



Universidade Nova de Lisboa
Escola Nacional de Saúde Pública



***PODEM A ORGANIZAÇÃO, A GESTÃO E O
FINANCIAMENTO DAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE EM
PORTUGAL PRODUZIR RESULTADOS DIFERENTES
EM TERMOS DE EFICIÊNCIA?***

SUMÁRIO EXECUTIVO

Carlos Costa (coord.)

Rui Santana

Sílvia Lopes

Introdução

A Escola Nacional de Saúde Pública e a Fundação Francisco Manuel dos Santos assinaram um protocolo subordinado à pergunta de investigação: “Pode a organização, a gestão e o financiamento das organizações de saúde em Portugal produzir resultados diferentes em termos de eficiência?” cujos objectivos gerais são:

- Caracterizar a evolução das despesas do Sistema Nacional de Saúde;
- Analisar e contribuir para a optimização da eficiência técnica das organizações de saúde em Portugal;
- Promover a discussão sobre a problemática da definição de preços e do financiamento em saúde, incentivando a adopção de metodologias baseadas na evidência;
- Relançar o debate público sobre a política de saúde.

Especificamente, pretende-se que sejam alcançados os seguintes objectivos: i) caracterizar a evolução da despesa e a recente criação de valor em saúde; ii) apurar os custos por prestadores de cuidados de saúde; iii) apresentar os preços praticados pelos diferentes prestadores; iv) comparar os preços internacionais e/ou custos por doença e v) introduzir e discutir metodologias baseadas na evidência sobre o financiamento, a organização e a gestão de organizações de saúde.

Até ao presente momento foram entregues 6 relatórios no âmbito daquele protocolo, que, na generalidade podem ser classificados de acordo com a seguinte tipologia:

- **Caracterização e Evolução da Saúde em Portugal**, tendo sido entregues dois relatórios, embora de facto, possa ser considerado somente um relatório, constituído por duas partes;
- **Comparação de Preços**, com apresentação de alguns indicadores nacionais e internacionais;
- **Análise da Eficiência no Serviço Nacional de Saúde em Portugal**, com entrega de três relatórios distintos: Análise do Mercado de Medicamentos, Análise dos Cuidados de Saúde Primários e Análise do Mercado Hospitalar.

Objectivos dos Relatórios

Caracterização e Evolução da Saúde em Portugal

No **primeiro relatório** definem-se basicamente dois objectivos:

- Caracterizar de uma forma global o sistema de saúde português;
- Descrever o estado de arte das metodologias de custeio e definição de preços praticadas nas organizações de saúde, com destaque para a realidade portuguesa.

Os dois temas abordados devem ser encarados como matérias introdutórias que contribuirão para o enquadramento e concomitantemente como ponto de partida para a operacionalização da finalidade principal de todo o projecto que incide na comparação entre os principais financiadores de cuidados de saúde e os custos praticados pelos prestadores de cuidados de saúde no nosso país.

O objectivo do **segundo relatório** consiste em descrever as diferenças e as possíveis desigualdades regionais na distribuição dos recursos, na produção e nos resultados em saúde obtidos.

A escolha do período temporal descrito justifica-se pela existência de dados. De facto a informação relativa aos recursos e produção por distritos constitui informação não publicada pelo INE- Instituto Nacional de Estatística e por isso sujeita a pedido de informação estatística. Assim, o período temporal dos dados agora descritos, 1994 a 2007, foi limitado à informação disponibilizada.

No que diz respeito aos anos de vida potencialmente perdidos optou-se por efectuar a desagregação por distrito para os anos de 1990, 2000 e 2005 dado que, estes foram os anos apresentados no primeiro relatório e porque abrangem períodos temporais próximos dos valores apresentados para os dados relativos aos recursos e produção.

Em termos operacionais importa mencionar que nesta etapa efectua-se uma mera descrição dos dados de recursos, produção e resultados, não existindo pretensão na identificação dos factores, nem da importância relativa para a realidade observada.

Comparação de Preços

Constituiu objectivo do relatório apresentar os valores de referência do mercado da saúde em Portugal e internacionalmente, 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 (publico, privado).

