

UM NOVO MODELO DE ACESSO À INOVAÇÃO EM SAÚDE BASEADO EM RESULTADOS



BCG

THE BOSTON CONSULTING GROUP

A The Boston Consulting Group (BCG) é uma empresa global de consultoria de gestão especialista em estratégia. Com 85 escritórios em 48 países, a BCG orgulha-se de desenvolver perspetivas sobre temas com impacto na sociedade. Com uma experiência profunda no sector da saúde a nível global, a BCG tem apoiado os vários agentes do sector a contribuir para a melhoria da qualidade e eficiência dos cuidados prestados. O trabalho recente da BCG permitiu-lhe recolher factos, entrevistar personalidades de diferentes quadrantes na área da saúde, observar tendências e refletir sobre as perspetivas ligadas ao acesso à inovação farmacológica em Portugal.

UM NOVO MODELO DE ACESSO À INOVAÇÃO EM SAÚDE BASEADO EM RESULTADOS

Membros do Conselho Estratégico

Eurico Castro Alves

Francisco Rocha Gonçalves

Luís Costa

Luis Matos

Ricardo Baptista Leite

Victor Herdeiro

As opiniões e afirmações expressas no texto não foram necessariamente apoiadas de forma unânime pelos membros do Conselho Estratégico e, como tal, o texto não vincula diretamente, e poderá não refletir, as opiniões individuais de cada um dos seus membros, mas expressa uma ideia predominante em vista a uma reflexão necessária. Adicionalmente, a representação do Conselho Estratégico é pessoal e, portanto, dissociada de qualquer instituição.

novembro de 2016

ÍNDICE

SUMÁRIO EXECUTIVO	7
CONTEXTO	9
DIAGNÓSTICO AO SISTEMA PORTUGUÊS	11
PROPOSTA DE EVOLUÇÃO DO SISTEMA PORTUGUÊS	17
CONCLUSÃO	39
REFERÊNCIAS	41
GLOSSÁRIO E DEFINIÇÕES	43
CONSELHO ESTRATÉGICO	45

SUMÁRIO EXECUTIVO

Portugal sempre esteve na vanguarda da introdução de técnicas de avaliação de tecnologias da saúde e essa vontade de acompanhamento das melhores práticas internacionais mantém-se nos dias de hoje, no regulador e nos *stakeholders* da saúde.

Portugal tem vindo a dar passos notórios no sentido de um modelo de saúde mais baseado em resultados, incluindo a criação de incentivos para o acompanhamento de doenças nos cuidados primários, através da compensação dos médicos, enfermeiros e administrativos, a implementação de um sistema de avaliação dos hospitais com base em indicadores de processo e de resultados (SINAS), e mais recentemente o lançamento de um novo sistema de avaliação de tecnologias de saúde (SiNATS) e a realização dos primeiros acordos de partilha de risco.

A atualização técnica nesta área é uma tarefa contínua e este relatório preparado pela BCG com o apoio da Janssen, companhia farmacêutica do grupo Johnson&Johnson, e comentado pelo Conselho Estratégico reunido para o efeito, visa contribuir com ideias que apoiem construtivamente o desenvolvimento de um modelo baseado em resultados em saúde relevantes para os cidadãos.

De forma a garantir que os portugueses têm acesso aos melhores resultados em saúde, são propostas 4 áreas de ação para continuar a evoluir o atual modelo:

1. REMUNERAR A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE COM BASE NOS RESULTADOS OBTIDOS

Para maximizar os resultados em saúde em Portugal, é essencial um sistema de incentivos adequado, para que todos os *stakeholders* se alinhem pelo mesmo objetivo. Para tal, são sugeridas 4 medidas:

- i) Promover a separação entre prestador e pagador** através da autonomia e responsabilização do prestador de cuidados de saúde, de forma a maximizar os efeitos das modalidades de pagamento;
- ii) Implementar um modelo de remuneração dos prestadores de cuidados dependente dos resultados em saúde alcançados**, fazendo com que os critérios de financiamento das atividades de saúde passem a estar alinhados com os interesses dos utentes, através de dois mecanismos integrados e complementares:
 - A) Valor por utente a cargo majorado com base nos resultados da comunidade, evoluindo o sistema atual;
 - B) Valor compreensivo ajustado a resultados para cuidados mais diferenciados.

iii) Adotar um modelo de contratualização plurianual de objetivos e de financiamento, dando estabilidade aos prestadores de cuidados para definirem ações com impacto a médio-longo prazo;

iv) Avaliar a gestão via indicadores de desempenho globais para medição de resultados em saúde da “comunidade” e definir objetivos de evolução, permitindo indexar o financiamento a estes indicadores, monitorizar a execução e o impacto deste novo modelo de remuneração, e desta forma criar um ciclo virtuoso de melhoria contínua.

2. REFORÇAR E OTIMIZAR O FINANCIAMENTO DE MEDICAMENTOS E OUTRAS TECNOLOGIAS DE SAÚDE INOVADORAS

Otimizar as verbas disponíveis para tecnologias inovadoras através de duas medidas:

i) Monitorizar verbas disponíveis para a inovação, suprimindo necessidades reais, dado o seu contributo direto para a melhoria dos resultados em saúde da população;

ii) Criar fundo dedicado a medicamentos inovadores com reembolso centralizado que permita assegurar a equidade e a celeridade no acesso dos doentes.

3. AVALIAR O MODELO DE ACESSO A TECNOLOGIAS DE SAÚDE

De forma a criar um sistema de saúde baseado em resultados, é crucial introduzir critérios de determinação da efetividade das tecnologias de saúde e otimizar os tempos processuais na sua introdução, sendo propostas três medidas:

i) Cumprir os prazos máximos definidos, limitando tempos de espera para os doentes e melhorando a transparência na avaliação das tecnologias;

ii) Introduzir o reembolso temporário e condicional a evidência científica de modo a assegurar um acesso mais célere e alavancar a obtenção de dados de vida real;

iii) Garantir a vinculação ao formulário nacional único de forma a reduzir a complexidade dos processos pós-decisão de participação.

4. MONITORIZAR OS RESULTADOS EM SAÚDE

Para materializar o modelo proposto torna-se necessário que os resultados em saúde sejam monitorizados. De forma a financiar os prestadores com base nos resultados, renegociar o preço dos medicamentos com base em dados de efetividade e suportar a estruturação de MEAs, é necessário criar e/ou melhorar registos nacionais sólidos para a recolha e análise dos dados. Neste sentido, são propostas três medidas:

i) Adotar indicadores de resultados em saúde para prestadores de cuidados correspondentes às melhores práticas internacionais;

ii) Criar sistema de registos nacionais que reúna dados dos atuais registos regionais e/ou de base hospitalar e monitorizar dados;

iii) Analisar e publicar dados.

CONTEXTO

A sustentabilidade dos sistemas de saúde depende de um processo adaptativo que contemple, não apenas as profundas alterações demográficas atuais, de onde se destaca o envelhecimento populacional, mas também o acesso a novas práticas, procedimentos e tecnologias, com vista à obtenção de melhores resultados em saúde.

A sustentabilidade implica a valorização da qualidade em detrimento da quantidade e, como tal, a conversão dos gastos em ganhos em saúde para o doente e para a comunidade. É este o ponto de partida dos modelos de financiamento baseados em valor, em que a criação de valor para os utentes é o vetor de remuneração de todos os intervenientes do sistema. A simples redução de custos sem uma análise cuidada do seu impacto é potencialmente perigosa e lesa o sistema, conduzindo a “falsa poupança” e tendo uma repercussão negativa nos cuidados prestados. O foco deverá ser, assim, a geração de valor pelo valor.

A inovação, nas suas várias vertentes, é um fator crucial para a melhoria dos resultados em saúde, com a inovação farmacológica a ter um papel preponderante nesta melhoria. Entre 1986 e 2000, a esperança média de vida aumentou quase dois anos, tendo os medicamentos inovadores um peso de 40% neste aumento da longevidade¹. Este peso relativo aumenta ainda mais se analisado o período entre 2000 e 2009, estimando-se que cerca de 73% do aumento da esperança média de vida nos países mais desenvolvidos se tenha ficado a dever ao acesso e utilização de medicamentos inovadores².

O impacto positivo da inovação farmacológica é evidenciado pela forma como esta transformou o prognóstico em áreas terapêuticas com elevada carga de doença. Na área da Oncologia, entre 1980 e 2008, a esperança média de vida aumentou em mais de três anos, sendo que os medicamentos/tratamentos inovadores foram responsáveis por 83% deste aumento³. No caso da infeção pelo VIH/SIDA, desde o pico de mortalidade atingido em 1995, o impacto das políticas preventivas e das novas terapêuticas permitiu uma redução da mortalidade em 85%⁴, tendo o padrão de mortalidade dos doentes infetados por VIH ficado idêntico ao da população global⁵ (grupo de não utilizadores de drogas injetáveis, submetidos a terapêutica antirretrovírica e com níveis de células CD4 normais).

Em suma, e não descurando a relevância dos cuidados de prevenção primária e secundária, assim como o acesso a cuidados multidisciplinares na melhoria dos resultados em saúde, o impacto positivo da inovação farmacológica nestes resultados

A sustentabilidade implica a valorização da qualidade em detrimento da quantidade e, como tal, a conversão dos gastos em ganhos em saúde para o doente e para a comunidade

é inegável, tornando-se fundamental continuar a garantir o acesso dos doentes portugueses a efetivas inovações, para que o sistema de saúde mantenha, ou mesmo supere, o nível atual de resultados.

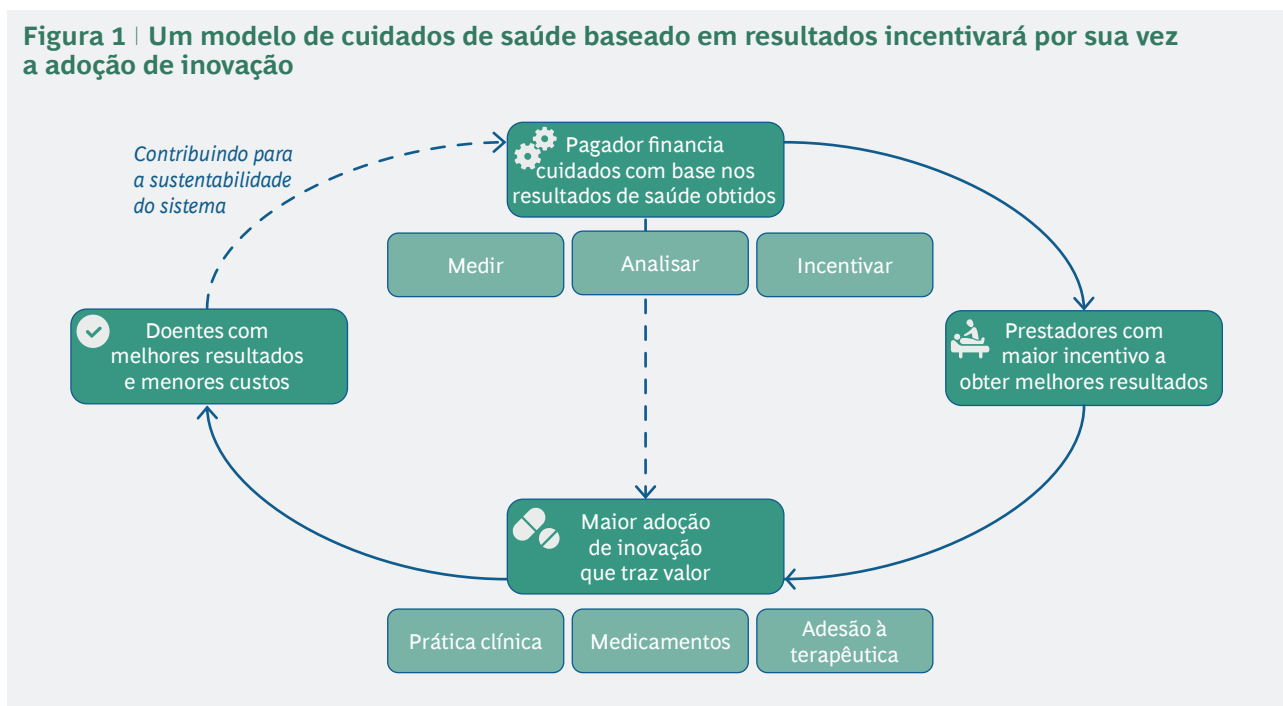
O atual modelo de financiamento de medicamentos é baseado no reembolso das quantidades consumidas e/ou desperdiçadas a um preço pré-definido. Este modelo corresponde ao paradigma tradicional “quantidades x preço”, não refletindo a finalidade maior da aquisição de medicamentos, que não termina no seu consumo, mas sim nos resultados em saúde por si alcançados. Nesta perspectiva, meramente financeira, a introdução de novos medicamentos é considerada como um risco orçamental acrescido pela entidade pagadora que, opta diversas vezes por “esperar”.

