

DOSSIER ESPECIAL

SAÚDE



ARTIGOS DE

PAULA BRITO E COSTA

ANA JORGE

PEDRO PITA BARROS

MARIA DO CARMO FONSECA

SÓNIA CHAMBERLAIN

MICAELA ROZENBERG

FRANCISCO BATEL MARQUES

ESPECIAL

**DOENÇAS RARAS
EM PORTUGAL**

ACORDOS DE PARTILHA DE RISCO FACILITAM

Aprovação dos MEDICAMENTOS ÓRFÃOS

Especializado em economia da saúde, o professor catedrático da Faculdade de Economia da Universidade Nova de Lisboa explica como reduzir a despesa em saúde mantendo a qualidade, e refere a importância dos acordos de partilha de risco...



PEDRO PITA BARROS
Professor Catedrático da
Faculdade de Economia da
Universidade Nova de Lisboa

Aprovado em 2008, o Plano Nacional para as Doenças Raras define 39 estratégias de intervenção nesta área que não foram implementadas. A que se deve este desinteresse, que, no limite, levará ao incumprimento dos objetivos de um plano que se congratulou ser o terceiro da Europa?

Não creio que seja desinteresse. Será mais uma questão de falta de empenho em resolver os problemas que se colocam. A especificação de objetivos relativamente consensuais é mais fácil do que concretizá-los depois. A concretização dos objetivos implica escolhas que não são consensuais.

As terapêuticas órfãs têm, geralmente, um impacto farmacoeconómico significativo. Face à contenção de despesas no SNS, de que forma é que as administrações hospitalares poderão gerir o binómio economizar/tratar?

Tal como em todas as outras áreas de utilização do medicamento em meio hospitalar, há que avaliar os benefícios e os custos resultantes, mas numa ótica social e não apenas da contenção de despesas no hospital.

Que mecanismos devem ser implementados para reduzir a despesa sem alterar os níveis de capacidade assistencial?

Há três linhas de atuação. No imediato, é necessário perceber como se podem atingir os mesmos objetivos assistenciais sem desperdiçar recursos, bem como perceber se há intervenções que usam recursos que não trazem benefício. No médio prazo, é necessário assegurar uma adequada organização do sistema de saúde e uma correta utilização do mesmo pelos cidadãos. A mais longo prazo, importa assegurar uma população mais saudável, quer pelos seus comportamentos e hábitos quer por atividades de prevenção, que reduzirá a prazo a pressão sobre a despesa. Tem de se pensar nestas três linhas ao mesmo tempo.

Que práticas deveriam ser adotadas pelo nosso país relativamente à política do medicamento, nomeadamente do órfão?

Sobretudo clareza de opções e decisões, com a devida justificação, quer técnica quer política. Em termos de instrumentos técnicos, não há nada a inventar.

Porque é que o nosso país não usufrui dos fundos comunitários para a investigação clínica?

Os fundos de investigação europeus requerem uma capacidade de montar propostas de valor internacional, e ganhar num sistema competitivo de atribuição de fundos. Cabe às instituições de investigação científica procurarem entrar neste circuito europeu de investigação. É necessário juntar vários fatores: mais ambição, maior abertura a colaborações internacionais e maior ligação à indústria (nacional ou não).

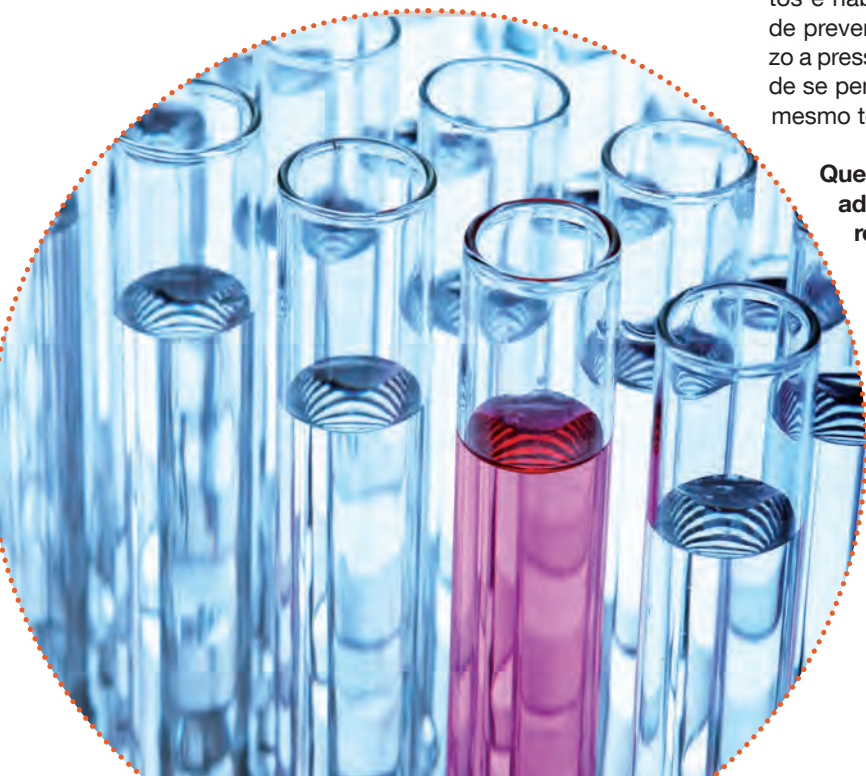
Portugal é dos países europeus onde menos ensaios clínicos são realizados. Porquê?