Tendo em conta que no actual sistema de financiamento hospitalar português existem diversas entidades financeiras responsáveis pelo pagamento dos cuidados prestados, considerou-se ainda necessário efectuar uma descrição sobre os sistemas de preços em organizações de saúde existentes em Portugal de acordo com a natureza do prestador e do pagador. Assim, os dois temas aqui abordados devem ser também encarados como matérias introdutórias que contribuirão para o enquadramento e simultaneamente como ponto de partida para uma comparação mais alargada entre os principais financiadores e os custos praticados pelos prestadores de cuidados de saúde no nosso país. O que se pretende sobretudo demonstrar nesta fase é que a comparação simplista e directa de preços não é possível uma vez que existe uma considerável variabilidade de tabelas de preços a que estão inerentes diferentes unidades de pagamento.

Isto porque, 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. 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, o mix dos serviços prestados, bem como a equidade, a efectividade e a eficiência aos níveis macro, meso e micro.

Análise da Eficiência no Serviço Nacional de Saúde em Portugal

A análise da eficiência do SNS distribui-se por três grandes áreas, as mais significativas em termos de recursos e despesa pública alocada, e que são o Medicamento, os Cuidados Primários e os Cuidados Hospitalares.

Para o mercado de medicamentos os objectivos são:

- Identificação das principais linhas orientadoras da política do medicamento em Portugal;
- Caracterização da despesa do medicamento em Portugal, designadamente os aspectos relacionados com a evolução recente e com a comparação internacional;
- Identificação de oportunidades para a redução da despesa com medicamentos.

O Estatuto do Medicamento define “medicamento” como: toda a substância ou associação de substâncias apresentada como possuindo propriedades curativas ou preventivas de doenças em seres humanos ou dos seus sintomas ou que possa ser utilizada ou administrada no ser humano com vista a estabelecer um diagnóstico médico ou, exercendo uma acção farmacológica, imunológica ou metabólica, a restaurar, corrigir ou modificar funções fisiológicas.

Para atingir os objectivos citados, a política do medicamento tem três áreas de actuação possíveis: preços, quantidades e montante de gastos. Uma vez que a actuação sobre os preços é um dos principais instrumentos da política do medicamento, este aspecto será o primeiro a ser abordado e com uma maior profundidade.

A abordagem à definição de preços comporta três elementos: em primeiro lugar, são abordados 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.

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.

A importância dos cuidados de saúde primários é também reconhecida por um dos documentos estruturantes do sistema de saúde português - a Lei de Bases da Saúde. A Base XIII nº1 refere particularmente que o sistema de saúde assenta nos cuidados de saúde primários, que por sua vez se devem situar junto das comunidades.

Desde a sua criação, os centros de saúde têm constituído a infra-estrutura organizativa essencial dos cuidados de saúde primários, cobrindo todo o território nacional.

Neste sentido, a análise dos Cuidados de Saúde Primários é constituída por três partes distintas:

- Cuidados de Saúde Primários: descrição da sua evolução histórica e actual processo de reforma;
- Análise de Eficiência e Ganhos Potenciais em contexto de Cuidados de Saúde Primários;
- A utilização dos serviços de urgência em contexto de integração vertical de cuidados de saúde – estudo de caso numa Unidade Local de Saúde (ULS) da região Alentejo. Esta última parte poderia ser analisada no relatório sobre o Mercado hospitalar ou num relatório separado, contudo, como se pretende estudar as relações entre Cuidados de Saúde Primários e Urgência Hospitalar é compreensível a sua inclusão nesta parte. Independentemente da sua localização as conclusões retiradas deste estudo de caso permanecem inalteradas. Uma Unidade Local de Saúde corresponde a uma unidade de prestação de cuidados de saúde formada pelo conjunto de unidades hospitalares e pelos centros de saúde (cuidados primários) da respectiva região, num modelo de articulação de cuidados com uma gestão comum e um pacote de financiamento global

Na primeira parte (Cuidados de Saúde Primários: descrição da sua evolução histórica e actual processo de reforma) o principal objectivo é:

Descrever o estado de arte dos cuidados de saúde primários, através da realização de um enquadramento teórico que permita suportar os capítulos seguintes do respectivo relatório. 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.

Na terceira parte (A utilização dos serviços de urgência em contexto de integração vertical de cuidados de saúde – estudo de caso numa ULS da região Alentejo) o principal objectivo é:

Efectuar uma caracterização da utilização dos serviços hospitalares urgentes em contexto de ULS. Em termos específicos, a potencialização do cruzamento de informação proveniente dos diferentes níveis de cuidados de saúde, centrada no utente, permite um conjunto de análises que possibilitam detalhar os procedimentos de interligação e coordenação dos serviços de saúde no que respeita à sua estrutura de oferta de cuidados. Especificamente são prosseguidos os objectivos de caracterização da urgência nas dimensões de utilização, adequação e referência.