Neste contexto, é necessário evoluir o modelo de financiamento dos medicamentos, de uma ótica de quantidade para a qualidade e resultados alcançados, que podem ser traduzidos em indicadores como: redução dos internamentos, melhoria da esperança e qualidade de vida, recuperação mais rápida, cura, entre outros. Por outras palavras, tendencialmente, o modelo de financiamento dos medicamentos evoluirá para a remuneração pelo valor criado.

Um modelo de cuidados de saúde baseado em resultados privilegia a adoção de inovação e a obtenção de ganhos em saúde, criando um círculo virtuoso de valor e de sustentabilidade para o sistema.

Este relatório tem como principal objetivo apontar direções para a adoção de um modelo de financiamento em saúde baseado em resultados, apresentando, na sua estrutura, um diagnóstico da situação de partida, disponibilizando uma avaliação de *case studies* de modelos inovadores com características relevantes para a melhoria dos resultados em saúde e do seu financiamento.

Um modelo de cuidados de saúde baseado em resultados privilegia a adoção de inovação e a obtenção de ganhos em saúde, criando um círculo virtuoso de valor e de sustentabilidade para o sistema



DIAGNÓSTICO AO SISTEMA PORTUGUÊS

OS INCENTIVOS IMPLÍCITOS NO SISTEMA DEVERIAM PREMIAR A CAPACIDADE DOS HOSPITAIS OBTEREM GANHOS EM SAÚDE

Modelo de financiamento é essencialmente baseado em GDHs

O modelo de financiamento hospitalar para o internamento atual é um modelo misto, baseado em Grupos de Diagnósticos Homogêneos (GDHs) e financiamento per capita, sendo estes já uma evolução face ao modelo "fee-for-service" que vigora em diversos países europeus, mesmo na componente pública. Não obstante, fruto da experiência acumulada no SNS, há em 2016 uma vontade de continuar a evoluir o modelo para o pagamento por resultados em saúde, liderando o movimento europeu.

O modelo de GDHs apresenta alguns desafios no sentido em que condiciona o papel dos hospitais na seleção das práticas clínicas com maior valor para os doentes, nomeadamente a continuidade e integração de cuidados prestados em ambulatório ou o envolvimento de outros prestadores de cuidados.

De forma complementar, o modelo de pagamento por preço compreensivo aplicado a algumas doenças crónicas⁶ permite ao prestador escolher o plano de tratamento e integrar os diferentes atos numa só rubrica de financiamento estando, no entanto, ainda aquém de ser uma remuneração por sucesso terapêutico.

O planeamento estratégico plurianual nem sempre é implementado na prática

Apesar de constituir uma obrigação legal desde 2012, o planeamento estratégico dos hospitais a 5 anos ainda não é prática comum. Um efetivo planeamento plurianual permitiria aos hospitais contemplar uma remuneração pelos ganhos em saúde que estes conseguem atingir na população que servem, o que poderia incentivar a utilização das melhores práticas clínicas existentes. O planeamento plurianual pode também permitir monitorizar o desempenho da gestão dos hospitais no que toca a obtenção de ganhos em saúde para os doentes e à sua relação com a prescrição e despesa com medicamentos.

O planeamento plurianual pode também permitir monitorizar o desempenho da gestão dos hospitais no que toca a obtenção de ganhos em saúde

EXISTE PRESSÃO FINANCEIRA SOBRE O SISTEMA

O ajustamento recente na despesa em saúde impactou o medicamento

A redução da despesa pública em saúde nos últimos anos incidiu, de forma significativa, na despesa com medicamentos, através de diversas ferramentas de controlo orçamental. Entre elas contam-se medidas como a contribuição da indústria farmacêutica por *payback* (acordo entre a Indústria e o Governo), a redefinição dos países de referência para cálculo de preço, e a intensificação de negociações prévias à introdução de inovação, entre outras.

Existem diferenças na dedicação de recursos às tecnologias inovadoras entre hospitais

O foco nos *inputs* à produção pode contribuir para a perpetuação do modelo de prestação tradicional de cuidados. Neste cenário, tudo o que é novo tende a ser visto como inovador e as terapêuticas inovadoras são muitas vezes encaradas como um custo incremental e não substitutivo. Há ainda a considerar a variabilidade de tempos de adoção de práticas clínicas por parte dos hospitais, com impacto na equidade de acesso dos doentes à inovação. Ou seja, apesar de todos os prestadores pertencerem ao SNS, de acordo com a área de residência, o cidadão pode ter tempos de acesso distintos à inovação na prestação de cuidados de saúde.

O combate às desigualdades é um desafio global dos sistemas de saúde e têm sido realizados esforços no nosso país para a sua resolução. A organização de unidades hospitalares em *cluster*, para alinhamento de condições de acesso foi um dos exemplos registado no passado.

Mais recentemente, o INFARMED criou a Comissão Nacional de Farmácia e Terapêutica cujo objetivo principal se centrou na garantia de equidade de acesso em todo o país com a criação do Formulário Nacional do Medicamento.

A INTRODUÇÃO DE MEDICAMENTOS INOVADORES NO MERCADO PORTUGUÊS É ALVO DE NEGOCIAÇÃO INTENSA E, TIDA PELAS COMPANHIAS FARMACÊUTICAS, COMO COMPLEXA E MOROSA

O processo de decisão de financiamento de medicamentos em Portugal tem sido descrito pelas companhias farmacêuticas como sendo das mais complexas, devido à multiplicidade de processos e etapas de avaliação envolvidas. Contudo, este processo está em profunda mudança, com a implementação do SiNATS, um modelo de avaliação aperfeiçoado, mais eficaz, e previsivelmente mais célere.

Neste cenário, tudo o que é novo tende a ser visto como inovador e as terapêuticas inovadoras são muitas vezes encaradas como um custo incremental e não substitutivo

A MEDIÇÃO DE RESULTADOS É UMA PRÁTICA SISTEMATIZADA RECENTEMENTE, AINDA FOCADA EM DADOS DE PROCESSO

Um sistema de financiamento baseado em resultados em saúde implica a medição desses resultados através de processos de monitorização e seguimento, sendo fundamental a implementação de registos que recolham esses dados. Estes registos permitirão não apenas a medição de resultados, mas a identificação das melhores práticas clínicas associadas a esses resultados.

Apesar de já terem sido dados os primeiros passos nesse sentido em Portugal, os registos disponíveis podem ainda ser otimizados. Destacamos os mais robustos, embora abranjam um número limitado de patologias específicas: os Registos Oncológicos Regionais (ROR), o Si.VIDA, o Reuma.pt, o Derma.pt e, mais recentemente, o registo da Hepatite C. Embora sejam já bases de dados com uma recolha sistematizada de informação, os dados recolhidos são maioritariamente de índole epidemiológica privilegiando ainda de forma secundária a medição de resultados em saúde que sejam relevantes para os doentes (os denominados *Patient Reported Outcomes*).

No caso específico do registo Si.VIDA, por exemplo, os dados produzidos requerem ainda uma validação externa que ateste a sua fiabilidade, uma vez que o seu registo nem sempre é feito no momento do tratamento do doente, nem pelo mesmo médico, e depende da introdução manual dos dados a partir de documentos impressos e manuscritos. Adicionalmente, a atualização da base de dados pode demorar até 6 meses, não sendo comum a realização de auditorias independentes à mesma. Os ROR, por sua vez, apesar de transparentes, bastante compreensivos e alvo de atualizações periódicas, não abrangem ainda todas as doenças do foro oncológico e carecem de validação que garanta a recolha dos indicadores considerados relevantes à medição de resultados em saúde, nomeadamente indicadores de qualidade de vida reportados pelos doentes.

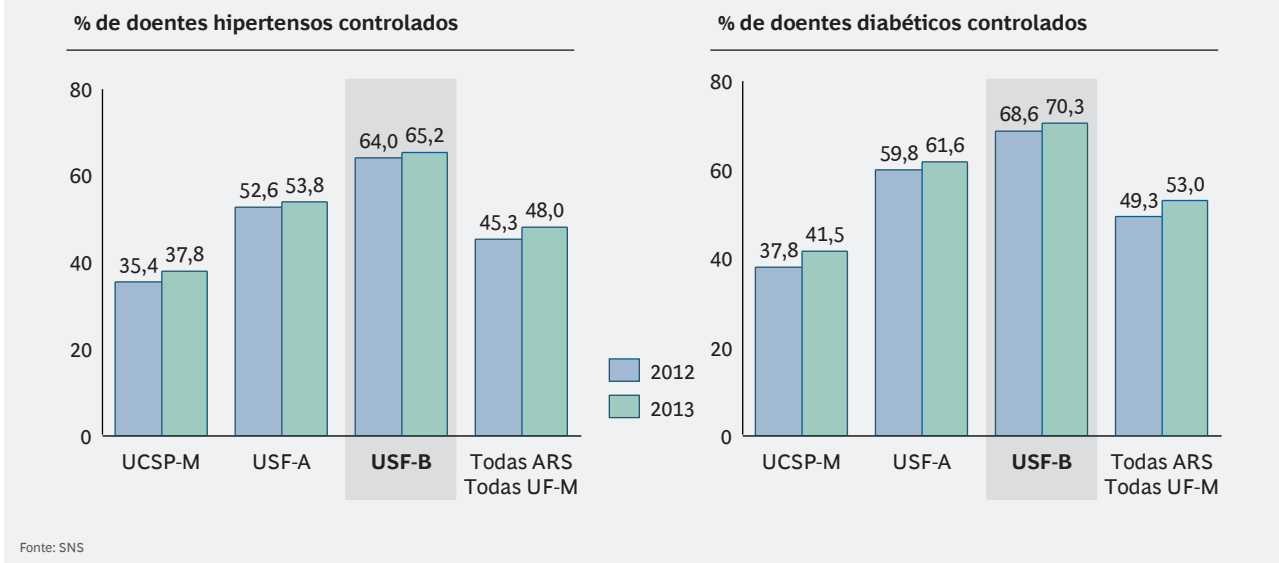
Estes registos permitirão não apenas a medição de resultados, mas a identificação das melhores práticas clínicas associadas a esses resultados

PORTUGAL TEM VINDO A DAR PASSOS IMPORTANTES NO SENTIDO DE UM MODELO DE SAÚDE MAIS BASEADO EM RESULTADOS

Foram criados incentivos para o tratamento de algumas doenças nos cuidados primários através da compensação dos médicos, enfermeiros e administrativos, com impacto no nível de controlo das doenças

A remuneração dos profissionais de saúde nas Unidades de Saúde Familiar (USFs) modelo B, com base na recolha e mensuração de indicadores relativos ao tratamento de doenças como a hipertensão e a diabetes, já demonstrou ter impacto positivo no controlo da doença (figura 7), uma vez que a taxa de doentes com hipertensão e de diabéticos controlados é mais alta nas USFs modelo B que nos Centros de Saúde tradicionais (UCSPs). Este é um dos bons exemplos em Portugal de como incentivos de gestão de saúde podem ter impacto nos resultados obtidos, se implementados de forma adequada⁷.

