

Universidades Lusíada

Calçada, Leana Josete Ribeiro

Avaliação económica do modelo de contratação dos cuidados respiratórios domiciliários

<http://hdl.handle.net/11067/3473>

Metadados

Data de Publicação

2016

Resumo

Já há muito que os Cuidados Respiratórios Domiciliários (CRD) têm-se apresentado como sendo uma solução eficaz e confortável para as necessidades de saúde de doentes com patologias respiratórias que requerem maiores cuidados. A questão é como fornecer um nível adequado de cuidados com custo-efetividade considerando a comparticipação por estes cuidados de saúde e a sustentabilidade dos prestadores. Tendo o envelhecimento da população e a crescente prevalência de doenças respiratórias em mente, é ...

Abstract: Home Healthcare (HHC) for Respiratory patients has been looked at as an effective and comfortable solution for healthcare needs for some time now. The question is how to provide an adequate level of care with cost effectiveness when considering healthcare reimbursement and providers' sustainability. Considering an aging population and growing prevalence in respiratory disease, sustainable solutions must be found in order to provide appropriate care for those who suffer from respirator...

Palavras Chave

Economia, Dinâmica da economia, Economia na saúde, Modelos económicos, Contratação pública, Cuidados Respiratórios Domiciliários

Tipo

masterThesis

Revisão de Pares

Não

Coleções

[ULP-FCEE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-04-17T01:42:18Z com informação proveniente do Repositório

Agradecimentos

Agradeço toda a disponibilidade e apoio incansável da Prof Erika Laranjeira como Orientadora da minha tese.

Agradeço a Professora Doutora Elizabete Real pela sua indicação de Orientadora.

Agradeço a empresa VitalAire do grupo AirLiquide pela disponibilização de dados e informação dentro das limitações conhecidas.

Agradeço a minha família por tolerarem a minha ausência e pelo seu apoio incondicional.

Índice de figuras

1. Envelhecimento em Portugal – 1961 a 2014.
2. Esperança Média de vida à nascença – Evolução em 10 anos (2003 a 2012).
3. Pirâmide Etária Portugal: 1960-2000.
4. Pirâmide Etária Portugal: 2013 (estimativa); 2035 e 2060 (projeções).
5. Proporção da População (em %) por tipo de doença crónica por NUTS I – 2005/2006.
6. Óbitos por doenças respiratórias – 1998 e 2013.
7. Evolução da proporção de jovens e idoso, mundo, 1960 – 2050.
8. Taxa de Incidência da deficiência segundo sexo, por tipo de deficiência , Portugal 2001.
9. Estado de saúde segundo o sexo, Continente, 1998 e 1999.
10. Dados Demográficos para Portugal e Países da OCDE em 2000 e 2012.
11. Esperança de Vida no Mundo e na Europa.
12. Esperança Média de Vida em Portugal.
13. Mortalidade por grupos de causas e anos de vida perdidos.
14. Índice de envelhecimento, em 2013.
15. Taxa de Risco de Pobreza nos anos de 1995 e 2014 (antes de todas as transferências sociais).
16. Risco de Pobreza na população abaixo dos 18 anos.
17. Evolução da taxa Bruta de Mortalidade.
18. Evolução da Taxa de Mortalidade Pardonizada por doença respiratória e por local de residência (NUTS II-2013), ambos os sexos, (2012 e 2013).
19. Peso da Mortalidade por doenças respiratórias no total das causas da morte; Portugal (2007 a 2013).
20. Evolução do número de anos potenciais de vida perdidos devido a doenças respiratórias; Portugal (2007 e 2013).
21. Distribuição dos custos associados aos internamentos hospitalares (milhões de euros), por grandes categorias de diagnóstico (CGD); Portugal Continental (2014).

22. Caracterização da Produção Hospitalar e respectivos padrões de morbilidade, relativos as Doenças respiratórias em Portugal Continental (2010 2014).
23. Oferta e procura – Oxigenoterapia.
24. Curva de Custos – Oxigenoterapia.
25. Oferta e procura – Ventiloterapia (CPAP/Auto-CPAP).
26. Curva de Custos - Ventiloterapia (CPAP/Auto-CPAP).
27. Curva de Custos - Ventiloterapia (Bi-nível ST).
28. Oferta e procura – Ventiloterapia (Bi-nível ST).
29. Oferta e procura – Ventiloterapia (Suporte de vida).
30. Matriz de Pay-offs.
31. Matriz de Pay-offs.
32. Distribuição dos custos associados aos internamentos hospitalares (milhões de euros, por grandes centros de diagnóstico (CGD), Portugal Continental 2014).
33. Alguns dados chave respeitantes a Portugal _ OCDE.
34. Despesa com a Saúde; público e privado.
35. Percentagem dos encargos do SNS com o Aparelho Respiratório.

Índice

| | |
|--|----|
| Agradecimentos | 1 |
| 1 Resumo..... | 6 |
| Abstract | 8 |
| Palavras-chave | 10 |
| Acrónimos | 11 |
| 2 Introdução..... | 13 |
| 2.1 O envelhecimento em Portugal..... | 13 |
| 2.2 A esperança da vida em Portugal e as principais preocupações relativas à saúde | 16 |
| 2.3 A capacidade Portuguesa para as necessidades de tratamento de doenças respiratórias | 17 |
| 2.4 Potenciais Constrangimentos..... | 17 |
| 2.5 Acessibilidade..... | 18 |
| 2.5.1 Cuidados Respiratórios Domiciliários e a Contratação Pública..... | 18 |
| 3 Motivação | 22 |
| 4 Análise Demográfica e Epidemiológica (Incidência de Doenças Respiratórias) | 24 |
| 4.1 Introdução..... | 24 |
| 4.2 Dados sobre a Saúde Respiratória na Europa e em Portugal | 28 |
| 4.2.1 A Saúde em Portugal e no Mundo: Impacto nas Doenças Respiratórias..... | 28 |
| 4.2.2 Saúde Respiratória no presente: potenciais constrangimentos | 31 |
| 4.3 Pobreza e Envelhecimento | 31 |
| 4.4 Condições Sociais..... | 33 |
| 4.5 Conclusão | 36 |
| 5 Análise dos Modelos de Contratação pública na Europa e em Portugal | 37 |
| 5.1 Introdução..... | 37 |
| 5.2 O Modelo Europeu | 37 |

| | | |
|-------|--|----|
| 5.3 | Modelo de Contratação Pública em Portugal para os CRD | 38 |
| 5.3.1 | Modelos Económicos de Saúde | 39 |
| 5.3.2 | Condições de Equilíbrio do mercado antes de 2014..... | 47 |
| 5.4 | Conclusão | 59 |
| 6 | Os Modelos Económicos para os CRD | 62 |
| 6.1 | Introdução..... | 62 |
| 6.2 | Análise da sustentabilidade dos modelos seguidos..... | 63 |
| 6.2.1 | Diferenças entre o modelo de contratação pública anterior e o presente | 63 |
| 6.3 | Teoria dos Jogos: Apresentação do Jogo | 65 |
| 6.3.1 | Modelo Concorrencial (atual)..... | 66 |
| 6.3.2 | Modelo Monopolista (alteração de modelo) | 66 |
| 6.3.3 | Matriz de <i>pay-offs</i> | 67 |
| 6.3.4 | Condição de Equilíbrio | 72 |
| 6.4 | Poupança..... | 74 |
| 6.4.1 | Contributo da tecnologia para a Poupança..... | 75 |
| 6.5 | Conclusão | 79 |
| 7 | Conclusão | 80 |
| 8 | Bibliografia | 82 |

1 Resumo

Já há muito que os Cuidados Respiratórios Domiciliários (CRD) têm-se apresentado como sendo uma solução eficaz e confortável para as necessidades de saúde de doentes com patologias respiratórias que requerem maiores cuidados. A questão é como fornecer um nível adequado de cuidados com custo-efetividade considerando a comparticipação por estes cuidados de saúde e a sustentabilidade dos prestadores. Tendo o envelhecimento da população e a crescente prevalência de doenças respiratórias em mente, é necessário encontrar soluções sustentáveis para proporcionar cuidados adequados aos doentes crónicos respiratórios.

O objetivo deste estudo consiste em avaliar se o modelo atual dos CRD em Portugal é implementado pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS) de forma efetiva e ainda avaliar se existem modelos económicos alternativos que apresentam maior efetividade. Entende-se por efetividade a relação de equilíbrio entre a Despesa Pública e a sustentabilidade das empresas fornecedoras tendo um elevado nível de qualidade de serviço aos doentes em consideração.

Para além de considerar indicadores sociodemográficos para confirmar o contexto, avaliaram-se as teorias económicas de John Keynes e Milton Friedman, a Economia Pública e a teoria económica do Monetarismo no que se refere ao papel do Estado nas despesas de saúde, neste caso, para os CRD. As teorias da oferta e procura de John Keynes foram utilizadas para compreender a reação dos jogadores perante alterações nos níveis de preços. Uma análise complementar sobre as curvas de custos ajudou a chegar a uma conclusão teórica sobre o nível de preços e da sustentabilidade. A aplicação da teoria dos jogos de John Nash no contexto dos CRD e a criação de uma matriz sobre prováveis ganhos (pay-offs) para os modelos económicos atuais e alternativos para os CRD em Portugal foram utilizados para testar se o atual modelo económico baseado num mercado aberto é o mais adequado para todos os jogadores ou se possíveis modelos económicos alternativos seriam mais favoráveis.

Estas abordagens e avaliações levaram a uma conclusão teórica de que o atual modelo económico de um mercado aberto, assente na comparticipação pública é aquele

que proporciona resultados ótimos para todos os jogadores no que se refere à poupança das despesas de saúde pública, à sustentabilidade dos prestadores e à satisfação dos doentes.

Estas conclusões são importantes para confirmar que o modelo económico atual é o mais custo-efetivo. Acrescenta-se que estas conclusões podem tornar-se mais relevantes com o acesso a indicadores financeiros. Outras necessidades também foram identificadas, tais com a otimização de tecnologia.

A conclusão mais importante é que a Saúde Pública assente num modelo de mercado aberto é a mais eficaz quando se consideram a poupança de despesas de saúde, a sustentabilidade empresarial e a satisfação dos doentes.

Abstract

Home Healthcare (HHC) for Respiratory patients has been looked at as an effective and comfortable solution for healthcare needs for some time now. The question is how to provide an adequate level of care with cost effectiveness when considering healthcare reimbursement and providers' sustainability. Considering an aging population and growing prevalence in respiratory disease, sustainable solutions must be found in order to provide appropriate care for those who suffer from respiratory chronic disease.

The objective of this study is to understand whether HHC for Respiratory patients in Portugal is provided for effectively by the National Health System and whether there are alternative economic models. When discussing effectiveness the point is to evaluate if the present economic model for HHC meets the challenge of finding balance between Health expenditure and sustainability for providers taking high quality levels of service to patients into mind.

Besides approaching socio-demographic figures to confirm context, an evaluation on John Keynes and Milton Friedmans economic theories regarding government expenditure and monetarist economics in relation to the role of the government in health expenditure, in this case, for HHC, an approach on Keynes' theories of supply and demand were used to understand how players react when price levels change. A complementary analysis on Cost curves helped reach a theoretical conclusion on price level and sustainability. Applying John Nash's theory of games to the HHC context and creating a matrix on probable Pay offs for the present and alternative economic models for HHC in Portugal were used to test whether the present economic model of an open market is the most adequate for all players or whether possible alternative economic models would be more favorable.

These approaches and evaluations led to a theoretical conclusion that the present economic market of an open market strongly based on government health expenditure is that which delivers optimum results for all players regarding public health expenditure savings, providers' sustainability and utility satisfaction for patients.

These conclusions are important to confirm that the present economic model is the most cost effective. These conclusions can become more relevant with access to financial figures. Other necessities were also identified such as technology optimization.

The most important conclusion is that Public Health under an open market model is the most effective when regarding health expenditure saving, business sustainability and patients' satisfaction.

Palavras-chave

Saúde, Cuidados Respiratórios Domiciliários, Contratação Pública, Envelhecimento, Esperança média de vida, Sustentabilidade, Equidade, Qualidade, Modelos Económicos da Saúde, Teoria dos Jogos, Elasticidade, Procura e Oferta de Bens Públicos.

Acrónimos

ARS – Administração Geral da Saúde

Auto CPAP – Automatic titrating (measuring and adjusting) continuous positive airway pressure

CCP – Código dos Contratos Públicos

CE – Comunidade Europeia

CFM – Custos Fixos Médios

CMG – Custo Marginal

CPAP – Continuous Positive Airway pressure

CRD – Cuidados Respiratórias Domiciliários

CTM – Custo Total Médio

CVM – Custos Variáveis Médios

DGS – Direção Geral da Saúde

DL – Decreto-lei

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

EU – União Europeia

EUA – Estados Unidos da America

GCD – Grandes Categorias de Diagnóstico

HHC – Home Healthcare

IMS – Quantiles IMS Health

INE – Instituto Nacional de Estatística

NUTS - Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económica

OECD – Organization for Economic Cooperation and Development

OLD – Oxigenoterapia de Longa Duração

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONDR – Observatório Nacional de Doenças Respiratórias

PIB – Produto Interno Bruto

PNDR – Plano Nacional das Doenças Respiratórias

PNPCT – Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo

SA – Sociedade Anónima

SNS – Serviço Nacional da Saúde

SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

WHO- World Health Organization

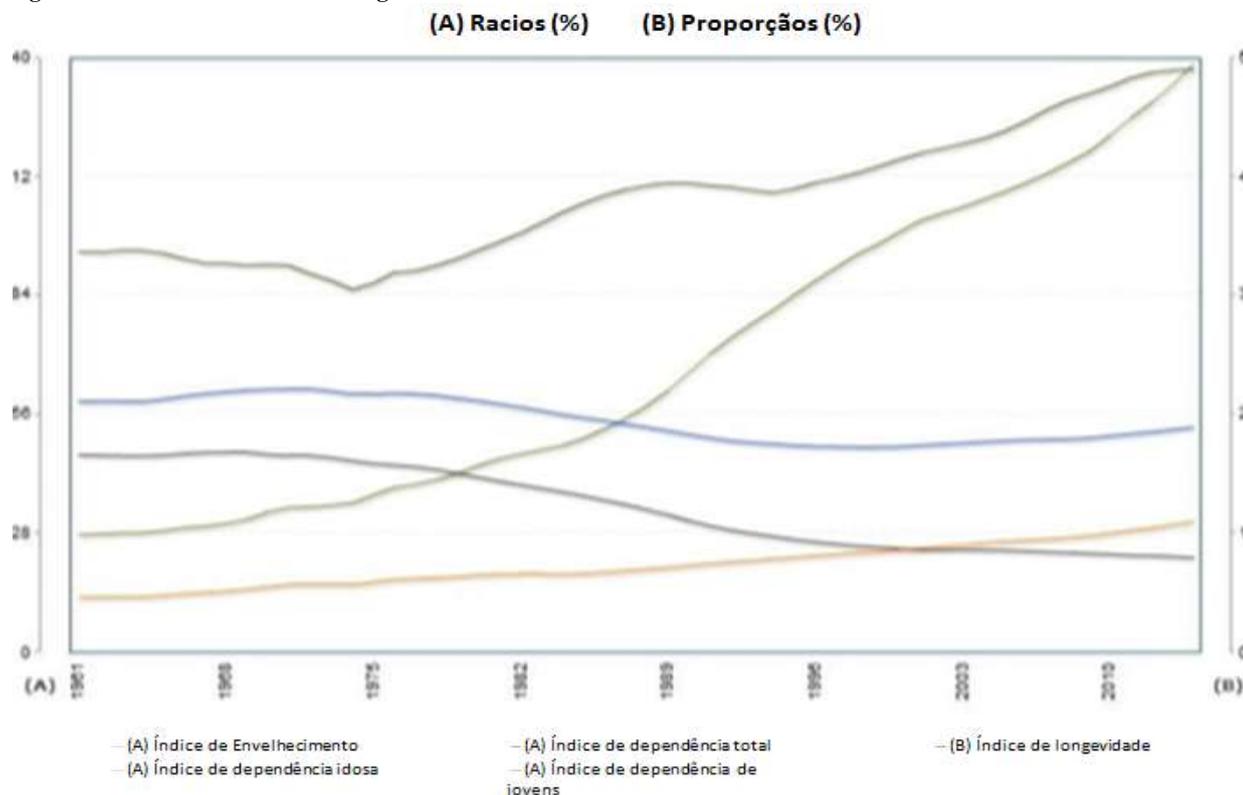
2 Introdução

2.1 O envelhecimento em Portugal

A intensidade do envelhecimento da população, os aspectos que envolve, assim como os novos desafios e oportunidades que se deparam à uma sociedade cada vez mais envelhecida, tornam o tema do envelhecimento da população sempre atual, exigindo cada vez mais, uma análise multidimensional do problema.

Como é possível verificar através do gráfico apresentado na Figura 1, o índice de envelhecimento¹ em Portugal, entre 1961 e 2014, quintuplicou, passando de 27,5% em 1961 para 138,1% em 2014.

Figura 1. Envelhecimento em Portugal – 1961 a 2014.



Fonte: INE (2015) e Pordata (2015).

¹ Relação entre a população idosa e a população jovem definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre 0 e os 14 anos, expressa habitualmente por 100 pessoas dos 0 aos 14 anos (INE, 2015).

As novas questões ligadas ao envelhecimento realçam a necessidade de substituir o modelo de ciclo de vida tradicional, dividido em três fases: educação, trabalho e reforma, por outro que contemple todas as alterações provenientes do progressivo envelhecimento da população.

Individualmente, o envelhecimento assenta na maior longevidade dos indivíduos, ou seja, o aumento da esperança média de vida. A esperança média da vida à nascença é definida como o número médio de anos que uma pessoa à nascença pode esperar viver, mantendo-se as taxas de mortalidade por idades. Em Portugal, de acordo com os dados fornecidos pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), a esperança média de vida à nascença para ambos os sexos foi de 80,9 anos em 2013, o que demonstra um aumento de 16,9 anos em comparação com o ano de 1960 (INE, 2015).

Figura 2. Esperança média de vida à nascença – Evolução em 10 anos (2003 a 2012).

| ANO | TOTAL | MASCULINO | FEMININO |
|------|-------|-----------|----------|
| 2003 | 77,4 | 74,1 | 80,6 |
| 2004 | 77,7 | 74,4 | 80,9 |
| 2005 | 78,2 | 74,8 | 81,3 |
| 2006 | 78,5 | 75,2 | 81,6 |
| 2007 | 78,7 | 75,5 | 81,8 |
| 2008 | 78,9 | 75,8 | 81,9 |
| 2009 | 79,3 | 76,2 | 82,2 |
| 2010 | 79,6 | 76,5 | 82,4 |
| 2011 | 79,8 | 76,7 | 82,6 |
| 2012 | 80 | 76,9 | 82,8 |

Fonte: Pordata (2015).

A esperança de vida dos portugueses aumentou cerca de três anos na última década, mais 3,36 anos para os homens e 2,58 anos para as mulheres (Pordata, 2015²). Este aumento deve-se em grande medida à queda da mortalidade provocada por doenças (Figura 5.) bem como graças aos avanços no tratamento de desordens durante a gravidez, nos recém-nascidos e nas disfunções nutricionais. Por outro lado, segundo um estudo publicado pela revista *The Lancet*, o tempo em que as pessoas convivem com doenças e incapacidades tem vindo a aumentar (Expresso, 2015).

Ainda no que se concerne ao conceito da esperança média de vida, está subjacente o de envelhecimento biológico, que a comunidade médica geralmente define como a alteração progressiva das capacidades de adaptação do corpo verificando-se, conseqüentemente, um aumento

² Estes indicadores são referidos pela Pordata, contudo o quadro reflete dados até 2012; sendo que a esperança de vida entre 2003 e 2012 aumentou em 2,8 anos para os homens e em 2,2 anos para as mulheres.

gradual das probabilidades de morrer devido a determinadas doenças que podem precipitar o fim da vida.

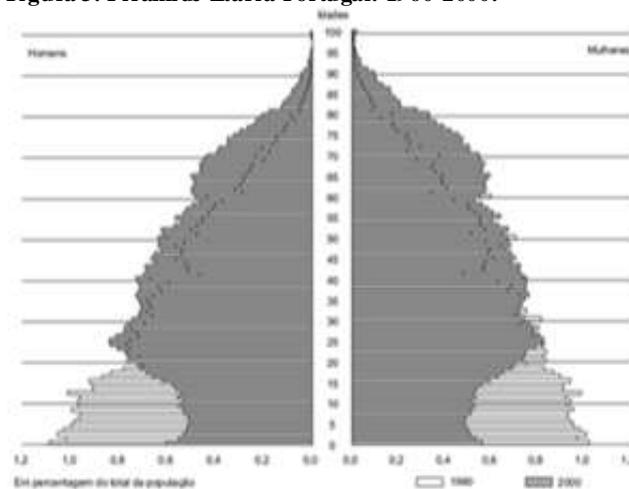
As pessoas mais idosas estão também sujeitas a determinantes externos que podem desencadear algumas perturbações mentais ou comportamentais. É de conhecimento comum que os idosos são muitas vezes alvo de situações de discriminação social unicamente com base na idade, como é também conhecido que são um dos grupos mais vulneráveis à pobreza. A estes fatores associam-se a maior permeabilidade a determinadas doenças físicas, bem como algumas características individuais que se podem manifestar ou vivenciar de forma diferente em cada um dos sexos.

