

CUSTO DO TRATAMENTO DO CANCRO EM PORTUGAL

António ARAÚJO, Fernando BARATA, Sérgio BARROSO, Paulo CORTES, Margarida DAMASCENO, António PARREIRA, Jorge ESPÍRITO SANTO, Encarnação TEIXEIRA, Ricardo PEREIRA

RESUMO

Introdução: O cancro é a segunda maior causa de morte em Portugal, logo a seguir às doenças cardiovasculares (DCV), e o seu peso percentual no total de mortes revela um aumento constante e progressivo. Em Portugal, tal como na generalidade dos países, o orçamento para a saúde sofre constantes pressões de contenção. Neste contexto, é necessário verificar se estão a ser afectados os recursos necessários para a doença em termos de despesas de saúde.

O principal objectivo deste estudo é o de realizar uma estimativa do custo do tratamento do cancro em Portugal e compará-lo aos valores dedicados a este fim na Europa e Estados Unidos da América (EUA) e aos valores dedicados ao tratamento das DCV. Como objectivo secundário pretende-se avaliar o custo dos medicamentos utilizados no tratamento do cancro em Portugal, relativamente ao gasto total em medicamentos e a outras áreas de despesa em saúde.

Métodos: Este estudo recorreu a três principais fontes de informação: revisão da literatura pertinente, fontes primárias e secundárias, e um Painel Delphi modificado, que foi usado para preencher as lacunas de informação identificadas nos dados e na revisão da literatura. O indicador utilizado para determinar a carga da doença (*Burden of Disease-BoD*) foi o *Disability-adjusted life-year* (DALY) e, para se determinar os custos do tratamento do cancro, recorreu-se a informação detalhada relativa a 2006 sobre custos de consultas médicas e episódios de internamento com base nos *Grupos de Diagnósticos Homogêneos (GDHs)*. Para estimar o custo total do cancro, utilizou-se uma combinação de metodologias *top down* (com base em dados referentes à despesa total, repartidos entre níveis específicos) e *bottom up* (com base na soma de diferentes componentes de despesa). **Resultados:** Baseado em dados de 2006 constatou-se que foram gastos 565 milhões de € em termos de gastos directos com o tratamento do cancro em Portugal e 1.320 milhões de € nas DCV o que representa 3,91% e 9,14% dos gastos totais na saúde, respectivamente. Ao dividirmos os gastos totais em medicamentos por área terapêutica, os medicamentos para as DCV representaram cerca de 21,6% dos gastos totais em medicamentos e para o cancro cerca de 5,6%. Os medicamentos oncológicos representaram 32% dos gastos totais relativos ao cancro, enquanto que os das DCV 54% do gasto total em DCV. Em comparação, no que toca às BoD em Portugal, 18,6% dos DALYs foram associados às DCV e 15,3% ao cancro.

Conclusão: Considerando a BoD entre as DCV e o cancro em Portugal, pode-se afirmar que os gastos com o tratamento do cancro em Portugal ficam aquém do que seria esperado. Usando o critério de despesa de acordo com as necessidades verificámos um diferencial entre despesa/BoD no cancro, dando a entender que o tratamento do cancro parece estar sub-financiado em Portugal. Embora este não deva ser o único critério a determinar o volume de despesa em determinada área terapêutica, o diferencial identificado neste estudo é suficientemente grande para merecer a atenção dos decisores.

A.A.: Serviço de Oncologia. Instituto Português de Oncologia. Porto
F.B.: Serviço de Pneumologia. Centro Hospitalar de Coimbra. Coimbra
S.B.: Serviço de Oncologia. Hospital do Espírito Santo. Évora
P.C.: Serviço de Oncologia. Hospital de Santa Maria. Lisboa
M.D.: Serviço de Oncologia. Hospital de São João. Porto
A.P.: Departamento de Hematologia. Instituto Português de Oncologia. Lisboa
J.E.S.: Serviço de Oncologia. Hospital de Nossa Senhora do Rosário. Barreiro
E.T.: Serviço de Pneumologia, Hospital de Santa Maria. Lisboa
R.P.: IMS Health Portugal, HEOR

© 2009 CELOM

SUMMARY

COST OF CANCER CARE IN PORTUGAL

Introduction: Cancer is the second most important cause of death in Portugal, following cardiovascular diseases (CVD), and shows a constant progressive increase in the proportional share of total deaths. In Portugal, as in most countries, the health care budget is under constant cost-containment pressures. In this context it is necessary to verify if enough resources have been allocated to the disease in terms of health care expenditure.

The main objective of this study is to estimate the cost of cancer care in Portugal and to compare it to similar data in Europe and the United States of America (USA), to the cost of CVD. The secondary objective is to evaluate the cost of pharmaceuticals used in the treatment of cancer in Portugal, both in relation to total pharmaceutical expenditure and to other therapeutic areas.

Methods: Three main sources of information were used: comprehensive literature review, primary and secondary data sources, and a modified Delphi Panel, which was used to fill in gaps in the information derived from the data sources and the literature review. The burden of cancer was measured through the *Disability-adjusted life-year* (DALY) and, in order to determine the costs of cancer, detailed information on the costs of medical visits and of inpatient episodes based on Diagnosis Related Groups (DRG), in 2006, was used. To estimate the total cost of cancer, we used a combination of top down (breaking global expenditure data to specific levels) and bottom up methodology (based on the sum of different components).

