

Acesso à inovação terapêutica. Política coerente ou maratona de obstáculos?

Tânia Furtado

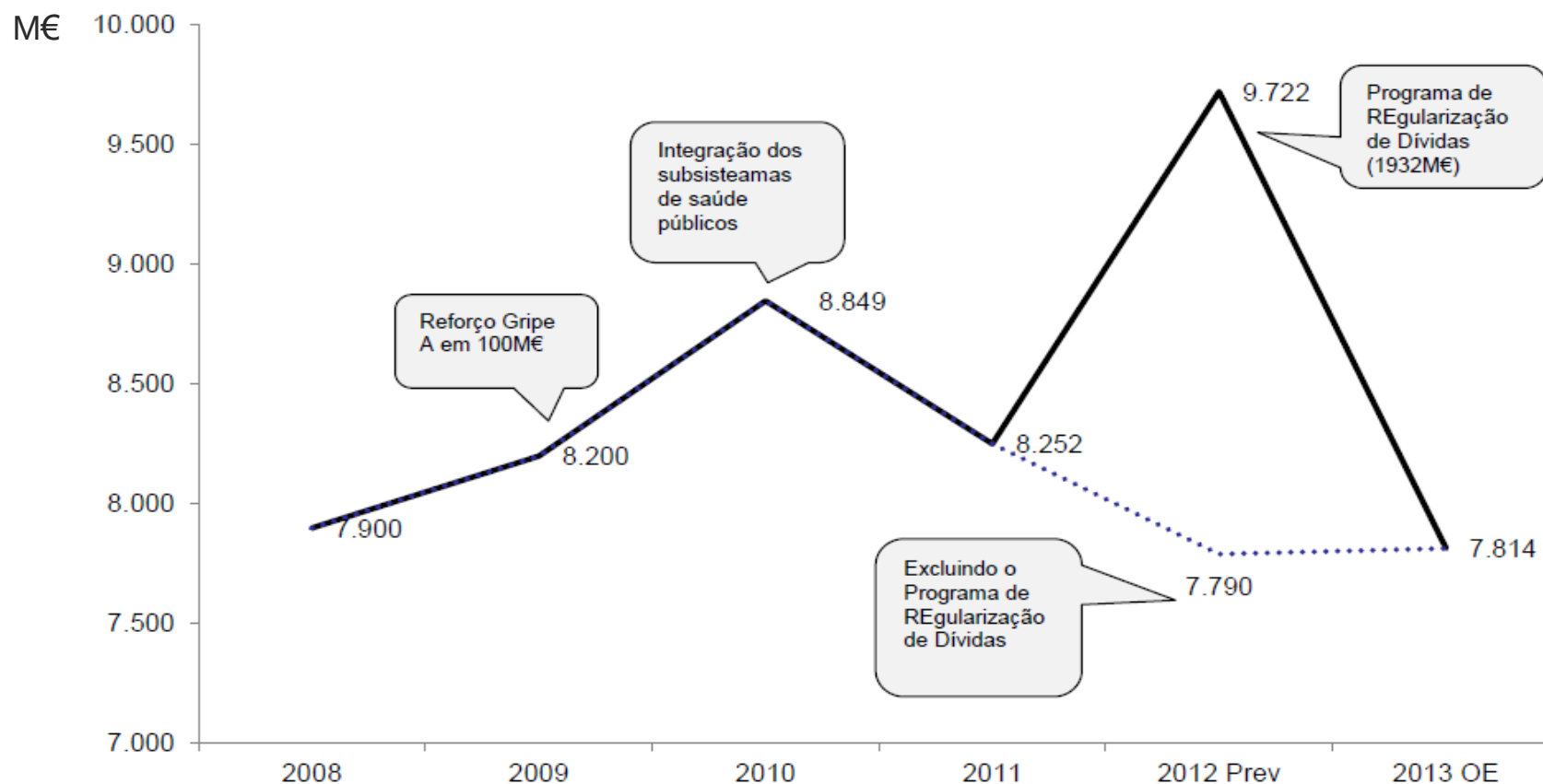
III Conferência VIH Portugal, Auditório Tomé Pires - INFARMED