Socialmente, também não é raro encontrar situações deficitárias em relações familiares ou sociais. O isolamento, como as inúmeras formas de exclusão social de que são alvo uma grande parte de pessoas idosas, condicionam o desenvolvimento de uma sociedade onde o envelhecimento possa ser vivido com maior qualidade de vida (INE, 1999).

De acordo com o Eurostat (2015), em Portugal, 20,3% das pessoas com 65 ou mais anos de idade corre o risco de passar por situações de pobreza ou exclusão social. O gabinete de estatística alerta ainda para o envelhecimento da população europeia.

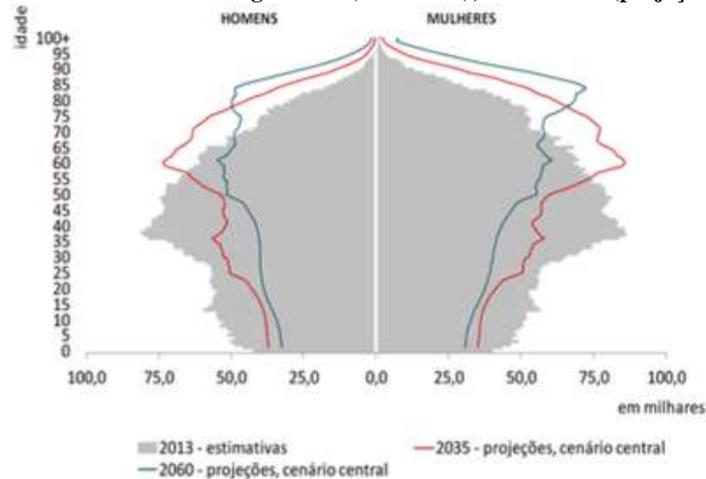
Em Portugal, as alterações na estrutura demográfica estão bem patentes na comparação das pirâmides etárias em 1960 e 2000, como é visível na Figura 3. Este fenómeno ocorreu em todos os países desenvolvidos, e verifica-se atualmente com maior intensidade nos países em desenvolvimento (INE, 1999).

Figura 3. Pirâmide Etária Portugal: 1960-2000.



Fonte: INE (2015).

Figura 4. Pirâmide Etária Portugal: 2013 (estimativa); 2035 e 2060 (projeções).



Fonte: INE (2015).

2.2 A esperança da vida em Portugal e as principais preocupações relativas à saúde

Em 2015, a esperança de vida à nascença em Portugal foi de 80,0 anos, sendo 76,9 anos para o homem e 82,8 anos para as mulheres. Para a mulher esta é a 10ª maior esperança de vida no mundo (INE, 2015).

Nos países desenvolvidos, a principal causa de mortalidade são as doenças não transmissíveis, sendo essa percentagem de 86% em Portugal. Relativamente à mortalidade por doenças transmissíveis, em Portugal, esse valor é de 40 por 100.000 habitantes, melhor do que os 45 do conjunto da União Europeia (UE), mas pior do que a dos países da Europa Ocidental.

Figura 5. Proporção da população (em %) por tipo de doença crónica por NUTS I – 2005/2006.

| | Diabetes | Alzheim | Tensão arterial alta | Dor crónica | Doença reumática | Osteoporose | Glaucoma | Respirotia | Tumor maligno ¹ | Pedra nos rins | Insuficiência renal | Ansiiedade crónica | Ferida crónica | Enfisema, bronquite | Acidente vascular | Obesidade | Depressão | Enfarte do miocárdio | Outra doença crónica |
|-------------|----------|---------|----------------------|-------------|------------------|-------------|----------|------------|----------------------------|----------------|---------------------|--------------------|----------------|---------------------|-------------------|-----------|-----------|----------------------|----------------------|
| Continente | 6,5 | 5,5 | 20,0 | 16,3 | 16,3 | 6,3 | 0,7 | 0,8 | 1,9 | 4,9 | 1,6 | 4,6 | 0,9 | 3,7 | 1,6 | 3,9 | 8,3 | 1,3 | 24,4 |
| R.A.Açores | 6,7 | 5,8 | 16,3 | 10,0 | 12,9 | 5,6 | 0,7 | 0,3 | 1,4 | 3,5 | 0,6 | 4,4 | 0,8 | 2,1 | 1,4 | 2,2 | 5,4 | 1,0 | 25,5 |
| R.A.Madeira | 4,6 | 4,4 | 13,1 | 7,2 | 6,0 | 4,1 | 0,4 | 1,2 | 0,8 | 0,9 | 0,8 | 0,9 | 0,6 | 2,0 | 1,3 | 0,6 | 4,1 | 0,9 | 21,9 |

Fonte: INE (2015).

Em termos de doenças respiratórias, a mortalidade, em Portugal Continental e nas Regiões Autónomas, é das maiores da Europa, ultrapassando os 115 por 100.000 habitantes. A Madeira é mesmo a Região da Europa com maior taxa de mortalidade por doenças respiratórias (Observatório das Doenças Respiratórias, 2015).

2.3 A capacidade Portuguesa para as necessidades de tratamento de doenças respiratórias

Em Portugal, o número de médicos e de enfermeiros, por 100.000 habitantes, é inferior à média da UE, sendo esse valor de 20,1 (mais 8,7 internos em formação), e de 39,9, em comparação com 33,1 e 80,5 da média da UE, respectivamente. O mesmo acontece com o número de camas hospitalares (Observatório das Doenças Respiratórias, 2015).

Deste modo, a necessidade de encontrar alternativas ao Internamento e ao recurso do tratamento de doenças crónicas em meio hospitalar torna-se cada vez mais necessária, por um lado por questões familiares e sociais, assim como, por questões económicas e de sustentabilidade da estrutura atual do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

2.4 Potenciais Constrangimentos

Para além do impacto sobre o poder de compra das famílias devido ao nível de empobrecimento e desemprego, os efeitos da crise económica e financeira também se fazem sentir a nível de potenciais constrangimentos na saúde respiratória.

As doenças respiratórias são muito frequentes nos grupos etários mais elevados. Portugal é o 3º país europeu com um índice de envelhecimento mais elevado: 133,5 pessoas com mais de 65 anos para cada 100 portugueses com menos de 15 anos, existindo ainda, um acentuado deficit na promoção da saúde e na prevenção da doença, por falhas na educação para a saúde, entre outros fatores (Observatório das Doenças Respiratórias, 2015).

Figura 6. Óbitos por doenças respiratórias – 1998 e 2013.

| | 1998 | 2013 | ▲ |
|-------------|------|------|---------|
| PNEUMONIA | 3886 | 5935 | 52,70% |
| CANCRO | 3258 | 4336 | 33,10% |
| DPOC | 2675 | 2720 | 1,70% |
| ASMA | 196 | 122 | -37,80% |
| TUBERCULOSE | 347 | 208 | -40,10% |

Fonte: Observatório das Doenças Respiratórias (2015).

Se a isto ainda acrescentarmos as grandes deficiências verificadas no acompanhamento dos doentes respiratórios crónicos, a criação de uma Rede Nacional de Cuidados Respiratórios surge como algo fulcral.

Em 2011, a Comissão da elaboração do relatório da ONDR considerou que capacidade de resposta do SNS deverá responder a todos os portugueses, mas que as taxas de médicos e pessoal de enfermagem parecem inferiores ao desejável, sendo mais evidente no pessoal de enfermagem. Reforçando portanto a ideia da necessidade da implementação duma Rede de Cuidados Respiratórios Domiciliários.

Salienta-se que SNS, com o seu carácter de universalidade, deve ser o elo fulcral no controle das doenças respiratórias (Observatório das Doenças Respiratórias, 2015).

2.5 Acessibilidade

2.5.1 Cuidados Respiratórios Domiciliários e a Contratação Pública

Os Cuidados Respiratórios Domiciliários (CRD) correspondem ao fornecimento de serviços e equipamentos no local de residência dos doentes e suas famílias com o objetivo de suprir necessidades maioritariamente resultantes de condições respiratórias crónicas, com incapacidade permanente ou doença terminal.

Os CRD, para além das principais terapêuticas, envolvem também aspetos relativos à reabilitação e à integração social e familiar que deverão ser valorizados, assim como a “integração” com a prestação de outros cuidados de saúde.

Entende-se que a qualidade do serviço prestado por empresas creditadas e contratadas para o efeito pelo SNS tem a mesma importância que as características técnicas dos equipamentos e que estes deverão corresponder ao “estado da arte” do conhecimento médico numa perspectiva de eficiência e racionalização para responder ao tratamento padronizado de cada doença. Para o SNS, o conhecimento do sistema no qual assentam os CRD é decisivo para empreender uma reforma que assegure o seu crescimento e sustentabilidade na sequência do, já referido, previsível aumento da sua utilização (Portal da Saúde, 2011).

Em Portugal, as doenças respiratórias crónicas graves, as perturbações respiratórias do sono e as doenças neuromusculares afetam mais de um milhão de doentes. Para o controlo clínico dessas doenças, e nas suas fases avançadas, está indicada a prestação de CRD. A oxigenoterapia e a ventiloterapia permitem diminuir a mortalidade e melhorar a qualidade de vida, devolvendo autonomia e promovendo a reintegração socioprofissional ao doente (Portal da Saúde, 2011).

Os CRD surgiram, em Portugal, com a implementação da Oxigenoterapia de Longa Duração (OLD) domiciliária no início da década de 1980, imediatamente após a publicação dos estudos que mostraram a evidência dos benefícios desta abordagem terapêutica. (MRC, 1981; NOTT, 1980).

Em 1985, existiam em Portugal 697 doentes em OLD. Nos anos seguintes verificou-se um crescimento anual de cerca de 20% de acordo com os dados apresentados na primeira avaliação da situação nacional (Sociedade Portuguesa de Pneumologia, 1991). Este estudo mostrou que a implementação da OLD no país foi feita de forma assimétrica, com a maioria dos doentes concentrados em Lisboa, Coimbra e Porto. Nos distritos com maior penetração de OLD, verificou-se que a mortalidade por patologia pulmonar crónica diminuiu quase de imediato.

Apesar da falta de indicadores globais precisos sobre a matéria, é possível afirmar que o mesmo efeito de diminuição, se observou na duração dos internamentos (Teixeira *et*

al., 1998). A ventiloterapia dirigida a doentes com insuficiência respiratória crónica surgiu no início da década de 1990, quer para responder à necessidade de enviar os doentes com DPOC internados para o domicílio, quer como coadjuvante da oxigenoterapia em doentes que não respondiam favoravelmente a esta terapêutica isolada (Portal da Saúde, 2011).

Por outro lado, em saúde materno-infantil, os avanços notáveis ocorridos nas últimas décadas permitem que recém-nascidos e crianças com doenças consideradas fatais até há bem pouco tempo atinjam, hoje, a idade adulta, em grande parte, mediante acesso a cuidados respiratórios, cada vez mais reconhecidos como um benefício importante.

O SNS, o conhecimento do sistema no qual assentam os CRD é decisivo para empreender uma reforma que assegure o seu crescimento e sustentabilidade na sequência do, já referido, previsível aumento da sua utilização (Portal da Saúde, 2011).

Por Cuidados Respiratórios Domiciliários entende-se a prestação ambulatória de serviços e o fornecimento dos equipamentos necessários ao doente na sua residência, com a finalidade de restaurar e manter o seu máximo nível de conforto, função e saúde.

Os serviços objeto do concurso que regulamenta a contratação pública dos CRD, figuram no Catálogo Público de Aprovisionamento da Saúde, identificados no Anexo I do respectivo Caderno de Encargos.

Da descrição dos serviços devem considerar-se, designadamente, os seguintes serviços por modalidade de tratamento:

- a. Aerosolterapia: através de sistemas de nebulização pneumática (conjunto de compressor e nebulizador pneumático), sistemas de nebulização ultrassónicos, sistemas de nebulização eletrónicos, sistemas ou equipamentos de nebulização pneumáticos ou eletrónicos “inteligentes”;
- b. Oxigenoterapia: oxigenoterapia gasosa, oxigenoterapia líquida, oxigenoterapia por concentrador convencional e oxigenoterapia por concentrador portátil;
- c. Ventiloterapia: através de pressão positiva contínua nas vias aéreas fixa (CPAP) ou automática (AutoCPAP), pressão positiva bi-nível, auto bi-nível; ventilador volumétrico ou, preferencialmente, ventilador híbrido com capacidade de trabalhar em modos de pressão e de volume; servo ventilação autoadaptativa;

d. Outros tratamentos:

- i. Tratamentos de mobilização e eliminação de secreções: aspirador convencional e in-exsufador;
- ii. Monitores cardiorrespiratórios baseados em capnógrafia e oximetria (Procedimento 2013/100).

3 Motivação

No enquadramento apresentado, assim como pelos objetivos determinados, acrescem outros fatores motivadores para a realização da presente dissertação. Uma preocupação pessoal, resultado de experiências do percurso da vida, do sofrimento pessoal de ver um filho praticamente a nascer nos cuidados intensivos pediátricos do Hospital Maria Pia; da eterna gratidão sentida por beneficiar de uma rede de cuidados possibilitado por um Serviço Nacional de Saúde (SNS) acessível a todos os cidadãos da União Europeia; e mais tarde pela coincidência de surgir a oportunidade de trabalhar na área respiratória, numa empresa de renome que consegue levar os cuidados necessários ao número crescendo de doentes respiratórias para o seio do seu lar, junto dos seus entes queridos e cuidadores, possibilitado pelo SNS que se baseia em princípios básicos, nobres e constitucionais, a equidade, a homogeneidade, o equilíbrio.

Neste contexto, surgiu a vontade de conseguir comprovar o que já muitos defendem, a disponibilização de serviços essenciais ao doente respiratório crónico no domicílio, pelo SNS, assente num modelo socioeconómico de equidade, de qualidade e de sustentabilidade.

Deste modo, na presente dissertação, haverá lugar à apresentação de 3 ensaios sobre o tema da avaliação económica da contratação dos CRD.

No primeiro ensaio vamos conhecer qual é o enquadramento das doenças respiratórias no que se refere à prevalência, taxas de mortalidade, tipologia de doenças e níveis socioeconómicos da população portuguesa. O segundo ensaio apresenta uma análise económica da oferta e procura dos serviços de CRD assim como das respetivas curvas de custos, para as principais terapias de CRD, as quais serão apresentados no Ensaio mencionado. Também se irá fazer uma reflexão sobre o Modelo Económico dos CRD e a identificação dos jogadores no mercado.

O terceiro ensaio apresenta uma análise sobre os modelos económicos possíveis de serem implementados para os CRD, recorrendo à Teoria dos Jogos de John Nash para avaliar quais as estratégias prováveis de serem seguidos pelos jogadores, o Estado através do SNS, o doente e as empresas. Também se irá fazer uma reflexão sobre o

Modelo Económico para os CRD que mais se adequa aos princípios de equidade, de qualidade e de sustentabilidade.

4 Análise Demográfica e Epidemiológica (Incidência de Doenças Respiratórias)

4.1 Introdução

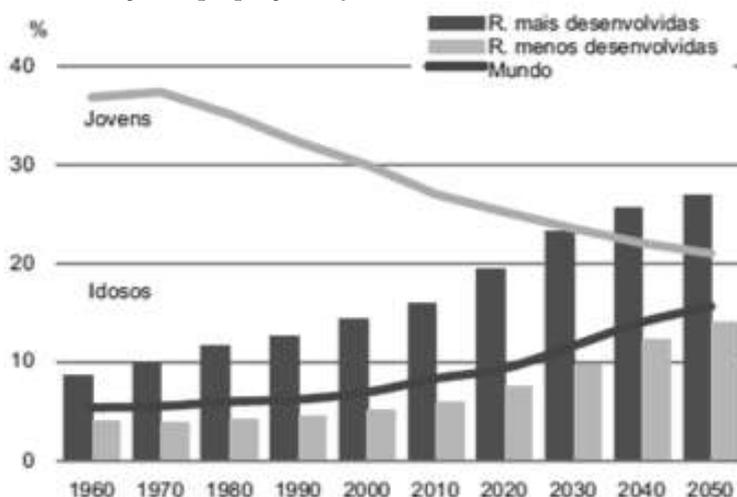
Entre 1960 e 2000 a proporção de jovens, entre os 0 e os 14anos, diminuiu sensivelmente, de 37% para 30% em Portugal. Segundo a hipótese média de projeção de população mundial das Nações Unidas, a proporção de jovens continuará a diminuir, para atingir os 21% do total da população em 2050. Relativamente à proporção da população mundial com 65 ou mais anos regista-se uma tendência crescente, verificando-se um aumento de 5,3% para 6,9% do total da população, entre 1960 e 2000, e para 15,6% em 2050, segundo as mesmas hipóteses de projeção (INE, 1999). De referir ainda que o ritmo de crescimento da população idosa é quatro vezes superior ao da população jovem.

O envelhecimento demográfico não evolui de forma uniforme em todas as regiões do Mundo. Considerando a população por regiões, segundo o seu grau de desenvolvimento 2, confirma-se que as mais desenvolvidas iniciaram primeiro o fenómeno da transição demográfica, com a população jovem a evoluir segundo taxas negativas desde 1970, enquanto o conjunto dos países menos desenvolvidos apresenta taxas de crescimento positivas, embora relativamente baixas, aproximando-se do valor nulo a partir de 2030 (INE, 1999).

Este fenómeno social é um dos desafios mais importantes do século XXI e obriga à reflexão sobre questões com relevância crescente como a idade da reforma, os meios de subsistência, a qualidade de vida dos idosos, o estatuto dos idosos na sociedade, a solidariedade intergeracional, a sustentabilidade dos sistemas de segurança social e de saúde e sobre o próprio modelo social vigente.

Por outro lado, uma sociedade constituída por pessoas mais velhas pode criar outras oportunidades em diversos domínios, novas atividades económicas e profissões, nomeadamente na área da prestação de serviços comunitários e de redes de solidariedade; ambientes e arquitetónicas diferentes; padrões de consumo específicos, produtos e serviços criados à imagem dos consumidores mais velhos com necessidades específicas (INE, 1999).

Figura 7. Evolução da proporção de jovens e idosos, Mundo, 1960-2050.



Fonte: United Nations Population Division (2015).

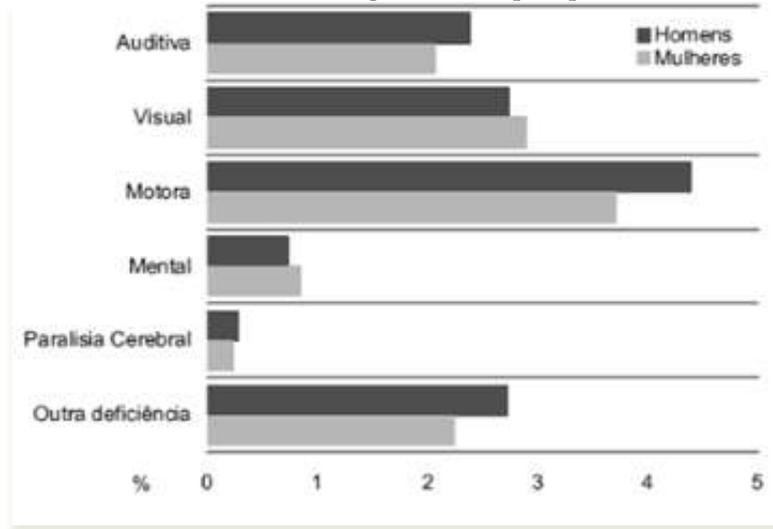
Relativamente à incidência de doenças crónicas, o Inquérito Nacional de Saúde de 1998/1999 (Continente) permite observar que a hipertensão e as dores nas costas são as mais frequentes entre a população idosa inquirida. Estas doenças, juntamente com a diabetes registam uma prevalência superior entre as mulheres (INE, 2015).

Noutra perspectiva, o mesmo inquérito permite observar que o índice de massa corporal (IMC) médio da população com 65 e mais anos ronda os 25,5, encontrando-se próximo do indicador para a população total.

Pode concluir-se que, a obesidade não é uma doença que afecte muito este grupo populacional, dado que, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), é a partir do índice 30 que se considera uma pessoa obesa.

Ainda neste contexto, refira-se que é um problema que afecta mais as mulheres, sobretudo a partir dos 65 anos. A percentagem de mulheres idosas com IMC acima dos 30 é de 17,2%, contra os 13,2% dos homens (INE, 1999).

