

Tratamentos Dispendiosos: Como Avaliar o Custo-Eficácia

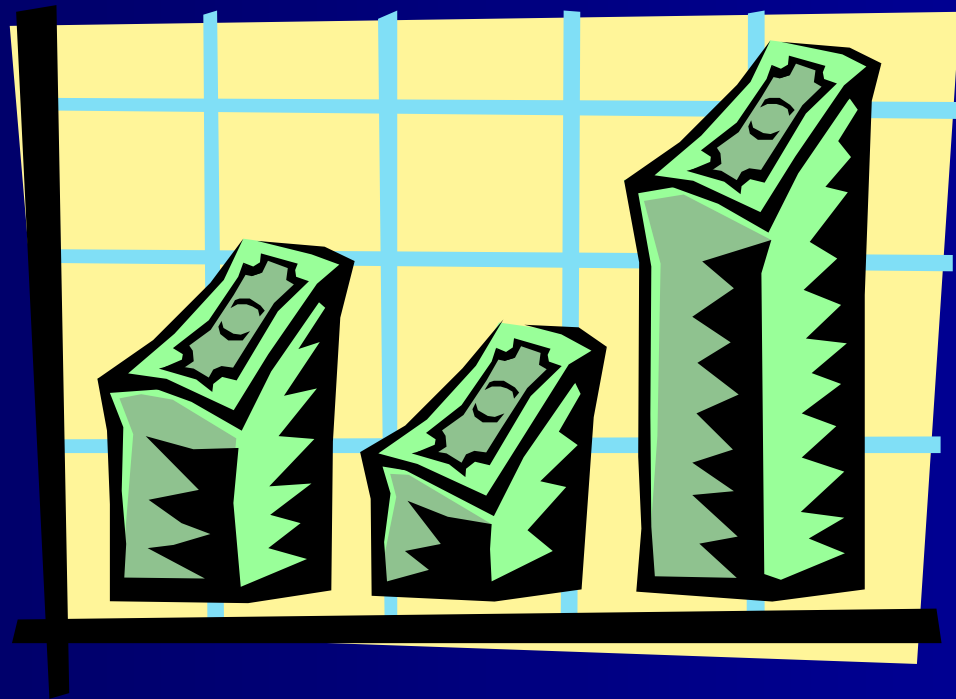


Miguel Gouveia

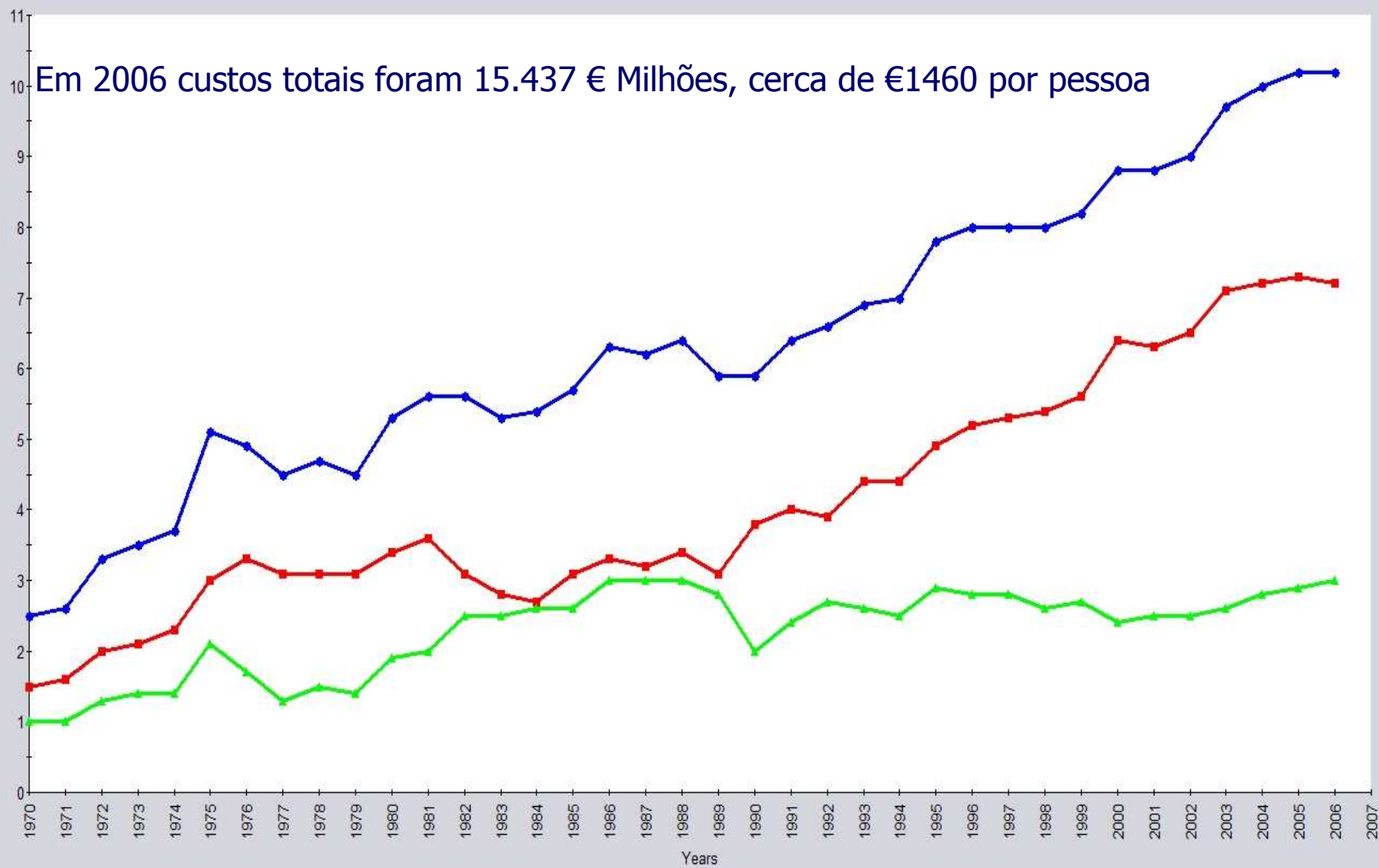
Faculdade de Ciências Económicas e Empresariais

