

GRUPO TÉCNICO CONSULTIVO Acta nº 6

Aos 24 dias do mês de Junho de 2009, pelas 10.30 horas, reuniu na Direcção-Geral da Saúde, o Grupo Técnico Consultivo, constituído nos termos do artigo 22.º da Lei n.º 37/2007, de 14 de Agosto, com os seguintes Conselheiros:

- 1) Autoridade de Segurança Alimentar e Económica (ASAE), representada por Dr.^a Helena Sanches;
- 2) Agência para a Energia (ADENE), representada pela Dra. Ana Margarida Pinto;
- 3) Direcção-Geral das Alfândegas e Impostos Especiais sobre o Consumo (DGAIEC), representada por Dr. Alexandre Simões;
- 4) Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular (DGIDC), representada por Dr.^a Maria Isabel Baptista;
- 5) Direcção-Geral do Consumidor (DGC), representada por Eng.^a Fátima Santos;
- 6) Turismo de Portugal, I.P., representado pela Dra. Cecília Silveira;
- 7) Ordem dos Enfermeiros, representada pela Enf. Maria Helena Simões;
- 8) Ordem dos Farmacêuticos, representada pela Dra. Ana Beça;
- 9) UGT, representada por Dr.^a Maria Vieira;
- 10) SITESE – Sindicato dos Trabalhadores e Técnicos de Serviços, representado pelo Dr. Joaquim Luz;
- 11) União Humanitária dos Doentes com Cancro, representada por Dr. António Sampaio;
- 12) Associação Portuguesa de Centros Comerciais, representada por Dr. Pedro Teixeira;
- 13) Associação da Hotelaria, Restauração e Similares de Portugal (AHRESP), representada por Dr.^a Filomena Diegues;
- 14) Confederação Portuguesa de Prevenção do Tabagismo (COPPT), representada por Prof. Doutor Luís Rebelo;
- 15) Sociedade Portuguesa de Tabacologia, representada pelo Dr. José Reis Ferreira;
- 16) HR Centro - Associação dos Industriais de Hotelaria e Restauração do Centro, representada por Dr. Sousa Martins.
- 17) Administração Regional de Saúde do Norte (ARS Norte), representada por Dr. Sérgio Vinagre;
- 18) Administração Regional de Saúde do Centro (ARS Centro), representada pela Dra. Maria Manuel Açafrão;

Estiveram também presentes a Dr.^a Emília Nunes, Directora de Serviços de Promoção e Protecção da Saúde, a Dr.^a Nina de Sousa Santos, Chefe do Gabinete de Assuntos Jurídicos, Ética e Responsabilidade, a Enf.^a Andreia Silva, Chefe de Divisão de Estatísticas de Saúde, o Eng. Paulo Diegues, Chefe da Divisão de Saúde Ambiental e a Dr.^a Marina Ramos, chefe de serviço de Saúde Pública da Direcção-Geral da Saúde.

Foram igualmente convocadas, mas não compareceram as seguintes entidades:

- Autoridade para as Condições do Trabalho (ACT);



- Instituto do Desporto de Portugal (IDP)
- Instituto Português da Juventude
- Direcção-Geral do Ensino Superior
- Ordem dos Médicos
- Ordem dos Médicos Dentistas
- Ordem dos Engenheiros
- APIRAC
- APHORT - Associação Portuguesa de Hotelaria, Restauração e Turismo
- AIHSA - Associação de Indústria Hoteleira e Similares do Algarve
- Associação de Discotecas Nacional
- CGTP
- Administração Regional de Saúde do Algarve (ARS Algarve)
- Administração Regional de Saúde do Alentejo (ARS Alentejo)
- Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARS Lisboa e Vale do Tejo);
- Direcção Regional de Saúde da Madeira
- Direcção Regional de Prevenção e Combate às Dependências, da Secretaria Regional de Saúde dos Açores.
- Sindicato dos Trabalhadores da Indústria Hoteleira, Turismo, Restauração e Similares do Norte
- Associação de Bares da Zona Histórica do Porto.

A reunião foi presidida pelo Director-Geral da Saúde, Dr. Francisco George.

O **Director-Geral da Saúde** deu início à reunião agradecendo a presença de todos e informou a ordem de trabalhos previamente anunciada:

1. Informações
2. Proposta de apoio financeiro na aquisição de medicamentos para a cessação tabágica – Dra. Conceição Gomes
3. Grupo de Trabalho para analisar e avaliar a actuação da indústria do tabaco – ARS Norte - Dr. Sérgio Vinagre.
4. Conferência internacional sobre o impacto da política de impostos sobre o tabaco na Saúde Pública – DGS/Dra. Nina Sousa Santos
5. Tabaco: política fiscal e combate ao tráfico ilícito – DGAIEC/Dr. Alexandre Simões

6. INFOTABACO - Ponto de situação – DGS/Enf. Andreia Silva
7. Grupo de Trabalho para a fiscalização da Lei do Tabaco – ponto de situação – DGS/Dra. Nina de Sousa Santos

A Agência para a Energia (ADENE) pediu a palavra, que lhe foi concedida, para no âmbito do primeiro ponto da ordem de trabalhos dar informações, tendo esclarecido que desde Novembro foi disponibilizada uma nota técnica sobre a metodologia de auditoria à qualidade do ar interior que está disponível no site da Agência Portuguesa do Ambiente (<http://www.apambiente.pt/Paginas/default.aspx>) e no site da ADENE www.adene.pt, e se aplica na verificação dos requisitos de qualidade do ar interior que devem ser cumpridos pelos edifícios não residenciais, ficando absolutamente claro que o padrão de qualidade do ar interior tem que ser cumprido por todos.

Seguidamente interveio o representante da Associação dos Industriais de Hotelaria e Restauração do Centro para se apresentar, uma vez que é a primeira vez que participa nesta reunião.

O Dr. Luis Rebelo pediu então a palavra para informar que o Alto Comissariado da Saúde impossibilitou que as actividades do tabaco fossem objecto de financiamento face às prioridades definidas para este fim, mais salientando que a Direcção-Geral da Saúde só prevê o financiamento de actividades relacionadas com restaurantes, o que considera redutor do alcance da aplicação na nova lei de prevenção do tabagismo.

Foi então dada a palavra ao Dr. Sérgio Vinagre que salientou a importância de existir formação para médicos e profissionais de saúde que realizam consultas de cessação tabágica.

Passou-se então ao ponto 2 da ordem de trabalhos, convidando o Director-Geral da Saúde a Dra. Conceição Gomes para fazer a apresentação da proposta de apoio financeiro na aquisição de medicamentos para a cessação tabágica de acordo com os resultados do grupo de trabalho que coordenou. Anexa-se a apresentação à presente acta, para a qual se remete, considerando-se aqui reproduzido o seu conteúdo.

Passou-se depois ao ponto 3 da ordem de trabalhos, sendo proposta pelo Dr. Sérgio Vinagre a constituição de um grupo de trabalho para análise da Indústria Tabaqueira, tendo o Director-Geral solicitado que este assunto fosse abordado no final da reunião com a Dra. Emília Nunes e com a Dra. Nina de Sousa Santos.

Passou-se então ao ponto 4 da ordem de trabalhos, convidando o Director-Geral da Saúde a Dra. Nina de Sousa Santos para fazer a síntese da Conferência Internacional sobre o impacto da política de impostos sobre o tabaco na Saúde Pública que teve lugar em Atenas nos dias 28 e 29 de Maio. Anexa-se a apresentação à presente acta, para a qual se remete, considerando-se aqui reproduzido o seu conteúdo

Passou-se então ao ponto 5 da ordem de trabalhos, convidando o Director-Geral da Saúde o Dr. Alexandre Simões para fazer a apresentação sobre o trabalho da Direcção-Geral das Alfândegas e Impostos Especiais sobre o Consumo em matéria de política fiscal e combate ao tráfico ilícito do tabaco. Anexa-se a apresentação à presente acta, para a qual se remete, considerando-se aqui reproduzido o seu conteúdo

De seguida a Enf. Andreia Silva efectuou um breve ponto de situação sobre o trabalho em desenvolvimento pelo Infotabac, dando continuidade à apresentação realizada na última reunião



informando que: i) os dados resultantes dos inquéritos aplicados às empresas, às escolas do ensino superior previstas na legislação, às autarquias e aos estabelecimentos de saúde encontram-se em fase de análise às bases de dados construídas para o efeito; que ii) o inquérito associado ao GYTS (Global Youth Tobacco Survey) proposto pela OMS, com vista à sua realização em Portugal, foi traduzido e enviado o pedido de autorização à Ministra da Saúde que aprovou e remeteu à Ministra da Educação, aguardando-se presentemente a sua resposta; e ainda que iii) as estatísticas relativas às consultas de cessação tabágica foram solicitadas às Administrações Regionais de Saúde, através dos elementos que integram o grupo de trabalho na DGS para este efeito, aguardando-se também o envio destas respostas. Por fim, a Dra. Nina de Sousa Santos esclareceu que na sequência das reuniões realizadas com o grupo de engenheiros foram indicadas algumas metodologias que poderiam ser aplicadas para averiguar sobre o cumprimento da Lei de prevenção do tabagismo, faltando ultimar uma conclusão que se julga poder ser apresentada na próxima reunião. Este esclarecimento foi ainda completado com informação prestada pelo Eng. Paulo Diegues sobre as metodologias em causa.

Cumpridos todos os pontos da agenda de trabalho, o Director-Geral da Saúde deu a palavra a alguns Conselheiros para esclarecimentos que foram prontamente prestados.