Figura 8. Taxa de incidência da deficiência segundo o sexo, por tipo de deficiência, Portugal 2001.

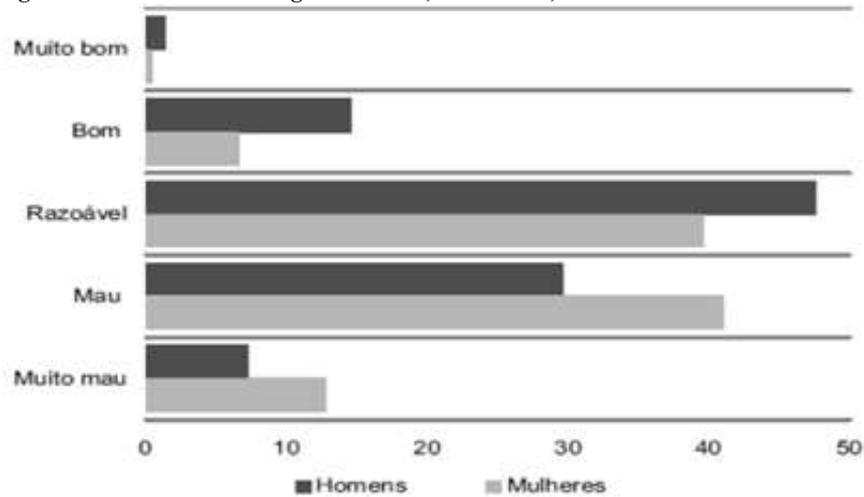


Fonte: INE/DECP, Estimativas e Recenseamentos Gerais da População (2015).

Relativamente às principais causas de morte, as doenças cérebro vasculares são uma das mais importantes e incidem especialmente sobre as mulheres. Estas causas, juntamente com os sintomas, sinais e afeções mal definidos, as outras doenças do aparelho respiratório, nas quais se inclui a pneumonia, e as doenças isquémicas do coração, constituem geralmente as principais causas de morte, estando na origem de mais de metade dos óbitos de idosos. (INE, 1999).

A população idosa acumula, como evidenciado anteriormente, baixos níveis de instrução, baixos rendimentos, isolamento físico e social, baixa participação social e cívica, a que se juntam condições de saúde, de habitação e conforto desfavoráveis. As mulheres idosas consideram que têm um estado de saúde mais precário que os homens. Segundo o Inquérito Nacional de Saúde, em 1998/1999, ambos os sexos acumulam as maiores percentagens nas categorias de mau e razoável. No entanto, enquanto 14,5% dos homens afirmam que o seu estado de saúde é bom tal grau é apontado apenas por 6,5% das mulheres. De referir ainda que cerca de 12,7% das mulheres e 7,2% dos homens indicaram ter um estado de saúde muito mau.

Figura 9. Estado de saúde segundo o sexo, Continente, 1998 e 1999.



Fonte: INE (2015).

Deste modo, através deste ensaio, pretende-se avaliar o estado da saúde em Portugal, em comparação com os nossos parceiros europeus; o peso das doenças respiratórias em relação às doenças, internamentos e óbitos; assim como, avaliar as tendências evolutivas das principais doenças respiratórias, tirando sempre que possível conclusão que permitam melhorar a saúde respiratória dos portugueses.

Tendo estes objetivos em atenção, segundo o Relatório Mundial da Saúde e a mensagem da Presidente, o objetivo atual, no centro dos debates sobre prestação de serviços de saúde, incide sobre a necessidade de orientação nesta área a qual tornou-se ainda mais urgente neste momento caracterizado simultaneamente pela crise económica e custos crescentes dos cuidados de saúde, à medida que a população envelhece, as doenças crónicas aumentam, e novos tratamentos mais caros se tornam disponíveis. O Relatório sublinha a exigência pública para acesso a cuidados de boa qualidade e ainda aumenta mais a pressão pela escolha de políticas inteligentes.

Num tempo de contenção de custos o conselho da Presidente da OMS aos países é este: antes de cortar nas despesas em saúde, procurar primeiro as oportunidades para aumentar a eficiência. Todos os sistemas de saúde, em toda a parte, podem fazer melhor uso dos seus recursos, seja por melhores práticas de aprovisionamento, um uso mais generalizado de produtos genéricos, melhores incentivos aos prestadores, ou mecanismos financeiros e administrativos mais fluidos. Este Relatório estima que entre 20% e 40% de

todos os gastos em saúde são atualmente desperdiçados por ineficiência. Aponta 10 áreas específicas onde melhores políticas e práticas podem aumentar o impacto das despesas, às vezes de modo dramático. Investir esses recursos de modo mais inteligente pode ajudar os países a chegarem mais perto da cobertura universal sem aumentar os gastos (OMS, 2016).

Não obstante a conclusão do Relatório Mundial da Saúde traz uma mensagem de esperança. A primeira mensagem central deste Relatório Mundial da Saúde é que não existe remédio santo para chegar a cobertura universal. No entanto, um amplo leque de experiências de todo o mundo sugere que os países podem progredir mais rapidamente do que no passado ou tomar medidas para garantir a proteção dos ganhos já adquiridos. É possível angariar fundos adicionais e diversificar as fontes de financiamento.

É possível passarmos dos pagamentos diretos aos pré-pagamentos e fundos comuns (ou assegurar que os esforços para conter o crescimento da despesa não agravem, de facto, a dependência dos pagamentos diretos) e sermos mais eficientes e equitativos na utilização dos recursos. Os princípios estão bem estabelecidos. Dos países que puseram estes princípios em prática aprenderam-se as lições. Agora é tempo de recorrer a essas lições e difundi-las, pois que há margem de manobra para que cada país faça algo para acelerar ou sustentar o progresso para alcançar a cobertura universal (OMS, 2016).

4.2 Dados sobre a Saúde Respiratória na Europa e em Portugal

4.2.1 A Saúde em Portugal e no Mundo: Impacto nas Doenças Respiratórias

Neste ponto da análise torna-se importante efetuar uma comparação de Portugal com os restantes países da OCDE, uma vez que, permite aferir os nossos indicadores com os de outros países com graus de desenvolvimento semelhante.

Como se pode verificar na Figura 10 a esperança de vida ao nascer é, em Portugal, ligeiramente superior à média europeia e aumentou significativamente em 12 anos. De salientar que a esperança de vida em Portugal é 6 anos maior nas mulheres do que nos homens, o que ultrapassa a média da OCDE.

Figura 10. Dados demográficos para Portugal e Países da OCDE em 2000 e 2012.

| | PORTUGAL | | MÉDIA OCDE | | RANK ENTRE PAÍSES OCDE |
|--|----------|-------|------------|-------|------------------------|
| | 2012 | 2000 | 2012 | 2000 | |
| ESTADO DA SAÚDE | | | | | |
| ESPERANÇA DE VIDA À NASCENÇA | 80,5 | 76,9 | 80,2 | 77,1 | 22 EM 34 |
| ESPERANÇA DE VIDA À NASCENÇA | 77,3 | 73,3 | 77,5 | 74 | 24 EM 34 |
| ESPERANÇA DE VIDA À NASCENÇA | 83,6 | 80,4 | 82,8 | 80,2 | 11 EM 34 |
| ESPERANÇA DE VIDA À NASCENÇA | 17,6 | 15,4 | 17,7 | 15,6 | 23 EM 34 |
| ESPERANÇA DE VIDA À NASCENÇA | 21,3 | 19,1 | 20,9 | 19,1 | 113 EM 34 |
| MORATALIDADE POR DOENÇA CARDIOVASCULAR IDADE PADRÃO POR 100.000 PC | 242 | 424,9 | 296,4 | 428,5 | 21 EM 34 |
| MORATALIDADE POR DOENÇA ONCOLÓGICA IDADE PADRÃO POR 100.000 PC | 200,7 | 211,5 | 213,1 | 242,5 | 24 EM 34 |
| FACTORES DE RISCO PARA A SAÚDE (COMPORTAMENTAL) | | | | | |
| CONSUMO TABÁGICO EM ADULTOS (% CARGA DIÁRIA) | 18,6 | 20,6 | 20,7 | 26 | 22 EM 34 |
| CONSUMO DE ALCOOL ADULTOS (LITROS PER CAPITA) | 10,8 | 12,1 | 9 | 9,5 | 10 OUT OF 34 |
| TAXAS DE OBESIDADE INDICADAS, POR ADULTOS (%) | 15,4 | 12,8 | 15,4 | 11,9 | 15 EM 34 |
| TAXAS DE OBESIDADE MEDIDAS, POR ADULTOS (%) | | | 22,7 | 18,7 | 11 EM 34 |

Fonte: 11º Relatório ONDR_Keys facts for Portugal from OECD Health Statistics (2014).

A esperança de vida aos 65 anos é de 17,6 anos para os homens e de 21,3 anos para as mulheres, ligeiramente superior à média da OCDE. Há um significativo aumento em 12 anos, o que é um indicador favorável, mas esta realidade condiciona um envelhecimento da população.

Como dados favoráveis e indicativos duma resposta relativamente eficaz do sistema de saúde temos que a mortalidade por doenças cardiovasculares e por cancro é inferior em Portugal á média da OCDE. Mais em 12 anos há uma notável descida na mortalidade por doenças cardiovasculares sublinhando a importância das medidas de prevenção entretanto tomadas.

Quanto à análise dos fatores de risco para a saúde salientamos que o consumo de tabaco é inferior á média da OCDE, mas o consumo de álcool é superior e a obesidade entre os adultos é semelhante. Como dado positivo pode-se salientar a tendência em Portugal para uma diminuição do consumo de tabaco e de álcool (ONDR, 2016).

Figura 11. Esperança de Vida no Mundo e na Europa.

| Escala de valores por país | Esperança de vida à Nascença (anos) | | | | | | Esperança de vida aos 60 (anos) | | | | | |
|----------------------------|-------------------------------------|------|-----------|------|----------|------|---------------------------------|------|-----------|------|----------|------|
| | Ambos os sexos | | Masculino | | Feminino | | Ambos os sexos | | Masculino | | Feminino | |
| | 1990 | 2013 | 1990 | 2013 | 1990 | 2013 | 1990 | 2013 | 1990 | 2013 | 1990 | 2013 |
| Mínimo | 38 | 46 | 38 | 46 | 38 | 46 | 11 | 13 | 11 | 12 | 11 | 13 |
| Médio | 68 | 74 | 68 | 71 | 71 | 77 | 17 | 19 | 16 | 18 | 19 | 21 |
| Máximo | 79 | 84 | 79 | 83 | 83 | 87 | 23 | 26 | 21 | 25 | 25 | 28 |
| Região OMS | | | | | | | | | | | | |
| Região Africana | 50 | 58 | 48 | 57 | 52 | 60 | 15 | 17 | 14 | 16 | 16 | 17 |
| Americas | 71 | 77 | 68 | 74 | 75 | 80 | 20 | 23 | 18 | 21 | 22 | 24 |
| Ásia Sudeste | 59 | 68 | 58 | 66 | 60 | 70 | 16 | 17 | 15 | 16 | 16 | 19 |
| Europa | 72 | 76 | 68 | 73 | 75 | 80 | 19 | 22 | 17 | 19 | 21 | 24 |
| Mediterrâneo Este | 62 | 68 | 61 | 67 | 63 | 70 | 17 | 18 | 16 | 17 | 18 | 19 |
| Pacífico Oeste | 69 | 75 | 67 | 74 | 72 | 78 | 18 | 21 | 17 | 19 | 20 | 22 |

Fonte: 11º Relatório ONDR_Keys facts for Portugal from OECD Health Statistics (2014).

Figura 12. Esperança Média de Vida em Portugal.

| | Esperança de vida ao nascer | | | Esperança de vida aos 60 anos | | |
|------|-----------------------------|-----------|----------|-------------------------------|-----------|----------|
| | Ambos sexos | Masculino | Feminino | Ambos sexos | Masculino | Feminino |
| 1990 | 74 | 71 | 78 | 20 | 18 | 22 |
| 2013 | 81 | 78 | 84 | 24 | 22 | 26 |

Fonte: 11º Relatório ONDR_Pordata (2015).

Conjugando a informação presente nestes dois quadros é possível verificar que, em relação à esperança de vida, os resultados em Portugal são melhores do que a média dos países da Europa, verificando-se um acentuado progresso entre 1990 e 2013 (ONDR, 2016).

Figura 13. Mortalidade por grupos de causas e anos de vida perdidos.

| Taxas Mortalidade Standardizadas 100 000 h | | | | Anos de vida perdidos | | | Região País |
|--|--------------------|-----------|--------|-----------------------|--------------------|-----------|-------------|
| Transmissíveis | Não Transmissíveis | Acidentes | Todas | Transmissíveis | Não Transmissíveis | Acidentes | |
| 178 | 539 | 73 | 28.311 | 11.315 | 13.343 | 3.654 | Global |
| 45 | 496 | 49 | 22.738 | 2.191 | 18.126 | 2.421 | Europa |
| 40 | 343 | 25 | 16.975 | 1.632 | 14.128 | 1.215 | Portugal |

Fonte: 11º Relatório ONDR_WHO Statistics (2014).

Como se verifica na Figura 11, Portugal apresenta bons indicadores no que diz respeito, quer à mortalidade, quer em número de anos de vida perdidos. Como acontece nos países desenvolvidos, também em Portugal, as maiores causas de mortalidade situam-

se entre as doenças não infecciosas, mas em todos os grupos temos taxas de mortalidade e de anos de vida perdidos inferiores à média dos países da Região Europa da OMS (11º Relatório do ONDR).

4.2.2 Saúde Respiratória no presente: potenciais constrangimentos

Viu-se no Relatório, que existem indicadores positivos da saúde respiratória em Portugal, como sejam a baixa taxa de internamentos por Asma ou por DPOC e uma tendência mantida para uma progressiva melhoria de quase todos os indicadores de saúde na área respiratória.

Todavia também existem indicadores menos favoráveis, entre os quais se salienta o facto de Portugal ser o país com maior prevalência e mortalidade por pneumonia. Igualmente Portugal não tem conseguido diminuir a mortalidade por cancro do pulmão e taxa de doentes referenciados nos cuidados primários como sendo portadores de DPOC ou Asma serem baixas para o que seria expectável tendo em consideração os estudos epidemiológicos existentes.

Urge pois procurar potenciais fatores de constrangimento interpretando os dados epidemiológicos e, procurando corrigi-los, contribuir para significativos ganhos em saúde respiratória.

4.3 Pobreza e Envelhecimento

Como é geralmente aceite as doenças respiratórias são particularmente sensíveis às condições socioeconómicas, as quais, como é sabido, são de fraca qualidade para uma percentagem significativa da população portuguesa.

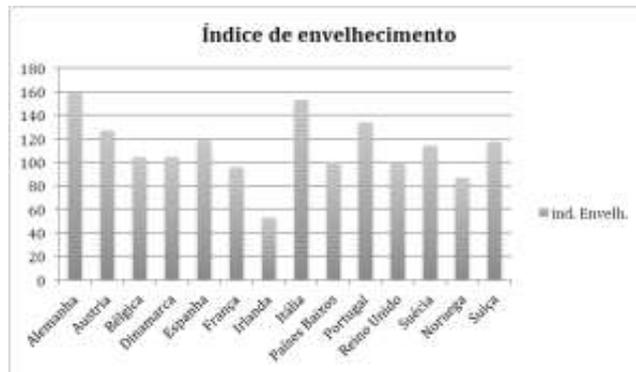
Um dos fatores de grande influência nas doenças respiratórias é o envelhecimento da população, que, de facto é grande entre nós só ultrapassado pelo da Alemanha e da Itália como se pode verificar na Figura 14.

Em 2014 esse índice atingiu 136,6, o que significou um aumento de 1% em relação ao ano anterior. Mais o índice de dependência total dessa população atingiu os 52,8%. De

salientar ainda que esse índice era, no ano 2000, de 98,8, ou seja, neste período houve um aumento de 38,3 pontos percentuais.

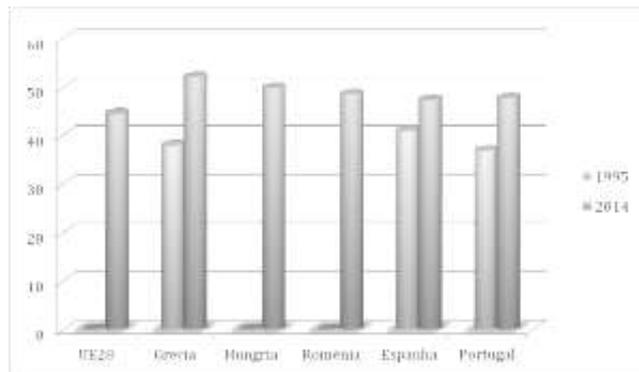
Esta realidade é, por outro lado, um indicador de boa resposta social e de saúde, mas impõe que se ponderem medidas para minimizar o aumento previsível de necessidades em recursos de saúde para a área respiratória (ONDR, 2016).

Figura 14. Índice de envelhecimento, em 2013.



Fonte: 11º Relatório ONDR_Pordata (2015).

Figura 15. Taxa de Risco de Pobreza nos anos de 1995 e 2014 (antes de todas as transferências sociais).



Fonte: 11º Relatório ONDR_Pordata (2015).

A Figura 15 demonstra que Portugal é o 5º país da UE com maior taxa de risco de pobreza, antes de qualquer transferência social, o que aumenta o risco de doença em geral e de doença respiratória em particular de forma muito significativa. Mais preocupante é que em Portugal e noutros países em que há dados, o risco de pobreza aumentou significativamente entre 1995 e 2014, apontando para a necessidade de uma atenção muito particular aos apoios sociais, se queremos conter o peso das doenças.

A Figura 16 mostra que a situação portuguesa é pior do que a da média dos países da UE e a dos países da Zona Euro. Mais, verifica-se um agravamento entre 2008 e 2014, provavelmente relacionável com a crise económico-financeira.

Reportando-nos a Portugal é preocupante que cerca de 13% das nossas crianças e jovens possam ser considerados em situações de privação material grave e que, excluídas as prestações sociais, essa percentagem ultrapassaria um terço.

Figura 16. Risco de Pobreza na população abaixo dos 18 anos.

| Zona | Risco de pobreza | | Privação Material grave | | Risco Pobreza antes | |
|-----------|------------------|------|-------------------------|------|------------------------|------|
| | Abaixo 18 anos % | | % | | transferencias sociais | |
| | 2008 | 2014 | 2008 | 2014 | 2008 | 2014 |
| UE 27 | 26,4 | 27,8 | 9,8 | 10,4 | 33,4 | 34,6 |
| UE 15 | 22,3 | 26,2 | 6,6 | 8,3 | 33 | 34,7 |
| Zona Euro | 23,6 | 25,6 | 6,9 | 8,3 | 31,7 | 33,2 |
| Portugal | 29,5 | 31,4 | 11,8 | 12,9 | 30,1 | 33,2 |

Fonte: 11º Relatório ONDR (2015).

4.4 Condições Sociais

Numerosos fatores sociais têm influência na saúde respiratória, como sejam hábitos como o tabagismo, a pobreza já referida e ainda as condições habitacionais.

Habitacões degradadas e sobrelotadas condicionam má qualidade do ar interior, facilitam a transmissão de infeções, diminuem as defesas do indivíduo e facilitam o aparecimento de Asma e DPOC.

O relatório *Burden of Disease Associated with Inadequate Housing* aponta para o facto de 20,6% dos lares portugueses estarem sobrelotados.

No que se refere às principais causas de morte em Portugal, conforme se pode constatar, na figura 18, a percentagem de óbitos por causa respiratória (excluindo os óbitos provocados por tuberculose e por cancro do pulmão) tem vindo consistentemente a aumentar, desde a década de 90, ocupando a terceira posição relativa a seguir aos óbitos por doenças cardiovasculares e por neoplasias. No que diz respeito ao peso das causas de morte associadas aos Programas de Saúde Prioritários (Figura 19), constata-se que a

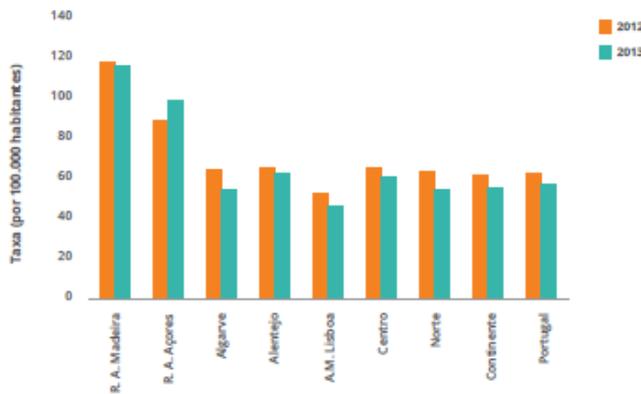
mortalidade associada ao Programa Nacional para as Doenças Respiratórias (PNDR) ocupa a 4.^a posição a seguir ao Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo (PNPCT).

Figura 17. Evolução da Taxa Bruta de Mortalidade.



