

PLS 415/2015

Perspectiva da CONITEC

Gustavo Laine Araújo de Oliveira, PhD

Ministério da Saúde

Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS

Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde

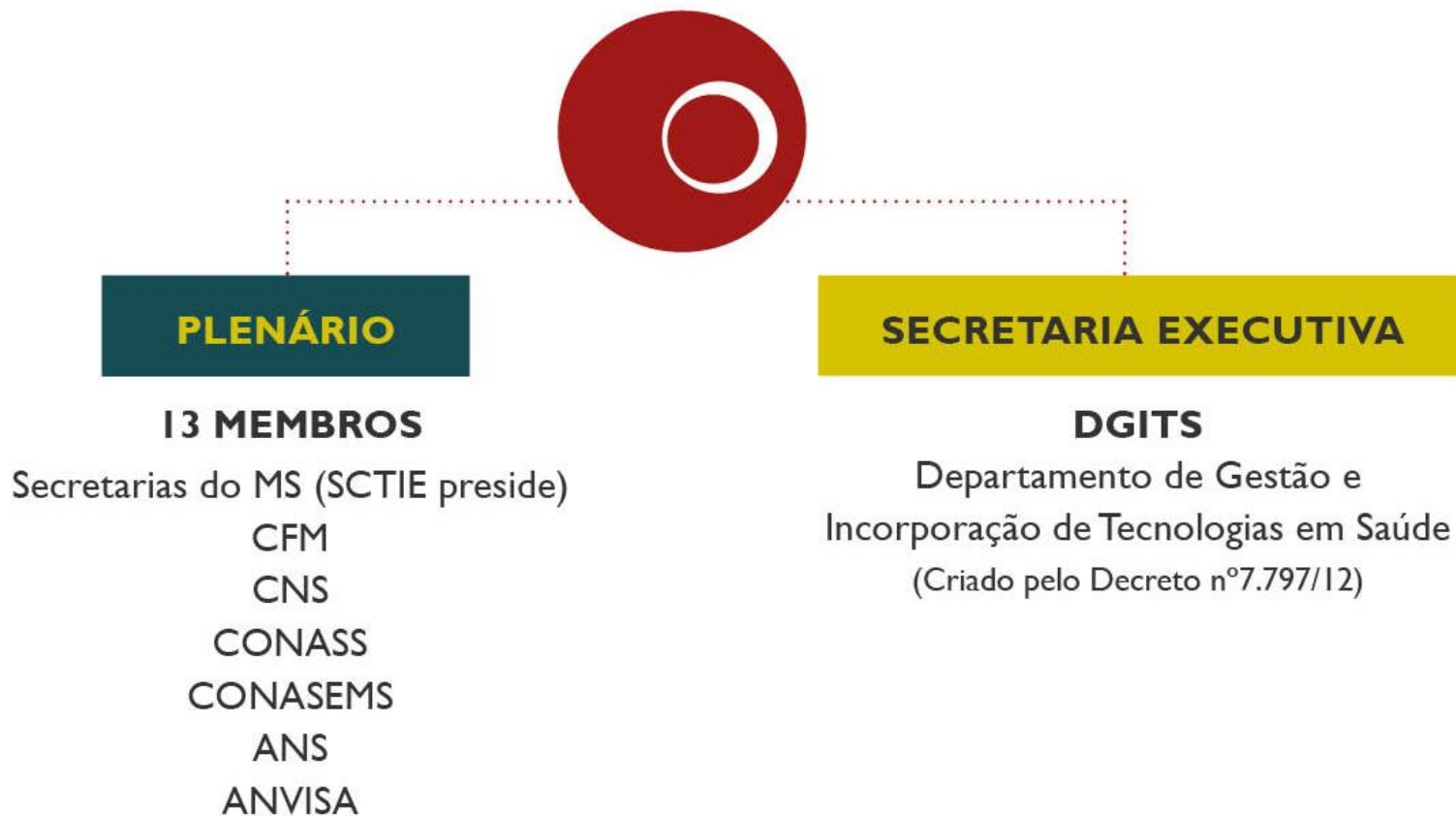


NOVO MARCO – LEI Nº 12.401/2011



- **Altera a lei nº 8.080** e dispõe sobre assistência terapêutica e incorporação de tecnologia em saúde no SUS
- **Cria a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS**

ESTRUTURA



O DEPARTAMENTO DE GESTÃO E INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE – DGITS