Lisboa, 22 de Novembro 2013

- 1. Investimento em saúde e no medicamento**
- 2. Estratégias de controlo da despesa do medicamento**
- 3. Iniciativas para assegurar a qualidade dos cuidados e equidade**
- 4. Acesso efetivo a novos medicamentos hospitalares**
- 5. Propostas**

Investimento em Saúde em Portugal

Uma retração de 5 anos

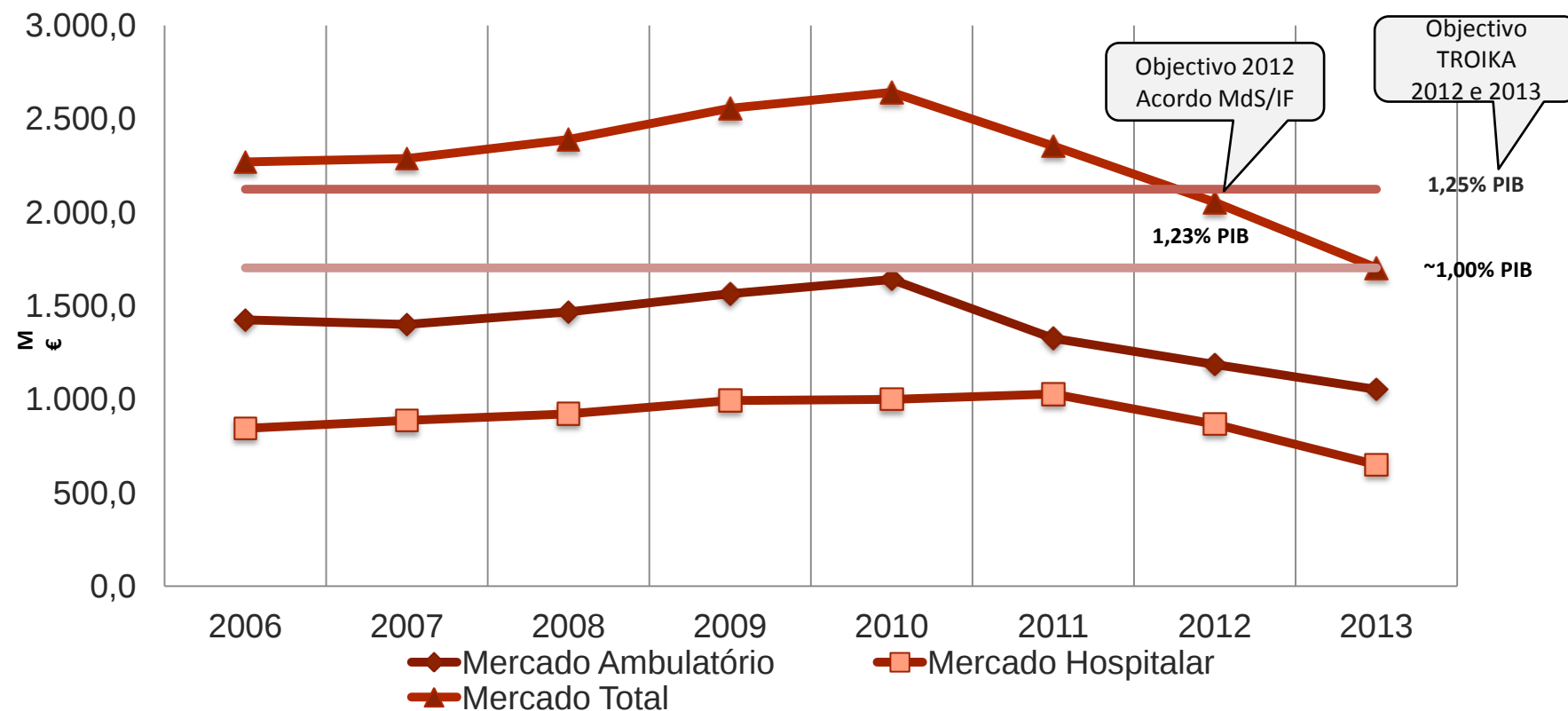


Evolução das transferências do OE para o SNS 2008-2013 Fonte: ACSS, 2013

Nos últimos 3 anos (2010-2012) a Saúde perdeu 1,06 mil milhões € e recuou 5 anos

Investimento no medicamento

Uma retração de 10 anos



Fonte: ACSS, INFARMED, APIFARMA

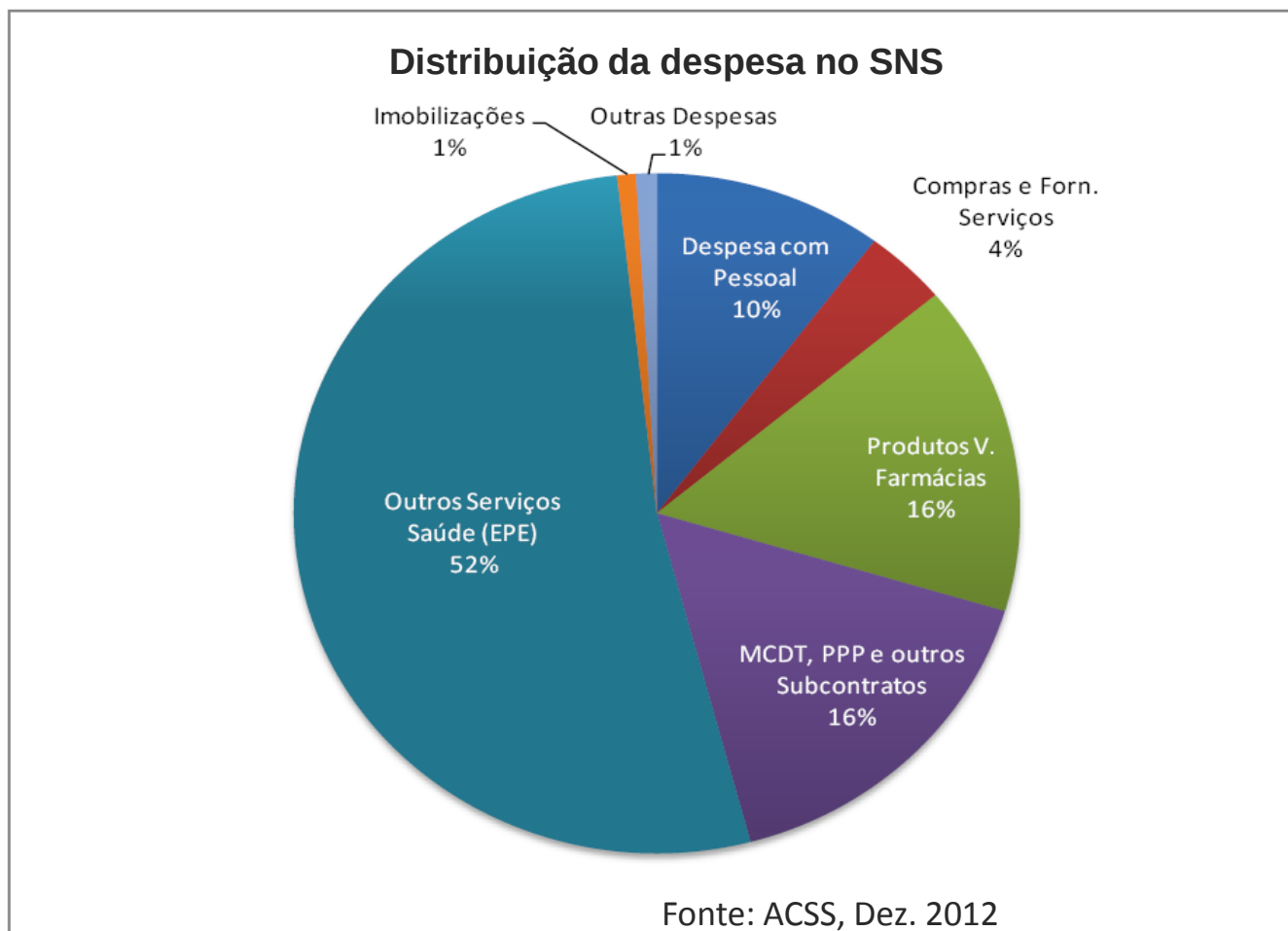
2012 MoU ⇔ 1,25% PIB
Acordo IF/ MS ⇔ 1,23% PIB