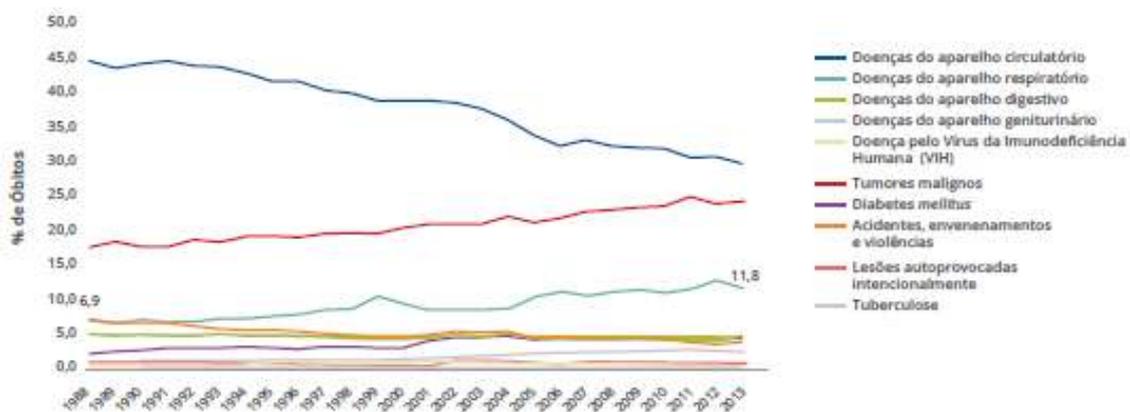
Fonte: DGS (2015).

Figura 18. Evolução da Taxa de Mortalidade Padronizada por doença respiratória e por local de residência (Nuts II-2013), ambos os sexos, (2012 e 2013).



Fonte: DGS (2015).

Figura 19. Peso da Mortalidade por doenças respiratórias no total das causas da morte ; Portugal (2007 a 2013).



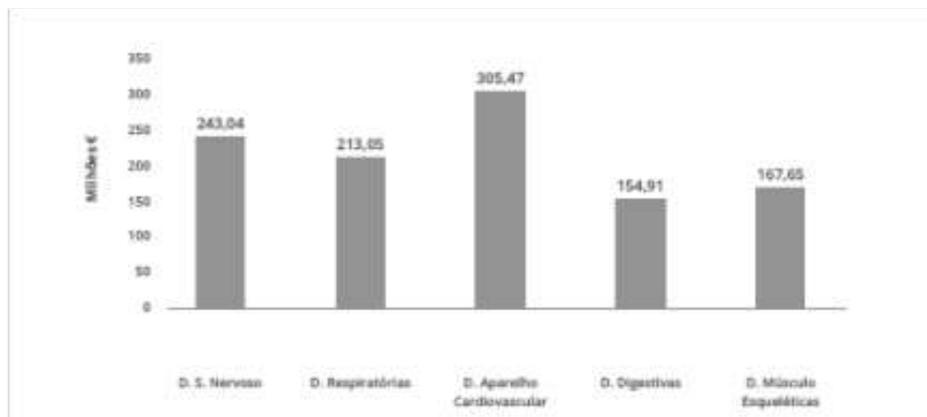
Fonte: DGS (2015).

Figura 20. Evolução do número de anos potenciais de vida perdidos devido a doenças respiratórias; Portugal (2007 a 2013).



Fonte: (DGS 2015).

Figura 21. Distribuição dos custos associados aos internamentos hospitalares (milhões de euros), por Grandes categorias de Diagnóstico (CGD); Portugal Continental (2014).



Fonte: DGS (2015).

Figura 22. Caracterização da Produção Hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativas as Doenças respiratórias em Portugal Continental (2010 a 2014).

| Doenças Respiratórias | | | | | |
|-----------------------|---------|---------|---------|---------|---------|
| | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
| Utentes saídos | 68.145 | 69.939 | 72.735 | 77.360 | 78.203 |
| Dias Internamento | 600.811 | 598.271 | 601.681 | 582.493 | 582.782 |
| Demora média | 8,8 | 8,6 | 8,3 | 7,5 | 7,5 |
| Day Cases (DC) | 10.734 | 11.909 | 13.462 | 20.311 | 20.569 |
| Demora média sem DC | 10,5 | 10,3 | 10,2 | 10,2 | 10,1 |
| Óbitos | 10.136 | 10.171 | 10.891 | 10.416 | 9.895 |
| Casos Ambulatórios | 9.242 | 10.717 | 11.824 | 15.872 | 16.351 |

Fonte: DGS (2015).

4.5 Conclusão

O Estado da saúde em Portugal, em comparação com os nossos parceiros europeus, apresenta melhores indicadores estatísticos. A título de exemplo, podemos referir o ganho no número de anos potenciais que seriam de vida perdidos por doenças respiratórias (mais de 14,6%). No entanto na matéria das doenças respiratórias ainda existe muito a fazer no que concerne a própria acessibilidade ao tratamento, apesar de esta ter sido melhorada, nomeadamente no desenvolvimento de maior eficácias no diagnóstico precoce e no aumento dos recursos disponíveis para a população portuguesa através da rede nacional de saúde. Estas necessidades de melhoria poderão estar na origem do peso das doenças respiratórias apresentarem uma carga significativa na sua incidência nas causas de morte em Portugal (11,8%) assim como em custos de internamentos e óbitos, agravada pela tendência evolutiva das principais doenças respiratórias.

5 Análise dos Modelos de Contratação pública na Europa e em Portugal

“Markets can remain irrational longer than you can remain solvent.”

John Maynard Keynes

5.1 Introdução

Neste ensaio iremos conhecer quais são os modelos económicos implementados para a contratação dos CRD em diversos países do mundo com maior detalhe sobre o modelo europeu nomeadamente sobre o modelo português. Recorrendo às teorias económicas defendidas pelo John Keynes assim como pelo Milton Friedman, tentar-se-á enquadrar o modelo português nos conceitos de estado social ou do estado minimamente intervencionista e ainda analisar as curvas da procura e da oferta perante variações de preços. A análise microeconómica sobre as leis da procura e oferta será complementada com uma análise das curvas de custos utilizando a informação disponível para averiguar a sustentabilidade do modelo implementado em Portugal.

5.2 O Modelo Europeu

Os Modelos de Contratação Pública dos estados membros da União Europeia (EU) encontram-se regulamentados pelo Código dos Contratos Públicos, publicado em 2008, através do Decreto-lei (DL) 18/2008, de 29 de Janeiro.

O Código dos Contratos Públicos (CCP), aprovado pelo DL 18/2008, de 29 de Janeiro, teve na sua origem a transposição para o ordenamento jurídico português das Diretivas Comunitárias 2004/17/CE e 2004/18/CE, alteradas pela Diretiva 2005/51/CE e retificadas pela Diretiva 2005/75/CE³. Não obstante, o novo CCP foi mais longe, procurando harmonizar, sistematizar e uniformizar os vários regimes, até então dispersos, aplicáveis aos procedimentos pré-contratuais dos contratos públicos e ao regime substantivo dos contratos públicos que revistam a natureza de contrato administrativo (Linklaters, 2015).

³ Em Junho de 2016 foi publicada uma nova diretiva – Diretiva 214/24/EU – contudo o contrato que se encontra atualmente em vigorar tem fundamentação na diretiva anterior.

O CCP conta com apenas cinco procedimentos pré-contratuais: Ajuste Direto, Concurso Público, Concurso Limitado por prévia qualificação, Negociação, e Diálogo Concorrencial (Linklaters, 2015), obrigando à condição de exclusividade por um único Prestador. Trata-se de uma diploma regulamentar que tem como critério de escolha, entre os diversos participantes no mercado, o preço em primeiro lugar, ou seja, com pontuação máxima, acrescida ou não de critérios técnicos específicos para a contratação do serviço em causa.

Nos procedimentos de Concurso Limitado, de Negociação e Diálogo Concorrencial, a escolha das potenciais contrapartes da entidade adjudicante está sujeita à apresentação de candidaturas. Apenas os candidatos qualificados podem, em momento posterior, apresentar propostas. Estão igualmente previstos instrumentos procedimentais especiais como o Concurso de Concepção, Sistemas de Aquisição Dinâmicos e Sistemas de Qualificação, bem como, um regime específico para Acordos Quadro e Centrais de Compras, que acolhem as novidades das diretivas comunitárias supra mencionadas (Linklaters, 2015).

Nesta matéria vigora o princípio da liberdade de escolha. Contudo, a escolha do Ajuste Direto, Concurso Público ou Concurso Limitado, condiciona o valor do contrato a celebrar, que é o valor máximo do benefício económico (benefício económico que inclui, além do preço, o valor de quaisquer contraprestações a efetuar em favor do adjudicatário e ainda o valor das vantagens que daí decorram). Na verdade, o CCP prevê igualmente que a escolha de um procedimento pré-contratual se faça em função de critérios materiais, do tipo de contrato a celebrar ou em função da entidade (Linklaters, 2015).

5.3 Modelo de Contratação Pública em Portugal para os CRD

Presentemente, o modelo de Contratação Pública para os CRD⁴ em Portugal Continental designa-se por Procedimento de Contratação, tendente à celebração de contratos públicos de aprovisionamento para a área da saúde, com vista à prestação de serviços de cuidados respiratórios domiciliários.

⁴ Por Cuidados Respiratórios Domiciliários entende-se como a prestação ambulatória de serviços e o fornecimento dos equipamentos necessários ao doente na sua residência, com a finalidade de restaurar e manter o seu máximo nível de conforto, função e saúde.

O Programa de Procedimento define os termos a que obedece à fase de formação dos Contratos Públicos de Aprovisionamento para a área da saúde com vista à prestação de serviços de cuidados técnicos respiratórios domiciliários. O procedimento refere-se a serviços correspondentes a contratação excluída, nos termos do artigo 5º, n.º 4, alínea f) do Código dos Contratos Públicos aprovado pelo Decreto-Lei n.º 18/2008, de 29 de janeiro, na sua redação atual.

Para efeitos de análise apenas irão ser considerados os seguintes serviços, os quais foram escolhidos de acordo com o seu volume de doentes e frequência de prescrição.

- a. *Oxigenoterapia que inclui: oxigenoterapia gasosa, oxigenoterapia líquida, oxigenoterapia por concentrador convencional e oxigenoterapia por concentrador portátil;*
- b. *Ventiloterapia: através de pressão positiva contínua nas vias aéreas fixa (CPAP) ou automática (AutoCPAP), pressão positiva bi-nível, auto bi-nível; ventilador volumétrico ou, preferencialmente, ventilador híbrido com capacidade de trabalhar em modos de pressão e de volume.*

5.3.1 Modelos Económicos de Saúde

Existem diversos modelos económicos possíveis de serem analisados e implementados pelas diversas economias, sendo que os diversos modelos identificam determinados jogadores cujas responsabilidades e influências diferem consoante os níveis de participação e de intervenção. Ao longo deste ensaio, iremos conhecer os Modelos identificados, assim como os respetivos *players* (jogadores) e os seus papéis nos diversos cenários possíveis.

I. Jogadores

i. Qual é o papel do estado, o papel do doente, e o papel das empresas?

Iremos conhecer quais são os atores dos diversos modelos económicos apresentados e qual o nível de intervenção de cada jogador, seja ele o estado, o doente ou as empresas (seguradoras e as empresas de prestação de serviços no domicílio).

Os atuais Modelos Económicos de CRD implementados no mundo diferem no que diz respeito a existência ou não de uma entidade (estado e/ou seguradoras) que suporta a participação de tais serviços. Tal significa que alguns países implementam um modelo que oferece o tratamento com base na participação total ou parcial dos serviços.

O papel das empresas reflete-se no investimento dos dispositivos médicos e nos recursos humanos que farão o seguimento dos doentes no Domicílio, cujo *feedback* é partilhado com os clínicos que diagnosticaram as patologias respiratórias associadas e prescreveram o respetivo tratamento de CRD.

O Estado pode desempenhar, não só, o papel de regulamentar e de fornecer toda a estrutura e corpo clínico necessário para o correto diagnóstico e seguimento dos doentes, assim como, o papel de participar o tratamento ou de promover modelos privados de participação, modelos nos quais a sua intervenção será mais limitada. No caso dos modelos nos quais não existe participação, as empresas tornam-se vendedoras dos dispositivos médicos e poderão oferecer um serviço de seguimento do doente no domicílio em troca de uma contrapartida financeira estabelecida. O Estado regula a atividade.

O papel do doente consiste em cumprir com a adesão ao seu tratamento e apresentar os documentos clínicos justificativos do diagnóstico da sua patologia e necessidade de tratamento.

ii. Fornecedor único num mercado de livre concorrência?

Historicamente podemos verificar que no final do Século XIX e início do Século XX, surgia uma estrutura de Estado que objetivava atender às necessidades do período, estrutura esta denominada de “Estado de Bem Estar Social” que consistia numa política social na qual o Estado era o responsável para atender as necessidades da população, regulando serviços, bem como fornecendo à sociedade esses mesmos serviços, como forma de garantir uma melhor qualidade de vida. Tal visão do Estado foi defendida pelo economista britânico John Maynard Keynes (1883-1946).

Por outro lado, a partir de 1950, nos Estados Unidos da América (EUA), e por volta de 1980, no Reino Unido, surgia também, outra teoria de organização de Estado, que se denominava de “Estado Neoliberal”, sendo o economista norte-americano Milton

Friedman (1912-2006) o principal defensor da mesma. Esta nova doutrina tinha como pressuposto primordial que o Estado não deveria fornecer as funções básicas, mas apenas, regular essas funções, cabendo às empresas privadas a responsabilidade pela realização desses serviços essenciais, de modo a capacitar a sociedade, dentro da regulação estabelecida pelo Estado (Revista Jurídico; 2015).

Na sua maioria, os modelos económicos de saúde implementados na Europa apresentam um Estado que exerce um papel intervencionista, dado que a maioria serem estados sociais. Apreciando as filosofias Keynesianas e de Friedman tem-se questionado se será mais benéfico implementar modelos económicos de bem-estar social nos quais o estado tem um papel dominante ao nível social, ou será economicamente mais saudável uma intervenção neoliberal do estado, para os CRD, no seu enquadramento demográfico, socioeconómico, moral, ético e eficiente (no que se concerne às boas práticas).

Como vimos nos parágrafos anteriores no Modelo de Participação dos Tratamentos de CRD em Portugal e na União Europeia, o Estado assume um papel intervencionista na economia da saúde e é responsável por assegurar o acesso aos tratamentos aos doentes, em iguais condições por todo o território nacional. Cabe ao Estado também promover condições económicas rentáveis para atrair as empresas equilibrando esses interesses em poupança para o serviço público da saúde. Por sua vez, as empresas necessitam de planos estratégicos governamentais que conduzem à sustentabilidade das mesmas. No que se concerne a prestação de serviços por um único fornecedor ou por vários fornecedores iremos conhecer diferenças entre os estados-membros da União Europeia e de estados não membros.

O equilíbrio entre a poupança (redução da despesas pública) e a necessidade de promover o acesso ao tratamento em condições favoráveis aos doentes, considerando a sustentabilidade das empresas que procuram rentabilidades, procurando sempre oferecer o melhor serviço aos doentes, promovendo o emprego interno, é o verdadeiro paradigma para a saúde pública. Por outro lado os Estados que optam por não intervir ou seja que constroem um Modelo Económico que se baseia na não partilhação e na aquisição por parte do doente não fomentam as condições necessárias à igualdade ao acesso aos tratamentos a todos os seus cidadãos. Estas economias habitualmente seguem modelos de

livre concorrência enquanto as economias que apresentam um Estado com um papel mais intervencionista seguem modelos nas quais existe a opção por um fornecedor exclusivo e modelos que enquadram a concorrência entre diversas empresas.

Neste sentido, serão analisadas as diferentes formas de contratação pública, assim como, os diferentes critérios de adjudicação.

II. Condições

i. Preço/Qualidade/Acessibilidade?

Determinados modelos de contratação pública baseiam-se unicamente no preço, como valor máximo do benefício económico, excluindo qualquer indicador de qualidade e de implementação de boas práticas no seu cálculo. Tais características colocam em questão se estes modelos serão a melhor escolha no que diz respeito aos princípios da qualidade para o doente, à sustentabilidade para as empresas prestadoras dos serviços, e no que se refere à gestão mais eficiente de recursos pelas entidades reguladoras de saúde em consonância com uma política de boas práticas.

Neste ponto, também se coloca em causa o princípio da qualidade defendida pela Organização Mundial da Saúde. Será possível obter elevados níveis de qualidade a partir de um modelo económico que permite a livre concorrência? Isto é, o mercado de livre acesso, embora condicionado à intervenção do Estado, será a opção que melhor se enquadra no conceito de qualidade na saúde de acordo com a OMS? Ou pelo contrário, a existência de um mercado que se baseia na exclusividade na prestação do serviço e no prestador único, com fortes barreiras à entrada a empresas concorrentes, não será a melhor opção para respeitar o princípio da qualidade da OMS?

Os padrões de qualidade necessários para responder às necessidades de uma população idosa em crescimento, com fortes indícios de virem a sofrer de doenças respiratórias (estima-se que será a 3ª causa de morte, no futuro (PNDR, 2015), dependerá de modelos restritivos da concorrência condicionados a um preço máximo do serviço como *pathway* para alcançar a poupança na despesa de saúde; ou em modelos eficientes que visam a implementação de boas práticas promovidas pela OMS, num mercado livre, como forma de alcançar os níveis necessários de poupança da despesa de saúde?

Tendo em vista todas as questões anteriormente colocadas, e tendo por objetivo tentar responder as mesmas, a seguir, será descrito o modelo para o mercado dos CRD em Portugal. A título de exemplo, serão também apresentados alguns modelos implementados em determinados países.

Os países apresentados, a título de exemplo, foram escolhidos por serem importantes na análise dos modelos existentes para os CRD. Os dados apresentados foram recolhidos durante uma reunião internacional de trabalho do Grupo Air Liquide realizada em Setembro de 2016 na cidade de Londres.

Brasil

O modelo implementado neste país é o da comparticipação em algumas das regiões do país, nomeadamente para as terapias de oxigenoterapia e ventiloterapia.

Austrália

O modelo implementado na Austrália para os CRD é o Modelo da Economia Privada com pouca intervenção por parte do Estado. O doente opta pela aquisição do dispositivo médico, nomeadamente, na ventiloterapia, e pelo aluguer de serviços domiciliários associados, oferecidos pelas diversas empresas que existem no mercado

África do Sul

O Modelo implementado é o do sector privado da saúde mas cujo financiamento vem na sua maioria pelas seguradoras que fornecem um serviço privado de saúde conhecido por “*Medical Aid*”. Todos os serviços domiciliários para os Cuidados Domiciliários dependem das condições de comparticipação destas seguradoras.

Espanha

Espanha vem regulamentar os Serviços de CRD sob o Regime da Contratação Pública da União Europeia, ou seja, sob o Código dos Contratos Públicos na verdadeira definição de serviço prestado por Fornecedor único, sem distinção das restantes indústrias no que se refere à área da saúde. Este regime exige que exista apenas um fornecedor de serviços por contrato público, o que em Espanha segue uma distribuição pelas regiões autónomas. O período de vigência de contrato difere de região para região mas apresenta uma média de 4 anos de vigor.

Existem contratos que limitam a quantidade de beneficiários (doentes) ou outros que considerem um pagamento adicional por beneficiário adicional ao valor total contratualmente estabelecido. Neste cenário o estado desempenha um papel social elevadamente intervencionista com o objetivo de promover um serviço de saúde associado a uma política de redução de despesa pública por uma constante renegociação de preços.

França

O modelo económico para os CRD implementado em França é aquela do qual mais se aproxima o Modelo implementado em Portugal.

A Regulamentação Europeia é aplicada mas considera a presença de vários competidores no mercado para a prestação dos mesmos serviços. Desta forma, existe uma tabela de preços contratualmente estabelecida para as terapias dos CRD, assim como, um número significativo de empresas homologadas por cumprimento dos diversos critérios estabelecidos.

Trata-se de uma intervenção do Estado na verdadeira essência do significado de Estado Social pois permite que haja escolha do consumidor, mas responsabiliza-se pela comparticipação dos Serviços de Saúde associados aos CRD, isto é, existe lugar à comparticipação total das terapias homologadas.

Os países Benelux

Os países Benelux que são constituídos por Holanda, Bélgica e Luxemburgo aplicam o mesmo modelo que a França no que se refere aos CRD, ou seja, o Estado desempenha um papel social e intervencionista mas considera um mercado competitivo ao nível da presença de várias empresas.

Polónia

A Polónia segue o Modelo Económico da Comparticipação Privada para os CRD, sendo um mercado de livre concorrência.

Portugal

Como referido anteriormente, o modelo de Contratação Pública para os CRD em Portugal Continental designa-se por Procedimento de Contratação, tendente à celebração

de contratos públicos de aprovisionamento para a área da saúde, com vista à prestação de serviços de cuidados respiratórios domiciliários (CPA 100/2013).