Universidade Católica Portuguesa

Quanto custam os cuidados de Saúde em Portugal?



Portugal
Despesa em Saúde % PIB



Despesas Totais Despesas Públicas Despesas Privadas

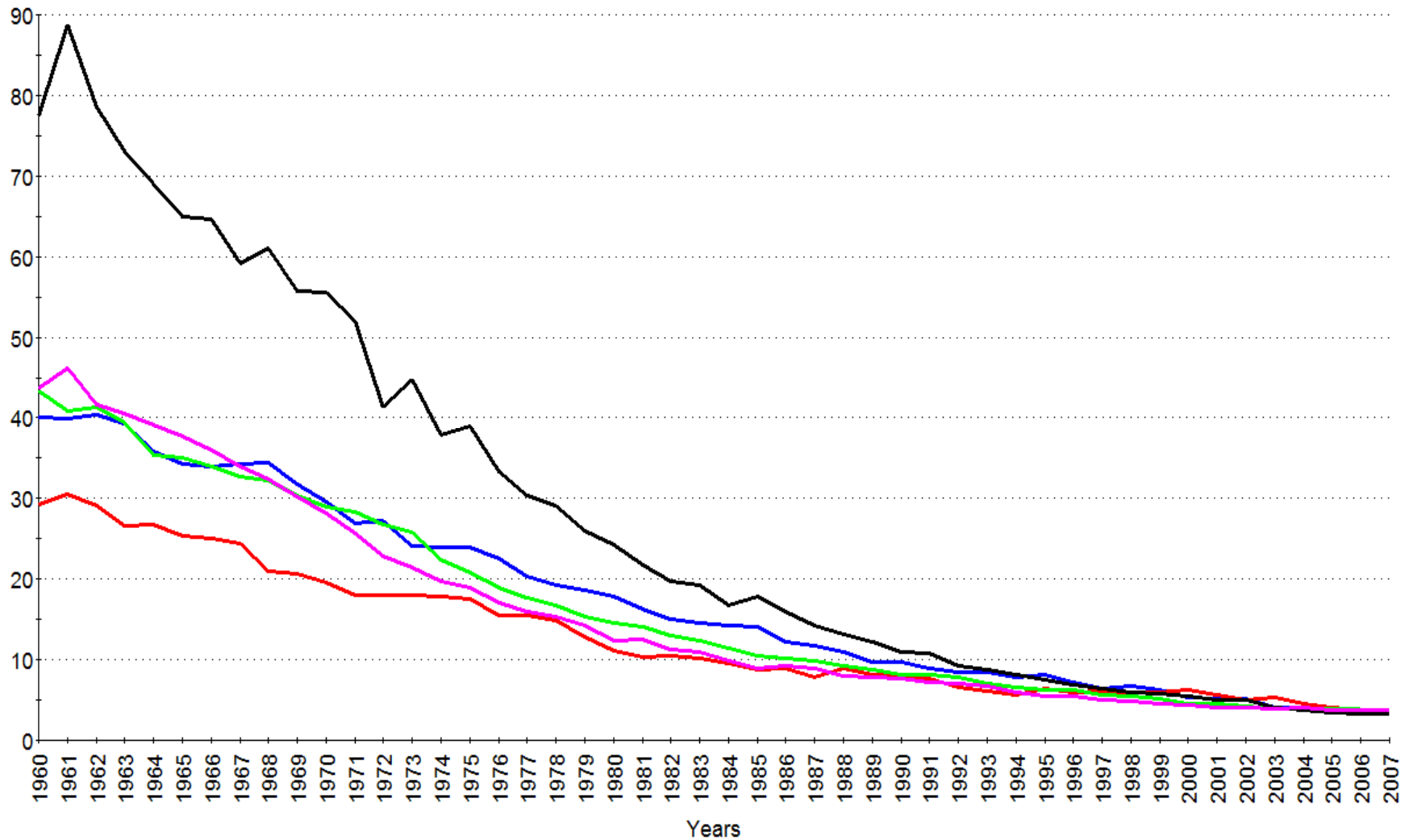
Com que resultados?



