

Editorial

Orientações clínicas – contributo para a eficiência?

João Pereira

Gerou alguma polémica o estudo recentemente divulgado sobre o sistema de comparticipação de medicamentos em Portugal, da autoria da consultora britânica *Europe Economics*.

Uma das principais recomendações do estudo era o alargamento do sistema de preços de referência a produtos ainda sob patente, passando a taxa de comparticipação a basear-se nos denominados protocolos terapêuticos (veja-se notícia na secção *Economia da Saúde* deste *Boletim*).

A proposta da *Europe Economics* parte do princípio de que a adesão a orientações clínicas – incentivada pelo mecanismo de preços de referência – poderia contribuir para melhorar a eficiência da prescrição. Mas será essa suposição válida?

São conhecidos, pelo mundo fora, muitos casos em que a prática clínica não segue a melhor evidência científica disponível. Em Portugal, o Observatório Português dos Sistemas de Saúde tem vindo a apontar para o caso da prescrição excessiva de antibióticos, particularmente

cefalosporinas de 3ª geração e quinolonas, quando comparada com outros países.

É sabido que tal padrão acarreta riscos para a saúde pública (p.ex. resistência a determinada classe de antibióticos numa população). No entanto, presta-se menos atenção ao facto de os desvios terem fortes consequências económicas, pois geralmente concentram-se em medicamentos mais caros que poderiam ser substituídos, sem perda de eficácia para o doente, por medicamentos mais baratos.

Um artigo recente, publicado na revista *JAMA*, (Fischer e Avorn, *JAMA*, April 21, 2004) calcula de forma rigorosa os potenciais

ganhos económicos de adesão a normas de boa prática clínica no tratamento da hipertensão em doentes acima dos 65 anos.

Os autores tiveram acesso aos registos computadorizados de diagnóstico e prescrição para 133 624 doentes que, no ano de 2001, seguiram uma terapêutica de controlo da hipertensão no âmbito de um programa de saúde para idosos nos E.U.A. A sua análise comparou o custo dos medicamentos efectivamente prescritos com o custo de medicamentos que seriam prescritos caso todos doentes seguissem uma terapêutica baseada em normas de utilização racional.

(cont. na pág. 16)

Coimbra realiza a 9ª Conferência Nacional de Economia da Saúde

Mais informações na pág. 3



Neste número:

Notícias da APES	2
Economia da Saúde	5
Números da Saúde	8
Nova Legislação	8
Debate: Política de Saúde ...	9
Publicações em destaque	11
Conferências e Seminários ...	13
Cursos e <i>Workshops</i>	14
Artigos e outras publicações..	15

Notícias da APES

Novo site da APES

Durante o mês de Agosto a Associação Portuguesa de Economia da Saúde irá lançar o seu novo site na Internet.

O site – desenvolvido por Victor Raposo da direcção da APES - procurará ser o ponto de encontro para os sócios da APES e todos aqueles que se interessam pela Economia da Saúde em português.

No próximo Boletim divulgaremos mais informações sobre o site.

Tome nota do endereço:

www.apes.pt

Sócios Institucionais

A APES tem actualmente quase 50 sócios institucionais. Entre estes destacam-se Hospitais de todos os pontos do país, Regiões e Sub-regiões de Saúde, Institutos, Organismos Centrais do Ministério da Saúde, Empresas Farmacêuticas, Outras Associações, etc.

A qualidade de sócio institucional permite aos organismos usufruírem dos benefícios de sócio para um conjunto de colaboradores. Actualmente, a quota anual para sócios institucionais é de € 225.

No futuro, a APES pretende reconhecer o papel dos sócios institucionais dando destaque à sua actividade por via da página Web da Associação.

Se a sua instituição pretende tornar-se sócio, contacte o secretariado através de apes@ensp.unl.pt ou consulte a página Web.

Como fazer-se Sócio da APES

A Associação Portuguesa de Economia da Saúde (APES) é aberta a todos os profissionais que se interessam pelas matérias e métodos aplicados no domínio da Economia da Saúde.

A inscrição na APES pode ser feita mediante o preenchimento de um boletim de inscrição e o pagamento de um jóia de inscrição e uma quota anual.

Para o corrente ano mantém-se os valores das quotas em vigor desde 2002 (€30 para os sócios individuais e €225 para os sócios colectivos).

Se quiser fazer-se sócio da APES, por favor consulte www.apes.pt ou contacte directamente o secretariado da Associação.

Trabalhos académicos

A APES tem vindo a proceder a um levantamento de trabalhos académicos realizados por autores portugueses no campo da economia da saúde.

A lista será brevemente divulgada através da página Web.

Pretende-se que seja periodicamente renovada e aperfeiçoada com o contributo dos sócios e outros interessados.

Se tiver conhecimento de alguma dissertação académica no âmbito da Economia da Saúde – Doutoramentos, Mestrados, Pós-graduações – por favor faça-nos chegar a referência bibliográfica para podermos inclui-la na referida lista.

Mais informações

APES

Tel. 21 751 21 04
Fax. 21 757 35 36

e-mail: apes@ensp.unl.pt

Site: <http://es2005.fe.uc.pt/>

Inscrições

Até 10 Out. Após 10 Out.

Sócios	€ 200	€ 250
Não-sócios	€ 275	€ 325

Condições especiais para estudantes de pré- e pós-graduação (contactar apes@ensp.unl.pt)

9ª Conferência Nacional de Economia da Saúde

Coimbra

24-26 de Novembro de 2005

A próxima Conferência Nacional de Economia da Saúde, organizada pela APES, decorrerá nos dias 24 a 26 de Novembro, na Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.

Este evento irá proporcionar, mais uma vez, um fórum de debate sobre temas actuais em economia, gestão e política da saúde.

A 9ª Conferência cumpre, assim, o objectivo da APES de promover a partilha de ideias, experiências e resultados de investigação, assim como de dar a conhecer o trabalho de investigadores portugueses e estrangeiros no campo da análise económica em saúde.

Temas

- Alterações demográficas e efeitos na saúde
- Avaliação económica em saúde
- Avaliação de tecnologias de saúde
- Desigualdades e equidade em saúde
- Economia do sector hospitalar
- Estilos de vida e comportamentos de risco
- Farmacoeconomia
- Medição de resultados e ganhos em saúde
- Modalidades de financiamento
- Modelos de pagamento aos prestadores e serviços
- O mercado do medicamento
- Plano Nacional de Saúde
- Regulação em saúde



Comunicações e posters

A Conferência incluirá apresentações por parte de convidados, mesas redondas, comunicações livres e *posters*.

A selecção das comunicações e dos *posters* será feita com base no mérito científico.

Os autores interessados em apresentar comunicações orais ou *posters* deverão enviar os respectivos resumos em formato MS Word por correio electrónico (apes@ensp.unl.pt) até 30 de Setembro de 2005.

Os resumos devem apresentar os seguintes pontos: Objectivos, Métodos, Resultados e Conclusões, e não exceder as 500 palavras.