O Estado desempenha um papel intervencionista em defesa do conceito do Estado Social. O Estado considera um modelo económico que enquadra a presença de vários jogadores/empresas que disponibilizam um serviço ao mesmo preço máximo fixado pela competência estatal associada a Serviços Partilhados do Ministérios da Saúde (SPMS).

A escolha das três terapias, que serão analisadas a seguir, foi efetuada tendo por base, não só, o facto de serem as três terapias com uma maior necessidade de tratamento por parte dos doentes, assim como, pelo peso significativo dos custos das mesmas no orçamento do Serviço Nacional de Saúde e pelo facto de se prever uma tendência crescente na oferta destas terapias proveniente do envelhecimento da população associado ao crescimento da incidência das doenças respiratórias crónicas. As terapias em análise são:

- a) Oxigenoterapia por concentrador convencional;
- b) Ventiloterapia: através de pressão positiva contínua nas vias aéreas fixa (CPAP) ou automática (AutoCPAP);
- c) Ventiloterapia: pressão positiva bi-nível, com frequências reguláveis.

Deste modo, pretende-se analisar as condições de equilíbrio do modelo económico implementado para os CRD em Portugal, sabendo que o Estado desempenha um papel social e intervencionista. Far-se-á uma análise sobre duas perspetivas, a do Consumidor, que neste caso representa o Estado através do Serviço Nacional da Saúde (SNS), e a do Produtor representada pelas Empresas de CRD, isto é, pretende-se avaliar se o modelo implementado resulta na melhor opção no que se concerne às boas práticas e princípios de qualidade defendidos pela OMS e se existe lugar à sustentabilidade, para o Estado, assim como, para as empresas prestadoras dos serviços de CRD.

A análise será efetuada tendo por base dois períodos distintos: o período e modelo implementado até Julho do ano de 2014, e o período e modelo seguinte implementado até à data.

Os CRD foram introduzidos ao mercado nacional há mais de 30 anos nomeadamente com a colocação de Oxigénio no domicílio para doentes respiratórios. A

primeira regulamentação publicada surgiu no ano de 1985 com a celebração de um contrato direto com a empresa Oxiven e a ARS (Administração Regional da Saúde) do Centro. Mais tarde este contrato foi alargado e passou a abranger duas empresas.

A ARS do Norte, ainda no mesmo ano também assumiu as mesmas condições económicas com estas duas empresas fixando preço igual para a ventiloterapia e para a oxigenoterapia. O preço fixo (valor predeterminado do serviço pelas entidades do SNS e não sujeito a variação) era de 2,24€ por dia por doente.

Em 2000, a ARS de Lisboa e Vale do Tejo abriu um concurso público e estabeleceu contratos com três empresas mantendo as condições económicas fixadas para a região de Lisboa, com as mesmas duas empresas. Todavia, neste contrato foi incluída uma nova terapia, a Oxigenoterapia de deambulação (oxigénio líquido) para doentes ativos com necessidade do tratamento de Oxigenoterapia. Apenas esta nova terapia apresentava um preço diferente, o qual não será relevante para a análise do presente ensaio.

A ARS Algarve também estabeleceu contrato com uma única empresa, diferente das duas que já existiam no mercado para a região de Setúbal e a do Algarve em condições mais favoráveis no que se refere ao preço máximo fixado, para as terapias de Oxigenoterapia e Ventiloterapia .

Em 2008, procedeu-se à tentativa de se celebrar um contrato único com diversas empresas de CRD no âmbito de Concurso Nacional, o qual não avançou por motivos administrativos no que se refere ao enquadramento regulamentar e legislativo da Contratação Pública Europeia. Entretanto os preços apresentados pelas empresas serviram de base para a negociação do contrato de 2014 referido nos parágrafos anteriores.

Conhecido o historial da implementação dos CRD em Portugal, o qual é fundamental para se compreender os pressupostos do presente ensaio, de seguida descrevem-se os pressupostos de análise do presente ensaio.

O preço apresentado antes de Julho de 2014 era de 2,24€ por dia e por doente para as terapias de Oxigenoterapia e Ventiloterapia. Considera-se como pressuposto o preço de 2,24€/dia por doente por terapia.

Em Julho de 2014 foram estabelecidos novos preços entre o SNS e por as 8 empresas homologadas.

As quantidades fornecidas nos dois períodos não são conhecidas por motivos de sigilo comercial e por não haver indicadores publicados. As quantidades serão apresentadas por “Q*” ou por “Q1 ou Q2”.

Como pressuposto principal considera-se que existia equilíbrio ou pelo menos condições ótimas no que se refere à procura e oferta⁵ dos CRD em Portugal no âmbito dos tratamentos comparticipados pelo Serviço Nacional da Saúde (SNS), dado as empresas não aumentarem o preço há mais de duas décadas, mas as quais demonstrações financeiras positivas e rentabilidades sustentáveis.

A necessidade de trazer homogeneidade e igualdade no acesso ao tratamento, de alargar a participação a novos tratamentos entretanto desenvolvidos, fez com que o Estado (através do SNS), no seu papel social estabelecesse novas condições e um novo contrato nacional, tendo também por objectivo a redução da despesa pública dos CRD. Tais objetivos, resultaram, na abertura de procedimento concursal em Março de 2013 e na opção da implementação de um novo modelo económico que previa a homologação de 8 empresas, em Julho de 2014, com iguais condições de preço fixo por terapia de CRD. Os novos preços estipulados revelaram-se significativamente mais reduzidos para a maioria das terapias de CRD, em comparação com os preços em vigor antes de 2014. Previa ainda iguais condições no que se refere às obrigações documentadas pelo contrato público, ao qual se deu início em Julho do ano 2014.

5.3.2 Condições de Equilíbrio do mercado antes de 2014

No seguimento da informação apresentada, o preço praticado pelas duas empresas homologadas pelo SNS antes de Julho de 2014, na maioria do território nacional, era de 2,24€ por dia por doente para as terapias de Oxigenoterapia e Ventiloterapia. O número de doentes variava consoante a tendência natural de incidência da doença respiratória e do seu

⁵ Em economia, a Lei da Procura, descreve o comportamento dos consumidores perante o preço de determinado bem, isto é, de acordo com esta lei, a quantidade procurada de um bem varia em sentido inverso ao seu preço. Por sua vez a Lei da Oferta determina que a quantidade oferecida de um determinado bem, varia no mesmo sentido do seu preço (relação positiva entre quantidade oferecida e preço).

diagnóstico. A procura dos serviços de CRD não se altera em função do preço praticado, dado os doentes estarem dependentes do bem/serviço, dando origem a uma curva da procura perfeitamente inelástica⁶, ao nível do número de doentes diagnosticados.

As análises e demonstrações gráficas que serão apresentadas de seguida, baseiam-se na informação existente no mercado. Conhecem-se os valores dos novos preços pois encontram-se publicados mas, por questões de sigilo e segredo comercial, não conhecemos as quantidades oferecidas por empresa assim como o valor dos custos. Como ponto de referencia irá utilizar-se os valores da empresa VitalAire. Foram partilhadas, para a realização da presente dissertação, as taxas percentuais de rentabilidade das terapias analisadas desta empresa, a qual é detentora de quota de mercado significativo no território nacional no âmbito da prestação de serviços de CRD.

Consequentemente as análises apresentadas, assim como, a conclusão do ensaio, fundamentam-se em conceitos teóricos e em deduções racionais associadas a estes conceitos e à escassa informação disponível.

a) Oxigenoterapia

Em Julho de 2014, o Estado contratualizou os serviços de CRD para a terapia de Oxigenoterapia (por Concentrador convencional⁷) ao preço fixo de 1,80€ por dia, por doente.

Esta redução no preço promoveu um impacto positivo no aumento do Excedente do Consumidor⁸ ao lhe permitir uma maior poupança na despesa pública. Esta poupança resulta do esforço das empresas, ou seja, da redução do Excedente do Produtor⁹ ao aceitar prestar um serviço a um preço inferior, dado o Estado/Consumidor “absorver para o seu excedente parte do excedente que primeiro era da Empresa/Produtor.

⁶ O conceito da Elasticidade Preço da Procura foi desenvolvido pelo Economista Alfred Marshall. A Elasticidade Procura mede a variação percentual da quantidade procurada em resultado da variação percentual nos preços. Uma procura perfeitamente inelástica significa que os consumidores não são sensíveis a variações no preço do bem, estando muito dependentes do bem em questão, adquirindo sempre a mesma quantidade independentemente do preço praticado.

⁷ *Concentrador de Oxigênio* é um equipamento médico utilizado em oxigenoterapia, que basicamente produz oxigênio para pacientes com problemas respiratórios. Ele gera oxigênio em concentrações acima de 93%, que é muito superior à do ar ambiente que é de 21%. (ar ambiente = 21% oxigênio + 78% nitrogênio + 1% outros gases) (Guias de Oxigênio, Outubro 2016).

⁸ Em termos económicos, Excedente do Consumidor é o benefício que o consumidor teria por fazer parte do mercado, isto é, é a diferença entre o que ele está disposto a pagar por cada unidade do bem/serviço (*Willingness to Pay*) e aquilo que ele efetivamente paga (o preço em vigor no mercado).

⁹ Excedente do Produtor: benefício que o produtor retira por fazer parte do mercado. É a diferença entre o que o produtor recebe por cada unidade do bem/serviço (preço de mercado) e o valor que ele estava disposto a receber.

Teoricamente, esta poupança do Estado resultou no aumento do bem-estar da sociedade pois contribuiria para uma maior disponibilidade financeira com o objectivo de compartilhar as despesas do tratamento para um número indefinido mas tendencialmente maior de doentes, pelas questões sociodemográficas anteriormente expostas.

O novo preço fixo decidido pelo Estado influencia diretamente as quantidades que as empresas podem oferecer perante os seus objectivos de maximização dos lucros. De acordo com a Lei da Oferta, a redução do preço determina uma diminuição nas quantidades oferecidas.. A oferta das empresas apresenta-se com um declive positivo pois a empresa presta o serviço de acordo com as quantidades que consegue oferecer perante um preço máximo fixo estabelecido pelo Consumidor, isto é, o SNS.¹⁰

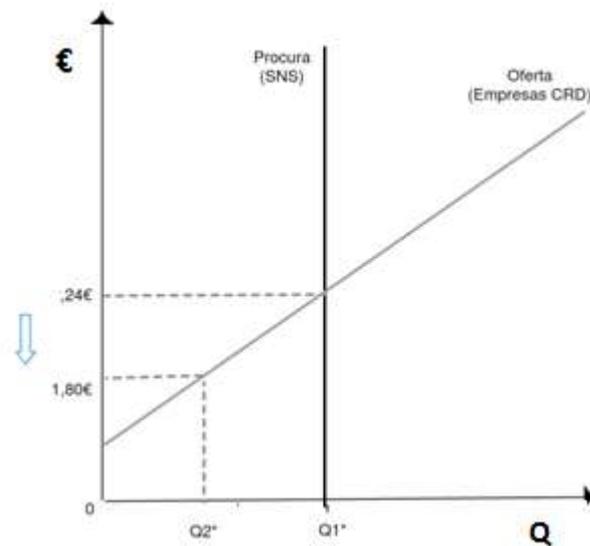
A absorção de parte do excedente das empresas pelo SNS é difícil de mesurar por se verificar uma relação inversa com o preço e uma curva de procura perfeitamente inelástica. As empresas experienciam um benefício zero perante a sua perda de excedente.

Uma vez que o objetivo das empresas é a maximização do lucro, verifica-se que estas apenas conseguem oferecer o serviço consoante a sua capacidade de reação ao novo preço fixo estabelecido. Desta forma dá-se lugar a uma deslocação ao longo da curva de oferta em função da variação do preço tendo como pressuposto que os restantes determinantes da oferta se mantêm contantes.

Consequentemente, as empresas evidenciam uma diminuição nas margens devolvidas, o que limita a sua capacidade de prestar os serviços em causa. Ou seja, a fixação de um preço inferior ao preço estipulado em 2014? Faz com que as empresas no mercado não sejam capazes de fornecer o mesmo número de serviços que serviam anteriormente, colocando em causa a prestação de serviços a doentes que realmente necessitam do serviço para sobreviver.

¹⁰ Preço Fixo: valor, em dinheiro, de um objeto, de um bem ou de um serviço, neste caso do serviço de CRD a prestar. NO caso dos CRD Este valor é igual para todos os intervenientes e estabelecido por Despacho do Ministério da Saúde.

Figura 23. Oferta e Procura – Oxigenoterapia.



Fonte: Elaboração da própria (2016).¹¹

A retração da quantidade oferecida pelas empresas resulta em um excesso de procura de serviços. Apesar de com o tempo a necessidade de prestação do serviço tender a crescer (maior número de casos diagnosticados), a fixação de um preço máximo¹² faz com que as empresas, por limitações de custos, não consigam oferecer as quantidades procuradas para o preço estipulado. Esta situação poderá resultar na redução da qualidade do serviço prestado ou até limitar o número de doentes a acompanhar (apesar de teoricamente haver uma limitação real, como estamos a falar de questões relativas a sobrevivência do ser humano, podem haver exceções na prática que agora não serão analisadas).

Para se manterem no mercado, as empresas tentam compensar negativamente o seu excedente. Esta compensação negativa pode ser explicada pela tipologia e análise dos custos associados à prestação do serviço. No caso específico da terapia de Oxigenoterapia, por Concentrador Convencional, existem agravantes que se encontram contratualmente estabelecidas, nomeadamente, no que se refere à comparticipação por parte das empresas

¹¹ Q: quantidade.

¹² Preço máximo: preço fixado abaixo do preço de equilíbrio. As empresas podem vender o bem/serviço a qualquer preço abaixo do preço estipulado mas nunca acima. Nesta situação o mercado permanece sempre em desequilíbrio caracterizado por um excesso de procura de bens/serviços.

fornecedoras dos serviços de CRD, da energia elétrica¹³ utilizada no domicílio do doente com a utilização das fontes fixas de Oxigénio por Concentrador Convencional. De acordo com dados fornecidos pela empresa VitalAire, S.A. que faz parte do Grupo AirLiquide, o valor percentual dos custos para prestar este serviço aos doentes atinge 100% do valor do preço fixo contratualmente estabelecida com a entidade Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS), entidade que possui competência para regulamentar e contratar os serviços dos CRD nos moldes contratuais descritos no presente ensaio.

Explica-se que os elevados custos, com a aquisição do dispositivo médico, com os recursos humanos especializados e logística do serviço a oferecer sofrem o agravante da obrigação contratual de compartilhar os custos de energia em cerca de 0,83€ por dia, por doente.

Deste modo, a redução do nível de preço é acompanhada por um aumento nos custos totais. Ao aumentar os custos, a curva da oferta irá sofrer uma contração, agravando ainda mais a situação negativa da empresa, isto é, o excesso de procura irá aumentar e o lucro irá diminuir.

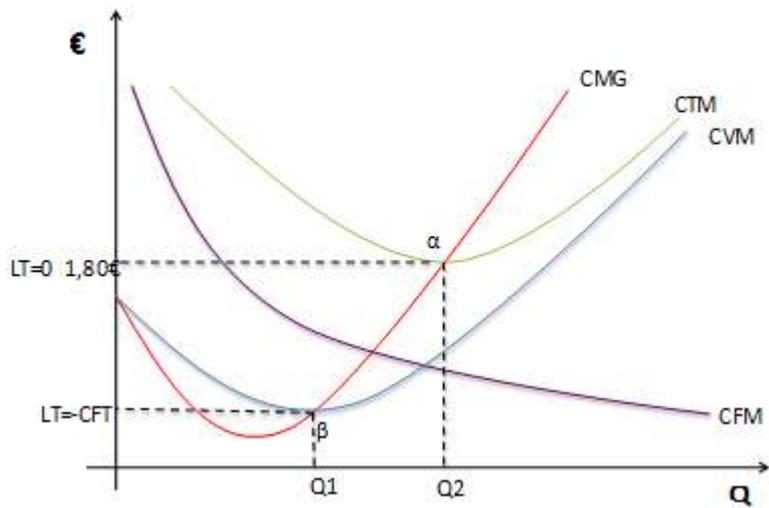
$$\text{Lucro Total (LT)} = \text{Receita Total (RT)} - \text{Custo Total (CT)} \Leftrightarrow \text{LT} = \text{Preço (P)} \times \text{Quantidade (Q)} - (\text{Custo Total Fixo (CTF)} + \text{Custo Total Variável (CTV)}).$$

Se as Receitas Totais forem iguais aos Custos Totais da empresa, os lucros serão nulos (Limiar de Rentabilidade¹⁴). Deste modo a curva de custos para a Oxigenoterapia apresenta-se já no Limiar da Rentabilidade.

¹³ 1. O pagamento do consumo de energia elétrica aos doentes aplica-se em caso de prescrição médica do tratamento de oxigenoterapia através de concentrador convencional. 2. A energia elétrica referida no ponto anterior será paga mensalmente pelos prestadores ao utente contra a assinatura por este de um recibo, tendo o valor fixo de 25 € (vinte e cinco euros) por mês, o que equivale a 0,8333€/dia para prescrições com duração inferior. (Art. 12.º; Parte 1 PC CPA 2013/100)

¹⁴ Limiar de Rentabilidade representado graficamente por α : situação na qual os lucros da empresa são nulos, isto é, quando os Custos Totais Médios são iguais ao Custo Marginal. β representa graficamente o Limiar de Encerramento

Figura 24. Curva de Custos –Oxigenoterapia.



15

Fonte: Elaboração da própria (2016).

Teoricamente, uma empresa pode manter-se no mercado abaixo do Preço Fixo ao assumir um lucro negativo, desde que, esses lucros negativos não sejam superiores aos Custos Fixos (supondo uma análise de curto prazo). Teoricamente, dados os lucros negativos não serem superiores aos custos fixos assume-se que as empresas prestadoras de CRD se mantêm na mesma no mercado, mesmo com lucro nulos ou negativos, desde que as receitas obtidas permitam compensar a totalidade dos Custos Variáveis e parte dos Custos Fixos suportados pela empresa.

Sobre a razão das empresas se manterem no mercado, o Diretor Geral da empresa VitalAire explica: "...o Portfólio das empresas oferece vários serviços ao mercado no âmbito do presente Contrato, oferta esta que na sua globalidade vem compensar a margem nula devolvida pela Oxigenoterapia por Concentrador Convencional. Presentemente, a conjugação da prestação de serviços de CRD devolve uma margem global aceitável. Acresce-se ainda que existem terapias associadas à Oxigenoterapia e que o contrato atual de CRD não permite que um doente seja assistido por várias empresas em simultâneo. Por

¹⁵ CTM – Custo Total Médio; CMG – Custo Marginal; CVM – Custos Variáveis Médios; CFM - Custos Fixos Médios.

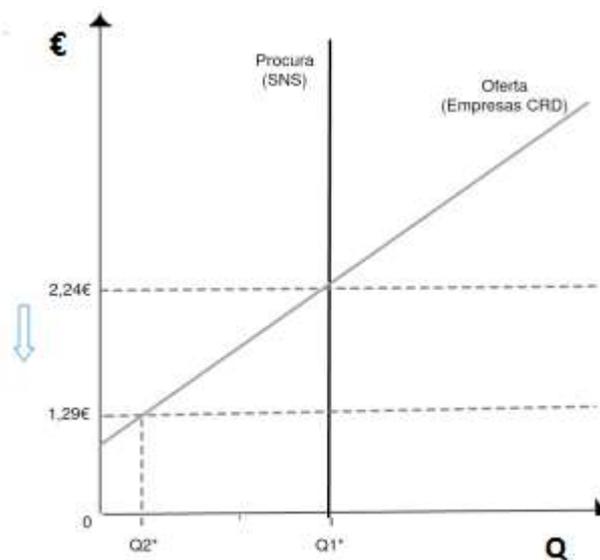
outro lado existe uma esperança por parte das empresas de que o consumidor (SNS) reconsidere as atuais condições que existem com a obrigação contratual da comparticipação da energia elétrica para níveis consideradas mais proporcionais à realidade e à adesão do doente, no futuro próximo”.

b) Ventiloterapia *através de pressão positiva contínua nas vias aéreas fixa (CPAP) ou automática (AutoCPAP)*

Tal como ocorreu com a terapia analisada anteriormente deu-se lugar a uma redução no preço desta terapia com a negociação de preços e contratualização de serviço a nível nacional pela SPMS em Julho de 2014.

Procedeu-se à redução do preço de 2,24€ (Tratamentos de CPAP e Auto-CPAP) para o preço médio de 1,29€/dia por doente.

Figura 25. Oferta e Procura - Ventilação (CPAP/Auto_CPAP).

