

O DESAFIO DO FINANCIAMENTO DOS MEDICAMENTOS INOVADORES

O contexto desta conferência é conhecido “3F: Financiamento, uma fórmula para o futuro”, organizada pela Associação Portuguesa dos Administradores Hospitalares, com o objetivo de desenvolver estratégia para otimizar modelos de financiamento da inovação, com patrocínios da ROCHE e da IQVIA. Sabemos todos ao que viemos.

1 – Medicamento inovadores pressupõe demonstração da inovação; há que separar a verdadeira da fictícia. Toda a inovação implica investimento elevado, muito conhecimento, experimentação, seleção, desperdício. O processo longo e custoso tem de ser recompensado. Mas não é inovação a simples mudança de uma molécula, mantendo igual toda a restante cadeia de reação. Ou a mera associação de produtos. Nada disso é condenável, só que não é inovação e não deve ser tratado como tal. A prática, hoje cada vez mais comum, de se alterar a forma de administração, por exemplo de endovenosa

para oral, tornando-se realizável ao domicílio, representa considerável conforto para o doente. Todavia não é inovação e não deve ser tratada como tal, apesar de se ter tornado cada vez mais frequente no final da vida útil das patentes.

2 – Alguém tem que ter a obrigação (e a coragem) de distinguir aquele trigo do joio. É impensável que seja o clínico em frente do doente, sem munição para tal e pressionado por todos os lados para seguir a corrente do que lhe dizem ser novo e melhor. Já não é apenas a indústria, nem os seus pares, nem a literatura internacional que hoje se saber ser bem menos independente do que parece. Na última década, acresce o próprio doente que vai frequentemente à Net e aparece ao médico a pretender saber tanto ou mais que ele. Acrescem as redes sociais, onde se trocam receitas e se divulgam endereços de fabricantes longínquos de milagrosos produtos insuficientes, inadequados, enganadores e até falsos. Deles estão cheias as prateleiras das agências nacionais de medicamentos, filtrados nas alfândegas e destinados ao crematório. As pressões dos cidadãos viajantes do digital são impossíveis de medir e insuscetíveis de controlo total.

3 – Há muitos anos atrás, este financiamento dos novos medicamentos não constituía problema. O principal mercado era então o ambulatório, sendo o

hospitalar apenas o meio de divulgação entre respeitados pares. Os hospitais adquiriam medicamentos por vezes a preço de dose média diária, dez vezes inferior ao preço de venda a público nas farmácias. É provável que a indústria perdesse então dinheiro nos hospitais, para ganhar no ambulatório. Era o preço da divulgação, dado que a maior parte dos prescritores se encontravam nos hospitais de manhã e em prática privada à tarde. A tradução desta situação na despesa medicamentosa levava a que a fatura hospitalar fosse então $1/5$, depois $1/4$, depois $1/3$ da fatura pública em ambulatório, onde havia sempre a adicionar a parte não participada, a cargo do consumidor.

4 – Os tempos mudaram muito e os medicamentos não são apenas para curar, cada vez mais são para suporte de vida: nas doenças infecciosas recentes como o HIV-SIDA, nas disfunções e doenças hematológicas, na diabetes, na artrite reumatoide, nas doenças transmissíveis resistentes à terapêutica e em outras doenças sobretudo oncológicas que entre si têm um traço comum: a administração do produto começa por ser exclusivamente hospitalar e só depois, com o “empowerment” e a educação do doente, passam a ser ministradas no domicílio. Do ponto de vista financeiro, elas detêm um traço comum: são registados na contabilidade da despesa hospitalar, ou pelo menos têm sido, sendo os hospitais os seus adquirentes por grosso. Daqui resulta que a fatura emitida pela indústria aos hospitais tende a aproximar-se

cada vez mais da fatura emitida para os armazenistas que fornecem as farmácias de venda ao público.

