



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

2009/2010

Filipe André Ribeiro Pacheco

Modelos de Financiamento do Serviço Nacional de Saúde:

Os incentivos e o perfil de prescrição médica

Abril, 2010

FMUP



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

Filipe André Ribeiro Pacheco
Modelos de Financiamento do Serviço Nacional de Saúde:
Os incentivos e o perfil de prescrição médica

Mestrado Integrado em Medicina

Área: Administração Hospitalar

**Trabalho efectuado sobre a Orientação de:
Professor Doutor Pedro Nunes**

Abril, 2010

FMUP

Nome: Filipe André Ribeiro Pinheiro

Endereço electrónico: m04062@med.up.pt

Título da Dissertação/Monografia/Relatório de Estágio:

Modelos de Financiamento do Serviço Nacional de Saúde:
Os incentivos e o perfil de prescrição médica

Nome completo do Orientador:

Josef Pedro Lopes Nunes

Nome completo do Co-Orientador:

Ano de conclusão: 2010

Designação da área do projecto de opção:

Administração Hospitalar

É autorizada a reprodução integral desta Monografia apenas para efeitos de investigação, mediante declaração escrita do interessado, que a tal se compromete.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 15/05/2010

Assinatura: Filipe André Ribeiro Pinheiro

Eu, Filipe André Ribeiro Pereira, abaixo assinado, nº mecanográfico 04 0801062, aluno do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina, na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, declaro ter actuado com absoluta integridade na elaboração deste projecto de opção.

Neste sentido, confirmo que **NÃO** incorri em plágio (acto pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria de um determinado trabalho intelectual, ou partes dele). Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores, foram referenciadas, ou redigidas com novas palavras, tendo colocado, neste caso, a citação da fonte bibliográfica.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 15/02/2020

Assinatura: Filipe André Ribeiro Pereira

MODELOS DE FINANCIAMENTO DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE: OS INCENTIVOS E O PERFIL DE PRESCRIÇÃO MÉDICA

MODELOS DE FINANCIAMENTO DO SNS:

OS INCENTIVOS E O PERFIL DE PRESCRIÇÃO MÉDICA

Filipe André Ribeiro Pacheco

Faculdade de Medicina da Universidade de Porto

Correspondência

Filipe André Ribeiro Pacheco

Morada: Rua 1º de Dezembro n 43, 4580-021 Paredes

Telefone: 00351 961727031

E-mail: m04062@med.up.pt

Agradecimentos

Agradeço ao Professor Doutor Pedro Nunes a orientação, a revisão crítica, a cedência de bibliografia e o apoio prestado em todas as fases da elaboração deste Projecto de Opção.

Agradeço à Professora Doutora Guilhermina Rego e ao Professor Doutor Rui Nunes o encaminhamento inicial e cedência de bibliografia.

Contagem de Palavras

Abstract: 215

Resumo: 218

Texto Principal: 4448

ABSTRACT

The threat of the unsustainability of the National Health Service opens way for the necessity of policies with the goal of making the services more efficient and with lower costs.

In this context, the pharmaceutical expense has been one of the target areas of these policies.

The financing models that incorporate incentive schemes directed to the physician depending on prescription indicators are examples of these policies.

They intend to act in the pharmaceutical market on the demand side.

These policies could be justified by various factors that influence the prescription and that can naturally lead to different prescription behaviors, not always in agreement with the concept of rational prescription.

However, they can be seen as an interference in the autonomy of the physician and they can also raise issues regarding to the quality of prescription.

Such policies have been adopted in some countries and have gained importance in Portugal, especially with the primary care reform.

The incentives appear to be able to influence the prescription behavior and to reduce costs.

Nevertheless, the variety of ways and contexts where they are implemented, makes their results not entirely predictable, creating the need of further evaluation.

Tools to support the decision, monitoring and feedback of prescriptions may also play a key role in the success of these policies.

Keywords:

Financial Incentives; Prescription; Pharmaceutical Market

RESUMO

A ameaça de insustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde abre portas à necessidade de implementação de políticas com o objectivo de tornar os serviços mais eficientes e com custos mais reduzidos.

Neste contexto, a despesa com medicamentos, têm sido uma das áreas alvo destas políticas.

Os modelos de financiamento que integram sistemas de incentivos dirigidos ao médico em função de indicadores relacionados com a prescrição são um exemplo destas políticas.

Eles pretendem actuar no mercado farmacêutico ao nível da procura.

Estas medidas podem ser legitimadas pelos diversos factores que influenciam a prescrição e que podem naturalmente originar diferentes perfis de prescrição, nem sempre de acordo com o conceito de prescrição racional.

No entanto, podem ser vistas como uma interferência na autonomia do médico e levantar problemas em relação à qualidade da prescrição.

Este tipo de políticas tem sido adoptada em alguns países e tem ganho importância em Portugal principalmente com a reforma dos cuidados de saúde primários.

Os incentivos mostram-se capazes de influenciar a prescrição médica e reduzir custos.

Contudo, a variedade de formas e contextos onde são implementados, faz com que os seus resultados não sejam totalmente previsíveis criando a necessidade de uma avaliação posterior.

As ferramentas de apoio à decisão, monitorização e feedback acerca da prescrição podem também ter um papel fundamental no sucesso destas políticas.

Palavras-Chave:

Incentivos financeiros; Prescrição; Mercado do medicamento

ÍNDICE

LISTA DE QUADROS E FIGURAS	5
LISTA DE ABREVIATURAS	6
INTRODUÇÃO	7
FALHAS DO MERCADO DA SAÚDE E DO MEDICAMENTO.....	8
PRINCÍPIO DA INCERTEZA E O PAPEL DAS <i>GUIDELINES</i>	9
CONCEITO DE PRESCRIÇÃO RACIONAL	10
IMPORTÂNCIA DOS MEDICAMENTOS GENÉRICOS	11
INCENTIVOS FINANCEIROS E A PRESCRIÇÃO.....	11
MERCADO DO MEDICAMENTO EM PORTUGAL	14
PROGRAMA DE INCENTIVOS DAS USF.....	16
SISTEMA DE PREÇO “COMPREENSIVO” NOS TRATAMENTOS DIÁLISE	18
CONCLUSÃO	18

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

Quadro I	Entidades produtoras de <i>guidelines</i> com base no custo-efectividade	22
Quadro II	Exemplos de políticas de incentivos dirigidas à prescrição	23
Quadro III	Exemplo teórico de política que pode aumentar a equidade sem comprometer a racionalidade do uso do medicamento	24
Quadro IV	Principais objectivos da reforma dos cuidados de saúde primários	25
Figura 1	Despesa com medicamentos em Portugal	26
Figura 2	Factores que influenciam a prescrição	27
Figura 3	Taxonomia dos incentivos	28
Figura 4	Desenho de estudo que permite analisar o impacto de uma política de saúde através de um estudo randomizado de casos e controlos	29
Figura 5	Indicadores de desempenho no pacote básico das USF	30

LISTA DE ABREVIATURAS

OCDE: Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

PIB: Produto Interno Bruto

IF: Indústria Farmacêutica

SNS: Serviço Nacional de Saúde

DCI: Denominação Comum Internacional

USF: Unidade de Saúde Familiar

INTRODUÇÃO

Com a globalização dos mercados, o peso do Estado Social põe em causa a competitividade das economias ocidentais.

A reforma da Administração Pública procura introduzir novas formas de gestão, baseadas numa lógica de mercado, de forma a obter uma maior eficiência na gestão dos recursos e garantir a sustentabilidade económica e financeira do sistema (Rego, 2008).

O sector da saúde é um exemplo desta mudança.