Para o **mercado hospitalar** os objectivos são:

- Estimar o impacte das diferenças de eficiência entre hospitais em função dos 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.

Os objectivos respeitam à avaliação da eficiência dos hospitais (os quais representam cerca de 50% do total da despesa do SNS) e mais concretamente uma aplicação à área do internamento, atendendo a que aquelas despesas representam 59% do total da despesa dos hospitais.

Para tal serão analisados 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 dos cuidados prestados, dando expressão às admissões precoces, às admissões com uma duração de internamento excessiva e às admissões tardias;
- Os custos em excesso atendendo à elevada percentagem de cesarianas;
- Os custos totais atribuíveis ao internamento hospitalar.

Conclusões

Caracterização e Evolução da Saúde em Portugal

- A tendência crescente das despesas globais do sector 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, 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 se tratar um sistema tipo SNS (acesso universal e financiamento por impostos), é uma característica estruturante que motiva o debate sobre as opções estratégicas e de gestão das reformas do sistema de saúde. Apesar desta natureza “mista” ser prevalente, os argumentos das diferentes correntes continuam a discutir entre *mais público ou mais privado* como instrumento para se melhorar a eficiência, a acessibilidade e a qualidade na prestação de cuidados;
- No que respeita aos resultados em saúde, medidos através dos AVPP (anos de vida potencialmente perdidos) pode concluir-se que no período compreendido entre 1984 e 2006, Portugal registou melhorias significativas. Relativamente à análise da eficiência constata-se que Portugal apresenta a terceira melhor evolução no custo-efectividade entre o grupo países “OCDE-21”. 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;

- Enquanto instrumento base para a geração de incentivos comportamentais, de natureza organizacional ou individual, os preços utilizados para financiamento das unidades prestadoras de cuidados de saúde constituem um elemento fundamental para a prossecução dos objectivos macro dos sistemas de saúde. Como foi possível aferir ao longo da revisão de literatura, verifica-se que o processo de estabelecimento de preços no nosso país apresenta algumas questões pendentes que merecem destaque, nomeadamente:
 - O seu cariz retrospectivo, originado pela presença de valores de convergência;
 - A ausência de critérios de procura ao nível do ajustamento pelo risco (exemplo: gravidade);
 - Diferentes referenciais de preços com incentivos não alinhados entre pagadores cuja propriedade é semelhante;
 - Propriedade comum entre pagadores, prestadores e negociadores do financiamento;
 - A utilização de ponderadores médios para efeitos de financiamento (índice de case-mix).

- Para que seja possível o estabelecimento de incentivos de uma forma correcta, é determinante a obtenção do nível de custos incorridos com um elevado grau de exactidão. Tal como sucede com o processo de definição de preços, também o apuramento de custos nas organizações de saúde pertencentes ao nosso SNS apresenta um conjunto de aspectos que merecem um debate aprofundado no âmbito da presente temática em estudo, a saber:
 - O apuramento de custos encarado como um procedimento administrativo e não como uma etapa fundamental do processo de tomada de decisões operacionais e estratégicas;
 - A ausência de centralização da informação no utente, situação que dificulta o apuramento de custos por patologia, produto ou área geográfica;
 - A divulgação dos custos das organizações de saúde, que tipicamente é efectuada com um diferimento significativo;
 - A falta de uniformidade nos sistemas de apuramento de custos entre os diferentes níveis de cuidados de saúde.

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

Comparação de preços

No que diz respeito à análise e comparação dos **preços internacionais** verificou-se que:

- Na generalidade dos GDH analisados os preços definidos em Portugal não apresentam um padrão uniforme, nem correspondem a máximos, nem a mínimos. Os Grupos de Diagnóstico Homogéneo (GDH) são um sistema de classificação de doentes internados em hospitais de agudos que agrupa doentes em grupos clinicamente coerentes e similares do ponto de vista do consumo de recursos. Corresponde à tradução portuguesa para Diagnosis Related Groups (DRGs);
- Os preços correspondentes à Espanha (Ilhas Baleares) apresentam, na generalidade, os valores mais elevados;
- França é o país que apresenta os preços mais baixos, seguida pelo Reino Unido;

