

Filipe Alberto Carvalho Barbosa

Política do Medicamento e Custos da Saúde em Portugal

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2012

Filipe Alberto Carvalho Barbosa

Política do Medicamento e Custos da Saúde em Portugal

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2012

Filipe Alberto Carvalho Barbosa

Política do Medicamento e Custos da Saúde em Portugal

Monografia apresentada à Universidade
Fernando Pessoa como parte dos requisitos
para a obtenção do grau de Mestre em
Ciências Farmacêuticas.

Orientador:
Professor Doutor Pedro Baratta

Porto, 2012

Resumo

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) português rege-se pelos princípios inerentes ao modelo de Beveridge, como universalidade e generalidade, equidade no acesso aos cuidados de saúde e tendencialmente gratuito, que proporcionou uma melhoria dos principais indicadores de saúde.

O financiamento dos cuidados de saúde em Portugal, instituído pelo modelo adotado, baseia-se fundamentalmente em impostos gerais. Ao longo dos últimos anos, os problemas de suborçamentação no sistema de saúde traduziram-se num acumular de défices e dívidas aos fornecedores, sendo a indústria farmacêutica a principal lesada.

Os custos totais em saúde têm crescido quer em valor absoluto quer em percentagem do Produto Interno Bruto (PIB). De modo similar, também se verifica um crescimento em valor absoluto dos custos com medicamentos. Contudo, assiste-se a uma descida dos encargos públicos em percentagem do PIB no ambulatório, em contraste com o que se verifica a nível hospitalar.

Abstract

The Portuguese National Health Service (NHS) is ruled by principles that belong to the Beveridge model, like universality and generality, equity in accessing health care and tendentially free, which provided an improvement on the principle health indicators.

In Portugal, the financing of health care, established by the adopted model, is fundamentally based in general taxes. Over the last years, the problems concerning the underestimates on the health system have rendered an accumulation of deficits and debts towards the suppliers, being the pharmaceutical industry the most injured.

The totality of health costs has increased in absolute value, as well as in percentage of the Gross Domestic Product (GDP). Similarly, it is also noticeable an increase in the absolute value of the costs with drugs. However, we face shrinkage of the public charges in percentage of the GDP in ambulatory, contrasting what happens at hospitals.

Agradecimentos

A presente monografia é fruto de um caminho longo na procura do conhecimento que pretendo que se perlongue ao longo da minha vida. Porém, sem o apoio incondicional dos que me são mais próximos seria impossível a realização de mais esta etapa.

Deste modo, agradeço a todos que intervieram na minha formação académica, em particular:

Ao Professor Doutor Pedro Baratta, por me ter facultado material de apoio à elaboração da monografia e pelas críticas construtivas e oportunas que me auxiliaram no melhoramento da mesma.

Aos meus pais, pela coragem e apoio que me transmitiram nos momentos mais difíceis.

À Joana Ruivo, à Joana Fonte, à Marta Alves, ao Francisco Dias, ao João Fornelos e ao Pedro Silva, pelo companheirismo e amizade.

I – Índice

Capítulo I – Introdução	1
Capítulo II – O Serviço Nacional de Saúde Português	3
1. Sistema de Saúde.....	3
1.1. Princípios do Serviço Nacional de Saúde.....	3
1.1.1 Universalidade e Generalidade	4
1.1.2 Equidade.....	5
1.1.3 Tendencialmente gratuito	6
1.2. Tipo de prestações de cuidados de saúde	7
1.2.1 Cuidados primários	7
1.2.1.1 Primeira Geração de Centros de Saúde	8
1.2.1.2 Segunda Geração de Centros de Saúde	8
1.2.1.3 Terceira Geração de Centros de Saúde	9
1.2.2 Cuidados secundários ou hospitalares.....	10
1.2.3 Cuidados continuados	10
1.2.4 Cuidados domiciliários.....	11
2. Estado da saúde em Portugal.....	11
Capítulo II – Modelos de gestão e financiamento	15
1. Modelos de financiamento na União Europeia	15
1.1. Financiamento baseado no modelo de Bismarck.....	16
1.2. Financiamento baseado no modelo de Beveridge	17
2. Gestão do orçamento do SNS.....	18
3. Subsistemas	21
4. Seguros de Saúde.....	23
5. Deduções fiscais.....	24
Capítulo III – Custos da saúde em Portugal	27
1. Análise dos custos em saúde.....	27
2. Causas do aumento dos custos.....	30
2.1. Reduzida eficiência do SNS	31

2.2. Consumo abusivo de cuidados de saúde	33
2.3. Envelhecimento da população	34
2.4. Aumento do número de doentes crónicos	35
2.5. Modernização tecnológica	36
Capítulo IV – Política do Medicamento	37
1. Programa do XIX Governo Constitucional.....	37
2. Comparticipação dos medicamentos	38
3. Racionalização no consumo	40
3.1. Prescritores	40
3.2. Indústria Farmacêutica	41
3.3. Farmácias e grossistas	43
3.4. Doentes	46
4. Evolução do mercado de medicamentos genéricos	47
5. Custos com medicamentos em Portugal	51
Capítulo V – Conclusão	57
Capítulo VI – Bibliografia	61
Anexos	70

II – Índice de gráficos

Gráfico 1- Evolução da esperança média de vida dos portugueses à nascença.....	12
Gráfico 2- Evolução da esperança média de vida aos 65 anos.....	13
Gráfico 3- Evolução da taxa de mortalidade perinatal e da taxa de mortalidade neonatal.....	13
Gráfico 4- Evolução das principais doenças mortais em percentagem.....	14
Gráfico 5- Desvios orçamentais entre 2001 e 2008.....	20
Gráfico 6 – Evolução dos custos públicos e privados na saúde entre 2001 e 2008.....	28
Gráfico 7 – Custos totais em percentagem do PIB entre 2001 e 2008.	28
Gráfico 8 - Custos totais em percentagem do PIB dos Estados membros da UE 15 em 2008.....	29
Gráfico 9 - Custos totais na saúde, <i>per capita</i> , em paridade de poder de compra.....	30
Gráfico 10- Margem de comercialização da indústria farmacêutica, dos armazenistas e das farmácias na Europa em 2008	45
Gráfico 11- Evolução da quota de mercado dos medicamentos genéricos em valor e em volume.....	48
Gráfico 12- Quota de mercado dos medicamentos genéricos em valor e em volume na Europa em 2006.....	48
Gráfico 13- Evolução do número de titulares de autorização de introdução de medicamentos genéricos no mercado entre 2001 e 2006.....	50
Gráfico 14 - Custo com medicamentos em percentagem dos custos em saúde entre 2002 e 2009.	51
Gráfico 15- Evolução dos custos com medicamentos no mercado ambulatorio e hospitalar em percentagem do PIB entre 2005 e 2011.....	55

III – Índice de tabelas

Tabela 1- Percentagens dos custos recuperados pelos agregados, ordenados por decis de rendimento líquido equivalente.	25
Tabela 2- Evolução do mercado ambulatorio em milhões de euros e da inflação entre 2001 e 2011.	52
Tabela 3 - Evolução dos custos públicos no mercado ambulatorio e hospitalar e do PIB nacional em milhões de euros entre 2005 e 2011.	53

IV – Índice de abreviaturas

ACS – Agrupamentos de Centros de Saúde

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

ADM – Assistência na Doença aos Militares das Forças Armadas

ADMA – Assistência na Doença aos Militares da Armada

ADME – Assistência na Doença aos Militares do Exército

ADMF – Assistência na Doença aos Militares da Força Aérea

anf – Associação Nacional das Farmácias

ADSE – Direção Geral de Proteção Social aos Beneficiários e Agentes de Administração Pública

AIM – Autorização de introdução no Mercado

APIFARMA – Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica

BCE – Banco Central Europeu

CE – Comissão Europeia

DCI – Denominação Comum Internacional

EGA – European Generic Medicines

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

FMI – Fundo Monetário Internacional

GDH – Grupos de Diagnóstico Homogéneo

IAS – Indexante de Apoios Sociais

INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P.

IRS – Imposto sobre o Rendimento das Pessoas Singulares

LBS – Lei de Bases da Saúde

MNSRM – Medicamentos não sujeitos a receita médica

OE – Orçamento de Estado

OMS – Organização Mundial de Saúde

PIB – Produto Interno Bruto (GDP – Gross Domestic Product)

p.p. – Pontos percentuais

PPC – Paridade de poder de compra

PVA – Preço de venda ao armazenista

PVP – Preço de venda ao público

SAD/GNR – Serviços de Assistência na Doença da Guarda Nacional Republicana

SAD/PSP – Serviços de Assistência na Doença da Polícia de Segurança Pública

SMS – Serviços Médico - Sociais

SNS – Serviço Nacional de Saúde (NHS – National Health Service)

SSMJ – Serviços Sociais do Ministério da Justiça

UCC – Unidades de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados

UE 15 – União Europeia a 15 membros

URAP – Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados

USF – Unidades de Saúde Familiares

USP – Unidades de Saúde Pública

Capítulo I – Introdução

Os cuidados de saúde remontam aos primórdios da humanidade, que desde cedo se viu confrontada com o aparecimento de doenças.

Na antiguidade clássica, por volta do século V antes de Cristo, Hipócrates de Cós, Pai da Medicina, postulou os quatro fluidos (humores) do corpo: bile amarela, bile negra, fleuma e sangue. Segundo o mesmo, uma pessoa encontrava-se saudável na presença de um equilíbrio destes elementos, caso contrário encontrar-se-ia doente. Deste modo, o binómio saúde/doença envolvia causas cuja génese se cingia ao corpo e não à vontade de supostas entidades divinas, como durante séculos se acreditou (Nutton, 2004; Srinivasan, 2011).

Por esta altura, os medicamentos usados eram de origem natural e, por conseguinte, de composição complexa. Hipócrates já mencionara que o pó da Casca de Salgueiro (*Salix alba*) atenuava as dores e baixava a temperatura corporal em casos febris, apesar da sua toxicidade (Storpiertis, Melo e Ribeiro, 2006).

Foram necessários vinte e quatro séculos para se isolar a substância ativa da Casca de Salgueiro, correspondente ao ácido salicílico, e no final do século XIX, o laboratório farmacêutico alemão Bayer acetilou o ácido salicílico, tendo criado o primeiro medicamento de origem sintética, o ácido acetilsalicílico. Este avanço despoletou uma pesquisa maciça de novos fármacos, com base na crença de que estes poderiam constituir a “chave” para o tratamento de algumas doenças que até então eram fatais (Lafont e Lévesque, 2000).

Em 1945, após a segunda Guerra Mundial, foi criada a Organização Mundial de Saúde (OMS), tendo a saúde sido considerada como “um dos direitos fundamentais de todo o ser humano sem distinção de raças, religião, opiniões políticas e condições económicas.” Dois anos mais tarde, a OMS definiu utopicamente a saúde como “um estado completo de bem-estar físico, mental e social e não apenas como a ausência de doença ou enfermidade”. Contudo, o conceito foi alvo de inúmeras críticas pela sua vasta abrangência, uma vez que a saúde passaria a ser algo inatingível e ideal (Nogueira e Remoaldo, 2010; Callahan, 1973).

Até meados da década de cinquenta do século XX, os cuidados de saúde, o tratamento de doenças e ainda o fornecimento de medicamentos, como os manipulados dos boticários profissionais, eram suportados na íntegra pela própria pessoa e/ou família. Deste modo, indivíduos que se encontrassem numa posição financeira debilitada, o que os impedia de receber tratamento domiciliário e em hospitais privados, estavam salvaguardados por organizações privadas de caridade ou pelo Estado, sendo atendidos e tratados em Hospitais de Misericórdias, como o caso do Hospital de Santo António, os Hospitais da Universidade de Coimbra e os Hospitais civis de Lisboa (Conselho de Reflexão sobre a Saúde, 1998; Boquinhas, 2002).

A primeira intervenção clara do Estado na prestação de cuidados médicos ocorre com a criação dos Serviços Médico-Sociais (SMS) em 1946. Através de um financiamento obrigatório, sob a forma de um seguro social de empregados e empregadores, permitiu expandir o acesso aos cuidados de saúde, embora não garantisse um direito universal e geral à população portuguesa, mas sim aos beneficiários da Federação de Caixa Previdência (Barros e Gomes, 2002; Ribeiro, 2009).

Segundo Ribeiro (2009), verificou-se um crescimento exponencial do número de beneficiários, partindo de menos de 10% da população residente em 1951 até 78% no ano de 1975.

Capítulo II – O Serviço Nacional de Saúde Português

1. Sistema de Saúde

Na Alemanha, em 1883, foi criado o primeiro modelo de segurança social após ser aprovado por Bismarck (Ribeiro, 2009).

No entanto, a revolução ao nível dos sistemas de saúde ocorre apenas em 1943, altura em que Lord Beveridge elaborou um relatório que conduziria ao desenvolvimento do primeiro Serviço Nacional de Saúde (SNS) no Reino Unido. Os pilares deste SNS estariam assentes nos princípios da “universalidade, generalidade, equidade e tendencialmente gratuito” (Boquinhass, 2002).

Partindo dos princípios anteriormente referidos, a saúde deixa de ser entendida como um bem individual e passa a representar um bem social, na medida em que toda a comunidade beneficia dos cuidados de saúde prestados a um determinado indivíduo, incumbindo ao Estado zelar pela saúde da população (Conselho de Reflexão sobre a Saúde, 1998).

1.1. Princípios do Serviço Nacional de Saúde

Os modelos de segurança social, inicialmente propostos por Bismarck e mais tarde por Beveridge, permitiram que o direito à proteção da saúde se tornasse um direito fundamental dos cidadãos (Ribeiro, 2009).

No artigo 64º referente à “Saúde” do capítulo II dos “Direitos e deveres sociais” da Constituição da República Portuguesa, aprovada em 1976 e revista em 1989, em 1992, em 1997 e em 2005, pode ler-se que (Assembleia da República, 2008):

“1. Todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover.

2. O direito à proteção da saúde é realizado:

a) Através de um serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito;

b) Pela criação de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam, designadamente, a proteção da infância, da juventude e da velhice, e pela melhoria sistemática das condições de vida e de trabalho, bem como pela promoção da cultura física e desportiva, escolar e popular, e ainda pelo desenvolvimento da educação sanitária do povo e de práticas de vida saudável.

3. Para assegurar o direito à proteção da saúde, incumbe prioritariamente ao Estado:

- a) Garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação;
- b) Garantir uma racional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e unidades de saúde;
- c) Orientar a sua ação para a socialização dos custos dos cuidados médicos e medicamentosos;
- d) Disciplinar e fiscalizar as formas empresariais e privadas da medicina, articulando-as com o serviço nacional de saúde, por forma a assegurar, nas instituições de saúde públicas e privadas, adequados padrões de eficiência e de qualidade;
- e) Disciplinar e controlar a produção, a distribuição, a comercialização e o uso dos produtos químicos, biológicos e farmacêuticos e outros meios de tratamento e diagnóstico;
- f) Estabelecer políticas de prevenção e tratamento da toxicodependência.

4. O serviço nacional de saúde tem gestão descentralizada e participada”.

Pelo estatuído, o SNS português rege-se pelos princípios da universalidade, generalidade, equidade e tendencialmente gratuito, à semelhança do modelo de Beveridge (Boquinhas, 2002).

1.1.1 Universalidade e Generalidade

A universalidade conjugada com a generalidade pressupõe que “todos têm direito à proteção da saúde” nos mais diversos tipos de cuidados de saúde, devendo o Estado “garantir uma eficiente cobertura de todo o país” em termos de recursos humanos e em património físico. (Conselho de Reflexão sobre a Saúde, 1998; ERS, 2011).

Todavia, para Conselho de Reflexão sobre a Saúde (1998), o SNS revela-se deficiente num conjunto alargado de prestações básicas, tais como “consultas de pediatria de carácter preventivo”, “oferta de cuidados dentários”, “cuidados de evolução prolongada para idosos, casos terminais, sinistrados, deficientes ou doentes em reabilitação”, limitações do SNS que instigam os portugueses a recorrer ao regime privado.

Contudo, os problemas não se limitam aos já enumerados, na medida em que o atual Ministro da Saúde, Paulo Macedo (2011), revelou na Comissão de Saúde da Assembleia da República que “1 milhão e 732 mil portugueses não têm médico de família”, o que dificulta o acesso a um clínico geral.

1.1.2 Equidade

No artigo 64º da Constituição da República Portuguesa não é feita qualquer referência à equidade no acesso aos cuidados de saúde, o que no entanto representa uma das características do SNS. Como tal, foi incluída na Lei de Bases da Saúde (LBS), aprovada pela Lei nº48/90, de 24 de agosto, a qual foi posteriormente revista e alterada pela Lei nº 27/2002, de 8 de novembro (ERS, 2011).

Desta forma, na Base XXIV do Capítulo III referente às características do SNS pode ler-se que (Ministério da Saúde, 2011):

“O Serviço Nacional de Saúde caracteriza-se por:

- a) Ser universal quanto à população abrangida;
- b) Prestar integralmente cuidados globais ou garantir a sua prestação;
- c) Ser tendencialmente gratuito para os utentes, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos;
- d) Garantir a equidade no acesso dos utentes, com o objetivo de atenuar os efeitos das desigualdades económicas, geográficas e quaisquer outras no acesso aos cuidados;
- e) Ter organização regionalizada e gestão descentralizada e participada”.

A equidade encontra-se repartida em duas formas: a equidade horizontal, em que “para necessidades iguais, recursos iguais” e a equidade vertical, “para necessidades diferentes, recursos diferentes” (Conselho de Reflexão sobre a Saúde 1998; ERS, 2011).

A equidade no acesso aos cuidados de saúde deve ser entendida numa perspetiva económica, qualitativa, geográfica e temporal. Numa perspetiva económica, um utente que necessite de cuidados de saúde terá acesso aos mesmos, independentemente da sua situação económica. Por outro lado, do ponto de vista qualitativo, serão prestados os cuidados que o utente necessite, ou seja, que satisfaça as necessidades do mesmo, e não de acordo com a “especialidade” do profissional de saúde. Relativamente à perspetiva geográfica, independentemente do local de residência do utente, este terá sempre acesso aos cuidados de saúde. Por fim, a perspetiva temporal envolve uma “imposição do atendimento, para iguais necessidades, por ordem de solicitação da prestação dos serviços” (ERS, 2011).

Para o Conselho de Reflexão sobre a Saúde (1998), o sistema de saúde português fracassa na equidade em alguns pontos, nomeadamente ao nível dos subsistemas existentes que “conferem aos seus beneficiários, regra geral, mais benefícios, mais hipóteses de escolha e reembolsos, por vezes mais generosos”, o que torna estes beneficiários alvo de uma “discriminação positiva”, na medida em que “necessitam eventualmente menos e utilizam eventualmente mais”. Por outro lado, o atendimento pela ordem de solicitação pode não ser cumprido perante a presença de um indivíduo informado e com uma boa capacidade de argumentação (Conselho de Reflexão sobre a Saúde, 1998).

De salientar que as vantagens inerentes à população do litoral quando comparada com a população do interior não devem cair no esquecimento, devido “à forma como os recursos são distribuídos pelo país e à frequência de utilização dos serviços” (Conselho de Reflexão sobre a Saúde, 1998).

1.1.3 Tendencialmente gratuito

Como refere a alínea c) da Base XXIV do Capítulo III da LBS, supracitada, uma das características do SNS indica que este é tendencialmente gratuito.

A 15 de setembro de 1979 foi decretada, em Assembleia da República, a Lei nº56/79, na qual se verifica no artigo 7º, a possibilidade de cobrar taxas moderadoras. O mesmo

refere que “as taxas moderadoras tendem a racionalizar a utilização das prestações” (Diário da República I Série - nº214, 1979).

Por outras palavras, a cobrança de uma importância simbólica tem como finalidade moderar o consumo exagerado ou abusivo de cuidados de saúde, desde que não impossibilite ou restrinja o acesso aos mesmos por questões económicas (Conselho de Reflexão sobre a Saúde, 1998; ERS, 2011).

Na Base XXXIV do Capítulo III da LBS, pode ler-se que “as taxas moderadoras constituem receita do SNS”, mas “contemplam isenções para os grupos populacionais sujeitos a maiores riscos e os financeiramente mais desfavorecidos, nos termos determinados na lei” (Ministério da Saúde, 2011).

1.2. Tipo de prestações de cuidados de saúde

O atual sistema de saúde português compreende quatro tipos de prestações de cuidados: os cuidados primários, os cuidados secundários, mais conhecidos como cuidados hospitalares, os cuidados continuados e os cuidados domiciliários (ERS, 2011).