- Redução de 300 milhões de euros vs 2011

2013 MoU ⇔ ~ 1% PIB
Acordo IF/ MS ⇔ contribuição fixa 122 milhões de euros

Investimento no Medicamento Hospitalar

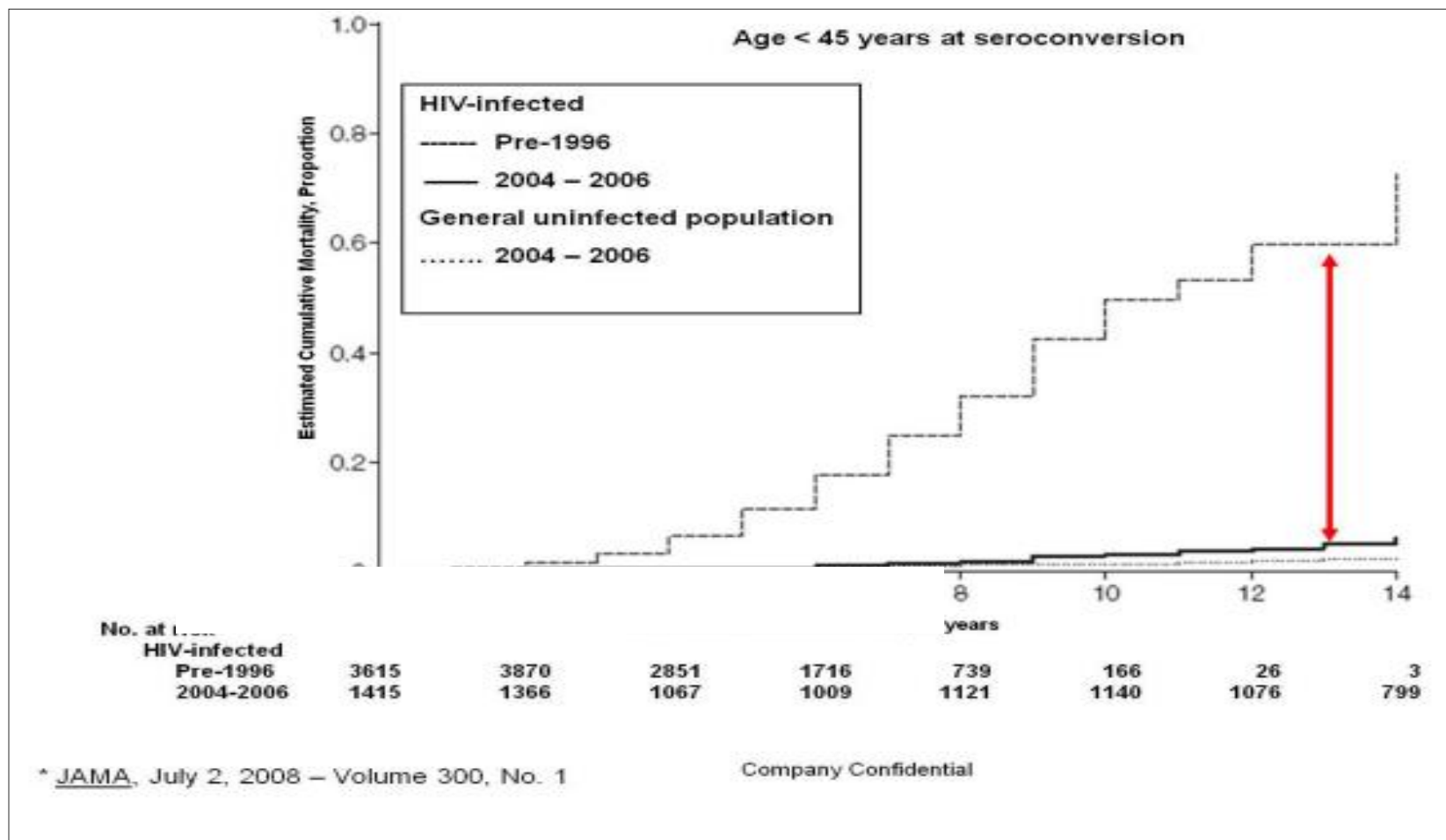
11% da despesa do SNS



Medicamento hospitalar representa 11% do total da despesa do SNS

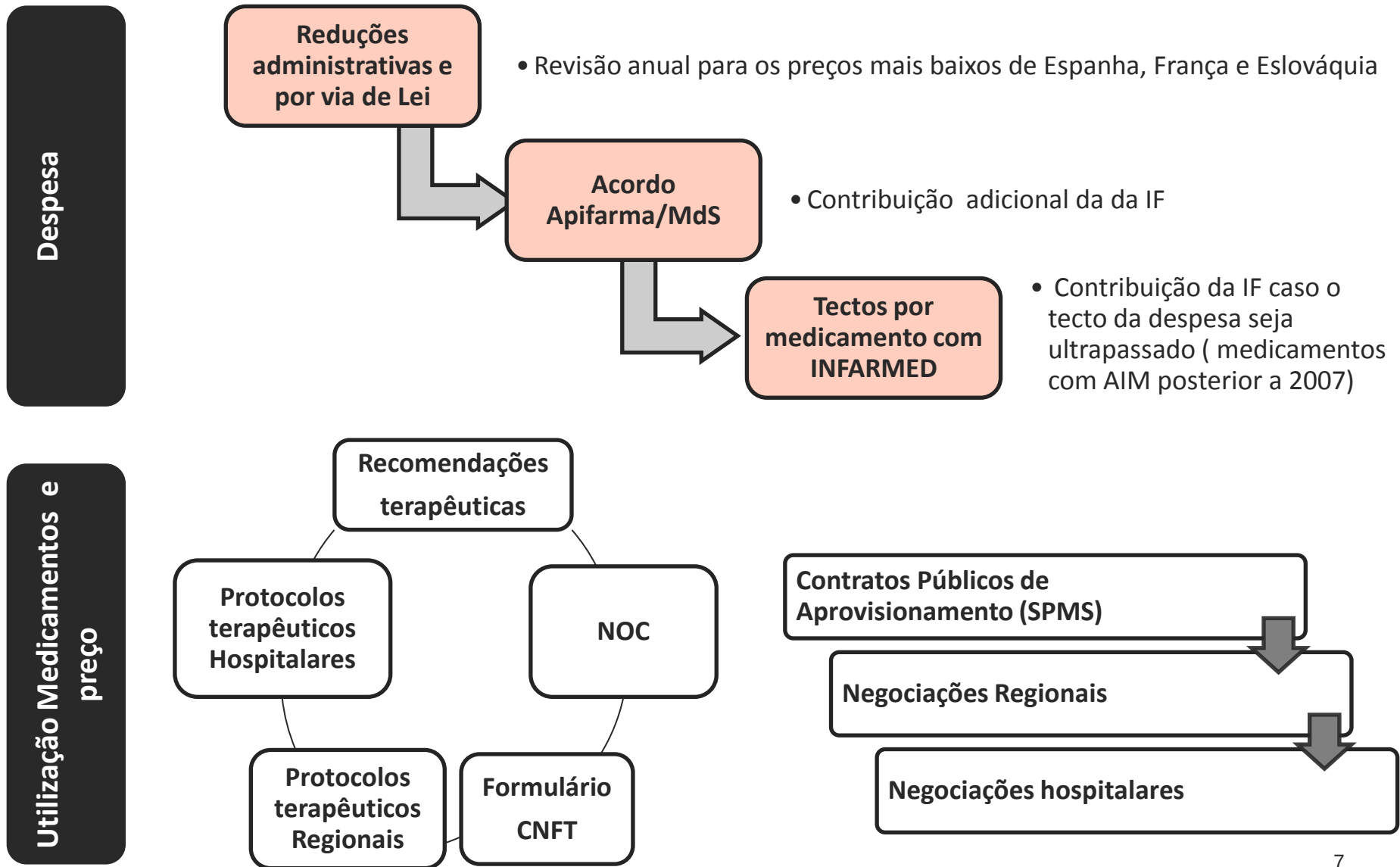
Resultados em Saúde

O Caso VIH/SIDA



Estratégias atuais de controlo da despesa com medicamentos

Nacional & local



Qualidade, equidade e acessibilidade da terapêutica VIH

Despacho 2175/2013



MINISTÉRIO DA SAÚDE

Gabinete do Secretário de Estado Adjunto
do Ministro da Saúde

Despacho n.º 2175/2013

A terapêutica antirretrovírica é um elemento fulcral para assegurar o controlo da doença e para a melhoria do prognóstico e da qualidade de vida do doente, sendo, ainda, do ponto de vista epidemiológico, um elemento central para alcançar o objetivo de controlo da epidemia;