Comissão Organizadora

Pedro Lopes Ferreira (Presidente);
António Amaral; Carlota Quintal;
Céu Mateus; Manuela Frederico;
Manuela Mota Pinto; Óscar Lourenço;
Sofia Crisóstomo; Vítor Raposo

Comissão Científica

João Pereira (Presidente); Alberto Holly;
Ana Escoval; Ana Sofia Ferreira;
Armando Brito de Sá; Carlos Gouveia
Pinto; Elvira Lima; Francisco Batel
Marques; Manuel Carrageta;
Miguel Gouveia; Mónica Oliveira;
Nuno Sousa Pereira; Paula Santana;
Pedro Lopes Ferreira; Pedro Pita Barros;
Suzete Gonçalves; Teresa Sustelo

Documentos de Trabalho

A série Documentos de Trabalho da APES tem como objectivo disseminar investigação aplicada em Economia da Saúde e áreas afins.

Pretende estimular a discussão e suscitar comentários que contribuam para a melhoria dos estudos e para o avanço do conhecimento.

A série serve ainda para trazer ao conhecimento dos sócios da APES e estudos novos no âmbito Economia da Saúde.

Se desejar submeter o seu trabalho para publicação, deverá enviá-lo em ficheiro de formato MS Word ou PDF, para apes@ensp.unl.pt.

Os textos deverão ter um máximo de 6 000 palavras incluindo bibliografia, não incluir mais que 10 quadros e figuras e estar dactilografados a espaço e meio. A selecção dos trabalhos será feita através de um processo de arbitragem anónimo, com base no mérito científico. Os autores interessados devem contactar a Direcção da APES no caso de dúvidas.

Documentos de trabalho recentes

1/2005 David Chinitz, *Things that you see from here, you don't see from there: convergence and dynamism in European health systems.*

2/2004 Mónica D. Oliveira e C. Gouveia Pinto, *Reviewing evidence on the Portuguese NHS experience*

1/2004 Marisa Miraldo, *Hospital Financing and the development and adoption of new Technologies*

1/93 João Pereira, *Economia da Saúde. Glossário de termos e conceitos.* (Versão revista e actualizada em 2004)

1/2003 Carlos Gouveia Pinto e Filipa Aragão, *Health Care Rationing in Portugal. A retrospective analysis.*

2/2003 Francisco Franco e Mário Fortuna, *O Método de Fronteira Estocástica na Medição da Eficiência dos Serviços Hospitalares*

Centro de Documentação: Últimas aquisições

A APES mantém um Centro de Documentação que reúne material bibliográfico sobre Economia da Saúde e áreas afins.

O acesso é gratuito aos sócios da APES. As obras são normalmente emprestadas por um período de duas semanas. Em certos casos é possível facultar cópias de textos aos sócios mediante pagamento dos custos da reprodução.

Eis algumas das últimas aquisições:

ANAND, S.; PETER, F.; SEN A., Public health, ethics, and equity. Oxford University Press, 2004, 316 p.

BRANCO, M.J.; NUNES, B.; CONTREIRAS, T., Um estudo sobre a prática de cuidados preventivos nos cânceros da mama e do colo do útero, em Portugal Continental. ONSA, Março 2005.

COELHO, V.M.C.; SOUSA, F.J.P., Financiamento da Saúde no Estado do Ceará: Receitas e Despesas em Face da Evolução Económica e Institucional. Secretaria Estadual da Saúde do Ceará, 2005, 80 p.

EVANS, R., Interpreting and addressing inequalities in health: from Black to Acheson to Blair to ...? Office of Health Economics, May 2002, 92 p.

FULOP, N.; ALLEN, P.; CLARKE, A.; BLACK, N., Studying the Organisation and Delivery of Health Services: Research Methods, Routledge, 2002.

GIRALDES, M.R.; OLIVEIRA, L.; CARVALHO, P.M.; MARTINS, T.A., Avaliação da eficiência e da qualidade em Hospitais SPA. Direcção Geral da Saúde, Abril de 2005, 146 p.

GRAHAM, H., Understanding Health Inequalities, Open University Press, 2000.

KOBELT, G., Health Economics: an Introduction to Economic Evaluation, Office of Health Economics, 2002, 131 p.

LIMA SOUSA, M.H. et al., Desigualdades Socioeconómicas, Morbilidade e Mortalidade no Ceará (Brasil). SES do Ceará, Fortaleza, 2004, 149 p.

LOURENÇO, O.D., Os Custos do Ensino Médico no Hospital: um primeiro olhar quantitativo. Centro de Estudos e Investigação em Saúde, Documento de Trabalho 4, 1999, 26 p.

MENEU, R.; PEIRÓ, S., Elementos para la gestión de la prescripción y la prestación farmacéutica. Colección Economía de la Salud y Gestión Sanitaria, Masson, S.A., 2004, 240 p.

NAZARETH, J.M., Demografia: A Ciência da População, Editorial Presença, 2004, 271 p.

NEUMANN, P.J., Using cost-effectiveness analysis to improve health care. Opportunities and barriers. Oxford University Press, 2005, 209 p.

NUNES, R., Regulação da Saúde. Vida Económica, 2005, 310 p.

POLLOCK, A.M., NHS plc. The privatisation of our health care. Verso, 2004, 271 p.

SANDLER, T., Economics Concepts for the Social Sciences, Cambridge University Press, 2001, 285 p.

SILVA, M.G.C.; SOUSA, M.H.L., Temas de Economia da Saúde. Fortaleza – Ceará, 2005, 313 p.

STEVENS, A.; ABRAMS, K.; BRAZIER, J.; FITZPATRICK, R.; LILFORD, R., The Advanced Handbook of Methods in Evidence Based Healthcare. SAGE Publications, 2001, 507 p.

Economia da Saúde

5th World iHEA Congress: Investing in Health



Decorreu em Barcelona, entre 10 e 13 de Julho, o 5º Congresso Mundial de Economia da Saúde. Na Universidade Pompeu Fabra, os organizadores deste evento conseguiram reunir cerca de 1900 participantes, o que tornou este congresso o maior realizado até ao momento. Durante os 3 dias do evento houve lugar à apresentação de quase 500 *posters* e 1000 comunicações orais.

Nas sessões plenárias houve oportunidade para ouvir Michael Grossman, Indira Hirway, e Xavier Sala i Martin sobre "Investing in



Congressistas portuguesas no 5th iHEA World Congress

(Pita Barros, Gouveia Pinto, J. Pereira, A. Holly, M. Gouveia, M. Oliveira, C. Dismuke, C. Mateus, M. Machado)

Health e, na sessão de encerramento Daniel Kahneman, prémio Nobel da Economia em 2002, "Experimental Economics and the Value of Health".

O Congresso contou com várias apresentações de autores portugueses – ver caixa. Os sócios interessados em obter o texto das comunicações poderão contactar a APES que os porá em contacto com os autores.

O prémio para o melhor *paper* elaborado por um estudante foi entregue a uma portuguesa Teresa Bago d'Uva, doutoranda na Universidade de York, pelo seu trabalho "Latent Class Models for Utilization of Health Care".