1.2.1 Cuidados primários

A 12 de setembro de 1978 realizou-se a primeira Conferência Internacional sobre os cuidados de saúde primários na cidade de Almaty (Cazaquistão). Da conferência resultou a Declaração de Alma-Ata, cuja missão consistia em cumprir o objetivo já traçado pela OMS de “Saúde para todos” até ao ano de 2000 (Nogueira e Remoaldo, 2010; ERS, 2011).

O ponto 7 da Declaração indica que os cuidados de saúde primários têm como finalidade “abordar os principais problemas de saúde na comunidade, apostando na promoção da saúde, na prevenção da doença e nos serviços curativos e de reabilitação”. O ponto anterior refere ainda que estes cuidados “são o foco principal do Sistema de Saúde de um país” pois permite um “primeiro contacto dos indivíduos, da família e da comunidade com o Sistema Nacional de Saúde, trazendo os cuidados de saúde o mais

próximo possível das pessoas”, e como tal “constitui o primeiro elemento de um processo contínuo de cuidados de saúde” (Declaration of Alma-Ata, 1978).

Ao longo dos últimos 40 anos têm sido construídas infraestruturas organizativas de cuidados de saúde primários de modo a abranger todo o território português, o que possibilita a identificação de três gerações de centros de saúde (Branco e Ramos, 2001).

1.2.1.1 Primeira Geração de Centros de Saúde

Os centros de saúde de primeira geração datam de 1971, e são constituídos por múltiplas instituições associadas a ações preventivas e à saúde pública, inseridas em comunidades locais. Por esta altura, entendia-se como saúde pública, “a vacinação, a vigilância da saúde da grávida e da criança, a saúde escolar e as atividades de autoridade sanitária” (Branco e Ramos, 2001).

Nestes centros de saúde, o tratamento da doença aguda, assim como os cuidados curativos, representavam uma pequena percentagem do conjunto das suas atividades, uma vez que tinham como principal preocupação a prevenção e o acompanhamento de alguns grupos de risco. Os cuidados curativos no ambulatório eram particularmente prestados em postos clínicos dos SMS das caixas de previdência (Branco e Ramos, 2001).

As diferentes prestações referidas durante este período conduziram à existência de dois estilos contraditórios mas complementares de cuidados de saúde, sendo que um tinha como objetivo promover a saúde, atuando de modo preventivo, e o outro intenção de dar resposta à procura dos doentes por cuidados imediatos, o que se traduzia num “elevado número de consultas, tratamentos de enfermagem e visitas domiciliárias” (Branco e Ramos, 2001).

1.2.1.2 Segunda Geração de Centros de Saúde

Esta nova geração de centros de saúde data de 1983, quatro anos após a criação do SNS. Traduziu-se na integração dos centros de saúde existentes até à época com os postos do SMS e Hospitais concelhios (Sakellarides *et al.*, 2005; Branco e Ramos, 2001).

Por conseguinte, foram criados os Centros de Saúde integrados que herdaram património físico, recursos humanos e dois modelos organizativos distintos (Branco e Ramos, 2001).

Os escassos recursos de gestão da época serviram de alavanca para a criação deste novo modelo organizativo dos centros de saúde de segunda geração. A unificação das estruturas referidas permitiu obter uma maior “racionalidade formal na prestação de cuidados de saúde e na otimização de recursos” (Branco e Ramos, 2001; Sakellarides *et al.*, 2005).

Este modelo facilitou a criação da carreira médica de clínica geral e familiar, no entanto, para Branco e Ramos (2001), não correspondeu às expectativas dos utentes e da comunidade uma vez que não melhorou “a grande acessibilidade a consultas e visitas domiciliárias oferecidas pelo SMS, a programação dos objetivos de promoção da saúde pública e ainda os procedimentos preventivos e de vigilância de saúde normalizados que caracterizavam os centros de saúde”.

1.2.1.3 Terceira Geração de Centros de Saúde

Os centros de saúde de terceira geração representam os suportes para uma reforma nos cuidados de saúde primários, tendo como base as experiências vividas (Branco e Ramos, 2001).

Para a Direcção-Geral de Saúde (2002), as mudanças passam por implementar uma autonomia administrativa e financeira, e ainda pela organização em unidades funcionais de modo autónomo e funcionalmente interligadas, ou seja, que desempenhem missões complementares.

Para Pisco (2007), a criação de Agrupamentos de Centros de Saúde (ACS) visa racionalizar os recursos através da agregação dos serviços dispersos pelas atuais sub-regiões de saúde, e tem como principal objetivo melhorar a qualidade dos cuidados prestados, maximizar os recursos, através de economias de escala, ou seja, reduzir os custos por via da racionalização e preservar a sua identidade.

Disposto no Decreto-Lei nº28/2008, de 22 de fevereiro, os ACS podem compreender diversas unidades funcionais, tais como Unidades de Saúde Familiares (USF), Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), Unidades de Saúde Pública (USP), Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) (ERS, 2011).

A reconfiguração de centros de saúde em USF, constituída por pequenas unidades funcionais e autónomas, tem como finalidade melhorar a prestação de cuidados de saúde à população, num contexto sociofamiliar, e proporcionar uma maior proximidade ao cidadão e uma maior qualidade do serviço (Pisco, 2007; Rocha e Brito de Sá, 2011).

1.2.2 Cuidados secundários ou hospitalares

Em 1980, um ano após a criação do SNS, procedeu-se à nacionalização dos Hospitais das Misericórdias, sendo que sete anos mais tarde, os hospitais do SNS passaram a ter autonomia do ponto de vista económico e administrativo (Fernandes *et al.*, 2010).

Os cuidados secundários ou hospitalares baseiam-se num conjunto de atividades realizadas em doentes numa situação clínica aguda, em ambiente hospitalar, pelo facto de necessitarem de uma “intervenção especializada e de recursos com tecnologia diferenciada” (ERS, 2011).

1.2.3 Cuidados continuados

Segundo o Decreto-lei nº213/2005, de 9 de setembro, a criação de uma rede de cuidados continuados viria minimizar “as situações de exclusão e de desigualdade social em saúde” (Diário da República I Série-A - nº235, 2005).

Um ano mais tarde podia ler-se no artigo 3º do capítulo I do Decreto-Lei nº101/2006, de 6 de junho, que os cuidados continuados integrados se baseiam num “conjunto de intervenções sequenciais de saúde e/ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrada na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, que visa promover a autonomia, melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação,

readaptação e reinserção familiar e social” (Diário da República I Série-A - Nº109, 2006).

Para Ribeiro (2009), esta iniciativa permite reduzir o tempo de internamento de doentes, sobretudo idosos, que permanecem nos hospitais por ausência de familiares ou de condições mínimas nos seus lares, gerando, desta forma, uma maior eficiência a nível hospitalar.

1.2.4 Cuidados domiciliários

A alínea r) do artigo 3º da secção I da Portaria nº132/2009, de 30 de janeiro, do Ministério da Saúde, define “serviço domiciliário” como um “conjunto de recursos destinados a prestar cuidados de saúde, a pessoas doentes ou inválidas, no seu domicílio, em lares ou instituições afins” (Diário da República I Série - nº21, 2009).

2. Estado da saúde em Portugal

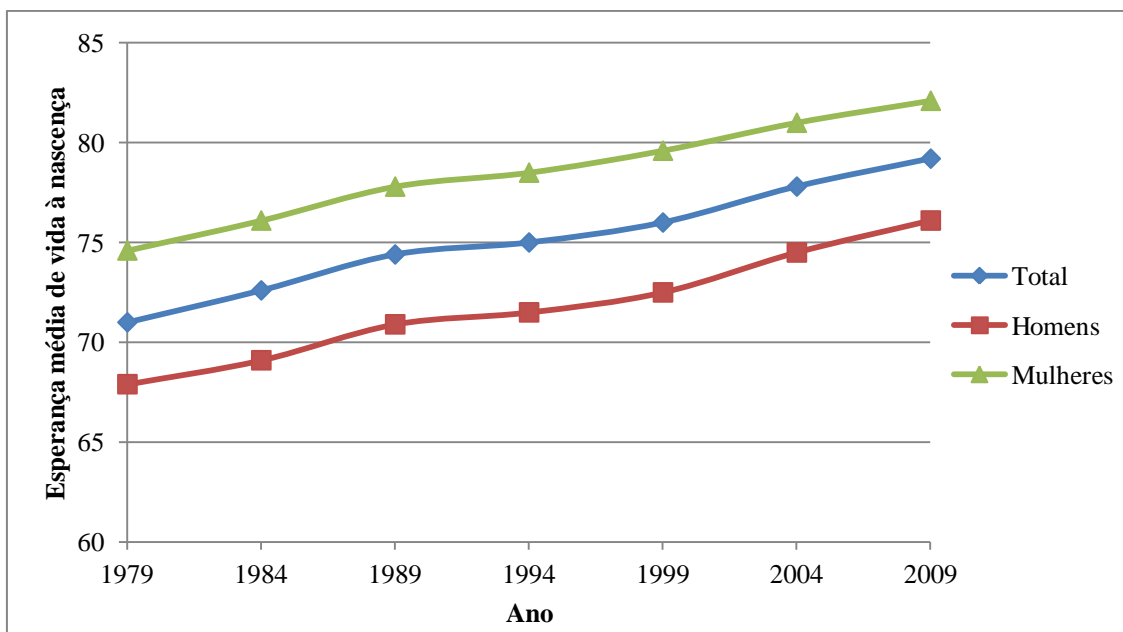
Desde a criação do SNS em 1979 se tem assistido a uma melhoria inegável dos indicadores de saúde em Portugal. A construção de infraestruturas para prestação de cuidados de saúde possibilitou uma maior universalidade no acesso aos cuidados de saúde, e consequentemente contribuiu de forma extraordinária para os indicadores de saúde que atualmente se registam. Outros fatores, como os indicadores económicos e culturais, também refletiram a sua influência (Conselho de Reflexão sobre a Saúde, 1998; Ribeiro, 2009).

No gráfico seguinte pode observar-se a evolução da esperança média de vida dos portugueses à nascença desde 1979 a 2009.

No ano da criação do SNS registou-se uma esperança média de vida à nascença de 67,9 anos. Em 2009 esse valor já era consideravelmente mais elevado, mais propriamente 79,2 anos. Assim, no ano de 2009, os portugueses vivem, em média, mais 11 anos que em 1979.

A amplitude tradicional existente entre o género feminino e masculino começou por apresentar um valor de 6,7 anos em 1979. Volvidos trinta anos, essa diferença foi ligeiramente encurtada para 6 anos.

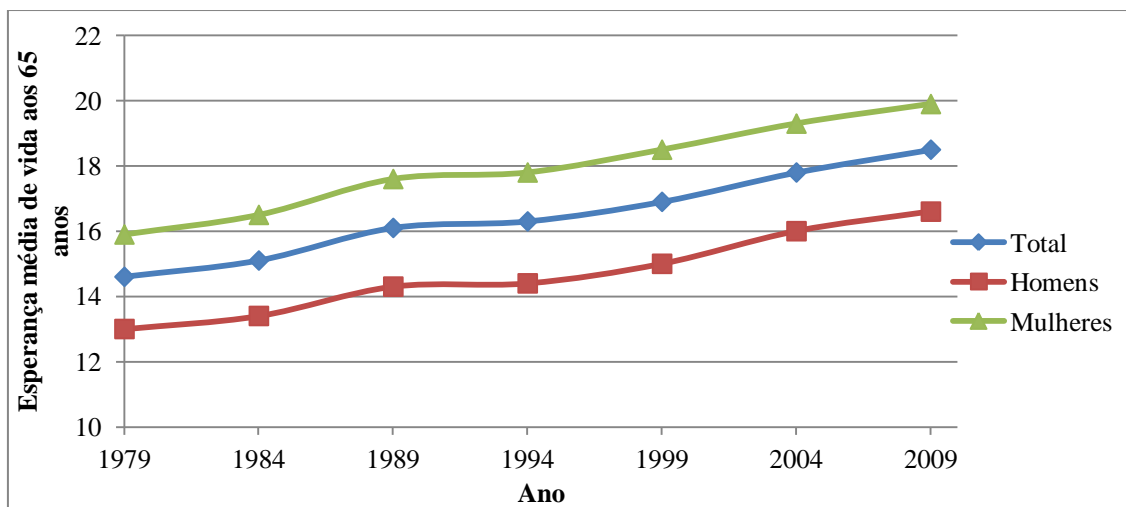
Gráfico 1- Evolução da esperança média de vida dos portugueses à nascença (Fonte: Construção própria com base no Pordata, 2011).



Da análise da evolução da esperança média de vida aos 65 anos, ou seja, o número médio de anos que um indivíduo com 65 anos vive, constata-se um aumento de 3,9 anos no horizonte temporal analisado (gráfico 2). Todavia, o aumento verificado foi ligeiramente inferior ao registado na esperança média de vida à nascença, tal como seria espectável.

Relativamente à amplitude existente entre mulheres e homens houve um acréscimo de 2,9 anos para 3,3 anos. Apesar de pouco significativa, esta tendência não vai de encontro ao encurtamento registado na análise anterior.

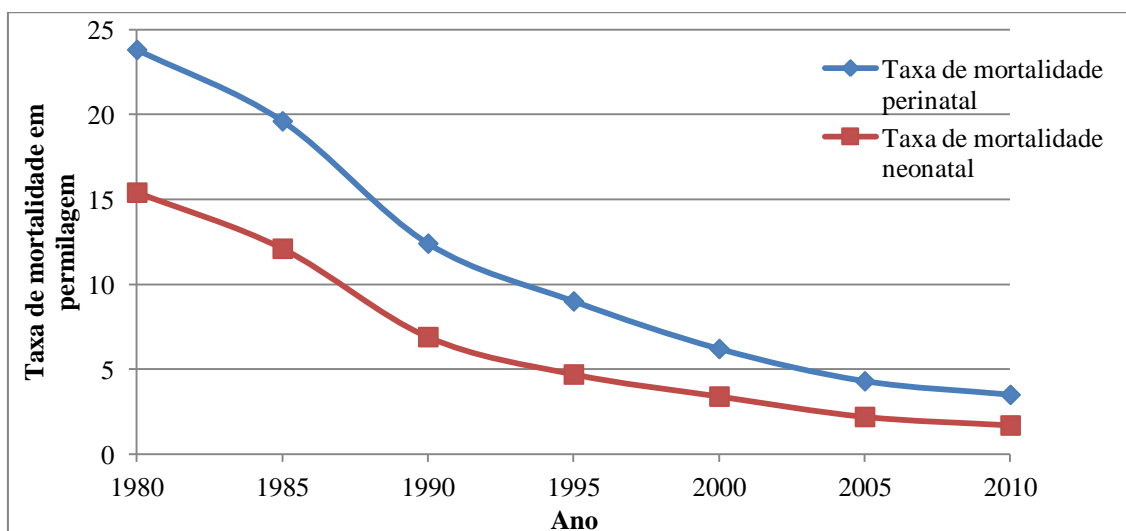
Gráfico 2- Evolução da esperança média de vida aos 65 anos (Fonte: Construção própria com base no Pordata, 2011).



O gráfico 3 demonstra que a grande melhoria na saúde em Portugal regista-se ao nível da taxa de mortalidade perinatal, ou seja, pelo número de óbitos fetais de 28 ou mais semanas de gestação e de óbitos nados-vivos com menos de 7 dias por 1000 nascimentos, e da taxa de mortalidade neonatal que representa o número de óbitos de crianças com idade inferior a 28 dias por 1000 nados-vivos (Ministério da Saúde, 2010).

A taxa de mortalidade perinatal registou uma queda acentuada de 23,8‰ em 1980 para 3,5‰ em 2010. À semelhança da anterior, a taxa de mortalidade neonatal diminuiu também drasticamente, dado que em 1980 o valor era de 15,4‰, e em 2010 de 1,7‰.

Gráfico 3- Evolução da taxa de mortalidade perinatal e da taxa de mortalidade neonatal (Fonte: Construção própria com base no Pordata, 2011).



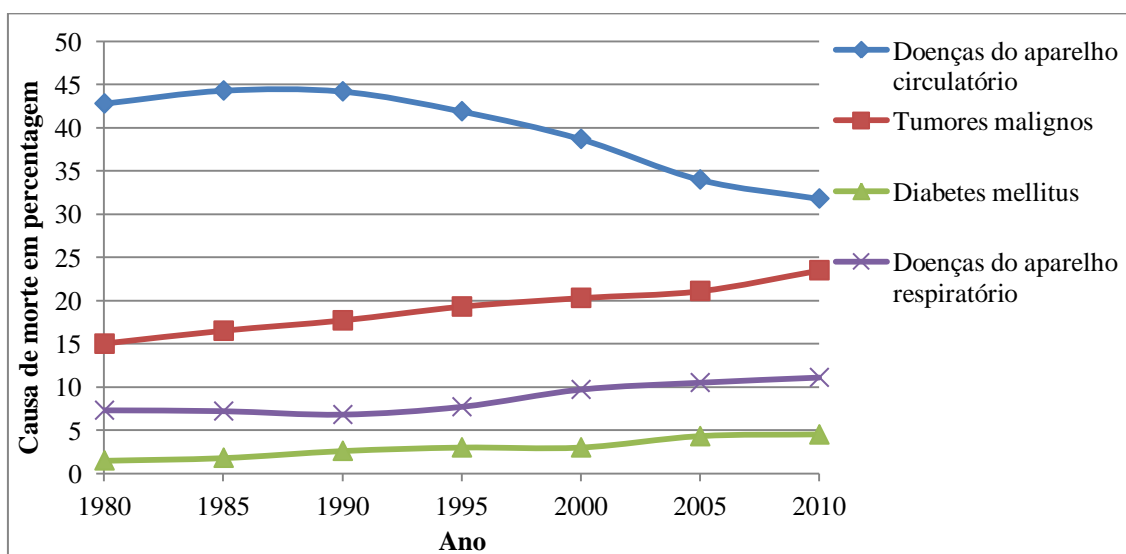
As doenças que em 1980 compreendiam as principais causas de morte, como as doenças do aparelho circulatório e tumores malignos, continuam a ser as mesmas passados trinta anos (gráfico 4).

A doença que merece maior destaque é a diabetes *mellitus*, uma vez que no período analisado registou-se um aumento de quase 300%, bastante alarmante. Para controlar esta subida têm sido implementadas medidas que visam promover um maior controlo e acompanhamento dos pacientes diabéticos (Ribeiro, 2009).

Os tumores malignos, assim como as doenças do aparelho respiratório, têm também influenciado de forma ascendente as causas de morte. Em 1980, 15% das mortes correspondiam a tumores malignos, e 4,9% tinham como origem as doenças do aparelho respiratório. Em 2010, os tumores malignos já representavam 23,5%, ao passo que as doenças do aparelho respiratório representavam 11,1%

Por outro lado, embora as doenças do aparelho circulatório persistam como a principal causa de morte. Entre 2010 e 1980 registou-se uma descida de 43,7% para 31,8%. Esta descida resulta da preocupação e da atenção que as autoridades de saúde em Portugal têm tido relativamente aos problemas cardiovasculares, sobretudo nos últimos vinte anos.

Gráfico 4- Evolução das principais doenças mortais em percentagem (Fonte: Construção própria com base no Pordata, 2011).



Capítulo II – Modelos de gestão e financiamento

1. Modelos de financiamento na União Europeia

O financiamento dos cuidados de saúde passa pela aplicação de sistemas compulsórios, como impostos e contribuições para esquemas sociais de seguro, e por sistemas voluntários, como os pagamentos diretos por parte dos doentes (copagamentos), e a subscrição de seguros de saúde voluntários (Barros e Gomes, 2002).

O sistema compulsório, também reconhecido como seguro social de carácter obrigatório, tem como finalidade financiar de forma solidária o consumo de cuidados de saúde, fomentando o princípio da equidade e da gratuitidade tendencial. Assim, todos os contribuintes, a nível individual ou empresarial, de acordo com os seus rendimentos, participam no financiamento da saúde. Perante situações de iniquidade fiscal, esta forma solidária de financiar o sistema de saúde sofre um forte revés quanto ao seu objetivo primordial (Conselho de Reflexão sobre a Saúde, 1998).

O financiamento voluntário poderá passar pelo pagamento de um serviço prestado, havendo assim uma relação direta entre o consumidor e o prestador. Para além das entidades referidas, poderá existir uma terceira, uma seguradora. Aos cidadãos que estabelecerem um vínculo contratual com uma seguradora, é-lhes cobrado um prémio de acordo com o risco individual ou de um grupo de segurados. Perante a necessidade de prestações de cuidados de saúde, a seguradora procede à remuneração aos respetivos prestadores, direta ou indiretamente. Deste modo, a prática do modelo anterior torna compreensível o estímulo ao consumismo por parte dos cidadãos, criando ainda uma espécie de “bolha especulativa” em torno dos preços praticados pelos prestadores. (Conselho de Reflexão sobre a Saúde, 1998).