Cada vez mais, tão importante como desenvolver novos tratamentos e produzir mais conhecimento médico, é descobrir formas de gestão e organização dos recursos, que permitam fazer chegar os melhores cuidados de saúde actuais ao maior número de pessoas possível, a um custo suportável.

Em Portugal a despesa em saúde tem um impacto cada vez maior no orçamento do Estado. Em 2006, 9.9% do Produto Interno Bruto (PIB) foram gastos em saúde, 1% acima da média Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) (OECD, Walley e Mossialos, 2004). Este valor pode ter tendência a aumentar com o abrandamento do crescimento económico.

O aumento dos gastos com medicamentos tem sido referido como um dos factores responsáveis pelo aumento dos gastos totais em saúde e representam, com alguma estabilidade, cerca de 20% dos mesmos, acima da média da OCDE – **Figura 1** (OECD, Walley e Mossialos, 2004).

Têm sido tomadas algumas medidas em Portugal para conter a despesa com medicamentos tais como alteração ao sistema de preços de referência, acordos com a indústria farmacêutica, controlos da entrada de novos produtos no mercado e da promoção dos genéricos através de campanhas publicitárias e de alterações ao sistema de co-pagamentos.

Apesar de todas estas medidas tem se mostrado difícil conter o crescimento da despesa a longo prazo (Barros, 2009a).

Existem outras estratégias que visam influenciar principalmente a procura e podem ser aplicadas com o objectivo de conter a despesa com medicamentos.

Estas medidas baseiam-se em modelos de financiamento por capitação ou que integrem incentivos com base em metas para determinados indicadores (Mossialos, 1998).

Em Portugal, políticas semelhantes, começam a assumir cada vez mais importância.

No entanto, face a um previsível aumento no consumo de medicamentos, principalmente com o envelhecimento da população e aumento do número de doenças crónicas com novos tratamentos (Lee e Emanuel, 2008), coloca-se a questão de se estas medidas vão ser capazes de reduzir custos através do aumento do custo-efectividade e racionalização do consumo de medicamentos ou, por outro lado, através do racionamento dos cuidados e tratamentos.

Este trabalho pretende analisar as razões que justificam a implementação de programas de incentivos como forma de controlar a despesa com medicamentos assim como discutir os seus efeitos e analisar alguns exemplos internacionais e nacionais de políticas de incentivos direccionados à prescrição.

FALHAS DO MERCADO DA SAÚDE E DO MEDICAMENTO

Tal como noutras áreas da saúde, na questão do medicamento existem diversos intervenientes entre os quais, o doente, o prescritor, o fabricante e o financiador.

Entre eles existem assimetrias de informação assim como diferentes expectativas e interesses (Nunes, 2009, Matias, 1995).

O médico, ao prescrever medicamentos, como agente do doente, está sujeito a uma série de influências – **Figura 2** - das quais resulta a escolha de um produto que considera mais adequado para determinada situação.

Da conjugação destas influências e externalidades é natural que possam resultar algumas falhas que justifiquem uma regulação.

O próprio doente, influenciado por questões culturais ou por acções de “*promoção da doença*” (Melo, 2007), pode exercer pressão para obter uma prescrição.

Além disso a prescrição médica pode ser influenciada por factores como a idade do médico, experiência, influência da indústria farmacêutica (IF) e o meio em que exerce a prática clínica (Broeiro, 2008).

A autonomia profissional e separação entre prescritor e pagador permitem também que a importância do custo seja desvalorizada (Steve Chapman, 2004).

Como o preço do medicamento aparece como um factor pouco importante face aos benefícios que se espera ter dele, aliado à percepção generalizada de que produtos mais caros e de marca são de melhor qualidade (Render e O'Connor, 1976), não há tendência natural para a existência de muita elasticidade em relação ao preço dos medicamentos.

Isto traduz-se na aposta da IF em assegurar notoriedade e divulgação do nome comercial dos seus produtos ao invés de competir através do preço.

A IF é capaz de promover de forma eficaz os seus produtos junto dos médicos e esta influência é geralmente subestimada pelos médicos pois não estão completamente conscientes dos seus efeitos (Norris et al., 2004).

Existem também algumas crenças e hábitos de prescrição que estão por vezes enraizados no perfil de prescrição e são difíceis de mudar. Exemplo disto é a prescrição de antibióticos para infecções do trato respiratório superior, muitas vezes influenciada também pelo próprio doente (Steve Chapman, 2004, Stearns et al., 2009).

A própria escassez de serviços pode reduzir o tempo de consulta e contribuir para que a prescrição funcione como alternativa mais rápida para um problema que poderia ser resolvido, por exemplo, pela mudança dos estilos de vida do doente (Broeiro, 2008, Mota et al., 2008).

A necessidade de regular o consumo de medicamentos do lado da procura, nomeadamente através de estratégias que visem influenciar a prescrição, surge de alguma forma legitimada pelas falhas do mercado da saúde que se estendem ao mercado do medicamento.

PRINCÍPIO DA INCERTEZA E O PAPEL DAS *GUIDELINES*

A incerteza quanto ao diagnóstico e tratamento é também uma das falhas inerentes ao mercado da saúde e do medicamento (Nunes, 2009).

A tomada de decisão do médico é muitas vezes baseada numa avaliação intuitiva. A incerteza quanto à opção de tratar ou não tratar e que opção terapêutica tomar, aliada às outras falhas neste mercado permitem que ocorram diferentes perfis de prescrição que são dificilmente classificáveis como adequados ou não (Broeiro, 2008).

Orientações – *Guidelines* - com base na evidência podem ajudar no processo de decisão.

O **Quadro I** mostra a tendência para a criação de entidades, capazes de produzir *guidelines* sobre os diversos tratamentos com especial atenção ao custo-efectividade.

As *guidelines*, apesar de poderem ter diversas limitações (Woolf et al., 1999), podem funcionar como um guia para uma melhor afectação de recursos ao desaconselharem o financiamento de intervenções médicas de eficácia discutível (Nunes, 2009). Além disso podem produzir orientações práticas e mais uniformes no que respeita à medicina preventiva e facilitar a síntese de informação cada vez mais abundante.

Novas formas de investigação com doentes em idades mais avançadas e com co-morbilidades associadas pretendem também colmatar as falhas de muitos estudos que excluem doentes comuns ao dia-a-dia da prática clínica (Kolata, 2008).

Alguns organismos sugerem que a grande maioria dos novos produtos farmacêuticos introduzidos no mercado não apresentam contribuições importantes em relação aos tratamentos já existentes (Kopp, 2002, Docteur et al., 2008).

Isto sugere que o mercado e as políticas do medicamento podem não estar a recompensar a investigação realmente inovadora. As políticas para o medicamento que recompensem a utilização de fármacos com base na análise custo-efectividade actuando tanto na oferta como na procura podem funcionar como um incentivo para a indústria farmacêutica investir no desenvolvimento de novas moléculas realmente inovadoras e com valor acrescentado para a população (Docteur et al., 2008).

A aposta em estudos com base em análises custo-efectividade e a criação e divulgação de *guidelines* pode ter aqui um papel essencial.

CONCEITO DE PRESCRIÇÃO RACIONAL

O conceito de prescrição ideal pode ser diferente para o médico, IF ou para Estado (Steve Chapman, 2004).

O uso racional dos medicamentos é atingido, segundo a Organização Mundial de Saúde, quando os “Doentes recebem medicamentos apropriados para a sua necessidade clínica, nas doses adequadas aos seus requisitos individuais, por um período adequado de tempo e com o menor custo para eles próprios e para a sua comunidade”(WHO, 2002).

