos em meio hospitalar: Dezembro 2011 [Internet]. Lisboa: INFARMED; 2012. [Cited 10-08-2012]. Available from [http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MONITORIZACAO\\_DO\\_MERCADO/OBSERVATORIO/ANALISE\\_MENSAL\\_MERCADO/ANALISE\\_MERCADO\\_MEDICAMENTOS\\_CHNM/2011/Rel\\_ConsumoMedicamentos%20emMeioHospitalar\\_vfinal.pdf](http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MONITORIZACAO_DO_MERCADO/OBSERVATORIO/ANALISE_MENSAL_MERCADO/ANALISE_MERCADO_MEDICAMENTOS_CHNM/2011/Rel_ConsumoMedicamentos%20emMeioHospitalar_vfinal.pdf) [2012e]

Kanavos P, Vadoros S, Irwin R, Nicod E, Casson M. Differences in costs of and access to pharmaceutical products in the EU [Internet]. Brussels: European Parliament; 2011. Available from <http://www.eatg.org/eatg/Global-HIV-News/EU-Policy/Report-Differences-in-costs-of-and-access-to-pharmaceutical-products-in-the-EU>

- Lablanche JM, Leone A, Merkely B, Morais J, Alonso J, Santini M, Eha J, Demil N, Licour M, Tardif JC; CENTAURUS investigators. Comparison of the efficacy of rosuvastatin versus atorvastatin in reducing apolipoprotein B/apolipoprotein A-1 ratio in patients with acute coronary syndrome: results of the CENTAURUS study. *Arch Cardiovasc Dis.* 2010 Mar; 103(3):160-9.
- Lindgren P, Jönsson B. From 4S to IDEAL: the health economics of the statin trials. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil.* 2009 Apr; 16(2):138-43.
- Ministério da Saúde. Conferência de imprensa: Evolução despesa com Medicamentos hospitalares; Evolução dos encargos do SNS com Medicamentos; Evolução do Mercado de Medicamentos Genéricos [Internet]. Lisboa: 2011. Available from [http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/FC3D256B-1E9D-4B73-8D86-88BC7B762B13/0/Conf\\_Imprensa\\_infarmed24fev.pdf](http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/FC3D256B-1E9D-4B73-8D86-88BC7B762B13/0/Conf_Imprensa_infarmed24fev.pdf)
- Ministério da Saúde. Acordo entre os Ministérios da Saúde, da Economia e do Emprego e das Finanças e a Indústria Farmacêutica [Internet]. Lisboa: 2012. [Cited 10-08-2012]. Available from [http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/C88A4E27-5A76-4405-83B7-D81798695155/0/acordo\\_ms\\_apifarma\\_14\\_05\\_2012.pdf](http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/C88A4E27-5A76-4405-83B7-D81798695155/0/acordo_ms_apifarma_14_05_2012.pdf)
- Mossialos E, Walley T, Mrazek M. Regulating pharmaceuticals in Europe: an overview. In: Mossialos E, Mrazek M, Walley T (ed.). *Regulating pharmaceuticals in Europe: striving for efficiency, equity and quality* [Internet]. Maidenhead: Open University Press; 2004. p. 1-38. Available from [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/98432/E83015.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/98432/E83015.pdf)
- National Institute for Clinical Excellence. Dyspepsia – management of dyspepsia in adults in primary care [Internet]. London: NICE; 2004. Available from <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG017NICEguideline.pdf>
- National Institute for Clinical Excellence. Lipid modification: costing report – implementing NICE guideline [Internet]. London: NICE; 2008. Available from <http://guidance.nice.org.uk/CG67/CostingReport/pdf/English>
- National Prescribing Centre. National Health Service. Statins – prescribing points [Internet]. London: NHS; 2006. Available from [http://old.npci.org.uk/nsm/nsm/statins/resources/Statin\\_23.pdf](http://old.npci.org.uk/nsm/nsm/statins/resources/Statin_23.pdf)
- OCDE. Pharmaceutical pricing policies in a global market: executive summary [Internet]. Paris: OCDE; 2008. [Cited 01-08-2012]. Available from <http://www.oecd.org/els/healthpoliciesanddata/41303903.pdf>
- OCDE, 2010. OECD Health Data 2010 [CD-ROM]. Version 29 June 2010. Expenditure on health. Expenditure on personal health care. Pharmaceuticals and other medical non-durables. Paris: OCDE; 2010. [2010a]
- OCDE. OECD Health Data 2010 [CD-ROM]. Version 29 June 2010. Pharmaceutical market. Pharmaceutical consumption. Paris: OCDE; 2010. [2010b]
- OCDE. OECD Health Data 2010 [CD-ROM]. Version 29 June 2010. Pharmaceutical market. Pharmaceutical sales. Paris: OCDE; 2010. [2010c]
- OCDE. OECD health data: health expenditure and financing [database]. Paris: OCDE; 2012. [Cited 08-08-2012]. Available from [http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/data/oecd-health-statistics\\_health-data-en](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/data/oecd-health-statistics_health-data-en) [2012a]

- OCDE. OECD health data: demographic references [database]. Paris: OCDE; 2012. [Cited 08-08-2012]. Available from [http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/data/oecd-health-statistics\\_health-data-en](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/data/oecd-health-statistics_health-data-en) [2012b]
- OCDE. OECD health data: pharmaceutical market [database]. Paris: OCDE; 2012. [Cited 08-08-2012]. Available from [http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/data/oecd-health-statistics\\_health-data-en](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/data/oecd-health-statistics_health-data-en) [2012c]
- OMS. ATC/DDD Index 2011 [Internet]. Last updated 21/12/2010. Oslo: OMS; 2010. Available from [http://www.whocc.no/atc\\_ddd\\_index/](http://www.whocc.no/atc_ddd_index/)
- OMS. Introduction to drug utilization research [Internet]. Geneva: OMS, 2003. Available from [http://www.who.int/medicines/areas/quality\\_safety/safety\\_efficacy/Drug%20utilization%20research.pdf](http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/safety_efficacy/Drug%20utilization%20research.pdf)
- Pereira J, Barbosa C. Avaliação económica aplicada aos medicamentos. *Pharmacoeconomics SRA Formação contínua*. 2009; 7-20.
- Pinto CG, Pinheiro B. Os medicamentos e o sistema de saúde: uma abordagem económica. In: Fernandes AC, editor. *O medicamento e o sistema de saúde*. Loures: Diário de Bordo; 2011. p. 19-37.
- Pletcher MJ, Lazar L, Bibbins-Domingo K, Moran A, Rodondi N, Coxson P, Lightwood J, Williams L, Goldman L. Comparing impact and cost-effectiveness of primary prevention strategies for lipid-lowering. *Ann Intern Med*. 2009 Feb 17; 150(4): 243-54.
- Portela C. Regimes de comparticipação do Estado no preço dos medicamentos: avaliação do impacto do sistema de preços de referência em Portugal. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa; 2009. Tese de doutoramento em Saúde Pública.
- Simoens S, Coster S. Sustaining generic medicines markets in Europe [Internet]. Leuven: Katholieke Universiteit Leuven; 2006. Available from [http://www.egagenerics.com/doc/simoens-report\\_2006-04.pdf](http://www.egagenerics.com/doc/simoens-report_2006-04.pdf)
- Simoens S. The Portuguese generic medicines market: A policy analysis. *Pharmacy Practice (Internet)* 2009 Apr- Jun; 7(2): 74-80.
- Simpson RJ Jr, Signorovitch J, Birnbaum H, Ivanova J, Connolly C, Kidolezi Y, Kuznik A. Cardiovascular and economic outcomes after initiation of lipid-lowering therapy with atorvastatin vs simvastatin in an employed population. *Mayo Clin Proc*. 2009 Dec; 84(12):1065-72.
- Tran YB, Frial T, Miller PS. Statin's cost-effectiveness: a Canadian analysis of commonly prescribed generic and brand name statins. *Can J Clin Pharmacol*. 2007 Summer; 14(2):e205-14. Epub 2007 Jun 5.



## Capítulo 3

---

### Custos e preços na saúde: futuro

---

[Carlos Costa, Rui Santana e Sílvia Lopes]

Após a abordagem ao sector da saúde centrada no passado e presente, no que se refere à temática e dimensões em estudo no nosso país, neste capítulo os custos e os preços na saúde são também perspectivados numa óptica futura.

