

o qual é equivalente ao preço do medicamento genérico mais elevado no Grupo Homogéneo (GH).

MÉTODOS: Foi constituída uma amostra composta por 15 GH, que incluiu dez substâncias activas. A unidade de observação foi o mês, tendo a análise decorrido entre Janeiro de 2000 e Dezembro de 2005, o que corresponde a 1080 observações. Foi adoptado o método do tipo «before-after». O impacto foi obtido pela comparação de preços e consumo antes e depois da reforma, controlando pela tendência temporal. Foi observado de que modo o impacto da reforma varia por GH e depende do escalão de comparticipação, do número de apresentações comercializadas de medicamentos genéricos e de marca, da diferença percentual entre o preço dos medicamentos de marca e o PR, e do tempo decorrido desde o termo da patente.

RESULTADOS: Foi observado que a reforma esteve associada ao decréscimo de 2,9% no preço médio dos medicamentos abrangidos. Este impacto foi diferenciado para os GH que integraram a amostra, tendo sido estatisticamente significativo apenas para os GH de omeprazol, ranitidina, sinvastatina e ticlopidina. Em presença do SPR, o aumento no número de apresentações de medicamentos genéricos, o tempo decorrido após o termo de patente, bem como o escalão de comparticipação, não exerceram impacto sobre a variação do preço dos medicamentos de marca. Foi observada uma redução de 9,7% na percentagem da diferença entre o preço dos medicamentos de marca e o PR, o que favoreceu uma aproximação entre o preço dos medicamentos de marca e o PR. Verificou-se um incremento no consumo dos medicamentos genéricos relativamente aos medicamentos de marca, associado à implementação do SPR. Esta variação é tanto maior quanto maior a diferença entre o preço dos medicamentos de marca e o PR, quanto mais elevado o preço dos medicamentos de marca, o escalão de comparticipação e o tempo decorrido após o termo de patente. Foi identificado um aumento do número de DDD consumidas, independente do SPR. A variação na despesa associada ao SPR não se apresentou estatisticamente significativa.

CONCLUSÕES: O SPR foi eficaz na redução do preço dos medicamentos de marca, a qual foi mediada pelo PR. Tal facto demonstra que a Indústria Farmacêutica é sensível ao encargo directo potencial a suportar pelo consumidor. A estabilidade na despesa em presença de um aumento do consumo sugere que a reforma contribuiu para a contenção da despesa farmacêutica.

C18 Health maximisation versus equality of treatment: what is the optimal trade-off from the general public's perspective?

Carlota Quintal^{1,2}

¹ Faculdade de Economia, Universidade de Coimbra, Portugal

² Centro de Estudos e Investigação em Saúde, Universidade de Coimbra, Portugal

OBJECTIVES: Priority setting and rationing decisions are ubiquitous features of health care policy making around the

world. This situation has led to a more open debate concerning the diverse criteria (of which health maximisation and equality of treatment are two examples) that may be employed in health care resource allocation decisions. At the same time there is a growing recognition that these decisions are as much about social value judgements as they are about getting the medical facts right. Thus, the purpose of the current work is to shed some light on public preferences regarding the trade-off between health maximisation and equality of treatment (across geographic areas).

METHODS: We developed a questionnaire which generated fourteen variables, measuring among other things the public support to the two criteria above identified as well as the trade-off between them. Person trade-off questions were used to assess the latter. The questionnaire was administered (method of delivery and collection) in two municipalities (Bragança and Coimbra). Two different localities were chosen in order to test for geographic variation in public preferences. Samples from both localities were defined by quotas based on the composition of local populations (age, sex and level of education). Overall 70 respondents (half from each municipality) self-completed the questionnaire. The methods include exploratory data analysis based on summary statistics and inductive statistical methods to test several hypotheses (e.g. evaluate the statistical significance of differences between samples).

RESULTS: Respondents agree or strongly agree that both criteria should be considered in resource allocation decisions: taking into account both samples, mean values range between 4.2 and 4.5, in which 1 represents strong disagreement and 5 represents strong agreement. Once respondents are asked to trade-off the two criteria, between 70 and 80 per cent of them are prepared to make trade-offs. Of those making trade-offs, most people are willing to forego between 10 and 30 per cent of total health gain to keep geographic equality of treatment in return. For one question, we obtained a median willingness to sacrifice health maximisation on behalf of geographic equality of treatment at 10% of total health gain, for both samples. For another question, this figure remained unchanged for sample 1 (Coimbra), while it increased to 25% for sample 2 (Bragança). There are nonetheless some respondents not willing to sacrifice one principle to the other. That is, some are not prepared to give up of any amount of health gain (not even 1%) to keep equality of treatment, while other respondents are not prepared to give up of equality of treatment even if this is obtained at a high cost in terms of health gain foregone. Considering both samples, the former group ranges between 8 and 30 per cent of respondents, while the latter group is less expressive ranging between 8 and 14 per cent of respondents.

CONCLUSIONS: Our results show that the general public supports the two principles addressed in this study and that people are willing to make trade-offs between them. Differences between samples are not sharp and globally they are not statistically significant. Given the recognised

relevance of these issues, further research is recommended in order to expand (namely in terms of regions and topics covered) the exploratory analysis reported here.

