

# Grupo de Discussão em Avaliação de Tecnologias em Saúde

**GRUDA**

( 1 )

1ª reunião. RJ, 22.10.2013

Limiar de custo-efetividade:  
ter ou não ter?

# Avaliação de Tecnologias em Saúde

- Tecnologias: *value for money*
- Avaliações econômicas: “fourth hurdle”
- Limiar:
  - Um valor aceitável, um bom “valor” para incorporação.
  - Disponibilidade a pagar que reflita ganho em saúde.
  - Valor social, individual (valor da vida: infinito, incalculável): quanto custa um ano de vida a mais? £30,000? R\$ 22.000,00?
  - Priorização : escala decrescente de eficiência
    - Disability-adjusted life years - DALY
    - Quality-adjusted life year – QALY

- Tomada de decisão: limiar de custo-efetividade
- Maximização do ganho em saúde:
  - Limiar de custo-efetividade
  - Análise de impacto-orçamentário



**Custo de oportunidade é determinado pelo impacto orçamentário e não pela RCEI.**



Birch and Gafni. On being NICE in the UK: guidelines for technology appraisal for the NHS in England and Wales.

“...without a clear idea as to what is our willingness or ability to pay for an additional QALY, this increasingly sophisticated edifice of cost effectiveness analyses with which so many of **you** are involved, really has no value”.

The ISPOR 7th Annual European Congress in Hamburg, Germany in Buxton M. Looking for Willingness-to-Pay (WTP) Threshold for a QALY – Does it Make Sense? A Practical View. Presentation at Third Plenary Session, “Societal Value of a QALY,” presented at the ISPOR 9th Annual European Congress, 31 October 2006, Copenhagen, Denmark.

# Definição do limiar - países

- EUA: US\$ 50,000, origem:
- Valor da RCEI (1982):
  - Custo-efetivo:  $RCEI < US\$ 20,000$
  - Controverso, mas justificável:  $RCEI = US\$ 20,000 - \$100,000$
  - Questionável em comparação com outras intervenções:  
 $ICER > US\$ 100,00$
- Inflação? Ajuste inflacionário: limiar acima de US\$ 265,000.
- Correção por método?

- Canadá:
- Valor da RCEI (1992):
  - Evidência forte:  $RCEI < CA\$ 20,000/Qaly$
  - Evidência moderada:  $RCEI = CA\$20,000-CA\$100,000/Qaly$
  - Evidência fraca:  $ICER > CA\$100,000/Qaly$
- Austrália (Australian Pharmaceutical Benefits Advisory Committee):
  - $RCEI < AU\$ 76,000$  (drug list)

- NHS/UK:
  - RCEI: £20,000-30,000/Qaly
  - Orçamento NHS (2013/2014): £95.6 bilhões (≈ R\$ 333 bilhões)

*“This range may be too high. Critically, this key determinant of value ought to be removed from the heat of political negotiation and become an empirical question subject to scientific analysis as recently recommended by the health select committee” (Claxton et al, 2008).*

*“This is an arbitrary figure. Evidence on the public’s willingness to pay suggests that it should be higher. There is a lack of evidence on opportunity costs. Evidence on the public’s willingness to pay suggests that it should be higher” (BMJ 2009;338:b181)*



- Organização Mundial da Saúde:

- < PIB per capita (muito CE)
- 1-3 PIB per capita (CE)
- > 3 x PIB per capita (não CE)

Toda a riqueza do país  
destinada ao setor saúde

- OMS (Brasil, US\$ internacional):

- US\$ 9,790 (US\$ 11,750)

# Como estimar o limiar?

- Consenso de profissionais de saúde, gestores a partir de um orçamento do setor saúde.
- Disponibilidade a pagar da sociedade por serviços de saúde.
  - Sociedade desconhece o orçamento de saúde (estrutura e financiamento) » tendência a aumentar as despesas de saúde se a população está disposta a pagar mais.
  - Recursos são finitos, necessidades infinitas, mas é importante conhecer as preferências da população.

- NICE:
  - Se ICER é  $>$  limiar:
    - Características da população a ser beneficiada: ganho em saúde?
    - Tecnologia é inovadora?
    - Geração de benefícios para a sociedade que não foram incorporados na análise de custo-efetividade?
    - Incerteza dos resultados: decisão “falso negativa”?

# Questões...

- Limiar:
  - Haveria incentivo em precificar a tecnologia conforme o limiar (abaixo, acima); até que preço o pagador suportaria?
    - Tipo de tecnologias (medicamentos para malária, quimioterápicos).
  - Países diferentes, preços diferentes?
  - Debate: o quanto a sociedade estaria disposta a pagar?
  - Decisão baseada somente em números.

# Questões...

- Ausência de limiar:
  - Escolha: qual população poderia se beneficiar da decisão de incorporar uma nova tecnologia (arbitrariedade, decisões não baseadas na evidência, etc.)?
  - Enfraqueceria o processo de tomada de decisão baseado em avaliações econômicas?
  - Adoção de outros critérios de priorização na tomada de decisão:
    - Impacto orçamentário
    - Financiamento de tecnologias para condições mais graves (tecnologias existentes inadequadas ou inexistentes)
    - Demandas novas, novas tecnologias

# Literatura

- Técnicas diferentes
- Estados de saúde mais severos: disponibilidade a pagar maior
- População em geral
- Populações específicas (pacientes com aneurisma, comprometimento cervical severo, hemofilia em crianças)
- Tecnologias diferentes

# SUS

- Processo de ATS em evolução para a tomada de decisão (CONITEC)
- Não há limiar
- Pesquisa: critério OMS
  - DALYs versus unidades naturais
  - DALYs versus anos de vida ganhos
  - Etc.

- Política de saúde
  - Priorização: critérios
    - População
    - Epidemiológicos
    - Avaliação econômica
    - Evidência clínica
    - ... externalidades
  - Limiar para o SUS
    - Necessita?
    - Priorização: critérios + limiar?
    - Municípios e estados: limiar?
    - Orçamentos de saúde (fixos)
    - Variação de valores
    - Investimento e ...desinvestimento?



# Decisões de (não) incorporação - CONITEC

- Relatório 13: etanercepte, adalimumabe, infliximabe e ustequinumabe
- Indicação: pacientes adultos com psoríase crônica moderada a grave, sem resposta ou intolerantes ao tratamento com fototerapia, metotrexato, acitretina e ciclosporina.
- A incorporação de medicamentos biológicos no tratamento da psoríase moderada a grave refratária à fototerapia e tratamento local e sistêmico, já disponíveis no SUS requer estudos de boa qualidade metodológica, contra comparador ativo, com tempo de observação compatível com o perfil de doença crônica.
- Recomendação: não incorporação.

- Relatório 14: Maraviroque
- Indicação: pacientes em terapia anti-retroviral
- Decisão: recomenda a incorporação
- Condição: custo diário com o maraviroque menor que custo diário de outro antirretroviral (raltegravir).

“We have a choice. Do we use science to help us reach consensus on what we are willing to pay for new therapies and innovation, or do we leave individual patients to wrestle with the skyrocketing costs of cancer care and treatment determined by their ability to pay?”

Malin, JL. Wrestling with the high price of cancer care: should we control costs by individuals' ability to pay or society's willingness to pay? *Journal of Clinical Oncology* 2010;28:3212-3214.

# Obrigada.