Results: Based on 2006 data on direct medical care expenditures in Portugal, we found that 565 million € were spent on cancer in comparison to 1 320 million on CVD representing 3.91% and 9.14% of total cost on health respectively. When we break down total expenditure on drugs by therapeutic area we find that CVD drugs represent about 21.6% of total drug costs in Portugal and cancer drugs represent about 5.6% of the total. Oncology drugs represent 32% of the total expenditure on cancer, while CVD drugs represent 54% of the total expenditure on CVD. In comparison, in terms of BoD in Portugal, 18.6% of DALY's were associated with CVD and 15.3% with cancer.

Conclusion: Considering the burden of disease (BoD) of CVD and cancer in Portugal, we can state that the expenditure allocated to cancer is significantly lower than expected. Using the criterion of expenditure according to need, we observed that there is an imbalance of expense/BoD in oncology indicating that cancer seems to be underfunded in Portugal. Even considering that this shouldn't be the only criterion to determine the volume of expense in a certain therapeutic area, the differential observed in this study is sufficiently high to deserve attention from the decision-makers.

INTRODUÇÃO

Durante o século XX, a esperança média de vida à nascença, em Portugal, praticamente duplicou, tanto nas mulheres (40,0 anos em 1920, 79,7 anos em 2000) como nos homens (35,8 anos em 1920, 72,6 anos em 2000). Esta tendência continuou a desenvolver-se a partir de meados dos anos 80, fazendo com que a esperança média de vida portuguesa convergisse com a média da UE. Em 2005, a esperança média de vida em Portugal à nascença era de 78,2 anos, enquanto na Europa dos 15 era de 78,8 anos¹. As melhorias no estado de saúde da população portuguesa parecem estar ligadas ao aumento de recursos humanos,

materiais e financeiros dedicados aos cuidados de saúde, assim como à melhoria generalizada das condições socioeconómicas da população¹. Em Portugal, tal como noutros países europeus, o orçamento do sector público em geral – incluindo o orçamento para a saúde – está sujeito a contenção. Neste momento existem várias alterações no sector da saúde em Portugal, com grande incidência no sector do medicamento, como por exemplo, redimensionamento das embalagens de medicamentos, redução de preço dos medicamentos, alterações nos direitos de propriedade farmacêutica, legislação aprovada para a comercialização de produtos farmacêuticos sem prescrição fora das farmácias, prescrições de acordo com a DCI/INN, preços de refe-

rência, alterações na gestão das infra-estruturas de saúde pública, incentivos aos genéricos, alterações dos níveis de participações do estado e por diante, restrição do acesso aos médicos pela indústria farmacêutica para fins promocionais. A situação causada pelas alterações demográficas e a elevada prevalência de determinadas patologias, associadas ao acréscimo na utilização de novas tecnologias e medicamentos, coloca os *decisores* numa posição onde é necessário definir prioridades.

Na actualidade, o cancro é a segunda maior causa de morte em Portugal, logo a seguir às doenças cardiovasculares (DCV), e o seu peso percentual no total de mortes revela um aumento constante e progressivo². De acordo com dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), pode-se dizer que a mortalidade por cancro em Portugal estabilizou em 2,1% por mil habitantes. Na última década, as duas principais causas de morte demonstraram tendências divergentes: enquanto as mortes por cancro têm vindo a aumentar, as mortes causadas por DCV diminuíram.

O Ministério da Saúde invoca a ideia – no *Plano Nacional de Saúde 2004-2010* (PNS-2004-10) – que se os indicadores de saúde Portugueses forem comparados com os *melhores* países da UE, é possível reduzir a mortalidade prematura masculina em 38% e a feminina em 10%². O mesmo documento também considerou o cancro como uma das principais prioridades na saúde.

Em 2006, estimou-se existirem na Europa 3.191.600 casos de cancro diagnosticados (excluindo o cancro de pele não-melanoma) e 1.703.000 mortes atribuíveis à doença³. Os tipos mais comuns de cancro foram o cancro da mama (13,5%), o cancro colorectal (12,9%) e o cancro do pulmão (12,1%). Entre as causas de morte oncológicas, a causa mais comum foi o cancro de pulmão, seguida do cancro colorectal e do cancro do estômago³. Verificou-se também um aumento significativo da incidência global de cancro. Como exemplo, durante o período de 1963-1997 houve um aumento na ordem de 50% (excluindo o cancro de pele não-melanoma)⁷. Estes dados colocam o cancro como um importante problema de saúde pública na Europa. Mais ainda, numa população europeia em envelhecimento, muito provavelmente haverá um aumento destes números^{3,4}.

A carga da doença oncológica entre os diferentes países está ligada à incidência, à prevalência e à mortalidade de indivíduos com cancro⁴. Em Portugal, a taxa de mortalidade estabilizou em cerca de 10 mortes/10³. Em 2005, foram registadas 107.839 mortes na população residente, sendo 23.232 associadas ao cancro (21,5%)⁵. Em termos comparativos, é interessante referir que, no mesmo ano, as mortes derivadas de acidentes de viação foram cerca

de 1.100; e que o cancro foi apenas suplantado pelas DCV (34%) como a maior causa de morte em Portugal.

Relativamente à incidência de cancro, de acordo com dados recentemente publicados, a taxa de incidência padronizada pela idade em Portugal é de 428:100.000 nos homens e 289:100.000 nas mulheres³.

Dada a importância atribuída à área oncológica no PNS 2004-10, é necessário verificar se têm sido afectados ao tratamento do cancro recursos financeiros que estejam em sintonia com o peso da doença. No contexto actual, onde os gastos nos medicamentos continuam a aumentar e os recursos disponíveis para financiar novas terapias são limitados, existe uma necessidade de se realizar um estudo no contexto português acerca dos custos do tratamento do cancro e, especificamente, do custo dos medicamentos usados para tratar a doença. Tal estudo é crucial para a tomada de decisão informada e fundamentada no que toca à afectação de fundos do orçamento da saúde para a área de oncologia.