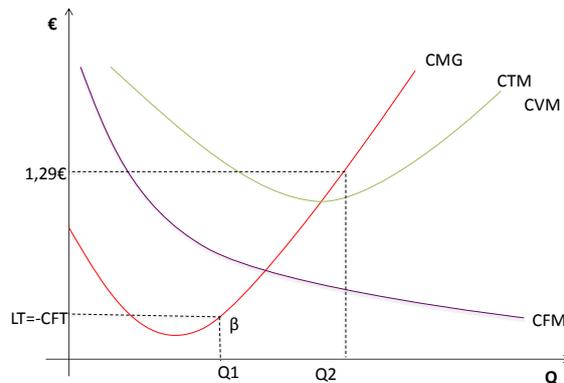


Fonte: Elaboração da própria (2016).

A empresa escolhe o volume de produção que maximiza a diferença entre a receita total e o custo total. A redução do preço resulta na retração da oferta das empresas pois apenas poderão oferecer as quantidades que o novo nível de preço permita.

As empresas terão vontade em se manter no mercado sempre que conseguirem obter lucro, isto é desde que as receitas totais sejam superiores aos custos totais. A tendência é que mesmo com lucros negativos elas se mantem no mercado desde que consigam pagar parte dos custos fixos.

Figura 26. Curva de Custos - Ventiloterapia (CPAP/Auto-CPAP).



Fonte: Elaboração da própria (2016).

A receita total (RT) é igual ao preço (P) a multiplicar pelas quantidades oferecidas (Q). De acordo com os dados apresentados pela empresa VitaIAire, a margem percentual da rentabilidade para a prestação de serviços desta terapia é de 30%. As quantidades oferecidas assim como o valor dos custos não foram reveladas pelos motivos apresentados no início da análise.

O que se consegue revelar com a informação conhecida é que uma futura redução no preço fará com a quantidade que as empresas possam oferecer volte a retrair. A tendência para a necessidade dos serviços é de aumentar dada por motivos sociodemográficos. Se o SNS continuar a reduzir o nível de preço o excesso na procura será ainda superior. O excesso da procura pode se resolver se o SNS optar por aumento o preço e consequentemente fomentar o aumento nas quantidades que as empresas podem oferecer.

C) Ventiloterapia: pressão positiva bi-nível, com frequências reguláveis (Bi-nível-ST)

Ao invés do que ocorreu com a terapia analisada anteriormente deu-se lugar a um aumento no preço desta terapia com a negociação de preços e contratualização dos serviços a nível nacional, pela SPMS¹⁶ em Julho de 2014.

Procedeu-se ao aumento do preço de 2,24€/dia por doente para um preço (terapias Bi-nível ST) de 3,80€/dia por doente.

O tratamento em questão abrange doentes respiratórios crónicos graves, os quais requerem cuidados e tratamentos mais específicos e mais exigentes.

Aqui o Consumidor prescinde de parte do seu excedente para o excedente do Produtor em prol do bem-estar dos doentes e utilizadores finais do serviço prestado. Fomenta o aumento nas quantidades oferecidas pelo aumento do nível do preço.

De acordo com os dados apresentados pela empresa VitalAire, a margem percentual da rentabilidade para a prestação de serviços desta terapia é de 25%. As quantidades oferecidas assim como o valor dos custos não foram reveladas pelos motivos apresentados no início da análise do presente ensaio.

Recorda-se que o pressuposto é de que haveria condição de equilíbrio ao preço anterior e antes de Julho de 2014.

Neste ponto torna-se importante questionar os motivos pelos quais o SNS decidiu fomentar o aumento na oferta dos serviços específicos desta terapia.

Explica-se que o SNS estabeleceu novo lote e definição para esta terapia pelas especificidades e criticidade dos doentes. Com esta definição surgiram requisitos contratualmente obrigatórios ao nível do tipo e frequência da prestação de serviços.

A análise ao Caderno de Encargos pode ajudar a responder a esta questão. Tal análise permite concluir que esta terapia, por ser mais exigente ao nível da prestação de cuidados pela gravidade das patologias associadas à terapia, apresenta mais requisitos ao nível do tipo e frequência da prestação de serviços.

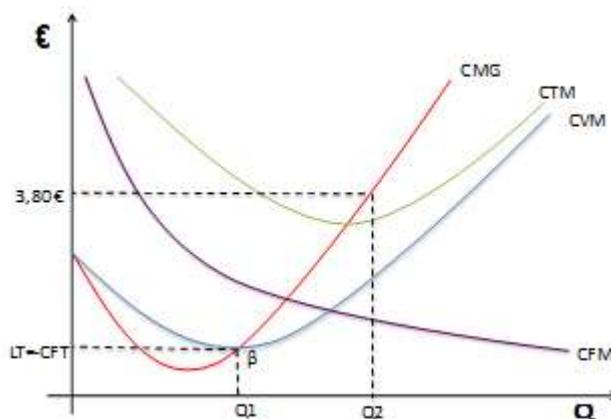
A título de exemplo é requisito que os doentes que beneficiam desta terapia usufruem de pelo menos 4 visitas por ano sendo que seis visitas serão no ano de adaptação.

¹⁶ SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde: Entidade criada no âmbito do SNS para regulamentar e negociar a contratação pública em Portugal.

Os profissionais que os visitam devem possuir formação académica superior e experiência mínima do exercício da atividade (Cláusulas 23ª e 24ª do CE do CPA 100/2013).

Um aumento no número de requisitos exigidos pelo SNS na prestação do serviço, incrementa os Custos Totais suportados pela empresa, dado tais requisitos exigirem recursos tecnicamente e academicamente mais profissionalizados, assim como, um aumento na frequência da prestação de serviços. Se o aumento no nível de preço fomentou o aumento nas quantidades oferecidas pelas empresas, o aumento nos custos teve um impacto negativo na margem das empresas

Figura 27. Curva de Custos –Ventiloterapia (Bi-nível ST).



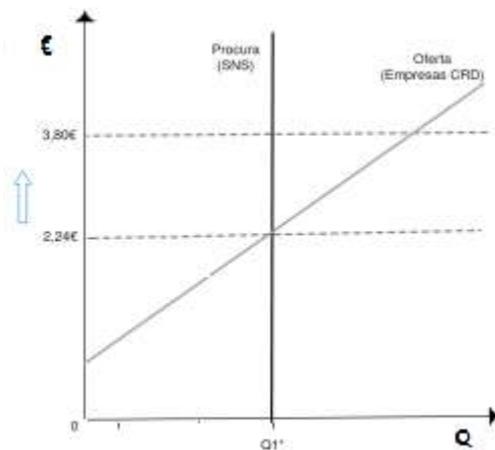
Fonte: Elaboração da própria (2016).

$$LT=RT-CT.$$

$$RT=P*Q.$$

$$CT=CFT+CVT.$$

Figura 28. Oferta e Procura – Ventiloterapia (Bi-nível ST).



Fonte: Elaboração da própria (2016).

A curva de oferta retrai, não em função da diminuição do preço, mas sim, em função do aumento nos custos totais das empresas. Esta situação aumenta o excesso de procura de serviços, diminuindo o bem-estar dos doentes, dado existir a possibilidade de não ser possível prestar o serviço a pessoas que realmente precisam dele para sobreviver.

Trata-se de um pressuposto teórico pois não se conhecem os indicadores das empresas também por este motivo não é possível identificar qual a deslocação da curva da oferta quando retrai.

A regularização do excesso da procura dependerá também da quantidade de empresas disponíveis no mercado pois se uma empresa optar por se retirar do mercado haverá empresas que possam substituí-la. O nível de qualidade dos serviços prestados dependerá do nível de preço e até que ponto este se adequa ao nível de requisitos. Ainda no âmbito da ventilação por pressão positiva com frequências reguláveis mas considerando também o volume regulável ou em palavras simples ventilação com suporte vida (Cláusulas 23ª e 24ª do CE do CPA 100/2013) pressupõe-se um resultado semelhante apesar do preço variar negativamente.

O preço de equilíbrio antes de Julho de 2014 era de 12,04€/dia por doente. O preço após Julho de 2014 diminuiu para 11€/dia por doente. Por sua vez os requisitos são de

níveis muito superiores e até mais exigentes (Visitas quinzenais, recursos tecnologicamente mais avançados e recursos humanos com elevado know-how e formação) do que ocorre com a ventilação por Bi-nível ST.

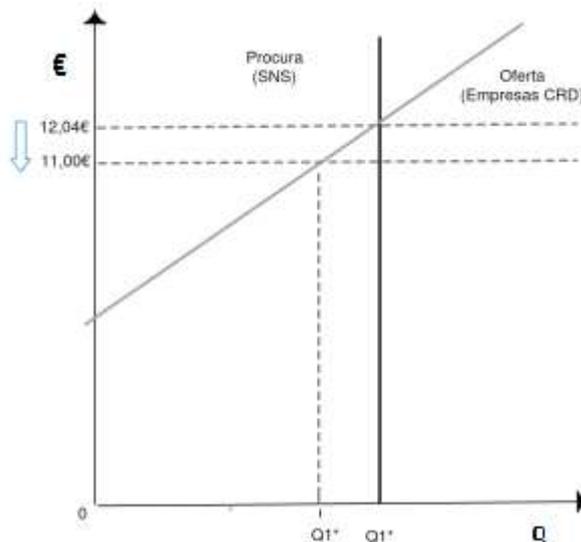
Procedeu-se à redução do preço de 12,04€ (preço aplicado nas localidades onde algumas entidades hospitalares aceitavam assumir esta despesa pois a universalidade de acesso ao tratamento em questão não existia) para um preço de 11€/dia por doente.

Releva-se que a redução no preço resulta na diminuição da quantidade ao longo da curva de oferta.

Com esta terapia verifica-se uma redução no preço portanto na receita total e um aumento nos custos totais. Pressupõe-se um lucro total inferior à situação anterior.

Ainda no âmbito da ventilação por pressão positiva com frequências reguláveis mas considerando também o volume regulável ou em palavras simples ventilação com suporte vida, pressupõe-se um resultado semelhante apesar do preço variar negativamente.

Figura 29. Oferta e Procura – Ventiloterapia (Suporte de Vida).



Fonte: Elaboração da própria (2016).

5.4 Conclusão

No que se refere à condição de equilíbrio que resulta na maximização do bem-estar da sociedade, o que se conseguiu ver ao analisar a condição de equilíbrio do mercado das terapias de CRD apresentadas, o Modelo implementado pode ser o que mais se adequa pois garante a presença de vários jogadores no mercado o que por si colmata as dificuldades que cada empresa enfrenta com a redução nas quantidades que consegue oferecer quando o preço varia para valores fixos inferiores e esta é a tendência demonstrada para a maioria das terapias analisadas. A presença de mais jogadores no mercado, fomentam o aumento nos padrões de qualidade pois apesar de não ser o pagador do serviço, o utilizador final determina qual será a empresa a lhe prestar o serviço. Este utilizador, o doente, irá escolher o prestador de serviço consoante os níveis de serviços que lhe são oferecidos pois apenas assim irá maximizar o seu bem-estar.

O presente Modelo pressupõe uma tentativa genuína de ir ao encontro dos objetivos da OMS no que se refere à igualdade no acesso às condições de saúde.

Mas no âmbito da contratação pública de serviço de CRD, será este um modelo sustentável?

Pela análise apresentada espera-se que exista lugar a poupança para o SNS pois, através da análise teórica verificou-se que houve um aumento no Excedente do Consumidor. Todavia, como não se conhecem dados e indicadores concretos apenas se poderá pressupor tal afirmação, e não fundamentar a mesma com valores exatos, dado os custos com os CRD também dependerem largamente do aumento da esperança média de vida, da incidência das doenças respiratórias e ainda da taxa de envelhecimento da população. Este impacto socioeconómico gera maior procura em função da diminuição das quantidades oferecidas pelas empresas devido à redução do nível de preços o que resulta em cada vez menos utilizadores a beneficiar. Uma forma de compensar o excesso da procura seria considerar um aumento no preço pois compensaria o número de doentes a não usufruir do serviço por retração da oferta das empresas. Contudo a redução do nível de preços habitualmente tem-se apresentado como a forma mais fácil e mais rápida de reduzir a despesa pública nomeadamente no curto prazo.

Na perspectiva das empresas, o que foi analisado permite pressupor que houve uma diminuição significativa no seu excedente e em alguns casos, nomeadamente no caso da Oxigenoterapia, não existe excedente mas as empresas, por enquanto, optam por se manterem no mercado, pelos motivos apresentados. Quando questionada a única empresa que forneceu alguma informação, a VitalAire, o excedente das terapias de Ventiloterapia não é compensador da perda verificada na terapia de Oxigenoterapia mas a esperança de haver uma alteração nas condições procuradas pelo Serviço Nacional de Saúde para os CRD no futuro próximo promove a vontade de permanecer no mercado. Ressalva-se de novo que se desconhecem as quantidades e indicadores de todas as empresas, o que significa que esta conclusão é passível de ser melhorada.

Na perspectiva do utilizador final dos serviços de CRD pode-se concluir que o nível da sua satisfação com o serviço será fator decisor para a escolha da empresa fornecedora.

Quando questionada, a empresa VitalAire informou que no último inquérito realizado, ainda no ano de 2016, o nível de satisfação devolvida era de 4 em 5 sendo 5 o nível mais elevado de satisfação, havendo apenas lugar à melhoria na frequência das visitas e no atendimento telefónico para alguns doentes e referentes a algumas terapias, nomeadamente a de Oxigenoterapia.

Ainda no âmbito da satisfação do doente há que considerar que o doente não tem conhecimento do valor que é pago pelo serviço de saúde da qual beneficia. Este facto significa que o preço fixo estabelecido entre o consumidor e o produtor não é relevante para o Utilizador, ou seja, o seu nível de expectativas poderá não acompanhar o nível de dificuldades sentidas pelo consumidor e pelo produtor na disponibilização do serviço público que é prestado. De acordo com Laranjeira e Borges (2013), muitos eleitores (e utilizadores finais dos bens e serviços públicos) não conhecem ou subestimam os custos que seriam suportados perante a necessidade de recorrer ao sector privado para obter os mesmos produtos ou serviços públicos e que as situações mais óbvias são observadas no acesso ao SNS, Educação Pública e Transportes Públicos.

Seria relevante analisar se os utilizadores finais dos serviços de CRD, os doentes, estariam dispostos a pagar pelo serviço e até que níveis de preço tendo em conta o custo-benefício do serviço assim como se as expectativas quanto aos níveis de satisfação se

alterariam. No entanto, citando novamente o artigo de Laranjeira e Borges (2013), quando o preço a pagar por um serviço ou por bem público é determinado pelo seu benefício tende a haver uma subestimação do benefício por parte dos utilizadores, o que poderá revelar uma falsa preferência e não o valor correto que estariam dispostos a pagar.

Esta análise também teria que considerar a capacidade dos doentes para assumirem o pagamento de todo ou de parte dos serviços de CRD. Presentemente não existem indicadores e informação disponível para realizar esta análise mas o que se conhece é que a população portuguesa é uma população que possui poucos rendimentos disponíveis em resultado do aumento de empobrecimento verificado em relação a anos anteriores.

Ainda no âmbito da análise do presente ensaio é de relevar que em Junho de 2016 foi publicada a Nova diretiva 214/24/EU¹⁷ – 2016 que vem regulamentar o CCP (Código dos Contratos Públicos).

Esta diretiva não considera a condição da contratação excluída mas prevê a escolha do prestador do serviço pelo utente o que apenas será possível se verificar a presença de várias empresas no mercado.

Em suma, este ensaio permite concluir que o Modelo Económico implementado será aquele que mais se adequa às necessidades da população portuguesa, às capacidades das empresas presentes no mercado português e ainda ao enquadramento dos princípios básicos de equidade e de acesso à saúde defendidos pela OMS.

Todavia, não é possível concluir de acordo com a informação disponível, se o Modelo, ou melhor, se o nível de preços implementados pelo Modelo, se enquadram no princípio da sustentabilidade, princípio esse também defendido pela OMS.

¹⁷ Diretiva 214/24/EU contudo o contrato que se encontra a vigorar tem fundamentação na Diretiva anterior.

6 Os Modelos Económicos para os CRD

6.1 Introdução

O aumento da população idosa, associado ao aumento das doenças crónicas e a evolução verificada ao nível dos cuidados de saúde, criaram uma forte necessidade de investimento e disponibilidade financeira por parte dos serviços (nacionais) de saúde dos diferentes Estados Membros. Para fazer face a tal necessidade torna-se importante desenvolver mecanismos ao nível da eficiência e eficácia dos recursos, criar economias de escala, e ainda alcançar níveis adequados de autofinanciamento de forma a garantir sustentabilidade do sistema.

De acordo com dados publicados no Jornal Expresso em 2011, os gastos em saúde, em Portugal, ascenderam ao valor de 10,3% do PIB, sendo este valor superior à média europeia, que foi de 9,0%. Em termos de despesa *percapita*, Portugal gastou 2.302 dólares, ligeiramente inferior à média europeia de 2.370 dólares, mas muito inferior à média dos países da Europa Ocidental. Note-se que, os portugueses, gastam do seu bolso 35% dos custos da saúde, enquanto a média europeia é de 25,8%.

Tendo por base este cenário, ao longo deste ensaio será efetuada uma análise sobre o impacto económico dos diferentes modelos económicos de contratação pública para os cuidados respiratórios domiciliários (CRD), de acordo com os indicadores atualmente existentes para o sector da saúde em questão. A análise será efetuada tendo por base a Teoria dos Jogos, através da construção de uma matriz de *pay offs* para os diferentes modelos económicos identificados. A evolução tecnológica e o seu contributo para eventuais progressos no tratamento de doentes com necessidades de CRD será também alvo de análise. Por fim, iremos também analisar as possíveis poupanças que é possível gerar pelo modelo económico implementado para os CRD. Neste ponto, torna-se importante salientar que as conclusões obtidas ao longo deste ensaio irão depender da disponibilidade e existência de indicadores.

6.2 Análise da sustentabilidade dos modelos seguidos

Como referido anteriormente, ao longo deste ensaio pretende-se realizar uma consideração sobre a contribuição dos modelos de contratação pública previstos pela legislação até à data para a área de CRD, em termos de sustentabilidade, não só para o SNS, mas também para as empresas que fornecem tais serviços.

Apesar das conclusões obtidas no segundo ensaio da presente dissertação, não nos permitem tirar conclusões definitivas relativamente às condições de sustentabilidade, devido essencialmente, à carência de dados numéricos, através do mesmo, foi possível identificar situações de poupança para algumas terapias chave dos CRD, não sendo contudo possível mensurar o benefício/poupanças para o SNS.

6.2.1 Diferenças entre o modelo de contratação pública anterior e o presente

No ensaio anterior foi analisado o historial dos CRD em Portugal, tendo sido efetuada uma análise comparativa entre o modelo que existia antes de Julho do ano 2014 e o modelo atual, isto é, o modelo que foi implementado em Julho de 2014.

As principais diferenças identificadas foram:

a. Acessibilidade:

Cada doente passou a beneficiar da mesma oferta de tratamentos e serviços homologados pelo Modelo de contratação pública dos CRD, em 2014.

b. Nível de Preços:

Os preços são fixos e iguais para todos os prestadores de serviço homologados.

c. Uniformização:

Os preços e níveis de serviços passaram a respeitar as mesmas condições em qualquer região do continente português.

d. Regulamentação e nível de serviços:

Os preços, assim como, as condições exigidas na prestação de serviço encontram-se previstas na legislação que regulamenta a Contratação Pública dos CRD, desde 2014.

e. Penalização e fiscalização:

A regulamentação dos CRD prevê uma monitorização do nível de serviço prestado, e penalização quando a regulamentação não é seguida.

É importante recordar que no segundo ensaio foi efetuada uma análise antes e após a alteração verificada no nível de preços, não só ao nível dos custos marginais, custos variáveis e custos fixos, assim como, no que se refere à sustentabilidade das principais terapias. Através desta análise foi possível concluir que as empresas prestadoras do serviço de CRD poderão se encontrar a assumir níveis baixos de rentabilidade, dado o novo nível de preços ter tido um impacto agravante sobre o seu excedente/lucro. Deste modo, uma das causas prováveis que faz com que estas empresas se mantenham no mercado será a existência de um nível de preços suficiente para devolver uma margem aceitável.

No que se refere ao Modelo Económico implementado, neste ensaio, tendo como base o conceito do Equilíbrio de Nash e a Teoria dos Jogos¹⁸, tentou-se criar uma matriz de *pay-off*¹⁹ como forma de avaliar o modelo económico atualmente em vigência.

Os pressupostos de análise apresentados no segundo ensaio sobre a oferta e a procura, assim como, dos custos e da maximização do lucro das empresas, permitem questionar qual a posição das empresas quanto à sua manutenção no mercado português dos CRD, perante os diferentes cenários possíveis, que a seguir serão apresentados.