Na União Europeia a 15 membros (UE 15) pode proceder-se à distinção de duas categorias de países com base no modelo de financiamento obrigatório predominante no sistema nacional de saúde. De acordo com esta premissa, existem sistemas de saúde que assentam no modelo de Bismarck, em que o financiamento provém essencialmente de seguros, e no modelo de Beveridge, cujo financiamento depende fundamentalmente de impostos cobrados (Barros e Gomes, 2002).

1.1. Financiamento baseado no modelo de Bismarck

O modelo de Bismarck assenta, essencialmente, em contribuições para um fundo de segurança social, na maioria dos casos obrigatório, de modo a financiar os cuidados de saúde e não só, uma vez que “inclui itens de proteção social, como as pensões e os benefícios dados aos desempregados” (Barros e Gomes, 2002).

Os países que adotaram este modelo, pertencem, sobretudo, à Europa Central, caso do Luxemburgo, da Áustria, da Alemanha, da França, da Bélgica e da Holanda, que datam, alguns casos, do século XIX (Letourmy, 2000; Barros e Gomes, 2002).

Neste modelo, os fundos são direcionados para organizações privadas, independentes dos Estados, embora sejam subsidiados pelo Orçamento de Estado (OE) e, como tal, são tutelados pelo mesmo (Letourmy, 2000).

Este modelo de financiamento não garante o princípio da universalidade e generalidade em países como a Alemanha, a Holanda e a Bélgica. Aos alemães e holandeses que apresentem rendimentos superiores a um limite estipulado não é obrigatória a sua contribuição para o fundo de segurança social, o que contrapõe a base de solidariedade social implícita no modelo. No primeiro caso, existe liberdade de escolha entre este modelo e um seguro privado, enquanto na Holanda, para cuidados agudos, os cidadãos optam por um seguro privado ou permanecem por sua conta e risco (Letourmy, 2000; Barros e Gomes, 2002).

O número de fundos de seguros de saúde ou de doença diverge de país para país. A contribuição dos cidadãos para os fundos reflete uma percentagem dos seus rendimentos, conforme sejam empregados ou empregadores, e o fundo para o qual contribuem (Wild e Gibis, 2003).

De salientar que, segundo Letourmy (2002), este modelo confere aos cidadãos liberdade na escolha dos prestadores de cuidados de saúde, traduzindo-se numa grande vantagem.

1.2. Financiamento baseado no modelo de Beveridge

Os países da UE15, cujo financiamento dos cuidados de saúde se baseiam fundamentalmente em impostos gerais, coincidiram, outrora, ao modelo anteriormente descrito, no plano de esquemas de segurança social. Esta migração na forma de financiamento ocorreu após a II Guerra Mundial, por forma a alargar o leque de beneficiários, garantindo os princípios da universalidade e generalidade. Para tal, os Estados assumiram a responsabilidade pela prestação dos cuidados de saúde à população (Barros e Gomes, 2002).

Os países nórdicos, como a Suécia, a República da Irlanda, a Finlândia, a Dinamarca e o Reino Unido, representam os primeiros países que deram início à transição para o modelo de Beveridge. Mais recentemente, nos finais da década de 70 e 80, países mediterrânicos como Portugal, Espanha, Itália e Grécia iniciaram o mesmo processo de mudança. No entanto, o fator temporal determina que alguns autores se refiram ao financiamento destes últimos países ainda como “sistemas mistos que combinam elementos dos modelos de Bismarck e de Beveridge” (Barros e Gomes, 2002).

Apesar do financiamento se basear predominantemente em impostos, a maioria destes países continuam a ter um seguro social para fazer face aos custos do SNS, representando uma pequena fatia dos mesmos (Barros e Gomes, 2002).

A grande vantagem inerente a este modelo de financiamento incide sobre uma maior cobertura da população, cujo objetivo se prende em atingir 100% da mesma.

O Governo central desempenha um papel relevante no financiamento dos cuidados públicos de saúde assim como na prestação dos mesmos. Contudo, tem-se assistido nos países nórdicos, sobretudo na Dinamarca, na Suécia e na Finlândia, a uma descentralização das responsabilidades a este nível, sendo transferidas progressivamente para as autarquias e condados (Barros e Gomes, 2002).

A Base V referente aos “Direitos e deveres dos cidadãos” da LBS documenta que os “cidadãos são os primeiros responsáveis pela sua própria saúde, individual e coletiva, tendo o dever de a defender e promover”. Não obstante, tal evidência revela clara

negligência pelos cidadãos de países cujo financiamento se baseia substancialmente em impostos (Ministério da Saúde, 2011; Ribeiro, 2009).

O financiamento do SNS em Portugal, mencionado na Base XXXIII do capítulo III da mesma LBS, encontra-se descrito no anexo 1 (Ministério da Saúde, 2011).

Trata-se de um modelo prospetivo, em que os centros de saúde e hospitais públicos detêm uma receita fixa em função da sua produção ajustada por um índice de *case-mix*, que prevê uma ponderação média dos procedimentos efetuados com base na utilização de Grupos de Diagnóstico Homogéneos (GDH), independentemente dos custos gerados pela mesma (Barros e Gomes, 2002).

Segundo Barros e Gomes (2002), este modelo tem a capacidade de induzir uma maior eficiência, uma vez que qualquer poupança nos custos resulta em *superavit*, sendo o contrário igualmente possível, traduzindo-se em *deficit*. A grande desvantagem do modelo prende-se com o facto de privilegiar a quantidade de prestações em detrimento da qualidade, ou seja, dos resultados.

Adicionalmente, este modelo de financiamento poderá incitar a um aumento das prestações, de modo a elevar as receitas das entidades públicas e, consequentemente, os custos da saúde em Portugal (Barros e Gomes, 2002).

2. Gestão do orçamento do SNS

Devido a um desequilíbrio nas contas públicas, o Estado Português viu-se “obrigado” a recorrer à ajuda eterna. Para tal, foi celebrado o Memorando de Entendimento firmado pelo Governo Português com uma comissão tripartida, conhecida como *Troika*, composta pela Comissão Europeia (CE), Banco Central Europeu (BCE) e Fundo Monetário Internacional (FMI).

No Memorando constam várias propostas/medidas para “melhorar a eficiência e a eficácia no Sistema de Saúde”, ou seja, para garantir a sustentabilidade do SNS, sem contrariar os princípios inerentes à sua criação (ERS, 2011).

Uma das medidas consiste na revisão das taxas moderadoras. Com isto, o artigo 2º do Decreto-Lei nº113/2011, de 29 de novembro, do Ministério da Saúde prevê o pagamento das taxas moderadoras em determinados casos, descritos no anexo 2 (Diário da República, 1º Série - Nº 229- 29 de novembro, 2011).

De salientar que o artigo 2º do Decreto-Lei nº 79/2008, de 8 de maio, resultante das alterações efetuadas ao Decreto-Lei nº 173/2003, de 1 de agosto, contempla que “os utentes com idade igual ou superior a 65 anos beneficiam de uma redução de 50% do pagamento das taxas moderadoras” (Diário da República, 1º série – Nº 89 – 8 de maio, 2008).

Os valores das taxas moderadoras a aplicar durante o ano civil de 2012, indicados no anexo 3, foram publicados na Portaria nº 306- A/2011 pelos Ministérios das Finanças e da Saúde (Diário da República, 1º série – Nº 242 -20 de dezembro, 2011).

Como já foi referido, a LBS considera a possibilidade de isenções no ato do pagamento das taxas moderadoras. Os grupos populacionais abrangidos por esta isenção estão descritos no anexo 4 (Diário da República, 1º Série - Nº 229- 29 de novembro, 2011).

A situação de insuficiência económica, descrita no artigo 6º do Decreto-Lei nº 113/2011, considera “os utentes que integrem agregado familiar cujo rendimento médio mensal seja igual ou inferior a uma vez e meia o valor do indexante de apoios sociais (IAS)”, ou seja, compreende casos em que o rendimento médio mensal, dividido pelo número de pessoas que constituem o respetivo agregado familiar, seja igual ou inferior a 628,83€ (Diário da República, 1º Série - Nº 229- 29 de novembro, 2011).

Segundo a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) (2012), este modelo prevê que 5,2 milhões de portugueses se encontrem em situação de insuficiência económica. Ao contemplar as restantes situações de isenção previstas no Decreto-Lei nº 113/2011 supracitado, prevê-se atingir um total de 7.271.080 pessoas, o que representa cerca de 70% da população residente em Portugal.

Atualmente, o cumprimento do OE revela-se escrupulosamente imperativo. Porém, nos últimos anos, tem-se evidenciado alguns problemas a esse nível, havendo

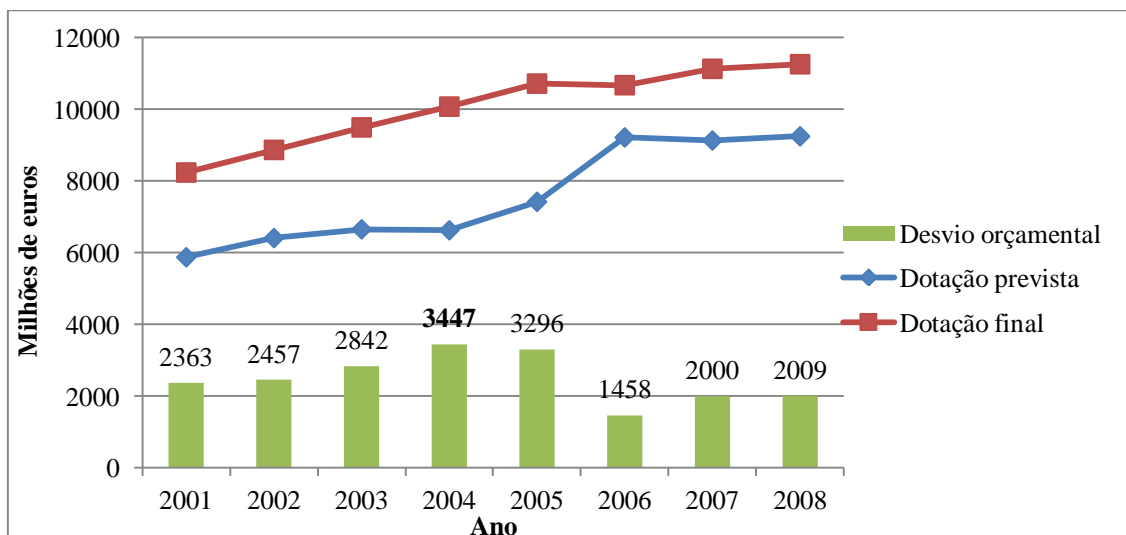
frequentemente aumentos “inesperados” dos custos face ao que era espectável pelos OE. Esta situação, em que o orçamento é insuficiente para fazer face aos custos, designa-se de suborçamentação (Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde, 2007).

No sistema de saúde português, como consequência dos problemas de suborçamentação, “têm sido acumulados défices e dívidas a fornecedores, sendo a mais visível a dívida à indústria Farmacêutica” (Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde, 2007).

O gráfico 5 permite a comparação dos custos públicos inicialmente previstos na saúde pelos OE (dotação prevista) e os custos realizados (dotação final).

Entre os anos de 2001 e 2005, verificou-se um aumento da discrepância orçamental, atingindo um máximo no ano de 2004, de cerca de 3.450 milhões de euros. A partir do ano de 2005, os OE contemplaram um aumento dos custos na saúde, de modo a existir uma aproximação para os custos efetuados, permitindo que nos anos seguintes se registasse o menor desvio orçamental no período analisado.

Gráfico 5- Desvios orçamentais entre 2001 e 2008 (Fonte: Construção própria com base em OECD Health Data, 2011; Diário da República- I Série-A, N°299- 29 de dezembro, 2000; Diário da República- I Série-A, N°298- 27 de dezembro, 2001; Diário da República- I Série-A, N°301- 30 de dezembro, 2002; Diário da República- I Série-A, N°301- 31 de dezembro, 2003; Diário da República- I Série-A, N°304- 30 de dezembro, 2004; Diário da República- I Série-A, N°250- 30 de dezembro, 2005; Diário da República- I Série, N°249- 29 de dezembro, 2006; Diário da República- I Série, N° 251- 31 de dezembro, 2007).



Os desvios orçamentais referidos resultaram, conseqüentemente, em aumentos da dívida pública. O Estado Português, para evitar a acumulação de forma insustentável, procedia, por vezes, à amortização da dívida acumulada com revisões do OE (Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde, 2007).

3. Subsistemas

Como se constata na alínea b) do ponto 2 da Base XXXIII, já referida na LBS, existem formas de financiar os cuidados de saúde a partir de subsistemas de saúde.

Os beneficiários titulares destes subsistemas contribuem em duas vertentes para a saúde, quer pelos impostos como qualquer cidadão, quer por uma percentagem a descontar dos seus vencimentos (Boquinhas, 2002).

Dependendo dos casos, a adesão pode ser obrigatória ou facultativa (*opting out*), permanecendo os subsistemas com a responsabilidade de financiar a prestação de cuidados de saúde dos beneficiários que se encontrem em exercício das suas funções a nível profissional, ou aposentados, com extensão aos agregados profissionais (ERS, 2009).

Os subsistemas existentes exibem carácter público ou privado, e são financiados pelos descontos dos beneficiários titulares, como anteriormente referido, e/ou pelas instituições ou organismos públicos ou entidades patronais (ERS, 2009).

Como já foi abordado no capítulo I, os beneficiários dos subsistemas são alvo de uma “discriminação positiva” no que refere ao acesso aos cuidados de saúde, pois para além do acesso à rede nacional de prestação dos mesmos cuidados, à semelhança dos beneficiários do SNS, beneficiam também do acesso a uma rede de prestadores privados. De referir que sempre que o prestador privado não exiba um acordo ou convenção com o subsistema, o beneficiário, *a posteriori*, é total ou parcialmente ressarcido (Conselho de Reflexão sobre a Saúde, 1998; ERS, 2009; Ribeiro, 2009).

No que concerne aos subsistemas públicos, os Decretos-Lei nº234/2005, de 30 de dezembro, nº 158/2005, de 20 de setembro, nº 167/2005, de 23 de setembro e o nº 212/2005, de 9 de dezembro, procederam a uma “reforma dos subsistemas de saúde em vigor nas áreas da defesa, da administração interna e da justiça”. O propósito do novo regime jurídico prende-se com questões de equidade, levando a uma aproximação de alguns subsistemas ao regime de ADSE (Assistência na Doença dos Servidores Cíveis do Estado, agora designada por Direção Geral de Proteção Social aos Beneficiários e Agentes de Administração Pública) (ERS, 2009, Diário da República, Série I-A, Nº250 de 30 de dezembro, 2005, Diário da República, Série I-A, Nº181 de 20 de setembro, 2005, Diário da República, Série I-A, Nº184 de 23 de setembro, 2005 e Diário da República, Série I-A, Nº235 de 9 de dezembro, 2005).

De salientar a restrição do número de beneficiários dos SAD/GNR (Serviços de Assistência na Doença da Guarda Nacional Republicana), dos SAD/PSP (Serviços de Assistência na Doença da Polícia de Segurança Pública) e dos SSMJ (Serviços Sociais do Ministério da Justiça) e a unificação da ADMF (Assistência na Doença aos Militares da Força Aérea), da ADMA (Assistência na Doença aos Militares da Armada) e da ADME (Assistência na Doença aos Militares do Exército) num novo subsistema, a ADM (Assistência na Doença aos Militares das Forças Armadas) (ERS, 2009; Diário da República, Série I-A, Nº250 de 30 de dezembro, 2005; Diário da República, Série I-A, Nº181 de 20 de setembro, 2005; Diário da República, Série I-A, Nº184 de 23 de setembro, 2005; Diário da República, Série I-A, Nº235 de 9 de dezembro, 2005).

O maior subsistema público, a ADSE, foi criado pelo Decreto-Lei nº45002, de 27 de abril de 1963, e detinha, segundo dados do sítio ADSE (2011) em novembro de 2011, um total de 1.363.474 beneficiários, dos quais 570.143 titulares no ativo, 327.683 titulares aposentados e 465.648 familiares ou equiparados abrangidos (ADSE, 2011; ERS, 2009).

Atualmente, os beneficiários titulares da ADSE descontam 1,5% do seu rendimento mensal, independentemente do seu estado profissional (aposentação ou no ativo) (Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde, 2007).

Contudo, a descrição dos inúmeros subsistemas de saúde encontra-se fora do âmbito da presente monografia.

4. Seguros de Saúde

Os consumidores que pretendam aceder a uma cobertura adicional à existente pelo SNS e pelos subsistemas, caso sejam beneficiários, têm a possibilidade de adquirir seguros de saúde “destinados à reparação de danos corporais, incluindo a incapacidade profissional, a morte por acidente ou a invalidez em consequência da doença” (Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde, 2007; Boquinhas, 2002).

Entre o consumidor e o prestador de cuidados de saúde é adicionada uma nova entidade, uma companhia de seguros. Os seguros de saúde envolvem os de índole privada com fins lucrativos, também designados por seguros comerciais, e os de índole mutualista sem fins lucrativos (Boquinhas, 2002; Conselho de Reflexão sobre a Saúde, 1998).

No primeiro caso, a companhia recolhe os prémios dos segurados com base no risco individual de adoecer, dando assim preferência aos mais jovens devido ao seu baixo risco em detrimento de indivíduos com mais idade. Contudo, mesmo no caso de adoecimento por parte dos mais jovens, se pode constatar um aumento considerável do prémio da sua apólice, situações que causam problemas ao nível da equidade. Outra grande limitação dos seguros de saúde referida por Boquinhas (2002) deve-se ao facto de abrangerem uma cobertura deficiente, uma vez que a maioria das apólices não abrange algumas áreas como a hemodiálise, a psiquiatria e os transplantes de órgãos (Boquinhas, 2002; Conselho de Reflexão sobre a Saúde, 1998).

Por sua vez, os seguros de saúde mutualistas são de cariz social, uma vez que os prémios são calculados com base no risco inerente ao grupo como um todo (Boquinhas, 2002; Conselho de Reflexão sobre a Saúde, 1998).

As modalidades de seguros variam conforme o consumidor, a seguradora e o prestador, que interatuam entre si (Conselho de Reflexão sobre a Saúde, 1998).

No seguro voluntário com reembolso dos doentes, o consumidor seleciona o prestador sem restrições. Posteriormente, após o segurado apresentar a fatura à companhia de seguros, o mesmo é reembolsado. Para o Conselho de Reflexão sobre a Saúde (1998), o não estabelecimento de um elo de ligação entre os seguradores e os prestadores possibilita a ocorrência de um aumento desenfreado no consumo de cuidados de saúde.

Por outro lado, no seguro voluntário com contrato, tal como o nome sugere, a seguradora estabelece contratos com determinados prestadores, disponibilizando uma lista dos mesmos ao consumidor. Este último, ao dirigir-se a uma rede de cuidados de saúde aderentes, procede ao pagamento, nalguns casos, de uma importância simbólica, semelhante a uma taxa moderadora. Nesta situação, o consumidor encontra-se limitado, sendo que, no entanto, a grande vantagem desta modalidade recai na possibilidade de controlar melhor os custos (Boquinhas, 2002; Conselho de Reflexão sobre a Saúde, 1998).

Finalmente, no seguro voluntário integrado, a seguradora e o prestador integram uma única entidade, ou seja, a companhia de seguros é proprietária de uma rede de cuidados de saúde. À semelhança do que sucedia na anterior modalidade, o consumidor continua limitado na escolha, e a seguradora consegue controlar os custos. Todavia, introduz uma maior eficiência na prestação dos cuidados de saúde, o que era negligenciado nas anteriores modalidades (Conselho de Reflexão sobre a Saúde, 1998).

Para Ribeiro (2009), a grande vantagem de subscrever um seguro privado consiste em permitir que o tratamento necessário seja efetuado de forma mais célere em determinadas situações, proporcionando uma reabilitação mais rápida e, consequentemente, uma maior brevidade no regresso à vida ativa.

5. Deduções fiscais

O IRS (Imposto sobre o Rendimento das Pessoas Singulares) permite que os contribuintes sejam reembolsados com uma parte dos custos em saúde e em prémios de seguros de saúde desembolsados no ano homólogo (Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde, 2007).

A tabela 1 apresenta as percentagens dos custos em saúde dos contribuintes reembolsados pelo Estado Português ordenados por decis de rendimento líquido equivalente.