Sem pretensão de realizar uma análise determinística sobre os acontecimentos futuros, dada a tendência de mudança célere a que assistimos nos últimos anos e perante a incerteza e imprevisibilidade inerentes à evolução temporal vindoura, com todos os riscos intrínsecos daí decorrentes, em seguida são expostos dois temas fundamentais que contribuirão para o processo de reflexão, discussão e debate sobre o futuro do sistema de saúde português:

- Uma perspectiva resumida sobre os principais desafios que se colocam ao sector da saúde;
- Um conjunto de recomendações que decorrem da situação identificada em cada uma das áreas estudadas nos capítulos anteriores.

---

#### Principais desafios

---

Num contexto de complexidade global, os novos problemas inerentes ao processo de mudança interferem decisivamente nos sistemas de saúde e nas organizações que os estruturam, moldando as suas características, colocando-lhe novos desafios. De uma forma não exaustiva, são apresentados alguns dos desafios considerados mais importantes para o sector da saúde:

**O envelhecimento da população:** a existência de um maior número absoluto e relativo de pessoas mais idosas ao nível da estrutura etária dos países desenvolvidos tem associada uma maior necessidade de consumo de cuidados de saúde, situação que cria maior pressão na capacidade de resposta das organizações e dos sistemas de saúde.

O fenómeno do envelhecimento populacional combinado com os avanços científicos e tecnológicos desencadeará também uma discussão crescente acerca de novos problemas bioéticos associados à capacidade de decisão sobre a manipulação genética ou o prolongamento da vida humana.

**A alteração do perfil dos consumidores:** vivemos um período onde as expectativas dos consumidores são traduzidas em procura de valor – preço e qualidade. A diminuição da assimetria de informação (mais disponível) entre consumidor e prestador permite uma escolha mais racional, exigente e proactiva dos agentes de procura, elevando as suas expectativas face aos seus sistemas de saúde.

**Mudança epidemiológica:** de entre os desafios mais prementes sob o ponto de vista epidemiológico, destaca-se essencialmente a necessária capacidade de resposta que a investigação científica e a governação de sistemas de saúde têm de apresentar para responder de forma célere e antecipar, se possível, situações de doença inesperadas com grande impacto e rapidez de transmissão, como são exemplo as doenças pandémicas.

Por outro lado, a quarta fase da transição epidemiológica encontra fundamento no crescimento do número de indivíduos com doenças crónicas, ligadas ao envelhecimento da população e aumento da esperança média de vida nos países desenvolvidos. Para além das doenças crónicas *per se*, neste contexto, salienta-se também a crescente prevalência de doentes que apresentam características de multimorbilidade, para os quais é necessária uma resposta cada vez mais multidisciplinar, complexa e integrada, onde deverá existir uma actuação dirigida a “dar não só mais anos à vida, mas também mais vida (qualidade) aos anos”.

**Genoma Humano:** uma das linhas de investigação científica que particularmente se destacou recentemente e que pelo ritmo de desenvolvimento, intensidade e diversidade do seu impacto ao nível da gestão de organizações de saúde deverá ser atendida numa perspectiva futura é a relativa ao conhecimento associado ao genoma humano. A mudança de paradigma na prestação de cuidados de saúde, dando lugar a uma medicina personalizada onde é possível adaptar o tratamento às características individuais e diferenciadoras de cada doente, acarretará alterações significativas em diferentes dimensões, desde a relação directa entre clínico e doente à própria gestão e organização dos serviços de saúde.

**Alteração da definição de prestação de cuidados de saúde:** o próprio conceito básico de “prestação” terá tendência para mudar de uma actuação centrada no antigo paradigma “tratamento da doença”, para um novo paradigma mais focalizado no “bem-estar geral do doente”. A oferta de cuidados polarizada nas estruturas hospitalares deverá dar lugar à promoção da saúde e prevenção da doença, sendo necessária uma maior coordenação das actividades produtivas e a criação de valor para o utente.

**Avanços científicos no tratamento da doença:** para além dos problemas éticos habitualmente associados ao desenvolvimento da tecnologia clínica e

biológica, espera-se um crescimento dos custos inerentes a novas tecnologias. De outra forma, também se colocarão desafios à gestão de organizações de saúde na adaptação e resposta a novas técnicas e formas de tratamento da doença (como o desenvolvimento do conceito *e-health*, novos meios de diagnóstico, terapêutica medicamentosa inovadora, etc.);

**Globalização e expansão da economia mundial:** a globalização traz associada uma cultura de competição geral em que o pensamento estratégico das organizações deve não só reflectir a realidade local onde se insere, mas também possíveis sinergias/conhecimento em locais geograficamente distantes. A facilidade de comunicação entre as diferentes organizações e indivíduos, assentes, em muitas circunstâncias, em redes com capacidade de criação de conhecimento, poderá favorecer a disseminação desse conhecimento e boas práticas numa óptica global.

Nesta matéria, destacam-se em particular os desafios que irão ser colocados aos países do espaço europeu no âmbito da entrada em funcionamento da directiva comunitária, que regula a circulação de utentes neste contexto geográfico. A uniformização estrutural dos mecanismos e instrumentos que são disponibilizados por cada país constitui um trabalho futuro de grande envergadura, alcançável numa perspectiva de médio e longo prazo.

De outra forma, a crescente globalização poderá potenciar ainda uma multiplicidade de origens étnicas e culturais que exigirá maior abertura na percepção das necessidades de cada grupo específico.

**Sustentabilidade financeira:** como é de conhecimento geral, o nosso país vive actualmente um contexto de ajuda financeira externa, pelo que a necessidade de ajuste rápido de organizações colectivas e individuais a níveis de endividamento suportáveis e índices de desenvolvimento sustentáveis, é uma premissa básica com a qual temos e teremos de conviver nos próximos anos. A falta de liquidez dificulta a gestão quotidiana e hipoteca a capacidade de gerar riqueza a partir de novos ciclos de investimentos económicos. Para além da situação económico-financeira do país, salienta-se igualmente que o actual estado financeiro das organizações de saúde do SNS é extremamente preocupante, gerando défices operacionais significativos, sendo incapaz de garantir fluxos de tesouraria capazes de sustentar o regular funcionamento das organizações.

Se as consequências imediatas do ajustamento financeiro a que o nosso país se encontra sujeito têm impacto nos mais diversos sectores de actividade – entre os quais se encontra a saúde – as consequências futuras que serão sentidas como resultado deste processo, influenciarão também de forma decisiva a vida do país no médio e longo prazo. A capacidade e flexibilidade de adaptação às solicitações exigidas constituem um desafio imediato que se coloca às organizações e aos indivíduos.

**Reafecção de recursos:** a opção estratégica de edificação de infra-estruturas hospitalares durante as décadas de 1960 e 1970 criou problemas de rentabilização da capacidade instalada numa perspectiva evolutiva do estado da arte em tecnologia. A minimização da duração de internamento, incidindo preferencialmente em comportamentos produtivos tendentes a gerar um efeito substituição entre o internamento e o ambulatório programado, parece garantir uma superior qualidade assistencial e um incremento da eficiência técnica e económica. A adequação da disponibilização dos recursos disponíveis aos locais onde as necessidades ocorrem será também um desafio futuro tendente a ajustar a estrutura de oferta às características da procura expressa.

**As tecnologias de informação:** têm apresentado um desenvolvimento muito significativo nas últimas décadas e constituem um imperativo de suporte funcional, quer estratégico, quer operacional das organizações prestadoras de cuidados de saúde. A sua aplicação ao sector poderá deter impacto ao nível da rapidez na disponibilização de informação e na partilha de conhecimento, permitindo melhores e mais rápidas decisões, uma melhor coordenação entre entidades e exigirá também, por outro lado, mais formação e capacidade para tratar problemas relacionados por exemplo com a confidencialidade de informação individual de cada utente.