¹⁸ Em 1950, o matemático John Forbes Nash Júnior publicou quatro artigos importantes para a teoria dos jogos não-cooperativos e para a teoria de barganha. “Equilibrium Points in n-Person Games” e “Non-cooperative Mathematical Games”. O Equilíbrio de Nash prova a existência de um equilíbrio de estratégias mistas que os jogadores possam implementar, para o caso dos jogos não cooperativos e uma redução dos jogos cooperativos à forma não cooperativa. A teoria dos jogos pode ser explicada como uma teoria de modelos matemáticos que estuda a escolha de decisões ótimas sob condições de conflito.

¹⁹ Em conceitos matemáticos, cada jogador tem uma função utilidade à qual atribui um número real para cada situação do jogo. Esta função utilidade representa o ganho (*pay off*) dos jogadores. Os *pay offs* representam as expectativas dos jogadores.

6.3 Teoria dos Jogos: Apresentação do Jogo

Para desenvolver a matriz da *pay-offs* vamos considerar a existência de 3 jogadores: o Consumidor Pagador (SNS – Estado), o Fornecedor (empresa que fornece o serviço), e o Doente (beneficiário final). Serão considerados dois tipos de modelos económicos: o modelo económico atual e o modelo alternativo igualmente previsto na legislação Europeia (Código dos Contratos Públicos), que se baseia na exclusividade e mercado monopolista – Modelo Monopolista.

O Doente foi considerado um elemento do Jogo de modo a ser possível analisar de uma perspectiva qualitativa o impacto de cada um dos modelos e estratégias seguidas por cada um dos outros jogadores. Deste modo, o Doente não irá ter estratégias associadas, apenas irá servir para refletir qualitativamente o impacto de cada decisão.

Apesar de no mercado atual dos CRD existirem oito empresas, de forma a simplificar a análise iremos assumir uma empresa genérica – Empresa A. Tal pressuposto assenta no facto das estratégias possíveis serem as mesmas para casa uma das 8 empresas existentes no mercado.

Deste modo, foram identificadas quatro estratégias para o fornecedor – Empresa A:

Estratégia P: A empresa mantém-se no mercado;

Estratégia S: A empresa opta por se retirar ou é excluída do mercado;

Estratégia A: A Empresa mantém-se no mercado por adjudicação²⁰ em mercado monopolista;

Estratégia F: A Empresa A opta por se fundir com outra ou outras empresa por aquisição, fusão ou em consórcio²¹.

²⁰ A adjudicação é o ato pelo qual o órgão competente para a decisão de contratar aceita a única proposta apresentada ou escolhe uma de entre as propostas apresentadas. (nº1, art. 73, CCP Parte II)

²¹ Consórcio é o contrato pelo qual duas ou mais pessoas, singulares ou colectivas, que exercem uma atividade económica se obrigam entre si a, de forma concertada, realizar certa atividade ou efetuar certa contribuição com o fim de prosseguir qualquer dos objetos referidos no artigo 2º do DL 231/81 (art.1º DL231/81 de 28 de Julho).

6.3.1 Modelo Concorrencial (atual)²²

O Modelo Concorrencial existe e encontra-se previsto no CCP pela cláusula da Contratação excluída: “*A parte II do presente Código não é aplicável à formação de contratos a celebrar por entidades adjudicantes cujo objeto abranja prestações que não estão nem sejam suscetíveis de estar submetidas à concorrência de mercado, designadamente em razão da sua natureza ou das suas características, bem como da posição relativa das partes no contrato ou do contexto da sua própria formação*” (Nº 1 do Art 5º, CCP).

Para o Consumidor foram consideradas 5 estratégias possíveis:

Estratégia 1: Manutenção de todas as condições atualmente implementadas (preços e requisitos);

Estratégia 2: Redução do nível médio de preços fixos e manutenção ou redução dos requisitos contratuais;

Estratégia 3: Redução do nível médio de preços fixos e aumento dos requisitos contratuais;

Estratégia 4: Aumento do nível médio de preços fixos e manutenção ou redução dos requisitos contratuais;

Estratégia 5: Aumento do nível médio de preços fixos e manutenção ou aumento dos requisitos contratuais

6.3.2 Modelo Monopolista (alteração de modelo)

Apesar do Modelo Monopolista não ser o modelo atualmente implementado, o Estado poderá optar pela alteração do Modelo tendo como objetivo otimizar as suas condições de equilíbrio. Por este motivo, foram avaliadas quais as estratégias possíveis e prováveis para o Modelo Monopolista, a qual se baseia na contratação de serviços por um único prestador.

Para este modelo, não faz sentido avaliar a alteração do nível de preço máximo porque o modelo de exclusividade, por si só, não é apetecível ou sequer exequível para as empresas, presentemente, dado as empresas fornecedoras não terem capacidade para oferecer serviços de forma elástica, isto é, uma só empresa não seria capaz de abastecer todo o mercado, isto é, uma só empresa não seria capaz de dar resposta a todos os pedidos de CRD. É importante relembrar que conforme foi apresentado no segundo ensaio, as quantidades a oferecer pelas empresas variam consoante o nível de preços, sendo de esperar uma menor quantidade oferecida à medida que o preço fixo diminui.

Deste modo, foram consideradas 3 estratégias adicionais:

Estratégia 6: Alteração do modelo para o Modelo Monopolista ao nível atual de preço e manutenção ou redução dos requisitos contratuais.

Estratégia 7: Alteração do modelo para o Modelo Monopolista e aumento do nível médio de preços e aumento dos requisitos contratuais.

Estratégia 8: Alteração do modelo para Modelo Monopolista e aumento do nível médio de preços e redução dos requisitos contratuais.

6.3.3 Matriz de *pay-offs*

Dado não se conhecerem os valores reais dos custos das empresas e do SNS que permitissem atribuir um valor monetário aos *pay offs* dos diferentes jogadores perante as diversas estratégias apresentadas, não só devido a escassez de informação mas também por se tratar de cálculos difíceis de estimar, optou-se por, atribuir uma pontuação qualitativa a cada *pay off*, tendo por base o trabalho desenvolvido por John Nash, na apresentação do jogo do Dilema do Prisioneiro²³.

Nesta pontuação qualitativa considerou-se: o valor 5 como pontuação máxima ou melhor pontuação – estratégia mais desejável; 2,5 como pontuação intermédia – estratégia aceitável e possível; e zero como pontuação indiferente ou má – estratégia menos desejável.

²³ O Dilema dos Prisioneiros é um jogo apresentado pelo Nash na teoria dos Jogos, jogo que representa o dilema entre cooperar (silêncio) e trair (confissão) entre dois suspeitos prisioneiros. Nash atribui uma pena de prisão para as estratégias possíveis.

Na matriz apresentada, cada jogador, o SNS (Estado), a Empresa e o Doente apresentam uma pontuação qualitativa e de acordo com a classificação apresentada.

Figura 30. Matriz de *Pay-offs*.

| Modelo Económico Actual - Mercado Concorrencial Estratégia Empresa | | | | |
|---|--------------------|---|---------------|----------|
| | ESTRATEGIA EMPRESA | P (A) | S | F |
| | | 1. Manutenção de todas as condições | (0; 5; 5) | – |
| 2. Redução do nível médio de preços fixos e manutenção ou redução dos requisitos contratuais | – | (2,5; 0; 0) | (2,5; 2,5; 0) | |
| 3. Redução do nível médio de preços fixos e aumento dos requisitos contratuais | – | (5; 0; 5) | (5; 2,5; 5) | |
| 4. Aumento do nível médio de preços fixos e manutenção ou redução dos requisitos contratuais | (0; 5; 0) | – | (0; 2,5; 0) | |
| 5. Aumento do nível médio de preços fixos e manutenção ou aumento dos requisitos contratuais | (0; 2,5; 5) | – | (0; 2,5; 5) | |
| Alteração no Modelo Económico - Mercado Monopolista (Fornecedor Único)Estratégia Empresa | | | | |
| | ESTRATEGIA EMPRESA | P (A) | S | F |
| | | 6. Alteração do modelo para Fornecedor Único ao nível actual de preço e manutenção ou redução dos requisitos contratuais ** | – | (0;0; 0) |
| 7. Alteração do modelo para Fornecedor Único. Aumento do nível médio de preços e aumento dos requisitos contratuais | (0; 2,5; 5) | (0;0; 0) | (0; 2,5; 5) | |
| 8. Alteração do modelo para Fornecedor Único. Aumento do nível médio de preços e redução dos requisitos contratuais | (0; 2,5; 0) | (0;0; 0) | (0; 2,5; 0) | |

(Consumidor; Fornecedor; Doente)
 Fonte: Elaboração da própria (2016).

De seguida iremos analisar detalhadamente cada um dos cenários apresentados na Figura 30.

Estratégia 1: Perante a manutenção de todas as condições atualmente implementadas (preços e requisitos), assume-se que a Empresa irá optar por permanecer no

mercado. Ao SNS atribui-se a pontuação menos desejável porque se assume que o seu objetivo é reduzir os custos, isto é, reduzir a despesa pública. À Empresa atribui-se a pontuação mais desejável pois consegue-se manter no mercado sem sofrer alterações negativas no preço fixo máximo, nem nos requisitos exigidos, apesar de haver uma forte probabilidade da Empresa se encontrar a operar no Limiar da Rentabilidade conforme explicado no segundo ensaio. O Doente continua a receber tratamento participado pelo SNS com um nível elevado de requisitos ou seja o seu bem-estar mantém-se ou aumenta. Atribui-se a pontuação mais desejável (5).

Estratégia 2: Perante a redução do nível médio de preços fixos e manutenção ou redução dos requisitos contratuais a empresa optará por sair do mercado, ou por se fundir com outra empresa presente, como forma de criar sinergias e otimizar eficiências perante a redução do nível de preço fixo. A redução do preço fixo é a estratégia mais desejável por parte do SNS. Todavia, a redução dos requisitos contratuais não é apetecível. Desta forma, atribui-se a pontuação intermédia (2,5). A redução dos requisitos contratuais poderá resultar na diminuição do nível de qualidade do serviço e consequentemente na insatisfação do doente e redução do bem-estar social. Atribui-se uma pontuação nula. A Empresa sofrerá um impacto negativo no lucro que objetiva otimizar ao aceitar um nível mais baixo de preço. Contudo, a redução nos requisitos contratuais poderão atenuar efeitos negativos nos custos perante a decisão de se manter no mercado através da fusão com outra empresa, independentemente da forma jurídica decidida. Atribui-se a pontuação intermédia. Se a Empresa optar por se retirar do mercado, a pontuação a atribuir será indiferente (nula).

Estratégia 3: Redução do nível médio de preços fixos e aumento dos requisitos contratuais. Esta estratégia é a mais desejável do SNS pois maximiza o objetivo da redução despesa pública e cria condições mais elevadas de qualidade, que por sua vez aumentam o bem-estar social. A Empresa poderá optar por sair do mercado ou por se fundir com o objetivo de se manter no mercado tendo o aproveitamento de sinergias e de eficiências como forma de reduzir o impacto da diminuição do nível de preços, e o acréscimo dos recursos necessários para responder ao aumento dos requisitos contratuais. Na primeira opção da empresa a pontuação a atribuir seria o menos desejável, zero. Na segunda opção

considera-se uma atribuição intermédia por haver partilha de impactos negativos entre as empresas que se fundem ou que se adquire e permanência no mercado.

Estratégia 4: Aumento do nível médio de preços fixos e manutenção ou redução dos requisitos contratuais. Esta estratégia não é a mais desejável para o SNS merecendo uma atribuição indiferente, nulo. Por outro lado a Empresa poderá maximizar os seus lucros perante o aumento no nível de preços e na redução dos requisitos. Atribui-se a melhor pontuação na situação em que a Empresa opta por permanecer no mercado. Caso a empresa opte por fundir a pontuação qualificativa passa a ser intermédia A redução de requisitos não deverá contribuir positivamente para o bem-estar social resultando numa pontuação nula.

Estratégia 5: Aumento do nível médio de preços fixos e manutenção ou aumento dos requisitos contratuais. O aumento do nível de preços fixos é a estratégia menos desejável para o SNS e seria a melhor para a Empresa contudo o aumento dos requisitos contratuais atenua o efeito positivo da subida do preço fixo ao impactar negativamente nos custos da Empresa. A pontuação será intermédia. O bem-estar social é fomentado pelo aumento no nível de qualidade do serviço.

Estratégia 6: Alteração do modelo para Fornecedor Único ao nível atual de preço e manutenção ou redução dos requisitos contratuais. A única forma apetecível para a empresa se manter no mercado seria através da fusão, pelos motivos anteriormente mencionados. A pontuação para o SNS seria sempre indiferente ou má, assim como, para doente dado haver a possibilidade de uma redução da qualidade do serviço a prestar. A fusão da empresa representaria uma pontuação intermédia.

Estratégia 7: Alteração do modelo para Fornecedor Único e aumento do nível médio de preços e dos requisitos contratuais. Nesta estratégia a Empresa optaria por permanecer no mercado se o aumento no nível de preços fosse o suficiente para sustentar o acréscimo necessário de recursos para responder elasticamente às necessidades de oferta e ao nível de qualidade exigido. A pontuação seria a melhor porque a empresa absorveria todo o mercado. Contudo, como iremos ver mais à frente, na análise sobre a probabilidade de ocorrência das estratégias identificadas, a probabilidade de tal situação ocorrer é muito baixa, dada a adjudicação da empresa incidir sobre o preço mais baixo apresentado dentro

do preço máximo fixado e procedimento concursal pelo SNS. Uma vez que existe lugar ao aumento do nível de requisitos, o bem-estar social beneficiaria de uma pontuação melhor.

Estratégia 8: Alteração do modelo para Fornecedor Único e aumento do nível médio de preços e redução dos requisitos contratuais; Para esta estratégia, a Empresa tenderá a apresentar o mesmo cenário que na estratégia anterior. O SNS, por haver lugar ao aumento no nível de preços, e o doente, por haver lugar a uma redução no nível de qualidade, apresentariam a pontuação má ou indiferente.

De seguida iremos analisar a probabilidade associadas a cada estratégia apresentada, utilizando para tal, uma classificação qualitativa de: “elevada, média e baixa”.

Figura 31. Matriz de Pay-offs.

| Modelo Económico Actual - Mercado Concorrencial Estratégia Empresa | | | | | |
|--|---|-------------|-------------|---------------|---------------------------|
| | ESTRATEGIA EMPRESA | P (A) | S | F | Probabilidade de ocorrer* |
| E S T R A T É G I A | 1. Manutenção de todas as condições | (0; 5; 5) | – | – | Baixa |
| | 2. Redução do nível médio de preços fixos e manutenção ou redução dos requisitos contratuais | – | (2,5; 0; 0) | (2,5; 2,5; 0) | Elevada |
| | 3. Redução do nível médio de preços fixos e aumento dos requisitos contratuais | – | (5; 0; 5) | (5; 2,5; 5) | Média |
| | 4. Aumento do nível médio de preços fixos e manutenção ou redução dos requisitos contratuais | (0; 5; 0) | – | (0; 5; 2,5) | Baixa |
| | 5. Aumento do nível médio de preços fixos e manutenção ou aumento dos requisitos contratuais | (0; 2,5; 5) | – | (0; 2,5; 5) | Baixa |
| Alteração no Modelo Económico - Mercado Monopolista (Fornecedor Único)Estratégia Empresa | | | | | |
| | ESTRATEGIA EMPRESA | P (A) | S | F | Probabilidade de ocorrer* |
| E S T A D O | 6. Alteração do modelo para Fornecedor Único ao nível actual de preço e manutenção ou redução dos requisitos contratuais ** | – | (0; 0; 0) | (0; 2,5; 0) | Média |
| | 7. Alteração do modelo para Fornecedor Único. Aumento do nível médio de preços e aumento dos requisitos contratuais | (0; 2,5; 5) | (0; 0; 0) | (0; 2,5; 5) | Baixa |
| | 8. Alteração do modelo para Fornecedor Único. Aumento do nível médio de preços e redução dos requisitos contratuais | (0; 2,5; 0) | (0; 0; 0) | (0; 2,5; 0) | Baixa |

(Consumidor; Fornecedor; Doente)

Fonte: Elaboração da própria (2016).

De seguida explica-se resumidamente a classificação da probabilidade de ocorrência das condições pontuadas na matriz de *pay offs*.

A. Probabilidade Elevada

A redução da despesa pública, nomeadamente com a saúde, tem sido um dos principais objetivos do SNS. A redução do preço tem sido a estratégia mais utilizada por ser a mais imediata em termos de reflexo nas contas públicas. A redução no nível de preços conduz, habitualmente, à redução do nível de qualidade, caso contrário a tendência é para as empresa, que buscam a maximização do lucro e uma atividade sustentável, não apresentarem proposta.

B. Probabilidade Média

Reflete situações que poderão ocorrer e que historicamente já ocorreram.

C. Probabilidade Baixa

O SNS dificilmente aumenta o nível de preços.

6.3.4 Condição de Equilíbrio

Através da análise da matriz de *pay-offs* apresentada é possível verificar dois cenários mais favoráveis para os jogadores: o cenário associado a estratégia 3 e estratégia F, e o cenário associado a estratégia 1 e estratégia P.

O primeiro cenário, realçado em cor azul, é o cenário que associa a Estratégia 3 para o Estado e a Fusão da Empresa (5; 2,5; 5). Neste cenário verifica-se a redução do nível de preço fixo e aumento dos requisitos. O Estado maximiza o seu objetivo de reduzir despesa pública e o Doente maximiza o seu nível de satisfação. A Empresa apenas consegue responder a esta “condição de equilíbrio” se optar pela fusão, beneficiando de possíveis sinergias que poderá criar, pelo aumento na sua capacidade de oferta através da união de esforços e de recursos assim como pela partilha do ónus de assumir a perda do seu excedente em prol do bem-estar do Doente e na sua contribuição para a redução da despesa pública.

Esta “condição de equilíbrio” (5; 2,5; 2,5) é semelhante à condição mais favorável que existiu para todos os jogadores na altura da implementação do Procedimento Concursal que se encontra em vigor (implementado em Julho de 2014). As Empresas viram os preços fixos reduzidos em 35% em média, o que permitiu uma maximização da redução da despesa por parte do Estado. Implementaram-se também requisitos de qualidade até então inexistentes, o que contribuiu para a maximização do bem-estar do doente. A implementação de um Modelo Concorrencial favoreceu a manutenção ou a entrada de novas empresas no mercado -na altura a fusão não faria sentido o que distingue esta “condição de equilíbrio”.

Contudo, tendo o segundo ensaio em consideração, é questionável se as empresas de CRD têm capacidade para sofrerem nova redução de preços fixos sem colocar a sustentabilidade da atividade em causa.

Recorrendo à avaliação hipotética e teórica aqui apresentada, podemos considerar que o Modelo Económico mais favorável é claramente o Concorrencial, e que uma redução no nível de preços provavelmente conduziria a limitações na presença do número de empresas prestadoras de CRD no mercado, o que poderá estimular o aparecimento de fusões entre empresas.

Esta análise permite-nos considerar outra condição de equilíbrio, talvez a mais próxima da realidade, que apresenta uma pontuação melhor mas para apenas dois jogadores, o doente e a empresa.

O segundo cenário realçada em cor laranja, associa a Estratégia 1 para o SNS que consiste na manutenção de todas as condições (atuais). A Empresa responde com a estratégia de permanecer no mercado. A pontuação qualitativa é (0; 5; 5). O Doente mantém a maximização do seu bem-estar ao beneficiar da manutenção do nível de qualidade de serviço exigido. A empresa maximiza o seu lucro ou pelo menos consegue-se manter no mercado com sustentabilidade, na globalidade.

O Estado não maximiza o seu objetivo de reduzir a despesa pública (com os CRD) mas também não dispõe do seu excedente ao manter o nível de preços fixos.

Perante uma situação de desequilíbrio e alteração das condições do mercado, ou de necessidade de alteração de estratégia por parte dos jogadores, será que existem alternativas para modelos económicos que garantam os princípios básicos da saúde?

As conclusões apresentadas ao longo do segundo e presente ensaio permitem avaliar o modelo concorrencial atual como sendo o que melhor defende os princípios de igualdade e acessibilidade, assim como, os princípios básicos da saúde no que concerne os doentes com necessidades de CRD.

O ensaio da matriz de *pay offs* reforça esta argumentação.

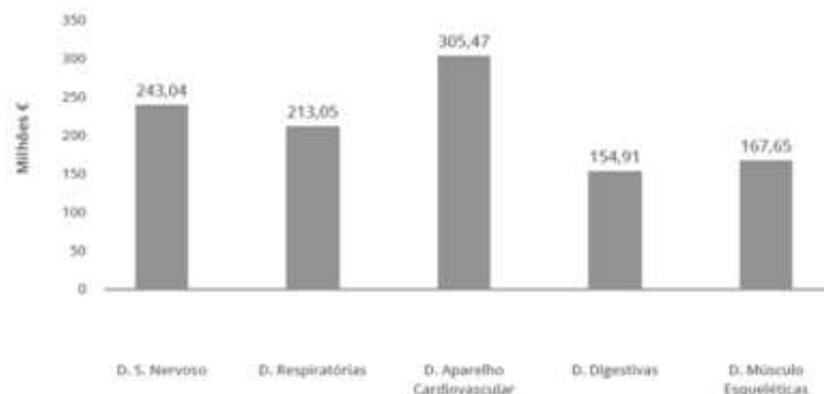
6.4 Poupança

Dada a redução da despesa pública ser uma das principais preocupações de todos os Estados e dos seus sistemas de saúde, a maximização da poupança constitui um dos objetivos primordiais do Estado num conceito económico-financeiro. Tentou-se analisar, no presente ensaio, se este objetivo é alcançado com os modelos económicos apresentados, através dos mecanismos de funcionamento dos mercados que resultam dos modelos económicos apresentados.