Tabela 1- Percentagens dos custos recuperados pelos agregados, ordenados por decis de rendimento líquido equivalente (Fonte: Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde, 2007).

Decis de rendimento líquido equivalente	Percentagem de custos recuperados		
	1980	1990	2000
1 (mais pobre)	0%	1%	6%
2	0%	2%	7%
3	0%	5%	11%
4	0%	7%	11%
5	0%	9%	15%
6	1%	10%	18%
7	1%	15%	19%
8	1%	17%	21%
9	1%	22%	24%
10 (mais rico)	2%	27%	27%
Total nacional	1%	14%	18%

Previamente à análise do tabela anterior é fundamental proceder-se a uma retrospectiva histórica do sistema fiscal em Portugal. No ano de 1980, a dedução dos custos com consultas, internamentos e cirurgias permitida correspondia a 50%. Dez anos mais tarde, os custos em saúde eram deduzidos na totalidade ao rendimento coletável. Por fim, em 2000, deduzia-se à coleta 30% do mesmo total (Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde, 2007).

Apurou-se que, em 1980, os contribuintes recuperaram apenas 1% dos custos em saúde. Em 1990, o reembolso cresceu de forma considerável para 14% dos custos, facto espectável devido à reforma aplicada no sistema fiscal. Contudo, deve salientar-se o maior benefício por parte dos agregados familiares mais ricos em detrimento dos mais pobres.

No ano de 2000 constatou-se um novo aumento da percentagem reembolsada em 4 p.p. (pontos percentuais). O facto mais notório corresponde à forma como os agregados familiares mais pobres representam os principais beneficiados com estas alterações fiscais, permanecendo o decil mais rico com a mesma percentagem. No entanto, a diferença percentual entre os mais ricos e os mais pobres permanece bastante elevada, situando-se nos 21 p.p.

Deste modo, as deduções à coleta de IRS favorecem inequivocamente a iniquidade, uma vez que, durante vários anos, o sistema de deduções fiscais dos custos em saúde beneficiava famílias detentoras de maiores rendimentos e, eventualmente, com menos necessidades no que respeita a cuidados de saúde.

O exposto não significa que as deduções fiscais com custos em saúde devam ser abolidas, como acontece em vários países europeus, mas sim repensadas, de modo a que o consumo de cuidados de saúde seja fruto de uma necessidade e não de fatores alheios, como “poder de compra, razões de prestígio e pressão dos prestadores de cuidados de saúde” (Conselho de Reflexão sobre a Saúde, 1998).

Com base nesta premissa, o sistema fiscal foi reformulado, passando os custos em saúde a ser dedutíveis em 10%, em detrimento dos 30%, e com um limite de duas vezes o IAS (838,44€), existindo, ainda, uma majoração para agregados familiares com três ou mais dependentes a seu cargo (Diário da República 1ª Série- Nº250- 30 de dezembro, 2011).

O resultado destas alterações apenas será conhecido nos próximos anos. Contudo, o que se pretende é que o reembolso dos custos em saúde se mantenha constante, e que seja consequentemente sustentável do ponto de vista financeiro para o Estado Português. Por outro lado, pretende-se ainda que ocorra um estreitamento no diferencial do reembolso entre os agregados familiares mais ricos e mais pobres.

Capítulo III – Custos da saúde em Portugal

1. Análise dos custos em saúde

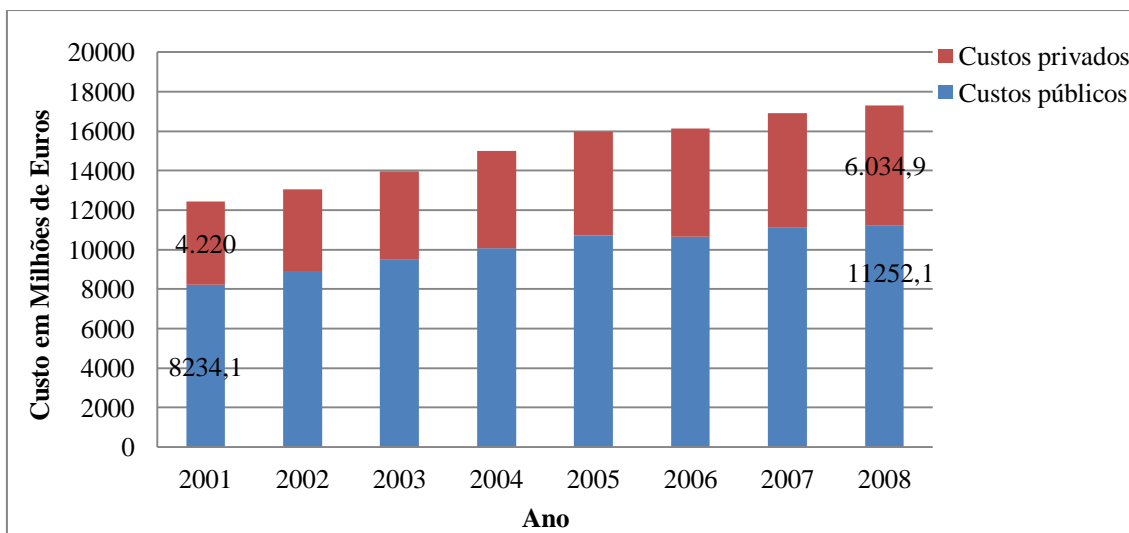
Ao longo da presente monografia é feita referência à designação “custos” em detrimento de “despesas” e “gastos”. Para muitos poderá representar um simples preciosismo, embora Marques (2011) considere que “os custos em saúde devem ser entendidos como um investimento, e não como uma despesa, cujo retorno é o aumento mensurável da esperança de vida e da qualidade de vida”.

O investimento público na área da saúde tem crescido a um ritmo acelerado, tanto em valor absoluto, como em função do Produto Interno Bruto (PIB), por forma a satisfazer as necessidades de saúde da população, como é do conhecimento geral. Consequentemente, pode constatar-se, ano após ano, um peso crescente da saúde no OE para fazer face aos custos, sendo que, na maioria dos casos, os custos esperados demonstram-se escassos (Ribeiro, 2009; Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde, 2007).

O gráfico 6 ilustra a evolução ocorrida entre os anos 2001 e 2008 dos custos públicos e privados na saúde.

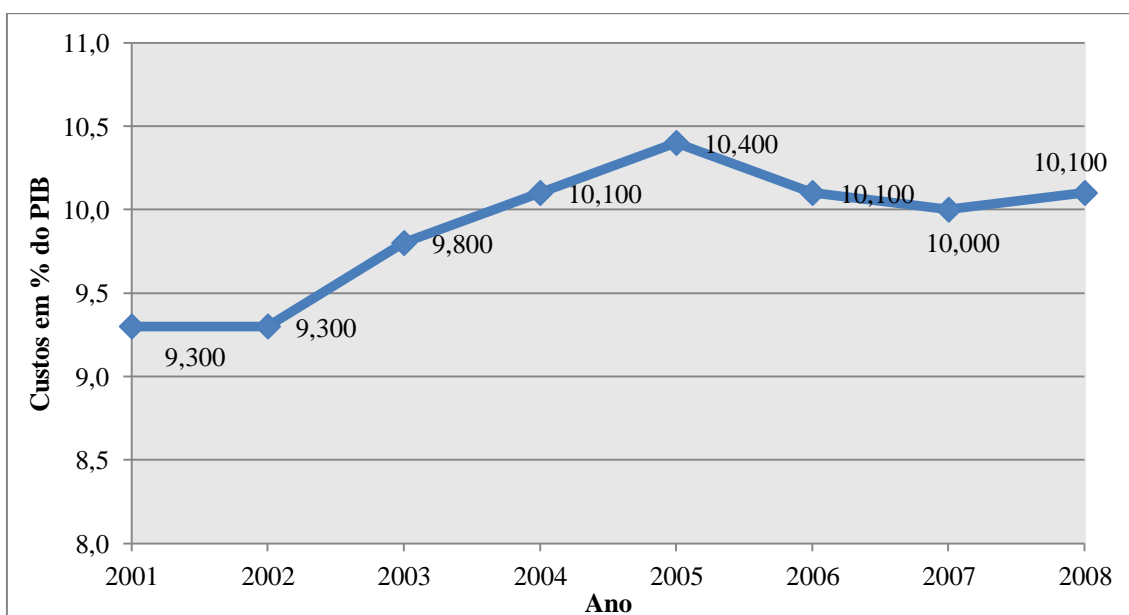
Ao longo de oito anos, o SNS presenciou o crescimento da sua fatura, de 8.234,1 milhões de euros para 11.252,1 milhões de euros, o que representa um aumento de cerca de 37%. Por outro lado, no setor privado verificou-se uma subida mensurável de 43%, de 4.220 milhões de euros para 6.034,9 milhões de euros. Os custos públicos e privados cresceram de forma regular até ao ano de 2005, porém, a partir desse ano, o crescimento dos custos do SNS resumiu-se, sensivelmente, a 5%, ao invés do setor privado que manifestou um acréscimo de aproximadamente 15%. De salientar que os custos privados e públicos sofreram um aumento praticamente nulo no ano de 2006.

Gráfico 6 – Evolução dos custos públicos e privados na saúde entre 2001 e 2008 (Fonte: Construção própria com base em OECD Health Data, 2011).



O gráfico 7 apresenta os custos totais com a saúde em percentagem do PIB português, ao longo de oito anos. Constatase um incremento de 0,8 p.p., de 9,3% para 10,1%, que demonstra o aumento do peso dos custos de saúde no PIB entre os anos de 2001 e 2008. Nos anos de 2001 e 2002 os custos evoluíram ao mesmo ritmo que o PIB. A partir do ano de 2002 e até 2005 verificou-se um acréscimo de 1,1 p.p., sendo que, no ano seguinte, o valor corrigiu para valores idênticos aos de 2004 e manteve-se praticamente inalterado até ao último ano em análise.

Gráfico 7 – Custos totais em percentagem do PIB entre 2001 e 2008 (Fonte: Construção própria com base em OECD Health Data, 2011).

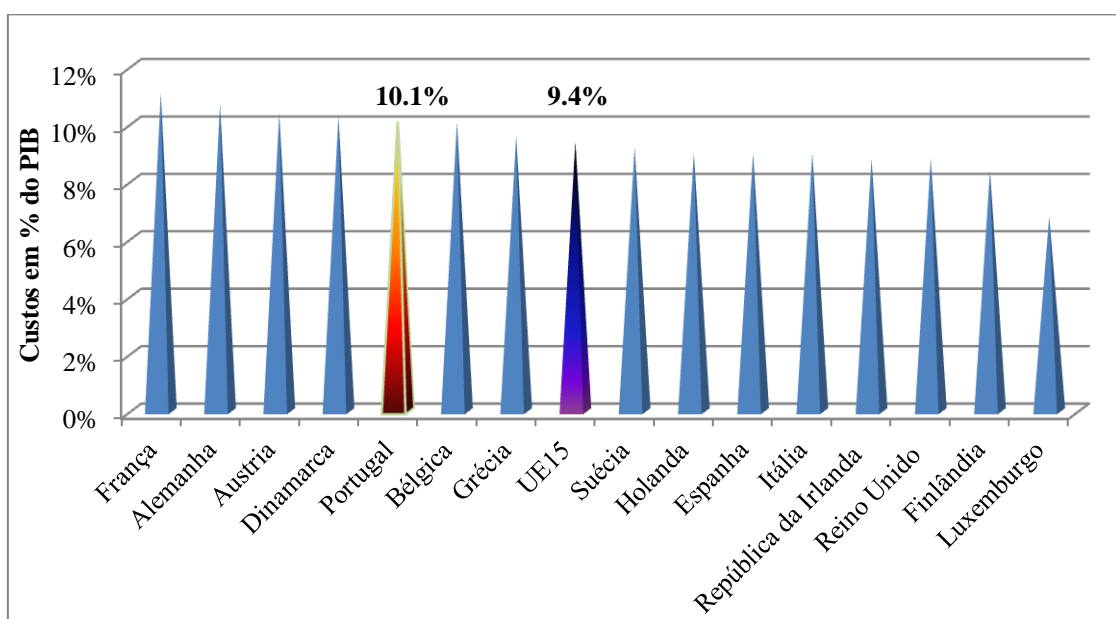


Mediante a comprovação da evolução dos custos totais com a saúde no PIB, e partindo do mesmo indicador, ir-se-á comparar a situação portuguesa com a dos restantes Estados membros da UE 15 no ano de 2008 (Gráfico 8). De referir que a fonte de dados recolhidos - OECD Health Data 2011 - não apresentava o valor grego referente ao ano de 2008, e como tal foi assumido o valor do ano anterior.

A média da UE 15 representa 9,4%, o que significa que em Portugal o peso dos custos totais no PIB constitui 0,7 p.p. superior à média da UE 15. Portugal, juntamente com a Bélgica, encontra-se em 5º lugar neste *ranking*. Em termos de curiosidade, os países, cujo financiamento do sistema de saúde se baseia no modelo de Bismarck, apresentam uma maior disparidade em relação aos valores apresentados na UE 15, uma vez que, por um lado, países como a França, Alemanha e a Áustria revelam custos mais elevados em percentagem do PIB e, por outro, o Luxemburgo apresenta o valor mais baixo.

Os países que adotaram o modelo de Beveridge ostentam uma média de 9,3%. Portugal e a Dinamarca lideram o grupo destes países. Contudo, ao incidir apenas nos países que efetuaram a transição mais recente para o modelo, em que o financiamento se baseia essencialmente em impostos, reconhece-se que Portugal corresponde ao país que apresenta o valor mais elevado.

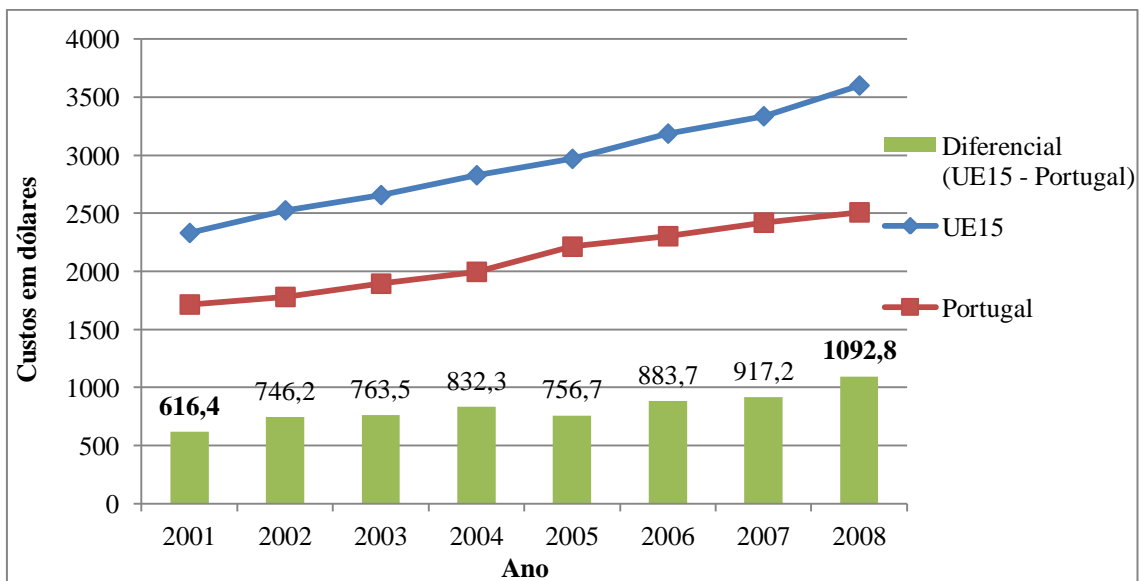
Gráfico 8 - Custos totais em percentagem do PIB dos Estados membros da UE 15 em 2008 (Fonte: Construção própria com base em OECD Health Data 2011).



Finalmente, ir-se-á proceder à análise da evolução dos custos totais na saúde em dólares com base em dois indicadores utilizados em simultâneo, *per capita* e paridade de poder de compra (PPC) (Gráfico 9). De referir que os custos *per capita*, em PPC, expressam os custos totais por habitante, eliminando a diferença de preços entre países.

Ao longo dos oito anos analisados, os custos *per capita* em PPC na UE 15 aumentaram de 2.330,8 dólares para 3.601 dólares, o que representa um acréscimo sensivelmente equivalente a 55%. Da comparação com dados referentes a Portugal, constata-se um desvio ou uma diferença de 616 dólares no ano de 2001, o que indica que neste ano, cada habitante da UE15 consumiu em média mais 616 dólares que um português, em saúde. No período em estudo, o diferencial existente entre a UE15 e Portugal foi progressivamente crescendo, salvo uma exceção ocorrida no ano de 2005.

Gráfico 9 - Custos totais na saúde, *per capita*, em paridade de poder de compra (Fonte: Construção própria com base em OECD Health Data 2011).



2. Causas do aumento dos custos

O aumento dos custos totais na saúde é transversal a todos os países que pretendam promover o bem-estar social, o aumento da esperança média de vida e da qualidade de vida.

As razões que justificam este aumento são variadas, podendo realçar-se as seguintes (Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde, 2007; Ribeiro, 2009):

- a) Reduzida eficiência do SNS;
- b) Consumo abusivo de cuidados de saúde;
- c) Envelhecimento da população;
- d) Aumento do número de doentes crónicos;
- e) Modernização tecnológica.

2.1. Reduzida eficiência do SNS

Em Portugal, sobretudo nos últimos anos, tem sido implementado um vasto conjunto de reformas que visam melhorar a eficiência e a qualidade do SNS. Entre as várias reformas, merecem destaque a criação dos ACS, que permitiu a reconfiguração dos centros de saúde em USF, atribuição de uma gestão empresarial das unidades de saúde, como consta da Base XXXVI da LBS, a expansão de uma rede de cuidados continuados e, por fim, a informatização das receitas médicas (Deloitte, 2011).

A ineficiência não se determina facilmente mediante a análise de dados estatísticos, porém, no ano de 2003, o Tribunal de Contas, em conjunto com o Ministério da Saúde, estimaram que entre 20% a 25% dos custos a nível hospitalar não eram bem aproveitados. Tendo por base que sensivelmente metade do OE referente à saúde se destina aos hospitais públicos, pode-se concluir que existe uma ineficiência correspondente a pelo menos 10% dos custos em saúde. Na determinação foram usados apenas indicadores de *benchmarking* dos hospitais, como tal, a ineficiência do SNS será certamente superior ao valor alcançado (Ribeiro, 2009).

A gestão dos custos na prestação de cuidados de saúde pode ser abordada tanto a nível macroeconómico como microeconómico. Inicialmente, os sistemas de saúde focaram-se na abordagem macro, que se caracteriza por atuações ao nível do sistema, ou seja, a partir de cortes ou partilha de custos das prestações de cuidados de saúde. Atualmente, a abordagem micro tem destacado maior interesse, dado que procura otimizar a partir de “medidas de gestão e racionalização” e, consequentemente, obter ganhos de eficiência (Ribeiro, 2009).

Segundo a Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde (2006), têm sido sugeridas, em Portugal, medidas que pretendem, mediante a abordagem micro, obter níveis de eficiência superiores na prestação de cuidados de saúde.

Na literatura são apontadas algumas medidas como forma de fomentar uma melhor gestão e eficiência do SNS, entre as quais:

- a) Reestruturar a oferta de cuidados de saúde, definindo prioridades, tendo como base as condições epidemiológicas do país (Deloitte, 2011; Conselho de Reflexão sobre a Saúde, 1998).
- b) Implementar indicadores de *benchmarking*, como os indicadores de processo, que medem o que é feito, e os indicadores de *outcome*, que medem os resultados, de modo a avaliar a eficiência e a qualidade do SNS (Giraldes, 2007).
- c) Criar medidas que permitam avaliar os profissionais de saúde, de modo que as progressões na carreira, e consequentemente, as melhorias dos seus vencimentos sejam mérito do seu trabalho e esforço (Deloitte, 2011).
- d) Introduzir regras na política de recursos humanos que permitam controlar a formação de profissionais de saúde, pelo excesso de oferta em determinadas regiões do litoral, em contraste com o interior do país, onde reside a escassez de técnicos (Deloitte, 2011; Conselho de Reflexão sobre a Saúde, 1998).
- e) Criar comissões que avaliem a qualidade e a necessidade de utilização de alta tecnologia, de forma que não seja utilizada desnecessariamente e incorretamente (Conselho de Reflexão sobre a Saúde, 1998).
- f) Implementar sistemas informáticos de gestão e de informação clínica a nível não só local mas também central, à semelhança do que sucede na cidade de Quebec, no Canadá. Deste modo, a criação de um *software* informático permitiria visualizar “o receituário médico, o uso de meios complementares de diagnóstico (MCD), as cartas médicas de encaminhamento para especialistas hospitalares ou para serviços de urgência” e ainda permitiria o acesso a *guidelines* que serviria de suporte nas decisões clínicas (Serrão, 2010; Deloitte, 2011).
- g) Expandir o programa das parcerias público-privadas, desde que se faça previamente uma avaliação financeira rigorosa. Com estas parcerias pretende-se obter ganhos ao nível da comodidade, da qualidade da prestação de cuidados de saúde e da modernização de unidades de saúde, fundamentalmente em hospitais,

ou seja, ambicionam “incorporar a eficiência do setor privado no setor público”. Adicionalmente, transfere o risco inerente à construção, à gestão e à exploração do ativo para uma entidade privada que ganhe o consórcio (Simões, 2004).