---

### Recomendações

---

Tendo como pano de fundo os principais desafios que se colocam aos sistemas de saúde e as conclusões acerca do passado e do presente referidas anteriormente sobre o sistema de saúde português, são identificadas em seguida um conjunto de recomendações que deverão ser colocadas à discussão e ao debate, nomeadamente:

- A definição de um plano estratégico para o desenvolvimento dos modelos de financiamento de organizações de saúde;
- A adequação do processo de determinação de preços e das metodologias de custeio no nosso país;
- A minimização dos efeitos perversos das unidades de pagamento;
- A introdução da severidade da doença como ajustador do financiamento;
- A maximização do nível de qualidade assistencial e minimização da variabilidade da prática clínica;
- O desenvolvimento dos sistemas de informação;
- A adequação da prescrição de medicamentos.

No momento de identificação de recomendações futuras, para enquadramento da temática em causa, importa revisitar o livro *Redefining Health Care*,

publicado em 2006, de Michael Porter e Elisabeth Teisberg, que resumiram conceptualmente de uma forma simples a problemática futura subjacente aos sistemas, organizações e indivíduos do sector da saúde: a sua capacidade de geração de valor em saúde.

Daqui decorrem, de imediato, duas regras, que para além das recomendações específicas adiante detalhadas, deverão também estar presentes de forma transversal para uma melhor gestão de organizações de saúde:

- *Focus on value not just in costs*, ou seja, a gestão tradicional baseada exclusivamente num paradigma centrado na minimização de custos é potencialmente indutora de um nível superior de custos no futuro. O critério de decisão não se deverá focar apenas na gestão de custos mas na sua relação directa com os resultados alcançados por cada unidade monetária consumida. De igual forma, também os resultados obtidos deverão ser perspectivados numa lógica de esforço necessário para a sua obtenção;
- A segunda lição que se pode tirar para o futuro, prende-se com a evidência de que mais meios monetários disponíveis não significam *per se* melhores resultados em saúde obtidos. O valor que se cria depende, essencialmente, do critério decisional implícito na relação entre resultados e esforço económico-financeiro para os alcançar.

### **A definição de um plano estratégico para o desenvolvimento dos modelos de financiamento de organizações de saúde**

A ausência das razões explicativas que se encontram subjacentes à evolução dos modelos de financiamento de organizações de saúde no nosso país é um factor relevante e suficientemente forte que parece traduzir uma realidade sinónima da inexistência de um planeamento estratégico dos modelos de financiamento de organizações de saúde. Neste sentido, a definição de um plano estratégico para o desenvolvimento dos modelos de financiamento de organizações de saúde para os próximos anos é uma prioridade, que na sua concepção deve essencialmente ver atendidos os seguintes aspectos:

- O enfoque da problemática relativa aos modelos de financiamento deve mudar de paradigma, de uma discussão centrada nos modelos e suas características inovadoras, será útil caminhar para um debate que dê primazia à necessidade de desenvolvimento das ferramentas e instrumentos básicos que permitam uma aplicação sistemática dos mesmos;
- O processo de definição estratégica deverá constituir um momento de reflexão sobre quais os objectivos que se pretendem alcançar com o modelo de financiamento. Sabendo de antemão que existiram comportamentos distintos ao nível dos resultados em saúde, deve saber-se exactamente o que se pretende sinalizar e dirigir o incentivo de forma

adequada para o enquadramento epidemiológico nos espaços geográficos e demográficos existentes;

- Os modelos “descartáveis” de financiamento deverão dar lugar a modelos que apresentem uma base sólida, reconhecida técnica e cientificamente pelos intervenientes no processo. A sua evolução deverá ser consistente, gradual, sistemática e justificada. Esta visão de médio e longo prazo garantirá estabilidade e maturidade dos modelos para que o prestador possa adequar os seus recursos aos incentivos e o pagador possa em simultâneo avaliar o sucesso do modelo, também ele adequando a sinalização proporcionada à resposta fornecida pelo mercado;
- O recurso a modelos de incentivos entre os diferentes níveis de cuidados de saúde, especificamente traduzidos numa aplicação simultânea de distintas unidades de pagamento, produziu um conjunto de incentivos potencialmente perversos e difusos que uma gestão global e integrada do sistema de financiamento poderia evitar. Neste sentido, numa perspectiva estratégica, é também exigível que exista uma preocupação relativa à coerência da utilização e funcionamento conjunto de diversas unidades de pagamento em simultâneo. Uma óptica global não fraccionada do modelo de financiamento poderá evitar incentivos indesejáveis em resultado de uma falta de articulação entre as unidades de pagamento utilizadas em diferentes níveis de cuidados de saúde;
- É necessário garantir o alinhamento dos instrumentos de planeamento estratégico das organizações prestadoras de cuidados de saúde. A conciliação entre o desenvolvimento dos modelos de financiamento e os Planos de Negócios das unidades de saúde é crucial sob o ponto de vista da gestão de organizações de saúde, na medida em que influencia o seu equilíbrio financeiro, por um lado, e sinaliza as prioridades que deverão ser seguidas pelos prestadores, por outro.

### **A adequação do processo de determinação de preços e das metodologias de custeio no nosso país**

No seio da gestão de organizações prestadoras de cuidados de saúde, o esforço em determinar, conhecer e gerir os custos de produção é crucial como suporte ao processo de tomada de decisões operacionais e estratégicas, uma vez que apesar das unidades prestadoras em contexto de SNS prosseguirem objetivos *not profit*, a sua estabilidade na renovação dos seus ciclos de exploração e investimento dependem em grande medida de um equilíbrio económico e financeiro sustentado.

Para além da definição da unidade de pagamento mais adequada a cada situação de incentivo, neste domínio específico, a definição do nível de risco

financeiro que estamos dispostos a assumir é fundamental para o processo de criação de valor através do financiamento de organizações de saúde, isto porque se existirem diferenças significativas entre custos e preços, os incentivos poderão encontrar-se pervertidos face aos objectivos inicialmente definidos.

Neste sentido, o esforço no apuramento de custos com maior pormenor e a adequação dos instrumentos e metodologias que viabilizam essa tarefa, tem como uma das suas finalidades principais permitir desenvolver metodologias de definição de preços e de financiamento dos serviços de saúde com maior rigor e fiabilidade.

O actual paradigma de apuramento de custos nas organizações de saúde no nosso país, centrado no lado da oferta, onde são alocados os consumos a cada centro de produção, deve evoluir para uma abordagem centrada no que cada doente consome. O centro de custos deverá ser cada doente. Justifica-se esta alteração porque não deve existir apenas concentração nos recursos utilizados para resolver os problemas de saúde dos utentes, mas também nas suas características influenciadoras dos consumos e que poderão ser determinantes para esse mesmo processo.

A gestão por linha de produção principal deve dar lugar a uma focalização na gestão por produto, patologia ou por utente. A informação baseada no utente permite um alargamento do seu âmbito e profundidade de utilização, uma vez que deixa apenas de se estruturar de acordo com as unidades físicas de prestação (departamentos, serviços, valências ou unidades funcionais) para se encontrar associada às suas características. Esta opção não se poderá dissociar do alargamento de amplitude do processo de produção, pois numa perspectiva mais ampla, a abordagem do apuramento de custos por utente deverá incluir as actividades desenvolvidas pelos diferentes níveis de prestação de cuidados de saúde.

A obtenção do valor correcto dos custos de produção permite o estabelecimento de um processo de definição de preços mais adequado. No que respeita à relação directa entre custos e preços em contexto de fixação administrativa, é comum encontrar-se uma igualdade teórica entre custos médios e preços, uma vez que incentiva a produção eficiente de determinado produto, ou seja, abaixo do seu custo médio. Esta é a lógica subjacente, por exemplo, aos preços praticados no internamento hospitalar português no âmbito do SNS, que posteriormente são corrigidos por um peso relativo representativo da complexidade de produção realizada por cada unidade. Sobre esta realidade, e pelos impactos identificados ao longo do presente estudo, importa também estabelecer um conjunto de recomendações tendentes a aperfeiçoar o modelo existente:

- Os preços deveriam ser iguais aos custos esperados por utente (a nível individual), pelo que a alteração de paradigma entre a fixação de preços

com base em custos médios para uma fixação de preços com base em custos adequados para cada utente em função das suas características parece ser uma evolução necessária a este nível;