Figura 2 | Incentivos nas USFs modelo B parecem ter um impacto positivo no controlo das doenças



O SINAS é um sistema de avaliação dos hospitais que inclui 14 indicadores de resultados e tem já algum nível de transparência

Em 2009, a Entidade Reguladora da Saúde (ERS) implementou o SINAS, um sistema de avaliação dos hospitais. Os hospitais facultam os dados à ERS voluntariamente e são avaliados com base na excelência clínica, segurança, conforto das instalações, foco no utente e resultados. O *rating* mede 14 indicadores de resultado mas apenas publica os dados agregados em três níveis de classificação do hospital. À gestão hospitalar, o SINAS fornece uma informação adicional de posição do hospital no *rating*, que permite uma avaliação relativa de desempenho em cada indicador mas ainda pouco acionável para a melhoria de resultados. O SINAS é visto pela gestão hospitalar como um “*rating* transparente”, o que é fundamental para a utilização dos dados. Contudo, este modelo baseia-se também na autoavaliação realizada por cada entidade, podendo daí advir diferentes perceções, bem como diferentes níveis de exigência, no cumprimento dos vários parâmetros.

A ACSS criou um modelo de *benchmarking* hospitalar que permite a comparação de hospitais com as mesmas características em parâmetros de acesso, desempenho assistencial, segurança, volume, produtividade, e económico-financeiros

O processo de *benchmarking* entre as instituições hospitalares do SNS tem como objetivo fundamental melhorar o acesso e a qualidade do serviço prestado aos utentes e, simultaneamente, identificar aspetos particularmente relevantes em termos de melhoria do desempenho económico-financeiro das instituições. Torna-se fundamental a disponibilização de informação que permita comparar instituições de forma a explicar diferenças de desempenho, avaliar o potencial de melhoria de cada hospital nas principais áreas de atuação, e identificar alavancas operacionais de gestão corrente, melhores práticas, e programas transversais que permitam captar o potencial

Figura 3 | SINAS da ERS já mede 14 indicadores de resultados em saúde, mas não publica dados desagregados/quantitativos

Áreas de análise	Sub dimensões	Indicadores	
Excelência clínica	<ul style="list-style-type: none"> • Enfarte agudo do miocárdio • Cirurgia de revascularização do miocárdio • Cirurgia valvular • Cirurgia de ambulatório • Cirurgia do cólon • Cirurgia de revascularização arterial • Unidades de cuidados intensivos • Histerectomias • Acidente vascular cerebral • Partos e cuidados pré-natais • Artroplastias totais da anca e do joelho • Tratamento cirúrgico da fratura do fémur • Cuidados neonatais • Pneumonia • Avaliação da dor aguda • Tromboembolismo venoso no internamento 	<ul style="list-style-type: none"> • Mortalidade intra-hospitalar • Administração de ácido acetilsalicílico • Prescrição de beta bloqueador • ... • Avaliação da dor no pós-operatório • Cedência de contacto telefónico • ... • Administração de antibiótico pré-cirurgia • Seleção do antibiótico • Interrupção do antibiótico • Mortalidade intra-hospitalar em doentes da UCI • Mortalidade intra-hospitalar para doentes com tratamento cirúrgico de fratura proximal do fémur • ... • Taxa de mortalidade neonatal intra-hospitalar • ... • Dor moderada ou intensa em registos consecutivos em doentes cirúrgicos • ... 	
	Segurança do doente	<ul style="list-style-type: none"> • Eventos adversos • Procedimentos de segurança 	<ul style="list-style-type: none"> • Mortalidade em GDHs de baixa mortalidade • Úlcera de pressão de estágio III e IV • Infeção nosocomial (infeção associada à colocação de cateter central) • Fratura da anca no pós-operatório • Hemorragia ou hematoma no pós-operatório com necessidade de re-exploração • Infeção nosocomial (sépsis no pós-operatório) • Deiscência de sutura • Perfuração ou laceração accidental
	Conforto das instalações	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Ranking global</i> 	
	Focalização no utente	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Ranking global</i> 	
	Satisfação do utente	<ul style="list-style-type: none"> • Em desenvolvimento 	

Legenda: **Indicadores de resultado**

de melhoria identificado. A ACSS disponibiliza com periodicidade trimestral relatórios de *benchmarking* podendo observar-se tendências longitudinais. O número e tipologia de indicadores têm em consideração o Plano Nacional de Saúde e aproxima-se das metodologias internacionalmente adotadas com o objetivo de comparar o desempenho dos hospitais portugueses no contexto internacional. Esta abordagem reforçará a flexibilização do sistema de saúde possibilitando, a prazo, uma liberdade de escolha informada do utente entre diferentes prestadores públicos. Recentemente, a OCDE veio reconhecer este sistema como um dos mais avançados da Europa Ocidental⁸.

O SiNATS assumirá um papel preponderante num sistema de saúde baseado em resultados, conduzindo potenciais melhorias no acesso à inovação

No que concerne ao acesso à inovação, considera-se que os aspetos principais para um sistema baseado em resultados são a utilização de modelos de partilha de risco e a reavaliação das tecnologias já no mercado. Aspetos operacionais também importantes são, por exemplo, a redução dos prazos de avaliação, a separação do processo de avaliação e de negociação e a criação de “vias verdes” para medicamentos sem valor terapêutico acrescentado. A implementação do SiNATS representará assim um avanço no sentido de um sistema de avaliação baseado em resultados.

A implementação do SiNATS representará assim um avanço no sentido de um sistema de avaliação baseado em resultados

Alguns acordos já firmados entre as companhias farmacêuticas e o Estado demonstram a tendência de preparação do sistema para adotar a partilha de risco

Têm existido alguns exemplos de acordos de partilha de risco, com elementos importantes, que demonstram a preparação do sistema para este tipo de contratos. O exemplo mediático do tratamento para a Hepatite C crônica demonstrou dois possíveis elementos a considerar no estabelecimento de contratos de partilha de risco: a maximização do número de doentes a tratar através de um acordo de volume e a garantia de financiamento apenas em caso de sucesso terapêutico. Outros medicamentos foram negociados com partilha de risco orçamental, como um anticorpo monoclonal recentemente aprovado, que depois de ultrapassado um número definido de meses de terapia, a terapêutica passa a ser disponibilizada gratuitamente⁹.

PROPOSTA DE EVOLUÇÃO DO SISTEMA PORTUGUÊS

De acordo com Michael Porter, a reforma de um sistema de prestação de cuidados de saúde no sentido de um maior foco em resultados, deverá incidir, entre outras áreas, nos mecanismos de financiamento do sistema, direcionando-os para a melhoria do valor aportado para o utente, garantindo a consonância de todos os intervenientes do sistema neste objetivo¹⁰.

Tendo em conta os desafios que enfrenta o sistema Português, bem como a importância de garantir os melhores resultados em saúde em Portugal, o presente trabalho incide essencialmente em quatro áreas de recomendação que poderão contribuir para a evolução do modelo de financiamento do SNS, garantindo a melhor qualidade de prestação e equidade para os seus utentes.

Para tal, foi feita uma pesquisa exaustiva de *case studies* internacionais de sucesso, entrevistas a individualidades nacionais e internacionais com experiência e/ou conhecimentos reconhecidos nesta matéria e contou-se ainda com a colaboração de um painel de peritos independentes.

1. REMUNERAR A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE COM BASE NOS RESULTADOS OBTIDOS

Para maximizar os resultados em saúde torna-se necessário assegurar que o sistema de incentivos é adequado e que todos os *stakeholders* se alinham por este objetivo.

Uma das componentes mais importantes do sistema de incentivos respeita o modelo de remuneração dos prestadores de cuidados. Estes devem ser responsabilizados de forma objetiva pela evolução dos resultados em saúde da população por eles coberta e, por captar parte desses ganhos sob a forma de “mais verbas” para financiar a sua atividade. Desta forma, estabelecem-se incentivos ao investimento na promoção da saúde e acelera-se a adoção dos processos e tecnologias inovadores que mais criam valor.

Como já referido, um modelo de remuneração orientado para os resultados será aquele que, não só melhora a qualidade da saúde dos cidadãos, como também o tende a fazer com um menor investimento, assegurando a eficiência.

Financiamento dos prestadores de cuidados por preço compreensivo para um determinado procedimento, e dependente dos resultados, mostrou ter um impacto positivo

Esta lógica tem vindo a ser demonstrada nos casos onde o modelo foi implementado e analisado, como é o exemplo da Suécia, onde o financiamento dos prestadores de cuidados por preço compreensivo para um determinado procedimento, e dependente dos resultados, mostrou ter um impacto positivo, tanto na melhoria dos resultados dos doentes como na redução dos custos de tratamento. Neste exemplo, o pagador da região de Estocolmo implementou um esquema remuneratório por preço compreensivo para as cirurgias de colocação de prótese do joelho e da anca em que, para além da “garantia” de 2 anos dada pelo prestador para um conjunto de complicações, 10% do pagamento total varia de acordo com os resultados clínicos e os resultados reportados pelo doente.

Após 2-3 anos, a avaliação das consequências desta política identificou uma melhoria nas complicações pós-cirúrgicas de 15-20% e uma redução de 17% no custo por doente, tal como explicado na caixa "*Case-study 1* | Suécia: Um modelo de cuidados orientado para resultados".

As vantagens deste modelo de financiamento tendem a resultar da articulação de três fatores principais. Em primeiro lugar, existe um alinhamento da perspetiva dos gestores e corpo clínico com a dos utentes e a do pagador, na medida em que as verbas "seguem" critérios que são importantes quer para o sistema quer para o utente. Em segundo lugar, criam-se incentivos à identificação e resolução das ineficiências do sistema, isto é, a aumentar os resultados para um mesmo valor de despesa, dado que o "volume de procedimentos" deixa de ter tanto peso na definição das verbas. A gestão tem incentivos para identificar e disseminar as práticas clínicas com melhor relação custo-benefício, independentemente do montante de financiamento que agora representam. Por último, promove-se a adoção de tecnologias inovadoras com valor terapêutico compensatório face ao seu custo e que se irão materializar em melhores resultados em saúde.

Promove-se a adoção de tecnologias inovadoras com valor terapêutico compensatório face ao seu custo

Fica também patente que a capacidade deste modelo para materializar melhores resultados continua dependente do montante total disponível para os prestadores e, portanto, do nível de atividade passível de financiar. De qualquer forma, este modelo representaria sempre uma evolução face ao atual, dado o redirecionamento dos incentivos de “volume” para “resultados”, cabendo ao pagador determinar o seu nível objetivo com base na restrição financeira.

Desta forma, para materializar esta ambição tornar-se-ia recomendável a adoção de quatro medidas:

i) Promover a separação entre prestador e pagador através da autonomia e responsabilização do prestador de cuidados de saúde, de forma a maximizar os efeitos das modalidades de pagamento;

ii) Implementar um modelo de remuneração dos prestadores de cuidados dependente dos resultados em saúde alcançados, fazendo com que os critérios de financiamento das atividades de saúde passem a estar alinhados com os interesses dos utentes;

iii) Adotar um modelo de contratualização plurianual de objetivos e de financiamento, dando estabilidade aos prestadores de cuidados para definirem ações com impacto a médio-longo prazo;

iv) Avaliar a gestão via indicadores de desempenho globais para medição de resultados em saúde da comunidade e definir objetivos de evolução, monitorizando a execução e o impacto deste novo modelo de remuneração e desta forma criar um ciclo virtuoso de melhoria contínua.

i) Promover a separação entre prestador e pagador através da autonomia e responsabilização do prestador de cuidados de saúde

O Programa de Assistência Económica e Financeira veio interromper, ou mesmo fazer retroceder, o processo crescente de separação entre o prestador de cuidados de saúde e o pagador. Neste momento, parte das decisões gestionárias são centralizadas no Ministério da Saúde/Ministério das Finanças, podendo limitar a ação dos hospitais. Neste contexto, os incentivos criados pelas modalidades de pagamento são fortemente mitigados. Por outro lado, sendo a maioria das decisões essenciais centralizadas, os prestadores de cuidados desresponsabilizam-se pelos resultados alcançados. Assim, é necessário garantir a autonomia e responsabilização do prestador de cuidados de saúde.

ii) Implementar um modelo de remuneração dos prestadores de cuidados dependente dos resultados em saúde alcançados

De forma a remunerar os prestadores de cuidados com base em resultados, sugere-se a adoção de dois mecanismos integrados e complementares:

A) Valor por utente a cargo majorado com base nos resultados da comunidade

Como *baseline* do financiamento, e para suportar a maioria dos cuidados de saúde, sugere-se a implementação de um sistema de capitação onde os prestadores de cuidados são remunerados com base na dimensão da população da comunidade "alvo", com valor ajustado a fatores de risco gerais (por exemplo distribuição etária, nível de rendimento, literacia, *case mix*, sexo) e, principalmente, que seja majorado com base nos resultados globais obtidos face aos objetivos estabelecidos. Pretende-se assim uma evolução do atual sistema de financiamento *per capita* nacional, com base na literatura e experiências comparáveis. Este modelo pressupõe a partilha de financiamento entre os cuidados de saúde primários, secundários e até continuados, para que os responsáveis pela saúde da comunidade tenham ao seu dispor as alavancas adequadas a uma eficiente prestação dos cuidados e possam implementar uma abordagem *end-to-end* de gestão da saúde dos seus cidadãos. Neste contexto, o valor por utente a cargo reembolsa todos os procedimentos (i.e., prevenção, consultas, intervenções, internamentos, cuidados em ambulatório, etc.), excetuando aqueles que terão "valor compreensivo", abordados no ponto seguinte. Esta partilha de financiamento é fundamental para garantir o *continuum* e qualidade de cuidados especialmente nas condições sensíveis a cuidados de ambulatório¹¹.