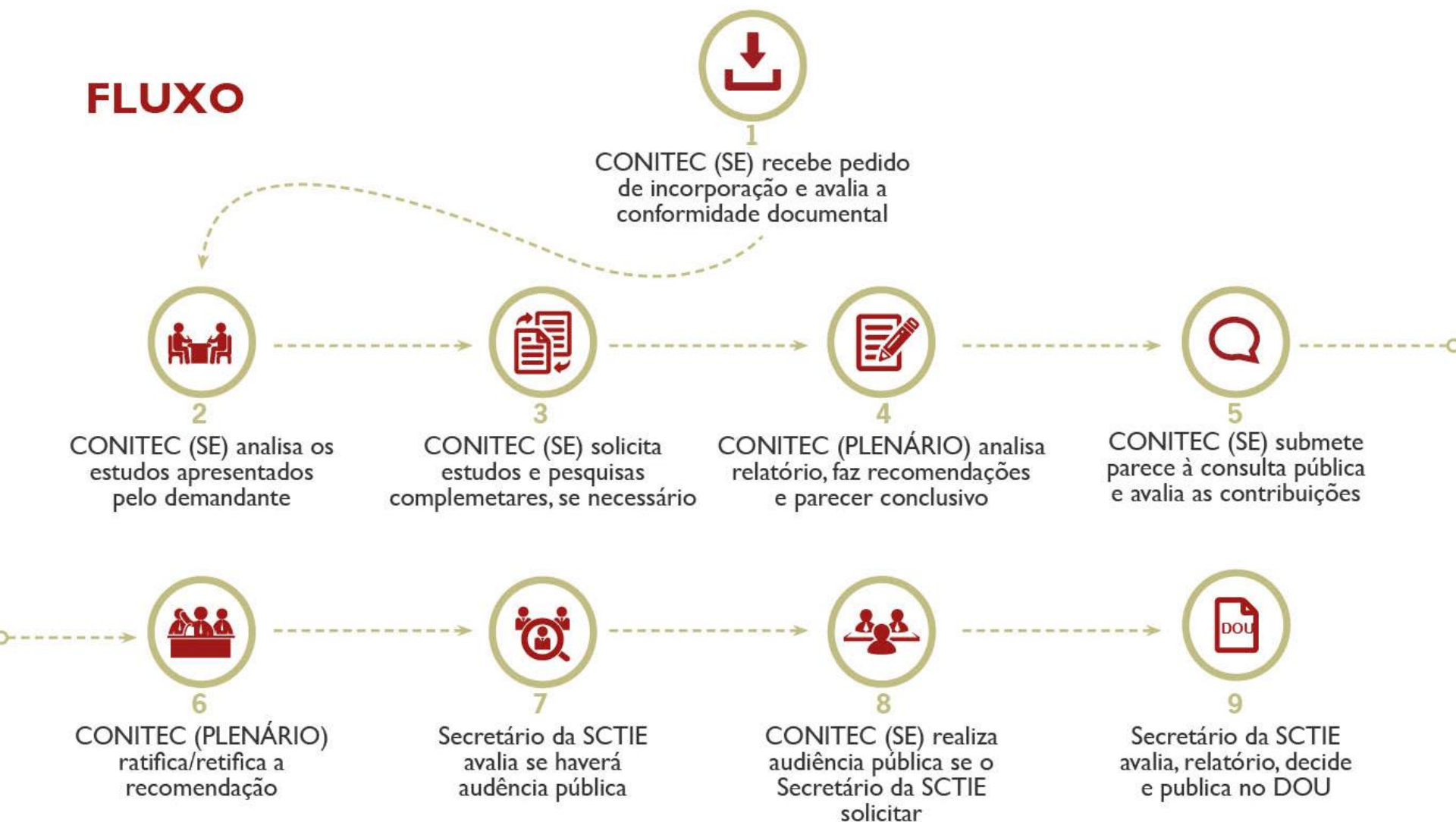


**EQUIPE
MULTIDISCIPLINAR**



**INSTITUIÇÕES
PARCEIRAS**

FLUXO



TOMADA DE DECISÃO

CLÍNICA

Segurança Indicações
Eficácia Efetividade
População Beneficiada
Outros Resultados

ECONÔMICA

Custos Eficiência
Custo-efetividade
Custo-utilidade
Custos de Oportunidade
Impacto Orçamentário

PACIENTE

Impacto Social Reações Psicológicas
Ética Conveniência
Aceitabilidade Outros Aspectos

ORGANIZACIONAL

Difusão Acessibilidade
Logística Capacitação
Utilização Sustentabilidade

ATS

DECISÕES – CONITEC

incorporação



59,6 %

não incorporação



27,5 %

exclusão



12,9 %

RELATÓRIO – ATS

- *Condição clínica*
- *Tecnologia*
- *Análise das evidências apresentadas pelo Demandante*
 - **Evidência Clínica**
 - **Avaliação Econômica**
 - **Impacto Orçamentário**
- *Busca e Análise de Evidências*
- *Experiências internacionais*
- *Monitoramento do Horizonte Tecnológico*
- *Recomendação da Conitec*
- *Consulta Pública*
- *Deliberação Final*
- *Decisão*