Na análise e comparação dos **preços em Portugal** verificou-se que:

- Existe uma grande variação nos preços das primeiras consultas consoante o prestador e o pagador sejam públicos ou privados;
- Nas consultas os preços mais elevados são os que se encontram definidos nos contratos programa dos hospitais do SNS;

- Os valores mais baixos das consultas são os que se encontram definidos pela ADSE no regime convencionado, seguido do regime livre;
- Existe uma variação acentuada nos preços dos atendimentos urgentes em contexto público quando se comparam os grupos hospitalares definidos para os hospitais do SNS;
- Importa ainda realçar que existem duas tabelas de preços quando os prestadores pertencem ao SNS, a tabela do contrato programa e a tabela da portaria nacional dos GDH. Mais interessante é verificar que a primeira tabela diferencia preços por grupo hospitalar e a segunda diferencia os preços de acordo com a classificação do serviço de urgência. Por exemplo um hospital que pertença ao grupo de financiamento IV no âmbito do contrato programa recebe 69€. Se a classificação do serviço de urgência do mesmo hospital for médico-cirúrgico o valor da portaria nacional dos GDH é 108€ (ou seja 39€ mais cara);
- O preço mais elevado de um atendimento urgente é o praticado pelos hospitais do SNS cujo serviço de urgência seja do tipo polivalente e quando o pagador são os subsistemas e seguros privados. É de realçar que estes mesmos hospitais recebem um valor inferior quando o atendimento urgente é facturado no âmbito do contrato programa;
- O preço mais elevado da TAC é praticado pelos hospitais privados a clientes privados. No extremo oposto encontra-se o preço estabelecido pela ADSE em regime convencionado. Verifica-se que o preço de uma TAC estabelecido pela Portaria nº.132/2009 de 30 de Janeiro de 2009 e aplicável aos subsistemas privados está próximo do preço mais baixo e corresponde a 46% do valor praticado pelo hospital privado que apresenta o preço mais elevado;
- No que diz respeito à Ressonância magnética verifica-se que o valor definido pelo regime convencionado da ADSE é o valor mais baixo. Verifica-se que os hospitais privados são os que apresentam os preços mais elevados. O valor estabelecido pela ADSE em regime convencionado, para uma ressonância magnética corresponde a menos de 37% do preço estabelecido pelo privado mais caro.

Análise da Eficiência no Serviço Nacional de Saúde em Portugal

A análise da eficiência do SNS, como já referido, distribuiu-se por três grandes áreas: o Medicamento, os Cuidados Primários e os Cuidados Hospitalares.

No que se refere à **política do medicamento** os principais aspectos a evidenciar são os seguintes:

- Os dados de 2009 indicam que o mercado hospitalar representou 24,2% do valor do mercado de medicamentos, enquanto o peso do mercado dos medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM) se situou em 4,9%. A fatia mais representativa do mercado era assim a do mercado dos medicamentos sujeitos a receita médica, responsável por 70,8% do valor global;
- Acrescem ainda outras especificidades do mercado dos medicamentos, que justificam uma política própria. Este resulta da interação de diversos agentes distintos: o prescriptor (médicos), os diversos tipos de fornecedores (fabricantes, grossistas e farmácias), o utilizador (doentes) e o pagador (Estado, que comparticipa no todo ou em parte), cada um com interesses próprios e por vezes opostos. Além disso, como já foi apontado, neste mercado existe um forte investimento em investigação e desenvolvimento (I&D) 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;
- Para atingir os objectivos citados, a política do medicamento tem três áreas de actuação possíveis: preços, quantidades e montante de gastos. Uma vez que a actuação sobre os preços é um dos principais instrumentos da política do medicamento, este aspecto será o primeiro a ser abordado e com uma maior profundidade;
- A utilização de genéricos tem sido igualmente um dos aspectos mais estudados e discutidos em termos nacionais e internacionais. Para os

medicamentos genéricos, em Portugal foi desenhado ainda um sistema de preços de referência, que constitui um elemento chave da política de comparticipação. 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;

- 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 a entrada de genéricos quer via o decréscimo dos preços dos já existentes no mercado;
- 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.