- h) Unificação da ADSE e dos restantes subsistemas públicos ao SNS, dado que a fragmentação existente nos moldes atuais gera uma profunda ineficiência. Com a atribuição de uma receita anual única ao Ministério da Saúde pela centralização dos subsistemas públicos seria possível gerar poupanças, fruto de uma maior eficiência (Ribeiro, 2009).

Eventuais ganhos no SNS, ao nível da eficiência, permitiriam, numa primeira instância, abrandar o ritmo de crescimento dos custos públicos na saúde, que se tem verificado nos últimos anos, e a médio e longo prazo reduzir o peso que os custos na saúde incrementam no OE (Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde, 2007).

2.2. Consumo abusivo de cuidados de saúde

Ao consumo desnecessário e abusivo de cuidados de saúde apelida-se, genericamente, de consumismo fútil e despesista (Conselho de Reflexão sobre a Saúde, 1998).

Para controlar e moderar o consumo foi introduzida uma modalidade de partilha de custos a partir de taxas moderadoras. No entanto, a introdução das taxas moderadoras não surtiu o efeito pretendido de racionalizar a procura, tendo-se verificado um crescente aumento desde a sua implementação (Conselho de Reflexão sobre a Saúde, 1998).

A evolução da exigência atual dos cidadãos permite especular acerca do aumento da procura de cuidados de saúde ao longo das últimas décadas. Como tal, coloca-se a questão *O volume da procura seria mais alto ou mais baixo sem a introdução das taxas moderadoras?*, à qual não temos resposta.

Tornar-se-ia interessante avaliar se as mais recentes pessoas isentas de pagar taxas moderadoras, irão procurar cuidados de saúde com mais frequência que outrora, quando pagariam uma importância simbólica.

Segundo o Conselho de Reflexão sobre a Saúde (1998), o pagamento das taxas moderadoras devia restringir-se a situações pontuais, como o serviço de urgências, “onde o número de situações inadequadas é de cerca de 80%”.

O modelo de financiamento prospetivo dos centros de saúde e hospitais públicos também promove o consumo desregrado de cuidados de saúde, uma vez que, quanto maior o número de prestações realizadas pelas entidades públicas, mais receitas receberão por parte do Estado (Barros e Gomes, 2002).

A introdução do custo total da prestação recebida em recibos nas redes públicas de cuidados de saúde poderia alertar os utentes para os verdadeiros custos da saúde e, consequentemente, para o desperdício da sua utilização desnecessária.

2.3. Envelhecimento da população

O aumento da esperança média de vida e da qualidade de vida resulta da associação de todas as inovações na área científica, traduzindo-se num crescente aumento de indivíduos seniores.

Segundo dados provisórios do sítio Pordata (2011), o índice de envelhecimento em Portugal, que corresponde ao rácio entre o número de seniores, ou seja, indivíduos com idade superior a 65 anos, e o número de crianças com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos, é de 128,6%, o que representa um aumento de 26,4 p.p. desde os censos do ano de 2001. Atualmente, e tendo por base os mesmos dados provisórios, 2. 022. 504 indivíduos têm uma idade superior a 65 anos.

Esta tendência crescente cria um novo paradigma demográfico que induzirá novos comportamentos nos mais diversos *stakeholders* do sistema de saúde, desde os profissionais de saúde aos meios de comunicação social, uma vez que o consumidor de “amanhã” não é o mesmo de “ontem” (Ribeiro, 2009).

Os custos com a prestação de cuidados de saúde visam proporcionar um aumento da esperança de vida e da qualidade de vida. Contudo, segundo Ribeiro (2009), estes objetivos criam um paradoxo, pois “o aumento da esperança de vida desperta novas

doenças”, como a diabetes, patologias oncológicas e doenças degenerativas, e consequentemente, novas necessidades.

A geriatria representa uma área em que os Estados deverão proceder a grandes investimentos, adaptando serviços com apoio domiciliário, não só para prestações de cuidados de saúde, mas também na ocupação dos mais idosos, estimulando-os de modo a evitar ou a atrasar situações de demência (Sakellarides *et al.*, 2005).

2.4. Aumento do número de doentes crónicos

O aumento da esperança média de vida, juntamente com alguns fatores de risco e comportamentos, tem proporcionado um aumento do número de doentes crónicos, para além da influente carga genética.

O despacho Conjunto nº 861/99 dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade determina doença crónica como “doença de longa duração, com aspetos multidimensionais, com evolução gradual dos sintomas e potencialmente incapacitante, que implica gravidade pelas limitações na possibilidade de tratamento médico e aceitação pelo doente cuja situação clínica tem de ser considerada no contexto da vida familiar, escolar e laboral, que manifeste particularmente afetado” (Diário da república-Série II, nº235, de 8 de outubro, 1999).

Como anteriormente referido, o financiamento dos centros de saúde e hospitais públicos é efetuado a partir de um modelo prospetivo que privilegia a quantidade em detrimento da qualidade. Contudo, a aplicação deste modelo na prestação de cuidados de saúde em doentes crónicos é completamente desajustada. Ao invés, deveria ser implementado um modelo de financiamento que atribuísse prioridade aos resultados de modo a aumentar a eficiência dos cuidados prestados e, assim, reduzir o número de prestações e custos associados (Deloitte, 2011).

Por forma a evitar futuros encargos mais dispendiosos, torna-se necessário implementar medidas que garantam um maior e melhor acompanhamento dos doentes crónicos, à semelhança das recomendações para os seniores. De salientar a importância de que o

investimento deveria ser direcionado para a rede de cuidados de saúde primários, assegurando a gestão e o acompanhamento destes doentes (Deloitte, 2011).

2.5. Modernização tecnológica

Por forma a satisfazer as necessidades em cuidados de saúde e para garantir uma maior qualidade dos serviços prestados, o Estado tem investido bastante na alta tecnologia, o que traduz, naturalmente, um aumento dos custos públicos na área de saúde.

Numa altura de recessão económica, é fundamental otimizar, ou seja, garantir a maior eficiência possível das tecnologias de saúde adquiridas, pois só assim se garante um retorno a médio/longo prazo do investimento efetuado (Portela, 2009).

Para Lima (2006), o investimento em alta tecnologia em determinadas situações é desajustado, tendo mencionado o exemplo de que os centros de transplantação cardíaca, pulmonar e hepático existem em número excessivo tendo em conta o número de transplantes cardíacos, pulmonares e hepáticos efetuados no ano de 2003 e a pequena dimensão de Portugal.

Deste modo, torna-se fundamental a definição de locais estratégicos, de acordo com as densidades populacionais, para a instalação de equipamentos de alta tecnologia, o que permitirá uma otimização deste tipo de recursos. Adicionalmente, devem ser criadas comissões de avaliação da adequação da utilização e da qualidade, como já referido (Conselho de Reflexão sobre a Saúde, 1998).

Em suma, o que se pretende recai sobre a definição de prioridades, de modo a racionalizar a utilização de alta tecnologia. Todavia, torna-se extremamente delicado gerir esta racionalização em áreas críticas, como a pediatria.

Capítulo IV – Política do Medicamento

1. Programa do XIX Governo Constitucional

A Política do medicamento tem sido sujeita a grandes evoluções nos últimos anos em Portugal, conforme as ideologias políticas dos Governos em funções e a situação económica que Portugal atravessa. Apesar das divergências que possam existir entre partidos políticos, a finalidade converge no sentido de proporcionar aos cidadãos mais saúde, e consequentemente, uma melhor qualidade de vida.

As medidas em que a atual Política do Medicamento se consubstancia estão delineadas no Programa do XIX Governo Constitucional (Presidência do Conselho de Ministros, 2011):

- 1- “Controlar a utilização dos medicamentos agindo sobre a prescrição, dando prioridade ao desenvolvimento de orientações terapêuticas para os serviços hospitalares e de ambulatório apoiadas em bases sólidas de farmacologia clínica e evidência da economia da saúde sobre custo-efetividade;
- 2- Garantir o acesso e a equidade aos cidadãos através do aperfeiçoamento do sistema de preços e da revisão do sistema de comparticipação de medicamentos, garantindo uma gestão eficiente e dinâmica dos recursos, redefinindo o modelo de avaliação dos medicamentos para efeitos da sua comparticipação pelo Estado sem descurar os cidadãos mais desprotegidos;
- 3- Rever a legislação no sentido de consagrar como regra a prescrição por Denominação Comum Internacional (DCI), conforme estipulado no Memorando de Entendimento;
- 4- Aumentar as quotas de mercado de medicamentos genéricos pela normalização jurídica das patentes através da alteração do sistema de preços de referência, a fim de criar condições para a duplicação do mercado de genéricos e esforço da qualidade da informação dos dados de bio-equivalência dos medicamentos genéricos relativamente aos de referência, aumentando a segurança dos prescritores e dos utilizadores face a este grupo de medicamentos;

- 5- Implementação de um sistema que vise a gestão comum de medicamentos no SNS – negociação, aquisição e distribuição – tão centralizada quanto possível de medicamentos e dispositivos médicos;
- 6- Criar as condições legislativas e técnicas para o avanço da dispensa de medicamentos em dose individual;
- 7- Criar condições para a desmaterialização da receita médica em todo o tipo de receituário com comparticipação pública, implementando um sistema ágil de monitorização do consumo de medicamentos que promova a clareza na contabilização dos encargos do Estado e do cidadão com os medicamentos.”

2. Comparticipação dos medicamentos

A comparticipação do Estado no custo dos medicamentos começou por se restringir às prescrições efetuadas em redes de saúde públicas, ou seja, nos centros de saúde e nos hospitais públicos, à semelhança do que ainda acontece com os MCD. Esta limitação traduzia-se num elevado número de consultas, com o único intuito de transcrever o receituário médico indicado nas consultas privadas (Ribeiro, 2009).

Posteriormente universalizou-se o direito à prescrição, uma vez que a comparticipação era “dirigida ao utente e não ao prescritor”, e assim cerraram o desperdício de despesas resultantes destas consultas desnecessárias (Ribeiro, 2009).

Segundo Portela (2009), a comparticipação pode ser dividida em duas vertentes, uma quantitativa e outra qualitativa. A primeira refere-se a uma partilha do custo, em que o Estado participa no tratamento farmacológico com um determinado montante, ou seja, com uma percentagem do preço de venda ao público (PVP). No que concerne à vertente qualitativa, esta coaduna-se com o montante comparticipado em função das classes terapêuticas, das patologias ou dos grupos populacionais.

Em Portugal, a comparticipação dos medicamentos é feita de acordo com as classes terapêuticas. Porém, Ribeiro (2009) acredita que os moldes em que a comparticipação é realizada deviam ser revistos, de modo a comparticipar o doente e não a doença. Assim,

a comparticipação não devia ser baseada numa percentagem atribuída em função das classes terapêuticas, mas sim de acordo com os rendimentos de cada agregado familiar.

Os sistemas de comparticipação dos medicamentos estão associados aos modelos de financiamento do sistema de saúde de cada país. No modelo de Bismarck, os doentes pagam integralmente os custos dos medicamentos na aquisição dos mesmos, sendo mais tarde reembolsados num montante referente à comparticipação do Estado. No modelo de Beveridge, no qual Portugal se insere, o doente, aquando da aquisição dos medicamentos, paga o montante respeitante ao diferencial entre o PVP e a comparticipação do Estado (Portela, 2009).

Nos Estados Membros da UE, o PVP pode estar articulado num regime de regulamentação ou de liberalização. Os países mediterrânicos, como Portugal, Espanha, Itália e Grécia, desenvolveram políticas dirigidas, essencialmente, para o lado da oferta, como por exemplo na regulamentação dos preços. No entanto, “estes países maioritariamente importadores de medicamentos” não conseguiram controlar o aumento dos custos com medicamentos, pois está também condicionado pela procura. Por outro lado, países como o Reino Unido, a Dinamarca e a Alemanha, preferiram atuar no lado da procura de modo a racionalizar o consumo, liberalizando o preço. Em ambas as situações verificou-se um aumento progressivo dos custos totais em medicamentos (Portela, 2009).

A comparticipação do Estado português no preço dos medicamentos varia consoante o escalão dos medicamentos que se encontram reagrupados de acordo com “as indicações terapêuticas do medicamento, a sua utilização, as entidades que o prescrevem e ainda o consumo acrescido para doentes que sofram de determinadas patologias”. Assim, o Estado comparticipa em 90% o preço dos medicamentos do escalão A, em 69% do escalão B, em 37% do escalão C e em 15% do escalão D (Ministério da Saúde, 2011).

Pelo artigo 19º do Decreto-lei nº106-A/2010, de 1 de outubro, o Estado cessa a comparticipação em 100% de todos os medicamentos para os pensionistas cujo “rendimento total anual não exceda catorze vezes a retribuição mínima mensal garantida em vigor no ano civil transato ou catorze vezes o valor do IAS em vigor”, passando a

comparticipar em 95% os medicamentos com PVP igual ou inferior ao quinto preço mais baixo do grupo homogéneo em que se inserem (Ministério da Saúde, 2011).

Para os restantes medicamentos dispensados aos pensionistas mencionados, ou seja, que não se encontrem entre os cinco mais baratos dentro do mesmo grupo homogéneo, o Estado comparticipa em mais 5% o escalão A, e em mais 15% os escalões B, C e D (Ministério da Saúde, 2011).

3. Racionalização no consumo

As medidas que visam introduzir uma maior racionalidade podem ser dirigidas ao lado da oferta, visando prescritores, indústria farmacêutica, grossistas e farmácias, e da procura, que se restringe aos doentes (Portela, 2009; Conselho de Reflexão sobre a Saúde, 1998).

3.1. Prescritores

O consumo de medicamentos é sobretudo incitado pelos prescritores. Deste modo, ao longo dos últimos anos, as prescrições foram objeto de inúmeras alterações de maneira a controlar os custos com medicamentos (Conselho de Reflexão sobre a Saúde, 1998).

Entre as várias estratégias, são de salientar as seguintes (Conselho de Reflexão sobre a Saúde, 1998; Portela, 2009; Ribeiro, 2009; Diário da República, 1ª série- Nº49-8 de março, 2012):

- a) Implementação de um orçamento indicativo para cada prescriptor de acordo com o tipo e o número de doentes.
- b) Limitar a prescrição de medicamentos por doente e por receita médica.
- c) Possibilidade do médico assinalar devidamente que o medicamento prescrito pode ser substituído, pelo farmacêutico, por um medicamento genérico mais barato.
- d) Obrigatoriedade, de acordo com a Lei nº 11/2012, de 8 março, de prescrever por Denominação Comum Internacional (DCI), a substância ativa, a forma

farmacêutica, a dosagem, a apresentação e a posologia, promovendo a dispensa de medicamentos genéricos nas farmácias.

- e) A prescrição por unidose é outra medida que tem sido anunciada nos últimos tempos, como forma de reduzir os custos em medicamentos, ao ajustar as unidades de um determinado fármaco à necessidade do doente. Porém, esta estratégia de racionalizar os custos carece de fundamento e encontra-se completamente desajustada, na medida em que a aquisição de meios, para a dispensa em unidose, representaria um investimento avultado para as farmácias, o que se traduzia numa subida do preço dos medicamentos.
- f) A prescrição informatizada de medicamentos representou o primeiro passo para a desmaterialização da receita médica, com o intuito de automatizar este processo. A implementação deste novo formato, isto é, da prescrição eletrónica, promoveria ganhos ao nível da eficiência da prescrição de medicamentos e de MCD, minimizava o risco de erros e fraudes e, conseqüentemente, possibilitava a abolição do atual centro de conferência de correção de receituário médico, podendo ainda reduzir os custos administrativos e os custos com a repetição de exames desnecessários, indisponíveis aos médicos durante as consultas

Os médicos são alvo de um agressivo *marketing* de novos fármacos, que os condiciona na prescrição de medicamentos e, como consequência, os incitam a prescrever medicamentos que, em termos de custo-efetividade, não apresentam vantagens relativamente aos existentes no mercado ao longo de vários anos, e que foram alvo da realização de inúmeros estudos (Conselho de Reflexão sobre a Saúde, 1998).

3.2. Indústria Farmacêutica

As intervenções dirigidas à indústria farmacêutica são aplicadas fundamentalmente ao nível do preço, em que as reduções podem ser efetuadas de forma obrigatória, isto é, administrativa, ou voluntária (Portela, 2009).

A introdução de um preço de referência por substância ativa representa uma forma voluntária que “obriga” a um abaixamento do preço dos medicamentos, de modo a não perderem quota de mercado. Este sistema de preço referência (SPR) foi implementado em Portugal pelo Decreto-Lei nº 270/2002, de 2 de dezembro, e correspondia “ao PVP

do medicamento genérico existente no mercado que integre aquele grupo homogéneo e que tenha o PVP mais elevado”. Atualmente, segundo o despacho nº 13015/2011, “o preço de referência para cada grupo homogéneo corresponde à média dos cinco PVP mais baixos praticados no mercado, tendo em consideração os medicamentos que integrem aquele grupo”. Deste modo, pretende instituir um valor máximo a ser compartilhado correspondente ao preço médio dos cinco medicamentos genéricos mais baratos. (Diário da República- I Série-A - Nº 278 – 2 de dezembro, 2002; Ribeiro, 2009; Portela, 2009; Diário da República – 2ª Série – Nº 188 – 29 de Setembro, 2011).

Em fevereiro de 2006, foi firmado um acordo entre a Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica (APIFARMA) e o Ministério da Saúde, acordo que define tetos ao crescimento dos custos em medicamentos, como forma de controlar os custos públicos nos mesmos (Barros e Nunes, 2011).

No ano seguinte foram estabelecidas descidas administrativas dos preços praticados pela fixação de preços de medicamentos por referenciação internacional, como consta do Decreto-Lei nº 65/2007 de 14 de março. O artigo 6º refere que “o preço de venda ao armazenista (PVA) não pode exceder a média dos PVA em vigor em todos os países de referência para o mesmo medicamento ou, caso este não exista em todos eles, a média do PVA em vigor em pelo menos dois desses países”. Espanha, França, Itália e Grécia constituíam os países de referência (Diário da República- 1º Série - Nº 52 – 14 de março, 2007; Barros e Nunes, 2011).

Recentemente, o Decreto-Lei nº 112/2011, de 29 de novembro, veio proceder a alterações do Decreto-Lei nº65/2007, nomeadamente ao nível dos países de referência mencionados anteriormente, passando a constar a Espanha, a Itália e a Eslovénia (Diário da República- 1º Série - Nº 229 – 29 de novembro, 2011).

No artigo 26º do Decreto-Lei nº48-A/2010, de 13 de maio, é definido o PVP dos novos medicamentos genéricos, que deve ser inferior em 5% relativamente ao PVP do último medicamento genérico aprovado, caso existam cinco ou mais medicamentos genéricos no grupo homogéneo (Deloitte, 2011; Diário da República - 1º Série – Nº93 -13 de maio, 2010).

No início do ano de 2011, a APIFARMA e o Ministério da Saúde assinaram um novo protocolo que foi apelidado de Protocolo- Travão, que tinha como finalidade controlar os custos do SNS em medicamentos. Segundo dados do sítio APIFARMA (2011), os custos do SNS em ambulatório desceram 191 milhões de euros até julho do referente ano (Barros e Nunes, 2011).

Estas sucessivas revisões tinham como objeto incentivar a aquisição dos medicamentos de mais baixo custo dentro da mesma classe terapêutica, e consequentemente, reduzir os custos públicos em medicamentos. Com o compromisso assumido no Memorando de Entendimento com a *Troika* de “reduzir os custos públicos com medicamentos para 1,25% do PIB no final de 2012 e para cerca de 1% do PIB em 2013”, torna-se urgente implementar medidas que visem cumprir com o estabelecido, embora permaneça a questão *A que custo?* (ERS, 2011).