De uma forma geral a prescrição racional baseia-se nos princípios da beneficência, não maleficência, justiça distributiva e autonomia. Assim pretende-se que a prescrição seja uma decisão que maximize os ganhos individuais de saúde face aos recursos disponíveis, maximizando a efectividade, minimizando os custos e os riscos e respeitando a escolha do doente (Steve Chapman, 2004, Lucy J Thomas, 2007).

IMPORTÂNCIA DOS MEDICAMENTOS GENÉRICOS

A utilização do medicamento genérico enquadra-se no objectivo de utilização racional dos medicamentos ao permitirem obter um melhor preço por determinado valor terapêutico.

A redução de custos pode também ser importante para o doente e permitir um aumento da equidade e da adesão terapêutica (Barros, 2009b).

A segurança dos medicamentos genéricos está cada vez mais assegurada assim como a sua permutabilidade³ e substituibilidade⁴ (Sampaio, 2009, Morais, 2009), exceptuando alguns medicamentos de dose crítica, nomeadamente alguns anti-epilépticos, principalmente no que respeita à sua substituibilidade (Bazil, 2009).

No entanto, as diferenças que existem ao nível da cor, tamanho, forma e nome da marca são suficientes para que estes conceitos não possam ser aplicados a todos os doentes (Overgaard et al., 2001).

O mercado de genéricos varia muito entre diferentes países em função das diferentes políticas do medicamento e da própria confiança dos profissionais de saúde e da população nos mesmos. A susceptibilidade do prescriptor às acções de promoção da IF pode resultar também no desvio da prescrição para moléculas novas, sem genérico, e mais caras, muitas vezes sem aumento de valor terapêutico em relação aos fármacos existentes (Docteur et al., 2008).

INCENTIVOS FINANCEIROS E A PRESCRIÇÃO

A nova regulação na saúde pretende implementar mecanismos de gestão que permitam maximizar a eficiência e reduzir o desperdício (Nunes, 2009).

Uma das estratégias usadas é tentar controlar os gastos, influenciando a prescrição através da aplicação de incentivos financeiros (Sturm et al., 2007).

Estas medidas fazem sentido se relacionadas com o imperativo ético de combater o desperdício e aumentar a eficiência da utilização dos recursos sem desprezar a efectividade e qualidade das intervenções (Nunes, 2009).

Qualquer acção neste sentido tem que representar ganho para o doente, para o médico e para o Estado (Steve Chapman, 2004).

³ Permutabilidade diz respeito à equivalência do genérico em relação a um tratamento que vai ser iniciado

⁴ Substituibilidade refere-se à troca por genérico em relação a um tratamento que já está em curso.

O efeito pretendido será então reduzir a despesa à custa do aumento do custo-efectividade e da racionalidade da prescrição.

Este tipo de políticas, que parece recompensar a limitação dos cuidados de saúde, pode gerar problemas éticos e conflitos de interesse. Coloca-se a questão de se os incentivos podem exercer ou não uma influência superior à ética da prática clínica, responsabilidade moral e profissional produzindo efeitos negativos na qualidade da prescrição.

O princípio social ou utilitarista (fazer o melhor por toda a população) pode contrapor-se ao princípio hipocrático (fazer o melhor por cada pessoa individual) mas cada vez mais se idealiza uma convergência entre os dois.

Para evitar estes problemas, os incentivos devem ser simples, transparentes e baseados em indicadores alcançáveis e fáceis de avaliar.

Podem no entanto ser implementados de várias formas e com diferentes riscos financeiros para os prescritores - **Figura 3**.

A aplicação de incentivos colectivos ao invés de individuais, mesmo que estes sejam menos eficazes, reduz o risco de dano individual e o entusiasmo excessivo por parte do prescritor (Walley e Mossialos, 2004).

Verifica-se também que os incentivos negativos, por exemplo com multas pelo incumprimento dos objectivos, são na prática difíceis de implementar e têm menor aceitação principalmente quando aplicados colectivamente (Sturm et al., 2007).

Os resultados destas medidas podem não ser iguais em todas as situações pois dependem de toda a estrutura do sistema de saúde onde são implementados (Chaix-Couturier et al., 2000).

Assim, a avaliação do impacto destas políticas é essencial e deve fazer parte da rotina da sua implementação (Sturm et al., 2007). Em termos financeiros, o seu impacto, poderá ser mais fácil de medir do que os seus efeitos sobre a qualidade da prescrição (Walley e Mossialos, 2004).

Os vários indicadores de qualidade da prescrição que existem necessitam também de ser validados no contexto onde são aplicados pois dependem de diferenças entre os padrões de doença, recomendações de tratamento e organização dos sistemas de saúde onde são implementados (Andersen, 2006).

Para se atingir os objectivos esperados são também essenciais a disponibilidade de ferramentas e informação como *guidelines* custo-efectividade, sistemas de monitorização, ferramentas de apoio ao nível da prescrição electrónica e de mecanismos de *feedback*. Estas ferramentas também são úteis para avaliar o impacto das medidas (Andersen, 2006, Sturm et al., 2007).

Os modelos de políticas de incentivos dirigidas à prescrição dividem-se naqueles direccionados principalmente ao custo, com o estabelecimento de orçamentos para cobrir as prescrições, e outros associados a indicadores de performance mais específicos que podem visar, para além do custo, critérios de qualidade da prescrição e de outros serviços de saúde assim como o grau de satisfação dos doentes (Sturm et al., 2007).

O **Quadro II** resume alguns exemplos internacionais destas políticas.

Estas políticas têm sido implementadas principalmente ao nível dos cuidados primários por ser a este nível que são emitidas o maior número de prescrições (Sturm et al., 2007).

No que diz respeito aos resultados obtidos, os estudos, mostram que os incentivos são eficazes a influenciar a prescrição médica.

Os efeitos estão melhor estudados para os modelos com base num orçamento e são mais notórios na redução do custo por item das prescrições, com maior desvio para a utilização de genéricos e outros fármacos mais económicos, do que no volume. A redução de volume parece dever-se principalmente à redução da utilização de medicamentos de eficácia questionável como anti-demenciais, expectorantes e anti-neuropáticos. Só se mostraram reduções relativas uma vez que o crescimento da despesa com medicamentos continuou a aumentar em todos os casos (Walley e Mossialos, 2004, Sturm et al., 2007, Liu et al., 2009).

É referida também a possibilidade dos incentivos levarem a um maior conservadorismo terapêutico e maior resistência à implementação de novos produtos (Mason, 2008).

No que respeita à qualidade da prescrição não se encontrou evidência de que esta possa ter sido afectada negativamente mas os estudos efectuados não permitem descartar esse efeito.

Os potenciais efeitos negativos sobre a qualidade mais vezes referidos são o racionamento silencioso de medicação para algumas doenças, maior desvio de doentes para centros fora do programa de incentivos e selecção dos doentes que exigem menos custos (Sturm et al., 2007).

Os estudos que avaliam o impacto destas medidas sobre a prescrição são, na sua maioria, observacionais e com limitações metodológicas.

A valorização da importância da avaliação dos resultados e do impacto da implementação de novas políticas em saúde pode permitir, com planeamento antecipado, desenhar estudos de casos e controlos randomizados, com menos limitações - **Figura 4** (Schneeweiss et al., 2004).

MERCADO DO MEDICAMENTO EM PORTUGAL

Desde a criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS), o aumento dos gastos com medicamentos em Portugal tem acompanhado o aumento do consumo, como seria de esperar com a maior facilidade de acesso aos cuidados de saúde e o envelhecimento da população.