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 análise da despesa com medicamentos permitiu evidenciar o seguinte:

- Em 2010, o valor das vendas de especialidades farmacêuticas ascendeu a 3.238 milhões de euros. Este valor tem vindo a decrescer desde 2009, particularmente no último ano (-2.5%). Já no período 2005/08, este cresceu em todos os anos, embora a ritmos distintos, tendo-se destacado o elevado ritmo de crescimento observado entre 2006 e 2007: 4,0%;
- O mercado dos medicamentos pode ser dividido em três componentes: (1) o mercado do SNS; (2) o mercado dos subsistemas; (3) e o mercado

dos medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM) e restante mercado. Destes, o mercado do SNS constitui-se como dominante, já que o seu valor representava 68,7% do total em 2009. O mercado dos subsistemas representava 11,8% e o terceiro 19,4%;

- Foram analisadas as despesas totais com medicamentos per capita (USD/PPC, 2000: todos os valores são apresentados nesta unidade monetária), tendo-se constatado que a situação portuguesa se caracterizou por:
 - Em 2006, a despesa total em medicamentos per capita (378) era inferior à de todos os países / grupos de países em estudo, à excepção do Reino Unido (307). Em geral, esta situação verificou-se em todos os anos em estudo;
 - Para a despesa pública (211), era também inferior à de todos os países / grupos de países em estudo, à excepção do grupo OCDE (204). Em geral, esta situação verificou-se em todos os anos em estudo.

- Já nas despesas privadas, o comportamento de Portugal em 2006 mostrava-se distinto, uma vez que o seu valor (167) foi superior ao de todos os países da UE em estudo à excepção de Itália (235), bem como ao valor global da UE-15. No entanto, na comparação com os grupos OCDE-21 (países da UE-15 em conjunto com a Austrália, Canadá, EUA, Japão, Noruega e Suíça) e OCDE, as despesas privadas são superiores nestes. Este padrão foi registado em todos os anos entre 2002-2006;

- Em termos globais, no ano 2006, as despesas com medicamentos representaram 23% do total de despesas correntes com a saúde. Dos países em estudo, apenas a Grécia apresentou uma percentagem superior, embora ligeira (24%). Na UE-15 esse valor foi de 17% e na OCDE de 15%. Para a despesa pública a fatia afectada aos medicamentos situou-se em 18%, ultrapassada apenas pelos valores de Espanha (24%) e Grécia (26%);

- Em 2010, o valor do mercado de medicamentos genéricos era aproximadamente 617,5 milhões de euros, estando a recuperar da contracção registada em 2009. Desde 2006 até 2010, o mercado

expandiu-se anualmente em todos os anos à excepção apenas de 2009. A quota de mercado, medida pela percentagem das vendas, era em 2010 de 19,1% e sofreu uma evolução semelhante à do valor do mercado, com a diferença que atingiu o seu máximo em 2010. Considerando o mercado total, a quota em embalagens era ligeiramente inferior (18,3%), mas tem vindo a crescer sistematicamente desde 2005. O mesmo sucedia com a quota em embalagens no mercado concorrencial de genéricos. Neste caso, nas DCI para as quais existe um genérico comercializado, cerca de 1/3 das embalagens vendidas são de medicamentos genéricos (33,8%). Para o mercado total, Portugal encontrava-se entre os países com menor quota de mercado (em volume de vendas), já que em todos os países europeus considerados, apenas o valor de Itália era inferior. Portugal encontrava-se ainda entre no grupo de países com uma quota inferior a 20% do total, conjuntamente com Itália, Espanha, Áustria, Irlanda, Bélgica e França. Com quotas de mercado entre 40 a 60% encontravam-se mercados como a Finlândia, Suécia, Turquia, Holanda, Alemanha, Reino Unido e Eslovénia. Da UE-15, o valor mais elevado registava-se na Dinamarca. É de referir no entanto a Roménia, Polónia e Letónia como sendo os países com maior quota de mercado dos medicamentos genéricos.

Foram ainda apresentados alguns cenários para a redução da despesa com medicamentos:

- Para as oportunidades para a redução da despesa em medicamento consideraram-se três elementos: o preço, a quantidade consumida e o mix de tipos de medicamentos;
- Assim, em primeiro lugar, considera-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 (QUANTIDADE);
- 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 (PREÇO);

- Em terceiro lugar, coloca-se a hipótese de alteração do mix de medicamentos consumidos, apontando-se duas vias possíveis para a redução da despesa 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 (MIX).

Considerados conjuntamente, os dados recolhidos permitem estimar que uma alteração do perfil de prescrição nas estatinas, inibidores das bombas de prótons e antibacterianos significaria um ganho potencial entre 26,5 e 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 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).