O valor por utente a cargo reembolsa todos os procedimentos exceptuando aqueles que terão "valor compreensivo"

Este modelo permitiria assim a otimização dos recursos disponíveis de forma a atingir um dado nível de resultado, fomentando um maior investimento em prevenção (i.e., promoção da saúde) e em outras áreas com prazos mais longos de captação de valor.

B) Valor compreensivo ajustado a resultados para cuidados mais diferenciados

Para cuidados diferenciados, mais onerosos para o sistema, e que exigem uma maior concentração de competências, como tratamentos oncológicos, de infeciologia, transplantes e cirurgias reconstrutivas, sugere-se a implementação de um mecanismo de valor compreensivo, definido em função do doente/patologia ou por tipo de intervenção. Este valor seria ainda variável em função dos resultados finais alcançados

Desta forma é criado o incentivo aos prestadores para adotar as práticas clínicas que alcancem os melhores resultados para o doente

para o doente, quando estes sejam superiores ou inferiores aos limiares definidos. Desta forma é criado o incentivo aos prestadores para adotar as práticas clínicas que alcancem os melhores resultados para o doente. Neste modelo, seria financiada toda a cadeia de cuidados prestados ao doente, incluindo, por exemplo o seguimento pós-operatório e eventuais complicações, sendo o valor ajustado em função da situação clínica específica de cada doente, e ponderado com base nos parâmetros mais relevantes de desvio do custo face à média.

Para que possa ser materializado, este modelo exige uma avaliação detalhada dos custos associados às terapêuticas/procedimentos abrangidos, a definição de protocolos e de níveis mínimos de qualidade e resultados a alcançar, bem como a existência de registos de dados para que possa ser feita a monitorização da situação clínica de cada doente ao longo do processo terapêutico.

Este mecanismo permitiria a otimização do custo-benefício dos diferentes passos de uma dada terapia/procedimento em situações específicas mais complexas e cujo impacto no doente poderia ser desfasado no tempo.

CASE-STUDY 1 | SUÉCIA: UM MODELO DE CUIDADOS ORIENTADO PARA RESULTADOS

A. Sumário

- Na Suécia, o SLL, pagador da região de Estocolmo, introduziu o pagamento por *bundle* para a cirurgia da coluna vertebral em 2013 para controlar o custo dos tratamentos
- O pagamento inclui uma componente dependente dos resultados em saúde alcançados, incluindo resultados reportados pelo doente (PROMs), para incentivar os prestadores a partilharem parte do ganho dos resultados em saúde dos doentes
- Outros programas semelhantes já implementados mostram impacto significativo na otimização de resultados, medido em número de complicações, a um menor custo por doente
- Apesar dos aspetos positivos, existem alguns desafios, como por exemplo na definição adequada de "complicações" ou de valores de reembolso

B. Características principais a sublinhar do *case study*:

Pagamento por *bundle* por doente cobre ciclo completo de tratamento e incentiva prestadores a minimizar complicações e custos

- Prestador é responsável por complicações até 2 anos depois do tratamento, tendo desta forma um objetivo de médio prazo para os resultados dos doentes
- 10% do pagamento pode variar, entre +34% e -27%, com base nos resultados
- Parte dos resultados são medidos com base em PROMs

Doentes podem escolher hospitais com base em resultados públicos, criando competição entre prestadores

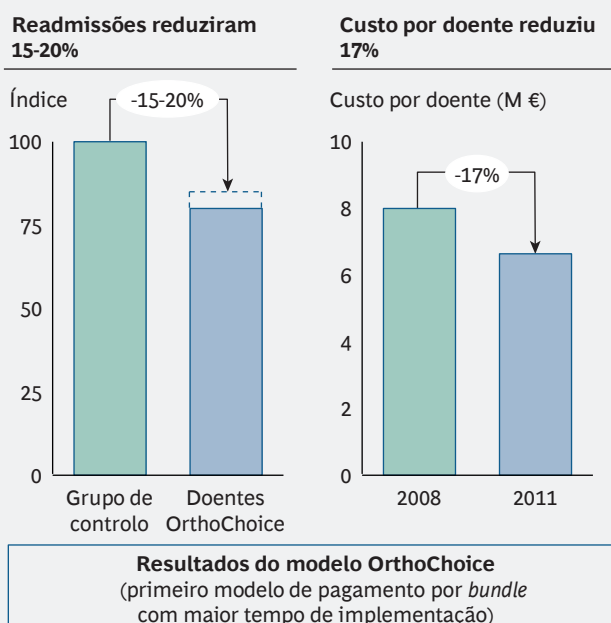
- Doentes têm informação pública sobre resultados, métricas de qualidade e tempos de espera de todos os prestadores, podendo escolher onde querem ser tratados, e criando competição entre prestadores
- Doentes elegíveis são definidos *a priori* com base no tipo de diagnóstico

É realizado um ajuste no pagamento com base no perfil e situação clínica do doente para mitigar o risco dos prestadores de saúde e garantir uniformidade do acesso à população

- Resultados são ajustados à idade, sexo, morbilidade e complexidade da cirurgia

C. Resultados

Resultados do primeiro modelo de pagamento por *bundle* implementado em 2011 para a cirurgia de substituição da anca e do joelho, OrthoChoice, demonstrou impacto significativo nos resultados e no custo



iii) Adotar um modelo de contratualização plurianual de objetivos e de financiamento

Considerando que os ganhos relevantes em saúde se materializam a médio e longo prazo (por exemplo através da alteração de comportamentos de prevenção da doença), tal como a eliminação de ineficiências no sistema (por exemplo através da alteração do padrão de utilização dos serviços de saúde), é fundamental que o financiamento dos prestadores permita alguma estabilidade plurianual: reduzindo-se a pressão do “imediate”, os investimentos a curto-prazo poder-se-ão refletir em melhores resultados a médio-prazo. Com a implementação deste modelo, os prestadores poderão acordar objetivos a alcançar nos diferentes níveis de cuidados de saúde e planear adequadamente a melhor forma de os cumprir, podendo considerar novas práticas de adoção de inovação, identificando-se no processo o que melhor resulta para cada uma das situações.

O sucesso deste modelo passará, em parte, pela definição de prioridades de saúde nacionais e/ou regionais, de modo a garantir-se que o planeamento contempla objetivos e alocação de recursos alinhados com a estratégia para o sistema.

iv) Avaliar a gestão através da definição de indicadores de desempenho globais para medição de resultados em saúde da comunidade e definir objetivos de evolução

Torna-se essencial definir um conjunto de indicadores de desempenho globais que possibilitem a medição e avaliação dos resultados atingidos nessa comunidade

A gestão de um modelo de financiamento baseado no valor implica a monitorização contínua do cumprimento dos objetivos estabelecidos para a comunidade, de modo a indexar o financiamento das equipas de gestão a esses indicadores, avaliar o impacto do novo modelo, e assegurar mecanismos de melhoria contínua. Para tal, torna-se essencial definir um conjunto de indicadores de desempenho globais que possibilitem a medição e avaliação dos resultados atingidos nessa comunidade. É importante reiterar que, por comunidade, refere-se também aos cidadãos que não recorrem aos cuidados de saúde para que os indicadores de desempenho reflitam os resultados da totalidade da população. Estes indicadores deverão incluir, entre outros, aqueles que estabelecem a majoração do valor por utente a cargo com base em resultados.

CASE-STUDY 2 | KAISER: MODELO INTEGRADO DE CUIDADOS DE SAÚDE DEFINIDOS PARA A COMUNIDADE

A. Sumário

- A Kaiser Permanente (KP) é uma instituição integrada de cuidados de saúde nos EUA, com uma comunidade de ~10M de membros, constituída por um pagador e uma rede de prestadores
- Por integrar o pagador e prestadores numa empresa privada, tem incentivos alinhados para otimizar custos e ganhos em saúde da comunidade a longo-prazo
- Cada prestador define conjuntamente com o pagador, o orçamento dos hospitais com base em planeamento estratégico que define o seu orçamento fixo
- A KP tem incentivos ligados aos ganhos em saúde da população de segurados, sendo que 75% dos KPIs que constituem a compensação dos médicos e a gestão são de responsabilidade partilhada

B. Características principais a sublinhar do case study:

A KP cobre a população de doentes segurados, tendo que gerir a saúde da sua comunidade

- KP é responsável por todos os custos em saúde da comunidade, acordados por um preço fixo por doente
- Modelo incentiva a prevenção da doença e seguimento dos doentes de forma a minimizar custos futuros com tratamentos

O orçamento para os seus hospitais é definido com base num processo de planeamento estratégico

- Planeamento conjunto e plurianual entre pagador, hospitais e médicos, com base na previsão das “necessidades” e nos objetivos da sua evolução (i.e. redução das “necessidades”)

A KP acorda um orçamento anual fixo com os hospitais que têm incentivos para o otimizar

- Montante fixo com base no volume planeado para o ano de procedimentos dos hospitais
- Hospitais retêm o excedente orçamental se otimizarem custos

Stakeholders da KP são avaliados e remunerados com base nos resultados da comunidade

- Médicos e gestão hospitalar partilham 75% dos KPIs (i.e. são métricas comuns e globais)
- Resultados em saúde dos doentes são métricas chave

Outras possíveis medidas a implementar:

Expandir o modelo de prestação integrada de cuidados na comunidade

Para maximizar o valor aportado pelo modelo de financiamento com base em resultados é fundamental que os cuidados de saúde primários e secundários estejam integrados. O mapeamento do percurso terapêutico dos doentes constitui uma etapa chave para a gestão e otimização do financiamento por utente a cargo. A gestão deverá ser assegurada por uma entidade independente das instituições e ser responsável pela alocação ótima do financiamento entre os prestadores de cuidados dentro da comunidade.

Criar um sistema de regulação do cumprimento dos protocolos de tratamento por parte dos prestadores de cuidados de saúde

De forma a garantir uma gestão ótima dos cuidados de saúde a nível da comunidade, é importante desenvolver um sistema de regulação do cumprimento dos protocolos de tratamento definidos. Este sistema visa garantir que os cuidados de saúde na comunidade são homogéneos e que os procedimentos terapêuticos são prescritos de forma adequada, conforme definido a nível central, para os doentes elegíveis. Podem ser considerados incentivos e/ou penalizações de natureza financeira associados ao cumprimento, ou não, dos protocolos estabelecidos.

Manter a possibilidade de "liberdade de escolha" pelos utentes, mas apenas nos cuidados com preço compreensivo face ao preço por utente a cargo

Para fomentar a “competição” entre prestadores de cuidados diferenciados e potenciar a política de incentivos direcionada aos ganhos em saúde, seria importante manter a liberdade de escolha no acesso aos cuidados disponíveis. Paralelamente, para os cuidados primários, permitir-se-ia manter a escala e responsabilidade local, mitigando desvios relevantes face ao preço por utente a cargo por seleção adversa. Esta medida beneficiaria os melhores prestadores de cuidados diferenciados, em detrimento dos piores, apoiando a análise futura da distribuição das especialidades médicas pelos centros de referência e por hospitais com menor desempenho.