No entanto, desde a década de 90, os gastos *per capita* com medicamentos têm se mantido acima da média de OCDE (Oliveira e Pinto, 2003).

É referido algum excesso de consumo explicado em parte pelas características culturais da população e um desvio para medicamentos mais caros que explica o maior crescimento em termos de valor do que em unidades de medicamentos vendidas (Ferreira, 2008, Lusa, 2009b). Além disso, as falhas inerentes ao mercado do medicamento, a ausência de incentivos que visem uma prescrição mais racional e de mecanismos de monitorização, associada à influência da IF também podem estar implicados (Oliveira e Pinto, 2003).

Verifica-se por exemplo que a percentagem de utilização de novos fármacos é cerca do dobro do que se poderia esperar (Mendes, 2009a) e são apontados exemplos de prescrição menos racional tal como a utilização do clopidogrel para a prevenção primária do Acidente Vascular Cerebral (Mendes, 2009b) assim como a elevada utilização de antibióticos nomeadamente penicilinas de largo espectro e quinolonas (Alves, 2005).

Quanto à influência exercida pela IF verifica-se que a intensidade das suas acções de promoção é elevada, com maior frequência de visitas dos seus representantes em Portugal do que em países como EUA e Canadá (Melo e Braga, 2003).

No que diz respeito aos medicamentos genéricos, a percentagem de gastos com estes medicamentos em Portugal aumentou de 1,8% em 2002 para 18,6% em 2008 o que sugere que a confiança e popularidade nestes produtos têm aumentado (Infarmed, 2008).

Contudo, ainda estamos longe de países como USA, Reino Unido e Dinamarca onde a quota de genéricos chega a ser superior a 40% (Ferreira, 2008).

Foram apontadas ainda algumas falhas ao mercado de genéricos tal como preços ainda elevados, colagem aos preços de referência, elevado número de marcas com preços semelhantes, ausência de concorrência e um número elevado de substâncias sem genérico (Maria, 2007).

Um estudo de 2009, já após a Portaria n.º 1016-A/2008 de 8 de Setembro, que introduziu uma redução de 30% no preço dos genéricos, mostrou que Portugal apresentava em média preços mais baixos do que os países de referência. No entanto para duas das moléculas mais vendidas em Portugal – sinvastatina e omeprazol - os preços continuavam elevados (Premivalor, 2009).

Em 2002 houve uma tentativa de iniciar um programa de incentivos que visava aumentar a prescrição por Denominação Comum Internacional (DCI) ou pelo nome genérico, permitindo que partes das poupanças daí resultantes fossem usadas pelos médicos prescritores em acções de formação conforme o despacho n.º 7145/2002, 7 de Março (Infarmed, 2002).

Incentivar a prescrição do genérico mais barato, ao invés de incentivar a prescrição por DCI e a autorização de substituição dos medicamentos na farmácia poderá ser mais eficaz no contexto do mercado português pois a falta de concorrência no mercado de distribuição do medicamento em Portugal pode fazer com que as bonificações e descontos oferecidos pelas empresas de genéricos às farmácias, como forma de ganharem quota de mercado, não se façam reflectir em menor custo para o Estado e para o Doente (Campos, 2009).

Recentemente, em Junho de 2009, o Governo introduziu a comparticipação a 100% para genéricos dos pensionistas de baixos rendimentos através do Decreto-Lei n.º 129/2009 (Guerreiro, 2009).

A medida justificada com o aumento da equidade no acesso ao medicamento pode aumentar o consumo de genéricos mas pouco faz pela racionalidade da prescrição e pode mesmo aumentar a pressão do doente sobre o médico para prescrever mais vezes e em maior quantidade levando ao aumento do desperdício e dos gastos com medicamentos (Lusa, 2009a).

O **Quadro III** mostra um exemplo teórico de uma medida ao nível da comparticipação de medicamentos que poderia aumentar a equidade sem comprometer a racionalidade usando estudos custo-efectividade.

Começa também em Portugal a falar-se cada vez mais de prescrição racional (CBM, 2005). Com a criação da Comissão para o Uso Racional dos Medicamentos e Conselho Nacional para a Evidência em Medicina pretende-se sintetizar, adaptar e divulgar os estudos nesta área para que possam ter uma maior implementação em Portugal, principalmente ao nível dos cuidados primários, onde se refere alguma resistência à sua implementação. As *guidelines* produzidas, mantendo a flexibilidade necessária para a aplicação individual, poderão contribuir para uma prescrição mais racional e o atenuar de diferenças demográficas nos perfis de prescrição (Teixeira, 2009).

Referem-se também a necessidade da implementação de novas aplicações informáticas mais completas do ponto de vista do apoio à prescrição racional. O sistema informático mais usado actualmente –SAM – apesar de todas as vantagens que tem em relação à prescrição em papel poderá estar desactualizado do ponto de vista tecnológico e funcional (Tomé et al., 2008, Gomes et al., 2009).

PROGRAMA DE INCENTIVOS DAS UNIDADES DE SAÚDE FAMILIAR (USF)

A reforma dos cuidados de saúde primários conheceu a sua maior expansão a partir de 2005. O objectivo foi criar uma rede de pequenas equipas multiprofissionais, descentralizadas e autónomas, com responsabilização através de um processo de contratualização de objectivos, avaliação de resultados e aplicação de incentivos – USF.

Por outro lado, com os Agrupamentos de Centros de Saúde, pretende-se concentrar meios e recursos escassos de uso comum para fins de gestão organizacional, harmonização e liderança técnico-científica assim como para apoio ao funcionamento das USF (PRIMÁRIOS, 2009).

O **Quadro IV** resume os principais objectivos desta reforma.

A implementação das USF é gradual e através de um processo de candidatura voluntária. A diferenciação entre os vários modelos de USF (A, B e C) é resultante do grau de autonomia organizacional, da diferenciação do modelo retributivo, dos incentivos dos profissionais e do modelo de financiamento, bem como do respectivo estatuto jurídico.

O programa de incentivos implementado baseia-se numa carteira básica de serviços que é comum a todos os modelos de USF. Deste pacote fazem parte 15 indicadores - **Figura 5** - que integram 4 áreas: acessibilidade, desempenho assistencial, satisfação dos doentes e eficiência. Do cumprimento das metas acordadas surgem incentivos financeiros institucionais que podem ser usados na distribuição de informação técnica, na participação em conferências, simpósios, colóquios e seminários sobre matérias de diferentes actividades da carteira de serviços da USF, no apoio à investigação ou no aumento das amenidades de exercício de funções da equipa multiprofissional (conforme o nº2, Artº38, do Decreto-Lei 298/2007).

O pacote adicional acresce ao pacote básico nas USF de modelo B e prevê incentivos financeiros individuais relacionados com a prestação de cuidados de saúde adicionais como por exemplo visitas domiciliárias e alargamento do horário de atendimento (Saúde, 2009).

Esta reforma tem conseguido principalmente um aumento da acessibilidade dos doentes aos cuidados de saúde primários e um aumento da satisfação quer dos profissionais quer dos utentes.

Têm sido identificadas também algumas falhas nomeadamente na quantidade de recursos humanos, nos sistemas de informação, na formação, na avaliação da qualidade e acreditação das USF, no controlo das despesas induzidas pelos hospitais e no calculo das metas definidas para os indicadores (Primários, 2008, Saianda, 2010b, Saianda, 2009a, Reis, 2009a).

Algumas destas falhas, como as apontadas para os sistemas informáticos, são essenciais mas tardam em ser corrigidas (Saianda, 2010a).