Adicionalmente, e não menos importante, 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.

Por outro lado, deve ter-se presente o estabelecido no memorando de entendimento sobre as condicionalidades da política económica, nomeadamente a necessidade de reduzir a despesa pública com medicamentos para 1,25% do PIB até final de 2012 e para cerca de 1% do PIB em 2013 (em linha com a média da UE)". Para final 2012 tal implica uma redução de 841.857 milhares de euros na despesa pública em medicamentos, ou seja cerca de 46,8 milhões de euros por mês.

Assumindo que é possível atingir o cenário mais optimista para a redução da despesa apresentada no capítulo anterior, esta corresponde a cerca de 7% do total da despesa pública em ambulatório, o que projectando para os 18 meses que restam até ao final de 2012 aponta para uma redução de 210.285 milhares de euros, valor bastante aquém das reduções necessárias (cerca de 842 milhões de euros). Mesmo assumindo que a despesa hospitalar de 2010 pode ser reposta ao nível de 2007 existe uma redução potencial de cerca de 150 milhões de euros. Assim, considerando estas reduções potenciais, as quais correspondem a cenários muito exigentes, ainda é necessária uma redução de cerca de 482 milhões de euros.

Estes valores são bastante preocupantes e apontam para uma necessidade de se reformular substancialmente a política do medicamento, desde a alteração do perfil de prescrição, no qual as NOC assumem particular relevo (aqui o consumo de psicofármacos, por exemplo, 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.

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.

Em termos de síntese, tudo aponta que o excesso de custos em relação aos proveitos que tem caracterizado o sector da saúde nos últimos anos e que inclusivamente tem suscitado inúmeros debates técnicos e políticos sobre a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde, pode rapidamente ganhar maior acuidade e certamente novos contornos, atendendo à crise financeira que Portugal atravessa.

Contudo, como se demonstrou neste estudo existe um nível de eficiência baixo no SNS em todas as perspectivas estudadas – hospitais, cuidados de saúde primários e medicamentos.

Este facto, embora revele um dos lados mais negativos do SNS e que inclusivamente poderá abranger igualmente o Sistema de Saúde Português, constitui por sua vez uma excelente oportunidade para refundar o sector da

saúde em Portugal e naturalmente o SNS, tanto pelo facto de existir um espaço substancial para alcançar poupanças, como pela argumentação, na nossa perspectiva cientificamente válida, que estas poupanças poderão ser alcançadas sem diminuição dos benefícios (pode igualmente ler-se universalidade e acessibilidade) dos indivíduos e da sociedade e sem a necessidade de se introduzirem barreiras económicas.

Para que tal seja possível, expectativas, atitudes e comportamentos devem ser alterados, tendo em vista a introdução de uma maior racionalidade, de melhor gestão e de melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Mesmo sem a necessidade do compromisso ou imposição por parte dos nossos parceiros internacionais, questões como a cultura de transparência, a necessidade de uma maior responsabilização dos gestores e profissionais de saúde e de prestar contas, bem como a avaliação do desempenho das organizações e dos profissionais, com a conseqüente introdução de incentivos (positivos e negativos), estavam e estão na ordem do dia, tornando-se somente necessário que as políticas escolhidas e implementadas sejam baseadas na evidência, o que não tem sido um apanágio do nosso património de saúde.

Paradoxalmente, alguns relatórios do nosso estudo, evidenciam os resultados positivos da cobertura universal e gratuita (pelo menos quase) e que não se esgotam nos ganhos da mortalidade infantil, dado que o custo-efectividade do SNS e do Sistema de Saúde Português apresenta um dos melhores rácios quando comparado com os nossos parceiros europeus (União Europeia a 15).

No entanto, é necessários garantir uma rapidez e flexibilidade na reforma de saúde, eventualmente com recurso à partilha de risco entre financiador público e prestadores privados, para se tentarem assegurar as condições que este esforço reformista seja suficiente para fazer face aos compromissos existentes.

Embora a mensagem a passar tenha ser realista e prudente, pode ser igualmente optimista, mas deve ter-se presente que seguramente não serão atingidos os objectivos e metas fixados, sem a definição de prioridades, a realização de estudos académicos e a motivação dos profissionais, tendo sempre presente que o cidadão está no centro do sistema e que as prioridades serão definidas em função deste primado.