- Os preços deveriam ser sujeitos a uma análise sistemática regular, com divulgação pública, no sentido de promover uma maior transparência do próprio processo de formação de preços;
- Os preços, uma vez que são fixados por via administrativa, deveriam ter em consideração as necessidades em saúde, constituindo uma sinalização para a sua valorização numa óptica populacional;
- O processo de fixação de preços numa base administrativa poderia incorporar uma margem de majoração em função do nível de desempenho, isto é, o preço não deveria encontrar-se limitado ao valor exacto do custo esperado de produção mas também reflectir intervalos de valorização de acordo com a relação resultado esperado/obtido;
- O sistema de preços fixado deve funcionar como preço máximo e não fixo para se incentivar a competição;
- O sistema de incentivos deve penalizar fortemente os casos de tratamento inadequados e a falta de qualidade, com inexistência de pagamentos nestas situações (pode ou não admitir-se uma fase de transição);
- Os preços não deveriam limitar-se a níveis de cuidados, linha de produção ou episódio, mas serem definidos por capitação, embora com incentivos para a acessibilidade, adequação dos cuidados prestados, produção, eficiência e qualidade dos cuidados prestados;
- Quando existir necessidade de pagamento pela produção – fase de transição, pagamentos entre prestadores e pagamentos de incentivos –, deve-se indicar o valor de cada GDH, incluindo a gravidade, e nunca deve ser utilizado um índice de *casemix*;
- A não utilização do índice de *casemix* deve ser alargada a todas as linhas de produção, quando aplicável;
- Os preços devem ser únicos para todos os tipos de hospital, independentemente da sua tipologia, dimensão e gravidade, para desta forma se incentivar a eficiência, a compra eficiente, a competição e a existência de riscos institucionais (a complexidade e a gravidade dos doentes tratados deve estar reflectida nos sistemas de classificação de doentes).

O problema do processo de apuramento e gestão de custos nas organizações de saúde poderá ainda ser colocado de uma forma mais alargada, ao nível da própria gestão financeira das organizações de saúde. Dado que não são conhecidos os custos de produção a nível micro, a actual “filosofia” inerente ao modelo de actuação da gestão financeira é sobretudo direccionada para a origem de fundos,

materializada na obtenção de recursos monetários em detrimento da obtenção de uma combinação mais eficiente dos seus recursos e dos seus consumos.

A busca por um maior nível de financiamento nas mais diversas linhas de produção, baseando-se comumente o seu fundamento na identificação de situações de subfinanciamento, dirige-se a uma tentativa de maximizar o valor arrecadado independentemente do nível de custos obtidos, sem se conhecer correctamente onde e quanto se gasta.

Para além de se tratar de uma posição tecnicamente incorrecta – uma vez que mesmo obtendo mais financiamento, este pode não ser suficiente para cobrir os custos totais para determinado conjunto de produtos, não criando incentivo à sua produção –, a maximização do financiamento sem preocupações com o nível de custos pode desencadear decisões erradas no âmbito da gestão de organizações de saúde.

### **A minimização dos efeitos perversos das unidades de pagamento**

Sob o ponto de vista estratégico, importa também abordar uma das questões centrais que habitualmente se coloca no âmbito do financiamento de organizações de saúde: qual a melhor unidade de pagamento a ser aplicada?

Tradicionalmente a resposta não é consensual, visto que todo o “menu” de opções apresenta um conjunto vasto de vantagens e desvantagens associadas. No entanto, duas tendências têm ganho adeptos nos últimos anos: o recurso a unidades de pagamento mais agregadas, que transferem o risco financeiro do pagador para o prestador e também a utilização complementar de pagamentos pela *performance* apresentada pelas organizações, como forma de minimizar os efeitos perversos da unidade de pagamento base, seja esta a produção, capitação ou orçamento global.

Os argumentos mais fortes que justificam esta tendência assentam, por um lado, na capacidade de promoção da saúde e prevenção da doença em detrimento do pagamento pela doença no caso da substituição do financiamento realizado através de produção por capitação, e, por outro lado, na necessidade de estabelecer uma relação entre os resultados esperados e o incentivo para que estes se concretizem.

Independentemente da escolha futura, será necessário garantir que as unidades de pagamento utilizadas para financiar as organizações de saúde apresentam uma lógica conjunta e coerente, de forma a maximizar os incentivos cruzados e minimizar os possíveis comportamentos perversos em resultado dessa simbiose. O recurso a uma panóplia relativamente vasta de prioridades de financiamento sem preocupação ao nível da sua articulação torna o sistema de incentivos complexo, em muitas circunstâncias pouco transparente e com parca capacidade de assimilação por parte das unidades prestadoras de cuidados de saúde.

### **A introdução da severidade da doença como ajustador do financiamento**

Apesar de ser reconhecida como uma das limitações originais aquando da adopção no programa Medicare, em 1983, do sistema de classificação de doentes Grupos de Diagnóstico Homogéneos, a ausência da severidade da doença permanece como uma das dimensões de ajustamento fundamentais que tem sido ignorada no processo de financiamento das organizações de saúde no nosso país. De facto, em qualquer organização de saúde pertencente ao SNS, esta dimensão não é tida em consideração no momento de distribuir recursos financeiros a essas mesmas organizações.

A prioridade evolutiva dos sistemas de classificação de doentes que se encontram na base do financiamento tem-se centrado mormente no desenvolvimento de novas versões de GDH que já contemplam tentativas de captação da severidade, como é o caso dos APR-DRG ou, mais recentemente, os MS-DRG. Estas versões actualizadas agrupam os doentes em função da homogeneidade do seu consumo de recursos previsto para cada doente, incorporando critérios de decisão do lado da oferta, ao invés do que sucede com o *Disease Staging*, cujo critério de agrupamento é eminentemente de procura de cuidados.

Num cenário com semelhantes condições de oferta e procura, podem ser originados níveis de financiamento distintos, apenas porque a forma de tipificar esta relação é diferente, ou seja, o algoritmo de classificação dos doentes atribui uma importância relativa distinta ao nível do consumo de recursos esperado. Em termos pragmáticos, a utilização exclusiva de cada um dos sistemas de classificação de doentes (GDH e *Disease Staging*) como base de financiamento fornece-nos informação incompleta.

A aplicação dos dois sistemas em Portugal parece não apresentar problemas de maior, uma vez que os GDH se encontram já operacionalizados há cerca de duas décadas no nosso país e que o *Disease Staging* foi mais recentemente validado para a realidade portuguesa. Neste sentido, uma vez que a introdução da gravidade previsivelmente altera a distribuição de recursos financeiros pelas organizações de saúde, permitindo corrigir o financiamento em função da dimensão “procura de cuidados”, recomenda-se a sua adopção para efeitos de ajustamento do financiamento de organizações de saúde no nosso país.

### **A maximização do nível de qualidade assistencial e minimização da variabilidade da prática clínica**

Através do diagnóstico efectuado no passado e presente do sistema de saúde português, e embora possa existir alguma sobreposição nos custos em excesso estimados a partir da identificação da variabilidade de qualidade no mercado hospitalar, a sua elevada expressão, cerca de 10% da despesa do SNS, justifica

que sejam implementadas políticas mais proactivas e baseadas na evidência, aspecto que poderá ser decisivo para a sustentabilidade do SNS.

Contudo, a abordagem pela maximização da qualidade numa perspectiva de excelência organizacional e eficiência de recursos utilizados é habitualmente obtida em estudos particulares desenvolvidos sobretudo em ambiente académico controlado, sendo os resultados daí obtidos em realidades parciais ou muito específicas. A sua aplicação numa base regular e sistemática à vida quotidiana das organizações e dos agentes que interagem com o sistema de saúde português permanece por concretizar. Trata-se de um caminho que ainda se encontra por explorar em todas as suas dimensões, constituindo um dos mais importantes desafios à gestão de organizações de saúde no futuro.

Assim, torna-se imperativo que exista um mecanismo regular e pré-definido para avaliação do desempenho hospitalar, a nível micro, dentro de cada serviço e de cada hospital, ao nível meso, mediante comparações regionais, e ao nível macro, com comparações institucionais e com a criação de incentivos, financeiros ou não, para as organizações e para os profissionais de saúde.