O surgimento de aplicações informáticas como o *USF Monitor*® que permite obter dados em tempo real relativamente aos indicadores contratualizados mostra a importância destes sistemas de informação pois após a sua implementação verificou-se uma melhoria significativa em alguns indicadores inclusive no custo com medicamentos por doente (Reis, 2009b).

O tipo de implementação gradual e voluntário desta reforma dos cuidados de saúde primários, apesar de poder criar fenómenos de iniquidade, pode permitir desenhar estudos de casos e controlos para avaliar o impacto das medidas, assim como detectar e corrigir falhas antes da sua implementação em todo o país.

Para além disso pode revelar-se um modelo facilitador de reformas no sector da saúde que, em Portugal, se tem caracterizado por alguma inércia e ausência de políticas que ataquem os problemas estruturais do sector (Oliveira et al., 2005).

Ao nível da prescrição esta reforma define metas para os gastos em medicamentos por doente na premissa que o espírito de trabalho em equipa, em unidades pequenas e com incentivos colectivos, possa introduzir o factor custo na discussão dos tratamentos, facilite a divulgação de *guidelines* e origine uma prescrição mais racional sem afectar a qualidade da mesma.

Ainda não existem avaliações económicas independentes do impacto da reforma mas poderão vir a desenvolver-se em breve. Os resultados iniciais apontam para uma redução relativa de cerca de 15% nos gastos com medicamentos por doente nas USF face aos centros de saúde que lhes deram origem (Saianda, 2009b).

Os resultados económicos devem ser analisados tendo em conta a reforma na sua globalidade. O factor mais importante pode não ser apenas a existência de incentivos, pois o simples facto de se conseguir um aumento da acessibilidade dos doentes às consultas pode facilitar uma prescrição mais racional, por exemplo, ao permitir mais tempo para incentivar mudanças de estilos de vida e permitir adiar a prescrição quando possível.

Os incentivos associados ao clima organizacional de trabalho em grupo e autonomia implementados podem ser um elemento motivador para sensibilizar os médicos para a importância do seu papel na redução de custos e terem um atitude proactiva na pesquisa de informação que os ajude a atingir os objectivos sem prejudicar a qualidade dos serviços prestados.

SISTEMA DE PREÇO “COMPREENSIVO” NOS TRATAMENTOS DIÁLISE

O novo contrato convenção para a prestação de cuidados de diálise prevê um sistema de preço “compreensivo” que define um valor por semana a pagar às clínicas de diálise e que integra não só a própria sessão de diálise mas também todo o acompanhamento médico, controlo e avaliação, exames, análises e medicamentos necessários ao tratamento da insuficiência renal crónica e suas intercorrências passíveis de serem corrigidas nas entidades convencionadas de diálise.

É uma aproximação ao pagamento por performance porque são definidos ao mesmo tempo objectivos clínicos com base em valores analíticos, taxas máximas de mortalidade, percentagem de doentes em lista de transplante, entre outros (DGS, 2009, Lusa, 2008).

Ao nível da prescrição o que é desejado é que os centros de diálise adoptem uma prescrição mais racional que lhes permita poupar nos gastos atingindo ao mesmo tempo os objectivos clínicos definidos.

Este tipo de modelos pode ser útil principalmente em doenças crónicas com tratamentos específicos, prolongados e muito protocolados.

CONCLUSÃO

A incerteza inerente a qualquer acto médico e as várias influências a que está sujeita a prescrição tornam possível que existam diferenças nos perfis de prescrição e que nem sempre se obtenha a prescrição mais racional. Deve-se aceitar com naturalidade estas influências e tentar descobrir formas que possibilitem uma optimização do uso do medicamento e maior eficiência na gestão dos recursos.

É sabido que a forma como o médico é remunerado afecta o seu desempenho, principalmente em termos quantitativos. Modelos de pagamento por serviço levam, por exemplo, a um maior número de consultas do que modelos de pagamento por capitação (Gosden et al., 2001, Sturm et al., 2007).

Os incentivos financeiros surgem como forma de modular o comportamento com critérios mensuráveis pretendendo principalmente mudanças qualitativas. Estes, ao definirem metas para indicadores específicos, podem ser vistos como uma forma de comprar comportamentos

e como uma falta de confiança no profissionalismo e autonomia do médico. A motivação externa induzida pelo incentivo pode afectar a motivação interna, a moral e a determinação pessoal correndo-se o risco de se passar a valorizar apenas as tarefas que são incentivadas e desprezar as que não o são (Marshall e Harrison, 2005).

Os incentivos devem por isso ser desenvolvidos a pensar na motivação interna do médico, que deve acreditar que o incentivo faz sentido perante um problema concreto e que tem ferramentas para atingir os objectivos.

Daí a importância de, por exemplo, nas USF se divulgar como são calculadas as metas para os indicadores (Reis, 2009a).

No caso das metas para a prescrição uma abordagem que discuta com toda abertura e naturalidade a possibilidade de que os perfis de prescrição possam não ser sempre o mais racionais possíveis, disponibilize ferramentas para otimizar a prescrição e defina metas claras e compreendidas pode ser decisiva para o sucesso das políticas.

Serão sempre importantes também manter linhas de comunicação que permitam ter a noção da motivação e grau de contentamento dos profissionais com as políticas instaladas assim como avaliações da qualidade dos serviços tanto nas áreas incentivadas como nas não incentivadas.

BIBLIOGRAFIA

- ACCOUNTS, H. O. C.-C. O. P. 2007. Department of Health: Prescribing costs in primary care *In: ACCOUNTS, H. O. C. C. O. P. (ed.). TSO (The Stationery Office).*
- ALVES, I. 2005. Prescrição de antibióticos: O panorama é dramático! *Médico de Família* [Online]. Available: <http://www.vfbm.com/jmf/080-089/085/85-56.pdf> [Accessed 15-02-2010].
- ANDERSEN, M. 2006. Is it Possible to Measure Prescribing Quality using only Prescription Data? *Basic & Clinical Pharmacology & Toxicology*, 98, 314-319.
- ASHWORTH, M., LEA, R., GRAY, H., ROWLANDS, G., GRAVELLE, H. & MAJEED, A. 2004. How are primary care organizations using financial incentives to influence prescribing? *J Public Health (Oxf)*, 26, 48-51.
- BARROS, P. P. 15-05-2009 2009a. *RE: Despesa com medicamentos: previsibilidade e controlo.*
- BARROS, P. P. 2009b. Vantagem económica dos genéricos. Available: http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MEDICAMENTOS_USO_HUMANO/GENERICOS/ARTIGOS_OPINIAO/AF_TESTEMUNHO_NET_1.pdf [Accessed 09-02-2010].
- BAZIL, C. W. 2009. Epilepsy: Generic substitution: are antiepileptic drugs different? *Nat Rev Neurol*, 5, 587-8.
- BROEIRO, P. 2008. Prescrição em Medicina Geral e Familiar. *Revista Portuguesa de Clínica Geral.*
- CAMPOS, A. 2009. Sindicato dos Profissionais de Farmácia acusa empresas de genéricos de oferecerem bónus. *Jornal Público.*
- CBM. 2005. Prescrição racional...uma miragem? *Médico de Família* [Online], 97. Available: <http://www.vfbm.com/jmf/090-099/097/97-41.pdf> [Accessed 15-02-2010].
- CHAIX-COUTURIER, C., DURAND-ZALESKI, I., JOLLY, D. & DURIEUX, P. 2000. Effects of financial incentives on medical practice: results from a systematic review of the literature and methodological issues. *Int J Qual Health Care*, 12, 133-42.
- DGS 2009. Elementos integrantes das componentes do preço compreensivo para diálise (Gestão Integrada da Doença Renal Crónica).
- DOCTEUR, E., PARIS, V. R., MOISE, P. & DEVELOPMENT., O. F. E. C.-O. A. 2008. *Pharmaceutical pricing policies in a global market*, Paris :, OECD.
- FERREIRA, L. D. S. 2008. Saúde, medicamentos, marketing e médicos. *Revista Portuguesa Clínica Geral*. 24 ed.
- GOMES, P., PAIVA, N. & SIMÕES, B. 2009. Análise da Viabilidade Económica das Aplicações SAM e SAPE *In: ECONOMICA, G. G. D. A. (ed.).*
- GOSDEN, T., FORLAND, F., KRISTIANSEN, I. S., SUTTON, M., LEESE, B., GIUFFRIDA, A., SERGISON, M. & PEDERSEN, L. 2001. Impact of payment method on behaviour of primary care physicians: a systematic review. *J Health Serv Res Policy*, 6, 44-55.
- GUERREIRO, C. 2009. Genéricos gratuitos para um milhão de pensionistas. *Diário de Notícias.*
- INFARMED. 2002. *Incentivo à prescrição por DCI - despacho 7145 - 2002* [Online]. Available: http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMAC_EUTICA_COMPILADA/TITULO_I/despacho_7145-2002.pdf [Accessed 03-02-2010].
- INFARMED. 2008. *Medicamentos genéricos no mercado total de medicamentos* [Online]. Available: <http://www.acs.min-saude.pt/pns/pt/acessibilidade-ao-medicamento/medicamentos-genericos-no-mercado-total-de-medicamentos/> [Accessed 09-02-2010].
- Author. 2008. New Arena for Testing of Drugs: Real World. *New York Times.*
- KOPP, C. 2002. What is a truly innovative drug? New definition from the International Society of Drug Bulletins. *Can Fam Physician*, 48, 1413-5, 1424-6.
- LEE, T. H. & EMANUEL, E. J. 2008. Tier 4 drugs and the fraying of the social compact. *N Engl J Med*, 359, 333-5.