De acordo com os dados do IMS de 2006, foram gastos 3.284 milhões de € em medicamentos (mercado hospitalar e ambulatório) representando cerca de 22,7% da despesa total em saúde (14.450 milhões de € – 9,7% PIB).

O objectivo deste estudo é o de estimar o custo do tratamento do cancro em Portugal e compará-lo, por um lado, aos valores dedicados a este fim na Europa e Estados Unidos da América (EUA) e, por outro lado, aos valores dedicados ao tratamento das DCV. O objectivo secundário do estudo é avaliar o custo dos medicamentos utilizados no tratamento do cancro em Portugal, tanto em relação ao gasto total em medicamentos como em relação a outras áreas de despesa em saúde.

MATERIALE MÉTODOS

Este estudo centra-se nos custos directos associados ao tratamento do cancro, onde os custos directos se referem aos recursos destinados à prevenção, detecção, tratamento, etc.

Pretendemos obter o custo do cancro repartindo-o pelas seguintes componentes: hospitalização, cuidados ambulatórios e tratamento farmacológico. Para além dos dados epidemiológicos sobre incidência e prevalência, os indicadores da carga da doença são um importante complemento para os *decisores* na área da saúde⁴. Assim, e para contextualizar as estimativas, também medimos a carga da doença oncológica através de um dos indicadores de carga de doença mais habitualmente utilizados – o *Disability-adjusted life-year* (DALY), desenvolvido pelo Banco Mundial e pela Organização Mundial de Saúde

(OMS)⁴. O DALY e os seus componentes, os anos de vida perdidos devido a mortalidade prematura e o número de anos vividos com incapacidade, são instrumentos de avaliação do impacto da doença na saúde do indivíduo. É considerado como um instrumento de avaliação sumário, que combina a avaliação do impacto da enfermidade, a incapacidade e a mortalidade sobre uma determinada população, assim como a sua prevalência.

Para estimar o custo total do cancro, utilizamos uma combinação de metodologias *top down* e *bottom up*. A metodologia *top down* baseia-se em dados referentes à despesa total, repartidos entre níveis específicos e a *bottom up* baseia-se na soma de diferentes componentes de despesa de forma a estimar-se um valor total.

Em Portugal, existem poucos dados disponíveis sobre custos para determinar o custo real do cancro, portanto, utilizámos três principais fontes de informação: a) fontes primárias e secundárias, tais como a base de dados Grupos de Diagnóstico Homogéneos (GDH) e bases de dados IMS, b) uma revisão da literatura pertinente e c) um Painel Delphi modificado que foi usado para preencher algumas lacunas de informação identificadas nos dados primários e secundários e na revisão da literatura.

Revisão da Literatura

De forma a determinar a carga da doença oncológica em Portugal, foi desenvolvida uma exaustiva revisão da literatura relativamente à mortalidade, DALYs e custos associados ao cancro.

Relativamente aos custos do cancro, recorreu-se a informação detalhada relativa a 2006 sobre custos de consultas médicas e episódios de internamento com base nos GDH. Os custos associados às DCV em Portugal foram também determinados com recurso aos GDHs, consultas médicas e consumo de medicamentos (Dados da IMS).

A revisão da literatura incluiu também uma pesquisa em bases de dados disponíveis tais como: Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), INFARMED, Organização Mundial de Saúde, INE, Observatório Nacional dos Sistemas de Saúde (ONSA), Direcção Geral de Saúde, Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Económico (OCDE), Direcção Geral de Viação (DGV), Globocan 2002, MedLine. Para além das bases de dados externas mencionadas, várias bases internas da IMS foram também analisadas, nomeadamente: IMS LifeCycle, IMS MIDAS, IMS Knowledge Link.

Foi dada prioridade aos dados oficiais portugueses. Quando não existiam dados oficiais portugueses disponíveis, recorreu-se a dados internacionais da OMS e OCDE. Os dados utilizados foram sempre os publicados mais recentemente.

Método Delphi

Quando não existiam dados disponíveis referentes à despesa com o cancro, e à sua distribuição entre vários níveis (hospitalizações, cuidados ambulatoriais, medicamentos oncológicos e medicamentos para cuidados paliativos), recorreu-se ao método Delphi. Este método foi utilizado para: potenciar a informação a partir da revisão da literatura e análises a bases de dados já realizadas; adequar todos os argumentos para maximizar o alcance dos objectivos previamente definidos e sublinhar importantes questões e temas não respondidos pela revisão efectuada previamente.

O método Delphi baseia-se num processo estruturado para reunir e apurar conhecimentos a partir de um grupo de peritos através de um série de questionários. Quando combinado com o *feedback* de opinião controlada permite um consenso objectivo das avaliações dos peritos sobre o objecto do estudo. Este método tem sido utilizado com sucesso para avaliar e combinar as opiniões dos peritos e é considerado como um meio eficaz para reunir e analisar grupos de consenso em cuidados de saúde.

No nosso estudo os indivíduos envolvidos foram nove oncologistas, seis farmacêuticos hospitalares e quatro administradores hospitalares. Em termos geográficos, os oncologistas representam as principais zonas do país e a maior parte dos grandes centros hospitalares onde é feito o tratamento da doença oncológica. Os farmacêuticos hospitalares representam principalmente a região Centro de Portugal e são oriundos de quatro hospitais diferentes, desenvolvendo todos eles actividades na área oncológica. Relativamente aos administradores hospitalares, dois dos peritos pertencem ao maior hospital do país e os outros dois estão afectos a uma Administração Regional de Saúde com trabalho já desenvolvido em hospitais de tratamento do cancro.