Para suportar a liberdade de escolha, é fundamental divulgar publicamente os resultados de saúde por cada prestador. Esta informação deve ser partilhada ao cidadão de uma forma entendível.

Assegurar a participação ativa do cidadão na gestão da sua saúde

Enquanto parte integrante do sistema, os cidadãos devem ter uma participação ativa na gestão da sua saúde, devendo ser capacitados e responsabilizados para o fazer. Torna-se assim crucial aumentar o nível de literacia em saúde dos cidadãos e fomentar a implementação de programas de acompanhamento e de adesão à terapêutica que os auxilie no atingimento das metas terapêuticas.

Esta necessidade ganha especial relevo numa era de implementação de sistemas de partilha de risco, entre pagador, prestadores e fornecedores, já que o utente tem um papel fundamental nos resultados terapêuticos por si alcançados. Como atualmente não existe base legal para permitir a intervenção de privados em programas de apoio e adesão à terapêutica, seria importante reanalisar a viabilidade destas parcerias, mediante critérios bem estabelecidos, com vista à melhoria dos resultados em saúde.

PRIORIDADES DE ATUAÇÃO

Conduzir um piloto numa área terapêutica específica para testar o modelo de preço compreensivo

Usando como referência áreas de intervenção que já recebem um valor capitolacional, de que são exemplo a gestão da infeção por VIH/SIDA e algumas patologias oncológicas, propõe-se desenvolver o modelo, introduzindo a responsabilização por todo o circuito de cuidados prestados e a componente de resultados em saúde. Neste piloto, far-se-ia a medição e comparação dos resultados obtidos face a um histórico, avaliando assim o nível de qualidade dos cuidados prestados bem como a despesa associada, e testando

o modelo de financiamento baseado em resultados em saúde.

Desenvolver um modelo global para um hospital de complexidade média

Introduzir o modelo por utente a cargo num hospital de complexidade média cuja percentagem de cuidados diferenciados seja menor, de forma a simplificar o cálculo do valor por utente a cargo e permitir aprendizagens que sustentem a implementação do modelo em hospitais com mais valências e maior complexidade (validando face ao índice de case mix).

2. REFORÇAR E OTIMIZAR O FINANCIAMENTO DE MEDICAMENTOS E OUTRAS TECNOLOGIAS DE SAÚDE INOVADORAS

Nas últimas décadas a inovação farmacológica tem sido considerada consistentemente um dos principais vetores da melhoria dos resultados em saúde das populações. Portugal é, atualmente, o país com menores gastos *per capita* em medicamentos e o país com a menor quota de medicamentos inovadores da Europa Ocidental, sendo recorrente a discussão sobre o subfinanciamento de medicamentos, particularmente no contexto do acesso à inovação nos hospitais do SNS.

No modelo atual, onde o financiamento do medicamento é indireto, integrando o orçamento global dos hospitais e sem verbas cativas, não são identificáveis quer as preferências de utilização dos medicamentos pelos hospitais, quer a ausência de verbas dedicadas a determinados medicamentos.

No sentido de salvaguardar a melhoria contínua de resultados em saúde em Portugal e a alocação equitativa de recursos, torna-se fundamental reforçar e otimizar as verbas disponíveis para os medicamentos e outras tecnologias da saúde inovadoras.

Para concretizar este objetivo, são propostas duas medidas:

i) Aumentar verbas disponíveis para a inovação, suprimindo necessidades reais, dado o seu contributo direto para a melhoria dos resultados em saúde da população;

ii) Criar fundo dedicado a medicamentos inovadores com reembolso centralizado que permita assegurar a equidade e a celeridade no acesso dos doentes.

i) Aumentar verbas disponíveis para a inovação, suprindo necessidades reais

É necessário consensualizar entre prestadores, pagadores e fornecedores, ouvidos os doentes e os cidadãos em geral, qual o grau de inovação que merece ser recompensado em preço

É necessário consensualizar entre prestadores, pagadores e fornecedores, ouvidos os doentes e os cidadãos em geral, qual o grau de inovação que merece ser recompensado em preço, transformando a forma tradicional de encarar a introdução de terapêuticas inovadoras como um custo incremental e não substitutivo.

Para isso, é crucial uma reflexão política, onde sejam identificados os critérios adequados para suportar um nível de investimento que resulte numa despesa adequada em medicamentos para os utentes portugueses, acima dos atuais 2 mil milhões de euros acordados com a indústria farmacêutica nos últimos anos. Estes critérios podem ser definidos, por exemplo, face à despesa *per capita* com medicamentos noutros países europeus, podendo-se segmentar os países de acordo com o grau de comparabilidade com o caso português, e ajustar o valor pelas especificidades locais.

Como exemplo ilustrativo, um reforço da despesa de forma a percorrer 25% da distância face à média europeia da despesa *per capita* colocaria o orçamento de medicamentos em cerca de 2,6 mil milhões de euros, com Portugal ainda assim a ocupar o último lugar nesta métrica. Este reforço teria assim um impacto limitado tanto no Orçamento de Estado (0,5%), como no orçamento da Saúde (4%), mas um esperado impacto positivo na vida de muitos utentes.

ii) Criar fundo dedicado a medicamentos inovadores com reembolso centralizado

Sugere-se que o novo modelo de financiamento integre um fundo dedicado a medicamentos inovadores, com reembolso centralizado

De forma a assegurar a equidade e a celeridade no acesso ao medicamento, sugere-se que o novo modelo de financiamento integre um fundo dedicado a medicamentos inovadores, com reembolso centralizado. Este fundo apresenta duas grandes vantagens: (i) cativa verbas específicas para medicamentos, garantindo que estas são efetivamente dedicadas a medicamentos inovadores e (ii) reembolsa os medicamentos a nível central, à semelhança do ambulatório, o que permite um acesso global por todos os hospitais com doentes elegíveis para estes medicamentos e garante a equidade no sistema.

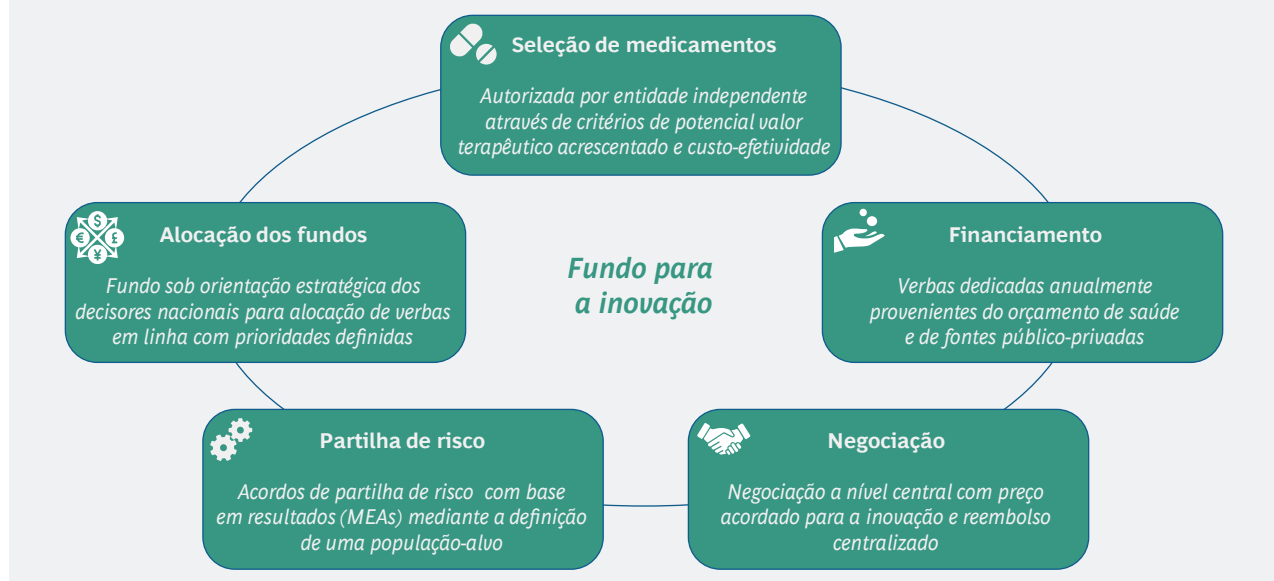
Para promover a sustentabilidade do fundo e para que este fosse um investimento com retorno positivo para a saúde, a sua cobertura seria específica para medicamentos inovadores e apenas durante os primeiros 2-3 anos após a sua autorização de introdução no mercado. Este sistema permitiria, ao mesmo tempo, o acesso célere do doente ao medicamento e permitiria testar em ambiente clínico real o valor terapêutico da inovação no período de tempo definido.

O fundo deve apresentar características que fomentem a sua adequada operacionalização:

Alocação dos fundos

O fundo atuaria sobre orientação estratégica dos decisores nacionais na área da saúde garantindo-se assim a alocação de verbas em linha com as prioridades definidas centralmente, ou seja, abrangendo o conjunto de patologias ou condições para as quais se entendesse ser determinante o acesso a medicamentos inovadores para a melhoria dos resultados.

Figura 4 | A criação de um fundo dedicado a financiar a inovação estaria apoiado pela utilização de MEAs



Seleção de medicamentos

A introdução de medicamentos inovadores para o fundo deveria ser autorizada por uma entidade independente, através de critérios definidos que avaliem o potencial valor terapêutico acrescentado e a sua custo-efetividade.

Financiamento

O fundo deveria ter verbas dedicadas anualmente, provenientes, em parte, do orçamento de saúde, e em parte de outras fontes público-privadas como por exemplo, a consignação das poupanças em medicamentos ou de impostos relacionados com a saúde (por exemplo, imposto sobre o tabaco).

Negociação

O fundo permitiria negociar contratos para os medicamentos, a nível central, com base na escala de todo o país, e com um preço acordado para a inovação, retirando assim o peso da mesma dos orçamentos dos hospitais que, até aqui, são responsáveis pelo seu pagamento integral sob a forma de AEs.

Identificam-se 5 grandes passos neste processo: (1) acordo com entidade responsável pela avaliação de tecnologias de saúde para definição da população-alvo e verba necessária para o medicamento, (2) negociação central das condições comerciais e disponibilização aos hospitais, (3) compra pelos hospitais diretamente à indústria farmacêutica no seio das suas normais relações, ainda que limitadas aos valores máximos definidos, (4) disponibilização do medicamento à população-alvo via prescrição e registo clínico do utente no sistema de suporte, (5) reembolso central, via

fundo, das despesas dos hospitais com o medicamento, após validação de elegibilidade a partir do registo clínico.