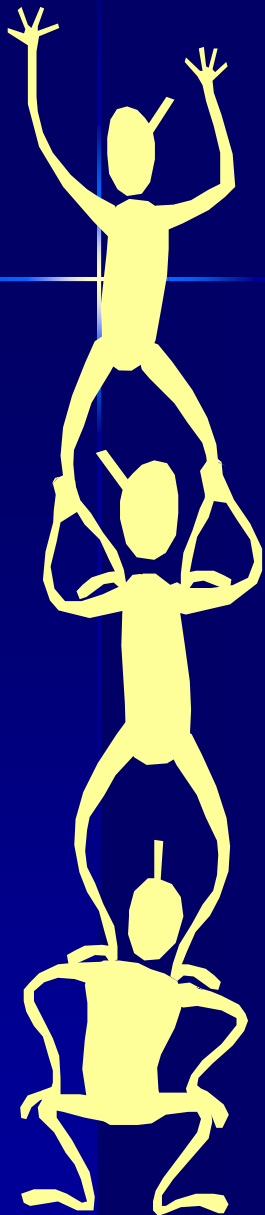
Muitos...

- Redução da mortalidade infantil e perinatal
- Redução dos anos de vida perdidos por morte prematura
- Redução das taxas de mortalidade padronizadas
- Crescimento da esperança de vida

Mortalidade Infantil
Mortes /1 000 nados vivos



— Greece — Ireland — Italy — Portugal — Spain



Mas....

Recursos nunca chegam

**Trajectória das despesas em saúde
corre o risco de ser insustentável**



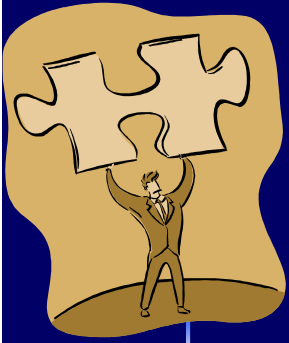
Inovações Tecnológicas

- As inovações de produto
 - Típicas em medicina: novas técnicas de imagiologia, novas intervenções cirúrgicas, transplantes, novos dispositivos, e certamente com um grande peso, os novos medicamentos.
- As inovações de processo
 - Limitadas em medicina: autoanalisadores, alguma cirurgia de dia, etc.
- Evolução tecnológica na saúde aponta quase sempre para maiores despesas.

Peculiaridades da Medicina (2)

- Os cuidados de saúde não passam o **teste do mercado**. Quer no Estado Providência na Europa quer no mercado dos seguros nos Estados Unidos os pagadores garantem que as pessoas são isoladas das consequências financeiras dos seus consumos.
- Resultado: há incentivos para prestador e consumidor não olharem a custos: risco moral. Pode haver intervenções médicas sem benefícios que justifiquem os custos.





Que soluções?

- Os pagadores (Estado, Subsistemas, Seguros, etc.) tiveram de encontrar um substituto para o teste do mercado: a avaliação económica de tecnologias.
- Juntando a metodologia da avaliação económica com a informação da medicina baseada na evidência é possível ter ideias fundamentadas sobre que tecnologias valem a pena.