As sessões Delphi foram desenvolvidas em encontros *head-to-head* com duas rondas, com base num questionário e com discussão de resultados, sempre que os peritos considerassem necessário. Este método é por vezes referido como Painel Delphi modificado. Os oncologistas estiveram todos presentes numa sessão e os farmacêuticos e administradores hospitalares foram entrevistados em 6 sessões separadas.

RESULTADOS

Carga da doença (BoD)

No quadro 1 podemos observar o número e a proporção de DALYs perdidos pelos maiores grupos de doença na UE25, UE15 e EUA/Canadá⁴. Como podemos observar

Quadro 1 – Cinco maiores grupos de doenças em termos de BoD na UE25, UE15 e EUA/Canadá

	UE 25		UE 15		Estados Unidos e Canadá	
	Total DALYs	%	Total DALYs	%	Total DALYs	%
Todos os grupos de doença	58 807 846	100,0	47 092 868	100,0	45 213 504	100,0
Doença Mental	14 857 720	25,3	12 379 282	26,3	13 484 719	29,8
Doença Cardiovascular	10 088 093	17,1	7 637 493	16,2	6 616 765	14,6
Cancro	9 839 035	16,7	7 989 864	16,9	5 658 112	12,5
Traumatismos	5 099 011	8,7	3 644 620	7,7	4 338 436	9,6
Doença Respiratória	3 523 243	5,9	3 167 675	6,7	3 167 067	7,0

Fonte: JONSSON B., WILKING N.: The burden and cost of cancer; Annals of Oncology 18: Supplement 3: ii8-ii22, 2007

na tabela, o cancro é a terceira causa de DALYs perdidos na UE25 (segunda causa se considerarmos a UE15) e nos EUA/Canadá, sendo apenas suplantado pelas doenças mentais e DCV.

Quando analisamos os dados específicos referentes a Portugal, a distribuição de DALYs perdidos devido às DCV, doenças mentais e cancro são os apresentados no quadro 2. Os acidentes de viação foram incluídos na análise porque foram considerados um importante comparador fora da área dos cuidados de saúde. O número de DALYs perdidos devido a tais acidentes perfaz cerca de 20% daqueles que são perdidos devido ao cancro.

Como complemento à informação apresentada no Quadro 2 existem dados do PNS 2004-10 relativamente aos *anos de vida potencial perdida* (AVPP) (Quadro 3). A partir destes dados podemos verificar que na projecção desenvolvida pelo Ministério da Saúde, a taxa de AVPP devido ao cancro irá aumentar em 2010, o que contrasta com as estimativas relativas às DCV, o mesmo se passando relativamente ao total de AVPP. Assim, o cancro representou em 2002 cerca de 23% do total de AVPP em Portugal, enquanto que as DCV representaram 14%. As projecções para 2010 demonstraram que os AVPP associados ao cancro iriam representar o dobro dos AVPP perdidos devido às DCV. O total de AVPP previstos para 2010 irá decair 3%,

enquanto os AVPP associados às DCV irão decair 8%, considerando os valores de base apresentados para 2002. Por outro lado, os valores projectados para o cancro representam um aumento em cerca de 3% na sua carga (em termos absolutos e relativos).

Devemos também referir que os AVPP são uma componente dos DALYs, sendo também um importante indicador de caracterização de doenças. Podemos então dizer que em 2010, por cada AVPP associado às DCV, o Ministério da Saúde estima que 1.82 AVPP serão perdidos devido ao cancro.

Custo dos Cuidados de Saúde

Os custos com os cuidados de saúde são uma grande preocupação em praticamente todos os países. Aqui iremos comparar as diferentes despesas com o tratamento do cancro nos EUA, Europa e Portugal.

De acordo com o recente estudo Karolinska¹, contemplando os 19 países europeus presentes na OCDE, a despesa total em saúde calculada através das paridades do poder de compra foi de 844.800 milhões de €, ou de 1.872,1 € *per capita*. De acordo com os últimos dados da OCDE, nos países considerados (excepto a Hungria e Holanda porque não existiam dados disponíveis), a despesa de saúde foi, em média, 9,1% do PIB e a despesa média em saúde

Quadro 2 – DALYs perdidos em Portugal e nos EUA (Estimativas para 2002, calculadas a partir das bases de dados da OMS)

	DALYs perdidos (estimativas 2002)*					% DCV	% Cancro	População
	Mental	DCV	Cancro	Acidentes de Viação	Total			
Portugal	339 913,7	277 392,8	228 123,3	45 667,0	1 492 496,2	18,6	15,3	10 595 600,0
EUA	12 287 960	6 156 359	5 175 399	1 243 153	41 520 900	14,8	12,5	291 037 900,0

* Dados retirados da base de dados da OMS (adaptado)

Quadro 3 – Anos de vida potencial perdida em 2002 e projecção para 2010 para Portugal

Anos de vida potencial perdida (AVPP)*						
Idade	2002			Projecção 2010		
	DCV	Cancro	Todas as causas	DCV	Cancro	Todas as causas
<1	1.320,5	278,0	39.684,0	834,0	347,5	35.862,0
1-4	134,0	1.273,0	11.122,0	335,0	1.139,0	10.988,0
5-9	187,5	1.562,5	7.375,0	312,5	1.500,0	7.000,0
10-14	402,5	1.207,5	8.337,5	287,5	1.150,0	8.280,0
15-19	577,5	2.415,0	21.472,5	525,0	2.257,5	20.947,5
20-24	1.187,5	2.185,0	33.772,5	1.187,5	2.042,5	33.582,5
25-44	18.630,0	28.510,0	179.670,0	20.600,0	30.275,0	173.565,0
45-64	42.352,5	71.947,5	194.137,5	35.325,0	72.800,0	190.275,0
65 +	6.622,5	7.105,0	21.510,0	6.320,0	8.062,5	20.687,5
Total	71.414,5	116.483,5	517.081,5	65.726,5	119.574,0	501.187,5
%	13,81	22,53	100,0	13,11	23,86	100,0
Evolução 2002/2010				-7,96	2,65	-3,07

Plano Nacional de Saúde 2004-2010

per capita utilizando paridades do poder de compra foi de US\$ 2.839,9.