<http://conitec.gov.br/deciso-es-sobre-incorporacoes>



AVALIAÇÃO ECONÔMICA

Trata-se de modelo econômico = aproximação da realidade

- *Custo-minimização*
 - Custo: monetário
 - Efetividade: equivalente (desconsiderada no cálculo)
- *Custo-benefício*
 - Custo: monetário
 - Efetividade: monetária (valoração monetária de benefícios clínicos)
- *Custo-efetividade*
 - Custo: monetário
 - Efetividade: benefício clínico
- *Custo-utilidade*
 - Custo: monetário
 - Efetividade: anos de vida ajustados por qualidade (QALY)

AVALIAÇÃO ECONÔMICA

- *Custo*
 - Monetário
 - *Efetividade*
 - Benefício clínico
- *Eficácia (como aproximação)*
 - *Efetividade (dados reais)*
 - *Anos de vida*
 - *Anos de vida por qualidade*
 - *Anos de vida por incapacidade*
 - *Cura*

- $\text{Custo-efetividade} = \frac{\text{custo}}{\text{efetividade}}$
 - Custo por ano de vida?
 - Custo por QALY?
 - Custo por DALY?
 - Custo por cura?

- $\text{Custo-efetividade incremental} = \frac{\text{custo A} - \text{custo B}}{\text{efetividade A} - \text{efetividade B}}$

LIMIAR DE CUSTO-EFETIVIDADE

Cost–effectiveness thresholds: pros and cons

Melanie Y Bertram,^a Jeremy A Lauer,^a Kees De Joncheere,^a Tessa Edejer,^a Raymond Hutubessy,^a Marie-Paule Kieny^a & Suzanne R Hill^a

Bull World Health Organ 2016;94:925–930 | doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.15.164418>

- *Autores concluem que:*
 - *Não há consenso sobre uso de limiar de custo-efetividade*
 - *Nunca considerar apenas o limiar de custo-efetividade*
 - *Além do custo-efetividade, a decisão deve considerar:*
 - *Capacidade de fornecimento*
 - *Impacto orçamentário*
 - *Equidade*
 - *Viabilidade*
 - *Crítérios importantes para o contexto local*

LIMIAR DE CUSTO-EFETIVIDADE

Derivation of cost-effectiveness thresholds
based on per capita health expenditures
and life expectancy, and country-level
estimates for 194 countries



IECS
INSTITUTO DE EFECTIVIDAD
CLÍNICA Y SANITARIA

June, 2016

- Método baseado no gasto per capita em saúde e na expectativa de vida*

Per capita	Anos de vida		QALY	
	Restrição orçamentária	Manutenção da tendência de gasto	Restrição orçamentária	Manutenção da tendência de gasto
Gasto em saúde	7,30 – 8,20	8,08 – 9,20	8,14 – 9,23	9,13 – 10,54
PIB	0,71 – 0,79	0,78 – 0,89	0,79 – 0,89	0,88 – 1,02

LIMIAR DE CUSTO-EFETIVIDADE

Limiar de custo-efetividade: uma necessidade para o Brasil?

JBES Jornal Brasileiro de
Economia da Saúde
Brazilian Journal of Health Economics

Cost-effectiveness threshold: is it needed in Brazil?

Márcia Pinto¹, Marisa Santos², Anete Trajman³

J Bras Econ Saúde 2016;8(1): 58-60

- *Limiar atrelado a gastos em saúde = oscilação no limiar*
 - *Contudo, aumento no gasto em saúde não necessariamente expressa aumento na disposição a pagar por novas tecnologias*
 - *Infra-estrutura, recursos humanos, etc.*

DISTRIBUIÇÃO ALEATÓRIA DE DEMANDAS

- *Demandas sobre ortopedia*
 - *Hoje: pode ser direcionada ao NATS-INTO*
 - *Se aleatória pode, por exemplo, ser atribuída ao NATS-INC*
- *Demandas sobre cardiologia*
 - *Hoje: pode ser direcionada ao NATS-INC*
 - *Se aleatória pode, por exemplo, ser atribuída ao NATS-INTO*
- *Demandas internas*
 - *Hoje: DGITS auxilia na elaboração*
 - *Se aleatória pode, por exemplo, implicar em gasto adicional*

DISTRIBUIÇÃO ALEATÓRIA DE DEMANDAS

- *Contexto atual:*
 - *Impessoalidade: o interesse é estritamente público*
 - *Transparência: Reconhecimento internacional*
- *Com distribuição aleatória*
 - *Inespecificidade*
 - *Perda de qualidade*
 - *Descumprimento dos prazos*
- *Falsa simetria em relação ao Poder Judiciário*
 - *ATS é fase estritamente técnica*
 - *Não inclui julgamento de mérito – feito pelo plenário da CONITEC*

Obrigado!

conitec@saude.gov.br

<http://conitec.gov.br>
Twitter: @conitec_gov
YouTube: Conitec