Delegações da APES e da APAH (Assoc Port Admin Hospitalares) no 5th World iHEA Congress: Investing in Health

Apresentações de Autores Portugueses no Congresso

- Alberto Holly. *A new health-based risk adjustment model for Switzerland using medical information from prior hospitalizations.*
- Anabela Almeida. *Procurement practices in the public hospitals in Portugal: a study of regional differences.*
- Céu Mateus e Francisco Ramos. *Case mix system in Portugal: the road to nowhere?*
- Clara Dismuke. *Correcting under-reporting of "non-DRG" procedures in inpatient claims data.*
- Filipa Aragão. *Death spirals: switching costs and health premium payment systems.*
- Jorge Félix. *Portuguese reference price system impact on public and private pharmaceutical expenditure.*
- José Leal. *The economic burden of cardiovascular disease in the enlarged European Union.*
- Manuela Henriques. *An integrated vision of the management control cycle in Portugal's primary care sector.*
- Maria Isabel Clímaco. *Risk factors for obesity in adolescence: the Portuguese case.*
- Marisa Miraldo. *Reference pricing vs co-payment: drugs prices, quality and market coverage.*
- Matilde Machado. *Measuring hospital quality from physician's choices.*
- Miguel Gouveia. *Taxes and transplants: public policies and live organ donation.*
- Mónica Oliveira. *The mental health economics European network: 2 year findings.*
- Pedro Batista. *Measuring efficiency in Portuguese public hospitals: a comparative approach.*
- Pedro Pita Barros. *How to share internationally the development of new drugs?*
- Pedro Pita Barros. *Contractual design in public-private partnerships.*
- Teresa Bago d'Uva. *Does reporting heterogeneity bias health inequality measurement?*
- Teresa Bago d'Uva. *Latent Class Models for Utilization of Health Care.*

Sistema de Participação de Medicamentos

Em 24 de Maio de 2005, foi apresentado publicamente o estudo da empresa de consultoria *Europe Economics* sobre o “Sistema de Participação de Medicamentos e a sua Adequação à Reforma da Saúde, incluindo o Regime de Preços dos Medicamentos a Participar pelo Estado”.

O estudo recomenda a implementação com alta prioridade das seguintes medidas:

- Alargamento do sistema de preços de referência, podendo incluir produtos ainda sob patente, e passando a basear-se a taxa de participação em protocolos terapêuticos.
- Liberalização dos preços de genéricos.
- Definição do preço de referência com base no preço do genérico mais barato ou no preço do segundo genérico mais barato.

Foram ainda identificadas como reformas de baixa prioridade a implementar, as seguintes:

- Remoção da majoração de 10%, actualmente atribuída na participação de genéricos, assim que o mercado de genéricos tiver atingido maturidade suficiente (p.ex., quando o nível de penetração de genéricos for de 20%).
- Não prolongamento da majoração de 25% no cálculo do preço de referência para utentes em Regime Especial, para além de Dezembro 2005 (data até à qual esta medida está em vigor).



– Incentivo à importação paralela de genéricos.

– Participação automática de novos medicamentos para uso no tratamento de doenças abrangidas pelo sistema de preços de referência, com base em protocolos terapêuticos, desde que o respectivo preço seja inferior ao calculado pela Direcção-Geral da Empresa.

– Adopção de sistemas de informação e recolha sistemática de informação sobre hábitos de prescrição através de inquéritos.

– Estabelecimento de um patamar para as despesas suportados pelos beneficiários, a partir do qual a participação do Estado seria maior.

Para mais informações, o estudo está disponível para consulta em: http://www.infarmed.pt/pt/noticias_eventos/noticias/2005/nt_24_05_2005/cronograma.pdf.

25 Anos das Jornadas de Economia de la Salud

Realizou-se este mês, em Barcelona, a 25ª edição das Jornadas de Economia de la Salud da Asociación Economía de la Salud (AES) de Espanha.

Foram abordados diversos temas de Economia da Saúde com a notável qualidade a que as *Jornadas* nos habituaram.

As *Jornadas* têm vindo a ser realizadas anualmente desde 1980. Recorde-se que em 1985, houve uma organização conjunta entre economistas da saúde portugueses e espanhóis, tendo as *Jornadas* sido realizadas em Lisboa.

Dessa reunião surgiram as duas associações: AES e APES, e um excelente livro ainda hoje usado no ensino da matéria: *Sociedade, Saúde e Economia* (ENSP, Lisboa, 1987).

A APES felicita os colegas de Espanha pela ocasião dos 25 anos das *Jornadas*.

Mais informações sobre as XXV Jornadas de Economía de la Salud podem ser obtidas no sítio da AES: www.aes.es

Prof. Alan Williams

Alan Williams, Professor de Economia na Universidade de York e um dos pioneiros da Economia da Saúde a nível mundial, faleceu a 2 de Junho de 2005.

O seu contributo para o desenvolvimento da disciplina foi enorme, destacando-se em particular a inovação e aplicação do conceito de QALY (Ano de Vida ajustado Pela Qualidade) no campo da avaliação económica de programas.

Algumas das suas principais contribuições foram compiladas no livro:

Being Reasonable About the Economics of Health: Selected Essays by Alan Williams
Editors/Compilers: Anthony J. Culyer, Alan K. Maynard
ISBN: 1-85898-648-6
Publisher: Edward Elgar

Estudo da OCDE foca equidade no SNS Português

Foi publicado recentemente, pela OCDE, um documento de trabalho sobre a Reforma do Sistema de Saúde em Portugal (Guichard, 2004), que faz a avaliação dos aspectos positivos e negativos do Sistema de Saúde, antes das reformas iniciadas em 2002, e que descreve também estas mesmas reformas, nomeadamente, em que medida respondem a pontos fracos do Sistema Português e podem aumentar o seu desempenho.

Relativamente à equidade, o documento conclui que persistem inequidades, no que respeita ao acesso à saúde, associadas à distribuição não uniforme dos serviços de saúde e também dos recursos humanos em saúde. Níveis particularmente inadequados de serviços são observados em zonas rurais e zonas urbanas de baixos recursos, situação que será agravada, no futuro, pelo envelhecimento dos profissionais de saúde e por mais de uma década de *numerus clausus* e, em particular, após 2010, quando um número crescente de médicos de reformarem.

A falta de determinados profissionais, associada a factores que reduzem a produtividade do sistema, é também apresentada como tendo um impacto desfavorável sobre a equidade. As listas de espera para cirurgias, mas também para acesso a clínicos gerais ou especialistas, criam inequidades no seio da população Portuguesa, pois os indivíduos com maior rendimento podem evitar as listas de espera do SNS, através do acesso a prestadores privados, o que faz com que, por vezes, o acesso atempado aos serviços de saúde seja dependente da capacidade e vontade dos indivíduos para pagar.

Outra fonte de inequidade identificada é o facto do financiamento do sistema de saúde ser regressivo, principalmente devido aos co-pagamentos. Em Portugal, observa-se uma percentagem importante de co-financiamento do sistema de saúde, em particular em medicamentos, o que resulta numa despesa privada de saúde relativamente elevada, especialmente, quando comparada com sistemas públicos integrados, como os dos países nórdicos. Por outro lado, a dedução parcial nos impostos da despesa privada de saúde, que beneficia principalmente os agregados familiares de maior rendimento, tende a amplificar esta característica regressiva.

O relatório refere, a título de exemplo, que uma comparação, entre 21 países da OCDE, realizada em 2003, sobre a equidade de acesso a médicos e dentistas e cuidados hospitalares, mostrou que a distribuição de pelo menos uma visita médica anual (a clínicos gerais ou especialistas) favorecem significativamente as famílias de rendimentos mais elevados.