Nos EUA, a despesa total em saúde (2004) foi de 1.792 biliões \$ (15,3% do PIB), atingindo uma despesa *per capita* de 6.156,9 dólares².

Utilizando dados referentes a 2004, a despesa total em saúde em Portugal foi de 9,5% do PIB (13.591,4 milhões de €). A despesa *per capita* foi de 1.303,29 €. A despesa pública em saúde remontou a 73,2% do total da despesa em saúde (9.948,9 milhões de €), sendo 58,2% (7.911,7 milhões de €) financiada pelo Serviço Nacional de Saúde e o restante através de subsistemas públicos e deduções de impostos em despesas de saúde privadas. As despesas directas das famílias totalizaram 20,6% do total das despesas em saúde³.

Com as recentes medidas de contenção de despesa tem havido uma redução da taxa de crescimento do volume de despesa pública em 2003 e 2004, respectivamente de 6,6% e 6,0%. Por outro lado, em 2004, a despesa privada em saúde cresceu 7,9%⁹.

Os dados preliminares para 2005, que são os dados disponíveis mais recentes, sugerem que a despesa total em saúde foi de 9,7% do PIB (14.449,9 milhões de €). A despesa *per capita* foi de 1.369,74 €, 72% da qual foi referente a despesa pública⁴. De acordo com os últimos dados

da OCDE, a despesa total em saúde *per capita* em paridade do poder de compra é de US\$ 2.041.

Custos do Tratamento do Cancro

Alguns estudos disponíveis demonstram que os custos indirectos podem representar cerca de 70%-85% dos custos totais do cancro. Entretanto, espera-se que o montante atribuído aos custos directos do cancro possa aumentar dentro de um determinado tempo, à medida que as opções terapêuticas evoluem⁴.

Através duma pesquisa bibliográfica exaustiva encontramos vários estudos sobre custos ligados ao tratamento do cancro em diferentes países. No quadro 4 podemos observar os resultados obtidos através dos vários estudos publicados com base nos dados da OCDE para os custos do tratamento do cancro, utilizando paridades do poder de compra ajustadas aos preços de 2004⁸.

Nos EUA (2004), 4,7% do total dos custos médicos são com o cancro e a despesa em custos médicos directos do cancro foi de 69,4 biliões de dólares. Para destacar a tendência de crescimento no investimento no cancro nos EUA, estima-se que a despesa atribuída a custos oncológicos directos em 2006 seja de 78,2 biliões de dólares¹¹.

Ao analisar os dados presentes no Quadro 4, deve-se ter em conta que alguns dos estudos utilizaram dados

Quadro 4 – Custo do Tratamento do Cancro, PPC, 2004⁸

	Custo directo em cancro (milhões €)	Custo directo em cancro per capita	Custo do cancro em % relativa aos custos da saúde	Custo Total da saúde (milhões €)	População (2004)
Holanda ¹⁶	1 502	92	4,1	36 643	16 275 000
EUA ¹⁵	62 321	212	4,7	1 325 988	293 655 000
Hungria ¹⁶	495	49	5,0	9 897	10 107 000
Polónia ¹⁶	1 138	30	5,0	22 758	38 180 000
República Checa ¹⁶	514	50	5,0	10 287	10 211 000
Austrália ²¹	2 199	109	5,2	42 298	20 111 000
França ¹⁸	7 458	124	5,3	140 714	60 200 000
Alemanha ¹⁹	12 108	147	6,6	183 455	82 491 000
Canadá ²⁰	5 013	157	6,7	74 818	31 946 000
Suécia ²¹⁻²³	1 316	146	7,0	18 802	8 994 000
Japão ²⁴	19 750	155	9,3	212 370	127 687 000
Reino Unido ^{7,24}	10 823	182	10,6	102 100	59 554 000

Quadro 5 – Custo do Tratamento do Cancro em Portugal

	Custo directo em cancro (milhões €)	Custo directo em cancro per capita	Custo do cancro em % relativa aos custos da saúde	Custo Total da saúde (milhões €)	População (2007)
Portugal	565,03*	53,33	3,91	14 500**	10 595 600

* Dados de 2006 relativos a GDH's de internamento, quimioterapia, radioterapia e medicamentos

** Dados de 2005

antigos e isso numa área terapêutica como a oncologia, onde o número de procedimentos e medicamentos inovadores está constantemente a aumentar, e onde o aumento da prevalência é também um factor, é altamente recomendado que se utilizem dados mais actualizados por forma a obter uma visão mais precisa das tendências actuais.

Em Portugal, existem poucos dados disponíveis para determinar o custo real do cancro. Tendo isto em mente utilizou-se o número de episódios de internamento (tal como referenciado pelos respectivos GDHs) e o número de consultas médicas para determinar o custo do cancro. Em acréscimo, também foi considerado o custo dos medicamentos (fora dos hospitais).

Tendo em conta os dados disponíveis, podemos observar no Quadro 5 a distribuição do custo do tratamento do cancro em Portugal. A partir deste quadro podemos constatar que o custo directo do tratamento do cancro representa 3,91% da despesa total em saúde e que isso representa cerca de 53 € per capita.