Foi ainda dada a palavra à representante da ARESP que manteve as posições já afirmadas nas reuniões anteriores no sentido de não aceitar o facto de ser criado um Grupo de Trabalho com o objectivo de estabelecer metodologias para aferir do cumprimento da Lei do Tabaco, por considerar que estas, forçosamente, têm de resultar da lei, tendo afirmado que se aguardava informação sobre os trabalhos deste Grupo, para actuar em conformidade.

O Director-Geral da Saúde deu então por finda a reunião, agradecendo a participação de todos.

Proposta de Apoio Financeiro na Aquisição de Medicamentos para a Cessação Tabágica

Introdução

Propostas de Financiamento

- **Impacto Financeiro**

Comentários Finais

Proposta de Apoio Financeiro na Aquisição de Medicamentos para a Cessação Tabágica

- Introdução
- Propostas de Financiamento
- Impacto Financeiro
- Comentários Finais

Proposta de Apoio Financeiro na Aquisição de Medicamentos para a Cessação Tabágica

Maria da Conceição Gomes,
em representação do Grupo de Trabalho*

Lisboa, Direcção-Geral da Saúde 24 Junho 2009

*Grupo de Trabalho (coordenado pela Consultora de Pneumologia da Direcção Geral de Saúde
– Dr.^a Maria da Conceição Gomes)
Direcção Geral de Saúde – Dr.^a Emília Nunes,
ARS do Norte – Dr. Sérgio Vinagre,
ARS do Alentejo – Dr. José Fonseca,
ARS do Centro – Dr.^a Maria Manuel Açafrão,
Ordem dos Farmacêuticos – Dr.^a Maria José Justo,
Direcção Geral do Consumidor – Eng.^a Fátima Santos,
Confederação Portuguesa de Prevenção do Tabagismo – Professor Dr. Luís Rebelo,
Infarmed I.P – Dr.^a Rosário Trindade,
Sociedade Portuguesa de Pneumologia – Dr.^a Paula Pamplona, em trabalho conjunto
com a Dr.^a Berta Mendes, Dr.^a Ivone Pascoal e Dr.^a Sofia Ravara, membros da
Comissão de Trabalho de Tabagismo.

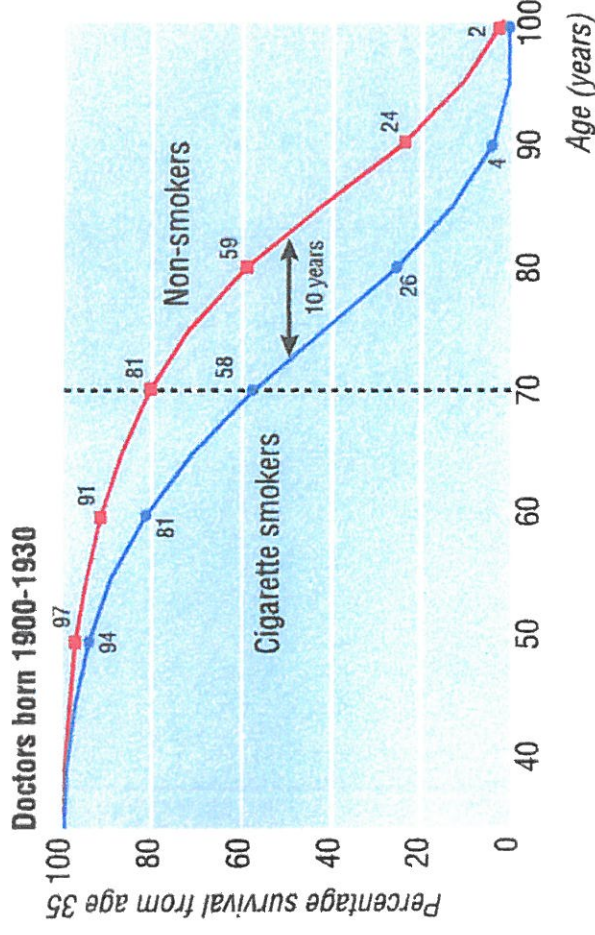
Com consultadoria do Dr. Paulo Bernardino (Direcção Geral de Saúde).



Sir Richard Doll
1913-2005

Proposta de Apoio Financeiro na Aquisição de Medicamentos para a Cessação Tabágica Introdução

34 439 médicos ingleses avaliados desde 1951



Os não fumadores e os ex-fumadores desde os 35 anos têm uma expectativa de vida de mais **10 anos** ! Quando se pára de fumar mais tarde os ganhos são menores mas sempre consideráveis

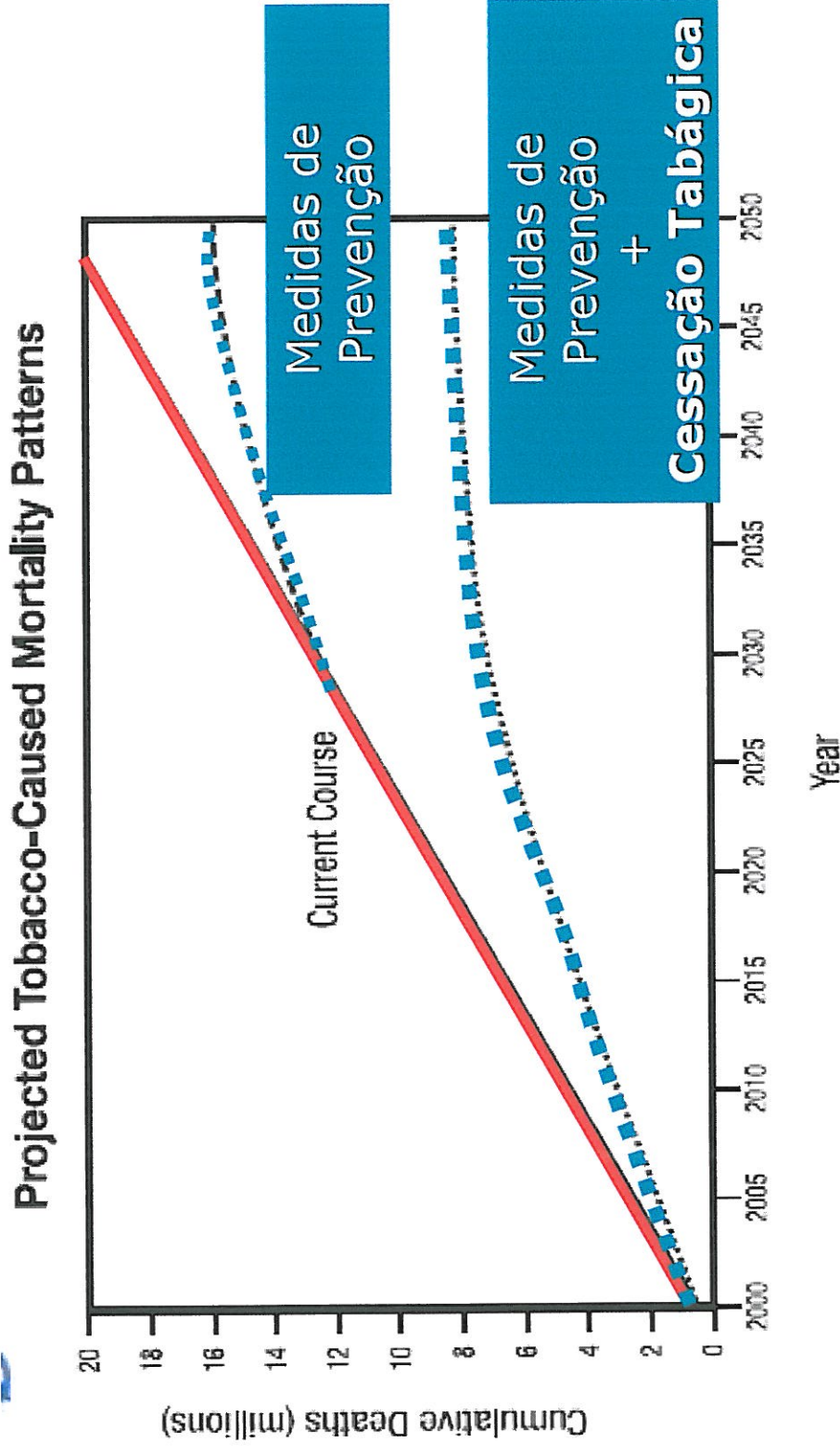
Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors

Richard Doll, Richard Peto, Jillian Borcham, Isabelle Sutherland

BMJ 2004;328:1519

Proposta de Apoio Financeiro na Aquisição de Medicamentos para a Cessação Tabágica

Introdução



A **Cessação Tabágica** é a medida que a curto e médio prazo oferece maior benefício

Proposta de Apoio Financeiro na Aquisição
de Medicamentos para a Cessação Tabágica
Introdução

Entende-se por **Cessação Tabágica (CT)** a cessação total de consumo de produtos contendo tabaco. Não existe um limiar seguro de exposição e consumo de tabaco pelo que numa perspectiva de saúde o consumo deverá ser sempre zero.

As estratégias que visam a redução dos hábitos tabágicos não têm evidência que as justifique, considerando-se que o objectivo a atingir na prática clínica deverá ser essencialmente focado no tratamento do uso e dependência do tabaco.

Proposta de Apoio Financeiro na Aquisição
de Medicamentos para a Cessação Tabágica
Introdução

Artigo 14.º

Medidas de redução da procura relacionadas com a dependência e a cessação do consumo de tabaco

d) Colaborar com as outras Partes a fim de facilitar o acesso ao tratamento da dependência do tabaco a custo acessível, incluindo os produtos farmacêuticos, em conformidade com o artigo 22.º da presente Convenção. Tais produtos e seus componentes poderão incluir medicamentos ou produtos utilizados na administração de medicamentos e diagnósticos, conforme os casos.