Para se readaptar a estas medidas de controlo de custos, a indústria farmacêutica tem que elaborar estratégias que permitam controlar as suas despesas ao nível do *marketing*, sobretudo no que se refere aos genéricos, na medida em que pouco mais restará a fazer que dar a conhecer o novo genérico, uma vez que a molécula já é conhecida, e ao nível do tamanho das embalagens, na medida em que são a fonte de maiores gastos na produção (Conselho de Reflexão sobre a Saúde, 1998).

3.3. Farmácias e grossistas

Algumas das medidas anteriormente referidas atuaram de forma ampla sobre todos os agentes do mercado farmacêutico, e como tal, os grossistas e as farmácias não foram exceção. Não obstante, também se verificaram intervenções, exclusivamente sobre grossistas e farmácias, embora não se tenha verificado o resultado pretendido de racionalizar o consumo.

A possibilidade de substituição do medicamento prescrito por um genérico, quando devidamente assinalado pelo médico ou por omissão, representou uma das grandes medidas e com maior impacto ao nível das farmácias (Portela, 2009).

Em 2007, pelo Decreto-lei nº 307/2007, de 31 de agosto, o regime jurídico referente à propriedade das farmácias de oficina foi revisto. Até à data alusiva, a propriedade das farmácias estava exclusivamente restrita a farmacêuticos. Com a entrada em vigor do novo regime jurídico liberalizou-se o acesso à propriedade das farmácias, tendo permitido que pessoas singulares ou sociedades comerciais sejam proprietárias até um máximo de quatro farmácias. O artigo 16º do mesmo Decreto-lei contempla algumas exceções que constam no anexo 5 (Marques, 2011; Diário da República – 1º Série – Nº 168 – 31 de agosto, 2007).

O anterior Ministro da Saúde, Correia de Campos, iniciou a liberalização dos locais de venda dos medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM), pelo Decreto-lei nº 131/2005, o que permitiu a criação de parafarmácias. A finalidade desta estratégia baseava-se no fundamento de que os preços dos medicamentos desceriam com uma maior concorrência (Ribeiro, 2009; Barros e Nunes, 2011).

Na mesma linha, e segundo Ribeiro (2009), a construção de farmácias privadas de venda ao público nos hospitais do SNS “choca com o princípio da sã concorrência”, dado que as farmácias existentes nas imediações dos hospitais sofrem quebras significativas na faturação.

Sendo os cuidados primários uma prioridade política para os sucessivos governos em funções, a verdade é que a construção de parafarmácias e de farmácias privadas em hospitais públicos provoca uma rutura no maior alicerce dos centros de saúde (Branco e Ramos, 2002; Ribeiro, 2009).

Para Marques (2011), as intervenções governativas de gerar uma maior concorrência não resultaram numa descida dos preços, tendo, pelo contrário, aumentado. Além disso, verificou-se uma “diminuição da qualidade e degradação dos indicadores de saúde”.

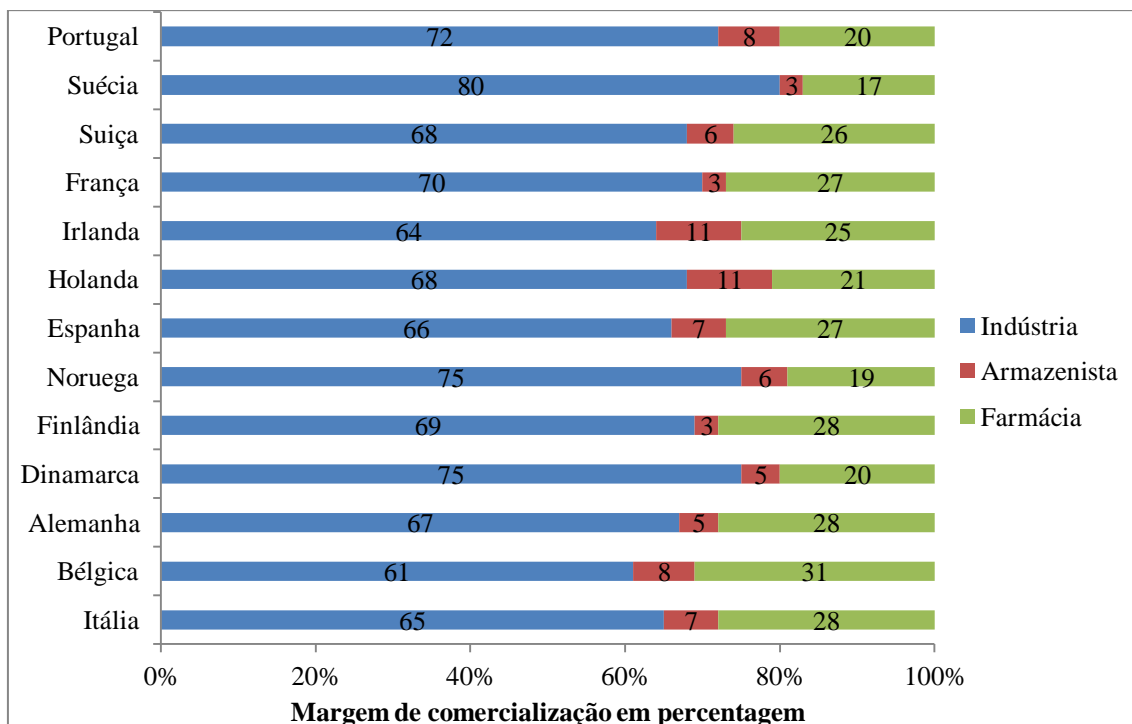
Mais recentemente, pelo decreto-lei nº 112/2011, procedeu-se à alteração da margem de lucro dos grossistas e das farmácias por escalões de preço e de forma regressiva, que se encontra no anexo 6 (Diário da República – 1º Série – Nº229 – 29 de novembro, 2011).

Em 1993, a criação da Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P. (INFARMED) veio dar um grande “passo” na reformulação da política da saúde em Portugal. No entanto, Marques (2011) considera que “Portugal nunca refletiu sobre um plano nacional para uma política da farmácia e do medicamento”, e demonstra-se bastante crítico em relação a algumas medidas adotadas nos últimos anos, afirmando que ocorreu uma regressão na política do medicamento entre 2005 e 2009 devido à “ignorância que os responsáveis políticos em saúde demonstraram sobre medicamentos, regulamentação farmacêutica e processo farmacoterapêutico”.

Com a alteração da margem de comercialização das farmácias em Portugal de forma regressiva, imperam questões como *Será sensato implementar um modelo de remuneração dos grossistas e das farmácias que não seja o mesmo usado nos países de referência adotados no sistema de formação de preços?* e *Que impacto a nível económico terá no maior aliado dos centros de saúde?*

O gráfico seguinte demonstra que, no ano de 2008, a margem de lucro das farmácias portuguesas é das mais baixas a nível europeu, em detrimento da indústria farmacêutica que se encontra ligeiramente acima da média europeia.

Gráfico 10- Margem de comercialização da indústria farmacêutica, dos armazenistas e das farmácias na Europa em 2008 (Fonte: anf, 2011).



3.4. Doentes

O mercado existente em torno da saúde apresenta diferenças relativamente a outros setores, uma vez que o prestador de cuidados de saúde detém o maior poder de decisão em detrimento do consumidor. Com base neste mercado imperfeito, muitas intervenções foram feitas sobre o lado da oferta, negligenciando a importância do papel do consumidor ao longo dos últimos anos (Ribeiro, 2009).

As principais fontes de desperdício de custos na saúde devem-se ao abandono da terapêutica prescrita e a um incorreto consumo dos medicamentos. Esta displicência por parte dos doentes pode traduzir-se no agravamento do seu estado clínico, e consequentemente, o seu tratamento torna-se mais dispendioso com a utilização de novos medicamentos, mais MCD, mais consultas e, em casos mais graves, com mais hospitalizações (Cabral e Silva, 2010).

Desta forma, torna-se fundamental incutir aos doentes uma responsabilidade social, frequentemente desprezada pelos mesmos, ao considerarem a sua saúde como assunto que somente lhes diz respeito. Portugal, beneficiando de um canal de televisão público, deveria explorar a oportunidade de criar programas de saúde pública em horário nobre, de modo a informar os seus cidadãos acerca desta temática, tornando-os sujeitos ativos na abordagem terapêutica.

Para além das repercussões a nível económico, tanto o abandono da terapêutica, como o incorreto consumo de medicamentos podem também provocar problemas de saúde pública, por exemplo quando a terapêutica implica o uso de antibióticos (Cabral e Silva, 2010).

Deste modo, um investimento em programas que informem os cidadãos permitiria, a longo prazo, desacelerar o crescimento dos custos em saúde e melhorar os seus indicadores.

4. Evolução do mercado de medicamentos genéricos

A introdução de medicamentos genéricos no mercado farmacêutico é considerada uma das melhores medidas adotadas como forma de controlar o crescimento dos custos com medicamentos, facilitando o acesso por parte dos doentes aos medicamentos, sem que haja uma perda ao nível da segurança, da qualidade e da eficácia relativamente aos medicamentos de marca (Maria, 2007; Sheppard, 2010).

Toda a poupança dos Estados que resulte da utilização de medicamentos genéricos pode ser canalizada para cobrir custos com terapêuticas mais recentes, ou seja, com terapêuticas inovadoras e, como tal, mais dispendiosas (Sheppard, 2010).

Deste modo, torna-se perceptível que medidas que reprimam a comercialização de medicamentos genéricos teriam repercussões desastrosas para os mais diversos *stakeholders*.

É comum atribuir a responsabilidade de investigação, e consequentemente, da inovação à indústria responsável pelo desenvolvimento de medicamentos de marca. Porém, Sheppard (2010) considera que esta premissa é completamente errónea, uma vez que em 2007, algumas empresas de medicamentos genéricos investiram 7% das suas receitas no aperfeiçoamento de formulações e sistemas de libertação de fármacos.

Em 1990, foi aprovado em Portugal um diploma que permite regular a produção, a autorização de introdução no mercado (AIM), o preço, a comparticipação e a distribuição de medicamentos genéricos. Porém, no ano de 2000, a quota de mercado dos medicamentos genéricos era ligeiramente inferior a 0,5%, ou seja, praticamente insignificante (Maria, 2007).

No ano de 2000 foram definidas medidas de promoção dos medicamentos genéricos dirigidas ao público em geral, aos profissionais de saúde e à indústria farmacêutica. De forma adicional, e ainda no mesmo ano, foi aprovado em Assembleia da República um acréscimo de 10% na comparticipação do preço destes medicamentos. O sucedido funcionou como ponto de partida para um crescimento da quota de mercado dos medicamentos genéricos quer em valor, quer em volume, até ao presente (Maria, 2007).

Gráfico 11- Evolução da quota de mercado dos medicamentos genéricos em valor e em volume (Fonte: Construção própria com base em INFARMED, 2012; INFARMED, 2004).

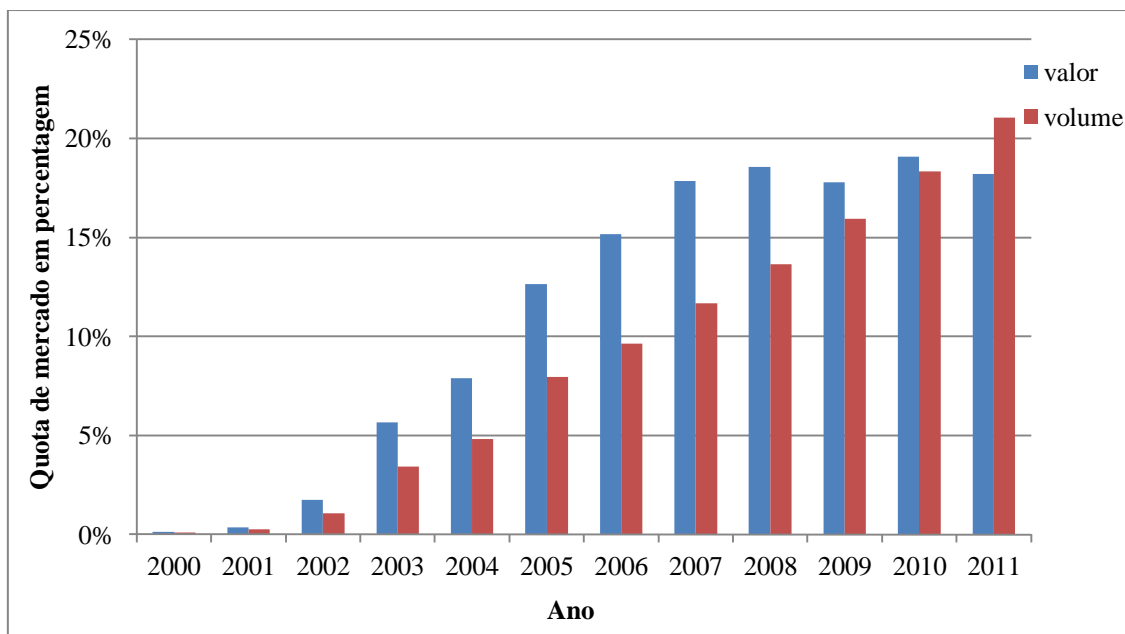
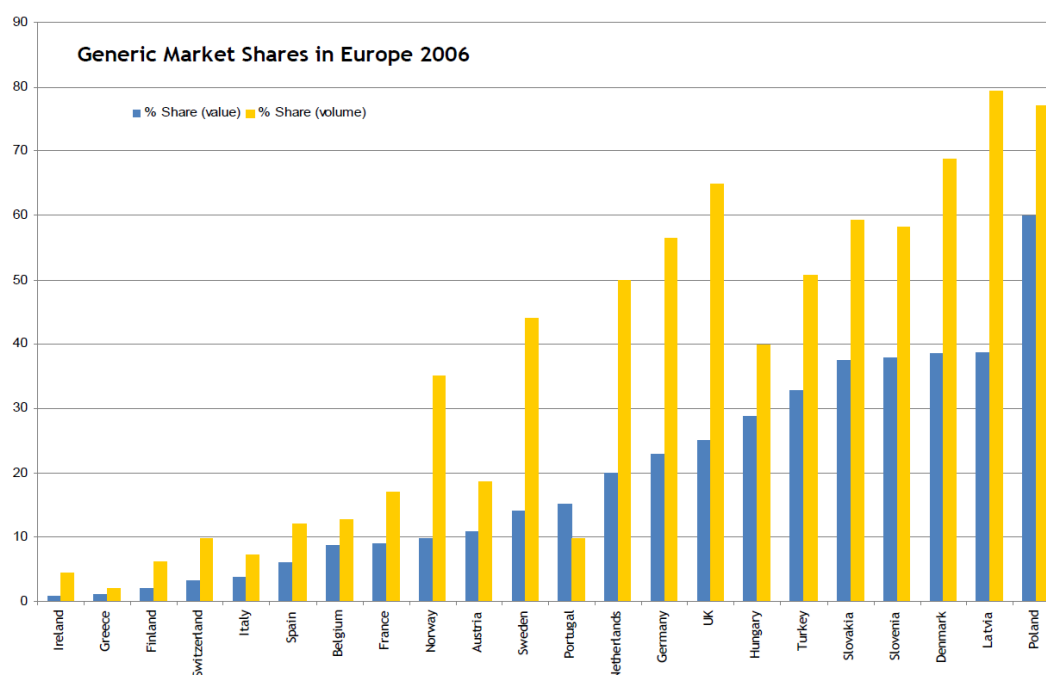


Gráfico 12- Quota de mercado dos medicamentos genéricos em valor e em volume na Europa em 2006 (Fonte: EGA, 2006).



Pela análise do gráfico 11, ao longo de onze anos, a quota de mercado de medicamentos genéricos cresceu cerca de 14.000% em valor e aproximadamente 21.000% em volume. Este aumento honroso permitiu que, no ano de 2006, Portugal se posicionasse em 11º lugar entre vinte e dois países europeus, segundo dados da European Generic Medicines

Association (EGA) (2006), em termos de quota de valor. No entanto, e se apenas for tida em linha de conta a quota de mercado em volume, verifica-se que Portugal se encontra na 17^o posição entre os países analisados.

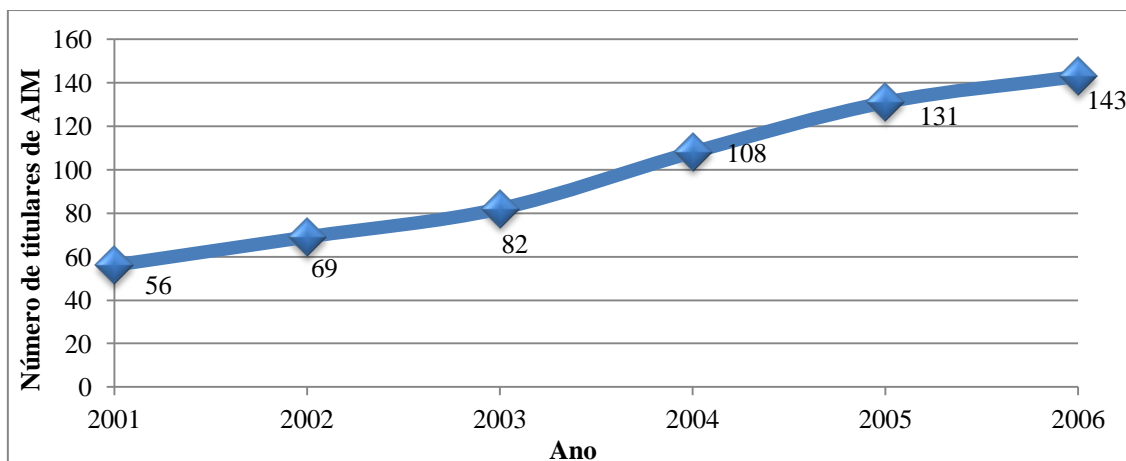
Uma situação curiosa que se pode observar mediante a análise do gráfico 12 é que, no ano referido, todos os países analisados apresentam uma quota de mercado em volume superior à registada em valor, exceto Portugal. Para Ribeiro (2009), tal se deve ao facto do preço dos medicamentos genéricos em Portugal ser superior aos dos restantes países no referido ano.

Na primeira metade da década assistiu-se a um forte crescimento do mercado de medicamentos genéricos. A introdução de algumas medidas, como a majoração de 10% na comparticipação do Estado em medicamentos genéricos em 2002, a promoção dirigida aos profissionais de saúde e à população em geral entre 2001 e 2002 e a introdução do SPR em 2002, contribuíram de forma categórica para este sucesso (Alves e Ramos, 2011).

Por sua vez, na segunda metade da década, assiste-se a uma desaceleração do crescimento do mercado de medicamentos genéricos, sobretudo, como consequência da suspensão da majoração de 10% na comparticipação. Entre 2008 e 2010, verifica-se um crescimento nulo da quota de mercado em valor, e uma ligeira subida em número de embalagens vendidas, refletindo as sucessivas descidas administrativas do preço dos medicamentos genéricos nesses anos. O abrandamento que se verificou no final da década permitiu que, no ano de 2011, a quota de mercado dos medicamentos genéricos em volume superasse, pela primeira vez, a registada em valor (Alves e Ramos, 2011).

De modo similar ao crescimento da quota de mercado de medicamentos genéricos em Portugal, o número de empresas com interesse na comercialização de medicamentos genéricos aumentou exponencialmente, o que levou a que o número de titulares de AIM mais que duplicasse em apenas seis anos, como se constata pelo gráfico 13.

Gráfico 13- Evolução do número de titulares de autorização de introdução de medicamentos genéricos no mercado entre 2001 e 2006 (Fonte: INFARMED, 2007).



Perante a iminente expiração da patente de uma molécula, surgem potenciais interessados na comercialização de medicamentos genéricos. Contudo, as empresas interessadas em comercializar medicamentos genéricos rapidamente se vêm confrontadas com vários obstáculos, desde logo com problemas burocráticos, uma vez que a AIM não decorre em simultâneo com a aprovação dos preços e das comparticipações, constatando-se um atraso considerável na aprovação destes dois últimos após obtenção da AIM. Segundo Alves e Ramos (2011), em Portugal são necessários 111 dias, em média, para que ocorra a aprovação do preço e respetiva comparticipação de um medicamento genérico.