De facto, a falta de qualidade dos cuidados prestados encontra-se presente em diversas análises, devendo também as recomendações para a sua resolução considerar as suas especificidades:

- Perante os resultados apurados ao nível das readmissões a 30 dias, justifica-se, pelo menos, três tipos de medidas: identificar as readmissões que foram programadas e as que não foram; adequar a janela temporal actualmente presente no modelo de contratualização com os hospitais; e introduzir mecanismos penalizadores da existência de readmissões, simplesmente pela ausência de pagamento das mesmas. A expressão financeira e essencialmente de qualidade dos cuidados prestados implica a implementação efectiva de um número único de doente para se poder avaliar com maior segurança as readmissões, inclusivamente quando as mesmas ocorrem num hospital distinto do tratamento anterior;
- A grande importância da adequação de cuidados prestados no aumento dos custos justifica a adopção de políticas específicas para minimizar o fenómeno. No caso das admissões tardias, acresce ainda a necessidade de se identificarem mais doenças com admissões tardias. Para as admissões precoces, forma eufemística de designar as situações que devem ser tratadas em local distinto do internamento hospitalar, é necessário incentivar quem trate os doentes no local adequado e penalizar os que fazem exactamente o contrário. Atendendo à especificidade do problema e às consequências de uma má prática, é muito importante que se desenvolva um modelo de avaliação do desempenho de todas as organizações de saúde. Finalmente, a grande expressão financeira dos dias de internamento em

excesso implica a implementação de uma política dissuasora do internamento hospitalar, ao contrário do modelo actualmente existente, em que a produção (doença) é incentivada financeiramente, pelo menos com maior acuidade nos hospitais. A este propósito, também será relevante repensar a organização interna dos hospitais com o reforço dos centros de prestação de cuidados em ambulatório/hospitais de dia.

- Atendendo aos valores encontrados para a eficiência hospitalar, quando o comparador é a média nacional, é extremamente importante definir suplementarmente um padrão mais exigente, o qual poderá ser o valor médio dos cinco hospitais mais eficientes;
- A falta de qualidade medida pela existência de complicações decorrentes da prestação de cuidados de saúde, embora sem se saber com precisão se as mesmas foram adquiridas durante o internamento ou se já estavam presentes no momento da admissão, implica a necessidade de uma identificação rigorosa das condições presentes no momento de admissão e a definição de programas de segurança do doente baseados na evidência, com definições de boas práticas, de metas e de mecanismos de monitorização e avaliação. Adicionalmente, devem ser considerados incentivos positivos e negativos também de cariz financeiro, tendo como finalidade a melhoria na prestação dos cuidados de saúde.

### **O desenvolvimento dos sistemas de informação**

Uma das características essenciais que podem transformar os sistemas de saúde e contribuir para a sua boa governação é a possibilidade de deter um bom e adequado sistema de informação. Esta evidência global reflecte-se, também, em vários níveis e dimensões, na relação entre custos e preços praticados.

As limitações impostas pela possível falta de qualidade da informação gerada para os processos de apuramento de custos e definição de preços, influenciam a capacidade de tomar boas decisões e colocar os incentivos correctos aos prestadores de cuidados de saúde.

Perante os constrangimentos identificados ao longo do presente estudo, de forma transversal a praticamente todas as matérias abordadas, o conjunto de actividades prioritárias a desenvolver nesta matéria deverão incidir mormente sobre:

- A necessidade de captar a morbilidade de ambulatório (sobretudo codificação de diagnósticos e procedimentos). Actualmente, nos cuidados de primeira linha recorre-se ao sistema de classificação reconhecido pela WONCA, o ICPC-2, que tem correspondência directa com as classificações ICD-9 e ICD-10. A este respeito destaca-se o actual programa patrocinado pela ACSS, tendente a incentivar os registos e a codificação de ambulatório realizada pelos médicos de Medicina Geral e Familiar;

- Devem também ser criados incentivos dirigidos a alcançar uma codificação com melhor qualidade, para que seja possível a aplicação de sistemas de classificação de doentes mais sofisticados (para obtenção de valores esperados). A possibilidade de dispor de dados e informação adequada pode permitir a realização de experiências piloto e eventualmente serem disseminados modelos que hoje são utilizados um pouco por todo o mundo desenvolvido, entre os quais se destacam como mais reconhecidos os *Diagnostic Cost Groups*, *Adjusted Clinical Groups* ou *Clinical Risk Groups*;
- A consolidação das fontes de informação existentes, através de uma garantia de interoperabilidade entre essas mesmas fontes. O actual espartilho das bases de dados que contêm informação administrativa e clínica poderia ser obviado através da criação de uma fonte única que compilhasse todos os dados de forma complementar. Mesmo tendo presente as limitações que existem em Portugal no que respeita à identificação dos utentes, neste momento já é possível efectuar alguma consolidação de dados entre as diferentes bases de dados que estão disponíveis;
- A exploração de outras fontes de dados que já existem em Portugal e que todavia não foram alvo de atenção no processo de tomada de decisões de forma clara, como por exemplo a informação referente aos resultados de meios complementares de diagnóstico;
- Outra actividade que parece fundamental prende-se com a necessidade de realização de auditorias de natureza administrativa e clínica às bases de dados que existem como suporte à colecção de dados actual. O desenvolvimento desta actividade justifica-se para garantir a exaustividade e a fiabilidade da informação contida em cada fonte de informação. Neste sentido, deve incentivar-se a qualidade do sistema de informação, não se pagando ou penalizando (conforme a situação) os casos mal classificados e codificados;
- As organizações de saúde privadas, com ou sem fins lucrativos, para serem candidatas ao financiamento público, deveriam colocar à disposição a mesma informação das organizações públicas.

### **A adequação da prescrição de medicamentos**

Após a análise efectuada ao mercado dos medicamentos, emerge um conjunto de aspectos que devem ser tidos em conta, futuramente, no sentido de contribuir para minimizar os principais problemas identificados:

- É necessário reforçar o sistema de informação, dotando-o não só de capacidades que possibilitem conhecer o perfil e padrão de prescrição por profissional, bem como os factores que o determinam, mas sobretudo permitir a captação de dados relativos ao perfil de utentes;

- É ainda relevante o estudo da adequação da prescrição dos antilipídicos/estatinas em Portugal, com base na informação individual acerca do diagnóstico, para assim evitar o seu consumo excessivo e a prescrição de medicamentos mais dispendiosos quando existe uma alternativa clinicamente adequada e a um custo inferior. Embora se trate de um estudo que irá ele próprio ser consumidor de recursos, entende-se que o montante de ganhos potenciais esperados justifica a sua realização;
- Relativamente aos inibidores da bomba de prótons, tal como apontado para os antilipídicos/estatinas, importa conhecer o padrão de prescrição a nível individual e relacioná-lo com o diagnóstico, de modo a identificar tanto as situações em que o mesmo resultado poderia ser obtido com um medicamento de preço inferior como aquelas em que a continuação do tratamento não é recomendada. Desse modo, são de esperar quer uma redução dos efeitos adversos para os doentes, quer um consumo menor de recursos, que poderão ser destinados a outros fins.
- É ainda necessário conhecer com detalhe quais os factores que motivam o consumo excessivo e/ou inadequado de antibióticos em Portugal, para melhor actuar neste domínio. Em termos gerais, são apontadas várias hipóteses. Uma delas baseia-se nos indícios do uso de antibióticos para o tratamento de situações virais nas quais não são indicados, o que justificaria muitas das diferenças constatadas entre países europeus. Existem ainda referências ao papel de factores sociais e culturais, dos conhecimentos sobre antibióticos, do mercado farmacêutico e das práticas de regulação. Essa informação poderá constituir a base de mudanças na prescrição e uso deste tipo de medicamentos, permitindo que, em simultâneo, se melhore tanto em termos das condições de saúde das populações, como no uso dos recursos canalizados para a prescrição de medicamentos;
- Os valores relativos aos ganhos potenciais são bastante preocupantes e apontam para uma necessidade de se reformular substancialmente a política do medicamento, desde a alteração do perfil de prescrição (aqui o consumo de psicofármacos pode ser uma área preferencial de actuação), à monitorização da prescrição e com especial acuidade e intensidade na alteração da metodologia de formação de preços e das margens comerciais e de lucro das empresas do sector farmacêutico;
- Finalmente, face ao exposto, parece evidente e sensato que a política do medicamento carece de uma maior discussão e de um aprofundamento, complementando as tradicionais medidas de compressão de preços, com mecanismos mais agressivos tendentes a alterar o perfil de prescrição existente em Portugal.