Para o futuro, o documento identifica a necessidade de serem desenvolvidos mais esforços para que o progresso em termos de eficiência seja seguido por melhorias da qualidade dos cuidados e dos resultados em saúde. Como, actualmente, a comparação entre as instituições de saúde é feita, sobretudo, com base na produtividade, em vez da qualidade, é recomendado o reforço desta nas próximas etapas da reforma, através do desenvolvimento e monitorização de indicadores de qualidade clínica e de resposta às necessidades dos doentes.

Para melhorar a equidade no acesso e reduzir os tempos de espera de forma sustentável, as questões de pessoal são também identificadas como um dos aspectos a melhorar.

Para complementar o aumento dos *numerus clausus*, é sugerida a introdução de um sistema de incentivos, para alocar melhor os recursos humanos nas regiões e por especialidade, e medidas específicas para melhorar a gestão das listas de espera, tais como um sistema de priorização dos doentes, com sucesso demonstrado noutros Países. Finalmente, como a nova estrutura do SNS aumenta os incentivos de desnatção e outras práticas de selecção adversa, é também recomendada a implementação de medidas eficazes que evitem estes fenómenos, sendo referido que a criação da ERS, por si só, não constitui uma garantia suficiente, pois a sua capacidade para atingir aquilo para que foi mandatada, ainda terá de ser demonstrada.

6ª Conferência Europeia de Economia da Saúde



Vai realizar-se entre 6 e 9 de Julho de 2006, em Budapeste, na Hungria, a 6ª Conferência Europeia de Economia da Saúde.

O prazo para o envio de abstracts termina no dia 1 de Dezembro de 2005.

Pode encontrar mais informações em <http://www.eche2006.com/>

Economia da Saúde no Ceará-Brasil

A Célula de Economia da Saúde da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, em articulação com Instituições Académicas locais e dentro de um projeto nacional para desenvolvimento da área de Economia da Saúde no Brasil, vem intensificando esforços na área de formação, estudos e pesquisas desde o anos 2000.

Os frutos deste trabalho começam a germinar através da publicação de diversos estudos.

O primeiro da série analisa as Desigualdades Socioeconómicas, Morbilidade e Mortalidade no Ceará (Brasil): Implicações na Política Sanitária (2004). O segundo focaliza a Assistência Farmacêutica no SUS do Ceará (Brasil): Gastos Públicos e Distribuição de Medicamentos (2005) e o terceiro analisa duas décadas do Financiamento da Saúde no Estado do Ceará: Receitas e Despesas em Face da Evolução Económica e Institucional (2005).

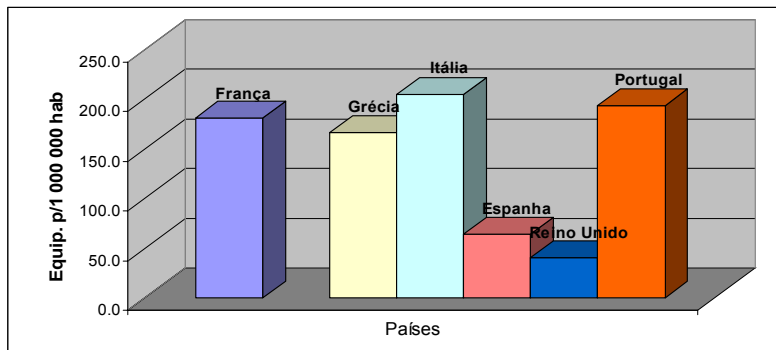
Além destas publicações o Conselho de Secretários Municipais de Saúde – COSEMS dedicou o número 14 de sua revista Sustentação a Economia da Saúde (2004) com artigos, resenhas, etc. sobre o tema. A mais recente publicação Temas de Economia da Saúde (2005) reúne artigos sobre monografias dos alunos do primeiro Curso de Especialização em Economia da Saúde no Ceará.

Estas publicações encontram-se à disposição dos associados no Centro de Documentação da APES.

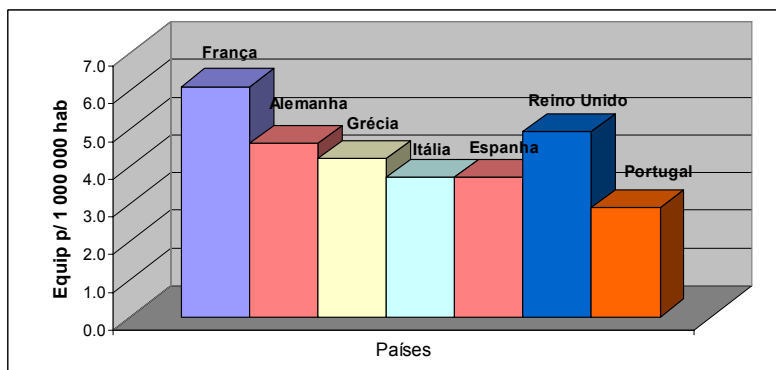
Números da Saúde

Equipamentos de Hemodiálise e de Radiações por 1 000 000 de habitantes (Fonte: OECD Health Data 2003)

Hemodiálise



Radiações



Nova Legislação

Escalões de Participação

Portaria n.º 1474/2004 de 21 de Dezembro (DR 1ª série B, n.º 297) – Procede à harmonização dos grupos e subgrupos farmaco-terapêuticos participáveis.

GDHs

Portaria n.º 816/2004 de 15 de Julho (DR 1ª série B, n.º 165) – Altera os GDH dos anexos I e II relativos às tabelas de preços aprovados pela Portaria n.º 1397/2002, de 26 de Out.

Novo regime jurídico dos Centros de Saúde

Decreto-Lei n.º 88/2005 de 3 de Junho (DR 1ª série A, n.º 107) – Revoga o DL n.º 60/2003, de 1 de Abril e repristina o DL n.º 157/99, de 10 de Maio.
<http://dre.pt/pdfgratis/2005/06/107A00.PDF#page=2>

Novo regime jurídico da gestão hospitalar

Decreto-Lei n.º 93/2005 de 7 de Junho (DR 1ª série A, n.º 109) – Transforma os hospitais sociedades anónimas em entidades públicas empresariais.
<http://dre.pt/pdfgratis/2005/06/109A00.PDF#page=8>

Debate:

Reflexões sobre a política de saúde

José Ferraz Nunes

A alternância no poder político traz consigo quase sempre expectativas de mudanças. Sendo a saúde uma área importante do poder político, haverá em primeiro lugar que saber se a estratégia de mudança é profunda ou superficial, em que grau assenta no eixo direita-esquerda ou se irá desenvolver um sistema menos dependente das alterações políticas e mais em consonância com as características da área de saúde e com os interesses da população.

O papel da dimensão direita-esquerda nas políticas de saúde existirá sempre, mas não é claro que seja dominante. Considero fundamental que o sistema de saúde se baseie no papel de garante do estado, o que não quer dizer que seja sempre o estado a gerir os serviços e projectos do sistema de saúde. A colagem tradicional da esquerda às soluções de estado e da direita às soluções de mercado, será sempre uma questão mas não se pode sobrepor aos interesses da população nem deve ser motivo para executar experiências sociais. A população em geral apoiará um sistema que tende a maximizar o capital de saúde, com certas restrições de ética que terão sempre que ser baseadas no interesse geral e não no de grupos específicos de poder, quer eles sejam baseados no poder económico, político ou associativo.