Há dois grandes motivos. Um, nacional, é todo o procedimento que é exigido e que, em alguns pontos, pode ser considerado excesso de burocracia. Outro, internacional, é a passagem de ensaios clínicos para outras zonas geográficas. A Ásia está a aumentar o seu papel neste campo, como noutros, e não é um aspeto controlável por Portugal.

Com a aprovação da diretiva sobre cuidados de saúde transfronteiriços, não seria esta a altura ideal para a implementação definitiva dos centros de referência?

Os centros de referência de doenças raras provavelmente ganham em ser pensados a nível europeu.

No imediato, é necessário perceber como se podem atingir os mesmos objetivos assistenciais sem desperdiçar recursos





Para participar ativamente em redes internacionais é necessário começar já a construir as ligações e a reputação necessária para essa afirmação internacional.

Entre janeiro e fevereiro deste ano, a dívida dos hospitais do SNS à indústria farmacêutica cresceu 85 milhões de euros. De que forma é que os acordos de partilha de risco poderiam colmatar este défice?

Os acordos de partilha de risco não respondem a esta questão da dívida dos hospitais à indústria farmacêutica. São sobretudo instrumentos de acesso ao mercado para a indústria e de conhecimento, se não mesmo contenção, de custos para o SNS. No entanto, nos hospitais, quando houver falta de fundos, com ou sem acordo de partilha de risco, a tentação de deixar de pagar à indústria farmacêutica continuará a estar presente. Os acordos de partilha de risco não dão prioridade na lista de pagamentos. Só se corresponderem a reduções de preços ou de tratamentos é que poderão contribuir para a questão da dívida, por não gerarem despesa que fique em dívida.

Este tipo de compromisso poderia facilitar a aprovação e respetivo acesso aos medicamentos órfãos?

Os acordos de partilha de risco facilitam a aprovação, na medida em que dão alguma certeza de despesa a quem paga sobre o valor que estará

Os centros de referência de doenças raras ganham em ser pensados a nível europeu. Para participar ativamente em redes internacionais é necessário começar já a construir as ligações e a reputação necessária

envolvido. Mas nesse caso não é uma verdadeira partilha de risco. A prazo, a generalização destes contratos terá que resolver aspetos complicados, como a decisão de que doentes incluir para tratamento e o que é uma medida de sucesso do tratamento, se o acordo envolver pagar apenas pelos casos em que o tratamento funcione. Ou seja, uma generalização e mesmo padronização deste tipo de contratos poderá ser complicada e tem que resolver antecipadamente aspetos chave como quem decide que doentes são colocados em tratamento ao abrigo do acordo de partilha de risco e se existe um critério de sucesso de tratamento bem definido associado (ou não).

A que se deve o atual estado do SNS?

Há de tudo um pouco – políticas de governação que ficam a meio, políticas mal preparadas, comportamentos e utilização inadequada por parte dos cidadãos, insuficiente capacidade de gestão num setor complicado, e não apenas dos administradores hospitalares, muitas vezes

uma preocupação com o imediato sem cuidar dos efeitos a prazo. Há uma falta de pensamento estratégico e de ações com ele condizentes para horizontes plurianuais.

Qual a mais valia na administração de um serviço de saúde?

Gestão de um serviço de saúde significa, nos dias que correm, capacidade de obter os recursos necessários para cumprir os objetivos do serviço. Como esses recursos são libertados a partir do orçamento do SNS (no setor público) e são usados por profissionais com elevada autonomia e capacidade de decisão (os médicos), o gestor é um mediador entre estes dois lados. Tem de se saber estabelecer prioridades e dialogar com esses dois lados. O reconhecimento da sua competência e papel pelos profissionais de saúde é crucial para que possa haver boa gestão, tal como é fundamental que o gestor tenha capacidade de negociação com quem lhe liberta recursos para o serviço de saúde funcionar. •

PAULA SIMÕES