A elaboração do **Relatório sobre os Cuidados de Saúde Primários** pretendeu dar resposta a diversas interrogações e problemas.

Em primeiro lugar, descreveu-se e comentou-se a realidade do recente processo de reforma nos Cuidados de Saúde Primários, dando especial relevo à falta de avaliação do mesmo, quase nada se sabendo da situação de partida, o que se mantém em 2001, decorridos cerca de 5 anos desde o seu início.

Também é interessante perceber que a avaliação do impacte da reforma dos Cuidados de Saúde Primários não tem estado na agenda dos principais actores e decisores, pelo que a apreciação do desempenho desta componente será sempre subjectiva e, com muito boa vontade, qualitativa.

Para sintetizar esta parte pode referir-se que existem diversos movimentos, aparentemente com sentidos distintos e aparentemente contraditórios, dado que coexistem modelos isolados e autónomos (independentistas?) personificados pelas Unidades de Saúde Familiares (USF), processos de integração horizontal, mediante a criação de Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) e processos de integração vertical, conhecidos por Unidades Locais de Saúde (ULS).

Na realidade, estas formas distintas de organizar e gerir os cuidados de saúde coexistem – existem ACES com diversas USF e ULS com vários ACES e USF, embora com modelos económicos diferentes (ou seja, com formas de gestão e de relação entre as diversas linhas de autoridade distintos), com modelos de financiamento igualmente diferentes e com objectivos de produção (optimização da saúde) e de avaliação ainda diferentes.

Os resultados possíveis de analisar com esta reforma não são os mais animadores:

- É imperioso referir que foi completamente impossível comparar a eficiência entre USF e ACES, simplesmente pelo facto de as despesas referentes a recursos humanos não estarem disponíveis;
- Daí, se ter realizado o estudo de caso, o qual apresenta como principal limitação a sua impossibilidade de extrapolação para a realidade nacional, o qual aponta para uma maior falta de acessibilidade das

populações aos profissionais de saúde das USF, tendo sido a acessibilidade medida de uma forma indirecta, ou seja, são os utentes cujos médicos de família integram Unidades de Saúde Familiares que recorrem com maior frequência às urgências hospitalares, com grande expressão para os casos pouco urgentes;

- Este facto, aparentemente contrário às expectativas criadas por este tipo de organização, evidencia a importância da realização de diversos estudos sobre a acessibilidade aos Cuidados de Saúde Primários, comparando as distintas formas organizacionais;
- A análise da eficiência também demonstra uma grande variabilidade entre os vários ACES e um comportamento heterogéneo por rubrica de despesa (os ACES que são mais eficientes no consumo per capita de medicamentos, não os mais eficientes no consumo de meios complementares de diagnóstico, por exemplo), o que aponta para uma necessidade de reforçar a gestão;
- A análise dos custos potencialmente evitáveis varia entre 8% e 38% (7% e 38%, quando se retiram os custos com recursos humanos), respectivamente para um benchmarking da média dos ACES ou para o para o ACES mais eficiente;
- Estes valores estão situados entre 186 e 900 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.

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 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 através da realização deste estudo contribuir para um melhor conhecimento sobre a actual realidade dos cuidados de saúde primários ao nível da sua eficiência.

Em termos específicos pretendeu-se então ir de encontro a dois objectivos fundamentais: efectuar a caracterização do nível de eficiência em cada ACES e calcular os seus possíveis ganhos potenciais.

Constatou-se que a distribuição da eficiência varia em cada rubrica de custos e em termos de 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.

Através da análise dos resultados foram discutidos algumas matérias intrínsecas a esta problemática, como a necessidade de criar um corpo de conhecimentos e investigação mais substancial em cuidados de saúde primários, a ausência de um padrão nacional de variação, a importância que o sistema de financiamento pode assumir para a criação de incentivos nos cuidados de saúde primários, a necessidade de perspectivar os ganhos de eficiência num contexto de integração de cuidados de saúde e finalmente foi também discutida a separação financiador e prestador numa óptica de implementação de processos de empresarialização.

Por último salientam-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 enquadramento e contexto existente nos cuidados de saúde primários no nosso país.

Os principais resultados apurados evidenciam que existe uma franca margem de melhoria funcional, seja esta analisada numa óptica da procura através do perfil dos utentes mais frequentadores da urgência, seja numa óptica da oferta através das diferentes tipologias de unidades funcionais existentes na ULS A.