- a. Verificou-se teoricamente que o nível atual de preços resultou numa poupança para o SNS na sua globalidade, verificando-se uma “absorção” de parte significativa do excedente/lucro das empresas²⁴.
- b. Verificou-se que uma avaliação a acrescentar à presente dissertação seria considerar o que o SNS poderá alcançar um nível maior de poupança se conseguir reduzir o número de despesas com internamento hospitalares dos doentes respiratórios ao optar pela realização dos serviços de CRD.
- c. De acordo com dados publicados pelo INE sobre os custos suportados com a área respiratória sabe-se que o custo médio de um internamento por doente respiratório foi de 1.892€ em 2013.

²⁴ Redução de 35% no preço médio das terapias de CRD.

Figura 32. Distribuição dos custos associados aos internamentos hospitalares (milhões de euros, por grandes centros de diagnóstico (CGD), Portugal Continental, 2014).



Fonte: INE,IP (2015).

Sabe-se qual foi o custo associado a internamentos hospitalares por doenças respiratórias porém não se conhecem estudos ou indicadores sobre o número de exacerbações e de internamentos que deixaram de ocorrer com a prescrição dos CRD e o tratamento no domicílio. Pressupõe-se que uma análise do Custo Marginal do SNS revelaria uma redução na despesa pública com os internamentos hospitalares de doentes respiratórios, isto não apenas pelo tratamento que ocorre com os CRD mas também, pelo reforço na educação dada aos doentes respiratórios no que se refere a boas práticas.

6.4.1 Contributo da tecnologia para a Poupança

A evolução tecnológica ao nível da tipologia dos recursos nos CRD quer ao nível dos dispositivos médicos e consumíveis, tem sido notória nos últimos anos. A esta evolução acresce o desenvolvimento de software que permite monitorizar à distância, a chamada telemonitorização e a telemedicina.

Por outro lado existe o desenvolvimento de ferramentas administrativas que resultam em maior eficiência, tal como, a prescrição eletrónica. O contributo das diversas tecnologias para os CRD no âmbito da eficiência, da poupança, da qualidade e da sustentabilidade., representa um assunto de enorme importância para o futuro.

Os dispositivos médicos, assim como, o software desenvolvidos por diversos fabricantes, têm contribuído significativamente para a evolução no tratamento das doenças

respiratórias, e para a melhoria da qualidade de vida dos doentes. Como exemplo, os ventiladores com bateria interna e os concentradores portáteis de oxigénio permitem mobilidade a um número significativo de doentes. As análises devolvidos pelos dispositivos permitem avaliar a adesão do doente e para algumas soluções a evolução no tratamento da doença, evitando a realização de novas consultas ou até de internamentos.

Estas evoluções tecnológicas têm permitido aos doentes obter uma maior qualidade de vida e bem-estar social, e ao Estado, poupança, com a redução do número de internamentos e de intervenções dos serviços médicos da função pública.

Contudo, estas evoluções podem representar custos mais elevados para as empresas pois não refletem eficiências ao nível do serviço mas sim custos de investimento superiores dada a evolução tecnológica.

Existem novas evoluções tecnológicas disponíveis que poderiam resultar em poupança para as empresas e para o Estado, assim como, num contributo positivo para o doente. Fala-se da telemedicina ou da telemonitorização. A primeira permite avaliar o doente à distância e até intervir no seu tratamento, e a segunda permite avaliar a adesão e resposta ao tratamento do doente.

Estas evoluções tecnológicas resultam em poupança para as empresas pois permite otimizar o seu nível e protocolo de serviços. Ao doente permite um acompanhamento mais regular e maior rapidez de resposta em caso de necessidade de intervenção. Ao Estado permite poupança ao avaliar a criticidade de agudizações, de intervenções e ainda ao evitar recorrências aos serviços de urgência e de internamento. Todavia, não existem normas nacionais de orientação e poucos *guidelines* assim como poucos estudos clínicos comprovados sobre estas evoluções tecnológicas.

Existe vontade para a sua implementação e utilização mas ainda existe pouca experiência, a nível nacional assim como é questionável se estas novas tecnologias devem ser compartilhadas adicionalmente como forma de garantir sustentabilidade.

Por outro lado existirão soluções tecnológicas que resultarão em eficiências administrativas. A prescrição eletrónica permitirá ao Estado quantificar e monitorizar a despesa pública assim como os benéficos sociais atempadamente. Às empresas permitirá reduzir constrangimentos que existem atualmente com a receção da prescrição assim como

com a correta prescrição. Aos doentes e profissionais de saúde resultará em maior conforto e redução de tempo disponibilizado.

6.4.1.1 Indicadores qualitativos e quantitativos

Conforme referido ao longo da presente dissertação e ainda para reforçar a necessidade de medir mecanismos de poupança, a informação existente e disponível, até à data, é escassa. Não existem indicadores suficientes publicados pelo SNS nem pelas entidades que intervencionam e monitorizam os CRD. As empresas não publicam dados junto de entidades/empresas competentes tal como a IMS Health ²⁵.

Contudo existe alguma informação disponível ao nível da OMS sobre indicadores de saúde para Portugal.

Figura 33. Alguns dados chave respeitantes a Portugal.

| Despesa de Saúde | | | | | |
|---|------|-----------|----------|------|----------|
| Despesa de Saúde % GDP | 9,5 | 9,3 | 9,3 | 7,7 | 13 em 34 |
| Despesa de Saúde per capita (US\$ PPP) | 2457 | 1646 | 3484 | 1888 | 23 em 34 |
| Despesa Farmaceutica (US\$ PPP) | 473 | 327 | 498 | 300 | 19 em 34 |
| Despesa Farmaceutica (% despesa de saúde) | 19 | 2011 21,5 | 15,9 | 17,9 | 10 em 34 |
| Despesa de Saúde Publica (% despesa de saúde) | 65 | 2011 66,6 | 72,3 | 71,4 | 28 em 34 |
| Pagamentos fora do Bolso (% despesa de saúde) | 27,3 | 2011 24,3 | 19 | 20,5 | 6 em 34 |
| Recursos de Cuidados de Saúde | | | | | |
| Nº de médicos (por população de 1000) | 4,1 | 3,1 | 3,2 | 2,7 | 4 em 34 |
| Nº de enfermeiros (por população de 1000) | 5,8 | 4,2 | 2004 8,8 | 7,5 | 26 em 34 |
| Nº de camas (por população de 1000) | 3,4 | 3,7 | 4,8 | 5,6 | 21 em 34 |

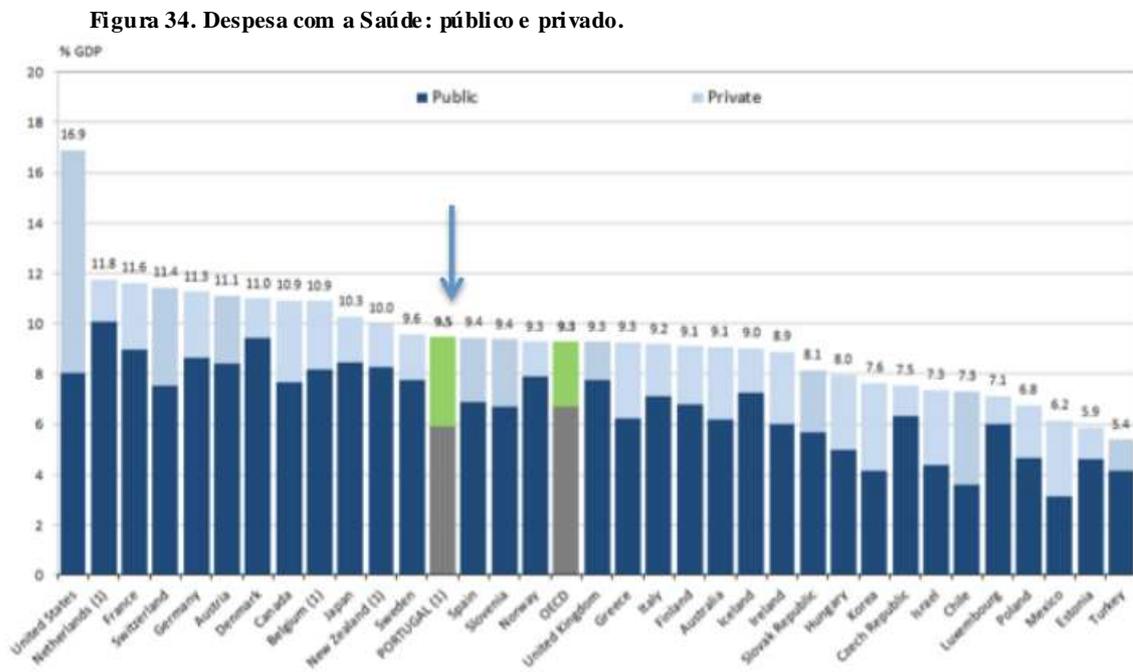
Fonte: 11º Relatório ONDR_Keys facts for Portugal from OECD Health Statistics (2014).

Em Portugal, a despesa com saúde em percentagem do PIB representa 9,5%, estando ligeiramente acima da média da OCDE. Do total da despesa em saúde verificado em Portugal, o Estado suporta 65% do total, estando abaixo da média dos países da OCDE (72%). É de salientar que as despesas com saúde, em percentagem do PIB, diminuiram 0,2 pontos percentuais entre 2000 e 2012, o que terá acarretado certamente constrangimentos na prestação de cuidados de saúde. Tal valor torna-se relevante quando comparado com a média dos países da OCDE, que no mesmo período, verificaram um aumento de 1,6 pontos percentuais. Em 2012, a despesa em saúde *per capita* foi de 2.457 US\$PPP, o que traduz um aumento de 49,3% em relação a 2000, representando apenas 70% da despesa média *per capita* dos cidadãos da OCDE.

²⁵ IMS Health: líder global em informação, tecnologia e serviços para a área da saúde. A IMS Health é a única entidade que combina informação dos stakeholders envolvidos diretamente no circuito do medicamento: Indústria Farmacêutica, Armazenistas, Farmácias, Parafarmácias (Moderna Distribuição e Independentes), Hospitais, Médicos e consumidores.

A cobertura médica de 4,1 médicos por 1.000 habitantes parece superior à média da OCDE. Todavia refere-se à totalidade dos médicos inscritos na Ordem dos Médicos, significativo número dos quais exercendo funções não clínicas. Por isso o número de médicos por 1.000 habitantes, exercendo funções clínicas, não deve diferir significativamente da média da OCDE. Já o número de enfermeiros é muito baixo em relação à média da OCDE. Também o número de camas hospitalares é, em Portugal, inferior à média da OCDE.

Existe um *deficit* de camas hospitalares e uma diminuição do número de camas, verificada entre 2000 e 2012. Não se pode deixar de referir, ao falar de camas hospitalares, o deficit de camas de cuidados continuados e paliativos. Na Figura 34 salienta-se que das despesas com saúde em Portugal, 35% são diretamente feitas pelos cidadãos. Este número é superior à média dos países da OCDE. Não é pois expectável que seja possível aumentar essa percentagem para corrigir necessidades de aumentar a despesa em saúde. O SNS também não terá grande margem, pelo que terão de ser encontradas medidas que permitam aumentar a rentabilidade do dinheiro investido (OECD Health Statistics, 2014).



Fonte: 11º Relatório ONDR, página 24 _Keys facts for Portugal from OECD Health Statistics (2014).

De notar que Portugal apresenta uma despesa pública superior à despesa privada mas com uma variação na distribuição e proporção em relação à da média dos países

pertencentes à OCDE. A despesa pública apresenta-se como sendo inferior à despesa privada, na comparação com a ODCE.

Ainda no que se refere a dados publicados sobre a despesa com a saúde em Portugal, podemos analisar os dados publicados sobre valores despendidos pelo SNS com o aparelho respiratório. Não se conhece se estes dados incluem os valores despendidos com dispositivos médicos.

Figura 35. Percentagem dos encargos do SNS com o Aparelho Respiratório.

| Grupo Farmacoterapêutico 5 - Aparelho Respiratório (%) | | | | | | |
|--|------|------|------|------|------|------|
| | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
| Norte | 4,4 | 5,1 | 6,5 | 7,5 | 8,0 | 7,7 |
| Centro | 3,6 | 4,3 | 5,5 | 6,2 | 6,7 | 6,3 |
| LVT | 4,0 | 4,9 | 6,3 | 7,2 | 7,6 | 7,1 |
| Alentejo | 3,2 | 3,8 | 5,0 | 5,7 | 6,2 | 5,7 |
| Algarve | 3,3 | 4,1 | 5,2 | 5,8 | 6,2 | 5,7 |
| Portugal Continental | 4,0 | 4,7 | 6,0 | 6,9 | 7,4 | 7,0 |

Fonte: Infarmed, estatística do medicamento,(2015).

Dos dados publicados podemos afirmar que o Estado português (SNS) tem um papel crucial na comparticipação da despesa com a saúde e que existe uma tendência evolutiva das doenças respiratórias com exceção de um ligeiro decréscimo em 2014. A informação apresentada reforça as afirmações e pressupostos apresentados ao longo da presente dissertação.

6.5 Conclusão

Ao longo deste ensaio foi possível avaliar diferentes cenários e estratégias para o SNS e para as empresas tendo diferentes modelos económicos por base. Recorrendo à Teoria dos Jogos e através da construção de uma matriz de *pay offs* conseguiu-se identificar dois cenários mais favoráveis para todos os jogadores. Esta matriz de *pay offs* também demonstrou que o Modelo Económica presentemente implementado é aquele que melhor representa os interesses dos jogadores, isto é, do SNS, do doente e das empresas. Também permite reforçar a preocupação com o nível de sustentabilidade no que se refere ao preço e ainda aos recursos exigíveis, quer na perspectiva do SNS quer na perspectiva

das empresas. Demonstra que existem ainda mecanismos e indicadores a desenvolver e disponíveis para implementar, os quais conduzirão à otimização da poupança, necessária para dar continuidade ao Modelo.

7 Conclusão

Com a presente dissertação houve a vontade de conseguir comprovar o que já muitos defendem, a disponibilização de serviços essenciais ao doente respiratório crónico no domicílio pelo SNS, assente num modelo socioeconómico de equidade, de qualidade e de sustentabilidade. Analisou-se o enquadramento socioeconómico do país e tendo este enquadramento sempre presente, procedeu-se à avaliação económica dos CRD com a informação disponível.

No primeiro ensaio pretendeu-se avaliar o estado da saúde em Portugal, em comparação com os nossos parceiros europeus; o peso das doenças respiratórias em relação às doenças, internamentos e óbitos, e as tendências evolutivas das principais doenças respiratórias. A partir destes dados tentou-se tirar algumas ilações e propor vias que permitam melhorar a saúde respiratória dos portugueses.

Apesar da evolução verificada ao nível da acessibilidade e homogeneidade com a implementação de novas medidas, nomeadamente com a implementação de um modelo concorrencial, verifica-se que ainda existe muito a fazer no que concerne a própria acessibilidade ao tratamento dos doentes respiratórios, nomeadamente no desenvolvimento de maior eficácias no diagnóstico precoce e no aumento dos recursos disponíveis para a população portuguesa através da rede nacional de saúde. Estas necessidades de melhoria poderão estar na origem do peso das doenças respiratórias apresentarem uma carga significativa na sua incidência nas causas de morte em Portugal (11,8%) assim como em custos de internamentos e óbitos, agravada pela tendência evolutiva das principais doenças respiratórias.

No segundo ensaio pretendeu-se avaliar as diversas formas de contratação pública para a saúde em Portugal, avaliar quais as diferenças existentes entre os modelos, mas principalmente, avaliar o modelo atual aplicado à contratação pública dos CRD na perspectiva do doente, das empresas e do Estado, tendo por base as teorias económicas do

Estado de Bem Estar Social e do Estado Neoclássico defendidos pelos economistas John Keynes e Milton Friedman. Apesar de todos os esforços despendidos, a escassez de informação com a qual nos deparamos, não nos permitiu tirar conclusões concretas sobre se o nível de preços implementados pelo Modelo se enquadra no princípio da sustentabilidade, princípio este que também é defendido pela OMS.

No Terceiro ensaio pretendeu-se testar o atual modelo de contratação pública dos CRD tendo por base a Teoria dos Jogos. Pretendeu-se avaliar e demonstrar a eficácia do atual modelo de contratação dos CRD no âmbito dos benefícios sócios-económicos que devem existir numa sociedade assente em princípios básicos para o sistema de saúde tais como a equidade, a universalidade, a homogeneidade e a sustentabilidade defendidos pela OMS e pela UE e ainda no que concerne a poupança da despesa nacional de saúde.

Por fim, esta avaliação mostra que tem havido diferentes formas de contratação dos CRD e demonstra que existe uma necessidade para a contratação dos CRD. Ao criar diferentes cenários para esta contratação chegou-se à conclusão teórica de que o modelo concorrencial é o mais adequado. Contudo será necessário criar condições para garantir que o Modelo devolva sustentabilidade e qualidade para todos os intervenientes. Existem soluções tecnológicas que podem contribuir positivamente para esta necessidade mas a maior preocupação prende-se com o equilíbrio que deve haver entre a necessidade de poupar por parte do SNS e a sustentabilidade das empresas para que juntos, possam oferecer um serviço de qualidade aos doentes.

8 Bibliografia

- (AL – 2016)_ International Marketing Meeting for Group Air Liquide_ Setembro 2016
- Código dos Contratos Público. Acedido em 23.09.2015, em: <http://linklaters.coms.pdf>.
- Código dos Contratos públicos (CCP). Acedido em 19.12.2016, em: http://www.base.gov.pt/mediaRep/inci//files/base_docs/CCPTextoconsolidadojan2016.pdf.
- Direção Geral da Saúde (2013). Normas de Orientação Clínica. Acedido em 23.09.2015, em: <https://www.dgs.pt>.
- Direção Geral da Saúde (2015). Normas de Orientação Clínica. em audição. Acedido em 23.09.2015. <https://www.dgs.pt>.
- DL 231/81 de 28 de Julho. Acedido em 19.12.2016, em: http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=705&tabela=leis.
- Equilibrium points in n -person games. Acedido em 19.12. 2016, em: www.pnas.org/content/36/1/48.full.
- Eurostat (2015). Acedido em 27.11.2015. <http://ec.europa.eu/eurostat>.
- Fundação Portuguesa do Pulmão (2015). Relatório Nacional do Observatório. Acedido em 27.10.2015, em: www.fpp.pt.
- Fundação Portuguesa do Pulmão (2015). Programa Nacional das Doenças Respiratórias. Acedido em 27.10.2015, em: www.fpp.pt.
- Guias de Oxigénio. Acedido em 4.10.2016, em: <http://guias.oxigenio.com/guia-concentrador-de-oxigenio>.
- Instituto Nacional de Estatística (1999)., Artigo 8, Rev. Demográfico. Acedido em 27.10.2015, em: www.ine.pt.
- Instituto Nacional de Estatística (2015), Acedido em 23.09.2015, em: www.ine.pt.
- Instituto Nacional de Estatística (2015). Tipo de Doença Crónica, 2005. Acedido em 23.09.2015, em: www.ine.pt.

- Jornal Expresso (2012). Acedido em 27.10.2015, em: <http://leitor.expresso.pt.Linklaters>.
- LARANJEIRA, E. e Pinto, Ana (2013). An Essay about the Misperception of Public Goods' Costs and Benefits. Lusophone Management and Administration Review, Vol. 1, Nº 1. Acedido em 10.10.2016, em: <http://www.researchpub.org/journal/lmar/lmar.html>.
- Pordata (2015). Acedido em 23.11.2015, em: <http://www.expresso.pt>.
- Portal da Saúde (2011). Relatório da Situação. Acedido em 27.10.2015. <http://www.portaldasaude.pt>.
- Revista Jurídico (2015). Acedido em 19.10.2015. <http://www.ambitojuridico.com.br>.
- Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. Procedimento 100/2013. Acedido em 23.11.2015. <https://www.catalogo.min-saude.pt>
- TEIXEIRA, A. e Albuquerque, R. (2005). Active civic participation of immigrants in Portugal. Country report prepared for the European research project POLITIS, University of Oldenburg. Acedido em 23.09.2016, em: www.uni-oldenburg.de/politis-europe.
- World Health Organization (2015). Acedido em 27.11.2015, em: <http://www.who.int/en/>.