Neste sentido é de saudar o actual governo que parece encetar um caminho que devia ter sido iniciado logo em 1974. Têm sido 30 anos a perder tempo e a consolidar subsistemas que não são justos nem eficientes. O desaparecimento dos subsistemas é essencial e deverá ir

até ao fim. No entanto, penso que o governo terá que fazer as transformações decididamente, mas com tacto social. As situações dos subsistemas, que têm sido mantidos e desenvolvidos por contratos, carecem de ajustamentos necessários, que tomem em conta outras vantagens não conseguidas nas negociações passadas. Algumas compensações serão claramente necessárias. Se o que moveu o governo foram meramente ganhos na contabilidade pública a curto prazo, retiro imediatamente a minha saudação.



Ainda não será razoável fazer um juízo da tomada do poder pelo PS, há quatro meses, não só porque ainda passou pouco tempo, mas também porque não temos elementos suficientes, além de que julgar exige um padrão de referência. Os programas eleitorais e mesmo o programa do governo são elaborados através de uma mistura de princípios e ideias gerais dificilmente concretizáveis em termos objectivos que são sempre passíveis de grandes discussões, mas dificilmente avaliáveis.

Poderíamos evidentemente seguir o programa, ponto por ponto, e perguntar que medidas foram tomadas e qual é o motivo da escolha de cada medida. Será ainda inoportuno fazê-lo. Poderíamos, por outro lado, partir de um sistema de análise com medidas de resultados, como a OMS tem feito, e apresentar as diferenças observadas em relação ao passado. Não será também

razoável fazê-lo agora, mas será bom saber ao fim de uns anos se lográmos alcançar melhores resultados com os mesmos recursos, se as expectativas da população foram atingidas, e se o apoio aos que não têm recursos foram melhorados.

O programa de governo contém uma série de pontos que em si poderão ser interessantes, mas são as grandes linhas de acção que neste momento já deveriam ser conhecidas. Qual a trave mestra da política de saúde? Se ela não existir aparecerão os casos, um a um, degradando o governo e consolando as oposições, mas não constituirão matéria de grande utilidade para a população. Essa "trave mestra" da política de saúde terá que ser avaliada de duas perspectivas diversas, mas que terão que se complementar a longo prazo. Refiro-me ao capital de saúde e na gestão corrente dos serviços.

Quando falamos em capital de saúde, pensamos numa situação específica (o "stock"), em determinado período de tempo, por exemplo um ano, ou então nos investimentos tendentes a aumentar o capital. No caso do valor do capital em determinado momento (o "stock"), há estatísticas e avaliações do estado de saúde de diversos grupos da população. Será uma constatação sempre importante, que descreve um ponto de partida, mas são as políticas de investimento que importam conhecer, qual a sua dimensão e quem vai ser atingido. Saber o que fazer em termos de investimento é um ponto nevrálgico para, pelo menos, termos uma ideia da direcção para onde o governo pretende levar o país.

Sabemos que os serviços de saúde são importantes, mas não decisivos, no que respeita a investimentos em saúde. A dimensão do rendimento nacional e o modo como está repartido é factor fundamental, tal como outros factores subsequentes ao rendimento, como a habitação, o conhecimento, a alimentação, a

organização no trabalho, o meio e ambiente, etc.. Neste campo poucos são os sinais e teremos que ter muito boa vontade para descobrir inovações num país bastante carenciado de avanços rápidos nesta área. Falar em investimentos que contribuam para o aumento do rendimento é sempre importante, mas a ligação entre rendimento e saúde é complexa. Investimentos que dão origem a aumentos sensíveis do capital de saúde poderão também contribuir para aumentar o rendimento, ou dizendo de outro modo, ter uma perspectiva de saúde em todos os investimentos é matéria fundamental, já que os efeitos indirectos, no capital de saúde da população, terão também que ser contabilizados, com vista a podermos avaliar, no fim, o impacto no bem estar social.

A outra perspectiva na política de saúde é a da gestão dos serviços de saúde. Ninguém de bom senso pode atribuir à tutela política e, especificamente, à direcção política no Ministério da Saúde, a responsabilidade da qualidade da gestão. Neste sentido seria bom saber se o governo pretende manter o *status-quo* ou se pretende encetar um processo profundo de descentralização das competências, deixando para a acção política a definição das regras do jogo, tais como os objectivos a atingir, quer na eficácia quer na equidade, os incentivos e também o controle das prestações, quer no que respeita aos resultados, como ao processo.

Não é saudável ter um sistema em que os jornalistas pedem ao Ministro contas, por exemplo, dizendo que as listas de espera são grandes, ou não diminuem. Primeiro porque as listas de espera são produtos administrativos facilmente manipuláveis, consoante os interesses em causa. Segundo, porque o que importa é saber qual é o tempo de espera e o que significa esperar para influenciar o capital de

saúde da população. Terceiro, o Ministro pouco ou nada pode fazer. Quarto, porque são os serviços que devem tentar resolver ou amenizar esses problemas, definindo prioridades aos sempre limitados recursos que possuem. Poderíamos falar em muitos casos concretos, uns mais evidentes e fáceis que outros, mas não tenhamos dúvidas que só a descentralização da responsabilidade para níveis mais baixos que o ministério ou as regiões poderá contribuir para uma gestão mais eficiente dos recursos no sector. Responsabilizar é também criar maiores potencialidades, especialmente se os incentivos forem correctos. Como fazê-lo? Isso é da responsabilidade de quem tem o poder político.

Descentralizar as responsabilidades não quer dizer privatizar. Aliás, não conheço privatizações a sério dentro dos sistemas públicos e de segurança social, mas sim situações em que o estatuto do prestador é uma empresa privada enquanto que a procura é garantida através de contratos e regras e, evidentemente, do financiamento público. Portanto, a questão da descentralização poderá passar por privatizar ou não. A questão é saber qual a forma de gestão que constitui a melhor maneira de gerir os recursos sendo que as regras devem ser iguais para todos os intervenientes. Não é razoável que um prestador de serviços tenha condições diferentes pelo facto de ter propriedade privada ou pública. Neste contexto, é fundamental saber qual é o objectivo a atingir, factor essencial da gestão eficaz, o que é sem dúvida um papel para o poder político. Temos exemplos em todo o mundo de insucessos organizativos, ou porque se fizeram alterações porque estava na moda, ou por motivos menos claros em que interesses específicos dominaram. Escrevia um colega de outra disciplina que a “boa unidade” de serviços de saúde é aquela que cumpre o orçamento ou que mostra

resultados financeiros positivos. Eu perguntei-lhe se, na tal “boa unidade”, os resultados, em termos de saúde pública, forem bastante piores do que noutra unidade com piores resultados financeiros, poderemos continuar a definir a “boa unidade” como boa? Ele não respondeu, mas a questão fundamental é saber porque razão quem não tem bons resultados, em termos de capacidade para resolver problemas de saúde da população, poderá obter melhores resultados financeiros.

Para onde o governo quer ir não é claro. O anúncio da alteração na gestão de certos hospitais semi-privatizados não é suficiente para se saber o que este governo pretende. Será que o governo estará interessado em financiar os serviços de saúde a partir dos resultados e que esses resultados estejam relacionados com investimentos em saúde?