**Decreto n.º 25-A/2005
Aprova a Convenção Quadro da Organização Mundial de Saúde para o Controlo do Tabaco, adoptada em Genebra, pela 56.ª Assembleia Mundial de Saúde, em 21 de Maio de 2003**



Proposta de Apoio Financeiro na Aquisição de Medicamentos para a Cessação Tabágica Introdução

...é necessário fazer muito mais em todos os países. Para expandir a luta contra a epidemia do tabaco, a Organização Mundial de Saúde introduziu o pacote MPOWER de seis medidas políticas:

Monitorizar - o consumo de tabaco e as medidas políticas de prevenção

Proteger - as pessoas do fumo do tabaco

Oferecer - ajuda para a cessação tabágica

Warn - Avisar malefícios do uso de tabaco

Enforce bans - Fazer cumprir as proibições sobre publicidade, promoção e patrocínio

Raise - Aumentar o preço do tabaco



THE COCHRANE
COLLABORATION®

Proposta de Apoio Financeiro na Aquisição de Medicamentos para a Cessação Tabágica Introdução

Analysis 1.1. Comparison 1 self-reported abstinence from smoking at at least 6 months, Outcome 1 full versus no financial coverage.	
Analysis 1.2. Comparison 1 self-reported abstinence from smoking at at least 6 months, Outcome 2 full versus partial financial coverage (point prevalence).	
Analysis 1.3. Comparison 1 self-reported abstinence from smoking at at least 6 months, Outcome 3 partial versus no financial coverage (point prevalence).	
Analysis 2.1. Comparison 2 quit attempt for at least 24 h, Outcome 1 full versus no financial coverage.	
Analysis 2.2. Comparison 2 quit attempt for at least 24 h, Outcome 2 full versus partial financial coverage.	
Analysis 2.3. Comparison 2 quit attempt for at least 24 h, Outcome 3 partial versus no financial coverage.	
Analysis 3.1. Comparison 3 utilization of tobacco dependence treatment, Outcome 1 full versus no financial coverage.	
Analysis 3.2. Comparison 3 utilization of tobacco dependence treatment, Outcome 2 full versus partial financial coverage.	
Analysis 3.3. Comparison 3 utilization of tobacco dependence treatment, Outcome 3 partial versus no financial coverage.	

Análise de resultados de intervenções com Tratamento com financiamento total, parcial, versus sem financiamento

Kaper J, et al.
2009

**Healthcare financing systems for increasing the use of
tobacco dependence treatment (Review)**



Proposta de Apoio Financeiro na Aquisição de Medicamentos para a Cessação Tabágica

Introdução

Fornecer Tratamento Financiado para a Dependência e a Utilização do Tabaco

Recomendação: providenciar tratamentos para a dependência do tabaco (medicamentos e aconselhamento) financiados por seguros de saúde revelou um aumento da proporção de fumadores que utiliza medicação para a cessação, que tenta parar de fumar e que pára com sucesso. Por isso, os tratamentos que mostraram ser eficazes nestas Normas devem ser incluídos nos planos de segurança de saúde públicos e privados.

(Evidência = A)*

Fiore et al, U.S. Department of Health and Human Services, 2008

Nível de Evidência A: evidência baseada em muitos ensaios bem desenhados, aleatorizados e controlados, com um padrão de resultados consistente

Introdução

O Financiamento aumenta a proporção de fumadores

- que utiliza medicação;
- que tenta parar de fumar;
- que pára com sucesso.

Tratamento
Farmacológico



Tratamento
Comportamental

Proposta de revisão Decreto-Lei nº 173/2003, de 1 Agosto -
Isenção das taxas moderadoras para a consulta de apoio intensivo

Proposta de Apoio Financeiro na Aquisição de Medicamentos para a Cessação Tabágica

Introdução

Anexo 2 - implementação de medidas de facilitação de acesso ao tratamento da dependência do tabaco a nível europeu

País	Medidas de facilitação de acesso ao tratamento da dependência do tabaco
Alemanha	<p>Linha de apoio telefónico.</p> <p>Medicamentos não são financiados.</p> <p>Seguradoras poderão pagar alguns custos associados a programas de cessação tabágica, dependendo do seguro de saúde.</p>
Áustria	<p>Medicamentos não são financiados.</p> <p>Seguradoras poderão suportar alguns custos de programas de cessação tabágica.</p>
Bélgica	<p>Bupropiona financiada nas seguintes condições: <i>soienté com DPOU/Classification GOLD II, III, ou IV</i>; + de 35 anos; período de teste de 18 dias; Medicamento dispensado: 1 embalagem de 100 unidades (150 mg) por tentativa; máximo de 3 tentativas em 5 anos (pelo menos 6 meses decorridos entre 2 tentativas). Co-pagamento do doente de 13,5 € (segurança social regular) ou 8,9 € (segurança social "especial").</p> <p>Apoios específicos para grávidas e maridos que queiram deixar de fumar (terapêutica comportamental e farmacológica).</p>
Dinamarca	<p>Medicamentos não são financiados.</p> <p>Farmácias fornecem aconselhamento sobre cessação tabágica.</p>
Espanha	<p>Depende das regiões autónomas.</p> <p>Serviços do Ministério da Saúde não têm essa informação centralmente.</p>
França	<p>Financiamento apenas de substitutos da nicotina. Receita deve conter apenas o medicamento.</p> <p>Medicamentos pagos e posteriormente reembolsados, até 50 €/ano.</p> <p>Consulta é reembolsada.</p>
Holanda	<p>Medicamentos não são financiados.</p> <p>Seguradoras poderão suportar alguns custos de programas de cessação tabágica.</p>
Inglaterra	<p>Substitutos da nicotina e bupropiona participados. Acompanhamento comportamental.</p> <p>Atingem taxas de cessação de 50% às 4 semanas e 28% no longo termo. Com a instituição deste programa de cessação tabágica, muito intervencionista a taxa de prevalência de fumadores diminuiu de 28% para 22% entre 1998 e 2007.</p>
Irlanda	<p>Cessação tabágica e objectivo nacional.</p> <p>Medicamentos para cessação tabágica participados.</p> <p>Suporte motivacional de acordo com RCMJ dos produtos. Linha de apoio telefónico.</p>
Itália	<p>Medicamentos participados (substitutos da nicotina e vareniclina). Não é prestado apoio médico ou comportamental, excepto se expressamente solicitado em consultas de cessação tabágica.</p>
Letónia	<p>Não tem.</p>
Malta	<p>Linha de apoio telefónico.</p> <p>Programas de cessação tabágica oferecidos nos cuidados primários. Participantes durante 2008: 170.</p>
República Checa	<p>Linha de apoio telefónico. Consultas cessação tabágica oferecidas nos hospitais.</p> <p>Medicamentos não são financiados.</p>
Suécia	<p>Vareniclina e Bupropiona participados. Substitutos da nicotina não financiados.</p> <p>Apoio médico variável de região para região.</p>

Implementação heterogénea de medidas de financiamento em alguns países da UE

Rosário Trindade, Inramed
 Fonte: consulta, por e-mail, aos países da EU - respostas recebidas entre 9/02 e 2/03 de 2009

Proposta de Apoio Financeiro na Aquisição de Medicamentos para a Cessação Tabágica

Introdução

- Propostas de Financiamento

Impacto Financeiro

Comentários Finais

Proposta de Apoio Financeiro na Aquisição
de Medicamentos para a Cessação Tabágica
Propostas de Financiamento

Qual é a previsão de população a tratar ?

Quais são os ambientes de tratamento?

01/11/2008



Attitudes of Europeans
towards Tobacco
Research - October - November 2006
Publication - May 2007
Report

Proposta de Apoio Financeiro na Aquisição
de Medicamentos para a Cessação Tabágica
Propostas de Financiamento

Qual é a previsão de população a tratar ?

Acompanhamento estatístico e epidemiológico
do consumo de tabaco em Portugal
Relatório de Imprensa - Maio de 2007 de 25 de Agosto
Carla Cardoso e Tatiana Plantier

Fumadores diários adultos motivados a parar?

população do continente com ≥ 15 anos¹ - 8 588 511

fumadores diários com ≥ 15 anos² - 1 245 334

fumadores que tentam parar fumar ≥ 1 vez/ano³ 398 507

fumadores que procuram ajuda profissional saúde³ 55 791

1- INE

2- Carla Cardoso, Tatiana Plantier. Estudo EpiScience Resumo executivo 2008

3 - Eurobarómetro 2007

Proposta de Apoio Financeiro na Aquisição
de Medicamentos para a Cessação Tabágica

Propostas de Financiamento

Quais são os ambientes de tratamento?

fumadores diários adultos - ≈1 245 334

fumadores que tentam parar fumar ≥1 vez/ano ≈398 507

fumadores que procuram ajuda profissional saúde ≈55 791

Consulta Intensiva no SNS¹ - 11 000

Intervenção Breve em qualquer consulta - 44 791

Fumadores com possibilidade de recorrerem apenas a Farmácia Comunitária (motivados a parar)- 342 716

Fumadores Internados em Portugal - dados não disponíveis

Fumadores Internados tratados 2008² - 151

Previsão de fumadores a tratar em cada 10 000 Internamentos a médio prazo² 124

1- Inspeção Geral das Actividades em Saúde 2008

2- Paula Pamplona, Carvalheira Santos e Ana Rodrigues. Hospital Pulido Valente, Lisboa, 2008