- LIU, Y. M., YANG, Y. H. & HSIEH, C. R. 2009. Financial incentives and physicians' prescription decisions on the choice between brand-name and generic drugs: evidence from Taiwan. *J Health Econ*, 28, 341-9.
- LUCY J THOMAS, J. J. C. 2007. The medic's guide to prescribing: Rational prescribing. *studentBMJ*, 133-168.
- LUSA, A. 2008. Novos contratos e renovações de convenções apenas por "modalidade de preço compreensivo", DGS. RTP [Online]. Available: <http://tv1.rtp.pt/noticias/?article=57854&visual=3&layout=10> [Accessed 16-02-2010].
- LUSA, A. 2009a. Genéricos gratuitos aumentam a despesa em 9,8% em Junho. *Jornal I*.
- LUSA, A. 2009b. Infarmed: médicos prescrevem os medicamentos mais caros na maioria dos casos *Jornal Público*.
- MARIA, V. 2007. A importância dos medicamentos genéricos. *Cadernos de Economia*. 80 ed.
- MARSHALL, M. & HARRISON, S. 2005. It's about more than money: financial incentives and internal motivation. *Qual Saf Health Care*, 14, 4-5.
- MASON, A. 2008. New medicines in primary care: a review of influences on general practitioner prescribing. *Journal of Clinical Pharmacy & Therapeutics*, 33, 1-10.
- MATIAS, Á. 1995. O mercado de cuidados de saúde.
- MELO, M. 2007. A promoção da doença. A quem interessa? *Revista Portuguesa Clínica Geral*.
- MELO, M. & BRAGA, R. 2003. As visitas dos Delegados de Informação Médica: Qual a utilidade da sua informação? *Revista Portuguesa de Clínica Geral*.
- MENDES, D. 2009a. Portugal gasta o dobro do que devia em remédios 'novos' *Diário de Notícias* [Online]. Available: http://dn.sapo.pt/inicio/portugal/interior.aspx?content_id=1240699 [Accessed 22-05-2009].
- MENDES, D. 2009b. Remédio mais vendido é prescrito de forma errada. *Diário de Notícias* [Online]. Available: http://dn.sapo.pt/inicio/portugal/interior.aspx?content_id=1420456 [Accessed 15-02-2010].
- MORAIS, J. A. G. 2009. Os medicamentos genéricos e a nova norma de orientação de bioequivalência. *Infarmed* [Online]. Available: http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MEDICAMENTOS_USO_HUMANO/GENERICOS/ARTIGOS_OPINIAO/MedsGenericosProfMorais_web.pdf [Accessed 09-10-2010].
- MOSSIALOS, E. 1998. Regulação das despesas com medicamentos nos países da união europeia.
- MOTA, D. M., SILVA, M. G. C. D., SUDO, E. C. & ORTÚN, V. 2008. Uso racional de medicamentos: uma abordagem econômica para tomada de decisões. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13, 589-601.
- NICE. Available: <http://www.nice.org.uk/aboutnice/> [Accessed 09-02-2010].
- NORRIS, P., HERXHEIMER, A., LEXCHIN, J. & MANSFIELD, P. 2004. Drug Promotion - What We Know, What We Have Yet to Learn. *Reviews of Materials in the WHO/HAI Database on Drug Promotion - EDM Research Series No. 032*.
- NUNES, R. 2009. *Regulação da Saúde - 2ª edição*, Vida Económica - Editorial, SA.
- OECD. *Health Frequently Requested Data* [Online]. Available: http://www.irdes.fr/EcoSante/Download/OECDHealthData_FrequentlyRequestedData.xls [Accessed 07-02-2010].
- OECD. 2009. *Briefing note for OECD Health Data 2009: How Does Portugal Compare* [Online]. Available: <http://www.oecd.org/dataoecd/43/2/40905146.pdf> [Accessed 07-02-2010].
- OLIVEIRA, M. & PINTO, C. G. 2003. Pharmaceutical reforms in Portugal: In search for cost containment. *8º Encontro Nacional de Economia da Saúde*.
- OLIVEIRA, M. D., MAGONE, J. M. & PEREIRA, J. A. 2005. Nondecision Making and Inertia in Portuguese Health Policy. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 30.
- OVERGAARD, A. B., HOJSTED, J., HANSEN, R., MOLLER-SONNERGAARD, J. & CHRISTRUP, L. L. 2001. Patients' evaluation of shape, size and colour of solid dosage forms. *Pharm World Sci*, 23, 185-8.
- PEAR, R. 2009. U.S. to Compare Medical Treatments *New York Times*.