Neste sentido a participação dos responsáveis nos serviços de saúde em conjunto com a participação da população, em formas de complementaridade do processo democrático, é um factor essencial para melhorar a eficiência da gestão de recursos que são sempre escassos, mas não tão pequenos. De acordo com a OECD, Portugal gastou em 2002 cerca de 9% do rendimento nacional em saúde, o que a níveis europeus é aceitável. Transformar a política de saúde não será fácil, já que o pânico da crise poderá ofuscar tentativas de soluções eficientes, mas, por outro lado, a audácia do governo só virá à superfície se arriscar em investimentos e transformações nas formas de gestão, em sectores como o da saúde.

Publicações em destaque

5º Relatório de Primavera do OPSS

O Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) apresentou publicamente, em 20 de Junho de 2005, o seu 5º Relatório de Primavera.

O Relatório começa por analisar a evolução do sistema de saúde português nos últimos 9 anos, considerando, essencialmente dois ciclos políticos: o primeiro entre 1995 e 2002 e o segundo entre 2002 e 2005.

De acordo com o Relatório, os primeiros quatro anos do primeiro ciclo foram caracterizados por uma política marcada pela adopção, pela primeira vez no país, de (i) uma Estratégia de Saúde (ii) um dispositivo de contratualização dos serviços de saúde (iii) uma política integrada de qualidade, (iv) regimes de remuneração associados ao desempenho (v) constituição dos primeiros hospitais-empresa, (vi) introdução de novas concepções na organização dos centros de saúde (vii) lançamento dos “cuidados continuados”. No entanto, a falta do apoio político necessário, traduziu-se, segundo o OPSS, em lentidão na implementação no terreno e posterior suspensão das reformas iniciadas, contribuindo assim para o agravamento dos problemas crónicos do sistema de saúde português e o desgaste e ineficácia dessas mesmas reformas.

Em relação ao segundo ciclo (2002-2005), é realçada a forte promoção de uma maior influência dos interesses privados no sector público da saúde, nomeadamente, a gestão privada de todos os novos hospitais públicos, a empresarialização dos

hospitais, o outsourcing de importantes actividades dos hospitais públicos para o sector privado e a adopção de uma nova lei dos cuidados de saúde primários que permitia a gestão privada dos centros de saúde.



No Relatório são identificados como pontos positivos deste ciclo político: a expansão da empresarialização hospitalar, o grande aumento na utilização dos medicamentos genéricos e a reactivação do Plano Nacional de Saúde. No entanto, são também realçados três aspectos particularmente negativos: a forma, pouco estudada e fundamentada, com que se implementaram algumas das principais iniciativas do Ministério da Saúde (nova legislação sobre os Centros de Saúde, a Entidade Reguladora da Saúde, as Parcerias Público-Privado), a forma como foram lançados os hospitais SA e o modo precoce e pouco documentado com que se reivindicaram os sucessos destas políticas, retirando credibilidade à acção governativa.

À análise da evolução do sistema de saúde português, segue-se um resumo do Programa do Governo actual e das principais medidas tomadas nos primeiros 3 meses de governação. O OPSS foca, em particular, a implementação do Plano Nacional de Saúde (“modelo de implementação” e “dispositivos de coordenação”) e desenvolve a ideia

do “novo serviço público” de saúde que o Programa do Governo sugere.

É afirmado que o programa de governo para a saúde se centra na necessidade de uma reforma profunda dos serviços públicos de saúde, dando prioridade aos cuidados de saúde primários, e à promoção da saúde e da gestão da doença. A disponibilização fora das farmácias de medicamentos não sujeitos a receita médica é interpretada como um “sinal político” sobre a determinação do executivo de intervir mais decisivamente na área do medicamento, embora não seja identificada como uma prioridade e sendo salientado o facto de, quase três meses decorridos, o Governo não ter ainda documentada a base de evidência que sustenta esta medida.

No que respeita ao Plano Nacional de Saúde (PNS), o 5º Relatório de Primavera reafirma a sua importância para a saúde dos portugueses, pois permitirá, se devidamente implementado, promover, enquadrar e coordenar um vasto conjunto de acções e mobilizar os recursos e as vontades indispensáveis para este efeito. Para levar a cabo a implementação eficaz do PNS, é identificada a necessidade de estabelecer com rigor e realismo um “modelo para a implementação” do PNS e também um forte dispositivo para a sua coordenação, com autoridade e capacidade para promover e acompanhar uma atribuição clara de responsabilidades a nível central, regional e local, e com uma forte influência no desenho das políticas de contratualização, de qualidade e investimento em saúde, e também na gestão da informação de saúde, assim como autoridade formal nos processos de monitorização das metas e indicadores do PNS.

É ainda referido que uma análise circunstanciada das condições de implementação efectiva do PNS revelará, seguramente, a extrema exiguidade de meios da infra-

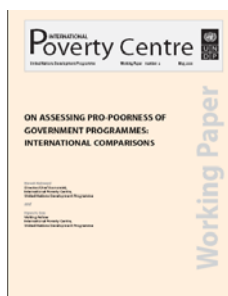
estrutura de Saúde Pública do país, desde a Direcção Geral de Saúde até aos Centros de Saúde, passando pelos Centros Regionais de Saúde Pública, pelo que sem um importante reforço destes meios a implementação do PNS dificilmente será uma realidade.

Por último, o OPSS apresenta um modelo com 10 dimensões específicas para a implementação do PNS, para “provocar” um debate mais intenso, prático e operacional sobre a política de saúde portuguesa. Sendo a emergência de um novo serviço público de saúde, um dos grandes desafios da governação de saúde actual, foram ainda identificados quatro grandes atributos para o novo serviço público da saúde:

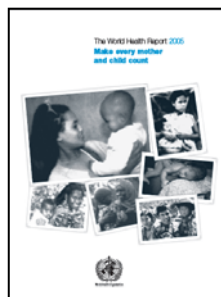
- qualidade da interface entre o serviço, o cidadão e a comunidade;
- antecipação dos resultados e à sua avaliação, numa óptica de transparência e rigor;
- liderança na inovação, nos domínios da gestão, da comunicação e da gestão da informação e do conhecimento.
- missão de serviço público, enquadrada por relações de contratualização e garantia de qualidade, que promovem relações de exigência e confiança.

Outras Publicações em destaque

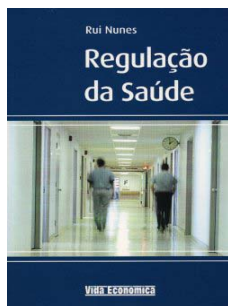
On assessing Pro-poorness of Government Programmes: International comparisons
Kakwani N, Son HH. United Nations Development Programme. International Poverty Centre 2005; Working Paper n. 6, 2005.



The World Health Report 2005: Make every mother and children count
WHO, Geneva, 2005
http://www.who.int/whr/2005/whr2005_en.pdf



Regulação da Saúde
Nunes R. Vida Económica, 2005.



Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes
Third Edition
Michael F. Drummond, Mark J. Sculpher, George W. Torrance, Bernie J. O'Brien, and Greg L. Stoddart
Oxford University Press, 2005



Revista: Value in Health
Published by ISPOR

A multidisciplinary peer-reviewed journal reporting on evaluations of medical technologies including pharmaceuticals, biologics, devices, procedures, and other health care interventions. It provides a scientific forum for communicating health economics and outcomes research methods and findings.