Proposta de Apoio Financeiro na Aquisição de Medicamentos para a Cessação Tabágica

Propostas de Financiamento

% de fumadores a tratar em cada ambiente?

fumadores diários adultos - **≈1 245 334**

fumadores que tentam parar fumar ≥1 vez/ano **≈398 507**

fumadores que procuram ajuda profissional saúde **≈55 791**

Consulta Intensiva no SNS¹ - **11 000**

Intervenção Breve em qualquer consulta - **44 791**

Fumadores com possibilidade de recorrerem apenas a Farmácia Comunitária (motivados a parar)- **342 716**

Previsão de fumadores a tratar em cada 10 000 Internamentos no ano imediato à disponibilização do tratamento *- 62

% de fumadores diários adultos a tratar em cada ambiente**

≈ 1%

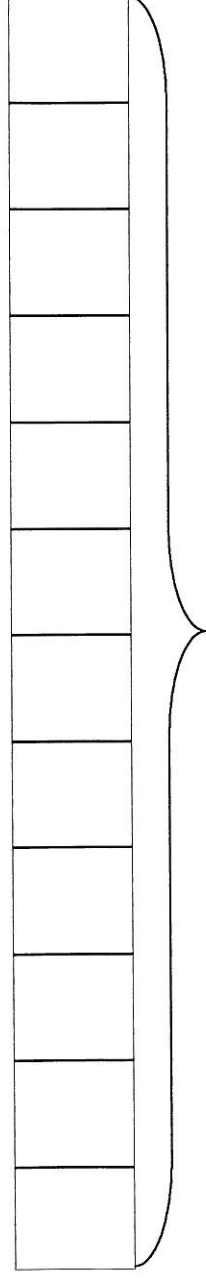
≈ 4%


≈ 28%





*Não sendo ainda disponível tratamento farmacológico na grande maioria dos hospitais, a previsão de fumadores a tratar a curto prazo é 50% da analisada no diapositivo anterior.

**Não foram avaliados fumadores internados na percentagem de fumadores a tratar por ambiente.

Legenda para os 4 dispositivos seguintes

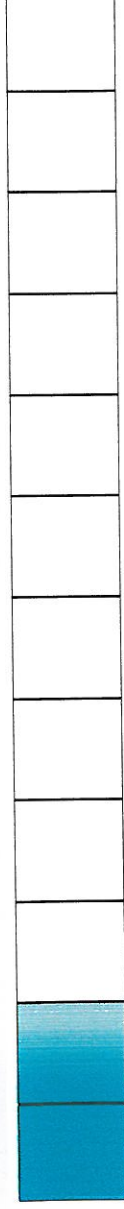


12 semanas de tratamento – cada  corresponde a 1 semana

-  Terapêutica Substituição Nicotina (TSN) com financiamento total
-  Fármacos de 1ª linha (não TSN) com financiamento total
-  Terapêutica Substituição Nicotina (TSN) com financiamento parcial
-  Fármacos de 1ª linha (não TSN) com financiamento parcial

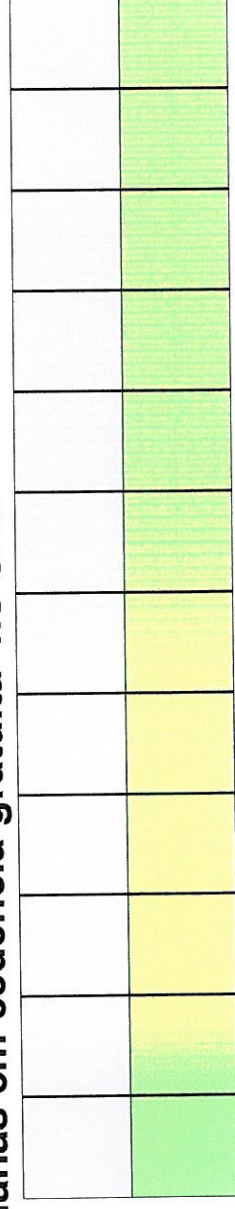
Planos financiamento – Consulta intensiva SNS

Plano A



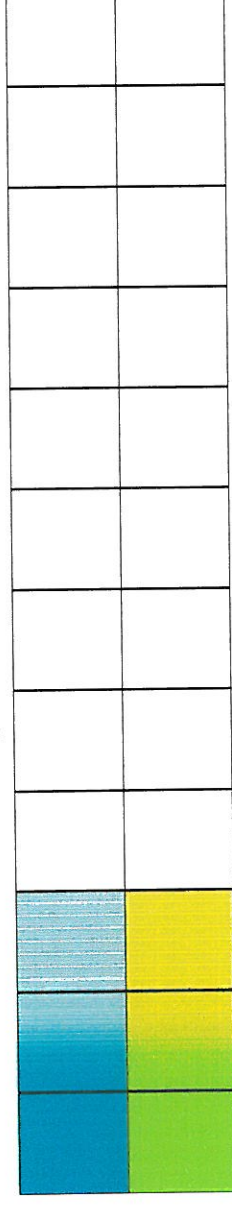
TSN 2 semanas em cedência gratuita no SNS

Plano B



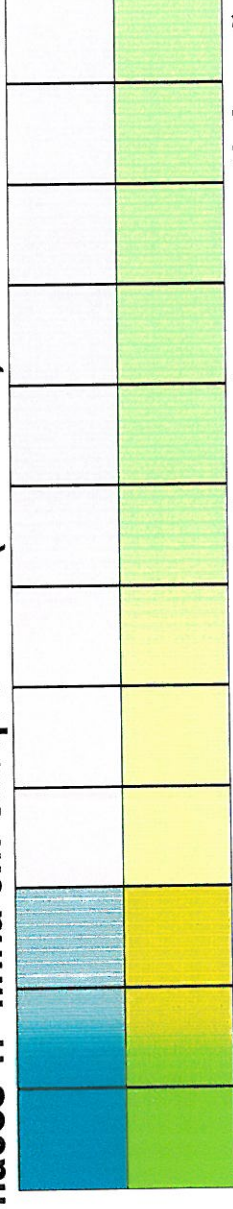
Todos fármacos 1.ª linha em comparticipação 37% SNS e privada

Plano C



Todos fármacos 1.ª linha em cheque/ vale (≈ 3 sem.) SNS

Plano D



Todos fármacos 1.ª linha em cheque/ vale (≈3 sem.) e comparticipação 37%

Plano E



Todos fármacos 1.ª linha em cedência gratuita SNS / comparticipação Consulta Privada

Previsão

11 000

fumadores

≈ 1%

Planos financiamento – apoio internamento e 1.ªs 2 semanas

Planos A B C D E

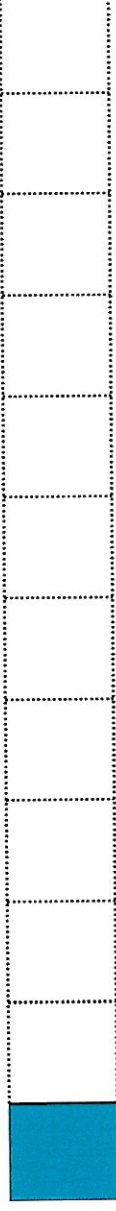
Previsão

62

Fumadores internados /

10 000 internamentos

TSN durante o internamento



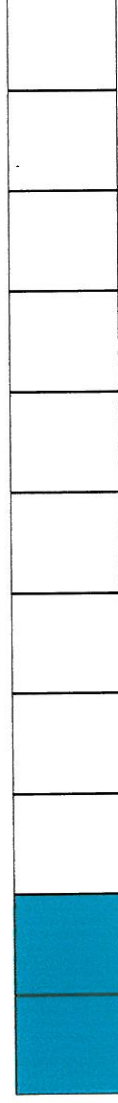
Previsão

31*

Fumadores a tratar após alta /

10 000 Internamentos

TSN 2 semanas em Cedência gratuita se Consulta Apoio Intensivo após alta



* Não é previsível que todos os fumadores tratados durante o Internamento adiram à Consulta Intensiva após alta, pelo que a previsão é feita para 50 %

Planos financiamento – S/ Consulta (Farmácias Comunitárias)

Financiamento apenas após encaminhamento para consulta médica

Plano A
Incentivo à Consulta Intensiva SNS (TSN 2 semanas em Cedência gratuita ao nível da Consulta Intensiva)
Plano B
Incentivo ao apoio médico em Consulta Intensiva ou Intervenção Breve SNS ou privado (Todos os fármacos de 1.ª linha com participação 37% se receita médica durante todo o tratamento)
Plano C
Incentivo ao apoio médico em Consulta Intensiva ou Intervenção Breve SNS (Todos fármacos 1.ª linha em cheque/vale 2 a 3 semanas)
Plano D (Plano B + Plano C)
Incentivo ao apoio médico Consulta Intensiva ou Intervenção Breve SNS ou privada (Todos fármacos 1.ª linha em cheque/ vale 2 a 3 semanas e participação 37% depois, durante todo o tratamento; se privada só participação)
Plano E
Incentivo ao apoio médico Consulta Intensiva ou Intervenção Breve SNS ou privada (Todos fármacos 1.ª linha em cedência gratuita no SNS / participação se Consulta Privada durante todo o tratamento)

Previsão

342 716

Fumadores

...