No presente estudo de caso incluíram-se também após a discussão da evidência criada com os responsáveis pela gestão de organizações de saúde um conjunto de recomendações que pretendem contribuir para uma operacionalização pragmática do potencial ganho afecto ao funcionamento conjunto da estrutura de oferta de cuidados de saúde urgentes nesta realidade específica.

Como é óbvio 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) pode apresentar os mesmos resultados de saúde, com custos significativamente inferiores. Ou seja, tudo indica que existe espaço para aumentar a eficiência sem comprometer a qualidade, a acessibilidade e a equidade do SNS.

O estudo sobre o **Mercado Hospitalar** (SNS) permite evidenciar:

- A falta de eficiência em hospitais, quando o comparador é a média dos hospitais portugueses, origina um aumento dos custos em 7,8%;
- As complicações de cuidados, como por exemplo, as infecções pós-procedimento, as infecções urinárias ou as úlceras de decúbito, implicam um aumento dos custos na ordem dos 10%;
- As readmissões a 30 dias pelo mesmo motivo implicam um aumento dos custos de 4,8%;
- A falta de adequação dos cuidados prestados também originou um aumento significativo no aumento dos custos, de cerca de 12%, 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;

- A elevada taxa de cesarianas existente nos hospitais portugueses, embora não tenha grande expressão financeira, pelos problemas de qualidade associados merece atenção especial;
- 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%.

Recomendações para os Hospitais:

- 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, implicam uma melhoria no sistema de informação hospitalar, identificando as 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;
- A falta de qualidade dos cuidados prestados também está presente quando se consideram as readmissões a 30 dias. Esta situação justifica, pelo menos 3 tipos de medidas: identificação se as readmissões foram ou não programadas, alteração da janela temporal actualmente presente no modelo de contratualização com os hospitais e introdução de 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 dos cuidados prestados no aumento dos custos justifica igualmente a adopção de políticas específicas para minimizar o fenómeno. Para as admissões tardias, para além de se identificarem mais doenças com admissões tardias (de facto o reduzido número de doenças em avaliação pode justificar a reduzida expressão deste atributo, até porque considerando exclusivamente a diabetes mellitus este aspecto é mais relevante), torna-se imperioso penalizar as organizações prestadoras que por problemas de acessibilidade ou na gestão da doença, originam que o tratamento ocorra numa fase mais adiantada da doença. Para as admissões precoces, como se identificaram 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 de o 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;
- No que respeita às taxas de cesarianas é importante adoptar as medidas preconizadas no Plano Nacional de Saúde e também algumas expressas num documento elaborado pela ARS Norte (2010), onde, entre outros aspectos, se sugerem incentivos financeiros (positivos e negativos) para as cesarianas realizadas sem justificação médica. Pela importância que o problema tem, sendo igualmente reconhecido pela Organização Mundial de Saúde, é expectável que num futuro próximo a Direcção-Geral da Saúde tenha um papel mais activo, tanto na definição de normas, como na implementação de mecanismos de avaliação;

- Embora possa existir alguma sobreposição nos custos em excesso estimados, 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.

Assim, é igualmente imperativo que exista um mecanismo regular e pré-definido para avaliação da eficiência hospitalar, a nível micro, dentro de cada serviço e de cada hospital, ao nível intermédio, 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.

Em termos de síntese o conjunto de resultados permite evidenciar a trajectória favorável e positiva do SNS quando comparada internacionalmente e simultaneamente identificar um conjunto de áreas onde existe falta de eficiência e/ou de qualidade ao nível do medicamento, dos cuidados de saúde primários e dos hospitais.

Neste sentido, tudo indica que a adopção de políticas proactivas e direccionadas para as áreas onde existem ineficiências pode possibilitar substanciais ganhos financeiros, sem comprometer a universalidade, a equidade e a qualidade do SNS.

Deve ainda ter-se presente que muitos dos resultados encontrados são consequência directa da política de saúde e dos incentivos (igualmente financeiros) criados em Portugal desde a implementação do SNS.

Uma última palavra para o sistema de informação de saúde em Portugal, o qual apresenta ainda muitas lacunas e muito provavelmente problemas de validade e de fiabilidade que devem ser eliminados, tendo em vista uma maior transparência e ainda o recurso a informação em tempo útil que permita a explicitação e discussão de decisões sobre a gestão em saúde em Portugal.