Estes valores provêm dos dados e fontes apresentados no Quadro 6. Estes dados representam a soma da despesa oncológica de GDHs em 2006, despesas em Quimioterapia e Radioterapia em 2006, e a despesa em medicamentos oncológicos fora do ambiente hospitalar (medicamentos comprados em farmácias) assim como as despesas em consultas médicas.

Custo das Doenças Cardiovasculares

As doenças cardiovasculares são vistas com a maior causa de incapacidade e morbilidade e a maior causa de morte e morte prematura para os cidadãos da UE¹². Num recente estudo que englobou a Europa dos 25 (dados de 2003), estimou-se que os custos directos de cuidados de saúde associados às doenças cardiovasculares atingissem 104.780 milhões de €, perfazendo cerca de 12% do total da despesa em saúde na Europa dos 25¹².

No estudo mencionado, 8% de toda a despesa de saúde portuguesa recaiu sobre doenças cardiovascu-

Quadro 6 – Custo do Tratamento do Cancro em Portugal (dados e fontes)

Preço de GDH oncológicos (2006)*	313 792 774 €
Custo de Quimioterapia (doente internado) (2006)*	17 365 170 €
Custo da radioterapia (2006)	75 034 009 €
Preço de hospital de dia quimioterapia (2006)*	125 882 086 €
Consultas médicas **	29 460 463 €
Custo de medicamentos oncológicos – farmácia de oficina (2006)	3 500 000 €
Total	565 034 503 €
% relativo ao custo total da saúde	3.91 %

Fontes: Dados da ACSS 2006²⁵; IMS Health, 2006²⁶; Estatísticas do Movimento Assistencial do SNS, 2005²⁷; Relatório de Retorno Nacional, 2006²⁸; Portaria nº 110A/2007

* Despesa em medicamentos está incluída nestes GDHs

** Custo de consultas retirado da Contabilidade Analítica dos Hospitais SNS, 2006; 123,74 € para oncologia e 51,93 € para radioterapia

lares. Este valor está em concordância com as nossas estimativas (no Quadro 7), baseadas na ACSS (Administração Central do Sistema de Saúde) onde os GDHs (2006) para as DCV contabilizaram 442 milhões de €, o custo de consultas médicas remontou a 190 milhões de € e o custo de medicamentos no mercado ambulatorio perfaz 690 milhões de €.

Quadro 7 – Custo do Tratamento das DCV em Portugal (dados e fontes)

Preço de GDH DCV (2006)*	441 646 454 €
Custo de medicamentos para DCV – ambulatorio (2006)	688 087 851 €
Consultas médicas – Públicas**	156 672 596 €
Consultas médicas – Privadas***	33 908 273 €
Total	1 320 315 173 €
% relativo ao custo total da saúde	9.14 %

Fonte: Dados da ACSS 2006²⁵; IMS Health 2006²⁶; Relatório de Retorno Nacional, 2006²⁸; Portaria nº 110A/2007

* Despesa em medicamentos está incluída nestes GDHs

** Custo de consultas retirado da Contabilidade Analítica dos Hospitais SNS, 2006; valor ponderado, 76,84 €

*** Consultas médicas retiradas do Relatório da Comissão de Sustentabilidade do SNS²⁹; preço por consulta utilizado 65 €

Nos EUA, de acordo com as *Heart disease and stroke statistics – 2007 update*¹³, as estimativas relativas aos custos directos das DCV para 2007 são na ordem dos 283.200 milhões \$, o que equivale a 973 \$ *per capita*.

Custo dos Medicamentos

Quando se calculam os custos totais em medicamentos por área terapêutica verifica-se que os medicamentos para doenças cardiovasculares representam cerca de 21,6% do custo total de medicamentos e que os medicamentos para o cancro representam cerca de 5,6% da despesa total de medicamentos de 2006 (Dados do IMS referentes a 2006).

Considerando o custo total do cancro, podemos dizer que os medicamentos para o cancro representam 32% da despesa total do tratamento do cancro; por outro lado, os medicamentos para as DCV representam 54% da despesa total do tratamento das DCV. Na Europa, em 2004, estimou-se que a despesa total em medicamentos oncológicos representava cerca de 5% da despesa total em medicamentos⁴.

Convém salientar que a despesa *per capita* em medicamentos para o cancro em Portugal é inferior à observada na UE.

Os resultados provenientes do Painel Delphi relativamente ao custo dos medicamentos são semelhantes aos mencionados previamente: 38% para medicamentos oncológicos e 52% para medicamentos de DCV. Para além disso, os peritos consideraram que 26% da despesa total em medicamentos para o tratamento do cancro recaiu sobre medicamentos para cuidados paliativos ou de suporte.

Custo das Hospitalizações de Cancro e tratamento Ambulatorio

Existem duas grandes áreas de custos de tratamento de cancro: os associados às hospitalizações e os associados ao tratamento ambulatorio. De acordo com dados referentes ao custo do cancro podemos estimar que quase 60% dos custos recaem sobre as hospitalizações, sendo que 37% são atribuídos ao tratamento ambulatorio.

DISCUSSÃO

Apesar de tanto na Europa como em Portugal o cancro ser uma forte preocupação em termos de mortalidade e morbidade, os resultados do nosso estudo indicam que a proporção da despesa de saúde com o tratamento do cancro é inferior à proporção da respectiva carga da doença. Este estudo revelou ainda que a despesa com as DCV é duas vezes superior à do cancro numa situação em que a carga da doença é semelhante.

Para além do montante dispendido no cancro (como % do custo da saúde) em Portugal é muito inferior ao que podemos encontrar noutros países da UE. O custo do tratamento do cancro atingiu 565 milhões € (custos médicos directos), que correspondem a 53,33 € *per capita*. Os valores *per capita* para Portugal são apenas comparáveis aos dos países recém integrados na UE como é o caso da República Checa, Hungria e Polónia.