Potenciais

Utilizadores das

Farmácias

Comunitárias

≈ 28%

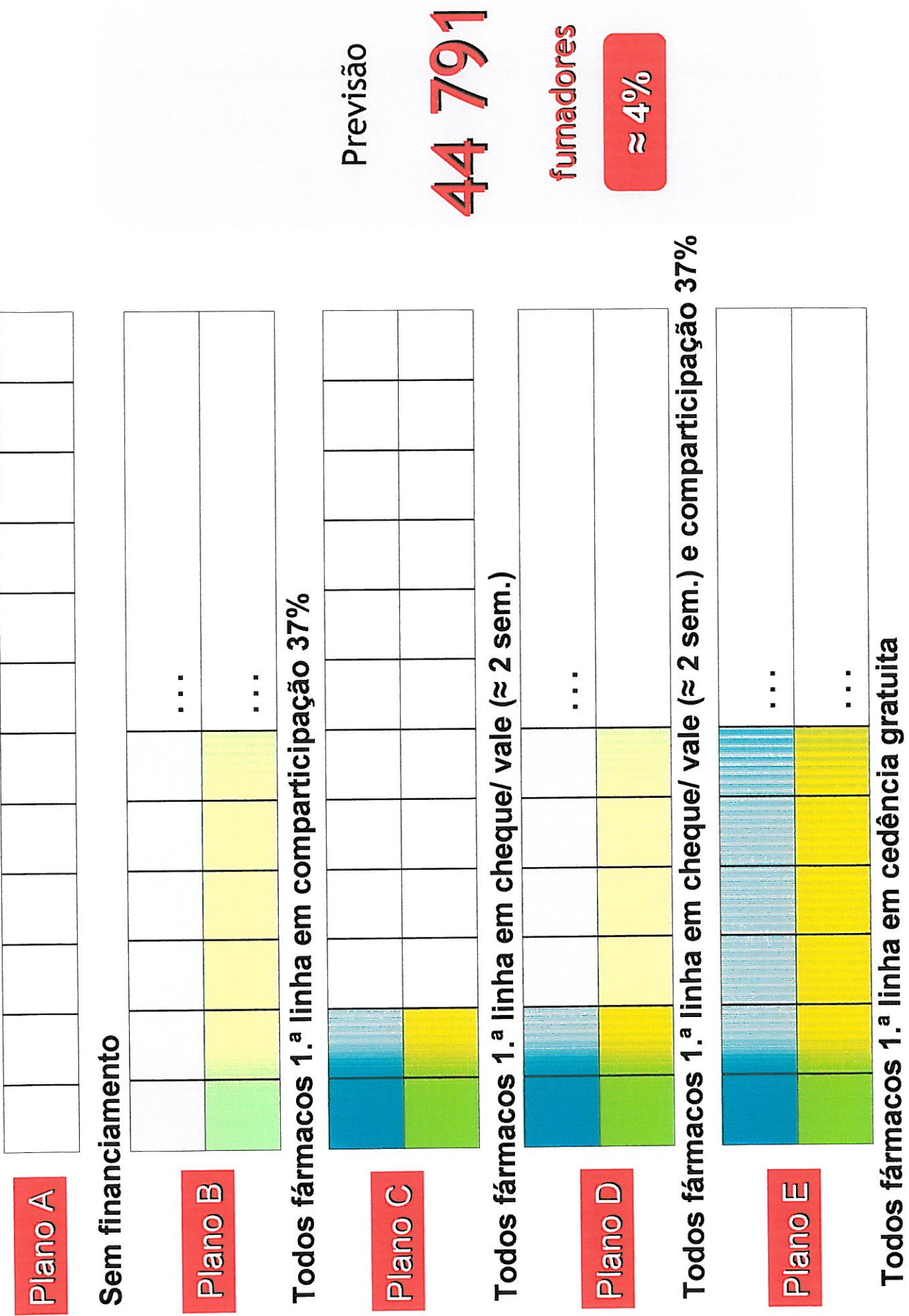
Comentários às propostas apresentadas

Todas as propostas visam a melhoria do acesso ao tratamento da dependência do tabaco, financiando o tratamento farmacológico dos fumadores em tratamento comportamental em consulta (Intensiva ou em Intervenção Breve) de acordo com o Programa-tipo de actuação em Cessação Tabágica, da DGS 2007.



Os fármacos a serem fornecidos através de cedência gratuita, receitas médicas ou cheques deverão ser **disponibilizados consulta a consulta** para aumentar a adesão ao tratamento comportamental fornecido em consulta.

Planos financiamento – Intervenção Breve SNS



Proposta de Apoio Financeiro na Aquisição de Medicamentos para a Cessação Tabágica

Impacto Financeiro

55 791 fumadores procuram ajuda de profissional de saúde

= **4,48%** dos fumadores adultos diários

Custo Redutíveis 1

Doenças	Ambulatório	%	Internamento	%	Totais
Neoplasias	20,735,826 €	49.3%	21,317,349 €	50.7%	42,053,175 €
Cardio-Vascular	75,498,887 €	74.0%	26,534,223 €	26.0%	102,033,110 €
Respiratórias	10,924,339 €	40.4%	16,093,132 €	59.6%	27,017,471 €
Total	107,159,052 €	62.6%	63,944,704 €	37.4%	171,103,756 €

7,665,450 €

4,48%

Custos Redutíveis se **100%** dos fumadores que procuram ajuda profissional parassem de fumar

1- Gouveia M, Borges, Pinheiro L, Costa J, Paulo S, Carneiro A. Carga e Custos da Doença Atribuível ao Tabagismo em Portugal, 2007

Proposta de Apoio Financeiro na Aquisição de Medicamentos para a Cessação Tabágica

- Introdução

Propostas de Financiamento

Impacto Financeiro

Comentários Finais

Impacto Financeiro

Os custos de cada proposta de financiamento serão calculados de acordo com

- A previsão de população alvo a tratar em cada proposta;
- A percentagem de financiamento (total – parcial);
- Duração de financiamento (inicial – total);
- O custo médio de cada tratamento.

Comentários às propostas apresentadas que poderão interferir na análise de custos

Planos A e E - poderão beneficiar de redução de custos com aquisição de fármacos através de concurso centralizado;

Plano B, D e E- participação poderá conduzir à aproximação dos Preços de Venda ao Público actuais decorrentes do processo de fixação de preço na comparticipação. Exige a publicação de legislação que integre a TSN no âmbito da comparticipação e o procedimento de avaliação e aprovação.

Plano C - possibilidade de limitar a medida no tempo. Necessidade da criação de um sistema de controlo na emissão e utilização dos vales.

Proposta de Apoio Financeiro na Aquisição
de Medicamentos para a Cessação Tabágica
Comentários Finais

Parar de fumar precocemente tem um grande impacto na vida pessoal do fumador e na sociedade em geral, a curto e a médio prazo.

Este Grupo de Trabalho elaborou cinco propostas heterogêneas, quanto ao seu conteúdo e duração da sua aplicabilidade durante o ciclo terapêutico, mas foi unânime quanto à necessidade de financiamento.

Os estudos existentes nesta área não permitem definir uma proposta universal mas confirmam que são vários os modelos de financiamento eficazes na melhoria dos resultados das intervenções para a cessação tabágica.

Sabendo-se que a medicação poderá duplicar a triplicar o sucesso da intervenção para a Cessação Tabágica, facilitar o acesso ao tratamento a custo acessível aumenta a proporção de fumadores que utiliza medicação, que tenta parar de fumar e que pára com sucesso.

Proposta de Apoio Financeiro na Aquisição
de Medicamentos para a Cessação Tabágica
Comentários Finais

Este trabalho é uma adaptação da versão apresentada na 6ª Reunião do Grupo Técnico Consultivo e corresponde a um resumo da Proposta entregue ao Sr. Director-Geral da Saúde a 11 de Maio de 2009.



Grupo Técnico Consultivo
Direcção-Geral da Saúde
24/06/2009

Tabaco: Política Fiscal e combate ao tráfico ilícito

- 1. A Direcção-Geral das Alfândegas e dos Impostos Especiais de Consumo**
- 2. A Fiscalidade sobre o Tabaco em Portugal**
- 3. Mediadas de controlo da produção e do comércio de tabaco**
- 4. Novos desafios**



1- A DGAIEC

A Direcção-Geral das Alfândegas e dos Impostos Especiais sobre o Consumo (DGAIEC) é o organismo do Ministério das Finanças com a missão de controlar a fronteira externa da Comunidade Europeia e o território aduaneiro nacional, para fins fiscais, económicos e de protecção da sociedade, nomeadamente no âmbito da cultura, da segurança e da saúde públicas, bem como administrar os IEC e os demais impostos que lhe estão cometidos



Funções cometidas à DGAIEC em matéria de tabaco

- **Administração, gestão e controlo do Imposto sobre o Tabaco (IT);**
- **Prepara a previsão das receitas e acompanha execução orçamental**
- **Participa no processo comunitário de harmonização dos IEC;**
- **Colabora com organismos e Serviços na preparação de medidas nas áreas da saúde;**
- **Controla os entrepostos fiscais de produção de tabacos manufacturados.**
- **Autoriza a comercialização e homologa as marcas de tabaco;**
- **Controla a atribuição de estampilhas especiais aplicável ao tabaco destinado a ser introduzido no consumo em Portugal.**



2.2- Incidência objectiva do IT

A tributação é um elemento essencial de prevenção do tabagismo, incide:

- Cigarros
- Charutos e cigarrilhas
- Tabaco de corte fino destinado a cigarros de enrolar
- Restantes Tabacos de fumar