Conferências e Seminários

Portugal

Fórum Gulbenkian de Saúde 2005

Organizador: F. Calouste Gulbenkian

Local: Auditório 2, FCG, Lisboa

Datas:

03 Out 2005 – SIDA: reflexo no mundo

09 Nov 2005 – Os ganhos da promoção em saúde

30 Nov 2005 – Medicina sem fronteiras

Entrada livre

www.gulbenkian.pt/beneficencia/prog_enc_ontro.pdf

Conversas de Fim de Tarde

Organizador: Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar

Local e Datas:

Faro, 21 Out 2005 – O Ambulatório Hospitalar e a Formação Pré e Pós Graduada

Porto, 18 Nov 2005 – Do Hospital ao Cuidar em Casa

Coimbra, 16 Dez 2005 – Como Financiar os Cuidados em Ambulatório.

Um Outro Paradigma.

Entrada livre.

Contactos: Tel.: 21 317 97 35 /

hopenmail@hope.min-saude.pt

9ª Conferência Nacional de Economia da Saúde

Organizador: APES

Local: Coimbra

Data: 24-26 Nov 2005

<http://es2005.fe.uc.pt/>

Europa

5th International Conference on the Capability Approach

Organizador: Human Development and Capability Association

Local: UNESCO, Paris, França

Data: 11-14 Set 2005

www.hd-ca.org/conference

21st Patient Classification Systems/International Conference

Organizador: PCS/I

Local: Lubliana, Eslovénia

Data: 5-8 Out 2005

www.scripevents.com/economics/default.asp?src=dy1213pre

8th European Health Forum Gastein 2005: Creating a better future for health in Europe

Organizador: EHFG

Local: Bad Gastein, Austria

Data: 5-8 Out 2005

<http://www.ehfg.org/>

Encuentro de Salud Pública y Administración Sanitaria

Organizador: SESPAS

Local: Las Palmas de Gran Canaria, Espanha

Data: 1-5 Nov 2005

www.espas.info

ISPOR 8th Annual European Congress

Organizador: ISPOR

Local: Florença, Itália

Data: 6-8 Nov 2005

www.ispor.org/congresses/italy1105/index.asp

10th Annual Conference "Individual and Collective Choices in Health Protection".

Organizador: AIES (Italian Health Economics Association) and University of Génova

Local: Genova, Itália

Data: 10-11 Nov 2005

http://www.aiesweb.it/convegna/co0006/co_nvegno.htm

2nd Int. Conference on Health Financing in Developing Countries

Organizador: CERDI

Local: Clermont-Ferrand, França

Data: 1-2 Dez 2005

www.cerdi.org/Colloque/FSPD2005/default.asp

11th European Forum on Quality Improvement in Health Care

Organizador: BMJ

Local: Praga, Rep. Checa

Data: 26-28 Abr 2006

www.quality.bmjpg.com/

6th European Conference on Health Economics (ECHE 2006)

Organizador: Corvinus University of Budapest

Local: Budapeste, Hungria

Data: 06-09 Jul 2006

<http://www.eche2006.com/>

Outros Países

ISOQOLs 12th Annual Conference

Organizador: ISOQOL

Local: São Francisco, Califórnia

Data: 19-22 Out 2005

<http://www.isoqol.org/>

XIII Cochrane Colloquium

Organizador: Cochrane

Local: Melbourne, Austrália

Data: 22-26 Out 2005

<http://www.cochrane.org/index0.htm>

4th Health Services & Policy Research Conference

Organizador: Health Services

Research Association of Australia and New Zealand

Local: Canberra, Austrália

Data: 13-16 Nov 2005

www.healthservicesconference.com.au

ISPOR 11th Annual International Meeting

Organizador: ISPOR

Local: Philadelphia, PA, USA Data: 20-24 Maio 2006

<http://www.ispor.org/meetings/future/index.htm>

American Society of Health Economists: Inaugural Conference

Organizador: ASHE

Local: Madison, Wisconsin

Data: 4-7 Jun 2006

<http://www.healtheconomics.us/>

Cursos e Workshops

Portugal

Curso de Especialização em Administração Hospitalar

Instituição: ENSP/UNL
Local: Lisboa
Data: 2005–2007
www.ensp.unl.pt/especializacao_AH.shtm

Curso de Mestrado de Gestão em Saúde

Instituição: ENSP/UNL
Local: Lisboa
Data: 2005–2007
www.ensp.unl.pt/ensino_mestrado_gestao_2005.shtm

Curso de Mestrado em Saúde Pública

Instituição: ENSP/UNL
Local: Lisboa
Data: 2005–2007
http://www.ensp.unl.pt/ensino_mestrado_2005.shtm

Europa

Advanced Short Course on Health Sector Reform and Financing

Instituição: Royal Tropical Institute
Local: Amsterdam, Holanda
Data: 15-26 Ago 2005
www.kit.nl/development/html/health_sector_reform_and_finan.asp

LSE AIDS Senior Policy Research Workshop

Instituição: LSE
Local: Londres, Reino Unido
Data: 21-27 Ago 2005
www.lse.ac.uk/collections/LSEAIDS/event/policy_research_workshops.htm

14th European Workshop on Econometrics and Health Economics

Instituição: University College
Local: Dublin, Irlanda
Data: 14-17 Set 2005
<http://www.york.ac.uk/res/herc/docs/ew14reg.pdf>

Advanced Modelling Methods for Health Economics Evaluation

Instituição: Health Economics Research Centre – Univ. of Oxford
Local: Oxford, Reino Unido
Data: 19-21 Set 2005
www.herc.ox.ac.uk/courses/Modelling/body.shtml

Economic evaluations in healthcare: bridging the gap between science and policy making

Instituição: SDA Bocconi
Local: Milão, Itália
Data: 25-28 Out 2005
www.sdabocconi.it/dap/71183

Estados Unidos

Flagship Course on Health Sector Reform and Sustainable Financing

Instituição: Harvard School of Public Health and The World Bank Institute
Local: Washington, DC
Data: 17 Out–4 Nov 2005
www.hsph.harvard.edu/ihsg/Flagship_2005_Brochure.doc

Cursos On-line

Fundamentals of health care economics - National Association of State Budget Officers (NASBO)
<http://www.idlsystems.com/phrma/content.html>

World Bank - Health Reform Online (HRO)
<http://www.worldbank.org/wbi/healthflagship/learning/module1/index.htm>

Office for Health Economics - The Economics of Health Care
<http://www.oheschools.org/>

Cursos à Distância

Postgraduate Certificate in Health Economics for Health Care Professionals
Instituição: University of York
Data: Set 2005 a Set 2006
www.york.ac.uk/res/herc/distance.htm

Postgraduate Certificate in Health Economics
Instituição: Health Economics Research Unit, Univ. of Aberdeen
Data: Out 2005 a Mai 2006
www.abdn.ac.uk/heru/teaching.htm

ISPOR Distance Learning Program
Instituição: ISPOR
www.ispor.org/distancelearning/index.asp

Edições especiais da APES

Pereira, J.; Mourinho, R.,
Revistas de Economia da Saúde e Disciplinas Afins. 1990-1995.

Barros, P.P.; Harfouche, A.,
Revistas de Economia da Saúde e Disciplinas Afins. 1996-1997.

Vaz, A.; Pinto, C.G.; Ramos, F.; Pereira, J. (coord.)
As Reformas dos Sistemas de Saúde. Lisboa, 1996.