- PREMIVALOR 2009. ESTUDO COMPARATIVO DOS PREÇOS DOS MEDICAMENTOS GENÉRICOS: PORTUGAL VS. ESPANHA, ITÁLIA, FRANÇA E GRÉCIA
- PRIMÁRIOS, G. C. P. A. R. D. C. D. S. 2009. Reforma dos Cuidados de Saúde Primários – um acontecimento extraordinário. Available: http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/070DDE85-32AD-4317-B174-6D2ED2C173F9/0/2REL_Fev09_formatado_Final.pdf [Accessed 15-02-2010].
- PRIMÁRIOS, M. P. O. C. D. S. 2008. Sucessos e problemas das Unidades de Saúde Familiar - Um estudo qualitativo. Available: http://mcsp.lvengine.com/lmgs/content/page_46/Sucessos_Problemas_USF_20080224.pdf [Accessed 15-02-2010].
- REGO, G. 2008. *Gestão Empresarial dos Serviços Públicos - Uma Aplicação ao Sector da Saúde*, Vida Económica - Editorial, S.A.
- REIS, T. 2009a. Incentivos financeiros às USF: indicadores ganham nitidez *Jornal do Médico de Família* [Online]. Available: http://www.jmfamilia.com/index.php?option=com_content&task=view&id=601&Itemid=27 [Accessed 16-02-2010].
- REIS, T. 2009b. USF Monitor: nada é deixado ao acaso Available: http://www.jmfamilia.com/index.php?option=com_content&task=view&id=589&Itemid=27 [Accessed 15-02-2010].
- RENDER, B. & O'CONNOR, T. 1976. The influence of price, store name, and brand name on perception of product quality. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 4, 722-730.
- SAIANDA, A. 2009a. Metas das USF cada vez mais difíceis de cumprir. *Semana Médica*. 536 ed.
- SAIANDA, A. 2009b. USF poupam mais de 15 por cento. *Semana Médica*. 554 ed.
- SAIANDA, A. 2010a. Factores de preocupação crescem em relação à reforma dos CSP. *Semana Médica*. 569 ed.
- SAIANDA, A. 2010b. USF queixa-se de “despesas induzidas” por hospital. *Semana Médica*. 571 ed.
- SAMPAIO, C. 2009. GENÉRICOS: TROCAS OU BALDROCAS Available: http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MEDICAMENTOS_USO_HUMANO/GENERICOS/ARTIGOS_OPINIAO/AF_TESTEMUNHO_NET.pdf [Accessed 09-02-2010].
- SAÚDE, D. D. C.-A. R. D. S.-M. D. 2009. UNIDADES DE SAÚDE FAMILIAR METODOLOGIA DE CONTRATUALIZAÇÃO USF - MODELO A E MODELO B Available: http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/5B80A5E4-0F0E-4F39-8369-194CB9DC02B6/0/Contratualizacao_USF_2009_v_1_3.pdf [Accessed 15-02-2010].
- SCHNEEWEISS, S., MACLURE, M., CARLETON, B., GLYNN, R. J. & AVORN, J. 2004. Clinical and economic consequences of a reimbursement restriction of nebulised respiratory therapy in adults: direct comparison of randomised and observational evaluations. *BMJ*, 328, 560.
- SENIOR, M. 2009. *Pay-For-Performance Hits France As Part Of Cost-Cutting Measures* [Online]. Available: <http://www.europharmatoday.com/2009/10/payforperformance-hits-france-as-part-of-costcutting-measures-.html> [Accessed 13-02-2010].
- STEARNS, C. R., GONZALES, R., CAMARGO, C. A., JR., MASELLI, J. & METLAY, J. P. 2009. Antibiotic prescriptions are associated with increased patient satisfaction with emergency department visits for acute respiratory tract infections. *Acad Emerg Med*, 16, 934-41.
- STEVE CHAPMAN, P. D., TOM WALLEY 2004. Good Prescribing Practice. *Regulating Pharmaceuticals in Europe: Striving for Efficiency, Equity and Quality (European Observatory on Health Care Systems)*. Open University Press.
- STURM, H., AUSTVOLL-DAHLGREN, A., AASERUD, M., OXMAN, A. D., RAMSAY, C., VERNBY, A. & KOSTERS, J. P. 2007. Pharmaceutical policies: effects of financial incentives for prescribers. *Cochrane Database Syst Rev*, CD006731.
- TEIXEIRA, M. F. 2009. António Vaz Carneiro explica importância das normas de orientação clínica “Não acredito em guidelines compulsivas”. *Semana Médica*. 555 ed.
- TOMÉ, A., BROEIRO, P. & FARIA-VAZ, A. 2008. Os sistemas de prescrição electrónica. *Revista Portuguesa Clínica Geral* [Online].

- WALLEY, T. & MOSSIALOS, E. 2004. Financial incentives and prescribing. *Regulating Pharmaceuticals in Europe: Striving for Efficiency, Equity and Quality (European Observatory on Health Care Systems)*. Open University Press.
- WHO 2002. Promoting Rational Use of Medicines: Core Components. *WHO Policy Perspectives on Medicines*.
- WOOLF, S. H., GROL, R., HUTCHINSON, A., ECCLES, M. & GRIMSHAW, J. 1999. Clinical guidelines: potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. *BMJ*, 318, 527-30.

Quadro I – Entidades produtoras de *guidelines* com base no custo-efectividade.

O *National Institute for Health and Clinical Excellence* - NICE foi criado em 1999 em Inglaterra para reunir informação e produzir orientações sobre a efectividade e custo-efectividade no que respeita a acções ao nível da saúde pública, tecnologias na saúde e prática clínica com objectivo de melhorar os cuidados de saúde e reduzir custos.

Este organismo desenvolveu uma reputação internacional e as suas orientações têm sido cada vez mais divulgadas (NICE).

Em 2009 os EUA aprovaram também um pacote de estímulos com objectivos semelhantes (Pear, 2009).

Quadro II – Exemplos de políticas de incentivos dirigidas à prescrição

Modelos com base num orçamento

Um dos exemplos mais bem estudados foi implementado no Reino Unido a partir da década de 90 - *GP Fundholding*. Neste sistema, os *GP practices* – centros de cuidados de saúde primários - que cumprissem certos critérios podiam voluntariar-se a um sistema em que eram responsáveis por gerir um fundo que cobria os custos da prescrição e de outros serviços. Todo o dinheiro poupado em medicamentos poderia ser usado para benefício do doente noutros serviços. O orçamento era definido com base no histórico do ano anterior adicionando extras para permitir novos medicamentos.

Foram implementadas ao mesmo tempo medidas como monitorização e feedback do perfil de prescrição e consultores e aconselhamento local para ajudar a cumprir o orçamento (Walley e Mossialos, 2004).

Na Alemanha a partir de 1993 foi implementado também um sistema em que era atribuído um orçamento para as prescrições das dos centros de cuidados de saúde primários num determinado distrito, mas ao contrário do sistema britânico era associado a penalizações para quem ultrapassasse o orçamento.

A partir de 2001 os orçamentos foram atribuídos individualmente pela dificuldade de aplicar multas em função de resultados obtidos colectivamente.

Foram apontadas falhas aos sistemas de monitorização e feedback.

Modelos com base em indicadores de performance

São modelos relativamente novos e com menos estudos em termos de resultados.

No Reino Unido, a partir de 2004, foi criado um sistema de incentivos com o objectivo de melhorar os serviços de saúde usando vários indicadores de qualidade dos serviços, metas para marcadores clínicos e ao nível da prescrição metas para aumentar o uso de algumas classes de medicamentos em detrimento de outras. Em paralelo existe também um programa de incentivos com base num orçamento direccionado à prescrição (Ashworth et al., 2004).

Em termos financeiros ainda é apontada alguma margem para redução de custos com maior utilização de genéricos (Accounts, 2007, Walley e Mossialos, 2004).

Em França pretende-se implementar um sistema de incentivos – sistema CAPI - cujo objectivo é também obter melhorias na qualidade dos serviços estabelecendo também metas para marcadores clínicos como por exemplo para os níveis de HbA1c nos diabéticos, taxas de vacinação para a gripe e rastreios de neoplasias. Além disso pretendem dar especial atenção ao aumento do custo-efectividade da prescrição e estabelecer metas por exemplo para a prescrição de genéricos (Senior, 2009).

Quadro III – Exemplo teórico de política que pode aumentar a equidade sem comprometer a racionalidade do uso do medicamento

- Definir um formulário terapêutico com base em análises de custo-efectividade
- Abrir concursos públicos para as moléculas deste formulário com genérico
- Aumentar a participação dos produtos do formulário tanto para os genéricos que ganharam o concurso como para as moléculas sem genérico.