2.3 Tributação do tabaco

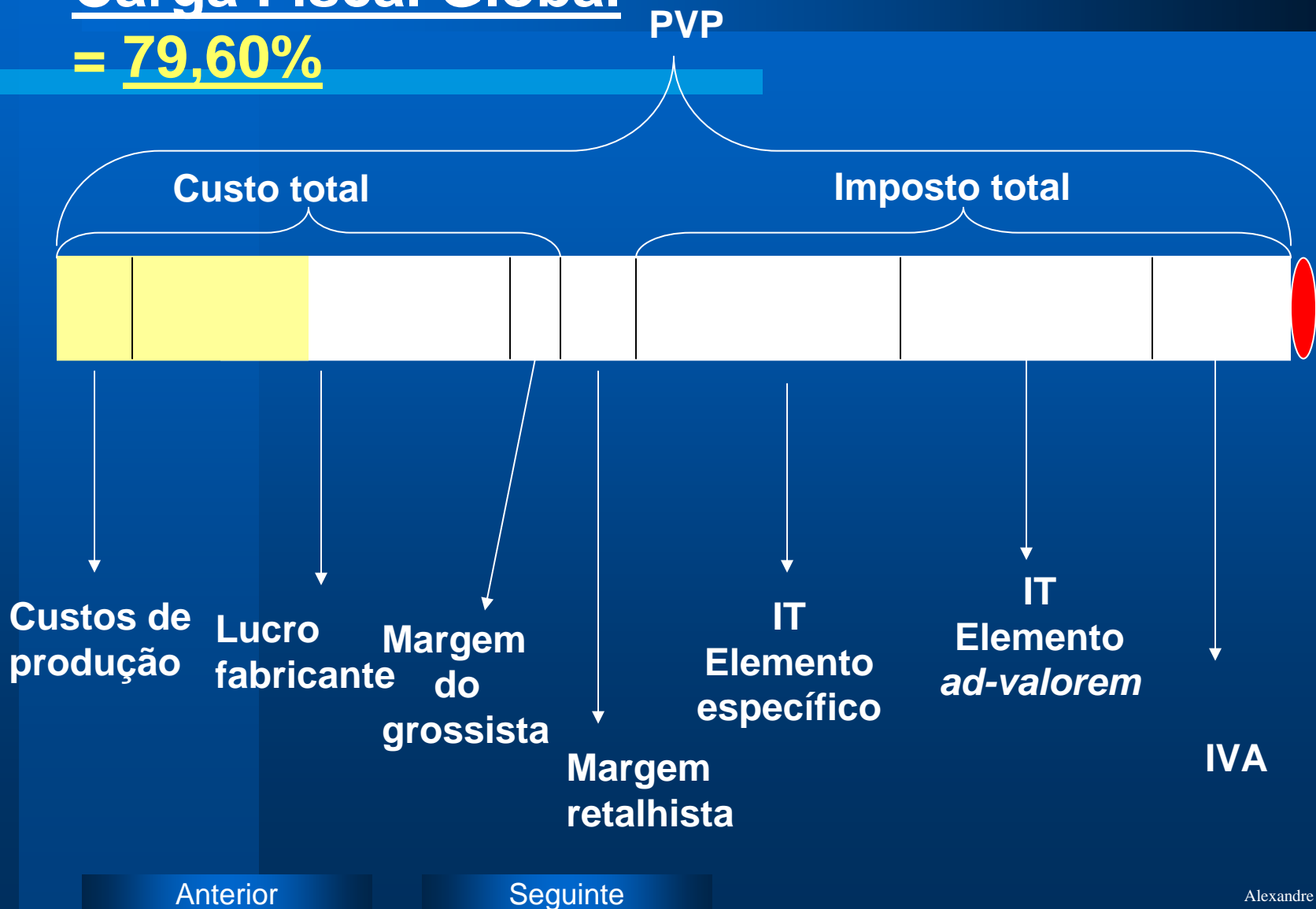
- A tributação sobre os cigarros corresponde a cerca 98% da receita do IT.
- O IT sobre cigarros tem uma estrutura mista:
 - ◆ Um elemento específico, fixado por mil cigarros - €65,65/ mil cigarros
 - ◆ Um elemento ad valorem - 23% s/ PVP
- Charutos e cigarrilhas – 12,25 %s/ PVP
- Tabaco de corte fino- 47,08% s/ PVP
- Restantes tabacos de fumar- 41,45% s/ PVP

Nota: O IT cigarros não pode ser inferior ao da classe de preços mais vendida (2009: €3.40)

Decomposição do PVP

Carga Fiscal Global

= 79,60%





Introduções no consumo de cigarros (global)

Quadro 56 – Introdução no consumo de tabacos manufacturados

Produtos	Unidade	Quantidades			Δ % 05/06	Δ % 06/07
		2005	2006	2007		
Cigarros	milhares	17.141.022	18.971.802	12.777.368	10,7	-32,7
Charutos		9.661	8.927	9.479	-7,6	6,2
Cigarrilhas		70.158	68.935	90.707	-1,7	31,6
Tabaco Corte Fino	kilogramas	391.497	358.568	477.470	-8,4	33,2
Outros Tabacos		20.366	17.227	19.687	-15,4	14,3

Fonte: DSIEC (BO)



Introduções no consumo de cigarros (continente)

- 2005: 16.060.343.688
- 2006: 17.867.232.300
- 2007: 11.689.786.380
- 2008: 10.965.696.600



3. Mediadas de controlo da produção e do comércio de tabaco

- **3.1 - Novo sistema de controlo declarativo contabilístico dos entrepostos fiscais de produção de tabacos (continente)**
- **3.2 - A comercialização de novos produtos de tabaco:**
 - ” **Características de apresentação das marcas**
 - ” **Características físicas do produto**
 - ” **Teores de condensado e nicotina**
 - ” **PVP**

Caso preencham estes requisitos, autoriza a comercialização e homologa o PVP



3.2. Nova estampilha especial

- Com a Port. 1295/2007, de 01/11, foi aprovada a nova estampilha especial para tabacos manufacturados.
- A estampilha é um elemento essencial para o controlo da comercialização do tabaco e pagamento do IT
- O novo modelo inclui elementos de segurança:
 - Papel especial;
 - Fibras invisíveis fluorescentes;
 - Codificação alfanumérica;
 - Cor de fundo específica para cada ano
 - Prazos de comercialização
- Implementação do novo sistema electrónico de controlo da conta-corrente das estampilhas



Nova estampilha (continuação)



Exemplar do novo modelo



3.3. Proibição da detenção, por particulares, de produtos de tabaco

- **Por força do OE/2009**, é proibida a detenção, por particulares, de produtos de tabaco sem estampilha regular, em quantidades superiores a 800 cigarros ou 2 kg (restantes produtos de tabaco).
- **As quantidades de tabaco são aplicáveis:**
 - Por pessoa;
 - Por meio de transporte, independentemente do número de passageiros, por meio de transporte particular, presumindo-se que o respectivo condutor é o detentor;
 - Por passageiro, no caso de transporte colectivo (comboio, barco, avião, autocarro, taxi ou afins).



3.4. Controlo da comercialização

A DGAIEC controla ainda:

- A importação e exportação de tabaco;
- O cumprimento das regras de comercialização junto dos operadores económicos
- Combate à CONTRAFACÇÃO e o CONTRABANDO



4. Novos desafios

O aumento do IT permite:

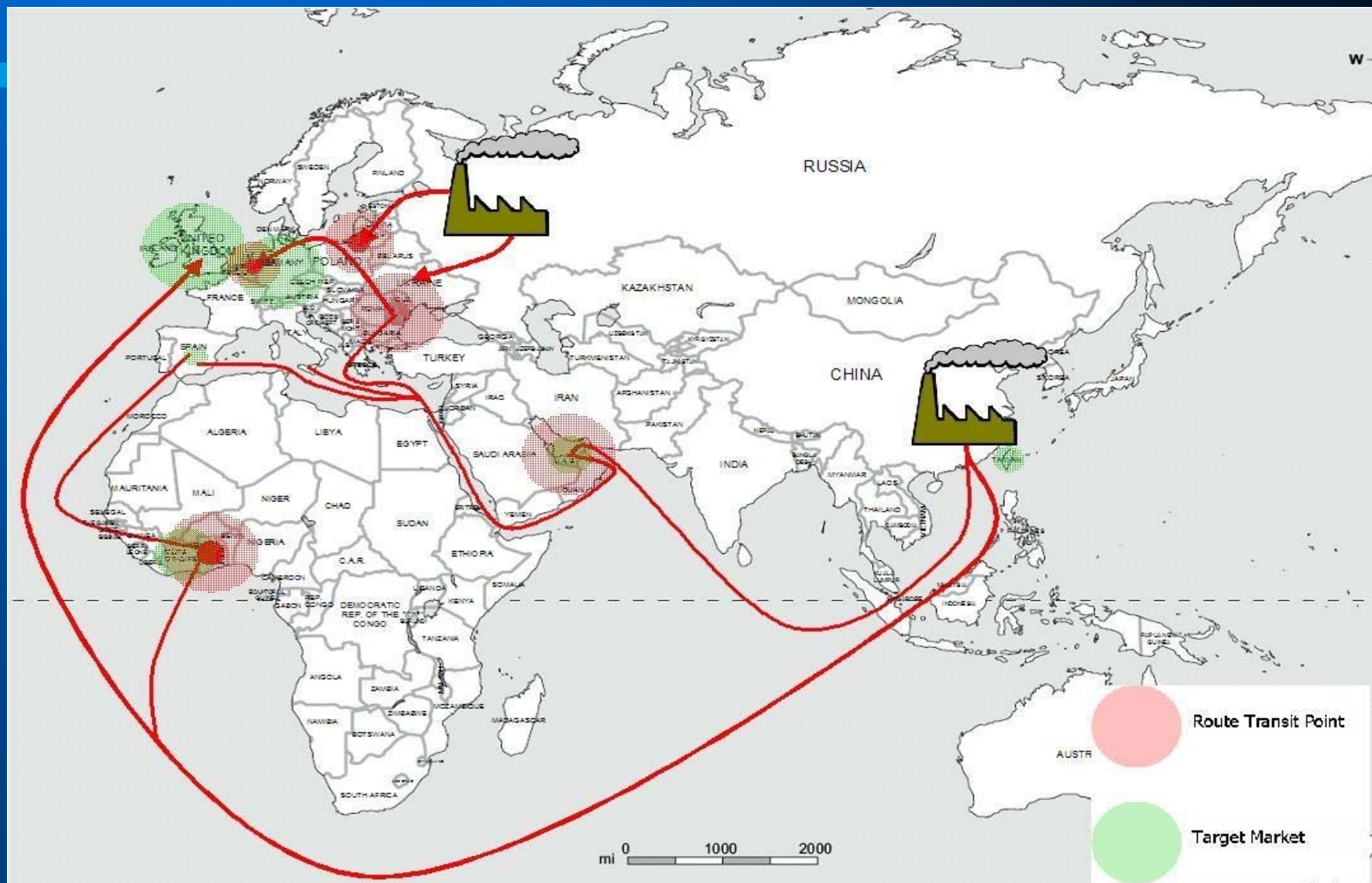
- Reduzir a capacidade de aquisição de tabaco
- Reduzir o consumo geral
- Obter receitas fiscais