Avaliação Económica em Portugal

- A avaliação económica começou por ser uma actividade académica
- Tornou-se de utilização oficial ou oficiosa no Reino Unido (**NICE**), Canadá, Australia, Países Nórdicos, e de forma mais descentralizada nos EUA
- Primeiras avaliações em Portugal foram feitas pelo Prof. Correia de Campos e co-autores (estatinas)
- Tornaram-se parte oficial do processo para decidir comparticipações de medicamentos com as "Orientações Metodológicas para Estudos de Avaliação de Medicamentos" do INFARMED, de Novembro de 1998 e consagradas pelo Despacho nº 19064/99 de Setembro de 1999.

A utilização de resultados de avaliação económica

- Além do mercado ambulatorio, ocorreu mais recentemente a regulação da adopção de medicamentos no mercado hospitalar
- O Decreto Lei n.º 195/2006, de 3 de Outubro veio definir as regras a que deverá obedecer a avaliação prévia de medicamentos reservados a tratamento em meio hospitalar bem como de outros medicamentos com receita médica restrita e apenas distribuídos ao nível hospitalar.

A Efectividade Custo dos Cuidados de Saúde



O Início da análise

Definição do problema: definir intervenção, população alvo da intervenção, horizonte temporal, etc.

Intervenção é estratégia terapêutica, não apenas medicamento. Ex: Incluir custos com administração, monitorização, eventos adversos, etc.

Seleccção do comparador(es)- prática mais comum, mais eficaz, mais barata

Tipo de avaliação- tipo de medida das consequências:

custo-efectividade – medidas físicas

custo-utilidade – anos de vida ajustados pela qualidade

Custo-Efectividade 1

- Define-se medida de resultados (efectividade, utilidade).
 - (medicamento) Proporção de pessoas tratadas sem problemas de incontinência
 - (insulina) Níveis de hemoglobina glicosilada, nº de hipoglicémias
 - (rastreio) Nº de "lesões alvo" detectadas em colonoscopias
 - (prevenção) Nº de mortes rodoviárias
 - (Oncocercose - cegueira dos rios) hectares de terra arável recuperada
 - (geral) anos de vida ajustados pela qualidade- QALYs
- Estima-se os resultados gerados e o custo de gerar resultados pela estratégia em análise e pelo comparador.

Custo-Efectividade 2

- **Rácio de Custo-Efectividade Incremental**
(*ICER -Incremental Cost-effectiveness ratio*)

$$ICER = \frac{\text{Custo}_a - \text{Custo}_b}{\text{Resultado}_a - \text{Resultado}_b}$$

- Exemplo com cefaleias: Horizonte -1 ano.
 - Medicamento A – custo anual 120, média 4,5 cefaleias ano.
 - Medicamento B- custo anual 100, média de 5,0 cefaleias ano.
 - $ICER = (120 - 100) / (-4,5 - (-5,0)) = 20 / 0,5 = 40$
 - Interpretação: mudar de B para A reduz cefaleias a um custo médio de 40 por cada cefaleia.

Custo-Efectividade 3

- Permite avaliação de intervenções em termos relativos, ou seja hierarquizar as alternativas.
 - **Vantagens:**
 - Simplicidade, ligação directa a indicadores intuitivos
 - **Desvantagens:**
 - Medidas de resultados podem ser demasiado específicas, más quando os resultados têm várias dimensões. Ex: acidentes rodoviários
 - Medidas específicas impossibilitam comparação de eficiência entre intervenções em problemas de saúde diferentes.

Anos de Vida Ajustados pela Qualidade (QALY)

