

Limiars de custo efetividade no SUS

A Sociedade Brasileira de Auditoria Médica (SBAM) e A Associação Brasileira de Farmacoeconomia e Pesquisa de Desfechos (ISPOR) BRASIL, vêm, através desta e na pessoa de seu Presidente (SBAM) e Presidente do Conselho Deliberativo (ISPOR), Dr Marcos Santos, manifestar-se a respeito da Consulta Pública sobre a proposta de “Uso de Limiars de Custo-Efetividade nas Decisões em Saúde”, no âmbito do Sistema Único de Saúde Brasileiro

Sugere-se um limiar de referência arbitrado em 1 PIB percapita, baseando-se em decisões anteriores da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). Ressalta-se, porém, que este limiar não deve ser utilizado de maneira isolada, tampouco dominante, em relação a demais fatores considerados na tomada de decisão. E acrescenta-se que, na hipótese de definição de limiars alternativos, como para doenças raras, doenças negligenciadas, acometendo crianças ou que acarretem reduções importantes da sobrevida esperada do paciente, assumir-se-ia o teto de 3 vezes o supracitado limite de referência.

Entendemos que o processo de Avaliação de Tecnologias em Saúde está em franco desenvolvimento, em nosso país. E que a CONITEC representa, sem dúvida, para os Médicos Auditores brasileiros, um significativo avanço neste sentido. Entendemos também, no entanto, que alguns outros passos cruciais ainda precisam ser executados, prioritariamente, antes de que cheguemos, talvez, à etapa mais madura deste processo, que é a definição dos limiars de custo-efetividade. A definição, neste momento, pode ser precipitada.

A incorporação de tecnologia em saúde e a quantidade de recursos despendida para tanto precisa, necessariamente, ser um processo legítimo, conforme Daniels & Sabin(1). Sob pena de não haver aquiescência do mesmo pela própria Sociedade que o contempla(2, 3). Este é um imperativo, uma vez que esta decisão precisa do apoio e aceitação da maioria, como em qualquer democracia. E, por mais que o processo de Consulta Pública venha a colaborar neste sentido, ainda é necessária muita discussão, desenvolvimento e informação para que a sociedade brasileira possa fazer escolhas difíceis, como por exemplo determinar quanto da sua riqueza quer reservar para gastos em saúde, uma vez que é disso que se trata ao se definir que adotar-se-á um (ou mais) limiars de custo-efetividade. Ainda não há métodos razoavelmente eficazes para que se chegue a um número que represente a vontade da nossa sociedade. Falta muita discussão.

Isso, em princípio. Mas quando descemos aos aspectos práticos da sugestão por ora comentada, encontramos outras barreiras para a sua implementação. Conforme Bertram et cols., mesmo modelos bem construídos podem produzir uma considerável gama de estimativas dependendo das premissas adotadas e da formulação da questão política que está sendo

avaliada. E não fornecem informações a respeito do impacto orçamentário ou da viabilidade da efetiva implementação da tecnologia estudada(4). Em uma sociedade com relativamente baixo grau de informação a respeito destas limitações do método, decisões discordantes (como por exemplo aquelas cujo RCEI¹ estiver abaixo do limiar mas, por outros motivos, não foram incorporadas) serão, sem nenhuma dúvida, mais difíceis de serem aceitas e implementadas. O limiar pode tornar-se, paradoxalmente, um fator confundidor.

A CONITEC também ainda não tem, ao contrário de Agências Reguladoras internacionais, muitas delas inspiradoras desta, o poder, por exemplo, de negociação de preços. Sem esta capacidade garantida pela legislação, o processo de incorporação de tecnologia fica incompleto. Este é um daqueles passos que consideramos prioritários, antes da adoção formal de limiares de custo-efetividade. Que pouco vêm ajudar neste contexto.

Além disso, haja visto os valores citados no documento por ora avaliado, estes, se aceitos, posicionariam o Brasil entre aqueles países com menor disposição a pagar entre todos os citados no Relatório intitulado “O uso de limiares de custo-efetividade nas decisões em saúde”, enquanto aqueles que adotam abertamente valores transparentes, estão discutindo seu substancial aumento(5, 6). A própria Organização Mundial da Saúde esclarece que os valores de 1 a 3 PIBs percapita devem ser usados para classificar as intervenções como custo-efetivas ou muito custo-efetivas, mas a intenção desta definição era apenas orientar os formuladores de políticas públicas, entendendo que outras considerações relevantes conforme configurações específicas dos locais deveriam ser usadas na tomada de decisão(7). Não há fundamentação ou validade de pressupostos na extrapolação para variados contextos. Tal prática, é importante ressaltar, nunca foi recomendada(4).

Basear-se em decisões anteriores pode não ser o mais indicado, quando é notório o sub-financiamento da saúde brasileira. E fixar o teto no triplo do valor considerado como base não tem nenhuma fundamentação ou base metodológica legítima e compreensível(8). Ao invés de ater-se a limiares de custo-efetividade ilegítimos, defendemos que a CONITEC considere fatores específicos que reflitam as necessidades locais do Sistema Único de Saúde Brasileiro. E que contribua para o amadurecimento desta discussão envolvendo toda a Sociedade. Para que, no futuro, cheguemos a esta definição, importante, se tomada no momento certo, para a melhor utilização dos recursos disponibilizados ao SUS.

Dr Marcos Santos MD PhD
Presidente da Sociedade Brasileira de Auditoria Médica SBAM
Presidente do Conselho Deliberativo – ISPOR BRASIL

¹ Razão de custo-efetividade incremental

Referências:

1. Daniels N, Sabin J. Last chance therapies and managed care. Pluralism, fair procedures, and legitimacy. *Hastings Cent Rep.* 1998.
2. Oxman AD, Lewin S, Lavis JN, Fretheim A. SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP) 15: Engaging the public in evidence-informed policymaking. *Health research policy and systems.* 2009;7(1):1-9.
3. O'Mara-Eves A, Brunton G, McDaid G, Oliver S, Kavanagh J, Jamal F, et al. Community engagement to reduce inequalities in health: a systematic review, meta-analysis and economic analysis. *Public Health Research.* 2013;1(4).
4. Bertram MY, Lauer JA, De Joncheere K, Edejer T, Hutubessy R, Kieny M-P, et al. Cost-effectiveness thresholds: pros and cons. *Bulletin of the World Health Organization.* 2016;94(12):925.
5. Paulden M. Recent amendments to NICE's value-based assessment of health technologies: implicitly inequitable? Expert review of pharmacoeconomics & outcomes research. 2017;17(3):239-42.
6. Clinical If, Review E. Modifications to the ICER value assessment framework for treatments for ultra-rare diseases. Institute for Clinical and Economic Review Boston, MA, USA; 2017.
7. Hutubessy R, Chisholm D, Edejer TT-T. Generalized cost-effectiveness analysis for national-level priority-setting in the health sector. *Cost effectiveness and resource allocation.* 2003;1(1):1-13.
8. Leech AA, Kim DD, Cohen JT, Neumann PJ. Use and Misuse of Cost-Effectiveness Analysis Thresholds in Low- and Middle-Income Countries: Trends in Cost-per-DALY Studies. *Value in health : the journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research.* 2018;21(7):759-61.