CASE-STUDY 3 | ITÁLIA: SISTEMA ITALIANO PROMOVE ACESSO EQUITATIVO ATRAVÉS DO ORÇAMENTO CENTRAL

A. Sumário

- Ministério da Saúde define centralmente o orçamento com medicamentos, alocando-o às regiões com base em volume de doentes
- Regulador AIFA define orçamento com cada farmacêutica e negocia preços máximos, sendo a compra feita localmente
- Verbas definidas centralmente são complementadas com mecanismo de *clawback* que garante a equidade das regiões
- No entanto, modelo exige mecanismo de controlo da prescrição através da criação de registos com complexidade acrescida

B. Características principais a sublinhar do case study:

Orçamento central cativo para medicamentos em geral e para inovadores em particular

- 11% dedicados a ambulatório e 3,5% a hospitalar
- Existem *clawbacks* acordados para os dois orçamentos
- Parte do orçamento hospitalar é dedicado para a inovação e outra parte foi dedicada para Hepatite C

AIFA define orçamento com cada farmacêutica e negocia impacto

- Define população elegível para os medicamentos
- Análise de impacto orçamental da negociação ligada ao orçamento

Fundo para inovação financiado pelo estado e indústria para garantir acesso equitativo

- Financiamento da indústria através de *clawback* dos gastos em inovação calculado com quotas do mercado total de medicamentos

AIFA define quais são os medicamentos inovadores no processo de avaliação

- Definição dos medicamentos elegíveis para “orçamento de inovação”
- Inicialmente foi definido um processo “algorítmico” mas por ser complexo passaram a adotar um processo de avaliação mais simples

AIFA utiliza mecanismos de controlo da prescrição

- Registos implementados, necessários à prescrição, controlam hospitais/médicos
- Hospitais que não introduzem os dados do doente no registo têm que pagar por medicamentos

Regiões têm autonomia na inclusão de formulários e *guidelines*

- Exceto para lista de medicamentos inovadores que tem inclusão obrigatória nos hospitais

Partilha de risco

A implementação de MEAs, acordos de partilha de risco com base em resultados, visa assegurar a utilização eficiente e equitativa das verbas, gerindo o risco inerente à inovação. Para tal é crítico [1] definir os critérios do acordo, tais como a população-alvo e as normas terapêuticas subjacentes, [2] criar registos nacionais com ligação aos centros hospitalares para garantir o cumprimento dos critérios estabelecidos e [3] implementar um sistema de incentivo/penalização relativo ao preenchimento dos registos nos hospitais.

Outras possíveis medidas a implementar:

Reduzir as ineficiências do SNS e reinvestir as poupanças na área da saúde

Sugere-se que parte do financiamento para o aumento das verbas a serem disponibilizadas para a inovação seja proveniente das poupanças obtidas com a redução de ineficiências do SNS, mantendo-se assim o orçamento de saúde e criando mais valor. Para tal, seria necessário implementar medidas de médio e longo prazo que corrijam as ineficiências do sistema, indo além do esforço já feito ao nível dos medicamentos (através da redução dos preços), e abrangendo áreas como a gestão de recursos humanos, gestão da rede hospitalar, redução de desperdício e melhoria da coordenação e estratégia de saúde

Garantir a substituição de tecnologias com valor clínico e/ou económico já superado

Outra possível fonte de financiamento de medicamentos inovadores é a substituição de tecnologias consideradas obsoletas. Para tal, é fundamental implementar os mecanismos de reavaliação previstos no SiNATS, de modo a garantir que os medicamentos com valor clínico e/ou económico já superado sejam retirados do sistema e canalizar a despesa para as tecnologias que aportam maior eficiência clínica e comportabilidade económica

Consignar receitas/poupanças em medicamentos aos medicamentos, bem como impostos relacionados

Para suprir as necessidades crescentes do financiamento da inovação é necessário criar mecanismos que “alimentem” a verba dedicada à inovação, através da otimização da despesa global com medicamentos, ou através de impostos relacionados. Seriam exemplos o reinvestimento na poupança alcançada pelos genéricos ou as contribuições da APIFARMA através do Acordo com o Governo

Adotar um princípio da orçamentação adequada do valor das despesas em saúde (vs. suborçamentação crónica)

Ao contrário de uma gestão baseada em retificativos, sugere-se a adoção de um princípio da orçamentação mais adequada ao valor das despesas em saúde, face à suborçamentação crónica dos hospitais, que apresentam défices sucessivos. A obtenção de um valor mais adequado passaria pelo planeamento plurianual de objetivos e definição do orçamento dos hospitais

3. REFORMAR O MODELO DE ACESSO A TECNOLOGIAS DE SAÚDE

Para criar um sistema de saúde baseado em resultados, é crucial reformar o modelo de acesso às tecnologias de saúde, introduzindo critérios de determinação da sua efetividade e, em paralelo, reduzir os atrasos processuais.

À semelhança do financiamento dos prestadores com base em resultados, também as tecnologias de saúde devem ser remuneradas com base no valor real criado para os doentes

À semelhança do financiamento dos prestadores com base em resultados, também as tecnologias de saúde devem ser remuneradas com base no valor real criado para os doentes. Desta forma, para um determinado nível de despesa com medicamentos, o pagador pode assegurar a obtenção dos melhores resultados possíveis e os prestadores têm a informação necessária para selecionar a inovação que aporta os melhores resultados para os seus doentes. Torna-se, portanto, fundamental implementar um sistema que meça os resultados das tecnologias em saúde e que lhes atribua o valor correspondente. É igualmente imprescindível solucionar o atraso e as iniquidades de acesso à inovação.

São objetivos do SiNATS garantir a utilização eficiente dos recursos públicos em saúde, monitorizar a utilização e a efetividade das tecnologias e promover o acesso equitativo às mesmas, pelo que a sua correta implementação poderá colmatar as lacunas até aqui observadas. Para além das medidas já tomadas na reforma do modelo de acesso às tecnologias de saúde, destacam-se aqui 3 medidas consideradas essenciais para o seu sucesso:

i) Cumprir os prazos máximos definidos, limitando tempos de espera para os doentes e melhorando a transparência na avaliação das tecnologias;

ii) Introduzir o reembolso temporário e condicional a evidência científica de modo a assegurar um

acesso mais célere e alavancar a obtenção de dados de vida real;

iii) Garantir a vinculação ao formulário nacional único de forma a reduzir a complexidade dos processos pós-decisão de comparticipação.

i) Cumprir os prazos máximos definidos

Para que a inovação seja disponibilizada ao doente com a máxima celeridade possível, e sob as melhores condições de acesso, há cumprir os prazos de avaliação atualmente em vigor. Esta medida é essencial para garantir o acesso equitativo dos doentes ao medicamento, limitando a necessidade de pedidos de AE, permitindo aos pagadores, prestadores e fornecedores antecipar e preparar o acesso às tecnologias introduzidas, adicionando previsibilidade e transparência ao sistema.

CASE-STUDY 4 | ITÁLIA: ACESSO CÉLERE A MEDICAMENTOS ATRAVÉS DE MEAs

A. Sumário

- Sistema Italiano introduziu os MEAs em 2006 com o objetivo de introduzir os medicamentos rapidamente, testando a eficiência clínica com base em resultados e partilhando o sucesso dos resultados com a indústria farmacêutica
- MEAs são o mecanismo utilizado para mitigar o risco da entrada precoce dos medicamentos, tanto a nível de impacto orçamental como de incerteza clínica
- Negociação baseia-se nos níveis de incerteza clínica e orçamental e na identificação do tipo de contrato para mitigar incerteza
- Em contrapartida, MEAs introduzem complexidade, requerendo sistemas de registos e monitorização da prescrição

B. Características principais a sublinhar do case study:

Sistema focado no acesso célere do doente a medicamentos inovadores através de MEAs

- Estimam-se tempos de avaliação reduzidos em 250 dias pela introdução de MEAs

Permite também renegociar preço dos medicamentos introduzidos com base em dados de vida real

- Eficiência clínica e económica registada e avaliada durante um período definido serve para renegociar/ajustar preços e modelo contratual com indústria

Comité de avaliação da AIFA estima impacto orçamental e analisa eficiência económica

- MEAs mitigam risco, retirando alguma relevância ao processo inicial de negociação de preços

Negociação centra-se na incerteza orçamental e/ou clínica e na correspondente mitigação

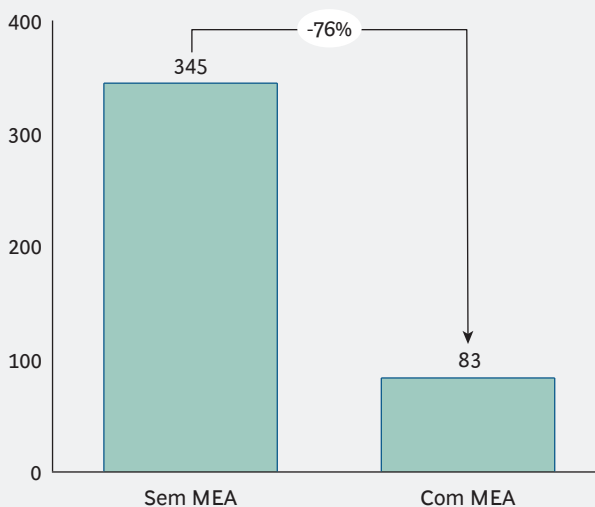
- Termos do contrato MEA incluem ajuste dos gastos com o medicamento através (i) do desempenho clínico e/ou (ii) do impacto orçamental do tratamento

Registos desenvolvidos permitem monitorizar a prescrição dos medicamentos e os resultados

- Existem 127 registos, que correspondem a cada um dos MEAs em vigor
- Prescrição monitorizada em detalhe
- Hospitais/médicos responsabilizados financeiramente caso não introduzam dados do doente

Tempos de avaliação reduzidos em 250 dias pela introdução de MEAs

Tempo entre AIM e acesso (dias)

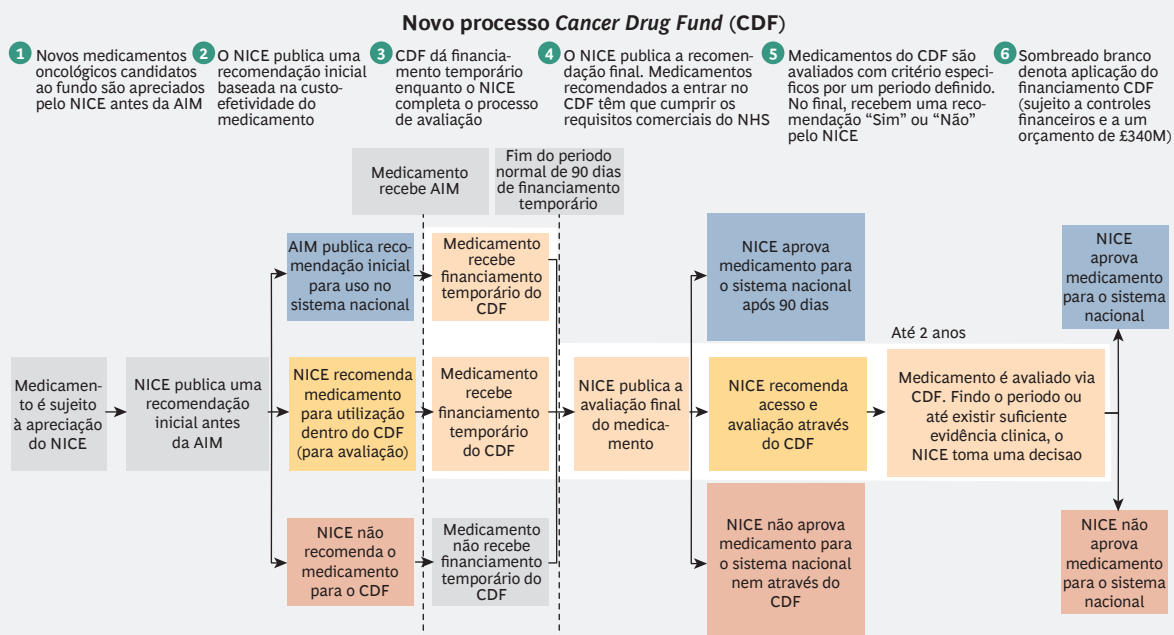


CASE-STUDY 5 | CDF: NOVO MODELO DEDICADO AO ACESSO PRECOCE CONDICIONAL À OBTENÇÃO DE DADOS DE VIDA REAL

A. Sumário

- Fundo criado em 2011 com orçamento de £200M anuais, dedicado ao financiamento de medicamentos oncológicos. Processo de seleção de medicamentos separado do NICE, com critérios de avaliação menos restritivos
- Dada a despesa acima do limite previsto e críticas de sobre-utilização do fundo, vai ser adotado novo modelo de MEA para financiar a inovação nos primeiros 2 anos de introdução no mercado
- Mesma verba isolada, reforçada para £340M anuais, vai financiar a entrada célere e temporária de medicamentos, mediante obtenção de dados de vida real, e de forma integrada no processo de avaliação do NICE
- Modelo vai ter risco controlado de despesa em medicamentos com menor eficácia e permitir acesso acelerado ao doente

B. Características principais a sublinhar do case study:



Mecanismo MEA financia acesso célere para obtenção de dados de vida real

- Medicamentos com eficácia clínica incerta, mas com potencial de inovação, vão receber recomendação do NICE para financiamento temporário
- Decisão interina aos 90 dias e decisão até 2 anos sobre inclusão no sistema nacional

Processo integrado de avaliação com NICE para todos os medicamentos oncológicos

- Todos os medicamentos oncológicos vão passar pelo mesmo processo do NICE
- Processo vai ser mais acelerado, ter mais recursos para análise e deverá produzir uma recomendação antes da AIM

ii) Introduzir o reembolso temporário e condicional a evidência científica de modo a assegurar um acesso mais célere e alavancar a obtenção de dados de vida real

Para promover um acesso mais célere de medicamentos considerados disruptivos, mas cujos dados clínicos não permitem uma avaliação completa do seu nível de custo-efetividade (ou custo-eficácia), sugere-se a introdução de mecanismos de reembolso temporário e condicional à obtenção de dados de vida real que atestem o valor do medicamento. Desta forma o pagador assegura a determinação do valor da inovação.