Barros, P.P.; Simões, J. (coord.)
Livro de Homenagem a Augusto Mantas. Lisboa, 1999.

Artigos e outras Publicações

De autores portugueses

Análise Probabilística de custo-efectividade: utilização do Eletriptano no tratamento das crises de enxaqueca em Portugal

Félix J, Inês M, Acosta C. *Acta Med Port* 2005; 18: 77-87.

Carga da doença atribuível à hipercolesterolemia em Portugal

Gouveia M, Borges M, Costa J, Carneiro AV. *Rev Port Cardiol* 2004; 23(2): 255-70.

Consumers' perceptions of community pharmacy in Portugal: a qualitative exploratory study

Cavaco AM, Dias JP, Bates IP. *Pharm World Sci* 2005; 27(1): 54-60.

Custos da doença atribuíveis à hipercolesterolemia em Portugal

Gouveia M, Borges M, Costa J, Oliveira E, David C, Carneiro AV. *Rev Port Cardiol* 2004; 23(7-8): 1037-54.

Dual practice in the health sector: review of the evidence

Ferrinho P, Van Lerberghe W, Fronteira I, Hipolito F, Biscaia A. *Hum Resour Health* 2004; 2(1): 14.

Health care costs and disease severity of relapsing-remitting multiple sclerosis in Portugal

Pereira, J., C. Mateus, et al. *Multiple Sclerosis*, 2004; 10(S2): S135.

Negotiation advantages of professional associations in health care

Pita Barros P, Martinez-Giralt X. *Int J Health Care Finance Econ* 2005; 5(2): 191-204

Nondecision-making and inertia in Portuguese health policy

Oliveira, M., J. Magone, e J. Pereira. *J Health Polit Policy Law* 2005; 30(1-2): 211-230.

Retailing Policies for Generic Medicines

Narciso S. *Int J Health Care Finance Econ* 2005; 5(2): 165-190.

Substance abuse treatment, what do we know? An economist's perspective
Machado MP. *Eur J Health Econ* 2005; 6(1): 53-64.

The insensitivity of 'willingness-to-pay' to the size of the good: new evidence for health care

Olsen, J.A., C. Donaldson, e J. Pereira. *J Econ Psychology* 2004; 25: 445-460.

Underreporting of computed tomography and magnetic resonance imaging procedures in inpatient claims data

Dismuke CE. *Med Care*. 2005; 43(7): 713-7.

Comparações internacionais

Comparing costing results in across country economic evaluations: the use of technology specific purchasing power parities

Wordsworth S, Ludbrook A. *Health Econ* 2005; 14(1): 93-9.

Variability of Cost-Effectiveness Estimates for Pharmaceuticals in Western Europe: Lessons for Inferring Generalizability

Barbieri M, et al. *Value Health* 2005; 8(1): 10-23.

Equidade

Integrating Equity into Health Information Systems

Health Metrics Network, World Health Organization, May 2005.
<http://content.nejm.org/cgi/content/full/352/12/1252>

Financiamento

Financing Health Care — Finding the Money Is Hard and Spending It Well Is Even Harder

Kronick R. *N Engl J Med* 2005; 352:1252-1254.
<http://content.nejm.org/cgi/content/full/352/12/1252>

Metodologia

Using covariates to reduce uncertainty in the economic evaluation of clinical trial data

Vásquez-Polo FJ, et al. *Health Econ* 2005; 14(6): 545-57.

Produtividade

Short-term effects of breast cancer on labor market attachment: results from a longitudinal study

Bradley CJ, et al. *J Health Econ* 2005; 24(1): 137-60.

Qualidade de Vida

Are QALYs based on time trade-off comparable? - A systematic review of TTO methodologies

Arnesen T, Trommald M. *Health Econ* 2005; 14(1): 39-53.

Regulação

Abnormal returns and the regulation of nonprofit hospital sales and conversions

Leone AJ, et al. *J Health Econ* 2005; 24(1): 113-35.

Hospital price regulation and expenditure cap policy

Mougeot M, Naegelen F. *J Health Econ* 2005; 24(1): 55-72.

Saúde Mundial

The Millennium Project: a plan for meeting the Millennium Development Goals

Sachs JD, McArthur JW. *Lancet* 2005; 365: 347-53.
<http://www.unmillenniumproject.org/policy/spotlight.htm>

Seguro de saúde

The role of consumer knowledge of insurance benefits in the demand for preventive health care among the elderly

Parente ST, Salkever DS, DaVanzo J. *Health Econ* 2005; 14(1): 25-38.

Orientações clínicas – contributo para a eficiência?

(cont. da pág. 1)

Seguindo as normas mais consensuais disponíveis na literatura (JNC 7 - <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/hypertension/express.pdf>), os autores consideraram que os medicamentos de eleição para terapêutica de primeira linha em doentes sem contra-indicações ou indicações específicas para outro fármaco, seriam as tiazidas.

Já nos casos em que existem indicações específicas para outro fármaco ser usado como terapêutica de primeira linha, esse fármaco foi considerado o mais adequado (p.ex. IECAs para portadores de diabetes tipo 2 com nefropatia, bloqueadores beta para doentes com história de doença isquémica, bloqueadores dos canais do cálcio para doentes com angina estável, etc.).

O trabalho identificou 815 316 prescrições (40% do total) que, de acordo com as normas de boa prática clínica, deveriam ser substituídas por um regime terapêutico alternativo. Tal substituição, para além de ser clinicamente mais apropriada, levaria a uma poupança de 25% nas despesas com fármacos antihipertensores.

Uma questão que se põe é se seria possível obter ganhos tão significativos para Portugal?

Infelizmente, os autores do estudo da *Europe Economics* não conseguiram produzir informação semelhante para o caso português. Chamam a atenção, todavia, para

um trabalho recente do Infarmed (Alves e Furtado, DEMPS/OMPS, 2004), que apresenta vários exemplos de os padrões de prescrição nacionais não estarem de acordo com as melhores práticas de uso racional do medicamento.

Um caso típico é o da profilaxia do tromboembolismo arterial ou doença cardiovascular de longa duração. O fármaco de escolha é o ácido acetilsalicílico, contudo no primeiro quadrimestre de 2004 a despesa no subgrupo de antiagregantes plaquetários foi dominada por alternativas terapêuticas mais dispendiosas como o clopidogrel, um medicamento que passou a ser compartilhado apenas em Maio de 2003.

É importante recordar que os resultados do estudo da JAMA apenas apontam para o potencial de poupança económica de um sistema em que a prescrição baseada na evidência fosse incentivada. A divulgação de orientações clínicas, por si, não garante alterações comportamentais por parte dos médicos prescritores.

No entanto, parece claro que modificações nos hábitos de prescrição para padrões que estejam mais de acordo com o conhecimento científico podem originar significativas poupanças e assim contribuir para a sustentabilidade do sistema de participação farmacêutico.

Boletim APES

2/2005 (Julho)

Coordenação: João Pereira

Redactora principal: Sofia Crisóstomo

Redacção: Céu Mateus

Helena Lima

João Pereira

José Ferraz Nunes

Pedro Lopes Ferreira

Tel. 21 751 2104 / 21 757 3536 Fax. 21 757 3536

E-mail: apes@ensp.unl.pt

<http://www.apes.pt/>