Por outro lado, a adesão à terapêutica antirretrovírica constitui um fator crítico para o sucesso dessa terapêutica e um fator central no sucesso clínico e epidemiológico, pelo que, devem ser eliminados ou minimizados todos os fatores que a possam perturbar, dificultar ou impedir.

Com efeito, a frequência de idas às instituições de saúde, a complexidade dos regimes terapêuticos ou a sua substituição por outros por razões não clínicas, constituem obstáculos à adesão dos doentes à terapêutica e potenciam fatores de insucesso dessa mesma terapêutica.

É considerado, ainda, o disposto no Plano Nacional de Saúde e o Programa Nacional para Infecção VIH/SIDA, em consonância com as “Recomendações Portuguesas para o tratamento da infeção por VIH-1 e VIH-2” e a Norma de Orientação Clínica n.º 27, de 27/12/2012, da Direção-Geral da Saúde (DGS), “Abordagem terapêutica inicial da infeção por vírus de imunodeficiência humana de tipo 1 (VIH-1), em adultos e adolescentes”.

Assim, nos termos do disposto nos artigos 5.º e 6.º do Regime Jurídico da Gestão Hospitalar, aprovado pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro, e no artigo 7.º do Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de dezembro, determino:

1. A terapêutica antirretrovírica é dispensada, cumpridos os requisitos do Despacho n.º 6716/2012, do Secretário de Estado da Saúde, de 9 de maio, publicado no Diário da República, 2.ª Série, n.º 96, de 17 de maio, para um período de 30 dias, salvo indicação clínica em contrário, garantindo, assim, um seguimento adequado da resposta ao tratamento e impedindo o recurso a consultas médicas desnecessárias ou a deslocações clinicamente injustificadas às instituições hospitalares;

2. A dispensa de terapêutica antirretrovírica para um período inferior a 30 dias só pode ser considerada em situações excecionais que não se deverão repetir por ciclos terapêuticos consecutivos, devendo o hospital garantir a disponibilização dos medicamentos para 30 dias, no mais curto período de tempo possível;