Estes mecanismos funcionariam de forma integrada com o processo “normal” de avaliação de tecnologias, devendo reger-se por critérios de seleção e recolha de dados que permitam a sua correta avaliação e por prazos bem estabelecidos, findos os quais deve decidir-se sobre o financiamento permanente do medicamento.

iii) Garantir a vinculação ao formulário nacional único

Após decisão positiva de financiamento do medicamento, o acesso deve ser simples, célere e equitativo. Para isso, é fundamental garantir na prática, a vinculação ao formulário nacional único, como preconizado na sua criação.

O SiNATS contempla já a inclusão dos medicamentos com decisão positiva de financiamento no formulário nacional único, sendo este parecer assegurado pela CNFT durante o processo de avaliação do medicamento. Pretende-se com esta vinculação, diminuir a complexidade dos processos dentro das instituições, sem no entanto substituir a decisão clínica e farmacêutica sobre a utilização do medicamento, que continuará sempre a cargo do prescriptor.

Outras possíveis medidas a implementar:

Separar os processos de avaliação e de negociação para distinguir o papel do regulador e pagador

Atualmente, não existe uma distinção clara entre o processo de avaliação técnica, para definição do valor clínico e económico das tecnologias, e o processo de negociação das condições contratuais. O papel do regulador e do pagador deve ser separado para aportar transparência ao sistema, individualizando a avaliação das tecnologias da saúde que será pública e terá um prazo definido, da negociação que estará a cargo do pagador.

Clarificar e publicar o procedimento de avaliação, os critérios utilizados e respetivos relatórios

Tal como proposto no âmbito da implementação do SiNATS, é importante clarificar o processo de avaliação, de forma a assegurar a homogeneidade do processo para todas as tecnologias. Os critérios usados devem ser definidos *a priori* e ter critérios claros. O resultado destes critérios deve ser publicado, acompanhando cada decisão de avaliação.

Monitorizar o cumprimento dos critérios de elegibilidade para os medicamentos

De forma a salvaguardar a sustentabilidade do SNS, o cumprimento dos critérios de elegibilidade para os medicamentos deve ser monitorizado. As Comissões de Farmácia e Terapêutica, pelas suas competências e atividade, estarão capacitadas para manter esta responsabilidade ao nível de cada hospital.

4. MONITORIZAR OS RESULTADOS EM SAÚDE

A monitorização de resultados em saúde é fundamental para a materialização do modelo proposto para financiamento de cuidados de saúde e acesso à inovação. De forma a financiar os prestadores com base nos resultados em saúde, renegociar o preço dos medicamentos com base em dados de efetividade e suportar a estruturação de MEAs, é necessário criar e/ou melhorar registos nacionais sólidos para a recolha e análise dos dados.

Para além de suportarem as tomadas de decisão por parte do regulador, dos prestadores de cuidados de saúde e dos próprios fornecedores de tecnologias, é fundamental que os dados sejam publicados, potenciando a transparência dos mesmos, e apoiando assim a liberdade de escolha dos utentes. Este fenómeno pode vir a ter fortes consequências na melhoria dos resultados em saúde pela comparação e adoção de melhores práticas, e possivelmente, pela competição gerada entre os prestadores de cuidados.


De forma a criar um sistema transparente de monitorização de dados, são propostas três medidas:

- i) **Adotar indicadores de resultados em saúde para prestadores de cuidados** correspondentes às melhores práticas internacionais;
- ii) **Criar sistema de registos nacionais que reúna dados dos atuais registos regionais e/ou de base hospitalar e monitorizar dados;**
- iii) **Analisar e publicar dados.**

i) Adotar indicadores de resultados em saúde para prestadores de cuidados

Sendo os resultados em saúde uma variável chave no modelo proposto, constituindo tanto a base da avaliação clínica e económica dos medicamentos, como da decisão de financiamento dos prestadores de cuidados, é crucial que sejam adotados indicadores que reflitam os resultados em saúde mais importantes para os doentes e, por sua vez, para o sistema. Esta adoção é especialmente importante uma vez que, dependendo dos indicadores selecionados para a medição dos resultados, os incentivos tenderão a ser alocados à melhoria desses mesmos indicadores.

Figura 5 | Por resultados em saúde entendem-se resultados clínicos de um doente e aqueles que ele reporta sentir (i.e. PROMs)

Exemplo ilustrativo do  **ICHOM**

Tipos de indicadores	Cancro da Próstata	Demência
<p>Resultados em saúde</p> <p>PROMs</p>	<ul style="list-style-type: none"> Taxa de sobrevivência Desenvolvimento de metástases Complicações agudas do tratamento Nível de fadiga Nível de dor Função erétil 	<ul style="list-style-type: none"> Taxa de mortalidade Nível de demência (Re-)Admissões no hospital Qualidade de vida e bem-estar Progressão da doença
Indicadores clínicos	<ul style="list-style-type: none"> Pontuação de <i>Gleason</i> Estádio do tumor 	<ul style="list-style-type: none"> Tipo de demência Incidência de problemas cardiovasculares
Indicadores de processo	<ul style="list-style-type: none"> Administração de quimio ou radioterapia Administração de ADT¹ 	<ul style="list-style-type: none"> Número de medicamentos prescritos Antidepressivos prescritos

1. ADT = *Androgen Deprivation Therapy*
 Nota: PROMs = Patient Reported Outcome Measures

Para permitir a comparabilidade entre os sistemas e aproveitando os estudos e validações já efetuados, sugere-se a adoção de indicadores definidos e utilizados internacionalmente como por exemplo, os indicadores do ICHOM, que representam as melhores práticas de indicadores para diferentes áreas terapêuticas e para as diferentes indicações.

Para além das variáveis clínicas de relevo, tais como a sobrevivência global ou redução das complicações do tratamento, é fundamental proceder à recolha de indicadores de qualidade de vida valorizados pelo doente, conhecidos como PROMs¹², como por exemplo o nível de fadiga ou dor.

ii) Criar sistema de registos nacionais que reúna dados dos atuais registos regionais e/ou de base hospitalar e monitorizar dados

Deve ser criado um sistema de registos para as diferentes áreas terapêuticas que garanta a consistência e permita uma implementação uniforme e acelerada em todo o país. O sistema de registos deve reunir os dados dos atuais registos regionais e/ou de base hospitalar que continuarão a existir por razões de subsidiariedade. A informação deverá ser coligida de forma homogénea e obrigatória em todos os prestadores de cuidados de saúde, devendo ser igualmente alvo de auditorias independentes frequentes para garantia da transparência e qualidade dos dados.

Para assegurar o registo adequado dos dados, não criando um processo administrativo que sobrecarregue os recursos dos hospitais, é necessário que o sistema de recolha de dados se integre na rotina da prestação de cuidados, sendo efetuada, por exemplo, no momento do

Para assegurar o registo adequado dos dados, não criando um processo administrativo que sobrecarregue os recursos dos hospitais, é necessário que o sistema de recolha de dados se integre na rotina da prestação de cuidados

diagnóstico, com ferramenta de registo rápido e tornando-o condição da prescrição. Caso exista a necessidade, deverá ser alocada uma verba para dotar os hospitais dos recursos humanos necessários para o registo dos dados.

iii) Analisar e publicar os dados

Os dados devem ser objetos de uma análise independente com o objetivo de sistematizar as melhores práticas a nível nacional e permitir a identificação de áreas de intervenção prioritárias. Ao mesmo tempo, devem servir para identificar centros de referência e

CASE-STUDY 6 | SUÉCIA: SISTEMA DE REGISTOS QUE POTENCIA MELHORIA DE RESULTADOS

A. Sumário

- Suécia implementou o primeiro registo em 1979 com o objetivo inicial de analisar as complicações principais da cirurgia de substituição da anca durante os primeiros 2 anos
- Tendo identificado o benefício da medição de resultados em saúde na sua estratégia de saúde, o Governo sueco comprometeu-se a investir \$220 M em registos nacionais de qualidade de 2011 a 2016, geridos de forma independente
- Indicadores incluem PROMs em 45% dos registos, que facilitam a avaliação dos resultados em saúde na população
- Publicação dos dados para informar os doentes levam a melhorias significativas nos cuidados de saúde e nos resultados

B. Características principais a sublinhar do *case study*:

Existem 103 registos na Suécia, divididos entre 15 áreas terapêuticas

- Oncologia tem 17 registos, com uma média de 90% de cobertura dos doentes
- 60% dos 103 registos existentes incluem >80% da população-alvo

Indicadores incluem resultados em saúde, PROMs e processuais

- 45% dos registos incluem inquéritos de PROM que avaliam o estado de saúde do doente de forma eficaz e remota

Registos publicam resultados *online* que permitem a comparação entre hospitais pelos doentes

- Concorrência leva a melhorias significativas nos resultados
- Exemplo do registo de doenças cardiológicas RIKS-HIA: Índice de qualidade aumentou 40% desde a publicação dos dados face a 7% em anos anteriores

Relatórios também utilizados para suportar e melhorar a decisão médica, dando sugestões para melhoria dos resultados perante uma dada situação clínica

- Relatórios customizados dos registos para os médicos incluem o detalhe da situação clínica dos doentes, os tratamentos realizados, os resultados e permitem identificar melhores práticas

atualizar recomendações terapêuticas nacionais para a utilização mais adequada das tecnologias em saúde. Neste campo, os dados poderão ser ainda utilizados para suportar a tomada de decisão e a reavaliação das decisões de financiamento.

Outras possíveis medidas a implementar:

Introduzir incentivos para utilização dos registos

Para além de introduzir mecanismos que promovam uma introdução adequada dos dados, como torná-la condição da prescrição, sugere-se a introdução de incentivos aos profissionais de saúde na utilização dos registos, potenciando uma maior adoção dos mesmos.

Integrar os registos já existentes

A utilização dos dados já existentes em Portugal permite construir um histórico e efetuar comparações temporais dos resultados em saúde, pelo que se sugere a integração dos dados provenientes dos registos atualmente em vigor como os ROR, Si.Vida, Reuma.pt e Derma.pt.

Priorizar a implementação de registos nos hospitais mais aptos

Para assegurar celeridade no processo de implementação e na obtenção de melhores práticas, permitindo depois a sua expansão em todo o sistema, sugere-se iniciar o processo nos hospitais mais aptos à medição de resultados, podendo esta aptidão ser avaliada com base na utilização de registos e/ou predisposição do corpo clínico e de gestão hospitalar para implementação dos mesmos.

PRIORIDADES DE ATUAÇÃO

Testar o impacto da monitorização de dados através de um projeto-piloto

Acordar um conjunto de indicadores a implementar a curto prazo para uma dada patologia, se possível alavancado nos registos atuais e em *benchmarks* internacionais;

Atribuir um valor a esses dados (via MEAs, publicação, avaliação da gestão hospitalar, etc.)

De forma a sustentar o impacto da monitorização dos dados, e consequentemente, incentivar a implementação de outros registos.

CONCLUSÃO

O panorama da prestação de cuidados de saúde está em profunda transformação com o desenvolvimento dos conceitos e ferramentas necessárias à implementação de um verdadeiro modelo orientado para os resultados de saúde relevantes. Portugal deverá aprofundar o seu caminho neste sentido, procurando uma contínua melhoria da qualidade de vida dos seus cidadãos.