5 – Comprimidos entre orçamentos cronicamente insuficientes, tornados ainda mais contraídos pela crise financeira de 2011 a 2015, os hospitais esbracejam para poder solver compromissos. E as escassas medidas de racionalização tentadas em meados da década primeira deste século, foram sendo progressivamente ultrapassadas. Recordemos um pouco dessa história:

Quando se conseguiu para 2006 e 2007 os primeiros orçamentos razoavelmente equilibrados – com défices que não ultrapassavam os 300 milhões de euros – foi possível adotar procedimentos interessantes:

- Agrupamentos hospitalares para compras conjuntas de medicamentos de elevado custo;
- Aconselhamento terapêutico interno (nos hospitais) sobre as características dos supostos e não-supostos “novos medicamentos”, com base em respeitáveis estudos de terapêutica;
- Negociações de fim de ano para conseguir “rebates” nas faturas do ano, a descontar nas aquisições do ano seguinte contra a garantia de pagamento a 90 dias;

- Oferta às principais indústrias de serviços a prestar pelos crescentemente afinados laboratórios e centros de investigação nacionais, visando transformar a pura feitoria comercial numa relação de saudável cooperação;
- Pagamentos rigorosamente atempados das ARS às farmácias da sua região, tornando-as menos dependentes do crédito que lhes facultava a respetiva associação e aliviando a pressão política e até estrutural que esta exercia sobre o Estado Português.
- Em troca, as autoridades de saúde passaram a pagar em prazos decentes e os tempos de apreciação para admissão no mercado e participação passaram a ser notavelmente reduzidos.
- Chamada por duas vezes a colaborar na redução de preços (2006 e 2007), a indústria respondeu afirmativamente.

6 – Claro que estas e outras medidas, onde sobressai a progressiva disseminação dos genéricos, tornaram o ar mais respirável. Pressupunham bom comportamento de ambas as partes, o que não aconteceu. Entusiasmado pela poupança que os genéricos estavam a gerar, o Governo de então, à beira das legislativas de 2009, resolveu tornar gratuitos aos idosos, todos os medicamentos genéricos abaixo de determinado valor. Claro que o efeito desta liberalidade só se fez sentir no ano seguinte, quando toda a boa articulação passou a desfazer-se.

7 – Com a presença da Troika e a passagem a genéricos de grande parte dos “blockbusters”, o choque financeiro abalou qualquer hipótese de boas relações. Mas como a crise era europeia (ou mundial) e não apenas nacional, a habilidade, firmeza cimentada pelas circunstâncias e bom senso do Governo no setor, deve ter tornado respirável o ar relacional. Não foi por acaso que no final do anterior ciclo governativo se celebrou entre nós o primeiro acordo de pagamento pelo Estado em função dos resultados terapêuticos confirmados. Situação que até hoje ainda não foi continuada.

8 – É ainda cedo para o balanço dos dois últimos anos, nem sou eu pessoa independente para o fazer. Mas os problemas continuam ou até se agravaram: a indústria está a apresentar cada vez mais e melhores produtos para prolongar a doença crónica, embora apresente poucos para a curar de vez, escudando-se na ausência ou no atraso de investigação fundamental. Os orçamentos hospitalares andam subalimentados e as relações dentro do Estado decisor parecem longe da perfeição, com os objetivos do reajuste estrutural a dominarem o mar de necessidades. A consequência são atrasos de pagamento que envenenam o relacionamento e retrancam os parceiros, transformados em contendores. Só no fim do ano económico se abrem cordões à bolsa e nem sempre o conteúdo desta cobre as primeiras necessidades. Calculo que a indústria se esteja a organizar com um

calendário em que só há sorrisos no final do ano, tornando o 2º semestre um pesadelo para tesoureiros de hospitais e cobradores das empresas. Neste contexto, não há ambiente para se construir, apenas para se sobreviver, à espera de novos protagonistas. Que fazer, então?

9 – A confiança não se restaura com palavras, mas com atos, mesmo que comecem por ser apenas simbólicos e comportamentais. O primeiro será o da transparência, todos os parceiros – de lá e de cá – têm que conhecer a verdade, até onde vão os recursos. A experiência passada era de uma verdade instruída: sabia-se que o Estado era quase sempre devedor, não cumpria prazos, mas no final pagava tudo. Ser bom pagador já não era mau. O que há de diferente nos tempos de hoje não é a acumulação de dívidas do Estado, neste caso dos hospitais do SNS, mas o seu elevado montante. Os valores acumulados são sempre geríveis, só que com maior dificuldade: a casa-mãe tem problemas em entender um Estado que tanto demora a pagar e fecha-se naturalmente a qualquer hipótese de negociação, muito menos a parcerias para o futuro. Confesso que nunca percebi porque não se explica claramente no início do ano, a cada um dos fornecedores, a capacidade de financiamento consentido, preferindo-se prolongar durante meses uma agonia de meias verdades, que só parcialmente se desvendam no final do ano. Arriscamo-nos a que este ritual impeça qualquer entendimento estratégico.