Adaptado de: (Docteur et al., 2008)

Quadro IV – Principais objectivos da reforma dos cuidados de saúde primários.

- Acesso fácil a cuidados de saúde primários de qualidade, por parte da população inscrita;
- Co-responsabilização dos profissionais pela prestação de cuidados de saúde à população inscrita através de um sistema de intersubstituição;
- Auto organização e regulação dos profissionais, assegurando um forte espírito de pertença em relação a um projecto comum;
- Contratualização do desempenho e de resultados explícitos num plano de acção negociado dentro da equipa multiprofissional, com as Administrações Regionais de Saúde, através de procedimentos explícitos pré-definidos;
- Investimento na promoção da saúde da comunidade onde se inserem e envolvimento do cidadão;
- Melhoria contínua da qualidade através de hierarquias técnicas e da governação clínica;
- Centralidade da questão do acesso a cuidados de saúde de qualidade por parte do cidadão;
- Nova ecologia para o trabalho profissional nos serviços públicos de saúde (trabalho em equipa, capacidade de decidir localmente, sentido de pertença), estimulada por novas formas de remuneração associada ao desempenho e por “incentivos institucionais – melhoria de condições de trabalho que beneficiam o conjunto do grupo de trabalho;
- Forte participação das pessoas do terreno na configuração e na implementação das políticas públicas;
- Modelo avançado de “gestão pública” – “autonomia contratualizada” – que pode servir de exemplo a outros sectores da administração pública

Retirado de: (PRIMÁRIOS, 2009)

	2002	2003	2004	2005	2006	Média OCDE 2006
% PIB destinada à saúde.	9.0	9.7	10	10.2	9.9	8,9
% Despesa com medicamentos	23.3	21.4	21.8	21.6	21.8	18
Gastos <i>per capita</i> com medicamentos	386	390	418	454	468	451

Figura 1. Despesa com medicamento em Portugal. Dados de: (OECD)

Nível 1: Conjunto de escolhas do Médico

- Educação e formação
- A informação da IF
- Os regulamentos das Instituições e as leis
- *Standards* e linhas de orientação
- Experiência pessoal
- Informação dos colegas

Nível 2: Decisão relativa a cada Doente

- Características individuais
- Objectivo terapêutico
- Vigilância medicamentosa
- Opinião de terceiros (colegas, especialistas, farmacêuticos)
- Regras da instituição
- Emoções pessoais

Retirado de: (Ferreira, 2008)

Figura 2: Factores que influenciam a prescrição.

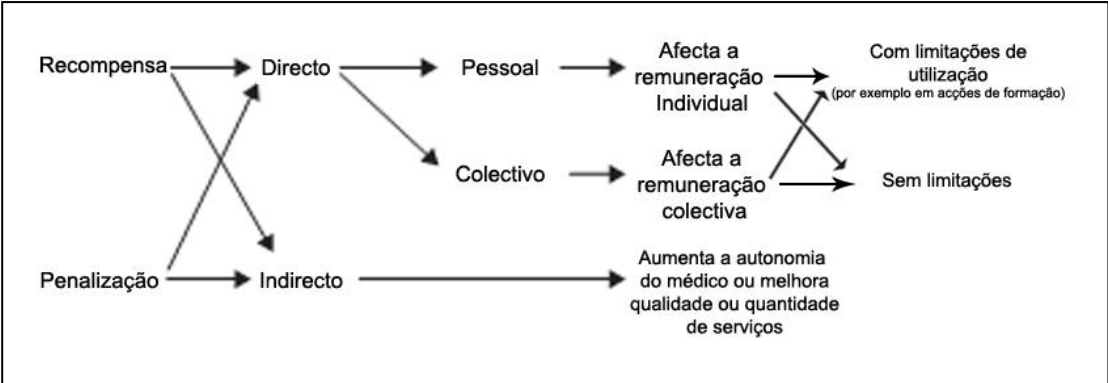
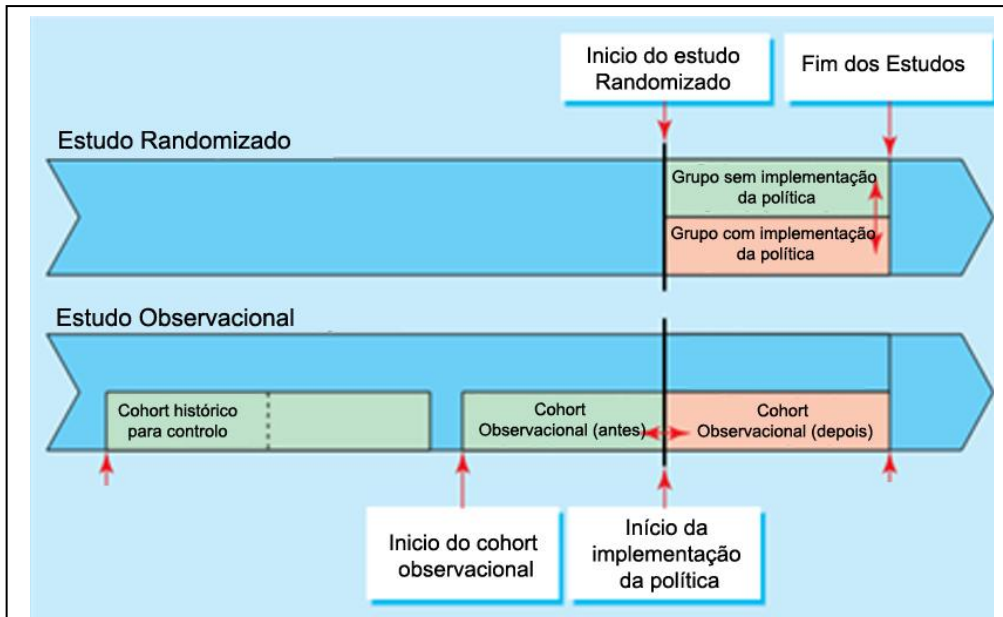


Figura 3: Taxonomia dos incentivos. Adaptado de: (Walley e Mossialos, 2004)



Adaptado de: (Schneeweiss et al., 2004)

Figura 4: Desenho de estudo que permite analisar o impacto de uma política de saúde através de estudo randomizado de casos e controlos permitindo por exemplo evitar efeitos das variações sazonais nos resultados ao nível da saúde.

Área	Indicador
Acesso	Percentagem de consultas ao utente pelo próprio médico de família
	Taxa de utilização global de consultas
	Taxa de visitas domiciliárias médicas por 1000 inscritos
	Taxa de visitas domiciliárias de enfermagem por 1000 inscritos
Desempenho assistencial	Percentagem de mulheres entre os 25 e os 64 anos com colpocitologia actualizada (uma em 3 anos)
	Percentagem de mulheres entre os 50 e 69 anos com mamografia registada nos últimos dois anos
	Percentagem de diabéticos com pelo menos três HbA1C registada nos últimos doze meses, desde que abranjam dois semestres (considerar apenas diabéticos identificados até 30 de Junho)
	Percentagem de hipertensos com registo de pressão arterial nos últimos seis meses
	Percentagem de crianças com PNV actualizado aos 2 anos
	Percentagem de crianças com PNV actualizado aos 6 anos
	Percentagem de primeiras consultas de gravidez no primeiro trimestre
Satisfação dos utentes	Percentagem de utilizadores satisfeitos/muito satisfeitos (aplicação de inquérito --- score final)
Eficiência	Custo médio de medicamentos prescritos por utilizador
	Custo médio de MCDTs prescritos por utilizador

Retirado de: (Saúde, 2009)

Figura 5: Indicadores de desempenho do pacote básico das USF.