Para este efeito, pensa-se que as 4 áreas de recomendação propostas, assentes nas melhores práticas internacionais e desenhadas com base nos desafios do atual modelo de saúde, são as necessárias para o fazer evoluir na direção de um modelo ideal que privilegie a adoção de inovação e a obtenção de ganhos em saúde, criando um círculo virtuoso de valor e de sustentabilidade para todo o sistema.

1. REMUNERAR A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE COM BASE NOS RESULTADOS OBTIDOS

Uma das componentes mais importantes do sistema de incentivos respeita o modelo de remuneração dos prestadores de cuidados. Estes devem ser responsabilizados de forma objetiva pela evolução dos resultados em saúde da população por eles coberta e, por captar parte desses ganhos sob a forma de “mais verbas” para financiar a sua atividade. Desta forma, estabelecem-se incentivos ao investimento na promoção da saúde e acelera-se a adoção dos processos e tecnologias inovadores que mais criam valor.

2. REFORÇAR E OTIMIZAR O FINANCIAMENTO DE MEDICAMENTOS E OUTRAS TECNOLOGIAS DE SAÚDE INOVADORAS

Nas últimas décadas a inovação farmacológica tem sido considerada consistentemente um dos principais vetores da melhoria dos resultados em saúde das populações. No sentido de salvaguardar a melhoria contínua de resultados em saúde em Portugal e a alocação equitativa de recursos, torna-se fundamental reforçar e otimizar as verbas disponíveis para os medicamentos e outras tecnologias da saúde inovadoras.

3. REFORMAR O MODELO DE ACESSO A TECNOLOGIAS DE SAÚDE

Para criar um sistema de saúde baseado em resultados, é crucial reformar o modelo de acesso às tecnologias de saúde, introduzindo critérios de determinação da sua efetividade e, em paralelo, reduzir os atrasos processuais. Propõe-se reduzir e cumprir os prazos máximos definidos, introduzir o reembolso temporário e condicional de modo a assegurar um acesso mais célere e garantir a vinculação ao formulário nacional único.

4. MONITORIZAR OS RESULTADOS EM SAÚDE

De forma a financiar os prestadores com base nos resultados em saúde, renegociar o preço dos medicamentos com base em dados de efetividade e suportar a estruturação de MEAs, é necessário criar e/ou melhorar registos nacionais sólidos para a recolha e análise dos dados. Para além de suportarem as tomadas de decisão por parte do regulador, dos prestadores de cuidados de saúde e dos próprios fornecedores de tecnologias, é fundamental que os dados sejam publicados, potenciando a transparência dos mesmos, e apoiando assim a liberdade de escolha dos utentes.

REFERÊNCIAS

1. Lichtenberg, F.R. 2003. The impact of new drug launches on longevity: evidence from longitudinal, Disease-level data from 52 countries, 1982-2001. NBER Working Paper Series. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research.
2. Lichtenberg, F.R. 2012. Pharmaceutical innovation and longevity growth in 30 developing and high-income countries, 2000-2009. NBER Working Paper Series Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research.
3. Smith, B.D. 2011. *The Future of Pharma: Evolutionary Threats and Opportunities*. New York: Routledge; New edition edition (July 28, 2011).
4. Lacey, M.J., G.J. Hanna, J.D. Miller, T.S. Foster, and M.W. Russell. 2014. *Impact of Pharmaceutical Innovation in HIV/AIDS Treatment during the Highly Active Antiretroviral Therapy (HAART) Era in the US, 1987-2010: An Epidemiologic and Cost-impact Modeling Case Study*. Truven Health Analytics.
5. Lewden, V. Bouteloup, S. De Wit, et al. 2012. All-cause mortality in treated HIV-infected adults with CD4 \geq 500/mm³ compared with the general population: evidence from a large European observational cohort collaboration. *Int J Epidemiol* 41: 433-45.
6. Doenças incluem: VIH, Esclerose Múltipla, Doenças Lisossomais de Sobrecarga, Cancros colorectal, colo do útero e da mama, entre outras.
7. Lourenço, A. 2016. Primary care P4P in Portugal: Country Background Note: Portugal. In OECD Project on Payment Systems. Paris.
8. Organization for Economic Cooperation and Development. 2015. OECD Reviews of Health Care Quality: Portugal 2015: Raising Standards. Paris: OECD Publishing.
9. Entrevistas a *Experts*.
10. Artigo Michael Porter.

11. Santana, R., J. Sarmiento, R. Gonçalves, A. Lourenço, and A. Satylganova. 2016. Ambulatory care sensitive conditions in Portugal. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

12. Patient Reported Outcome Measures.

GLOSSÁRIO

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde – autoridade nacional portuguesa responsável pela alocação do orçamento de saúde pelo sistema nacional de saúde.

AE – Autorizações de Utilização Excepcional – mecanismo de exceção criado para permitir o acesso dos doentes a medicamentos cujo processo de comparticipação ainda não foi iniciado ou finalizado.

AIM – Autorização de Introdução no Mercado – a autorização de introdução no mercado é fornecida pela EMA (Agência Europeia do Medicamentos) depois de uma avaliação e supervisão do medicamento em causa. Válida para todos os Estados Membros.

CNFT – Comissão Nacional de Farmácia e Terapêutica – comissão técnica especializada encarregue, entre outras responsabilidades, da elaboração do Formulário Nacional do medicamento e respetivas atualizações.

ERS – Entidade Reguladora da Saúde – entidade pública independente que tem por missão a regulação da atividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde.

GDHs – Grupos de Diagnóstico Homogéneos – modelo de financiamento hospitalar em vigor no SNS, que classifica os pacientes por tipo de bens e serviços que recebem de acordo com a sua patologia e processo terapêutico.

INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde – autoridade nacional portuguesa sob administração indireta do Estado, responsável pela avaliação das tecnologias da saúde.

KPIs – Key Performance Indicators – indicadores de desempenho.

MEA – Managed Entry Agreement – acordo de partilha de risco entre pagador e farmacêutica com base em resultados ou em esquemas financeiros, com o objetivo de acelerar e aumentar o acesso do medicamento à população.

OCDE – Organização para Cooperação e Desenvolvimento Económico – a OCDE publica estatísticas comparáveis num alargado conjunto de temas em 34 países evoluídos, incluindo Portugal.

PROMs – Patient Reported Outcome Measures – Indicadores de resultados em saúde reportados pelos doentes.

ROR – Registo Oncológico Regional – Registo Oncológico em vigor desde 2004 que regista dados de sobrevivência e de incidência em 3 regiões em Portugal: Norte, Centro e Sul.

SINAS – Sistema Nacional da Avaliação em Saúde – sistema de avaliação dos hospitais com base em indicadores de processo e de resultados em 5 áreas de avaliação distintas e sob a tutela da Entidade Reguladora da Saúde (ERS).

SiNATS – Sistema Nacional de Avaliação de Tecnologias de Saúde – novo sistema de avaliação de tecnologias de saúde criado em 2015 que visa introduzir as melhores práticas a nível europeu na avaliação das tecnologias de saúde, sob a tutela do INFARMED.

SNS – Serviço Nacional de Saúde – rede de instituições e serviços prestadores de cuidados globais de saúde a toda a população, financiada através de impostos, em que o Estado salvaguarda o direito à proteção da saúde (Fonte: Ministério da Saúde).

UE – União Europeia – para a realização deste relatório, foram considerados em análises comparativas 18 países da UE18: Áustria (AT), Bélgica (BE), Dinamarca (DK), Finlândia (FI), França (FR), Alemanha (DE), Grécia (GR), Islândia (IS), Irlanda (IE), Itália (IT), Luxemburgo (LU), Holanda (NL), Noruega (NO), Portugal (PT), Espanha (ES), Suécia (SE), Suíça (CH) e Reino Unido (UK).

USFs – Unidades de Saúde Familiar – Unidades elementares de prestação de cuidados de saúde focadas nos cuidados de saúde primários cujo modelo de remuneração dos seus profissionais é sensível ao seu desempenho.

CONSELHO ESTRATÉGICO

Eurico Castro Alves é Cirurgião do Quadro Médico do Centro Hospitalar do Porto. Entre setembro de 2012 e outubro de 2015 foi presidente do Conselho Diretivo do INFARMED, período em que se destaca a criação do SiNATS. De 2005 a 2012 foi vogal do Conselho Diretivo da Entidade Reguladora da Saúde, onde criou o SINAS. Completou a sua formação em Cirurgia Geral na Southern Illinois University Medical School e no Cook County Hospital of Chicago, em Illinois, nos EUA. Fez o Programa de Alta Direção de Instituições de Saúde (PADIS) da AESE Business School e o Program Advanced Management pelo Instituto de Estudos Superiores, Financeiros e Fiscais do Porto.

Francisco Rocha Gonçalves é Membro da Comissão Executiva do Instituto Português de Oncologia do Porto e Professor de Economia da Saúde na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Completou um Doutoramento em Gestão no Instituto Superior de Economia e Gestão da Universidade de Lisboa e um mestrado e uma licenciatura em Economia na Faculdade de Economia da Universidade do Porto.

Luís Costa é Diretor do Serviço de Oncologia do Hospital de Santa Maria e Professor de Medicina e Biologia do Cancro na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Lidera a Unidade de Investigação Clínica de Oncologia Translacional. É Médico licenciado pela Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Luis Matos é Membro da Comissão Executiva do Hospital da Prelada. Anteriormente, nos últimos quatro anos ocupou cargos na Comissão Executiva dos Centros Hospitalares de Trás-os-Montes e Alto Douro e de Vila Nova de Gaia e na Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS). É licenciado em Gestão pela Universidade Católica Portuguesa.

Ricardo Baptista Leite é Deputado à Assembleia da República onde integra as Comissões de Saúde e de Negócios Estrangeiros. É Médico licenciado pela Universidade Nova de Lisboa, onde é atualmente Assistente convidado, e é Coordenador Científico de Saúde Pública na Universidade Católica Portuguesa. Adicionalmente é Doutorando na Universidade de Maastricht e pós-graduado de várias instituições académicas incluindo Johns Hopkins University, Harvard Medical School, Harvard Kennedy School of Government, AESE, entre outras.

Victor Herdeiro é Presidente do Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde de Matosinhos que inclui o Hospital Pedro Hispano, é Administrador Hospitalar, Vice-Presidente da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares e membro do Board da Associação Europeia de Gestores Hospitalares (EAHM). É licenciado em Direito pela Universidade de Coimbra – Ciências Políticas e pós graduado de várias instituições académicas incluindo AESE, Universidade Nova de Lisboa e Porto Business School.



O conteúdo deste documento foi preparado de boa-fé pela BCG e representa as suas interpretações e recomendações no momento da sua elaboração. Na medida em que for permitido por lei (e exceto acordo em contrário celebrado por escrito pela BCG), a BCG não tem quaisquer responsabilidades para com Terceiros, renunciando estes a quaisquer direitos e reivindicações que possam ter em qualquer momento contra a BCG, relativamente a este documento ou qualquer outro material, incluindo a exatidão ou integralidade dos mesmos. A receção e revisão deste documento devem tomar em consideração o supracitado. Quando foram utilizadas fontes externas, as mesmas foram explicitamente referidas no documento. A BCG utilizou também elementos disponibilizados pela Freepik.com no desenho da imagem de capa deste relatório. A BCG utilizou dados disponíveis em fontes públicas que não foram verificadas de forma independente nestas análises. Posteriores alterações dos dados ou dos pressupostos utilizados pelas fontes públicas utilizadas poderão ter um claro impacto nas análises e conclusões apresentadas.

© The Boston Consulting Group, Inc. 2016. Todos os direitos reservados.

Se desejar receber mais informação relacionada com este estudo, por favor entre em contacto com a BCG através de hcplisboa@bcg.com.

Se deseja aceder a outras publicações da BCG, visita a nossa página web www.bcgperspectives.com.



Com o apoio de

BCG

THE BOSTON CONSULTING GROUP

janssen 
PHARMACEUTICAL COMPANIES
OF *Johnson & Johnson*