## Conclusão

Com o desenvolvimento do presente estudo pretendeu-se contribuir para o debate e a discussão sobre um dos temas centrais da governação e da gestão de organizações de saúde: a relação entre custos e preços como forma indutora de incentivar o alcance dos principais objectivos subjacentes à actividade desenvolvida pelos agentes e organizações de saúde. A abordagem realizada versou sobre três momentos distintos, o passado, o presente e o futuro do sistema de saúde português.

---

### O passado

---

De acordo com os objectivos definidos inicialmente, o capítulo inicial relativo à descrição do comportamento histórico do sistema de saúde português incidiu sobretudo sobre quatro temáticas: a evolução dos recursos, das despesas, dos níveis de produção e resultados alcançados, bem como da estimativa de eficiência gerada no SNS.

O caminho percorrido pelo nosso país desde a criação do SNS caracterizou-se por um nível de afectação de recursos que não divergiu substancialmente dos restantes países da OCDE e UE. No entanto, verificou-se a existência de algumas discrepâncias no que respeita à sua distribuição interna: os distritos de Coimbra, Lisboa e Porto constituem as áreas geográficas onde se podem encontrar os rácios de cobertura mais significativos do país.

Apesar de a apreciação sobre a adequação dos níveis de produção alcançados apresentar problemas de juízo de valor, resultantes da especificidade e características próprias do mercado e das organizações prestadoras de cuidados de saúde (nem sempre consideradas como tal), observaram-se fenómenos globalmente favoráveis.

No que respeita aos resultados em saúde, estes demonstram que a evolução global do país foi favorável ao longo dos últimos 30 anos. Por outro lado, constata-se que Portugal apresenta a terceira melhor evolução no custo-efectividade entre o grupo países “OCDE21”. Estes indicadores apresentam, no entanto, uma desigualdade relativa na óptica da sua evolução distrital.

No seio da problemática económica onde recursos escassos e necessidades ilimitadas procuram um equilíbrio capaz de satisfazer os diferentes agentes

do mercado, a existência de um crescimento constante no volume monetário afecto ao sector saúde torna necessária a definição de critérios rigorosos de afectação de recursos dirigidos a uma maior valorização dos montantes disponíveis. Se no plano teórico esta constatação é universalmente válida, importa sublinhar que a realidade portuguesa se caracteriza pela existência de disparidades internas na distribuição de recursos e resultados alcançados.

De uma forma geral, poder-se-á afirmar que Portugal acompanhou as tendências internacionais, tanto em termos absolutos como relativos. Traduz-se esta constatação numa ausência de disparidade substancial no que respeita à evolução das últimas três décadas nas dimensões analisadas, como os recursos, as despesas, a produção, os resultados e a eficiência. No entanto, a forma como se distribuem os resultados apurados em cada uma destas dimensões em termos internos não foi uniforme, tornando a problemática do financiamento e da promoção da eficiência nas organizações de saúde um tema actual, que merece um amplo espaço de investigação e debate.

Também a significativa contribuição de financiamento e prestação privada nos valores totais do sistema de saúde português, sobretudo por estarmos na presença de um sistema tipo SNS, é uma característica estruturante da nossa realidade que motiva o debate sobre as opções estratégicas e de governação das reformas do sistema de saúde. Apesar de esta natureza “mista” constituir já uma característica nacional, os argumentos das diferentes correntes puristas digladiam-se entre mais público ou mais privado como meio para se atingir um sistema com melhor eficiência, acessibilidade e qualidade na prestação de cuidados.

---

## O presente

---

No âmbito dos objectivos definidos, após a análise sobre o passado recente do nosso SNS, o estudo incidiu igualmente sobre o seu estado actual, sendo para o efeito abordadas particularmente três áreas: os cuidados de saúde primários, os cuidados hospitalares e o mercado do medicamento.

No que respeita aos cuidados de saúde primários, procurou-se dar a conhecer a realidade do recente processo de reforma, através da realização de uma breve descrição do seu percurso até ao momento e de uma análise de eficiência.

De uma forma resumida, constatou-se que a distribuição da eficiência varia em cada rubrica de custos e em termos geográficos, não existindo um padrão marcante que permita ser claramente individualizado. A análise dos custos potencialmente evitáveis varia entre 8% e 37%, respectivamente para um *benchmarking* da média dos ACES ou para o ACES mais eficiente. Estes valores estão situados entre 178 e 864 milhões de euros, embora os autores do

estudo pensem que os valores mais credíveis se possam afastar dos extremos, considerando o intervalo entre os 300 e os 600 milhões de euros. Estes resultados necessitam de ser aprofundados e revalidados, mas a confirmar-se esta tendência pode e deve afirmar-se que o SNS poderá apresentar os mesmos resultados de saúde, com custos significativamente inferiores. Ou seja, parece existir espaço para aumentar a eficiência sem comprometer a qualidade, a acessibilidade e a equidade do SNS.

Importa igualmente realçar que, em contexto de cuidados de saúde primários, a análise da sua eficiência não tem tido uma prioridade significativa por parte dos diferentes intervenientes no sistema de saúde, sendo de realçar particularmente a fraca evidência e produção científica associada a esta temática no nosso país.

Por sua vez, no que se refere aos cuidados hospitalares, a temática em estudo foi abordada através de diferentes análises complementares: foi realizada a comparação de preços praticados no sector da saúde em termos nacionais e internacionais, foram igualmente comparados os preços e os custos no nosso país e concretizada a análise de eficiência ao nível do internamento hospitalar.

Através da comparação internacional, foi possível verificar que, na generalidade dos GDH analisados, o preço definido em Portugal se situa numa posição intermédia, não constituindo nem um preço mínimo nem máximo no conjunto de países observados. A nível nacional, poder-se-á afirmar que existe alguma variabilidade nos preços praticados no sector da saúde quando se compara o sector público com o privado. Por outro lado, verifica-se que, mesmo em contexto público, os preços diferiam entre grupos de hospitais, de acordo com a classificação do serviço de urgência e quando o pagador era o SNS ou a ADSE.

A análise do sistema de financiamento do internamento hospitalar, essencialmente no que se refere ao sistema de formação de preços (comparação de custos e preços), revelou algumas questões preocupantes, com destaque para: a falta de justificação da existência de duas modalidades de pagamento do internamento, parecendo que aquela que utiliza os índices de *casemix* tende a induzir uma maior confusão em torno do entendimento dos incentivos que se pretendem atingir; a falta de racionalidade na formação dos preços do internamento, não se percebendo qual o *rationale* para a fixação de cada montante – esta racionalidade torna-se ainda mais questionável quando os preços (embora não todos) são superiores aos custos mínimos, o que suscita a dúvida sobre se a formação de preços e as modalidades de pagamento não estarão a incentivar a ineficiência; a comparação dos hospitais por região de saúde permite identificar diferentes níveis de défice e de eficiência, tornando-se necessário

alargar esta medida a todos os hospitais; não existe a certeza se o desempenho financeiro dos hospitais se deve exclusivamente a problemas de gestão, ou se os mesmos não estarão a ser potenciados pela falta de racionalidade na formação dos preços e pelas próprias modalidades de pagamento.

Através da análise de eficiência hospitalar pretendeu-se estimar os custos em excesso atribuíveis à falta de eficiência, qualidade e adequação de cuidados prestados. Embora com possibilidade de sobreposição, os resultados apurados identificaram áreas que podem permitir uma redução dos custos do SNS em cerca de 10% (5,4% no cenário mais conservador).

No que concerne à análise efectuada sobre o mercado de medicamentos, esta versou essencialmente a identificação das principais linhas orientadoras da política do medicamento em Portugal, a caracterização da despesa com medicamentos em Portugal e a identificação de ganhos potenciais na despesa com medicamentos.

Relativamente ao primeiro aspecto, procurou-se sistematizar as linhas gerais constantes dos principais diplomas sobre a matéria, as quais não pretenderam substituir totalmente a sua consulta.

Por seu turno, através da caracterização do mercado de medicamentos em Portugal, verifica-se que o mercado total em ambulatório foi o de maior dimensão e que este mercado e tem vindo a contrair regularmente desde 2009, com uma redução particularmente clara a partir de 2011, bem como uma redução notória dos preços, particularmente no primeiro semestre de 2012.