3. A dispensa de terapêutica antirretrovírica para períodos superiores a 30 dias deve ser efetuada pelas instituições hospitalares, em resposta a necessidades individuais devidamente justificadas, designadamente períodos de férias, atividades laborais específicas ou distância geográfica, depois de ponderados os riscos clínicos e mediante aprovação do conselho de administração da instituição hospitalar, sendo obrigatórios, cumulativamente, os seguintes requisitos:

- a) Pedido expresso, devidamente fundamentado, do doente;
- b) Parecer clínico positivo, devidamente fundamentado, do médico assistente e aceite pelo diretor de serviço/responsável da unidade;

“A terapêutica antirretrovírica é um elemento fulcral para assegurar o controlo da doença e para a melhoria do prognóstico e da qualidade de vida do doente, sendo, ainda, do ponto de vista epidemiológico, um elemento central para alcançar o objetivo de controlo da epidemia.”

A adesão à terapêutica antirretrovírica constitui um fator crítico para o sucesso dessa terapêutica e um fator central no sucesso clínico e epidemiológico, pelo que, devem ser eliminados ou minimizados todos os fatores que a possam perturbar, dificultar ou impedir.

A dispensa de terapêutica antirretrovírica para um período inferior a 30 dias só pode ser considerada em situações excecionais que não se deverão repetir por ciclos terapêuticos consecutivos, devendo o hospital garantir a disponibilização dos medicamentos para 30 dias, no mais curto período de tempo possível

A substituição de fármacos ou de regimes coformulados, nos doentes com tratamento em curso, só deverá acontecer quando existirem razões médicas, sem prejuízo de poder ocorrer em outras situações, mediante a aprovação do médico assistente e do respetivo diretor de serviço/responsável de unidade e, como para qualquer outra intervenção terapêutica, com informação e consentimento do doente.”

Financiamento Hospitalar 2013-2015

Financiamento VIH/SIDA



Financiamento Hospitalar 2013
Despacho n.º 2445/2012 de 30/12/2012

Financiamento
-2,8% vs 2012



Modelo de Financiamento vertical VIH:
ACSS Circular Normativa n.º 33/2012/CD de 19/07/2012
Despacho n.º 6716/2012 de 09/05/2012

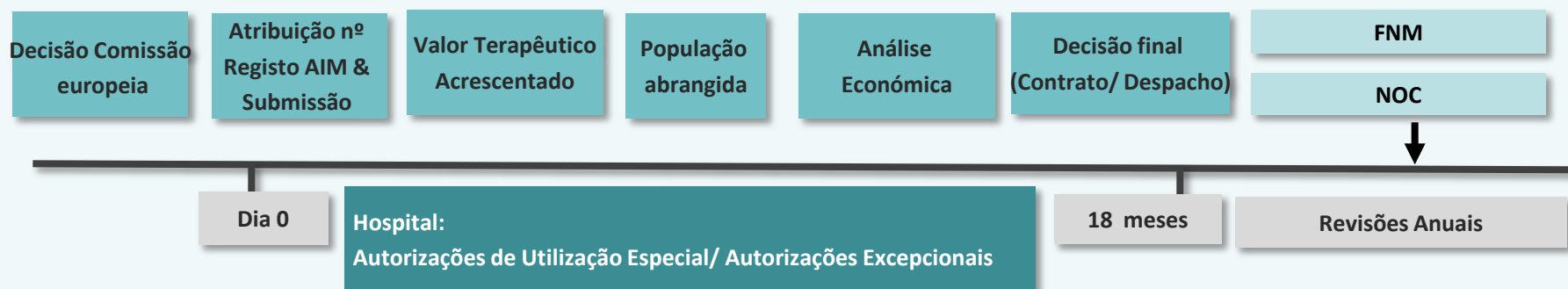
- Abrange todos os doentes VIH em TAR;
- Monitorização do programa por: ACSS, DGS, ACSS;
- Implica implementação do SI.VIDA;
- Prevê cumprimento de Indicadores:
 1. Ausência de registo de parâmetros analíticos > a 6 meses
 2. Abandono de consulta/cuidados saúde > a 6 meses
 3. Infecção controlada após 6 m (naïves).