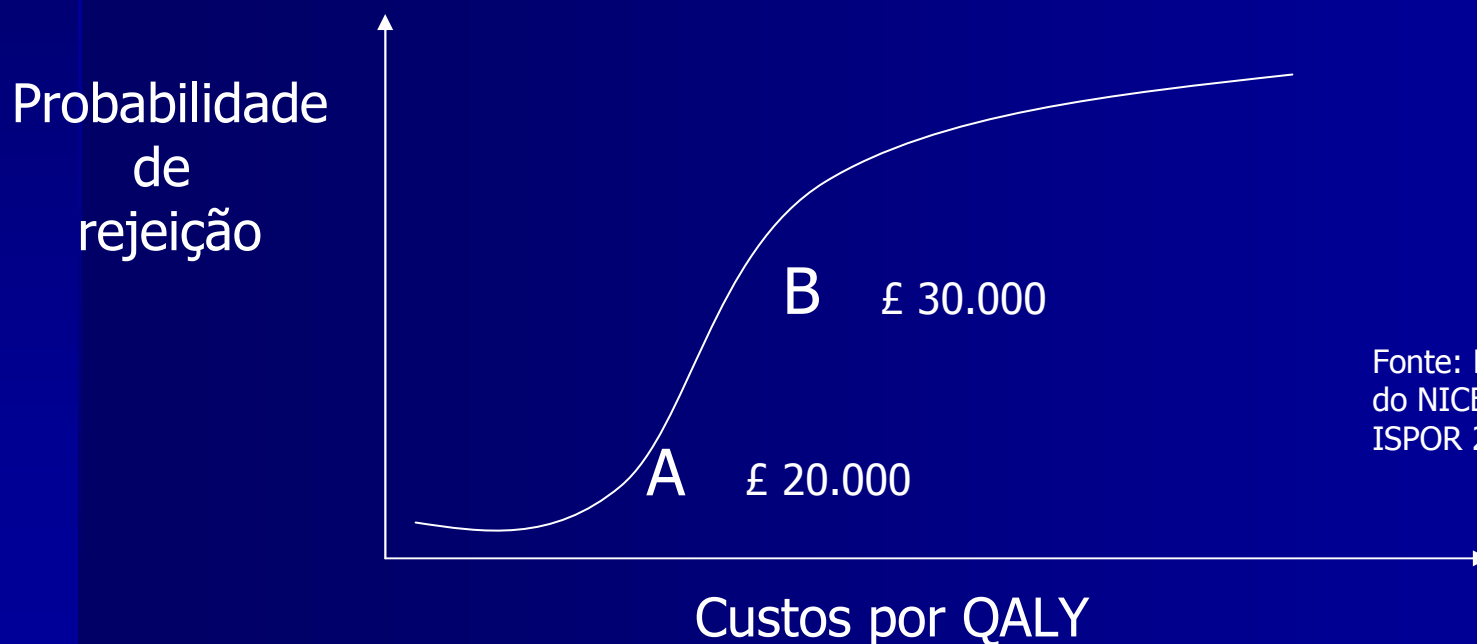
- Principal ideia: a saúde mede-se em unidades de tempo. Um ano de vida em saúde perfeita vale 1.
- Morte prematura corresponde a zero.
- Doença ou incapacidade correspondem a “perder” tempo: um ano com qualidade de vida a 50% vale apenas meio ano de vida saudável.
- QALYs- Anos de vida ajustados pela qualidade. Permite incluir incidência de situações não fatais. Podem ser estimados por várias metodologias.

Custo-Utilidade 1

- Exemplo com cefaleias: Horizonte -1 ano.
 - Medicamento A,B – custo anual 120 vs 100; média 4,5 vs 5 cefaleias ano.
 - Utilidade “normal” para o grupo alvo=0.8.
 - Utilidade com cefaleias=0.55.
 - Duração de cada cefaleia= 7 dias.
 - No fim do ano ganharam-se 3,5 dias sem cefaleias.
 - Ganho anual em utilidade foi de $(0.8-0.55)*3,5/365 = 0.002397$ QALYs
 - $ICER=20/0.002397=€8343/QALY$

Custo-Utilidade 2

- Quando o indicador de resultados é um ano de vida ou um QALY, as autoridades podem definir um limiar de aceitabilidade.
- Na Inglaterra se o ICER de uma inovação for acima de 30 mil £ por QALY então há grande probabilidade de não ser comparticipada ou paga pelo SNS!



Limiar no Custo por QALY

- Factores que afectam a disposição a comparticipar (reimburse) um medicamento pelo NICE, em particular acima das £ 30.000
 - Severidade do problema de saúde
 - Extensões no final da vida (“rule of rescue”)
 - Persuasividade dos agentes da sociedade civil
 - Inovação clínica significativa
 - Crianças
 - Sub-populações vulneráveis
- Não há um limiar oficial no Infarmed embora haja a ideia de estar algures entre €20.000 e €30.000...

Conclusões

- A avaliação económica introduz uma forma de racionalizar as escolhas dado que não há recursos para pagar tudo
- O indicador central é o ICER: custo por unidade de resultado adicional
 - Não esquecer que além de preocupações de eficiência, há preocupações de equidade. Ex: doenças órfãs.
- Ideias básicas são simples mas aplicações exigem bons ensaios clínicos, bons dados epidemiológicos, bons modelos para extrapolar efeitos no tempo, etc.