Relativamente ao mercado de genéricos, os valores disponíveis apontam para uma escala considerável de redução dos preços desde 2010, ao mesmo tempo que se admite que ainda existe uma margem de crescimento neste mercado.

A situação no mercado hospitalar caracterizou-se por uma inversão da tendência de crescimento que se vinha a registar desde 2009, embora a redução no primeiro semestre de 2012 tenha sido moderada (1,2%). Observou-se ainda que o decréscimo na despesa hospitalar global registado no primeiro semestre de 2012 coexiste com evoluções contrárias em algumas rubricas, quer por área de prestação, quer por área de actividade, que poderão estar ligadas a mudanças no perfil de doentes verificadas apenas naqueles casos ou a mudanças no perfil de prescrição motivadas por outras razões.

Na abordagem aos ganhos potenciais na despesa em medicamentos partiu-se do pressuposto de que esta resulta da combinação de três elementos: o preço, a quantidade consumida e o *mix* de tipos de medicamentos.

Considerados conjuntamente, os dados recolhidos permitem estimar que uma alteração do perfil de prescrição nas estatinas, IBP e antibacterianos significaria um ganho potencial entre 26,5 a 76,4 milhões de euros, o que

representaria pelo menos 11% do montante total da despesa da sociedade na prescrição destes fármacos. Adicionando aos ganhos anteriores os valores decorrentes do aumento da prescrição de medicamentos genéricos, podem estimar-se ganhos potenciais entre 47,6 milhões de euros (5% dos gastos, 2% do mercado global) e 160,8 milhões de euros (7% do mercado global). A dimensão destes valores, em nosso entender, reforça a necessidade de medidas que actuem tanto sobre a oferta como sobre a procura, ainda que estas últimas possam revestir-se de dificuldades adicionais.

Assim, do conjunto de análises realizadas nas três áreas abordadas, cuidados primários, hospitalares e medicamentos, verificou-se que existe de forma comum e transversal uma margem significativa de ganhos a serem obtidos pelo SNS português. Esta constatação é sobretudo evidenciada pelas diferentes distribuições de recursos, produção, eficiência e qualidade existentes em Portugal.

---

### **O futuro**

---

Por fim, e após uma abordagem ao sector da saúde centrada no passado e presente no que se refere à temática e dimensões em estudo no nosso país, no último capítulo, os custos e os preços na saúde são também perspectivados numa óptica futura. Para o efeito, são identificados os principais desafios que se colocam ao sector da saúde e sugerido um conjunto de recomendações que decorrem da situação analisada em cada uma das áreas referentes aos cuidados de saúde primários, hospitalares e medicamentos.

Entre os desafios mais significativos que os sistemas de saúde enfrentarão no futuro, foram referidos o envelhecimento da população, a alteração do perfil dos consumidores, o processo de mudança epidemiológica, a evolução proporcionada pelas descobertas científicas associadas ao genoma humano, a própria alteração da definição de prestação de cuidados de saúde, os avanços científicos no tratamento das doenças, o fenómeno da globalização e expansão da economia mundial, a necessidade de garantir a sustentabilidade económico-financeira dos sistemas de saúde e suas organizações, a reafectação de recursos e também o impacto que as tecnologias de informação proporcionam nas mais diversas áreas e dimensões da gestão de organizações de saúde.

Como principais recomendações, foram apontadas a necessidade de definição de um plano estratégico para o desenvolvimento dos modelos de financiamento de organizações de saúde, a garantia de adequação do processo de determinação de preços e das metodologias de custeio no nosso país, a minimização dos efeitos perversos das unidades de pagamento, a introdução da severidade da doença como ajustador do financiamento, a maximização do nível de qualidade assistencial e a minimização da variabilidade da prática

clínica, o desenvolvimento dos sistemas de informação existentes e, por último, a exigência de uma elevada adequação da prescrição de medicamentos no nosso país.

Para finalizar, considera-se muito pertinente o desenvolvimento de mais trabalho de investigação sobre a temática em estudo, desde logo porque subscrevemos a ideia de que a escolha do sistema de financiamento utilizado no sector da saúde constitui um dos mecanismos mais directos e imediatos para que a prestação de cuidados de saúde se torne mais equitativa, eficiente e efectiva.

## ÍNDICE DE QUADROS

---

- 28 **Quadro I** Matriz de combinação público-privado(1992 e 1996)
- 28 **Quadro II** Matriz de combinação público-privado (2000 e 2004)
- 29 **Quadro III** Despesas em saúde *per capita* por distrito (1984, 1990 e 2005)
- 44 **Quadro IV** Rácio incremental de custo-efectividade, comparação internacional (1990 e 2006)
- 46 **Quadro V** Rácio incremental de custo-efectividade por distrito (1990 e 2005)
- 65 **Quadro VI** Estrutura orgânica das USF
- 67 **Quadro VII** Descrição dos modelos de desenvolvimento das USF
- 67 **Quadro VIII** Ponto de situação sobre as candidaturas a USF em 28-03-2011
- 68 **Quadro IX** Balanço da criação de Unidades de Saúde Familiar em Março de 2011
- 69 **Quadro X** Descrição das Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados
- 70 **Quadro XI** Descrição das Unidades de Saúde Pública
- 72 **Quadro XII** Descrição das Unidades de Cuidados na Comunidade
- 75 **Quadro XIII** Descrição das Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados
- 78 **Quadro XIV** Listagem de ACES que foram considerados para o estudo
- 81 **Quadro XV** Caracterização da distribuição dos custos reais com recursos humanos, medicamentos, MCDDT e totais *per capita* e por utilizador a nível nacional
- 83 **Quadro XVI** Coeficientes de correlação entre as rubricas de custos com recursos humanos, medicamentos e MCDDT por utilizador e *per capita*
- 84 **Quadro XVII** Margem de ganhos por utilizador e *per capita*, 2009
- 84 **Quadro XVIII** Margem de ganhos por utilizador, 2009 e 2010
- 85 **Quadro XIX** Percentagem de ACES com margem de ganhos potenciais, 2009
- 86 **Quadro XX** Ganhos potenciais por percentil por utilizador, 2009
- 86 **Quadro XXI** Ganhos potenciais por percentil por utilizador corrigido, 2009
- 86 **Quadro XXII** Ganhos potenciais por percentil *per capita*
- 86 **Quadro XXIII** Ganhos potenciais por percentil *per capita* corrigido
- 87 **Quadro XXIV** Ganhos potenciais considerando os cinco ACES mais eficientes em cada natureza de custos
- 89 **Quadro XXV** Ganhos potenciais por percentil por utilizador, 2010
- 89 **Quadro XXVI** Ganhos potenciais por percentil por utilizador corrigido, 2010
- 112 **Quadro XXVII** Matriz de combinação financiamento/prestação público e privado
- 119 **Quadro XXVIII** Caracterização das tabelas de preços internacionais em análise
- 120 **Quadro XXIX** Comparação internacional de preços relativos a um conjunto de episódios de internamento
- 122 **Quadro XXX** Preços das primeiras consultas por financiamento/prestação público e privado (2009)