Apesar dos medicamentos serem um dos principais custos directos na saúde em Portugal, os resultados obtidos demonstram que na despesa total em medicamentos, os medicamentos específicos para o cancro não são a principal razão destes custos. Ao realizar-se a repartição dos custos totais dos medicamentos por área terapêutica, constatamos que os medicamentos para as DCV representam cerca de 21,6% da despesa total em medicamentos, enquanto que os medicamentos para o cancro apenas representaram 5,6%.

Para além disso, se compararmos a proporção dispendida com os medicamentos oncológicos e das DCV em relação ao custo total das respectivas doenças, verificamos que, embora os medicamentos oncológicos representem uma parte importante dos custos do cancro, o seu peso não ultrapassa os 34% dos custos totais da doença, enquanto que os medicamentos para as DCV representam 60% da despesa total das DCV. O Painel Delphi obteve resultados semelhantes; realizaram-se estimativas dos custos do cancro divididas entre medicamentos, hospitalizações e tratamento ambulatorio, verificando-se que os maiores custos são referentes aos medicamentos específicos para o cancro, seguidos das hospitalizações, dos medicamentos para cuidados paliativos e, finalmente, o tratamento ambulatorio.

Todos os indicadores de carga da doença (BoD) apresentados, DALY e AVPP, demonstram que, na actualidade, a carga do cancro é semelhante à carga das DCV e que, no futuro, o cancro tenderá a ter uma carga de doença superior às DCV. Ao considerarmos os anos de vida potencial perdida (AVPP) podemos verificar que, de acordo com os dados do Ministério da Saúde, o cancro representou em 2002 cerca de 23% do total de AVPP em Portugal, enquanto as DCV representaram 14%. As projecções para 2010 demonstraram que os AVPP associados ao cancro iriam representar o dobro dos AVPP perdidos devido às DCV.

Um outro factor que poderá parecer surpreendente é que na UE-15 e em grande parte dos países desenvolvidos, os DALYs perdidos devido ao cancro são superiores aos DALYs perdidos devido às DCV, enquanto nos países recém integrados na UE (países da Europa de leste), os DALYs das DCV são ainda superiores aos do cancro. Isto

pode ser explicado pelo baixo investimento na saúde nestes países durante vários anos, sem campanhas de prevenção adequadas para as DCV, e também por uma possível falta de registo das ocorrências de cancro.

Considerando a carga das DCV e do cancro em Portugal, e o impacto dos custos médicos directos dos dois grupos de patologias, e tendo em conta que a despesa alocada ao cancro é significativamente mais baixa que a carga da doença oncológica, parece razoável sugerir que o cancro em Portugal parece não ser suficientemente financiado. Tendo em consciência que os critérios de distribuição de recursos não correspondem na totalidade à carga da doença, é razoável sugerir, de acordo com a situação já descrita, que o cancro não recebe o financiamento adequado em Portugal. Embora este não deva ser o único critério a determinar o volume de despesa em determinada área terapêutica, o diferencial identificado neste estudo é suficientemente grande para merecer a atenção dos decisores.

Enquanto que os tratamentos e procedimentos para as DCV estão actualmente desenvolvidos, e não existem grandes inovações em termos terapêuticos para esta área, no que concerne ao cancro o paradigma é totalmente diferente, visto que novos procedimentos de diagnóstico e tratamento ainda estão a ser implementados, regimes inovadores estão a ser desenvolvidos e onde ainda existem muitas necessidades médicas por cobrir.

De acordo com os dados disponíveis, quando comparamos a carga de doença oncológica e outras áreas fora da área dos cuidados de saúde como os acidentes de viação, também verificamos que existem grandes diferenças em termos de DALYs perdidos e recursos que são atribuídos a cada área. Tal como mencionámos anteriormente, os DALYs perdidos devido a acidentes de viação representam cerca de 20% dos que estão associados ao cancro.

Entre das limitações do estudo, devemos mencionar que alguns dos estudos desenvolvidos noutros países da UE utilizaram dados mais antigos, sendo portanto difícil fazer uma comparação entre países numa área terapêutica como a oncologia, em que o número de novos procedimentos e medicamentos está a aumentar e em que o aumento da prevalência é também um factor, recomenda-se uma análise mais actualizada de maneira a obter uma imagem mais precisa das tendências actuais.

Devemos também mencionar que a quantificação dos custos através dos GDHs utilizados neste estudo, apresentam algumas limitações porque em alguns casos estes não são ajustados à realidade e procedimentos actuais. Na definição de GDHs podemos constatar que cada GDH possui

um preço total por cada procedimento, incluindo uma diversidade de custos associados (incluindo medicação) sem considerar o consumo específico do doente durante o seu internamento. Não obstante, os GDHs são os únicos dados disponíveis em Portugal relativamente à utilização de procedimentos hospitalares específicos.

Os dados referentes aos consumos para cada GDH relativos ao cancro e às DCV foram obtidos através da ACSS logo, podemos inferir que os consumos relativos aos cuidados prestados em hospitais fora do SNS não estarão contabilizados. Tal facto poderá sobrevalorizar o impacto do cancro face às DCV na medida em que se considera que os recursos gastos para o cancro são na sua grande maioria efectuados no Sistema Nacional de Saúde (SNS), enquanto que relativamente às DCV tal poderá não acontecer, existindo uma maior solicitação do sector privado.