Todavia, pode implicar:

- O aumento do mercado negro de cigarros
- Atrair o crime organizado
- O aumento da comércio ilícito (contrabando)
- A substituição de produtos genuínos por contrafeitos



Tráfico ilícito – principais rotas





Disparidade de preços (UE)



Anterior

Seguinte



Convenção Quadro OMS

- O artigo 15º da Convenção Quadro da OMS para o Controlo do tabaco prevê o combate ao tráfico ilícito de tabaco.
- Foi criado o Órgão Intergovernamental de Negociação do Protocolo sobre o tráfico ilícito de tabaco.
- Entre as medidas recomendadas, salientam-se:
 - Licenciamento e controlo da cadeia de comercialização
 - “Tracking and tracing”
 - Controlo das vendas pela Internet
 - Restrição das vendas “duty-free”



Conclusões:

- A política fiscal sobre o tabaco constitui uma das armas mais eficientes de controlo do tabagismo;
- Os impostos sobre o tabaco permitem combater as externalidades do consumo do tabaco, obtendo receitas para o desenvolvimento das políticas de saúde;
- O tráfico ilícito de tabaco constitui uma das mais graves formas de criminalidade internacional, provocando perda de receitas públicas e um problema de saúde pública;
- O protocolo da OMS de combate ao tráfico ilícito representa um enorme desafio internacional;
- É fundamental a colaboração de todos, cidadãos, organismos públicos e entidades privadas na prossecução de políticas que previnam o consumo do tabaco, designadamente o de origem ilícita.



Muito obrigado pela
atenção dispensada!

Alexandre Simões

albsimoes@dgaiec.min-financas.pt

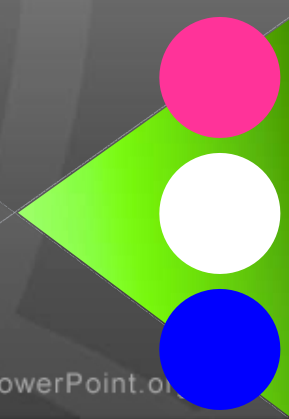
DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE



Impacte da Política Fiscal sobre o Tabaco na Saúde Pública

28-29 Maio - Atenas

Reunião GTC 24 de Junho de 2009
Nina de Sousa Santos



Sumário

- I. Objectivos da Conferência
- II. Política Fiscal: visão global e fundamentação
- III. Proposta da Comissão
- IV. Notas dos Estados-Membros e Palestrantes



I. OBJECTIVOS DA CONFERÊNCIA

- Facilitar o contacto e a partilha de conhecimentos entre os Estados-Membros
- Criar sinergias entre os sectores da Saúde e da Política Fiscal

Patrocinado pelo Programa Fiscalis (sem custos para os Estados Membros)

Não teve a participação da indústria



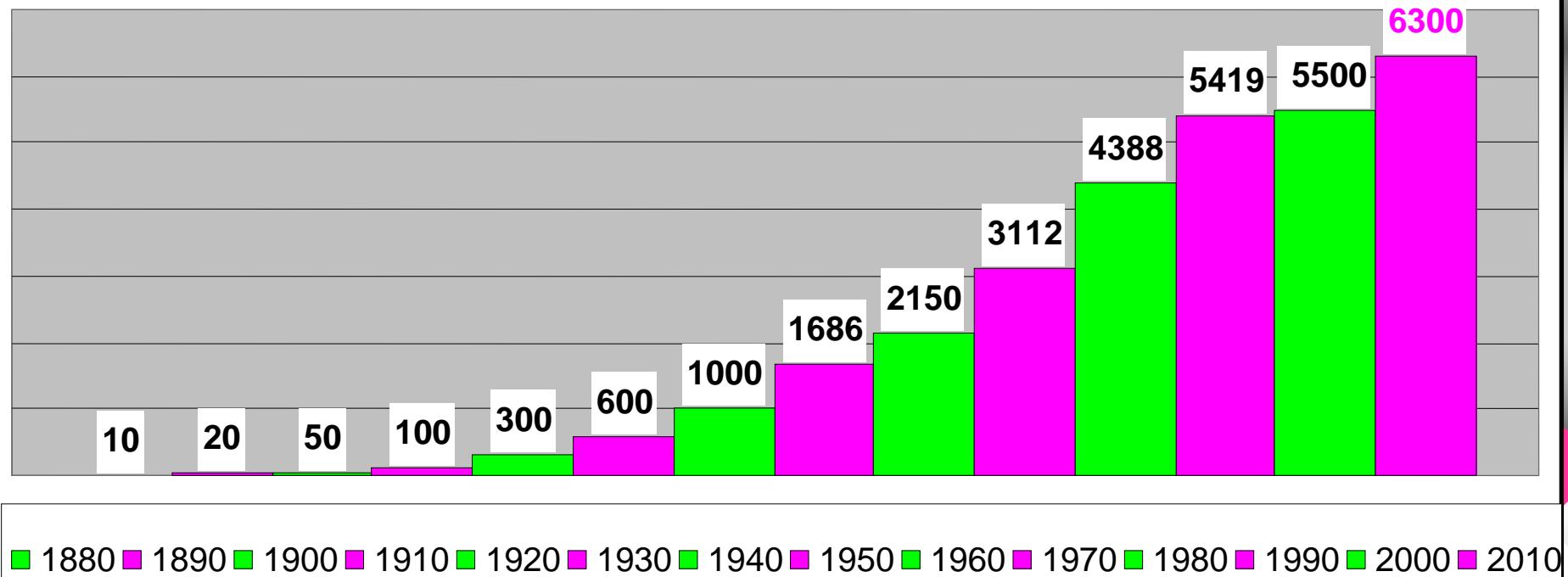
Participantes

- Comissão (Frank van Driessche)
- Estados Membros
- 6 Académicos, provenientes de:
 - Estados Unidos da América
 - Grécia
 - Bélgica (2)
 - Irlanda
 - Reino Unido



II. POLÍTICA FISCAL: VISÃO GLOBAL E FUNDAMENTAÇÃO

Evolução mundial do consumo de cigarros (em bilhões)



« Tobacco taxes are the most effective way to reduce tobacco use, especially among young people and the poor »

Relatório sobre a Epidemia Global do
Tobaco 2008 - OMS



A política fiscal é eficaz na redução do consumo de tabaco, pois:

Motiva os fumadores a deixar de fumar e os jovens a não iniciarem o consumo

Reduz o impacto do fumo de tabaco ambiental nos não fumadores

Produz efeitos imediatos

Aumenta o rendimento do Governo

Reduz as desigualdades em saúde



Impostos sobre o Tabaco

O Tabaco, como a maioria dos bens, está sujeito a IVA, sendo ainda taxado por um imposto composto por dois elementos:

Específico: baseado numa quantidade certa ou peso fixo. Por exemplo, X por 1000 cigarros.