Preço 2013
Doente tratado/mês
795,62€ (-6%)

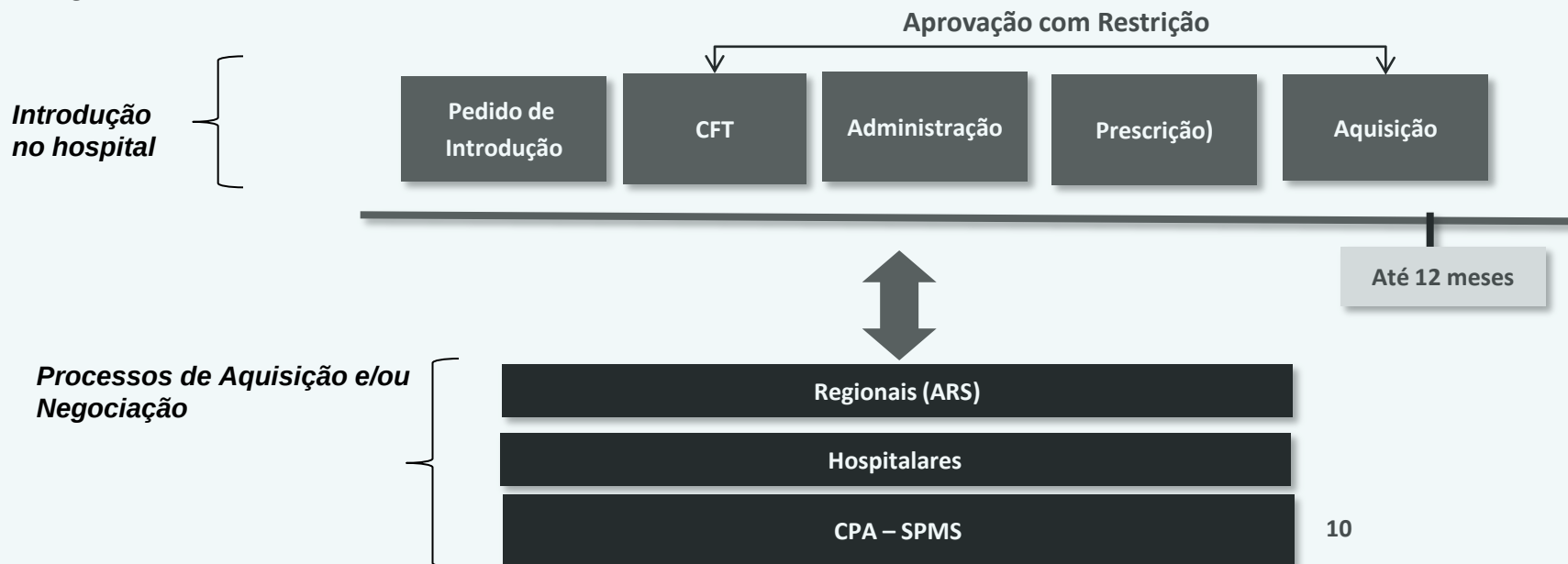
Mapa do acesso em Portugal a novos medicamentos hospitalares

Um longo e complexo processo

Processo Nacional



Processo Regional e local



- Processo de avaliação único e célere que garanta equidade no acesso a nível dos hospitais
 - Inclusão automática no FNM e NOC
 - Monitorização do acesso efetivo hospitalar e respectiva publicação
- Interligação entre a decisão das condições de financiamento para o SNS e o financiamento hospitalar (limite de encargos ⇔ cabimento orçamental)
- Monitorização do cumprimento das recomendações terapêuticas