- 
- 122** Quadro XXXI Preços das consultas subsequentes por financiamento/prestação público e privado (2009)
- 123** Quadro XXXII Preços dos atendimentos urgentes por financiamento/prestação público e privado (2009)
- 125** Quadro XXXIII Preços de uma TAC por financiamento/prestação público e privado (2009)
- 126** Quadro XXXIV Preços de uma ressonância magnética por financiamento/prestação público e privado (2009)
- 128** Quadro XXXV Preços médios: diferenças entre os valores da Portaria e dos Contratos-Programa
- 129** Quadro XXXVI Financiamento total: diferenças entre os valores da Portaria e dos Contratos-Programa
- 130** Quadro XXXVII Diferenças entre preços médios e custos observados
- 131** Quadro XXXVIII Diferenças entre o financiamento total e os custos totais
- 132** Quadro XXXIX Desempenho financeiro e eficiência hospitalar por região
- 141** Quadro XL População em estudo e critérios de exclusão
- 146** Quadro XLI Custos em excesso atribuíveis à falta de eficiência
- 146** Quadro XLII Custos em excesso atribuíveis às complicações de cuidados
- 147** Quadro XLIII Custos em excesso atribuíveis às readmissões
- 147** Quadro XLIV Custos em excesso atribuíveis à adequação de cuidados prestados
- 148** Quadro XLV- Custos em excesso atribuíveis à adequação de cuidados, por tipo de admissão
- 149** Quadro XLVI 25 GDH com maiores custos em excesso, por tipo de excesso
- 152** Quadro XLVII Cenários para estimação do excesso de custos
- 170** Quadro XLVIII Políticas destinadas a influenciar a procura de medicamentos, por país
- 173** Quadro XLIX Despesas com medicamentos *per capita* (USD 2005 PPC), por país/grupo de países e tipo de despesa (total, públicas, privadas), 2008-2010
- 174** Quadro L Percentagem das despesas públicas e privadas no total da despesa com medicamentos, por país/grupos de países, 2008-2010
- 174** Quadro LI Percentagem das despesas com medicamentos na despesa corrente em saúde, por país/grupo de países e tipo de despesa (total, públicas, privadas), 2008-2010
- 175** Quadro LII Evolução do mercado de medicamentos em ambulatório: vendas PVP, 2008 1.º semestre 2012
- 176** Quadro LIII Evolução do mercado de medicamentos em ambulatório: encargos SNS, 2008 1.º semestre 2012
- 176** Quadro LIV Preço médio anual, mercado em ambulatório, 2008 1.º semestre 2012
- 177** Quadro LV Encargos SNS e utente *per capita* com medicamentos, mercado SNS, 2008-2011

- 
- 177** **Quadro LVI** Distribuição do mercado em ambulatório por CFT, 1.º semestre 2012
- 178** **Quadro LVII** Volume e quota do mercado de medicamentos genéricos, 2009 1.º sem. 2012
- 179** **Quadro LVIII** Preços dos medicamentos genéricos, 2009-2011, 1.º sem. 2012 e Junho 2012
- 180** **Quadro LIX** Quota de mercado dos medicamentos genéricos por país, 2010
- 181** **Quadro LX** Despesa com medicamentos nos hospitais, 2008 1.º semestre 2012
- 181** **Quadro LXI** Despesas com medicamentos nos hospitais por área de prestação, 2009 1.º semestre 2012
- 182** **Quadro LXII** Despesas com medicamentos nos hospitais por área de actividade do centro de custo, 2009 1.º semestre 2012
- 185** **Quadro LXIII** Número de DDD/mil habitantes/dia por grupos de medicamentos e países/grupos de países, 2008
- 189** **Quadro LXIV** PVP unitários em Portugal e a sua comparação com os PVP unitários do países em estudo
- 192** **Quadro LXV** Ganhos potenciais com a substituição de medicamentos (marcas) por outros de preço inferior, por subgrupo farmacoterapêutico (ordenados pelo valor de ganhos potenciais)
- 197** **Quadro LXVI** Antidislipídemicos/estatinas: ganhos potenciais com a alteração do *mix* de medicamentos, por substância activa
- 198** **Quadro LXVII** IBP: ganhos potenciais com a alteração do *mix* de medicamentos, por substância activa
- 199** **Quadro LXVIII** Consumo de antibacterianos (DDD/mil hab./dia) em Portugal e no contexto internacional, 2008
- 200** **Quadro LXIX** Antibacterianos: ganhos potenciais com a alteração do *mix* de medicamentos, por substância activa
- 201** **Quadro LXX** Ganhos potenciais totais, por tipo de alteração

## ÍNDICE DE FIGURAS

---

- 18** **Figura 1** Número de centros de saúde (1985-2005)
- 18** **Figura 2** Número de hospitais por tipo de propriedade (1979-2005)
- 19** **Figura 3** Lotação dos hospitais por tipo de propriedade (1979-2005)
- 19** **Figura 4** Número de médicos por mil habitantes por distrito (1984)
- 20** **Figura 5** Número de médicos por mil habitantes por distrito (2005)
- 21** **Figura 6** Número de médicos por mil habitantes, comparação internacional (2005)
- 21** **Figura 7** Número de enfermeiros por mil habitantes por distrito (1986)
- 22** **Figura 8** Número de enfermeiros por mil habitantes por distrito (2005)
- 23** **Figura 9** Número de enfermeiros por mil habitantes, comparação internacional (2005)
- 24** **Figura 10** Despesa total em saúde *per capita*, comparação internacional (1979-2006)
- 25** **Figura 11** Despesa pública em saúde *per capita*, comparação internacional (1979-2006)
- 25** **Figura 12** Despesa privada em saúde *per capita*, comparação internacional (1979-2006)
- 26** **Figura 13** Despesa total em saúde em percentagem do PIB, comparação internacional (1979-2006)
- 27** **Figura 14** Percentagem das verbas do SNS na despesa corrente do Estado (1979-2007)
- 31** **Figura 15** Produção dos centros de saúde (1985-2005)
- 31** **Figura 16** Número de consultas e urgências hospitalares (1979-2005)
- 32** **Figura 17** Número anual de consultas por 100 mil habitantes (1994-2007)
- 32** **Figura 18** Peso relativo das consultas no sector público (1994-2007)
- 33** **Figura 19** Número de doentes saídos, comparação por tipo de propriedade (1979-2005)
- 33** **Figura 20** Número de cirurgias, comparação por tipo de propriedade (1979-2005)
- 35** **Figura 21** Anos de vida potencialmente perdidos, comparação internacional (1980)
- 35** **Figura 22** Anos de vida potencialmente perdidos, comparação internacional (1990)
- 36** **Figura 23** Anos de vida potencialmente perdidos, comparação internacional (2000)
- 37** **Figura 24** Anos de vida potencialmente perdidos, comparação internacional (2006)
- 38** **Figura 25** Anos de vida potencialmente perdidos por distrito (1984)
- 38** **Figura 26** Anos de vida potencialmente perdidos por distrito (1990)
- 39** **Figura 27** Anos de vida potencialmente perdidos por distrito (2000)
- 40** **Figura 28** Anos de vida potencialmente perdidos por distrito (2005)

- 
- 41 **Figura 29** Número de óbitos para as causas de morte em análise (1990, 2000 e 2005)
- 42 **Figura 30** Número de óbitos para o tumor do cólon, tumor da traqueia, brônquios e pulmão e tumor da mama feminina (1990, 2000 e 2005)
- 43 **Figura 31** Anos de vida potencialmente perdidos, comparação por causas de morte (1990, 2000 e 2005)
- 82 **Figura 32** Distribuição dos custos observados em recursos humanos, medicamentos e MCDT por utilizador por ACES
- 83 **Figura 33** Distribuição dos custos observados em recursos humanos, medicamentos e MCDT *per capita* por ACES
- 87 **Figura 34** Margem de ganho potencial nos custos por utilizador obtidos através do INS com recursos humanos, medicamentos e MCDT por ACES
- 88 **Figura 35** Margem de ganho potencial nos custos *per capita* obtidos através do INS com recursos humanos, medicamentos e MCDT por ACES
- 88 **Figura 36** Comparação entre custos totais observados e esperados por utilizador
- 89 **Figura 37** Comparação entre custos totais observados e esperados *per capita*
- 123 **Figura 38** Preço de consultas de especialidade em hospitais privados
- 124 **Figura 39** Preço de atendimentos urgentes em hospitais privados
- 125 **Figura 40** Preço de TAC em hospitais privados
- 126 **Figura 41** Preço de ressonância magnética em hospitais privados
- 187 **Figura 42** Índice de vendas PPC/consumo, por país/grupo de países, 2008, grupos de medicamentos com consumo elevado em Portugal
- 188 **Figura 43** Índice de vendas PPC/consumo, por país/grupo de países, 2008, restantes grupos de medicamentos

O Sistema Nacional de Saúde em Portugal tem tido um desempenho positivo quando se consideram os ganhos em saúde, sendo a redução da mortalidade infantil e o aumento da esperança de vida bons exemplos. Neste livro aborda-se a relação entre custos e preços como forma de melhorar o desempenho do sector da saúde. Assim, inicia-se com uma análise da evolução recente do Sistema Nacional de Saúde, seguindo-se uma avaliação da situação actual em três áreas: cuidados de saúde primários, cuidados hospitalares e mercado do medicamento. Em função dos resultados encontrados são feitas recomendações para se optimizarem os ganhos em saúde, a eficiência e a sustentabilidade financeira do sector da saúde.