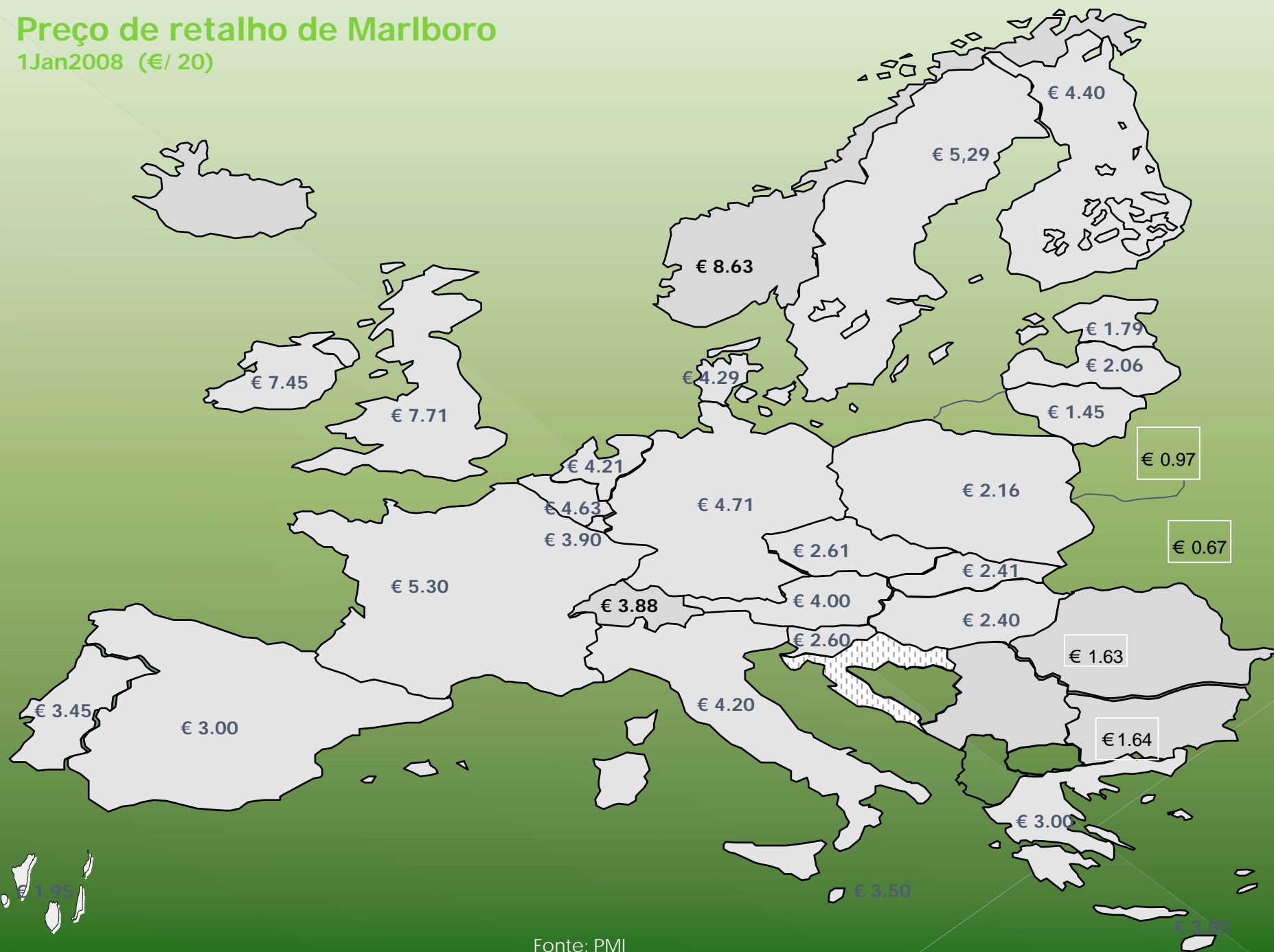
Ad valorem: baseado no valor dos produtos do tabaco. Por exemplo, % do preço de venda ou do preço de retalho.

A consignação do imposto sobre o tabaco já não vigora (2002). A verba foi integrada no orçamento total do Ministério.



Preço de retalho de Marlboro

1Jan2008 (€/ 20)



Razões para as diferenças

Com a entrada em vigor do Mercado único foram estabelecidos níveis mínimos de imposto

As diferenças aumentaram com a entrada na UE de 12 países, em 2004 e 2007, com impostos abaixo do mínimo.

A estes países foi dado um tempo para adaptação do valor ao imposto mínimo.

Influência dos países contíguos que praticam impostos ainda mais baixos (ex. Ucrânia).



Harmonizar porquê?

1) Compromisso dos Estados que ratificaram a Convenção Quadro da OMS para o Controlo do Tabaco

O art. 6.º prevê medidas financeiras e fiscais destinadas a reduzir a procura do tabaco: os objectivos de Saúde têm que ser considerados na política fiscal.

1 — As Partes reconhecem que as medidas financeiras e fiscais constituem um meio eficaz e importante para reduzir o consumo de tabaco em vários segmentos da população, em particular entre os jovens.

2 — Sem prejuízo do direito soberano das Partes de estabelecerem e fixarem a respectiva política fiscal, cada Parte deve tomar em conta nos seus objectivos nacionais de saúde o controlo do tabaco e

adoptar ou manter, conforme o caso, medidas que possam incluir:

- a) A aplicação de políticas fiscais e, se for caso disso, de políticas de preços relativamente a produtos do tabaco, a fim de contribuir para a realização das políticas de saúde que visem a redução do consumo de tabaco;
- b) A interdição ou a restrição, conforme o caso, da venda e ou importação por viajantes internacionais de produtos do tabaco em regime de isenção de direitos e impostos.

- 2) As disparidades ao nível dos impostos e preços entre os Estados da UE propicia:
 - *Downtrade* (substituição de marca)
 - Compra legal no país contíguo;
 - Aumento da contrafacção/contrabando



- Fragiliza a Política de controlo do tabaco

- Conduz a perda de receitas públicas



- 3) A importância dos impostos como uma medida eficiente e eficaz para o controlo do tabaco foi reconhecida logo desde que as taxas originais foram acordadas na UE.
- 4) As normas da UE sobre impostos do tabaco devem reflectir o art. 152.º Tratado da CE que prevê que na definição e execução de todas as políticas e acções da Comunidade será assegurado um elevado nível de protecção da saúde.



III. PROPOSTA DA COMISSÃO

Objectivos

Permitir a actualização dos níveis de imposto de tabaco de acordo com a inflação

Assegurar níveis de preço mínimo por razões de saúde

Corrigir as actuais distorções no mercado da UE que levam à evasão fiscal

Simplificar o sistema fiscal

Reduzir as diferenças entre Estados Membros

Impacte esperado

Redução do consumo de Tabaco

Aumento do preço dos produtos do tabaco na UE

Manutenção do receita para os Estados

Apoio ao combate ao tráfico ilícito do tabaco



Principais aspectos da Proposta:

- 1) Abolir a classe de preços mais vendida como referência de requisitos mínimos em matéria de tributação sobre os cigarros.
- 2) Introduz o conceito de preço médio ponderado para determinação da base do imposto. O imposto aumentará gradualmente durante 5 anos até atingir € 90 por 1000 cigarros no mínimo.
- 3) Introduz uma incidência fiscal mínima monetária e ad valorem no tabaco de corte fino correspondente a $\frac{2}{3}$ por cigarro.



- 4) Aumenta o elemento do imposto específico sobre cigarros para o mínimo de 10% e máximo de 75%.
- 5) Prevê o aumento da tributação sobre charutos e tabaco de cachimbo (muito baixo comparado com os que incidem sobre os cigarros)
- 6) Determina a obrigação de os Estados Membros fornecerem informação sobre quantidades e preços de produtos de tabaco



IV. Notas dos Estados-Membros e dos Palestrantes

A taxa de fumadores diminuiu:

28% a 21% nos adultos

13% a 6% nos jovens

Foram salvas pelo menos 1,2 milhões de vidas

○ United Kingdom



O consumo diminuiu 1,65%.

A tributação do tabaco consignada para a saúde é ética, útil e muito importante.

A tributação não teve consequências económicas negativas: não afectou a receita fiscal e não aumentou o tráfico ilegal.

○ Romania



A redução do lucro por parte da indústria não é uma estratégia de longo prazo, o aumento de imposto é aproveitado para aumentar a margem de lucro.

Hana Ross, American Cancer Society



- Quem vende ou pretende vender produtos do tabaco tem que registar-se no 'Office of Tobacco Control'. Caso seja condenada por ofensa à Saúde Pública (Lei do Tabaco) é retirado do registo.

Ireland



- A comunidade internacional espera um forte envolvimento da UE, sob a presidência de Espanha para concluir o protocolo sobre tráfico ilícito de tabaco em 2010.
- **Luk Joossens, Framework Convention Alliance**



Muito obrigada pela atenção

Nina de Sousa Santos

nss@dgs.pt

www.dgs.pt



Grupo de Trabalho

para acompanhamento
da actividade
da indústria tabaqueira e
dos operadores de
tabaco

Objectivos

- ▶ Acompanhar a actividade da indústria tabaqueira e dos operadores de tabaco
- ▶ avaliar a forma como cumprem a actual legislação sobre controlo de consumo de tabaco,
- ▶ bem como, notificar as autoridades competentes quando forem verificadas situações de incumprimento legal.
- ▶ assim como analisar as estratégias de produção e promoção de vendas
- ▶ e elaborar pareceres sobre medidas que contribuam para a redução da venda e consumo de produtos de tabaco

Composição do Grupo de Trabalho

Os elementos a integrar o Grupo de Trabalho

- ▶ Devem ter completa independência de interesses em relação à indústria tabaqueira e a outros operadores de tabaco,
- ▶ Bem como não devem desempenhar, ou ter desempenhado funções de contactos ou negociações com a indústria tabaqueira

Proposta de Composição do Grupo de Trabalho

- ▶ DGS - Direcção Geral de Saúde - **a designar**
- ▶ ASAE - Autoridade para a Segurança Alimentar e Económica - **a designar**
- ▶ DGC - Direcção Geral do Consumidor - **a designar**
- ▶ DGAIEC – Direcção Geral das Alfândegas e Impostos Especiais sobre o Consumo - **a designar**
- ▶ ARS N - Manuel Rosas; Lígia Monteiro
- ▶ ARS C - Maria Manuel Açafrão
- ▶ ARS L - Emanuel Esteves
- ▶ COPPT - Hilson Cunha e Filho
- ▶ Sociedade Portuguesa de Tabacologia - **a designar**
- ▶ Sérgio Vinagre