10 – Não será impossível que o sector da saúde contraia empréstimos obrigacionistas ou puramente bancários, permitindo-lhe dispor de uma posição negocial mais forte para pagar a tempo e horas. Assim se transferiria para o terreno financeiro uma série de mini ou macro disputas que enfraquecem o SNS. Com a centralização obsessiva forçada pelo ajustamento, agravada pela miopia da desconfiança na delegação de responsabilidades e poderes, perpetuamos um relacionamento que só ganhava em ser saudável e frontal, para ganhar o rigor da exigência negocial.

11 – Não sei como estamos hoje de centrais de compras de medicamentos dispendiosos, nem sei se todos os grandes hospitais desenvolveram células de avaliação custo-efetividade das terapêuticas que ministram. É natural que o Infarmed o faça, é seu dever, mas não deve ser o único a fazê-lo. Bem sabemos que o País é pequeno, mas retirando confiança às regiões e às instituições, estamos a torna-lo ainda mais pequeno e mais autoritário, logo, mais mal gerido. Assisto por parte da indústria e de associações como esta a um interesse crescente por estes temas, mas que não se sente partilhado pelo SNS no seu conjunto.

12 – Importa agora, que tão crítico se foi sobre o passado, tentar construir ou recomendar algo para o futuro.

- a) A primeira obrigação do Estado consiste em ampliar o financiamento da saúde, em vez de o realizar “a posteriori” quando nenhuma vantagem, só inconvenientes, se podem retirar dos pagamentos cumpridos.
- b) O Estado tem que aperfeiçoar os seus métodos de compra. Não pode ir atrás de pressões de profissionais e dos doentes, intermediários da indústria. Tem que colocar toda a indústria em pé de igualdade, mas ir fundo, mais fundo, na análise do que deve comprar. Há instrumentos para o fazer, nomeadamente a avaliação de tecnologias.
- c) O Estado tem que assumir uma posição coordenada, internamente, com a ADSE e com os privados grandes compradores. Externamente, articulando uma política europeia de colaboração com a indústria, não apenas nos produtos, também nos preços.
- d) O Estado tem que assumir uma postura prospetiva, conhecer o que está a ser investigado, o que está em ensaios, o que vai sair e planear quando pode acolher a inovação. Assim poderá ter alguma liberdade para negociar. Se se limitar passivamente a aguardar correio, está

pronto a ser pressionado, manipulado e depois vilipendiado. Como uma rês no matadouro.

- e) O Estado tem que aplicar as leis que regulam as relações da indústria com os médicos e outros técnicos, de forma a conter conflitos de interesse; não os podendo evitar, tem que saber geri-los.
- f) Os médicos e outros profissionais não terão que fazer mais que aplicar os seus códigos deontológicos, cumprindo as obrigações de natureza pública que detenham, quando servidores do Estado.
- g) A indústria tem, antes de mais, de olhar para Portugal como um país exigente, que deseja ser cumpridor e que tem nichos de investigação em Ciências da Saúde que comparam com os melhores do mundo. Pode e deve servir-se da capacidade que o País tem de gerar conhecimento para incorporar os novos centros de investigação na sua lista de fornecedores de serviços.
- h) A indústria deve exigir o cumprimento de prazos de pagamento, mas também que estar aberta à negociação. Se impõe “diktats”, obterá muros. O país mudou muito, não é igual a 20, nem a 10, nem a 5 anos atrás.

Nenhuma das condições que identifique garante por si só a sustentabilidade da inovação. Mas todas elas são essenciais para que a relação seja saudável. Sobretudo há que evitar que uns apenas pensem em pressionar o Estado a

comprar tudo o que a indústria produz e outros a tentar, como comprador oligopsónico, forçar a mão de quem vende, esticando a corda dos prazos de pagamento.

13 – É tempo de terminar. Há certamente muitos problemas no horizonte e um caminho pedregoso à nossa frente. Não temos outro, não podemos fugir para trás e para os lados só alongamos a caminhada. Saudemos o Novo Ano com os augúrios de novas possibilidades.