Tendo em conta as poupanças que os medicamentos genéricos geram tanto para o SNS, como para os doentes, *será aceitável este atraso interminável na colocação dos medicamentos genéricos no mercado?*

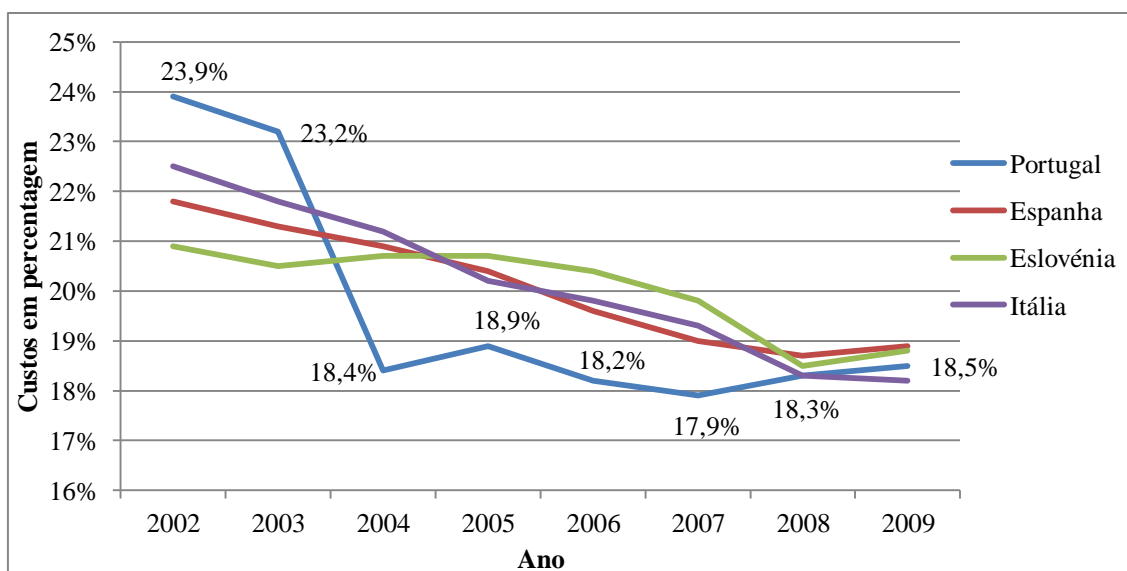
Outro grande obstáculo deve-se à possibilidade das empresas que comercializam o medicamento de marca reduzirem drasticamente o seu preço, e consequentemente, “obrigarem” a baixar o preço dos medicamentos genéricos para valores insustentáveis e, deste modo, podem ser forçados a abandonar o mercado por inviabilidade financeira (Alves e Ramos, 2011).

5. Custos com medicamentos em Portugal

À semelhança do que sucede em países ditos desenvolvidos, o custo com medicamentos em Portugal reflete um valor percentual considerável nos custos em saúde.

O gráfico 14 apresenta, entre 2001 e 2008, o peso dos custos com medicamentos nos custos da saúde em Portugal e nos três países de referência, usados no sistema de fixação de preços por referência internacional.

Gráfico 14 - Custo com medicamentos em percentagem dos custos em saúde entre 2002 e 2009 (Fonte: Construção própria com base em OECD Health Data, 2011).



Como se pode verificar, todos os países adotaram medidas que possibilitassem a perda de peso por parte dos custos com medicamentos nos custos da saúde. Entre 2002 e 2009, Portugal foi o que se notabilizou mais, reduzindo em 5,4 p.p..

A tabela seguinte apresenta a evolução do mercado de medicamentos em ambulatório, não incluindo MNSRM comercializados fora das farmácias, registada em Portugal Continental.

Tabela 2- Evolução do mercado ambulatorio em milhões de euros e da inflação entre 2001 e 2011 (Fonte: Construção própria com base em INFARMED, 2011; INFARMED, 2004; Worldwide Inflation Data, 2012).

Ano	Mercado ambulatorio (valor)	Taxa de crescimento	Mercado ambulatorio (volume)	Taxa de crescimento	Inflação
2001	2.552		2.271		
2002	2.735	7,2%	2.339	3,0%	3,56%
2003	2.876	5,2%	2.411	3,1%	3,27%
2004	3.141	9,2%	2.426	0,7%	2,36%
2005	3.105	-1,4%	2.423	-0,1%	2,29%
2006	3.162	1,8%	2.416	-0,3%	3,10%
2007	3.288	4,0%	2.527	4,6%	2,45%
2008	3.353	2,0%	2.511	-0,6%	2,57%
2009	3.321	-0,9%	2.545	1,4%	-0,82%
2010	3.238	-2,5%	2.454	-3,6%	1,39%
2011	2.943	-9,1%	2.370	-3,4%	3,66%
Crescimento anual		1,6%		0,5%	2,38%

Entre 2001 e 2011, verificou-se um crescimento médio anual do mercado ambulatorio na ordem dos 1,6%, em valor, e dos 0,5% em número de embalagens.

Tendo em conta que a inflação em Portugal foi de 2,38% ao ano, segundo dados da Worldwide Inflation Data (2012) pode concluir-se que o crescimento dos custos em ambulatorio foi inferior em 0,78 p.p. à inflação.

De salientar que a primeira contração em valor do mercado ambulatorio regista-se em 2005, em grande parte devido à descida em 6% do PVP de todos os medicamentos. O presente ano coincidiu, de igual forma, com a liberalização da venda dos MNSRM não comparticipados e com um forte crescimento da quota de medicamentos genéricos em volume (Barros e Nunes, 2011).

O OE para 2007 contemplou uma nova descida de 6% do PVP dos medicamentos, abrangendo desta vez apenas os comparticipados. No mesmo ano foi promulgada uma nova metodologia de formação de preços por referenciação internacional, e ainda a liberalização da venda dos MNSRM comparticipados, sendo que apenas nas farmácias se procederá à mesma comparticipação. Estas medidas contribuíram para que no ano de

2007, o mercado ambulatorio em volume fosse superior ao registado em valor (Barros e Nunes, 2011).

Desde o ano de 2007 se tem registado um decréscimo gradual do mercado ambulatorio em valor, culminando com uma derrapagem de -9,1% no ano de 2011. O clima recessivo, a que se assiste em Portugal, não é o único responsável por estes valores, uma vez que existe um diferencial de 5,4 p.p. entre o decréscimo registado em valor e o registado em volume. As sucessivas descidas administrativas do preço dos medicamentos, as descidas voluntárias por parte da indústria de modo a que os seus medicamentos se encontrassem entre os cinco mais baratos do grupo homogéneo, a liberalização da venda dos MNSRM e a implementação da fixação de preços por referenciação internacional foram as principais medidas que contribuíram para que, entre 2005 e 2011, o mercado ambulatorio em valor tivesse um crescimento anual de -0,9%, muito inferior aos 2,1% registados na inflação.

Na tabela seguinte pode-se ver a evolução dos custos públicos com medicamentos em ambulatorio e a nível hospitalar entre 2005 e 2011.

Tabela 3 - Evolução dos custos públicos no mercado ambulatorio e hospitalar e do PIB nacional em milhões de euros entre 2005 e 2011 (Fonte: Construção própria com base em INFARMED, 2011; Ministério da Saúde*, 2007; INFARMED, 2012; anf, 2011)

Ano	Encargos públicos ambulatorio (Infarmed)	Variação	Encargos públicos Hospitalar (Infarmed)	Encargos públicos Hospitalar (MS*)	Variação	PIB	Variação
2005	1.446			829		153.728	
2006	1.422	-1,7%		859	3,6%	160.274	4,3%
2007	1.398	-1,7%	839		-2,3%	169.319	5,6%
2008	1.467	4,9%	892		6,3%	171.983	1,6%
2009	1.558	6,2%	971		8,9%	168.587	-2,0%
2010	1.640	5,3%	999		2,9%	172.699	2,4%
2011	1.328	-19,0%	1.013		1,4%	169.936	-1,60%
Crescimento anual		- 1,0%			3,5%		1,7%

Os custos públicos em ambulatório tiveram um crescimento anual de -1,0%, em contraste com os 3,5% verificados em regime hospitalar.

A contração dos custos públicos em ambulatório nos anos de 2006 e 2007 deve-se à adoção de inúmeras medidas. De destacar a redução da comparticipação do Estado do PVP dos medicamentos do escalão A de 100% para 95%, e a eliminação da majoração em 10% na comparticipação dos medicamentos genéricos, como consta do Decreto-Lei nº129/2005, de 11 de agosto, o protocolo assinado pelo Ministério da Saúde e pela APIFARMA em 2006, que definia tetos de crescimento dos custos públicos e a redução da comparticipação do Estado no PVP dos medicamentos dos escalões B, C e D. Adicionalmente, medidas que permitiram uma redução direta ou indireta do PVP dos medicamentos contribuíram para este resultado (Barros e Nunes, 2011).

Entre 2008 e 2010, os encargos públicos em ambulatório cresceram anualmente 5,5%. Tal ocorrência deveu-se à implementação da comparticipação em 100% do PVP dos medicamentos genéricos para os pensionistas que auferiam rendimentos abaixo do salário mínimo, e à aprovação da comparticipação em 100% do PVP dos medicamentos que se encontrassem entre os cinco mais baratos do grupo homogéneo para os pensionistas supracitados (Barros e Nunes, 2011).

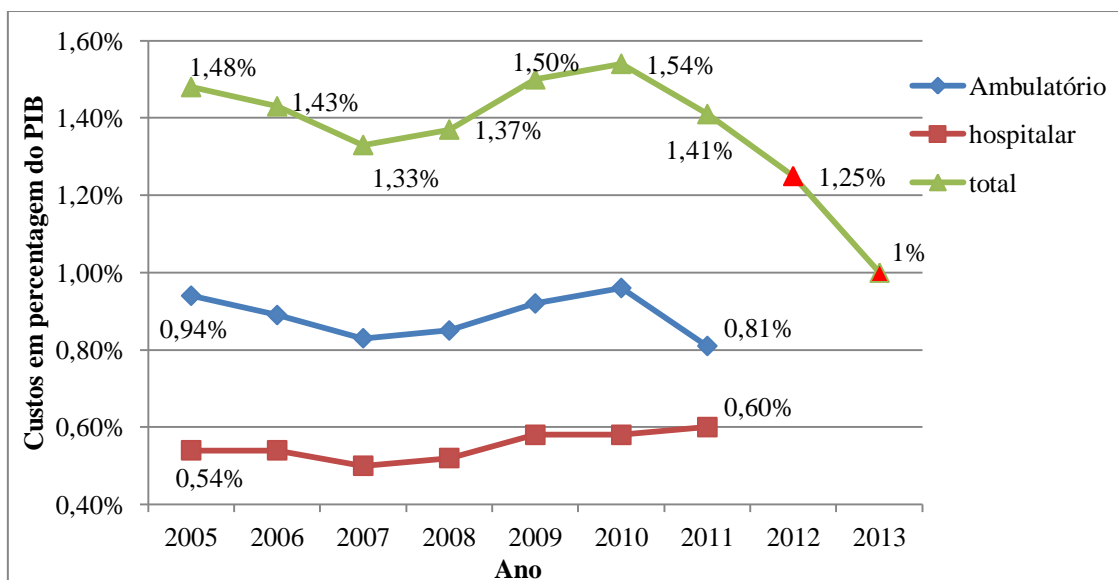
Em 2011, constata-se uma descida descomunal de 19% dos custos públicos em ambulatório. A redução da comparticipação no escalão A, de 95% para os atuais 90%, a regressão de 100% para 95% na comparticipação dos cinco medicamentos mais baratos de cada grupo homogéneo para os pensionistas já mencionados, assim como a descida generalizada do PVP dos medicamentos contribuíram para esta poupança do Estado na comparticipação dos medicamentos (Barros e Nunes, 2011).

No que concerne aos custos públicos em regime hospitalar salienta-se uma descida de 2,3% no ano de 2007. Tal resultado poderá estar relacionado com o facto dos dados serem reportados por diferentes organizações. Até ao ano de 2006, o Ministério da Saúde era responsável por analisar a evolução dos custos com medicamentos em ambiente hospitalar. A partir do ano seguinte, os hospitais do SNS passaram a reportar obrigatoriamente ao INFARMED informações acerca do consumo de medicamentos (INFARMED, 2007; Ministério da Saúde, 2007).

No período analisado, os custos hospitalares com medicamentos tiveram um crescimento anual de 3,5%, ou seja, acima do valor registado na inflação e no PIB. Estes resultados são consequência do surgimento de novos medicamentos, conhecidos como inovadores, e como tal, muito dispendiosos.

O Memorando de Entendimento com a *Troika* prevê uma poupança adicional com medicamentos, reduzindo os custos públicos nesta área para 1,25% do PIB no final de 2012, e para 1% do PIB em 2013. O gráfico 15 ilustra o peso desses mesmos custos no PIB nacional entre 2005 e 2011.

Gráfico 15- Evolução dos custos com medicamentos no mercado ambulatorio e hospitalar em percentagem do PIB entre 2005 e 2011 (Fonte: Construção própria com base em INFARMED, 2011; Ministério da Saúde, 2006; INFARMED, 2012; anf, 2011).



Os custos públicos em ambulatório representavam 0,94% do PIB em 2005. Até ao final de 2011, esses mesmos custos caíram 0,13 p.p.. Por sua vez, em ambiente hospitalar, subiu de 0,54% do PIB para 0,6% no período analisado. Deste modo, os custos públicos com medicamentos desceram de 1,48% do PIB para 1,41%, sendo este resultado devido, em grande parte, à poupança gerada em ambulatório.

Para se cumprir o Memorando será necessário gerar poupanças adicionais, de modo a ocorrer uma descida de 0,16 p.p. em 2012, face ao período homólogo, e de 0,25 p.p. em 2013. Porém, impera a questão sobre quais serão as consequências das medidas adotadas para se cumprir com o estabelecido.

Em Portugal, as farmácias prestam inúmeros serviços gratuitos, apostando na prevenção da doença e na promoção da saúde. Por outras palavras, trata-se de estabelecimentos que permitem ao Estado poupar imenso dinheiro a curto, médio e longo prazo.

Algumas das medidas adotadas estão a ser a causa da decadência de muitas farmácias por inviabilidade financeira, com claro prejuízo para os doentes portugueses, que verão os seus indicadores de saúde piorar, para os profissionais de saúde que trabalham nesta área, cujos postos de trabalho encontrar-se-ão ameaçados, e para o próprio Estado, que constatará, a médio e longo prazo, um aumento dos seus custos em saúde, pelo agravamento do estado de saúde dos portugueses.

Capítulo V – Conclusão

A dívida soberana de Portugal, à semelhança do sucedido com outros países da UE, foi alvo de ataques especulativos. De modo a não atingir uma situação de rutura, ou seja, de incumprimento, o Estado português foi forçado a pedir ajuda externa para equilibrar as contas públicas. Atualmente, e como consequência do ato supracitado, poder-se-á afirmar que são os mercados financeiros que determinam as políticas a seguir em Portugal nos mais diversos domínios.

Este foi o resultado de sucessivos desvios orçamentais, sendo a saúde uma das áreas lesadas. Entre 2001 e 2008, verificou-se sempre uma discrepância entre os custos públicos inicialmente esperados em saúde no OE, e os efetivamente realizados, atingindo em 2004 um diferencial máximo de 3.450 milhões de euros. Assim, o modelo prospetivo adotado para o financiamento dos centros de saúde e hospitais tem-se revelado desajustado, resultando em *deficit* financeiro das unidades de saúde.

Os custos totais em saúde têm crescido quer em valor absoluto, quer em percentagem do PIB, sendo neste último indicador 0,7 p.p. superior à média da UE15. Contudo, este resultado deve-se essencialmente ao medíocre crescimento económico verificado em Portugal na última década, uma vez que cada português consumia, em 2001, menos 616 dólares, em média, que um habitante da UE 15. Até 2008, último ano em análise, esse diferencial foi progressivamente aumentando.

A forma correta de controlar o crescimento dos custos em saúde consiste em conhecer *a priori* as causas inerentes ao mesmo, e em quais se poderá atuar. Apesar da abordagem microeconómica estar a ganhar adeptos como forma de gerir os custos em cuidados de saúde, continua-se a assistir a uma preferência pela partilha de custos, como o aumento das taxas moderadoras, e por cortes nos cuidados de saúde, ou seja, pela abordagem macro.

O envelhecimento da população, assim como o aumento do número de doentes crónicos, representa uma realidade incontornável, e como tal, opções como aumentar os co-pagamentos ou reduzir os salários aos profissionais de saúde levará a uma

decadência dos indicadores de saúde, quando o objetivo do SNS deveria passar por garantir a qualidade dos cuidados prestados, ou seja, criar valor.

Apesar do objetivo primordial, é possível gerar poupanças avultadas com uma aposta em políticas que permitam ganhos de eficiência do SNS, uma vez que se estima que haja 10% de desperdício dos custos em saúde, fruto da reduzida eficiência do SNS.

No que concerne à Política do Medicamento delineada no Programa do XIX Governo Constitucional, é de salientar que as medidas descurem a importância de tornar os portugueses como sujeitos ativos na abordagem terapêutica. Esta negligência irá permitir que o Estado Português continue a desperdiçar dinheiro sempre que um doente decida abandonar a terapêutica prescrita ou faça um uso incorreto dos medicamentos.

Em particular, a quota de mercado dos medicamentos genéricos tem crescido em volume de forma extraordinária, fruto de inúmeras medidas tomadas de modo positivo para controlar os custos em medicamentos. A mais recente, que obriga à prescrição por DCI, tem como finalidade posicionar Portugal entre os países da UE que detêm uma grande quota de mercado de medicamentos genéricos. Porém, os problemas burocráticos, como o atraso na aprovação dos preços e das comparticipações, representam um entrave a um maior crescimento da quota de mercado de medicamentos genéricos.

A intenção de substituir a atual prescrição informatizada pela receita eletrónica permitiria não só ganhos de eficiência ao nível da prescrição de medicamentos, mas também facilitaria o acesso a MCD do doente por parte do médico, evitando a repetição de exames desnecessários. Consequentemente, gerar-se-iam poupanças importantes para o erário público.

Por fim, consta ainda no Programa a dispensa de medicamentos em unidose. Esta medida não se consubstancia com uma prescrição apoiada numa análise custo-efetividade, uma vez que a aquisição de maquinaria para o efeito, por parte das farmácias, faria “disparar” o preço dos medicamentos.

Nos últimos dez anos, o mercado de medicamentos em valor no ambulatório apresentou um crescimento inferior ao registado para a inflação, o que significa que o setor farmacêutico, que outrora usufruiu de um grande poderio económico, enfrenta tempos conturbados, com um notório declínio.

O fraco crescimento deve-se a medidas tomadas a nível central, que direta ou indiretamente, culminaram na descida do preço dos medicamentos de modo a controlar os custos públicos com os mesmos. Todavia, analisando os encargos públicos em ambulatório e a nível hospitalar entre 2005 e 2011, verifica-se que no primeiro caso existe um crescimento anual de -1%. Por sua vez, o segundo caso apresenta um crescimento de 3,5 % ao ano, sendo 1,8 p.p. superior ao registado no PIB.

O crescimento negativo dos custos públicos em medicamentos no ambulatório é prova irrefutável que não existe um descontrolo a este nível, como é frequentemente referido, negligenciando o crescimento que se regista a nível hospitalar.

No Memorando de Entendimento com a *Troika* ficou estabelecido que, em 2012, os custos públicos com medicamentos representariam 1,25% do PIB. Para tal, será necessário uma descida de 0,16 p.p. face ao período homólogo. As principais medidas têm visado essencialmente o mercado ambulatório, o que facilita a perceção de que o objetivo traçado está condenado ao insucesso, ao permitir que os custos públicos em medicamentos a nível hospitalar continue a crescer em percentagem do PIB.

Em 2008, as margens de comercialização das farmácias e dos armazenistas em Portugal já eram das mais baixas na Europa, em detrimento da indústria farmacêutica que se encontrava acima da média europeia. Recentemente redefiniu-se o modelo de remuneração das farmácias e dos armazenistas de forma regressiva. Praticamente em simultâneo foram alterados os países de referência do sistema de formação de preços por referenciação internacional, de modo a baixar o preço dos medicamentos.

Um dos objetivos delineados no Programa do Governo seria garantir a equidade e o acesso dos doentes aos medicamentos, porém o novo modelo de remuneração e a alteração dos países de referenciação colocarão muitas farmácias e armazenistas numa situação de inviabilidade económica. Por conseguinte, tal facto dificultará o acesso aos medicamentos pelos doentes, culminando num agravamento do estado de saúde dos

mesmos. A médio e longo prazo, o sucedido ir-se-á repercutir nos cofres do Estado, uma vez que os portugueses necessitarão de mais cuidados de saúde.

Os modelos de remuneração das farmácias e dos grossistas deveriam corresponder aos adotados nos países de referência que foram usados na formação de preços, pois só desta forma se evitará a iminente situação de rutura a que se assiste no setor farmacêutico, com um claro prejuízo para os doentes portugueses.

Capítulo VI – Bibliografia

Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS). (2002). *Revisão de Categorias de Isenção e Atualização de Valores das Taxas Moderadoras*. Lisboa, ACSS, p.4.