Relativamente ao número de DALYs perdidos (carga da doença) em Portugal, conseguimos verificar que 18,6% dos DALYs foram associados às DCV e 15,3% foram atribuídos ao cancro. Estes valores alteraram-se certamente nos últimos anos e isto pode ser considerado como uma limitação ao estudo, subestimando a carga da doença oncológica. Ao analisar DALYs devemos considerar que as bases de dados disponíveis e consultadas são as estimativas para 2002. Desde então, a mortalidade derivada das DCV em Portugal diminuiu e a mortalidade derivada do cancro aumentou, alterando os cenários actuais em termos de carga da doença. Este factor associado ao aumento da prevalência do cancro e ao envelhecimento da população irá determinar um aumento em DALYs para o cancro comparativamente às DCV.

CONCLUSÃO

No contexto actual em que a despesa em medicamentos continua a aumentar e os recursos disponíveis para financiar novas terapias são limitados, é crucial tomar decisões fundamentadas acerca do valor real dos tratamentos oncológicos em termos de benefícios para a saúde e custos e poupanças para o SNS. Para este fim, será eventualmente necessário realizar outros estudos, focados nos custos directos actuais do cancro no Sistema de Saúde Português.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a Anabela Sá, Helena Gervásio, João Pereira e J.L. Passos-Coelho todo o contributo prestado para a elaboração do artigo.

Conflito de interesses:

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente estudo.

Fontes de financiamento:

Este trabalho foi suportado por uma bolsa da Roche Farmacêutica.

BIBLIOGRAFIA

1. BARROS P, SIMÕES J: Portugal, Health System review. Health Systems in Transition 2007;9(5):1-12
2. Ministério da Saúde: Plano Nacional de Saúde 2004-2010
3. FERLAY J, AUTIER P, BONIOL M et al: Estimates of the cancer incidence and mortality in Europe in 2006. Ann Oncol 2007;18(3):581-592
4. JONSSON B, WILKING N: The Burden and cost of cancer. Ann Oncol 2007;18(Suppl 3):ii8-ii22
5. Instituto Nacional de Estatística: Boletim Nacional de Estatística, Maio 2007
6. HOLEY E, FEELEY J, DIXON J, WHITTAKER VJ: An exploration of the use of simple statistics to measure consensus and stability in Delphi Studies. BMC Med Res Methodol 2007;7:52
7. WILKING N, JONSSON B: A pan-European comparison regarding patient access to cancer drugs. Karolinska Institute 2005
8. Organisation for Economic Co-operation and development: Dados estatísticos para os custos do tratamento do cancro 2004
9. Instituto Nacional de Estatística: Anuário Estatístico de Portugal 2005;1
10. Instituto Nacional de Estatística: Conta Satélite da Saúde 2000-2005
11. REEDER C, GORDON D: Managing Oncology Costs. Am J Manag Care 2006; 12:S3-S16
12. LEAL J, LUENGO-FERNANDEZ R, GRAY A, PETERSEN S, RAYNER M: Economic Burden of cardiovascular disease in enlarged European Union. Eur Heart J 2006;27:1610-9
13. American Heart Association: Heart disease and stroke statistics. update – 2007
14. National Institute for Public Health and the Environment (RIVM): Cost of illness in the Netherlands. 2004; http://www.rivm.nl/kostenvanziekten/site_en/index.htm [Acedido em 15 de Julho de 2007]
15. Cancer Trends Progress Report – 2005 Update: Bethesda MD: National Cancer Institute. NIH, DHHS 2005
16. BOSANQUET N, ATTRIDGE J, SIKORA K: Can the new EU members catch up in cancer care? EuroHealth 2005;11(1):6-9
17. POLDER JJ, MEERDING WJ, BONNEAUX L, VAN DER MAAS PJ: A cross-national perspective on cost of illness: a comparison of studies from The Netherlands, Australia, Canada, Germany, United Kingdom, Sweden. Eur J Health Econ 2005;6(3):223-232
18. Santé-Solidarités: Publications de la DREES. 2002 <http://www.sante.gouv.fr/hm/publication/> [Acedido em 15 de Julho de 2007]
19. Gesundheit-Krankheitskosten: 2002. Wiesbaden Germany: Statistisches Bundesamt 2004
20. Economic Burden of Illness in Canada: 1998. Health Canada 2002; www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ebic-femc98/pdf/ebic1998.pdf
21. JONSSON B, KARLSSON G: Economic evaluation of cancer treatments. In DomellofoL (ed): Drug Delivery in Cancer Treatment III. Berlin-Heidelberg, Germany: Springer-Verlag 1990

22. Center for Medical Technology Assessment: Cost of illness in the county of Ostergotland in 2002. CMT report
23. RAGNARSON TENNVALL G, KARLSSON G: Cancer treatment in Sweden – costs of drugs, inpatient and outpatient care from 1985 to 1996 and cost effectiveness of new drugs. Acta Oncol 1998;37(5):447-453
24. Cancer Statistics in Japan: '05, National medical care expenditure trends in Japan. (1977-2002) www.ncc.go.jp/en/statistics/2005/index.html [Acedido em 15 de Julho de 2007]
25. Dados da Administração Central do Sistema de Saúde 2006 (Data on File)
26. Dados da IMS Health 2006 (Data on File)
27. Estatísticas do Movimento Assistencial: Hospitais do SNS 2005 http://www.acss.min-Saude.pt/Portals/0/DownloadsPublicacoes/SNS/Info_Activid/SNSaúde.pdf [Acedido em 15 de Julho de 2007]
28. Sistema Classificação de Doentes em Grupos de Diagnósticos Homogéneos (GDH), Informação de Retorno 2006 http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/DownloadsPublicacoes/SNS/Info_Activid/Rel_Nacional_06.pdf [Acedido em 15 de Julho de 2007]
29. Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde, Relatório Final Fevereiro 2007



IPO, Porto