C19 Determinantes da aquisição e uso sustentado em oncologia da tecnologia PET — Positron Emission Tomography

Carlos Henriques Cardoso^{1,2}

¹ Faculdade de Engenharia, Universidade Católica Portuguesa, Portugal

² GITS — Gestão de Inovação Tecnológica, Portugal

OBJECTIVOS: Apresentar o projecto de pesquisa, em curso, de avaliação económica da aplicação da tecnologia PET na prática clínica oncológica. A PET é um poderoso instrumento da medicina molecular na detecção precoce do cancro. A investigação empírica em ambiente hospitalar, contempla a PET «corpo inteiro» (PET), iniciada aquando da sua introdução em Portugal (2002), e a PET «Partial Body» (PET-PB), não existente, ainda, no nosso sistema de saúde.

MÉTODOS: Utilizam-se modelos econométricos dedicados. Relacionam-se variáveis intrínsecas da tecnologia com variáveis de custos e benefícios da PET e do seu uso. A metodologia é específica para a PET e PET-PB, identificando-se variáveis de correlação. A avaliação PET incide nas análises financeira e custo-efectividade num Instituto Oncológico. Assenta numa base de dados real, criada com a identificação, medição e valorização de benefícios, clínicos e não clínicos, e de custos, directos e indirectos, da aquisição e utilização da PET. Nos *outputs* da CBA relevam custos de exames, médios e marginais, e simulações de rentabilidade em função de: «receita de GDH», «custo do radiofármaco» e «número de exames». Na CEA optou-se pela patologia do cancro do cólon e recto (25% do universo), calculando-se custos líquidos. A variação da esperança de vida deriva do estudo clínico «*Decision analysis for the cost effective management of recurrent colorectal cancer*», 2001, *Crump Institute*, EUA, estimando-se o *Incremental Cost-Effectiveness Ratio*, *ICER*, comparando estratégias clínicas PET com as de utilização de RM e TC. Adicionalmente, um modelo dedicado ensaia soluções PET, considerando a variável de decaimento radioactivo do radiofármaco num mercado competitivo. A avaliação da PET-PB acompanha o desenvolvimento, no Centro Investigação Medicina Nuclear, do protótipo topo de gama *ClearPEM*, para a detecção do cancro da mama. Um quadro simulador Monte Carlo dedicado indica já parâmetros de desempenho em exames muito superiores aos da PET: menor dose de radiofármaco, menor tempo de exame e informação diagnóstica e de monitorização terapêutica diferenciadas. Seguem-se ensaios de investigação animal e clínicos no HGO e na rede *Crystal Clear Collaboration* do CERN. Resultados dos ensaios clínicos permitirão criar cenários de transferência da *ClearPEM* para aplicação clínica no cancro da mama, com redução do

número actual de exames falsos positivos e negativos, trazendo-se em ganhos de saúde.

RESULTADOS: Destacam-se: 1. *ICER* de 20 115€/avg; 2. FDG (importado) representa mais de 50% na estrutura de custos sendo o principal determinante da rentabilidade; 3. aumento potencial da população coberta em 50% ou de diminuição da despesa do Estado até 25%, intervindo simultaneamente nas variáveis tecnológicas e económicas. **CONCLUSÕES:** 1. A introdução da nova tecnologia câmara PET está conforme aos parâmetros internacionais; 2. A avaliação do uso da PET mostra existir um elevado potencial de ganhos de eficiência. 3. Os resultados actuais do projecto já permitem orientar o investimento e uso inovador das tecnologias de ponta de medicina molecular; 4. A avaliação tecnológica/económica é um instrumento muito útil para a aplicabilidade clínica sustentada de tecnologias pesadas em saúde

C20 Situación del Sistema de Salud de Argentina

Daniel Vitali¹; Pablo Bennazar

¹ Universidad Nacional de La Plata, Argentina

El sistema de salud argentino está inmerso en una realidad compleja dada por un sistema conformado por tres subsectores: público, de la seguridad social y privado. La falta de coordinación entre los distintos subsectores y entre las distintas partes que intervienen en cada uno de éstos, no permite que se hable de la existencia de un sistema integrado. Cabe destacar una gran heterogeneidad en la cobertura y calidad de la atención. En el subsector estatal cada provincia tiene su propia asignación de presupuesto en salud. Las obras sociales provinciales poseen distintas reglamentaciones para cada jurisdicción lo que genera diferencias en el sector de la seguridad social y existe un desfase por los distintos niveles de salarios y los aportes por cápita, asimismo fueron afectadas por la desregulación y el traspaso de afiliados al sector privado atentando contra el carácter solidario del sistema. A su vez las prepagas, al ver incrementados sus costos, ajustan los planes y la calidad de las prestaciones en base a los coseguros o los distintos planes, seleccionando riesgos. Por lo expuesto entre otras razones, el sistema argentino presenta ineficiencia en la asignación de recursos, desigualdad en la cobertura y en el acceso a la atención que desemboca, inevitablemente, en inequidades.

En vista de los problemas mencionados, en el año 2004 se presentaron, con el esfuerzo mancomunado de las autoridades nacionales y provinciales de salud, las Bases del Plan Federal de Salud. Se establecieron propuestas y metas para poder mejorar el sistema de salud argentino a corto plazo, pero también con una visión puesta en el año 2015 junto a los compromisos de las Metas de Milenio.

Si bien se observa que se han implementado muchas de las medidas propuestas en el Plan Federal (descenso récord de la mortalidad infantil en la Argentina, los Programas Re-