ADSE. (2011). São beneficiários da ADSE. [Em linha]. Disponível em <<http://www.adse.pt/page.aspx?IdCat=352&IdMasterCat=351&MenuLevel=2>>. [Consultado em 19/01/2012].

Alves, R. P. e Ramos, F. (2011). Medicamentos Genéricos e Sustentabilidade do SNS. *Revista Portuguesa de Farmacoterapia*, 3, pp. 243-254.

APIFARMA. (2011). Posição da APIFARMA sobre decreto-lei que estabelece o regime de formação do preço dos medicamentos sujeitos a receita médica e dos medicamentos não sujeitos a receita médica comparticipados. [Em linha]. Disponível em <<http://www.apifarma.pt/salaimprensa/comunicados/Paginas/Posi%C3%A7%C3%A3odaAPIFARMAsobredecreto-leiqueestabeleceoregimedeforma%C3%A7%C3%A3odopre%C3%A7osdosmedicamentossujeitosareceitam%C3%A9dicaedosmedicamento.aspx>>. [Consultado em 17/03/2012].

Assembleia da República. (2008). VII Revisão Constitucional [2005]. [Em linha]. Disponível em <<http://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoRepublicaPortuguesa.aspx>>. [Consultado em 03/12/2011].

Associação Nacional das Farmácias (anf). (2011). *Novo Regime de Preços e Margens – Discriminar Sem Avaliar!* Lisboa, anf, p. 11-15.

Barros, P. P. e Gomes, J. P. (2002). Financiamento dos cuidados de saúde. In: Barros, P. P., Gomes, J. P. (Ed.). *Os Sistemas Nacionais de Saúde da União Europeia, Principais Modelos de Gestão Hospitalar e Eficiência no Sistema Hospitalar Português*. Lisboa, GANEC/Faculdade de Economia da Universidade Nova de Lisboa, pp. 4-14.

Barros, P. P. e Gomes, J. P. (2002). Afectação dos recursos. *In: Barros, P. P., Gomes, J. P. (Ed.). Os Sistemas Nacionais de Saúde da União Europeia, Principais Modelos de Gestão Hospitalar e Eficiência no Sistema Hospitalar Português.* Lisboa, GANEC/Faculdade de Economia da Universidade Nova de Lisboa, pp. 46-56.

Barros, P. P. e Gomes, J. P. (2002). Sistemas de Saúde da União Europeia: Uma análise comparativa de quatro sectores hospitalares. *In: Barros, P. P., Gomes, J. P. (Ed.). Os Sistemas Nacionais de Saúde da União Europeia, Principais Modelos de Gestão Hospitalar e Eficiência no Sistema Hospitalar Português.* Lisboa, GANEC/Faculdade de Economia da Universidade Nova de Lisboa, pp. 60-73.

Barros, P. P. e Nunes, L. C. (2011). 10 Anos de Política do Medicamento em Portugal. Lisboa, Nova School of Business and Economics, pp. 7-135.

Boquinhas, J. M. (2002). *Um Outro Olhar Sobre a Saúde.* Lisboa, Hugin, pp. 21-119.

Branco, A. G. e Ramos, V. (2001). Cuidados de saúde primários em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2, pp. 5-12.

Cabral, M. V. e Silva P. A. (2010). *A Adesão à Terapêutica em Portugal.* Lisboa, APIFARMA, pp. 1-9.

Callahan, D. (1973). The WHO definition of “health”. *The Hastings Center Studies*, 1(3), pp. 77-87.

Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde. (2007). Os Sistemas de Saúde e o seu Financiamento. *In: Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde (Ed.). Relatório final.* Lisboa, Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde, pp. 19-21.

Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde. (2007). A Situação em Portugal. *In: Comissão para a Sustentabilidade do*

Financiamento do Serviço Nacional de Saúde (Ed.). *Relatório final*. Lisboa, Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde, pp. 46-11.

Conselho de Reflexão sobre a Saúde (CRES). (1998). *Reflexão sobre a saúde - Recomendações para uma Reforma Estrutural*. Porto, CRES, pp. 15-175.

Declaration of Alma-Ata. (1978). *International Conference on Primary Health Care*. Almaty, pp. 1-3.

Deloitte. (2011). *Saúde em análise- Uma visão para o futuro*. Lisboa, Deloitte, pp. 6-59, 102-107.

Diário da República I Série - nº214, 1979

Diário da república-Série II, nº235, de 8 de outubro, 1999

Diário da República- I Série-A, Nº299- 29 de dezembro, 2000

Diário da República- I Série-A, Nº298- 27 de dezembro, 2001

Diário da República- I Série-A - Nº 278 – 2 de dezembro, 2002

Diário da República- I Série-A, Nº301- 30 de dezembro, 2002

Diário da República- I Série-A, Nº301- 31 de dezembro, 2003

Diário da República- I Série-A, Nº304- 30 de dezembro, 2004

Diário da República, Série I-A, Nº181 de 20 de setembro, 2005

Diário da República, Série I-A, Nº184 de 23 de setembro, 2005

Diário da República, Série I-A, Nº235 de 9 de dezembro, 2005

Diário da República- I Série-A, Nº250- 30 de dezembro, 2005

Diário da República I Série-A - Nº109- 6 junho, 2006

Diário da República- I Série, Nº249- 29 de dezembro, 2006

Diário da República- 1º Série - Nº 52 – 14 de março, 2007

Diário da República- I Série, Nº 251- 31 de dezembro, 2007

Diário da República - 1º série – Nº 89 – 8 de maio, 2008

Diário da República I Série - nº21- 30 janeiro, 2009

Diário da República - 1º Série – Nº93 -13 de maio, 2010

Diário da República – 2ª Série – Nº 188 – 29 de Setembro, 2011

Diário da República- 1º Série - Nº 229 – 29 de novembro, 2011

Diário da República - 1º série – Nº 242 -20 de dezembro, 2011

Diário da República - 1º Série- Nº250- 30 de dezembro, 2011

Diário da República, 1ª série- Nº49-8 de março, 2012

Direcção-Geral de Saúde. (2002). *Centros de Saúde da Terceira Geração – Manual para a Mudança*. Lisboa, Direcção-Geral de Saúde, pp. 5-19.

Entidade Reguladora da Saúde (ERS). (2011). *Análise da Sustentabilidade Financeira do Serviço Nacional de Saúde*. Porto, ERS, pp. 10-34.

Entidade Reguladora da Saúde (ERS). (2011). *Avaliação do Modelo de Contratação de Prestadores de Cuidados de Saúde pelos Subsistemas e Seguros de Saúde*. Porto, ERS, pp. 7-49.

Entidade Reguladora da Saúde (ERS). (2011). *Relatório sobre “A Carta dos Direitos dos Utentes”*. Porto, ERS, pp. 11-77.

European Generic Medicines Association (EGA). (2007). *Generic Market Shares in Europe 2006*. Brussels, EGA, p.15.

Fernandes, A. C., Escoval, A., Matos, T. T., Santos, A. T. L. (2010). *Cuidados de Saúde Hospitalares – Plano Nacional de Saúde 2011-2016*. Lisboa, Ministério da Saúde, pp. 13-17.

Giraldes, M. R. (2008). Eficiência *versus* Qualidade no Serviço Nacional de Saúde – Metodologias de Avaliação. *Acta Médica Portuguesa*, 21, pp. 397-410.

Gibis, B. e Wild, C. (2003). Evaluations of health interventions in social insurance-based countries: Germany, the Netherlands, and Austria. *Health Policy*, 63(2), pp. 187-195.

INFARMED. (2004). *Mercado de Medicamentos Genéricos*. Lisboa, INFARMED, pp. 2-4.

INFARMED. (2007). *Consumo de Medicamentos em Meio Hospitalar*. Lisboa, INFARMED, pp. 1-4.

INFARMED. (2011). *Análise do Mercado de Medicamentos, no âmbito do Serviço Nacional de Saúde, em Ambulatório*. Lisboa, INFARMED, p.1.

INFARMED. (2012). *Consumo de Medicamentos em Meio Hospitalar – Relatório Mensal – janeiro 2012*. Lisboa, INFARMED, p.3.

INFARMED. (2012). *Mercado Total e Mercado de Medicamentos Genéricos*. Lisboa, INFARMED, pp. 1-4.

Letourmy, A. (2000). Health policies in Europe, an overall view. *Elsevier*, 42, pp.13-20.

Lévesque, H., Lafont, O. (2000). L'aspirine à travers les siècles: rappel historique. *La Revue de Médecine Interne*, 21(1), pp. 8-17.

Lima, C. (2005). Vulnerabilidade e Serviço Nacional de Saúde. *Acta Médica Portuguesa*, 16, pp. 49-53.

Macedo, P. (2011). Governo estima em 1 milhão e 700 mil os portugueses sem médico de família. [Em linha]. Disponível em <<http://www.rtp.pt/noticias/index.php?article=476598&tm=8&layout=123&visual=61>>. [Consultado em 03/02/2012].

Maria, V. (2007). A Importância Dos Medicamentos Genéricos. *Cadernos de Economia*, 80, pp. 52-58.

Maria, V. (2007). Medicamentos genéricos em Portugal: A importância para o Sistema de Saúde. *INFARMED Notícias*, 25, pp. 4-7.

Marques, F. B. (2011). Política do Medicamento. *Revista Portuguesa de Farmacoterapia*, 3, pp. 165-168.

Ministério da Saúde. (2007). *Consumo de Medicamentos em Meio Hospitalar (Ano 2005/2006)*. Lisboa, Ministério da Saúde, pp. 3-4.

Ministério da Saúde. (2010). Mortalidade Perinatal. [Em linha]. Disponível em <<http://www.acs.min-saude.pt/pns/nascer-com-saude/mortalidade-perinatal/>>. [Consultado em 27/12/2011].

Ministério da Saúde. (2011). Comparticipação de Medicamentos. [Em linha]. Disponível em <<http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/informacoes+uteis/comparticipacoes/comparticipacaomedicamentos.htm>>. [Consultado em 06/02/2012].

Ministério da Saúde. (2011). Lei de Bases da Saúde. [Em linha]. Disponível em <<http://www.min->

saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/politica+da+saude/enquadramento+legal/leibasessaude.htm>. [Consultado em 04/12/2011].

Nogueira, H., Remoaldo, P. C. (2010). *Olhares Geográficos sobre a Saúde*. Lisboa, Edições Colibri, pp. 133-142.

Nutton, V. (2004). *Ancient Medicine*. London, Taylor & Francis e- Library, pp. 79-84.

OECD Health Data. (2012). Health Expenditure and Financing. [Em linha]. Disponível em < http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT> . [Consultado em 17/01/2012].

OECD Health Data. (2012). Health Expenditure and Financing: *Health expenditure by financing agent*. [Em linha]. Disponível em < http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT> . [Consultado em 20/01/2012].

Pisco, L. (2007). A Reforma Dos Cuidados De Saúde Primários. *Cadernos de Economia*, 80, pp. 60-66.

Pordata. (2011). Esperança de vida à nascença: total e por sexo. [Em linha]. Disponível em < <http://www.pordata.pt/Portugal/Esperanca+de+vida+a+nascenca+total+e+por+sexo-418>>. [Consultado em 27/12/2011].

Pordata. (2011). Esperança de vida aos 65 anos: total e por sexo. [Em linha]. Disponível em < <http://www.pordata.pt/Portugal/Esperanca+de+vida+aos+65+anos+total+e+por+sexo-419>>. [Consultado em 27/12/2011].

Pordata. (2011). Óbitos por algumas causas de morte (%). [Em linha]. Disponível em < [http://www.pordata.pt/Portugal/Obitos+por+algumas+causas+de+morte+\(percentagem\)-758](http://www.pordata.pt/Portugal/Obitos+por+algumas+causas+de+morte+(percentagem)-758)>. [Consultado em 27/12/2011].

Pordata. (2011). População residente segundo os Censos: total e por grandes grupos etários. [Em linha]. Disponível em

<<http://www.pordata.pt/Portugal/Populacao+residente+segundo+os+Censos+total+e+por+grandes+grupos+etarios-512>>. [Consultado em 27/01/2012].

Pordata. (2011). Taxa de mortalidade perinatal e neonatal. [Em linha]. Disponível em <<http://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+de+mortalidade+perinatal+e+neonatal-529>>. [Consultado em 27/12/2011].

Portela, M. C. C. (2009). *Regimes de Comparticipação do Estado no Preço dos Medicamentos – Avaliação do Impacto do Sistema de Preços de Referência em Portugal*. Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública/ Universidade Nova de Lisboa, pp. 28-71.

Presidência do Conselho de Ministros. (2011). *Programa do XIX Governo Constitucional*. Lisboa, Presidência do Conselho de Ministros, pp.82-83.

Ribeiro, J. M. (2009). A procura de cuidados de saúde. *In: Ribeiro, J. M. (Ed.). Saúde – A liberdade de escolher*. Lisboa, Gradiva publicações, pp. 35-56.

Ribeiro, J. M. (2009). Estratégias para melhorar a eficiência do sistema de saúde. *In: Ribeiro, J. M. (Ed.). Saúde – A liberdade de escolher*. Lisboa, Gradiva publicações, pp. 203-252.

Ribeiro, J. M. (2009). O estado da saúde em Portugal. *In: Ribeiro, J. M. (Ed.). Saúde – A liberdade de escolher*. Lisboa, Gradiva publicações, p.106.

Ribeiro, J. M. (2009). Porque é a saúde tão especial? *In: Ribeiro, J. M. (Ed.). Saúde – A liberdade de escolher*. Lisboa, Gradiva publicações, pp. 19-33.

Ribeiro, J. M. (2009). Uma nova arquitetura para o sistema de saúde. *In: Ribeiro, J. M. (Ed.). Saúde – A liberdade de escolher*. Lisboa, Gradiva publicações, pp.134-197.

Rocha, P. M. e Brito de Sá, A. (2011). Reforma da Saúde Familiar em Portugal: avaliação implantação. *Ciência & Saúde Colectiva*, 16(6), pp. 2853-2861.

Sakellarides, C. *et alii.* (2005). *O Futuro do Sistema de Saúde Português – “Saúde 2015”*. Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública/ Universidade Nova de Lisboa, pp. 20-80.

Serrão, D. (2010). A Revolução Informática. [Em linha]. Disponível em < <http://www.danielserrao.com/noticias/detalhes.php?id=46>>. [Consultado em 27/01/2012].

Sheppard, A. (2010). *Generic Medicines: Essential contributors to the long-term health of society*. London, IMS Health, pp. 1-14.

Simões, J. A. (2004). As parcerias público-privadas no sector da saúde em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 4, pp. 77-90.

Srinivasan, M. (2011). Hippocrates and Patient – Centered Medicine. *Journal of General Internal Medicine*, 2, p. 135.

Storpirtis, S., Melo, D., Ribeiro, E. (2006). A importância e a história dos estudos de utilização de medicamentos. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*, 42(4), pp. 475-482.

Worldwide Inflation Data. (2012). Historic inflation Portugal. [Em linha]. Disponível em < <http://www.inflation.eu/inflation-rates/portugal/historic-inflation/cpi-inflation-portugal.aspx>>. [Consultado em 05/05/2012].

Anexos

Anexo 1

“1- O Serviço Nacional de Saúde é financiado pelo Orçamento de Estado, através do pagamento dos atos e atividades efetivamente realizados segundo uma tabela de preços que consagra uma classificação dos mesmos atos, técnicas e serviços de saúde.

2- Os serviços e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde podem cobrar as seguintes receitas, a inscrever nos seus orçamentos próprios:

- a) O pagamento de cuidados em quarto particular ou outra modalidade não prevista para a generalidade dos utentes;
- b) O pagamento de cuidados por parte de terceiros responsáveis, legal ou contratualmente, nomeadamente subsistemas de saúde ou entidades seguradoras;
- c) O pagamento de cuidados prestados a não beneficiários do Serviço Nacional de Saúde quando não há terceiros responsáveis;
- d) O pagamento de taxas por serviços prestados ou utilização de instalações ou equipamentos nos termos legalmente previstos;
- e) O produto de rendimentos próprios;
- f) O produto de benemerências ou doações;
- g) O produto da efetivação de responsabilidade dos utentes por infrações às regras da organização e do funcionamento do sistema e por uso doloso dos serviços e do material de saúde.” (Ministério da Saúde, 2011).

Anexo 2

“ a) Nas consultas nos prestadores de cuidados de saúde primários, no domicílio, nos hospitais e em outros estabelecimentos de saúde públicos ou privados, designadamente em entidades convencionadas;

b) Na realização de exames complementares de diagnóstico e terapêutica em serviços de saúde públicos ou privados, designadamente em entidades convencionadas, com exceção dos efetuados em regime de internamento;

c) Nos serviços de atendimento permanentemente dos cuidados de saúde primários e serviços de urgência hospitalar;

d) No hospital de dia.” (Diário da República, 1º Série - Nº 229- 29 de novembro, 2011).

Anexo 3

Designação	Taxa moderadora
Consultas:	
Consultas de medicina geral e familiar ou outra consulta médica que não a de especialidade.....	5,00 €
Consulta de enfermagem ou de outros profissionais de saúde realizada no âmbito dos cuidados de saúde primários.....	4,00 €
Consultas de enfermagem ou de outros profissionais de saúde realizados no âmbito hospitalar.....	5,00 €
Consultas de especialidade.....	7,50 €
Consultas no domicílio.....	10,00 €
Consulta médica sem a presença do utente.....	3,00 €
Atendimento em Urgência (a):	
Serviço de Urgência polivalente.....	20,00 €
Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica.....	17,50 €
Serviço de Urgência Básica.....	15,00 €
Sessão de Hospital de Dia (b)	-

(a) Acrescem as taxas moderadoras de MCDT realizados no decurso do atendimento até um máximo de 50,00 €.

(b) Corresponde ao valor das taxas moderadoras aplicáveis aos atos complementares de diagnóstico e terapêutica realizada no decurso da sessão até um máximo de 25,00 € (Diário da República, 1º série – Nº 242 -20 de dezembro, 2011).

Anexo 4

“ a) As grávidas e parturientes;

b) As crianças até aos 12 anos de idade, inclusive;

c) Os utentes com grau de incapacidade igual ou superior a 60%;

d) Os utentes em situação de insuficiência económica, bem como os dependentes do respetivo agregado familiar, nos termos do artigo 6º;

- e) Os dadores benévolos de sangue, nas prestações em cuidados de saúde primários;
- f) Os dadores vivos de células, tecidos e órgãos, nas prestações em cuidados de saúde primários;
- g) Os bombeiros, nas prestações em cuidados de saúde primários e, quando necessários em razão do exercício da sua atividade, em cuidados de saúde hospitalares;
- h) Os doentes transplantados;
- i) Os militares e ex-militares das Forças Armadas que, em virtude da prestação do serviço militar, se encontrem incapacitados de forma permanente.” (Diário da República, 1º Série - Nº 229- 29 de novembro, 2011).

Anexo 5

“Não podem deter ou exercer direta ou indiretamente, a propriedade, a exploração ou a gestão de farmácias:

- a) Profissionais de saúde prescritores de medicamentos;
- b) Associações representativas das farmácias, das empresas de distribuição grossista de medicamentos ou das empresas da indústria farmacêutica, ou dos respetivos trabalhadores;
- c) Empresas de distribuição grossista de medicamentos;
- d) Empresas da indústria farmacêutica;
- e) Empresas privadas prestadoras de cuidados de saúde;
- f) Subsistemas que participam no preço dos medicamentos” (Diário da República – 1º Série – Nº 168 – 31 de agosto, 2007).

Anexo 6

“As margens máximas de comercialização dos medicamentos comparticipados e não comparticipados são as seguintes:

a) PVA até 5 €:

Grossistas – 11,2%, calculada sobre o PVA;

Farmácias – 27,9€, calculada sobre o PVA;

b) PVA entre 5,01 € e 7 €:

Grossistas – 10,85 %, calculada sobre o PVA;

Farmácias – 25,7 %, calculada sobre o PVA, acrescido de 0,11€;

c) PVA entre 7,01 € e 10€:

Grossistas – 10,6%, calculada sobre o PVA;

Farmácias – 24,4 %, calculada sobre o PVA, acrescida de 0,20€;

d) PVA entre 10,01 € e 20€:

Grossistas – 10%, calculada sobre o PVA;

Farmácias – 21,9%, calculada sobre o PVA, acrescido de 0,45€;

e) PVA entre 20,01€ e 50€:

Grossistas – 9,2%, calculada sobre o PVA;

Farmácias – 18,4%, calculada sobre o PVA, acrescido de 1,15€;

f) PVA acima de 50€:

Grossistas – 4,60€;

Farmácias - 10,35 €” (Diário da República – 1º Série – N°229 – 29 de novembro, 2011).