



Gasto inteligente em saúde

Como fazer cada real valer a pena



William Savedoff
Pamela Góngora
Ursula Giedion
Marcella Distrutti

Inter-American Development Bank
1300 New York Avenue, N.W.
Washington, D.C. 20577
www.iadb.org

Copyright © 2023 Banco Interamericano de Desenvolvimento ("BID"). Este trabalho está sujeito à licença de uso Creative Commons CC BY 3.0 IGO (<https://creativecommons.org/licenses/by/3.0/igo/legalcode>). Os termos e condições (indicados no link da URL) devem ser cumpridos e se dá o respectivo reconhecimento ao BID.

Além da seção 8 da licença acima, qualquer mediação relacionada a disputas decorrentes dessa licença deverá ser conduzida de acordo com as Regras de Mediação da OMPI. Qualquer controvérsia relacionada ao uso das obras do BID que não possa ser resolvida amigavelmente deverá ser submetida à arbitragem de acordo com as regras da Comissão das Nações Unidas para o Direito Comercial Internacional (UNCITRAL). O uso do nome do BID para qualquer finalidade que não seja a de atribuição, bem como o uso do logotipo do BID estarão sujeitos a um contrato de licença por escrito entre o BID e o usuário, não sendo autorizados como parte desta licença.

O link do URL inclui termos e condições que são parte integrante desta licença. As opiniões expressas neste trabalho são de responsabilidade dos autores e não refletem necessariamente a posição do Banco Interamericano de Desenvolvimento, de sua Diretoria ou dos países que estes representam.





Prefácio

A América Latina e o Caribe se encontram em uma encruzilhada. A crise global de saúde da COVID-19, juntamente com a guerra na Ucrânia e o aumento da inflação, colocou nossos sistemas de saúde, economias e sociedades sob uma pressão sem precedentes. Agora, mais do que nunca, precisamos explorar formas inovadoras de garantir a saúde de nossas comunidades, uma condição necessária para um desenvolvimento socioeconômico mais amplo.

Este relatório propõe uma solução pragmática, porém voltada para o futuro: um gasto inteligente em saúde. Essa estratégia é uma das maneiras mais eficazes de enfrentar o desafio dos gastos inadequados e insuficientes que, somados às pressões econômicas e demográficas, intensificaram a necessidade de uma mudança fundamental na forma como financiamos, gerenciamos e alocamos nossos recursos em matéria de saúde.

A premissa central deste relatório não se refere só ao aumento dos nossos gastos com saúde - que é necessário, mas desde que se maximize o valor e o impacto de cada montante gasto. O conceito de "fazer as coisas certas", que será abordado em todo o documento, sugere que, com o mesmo nível de gastos, poderíamos melhorar significativamente os resultados de saúde, aumentar a expectativa de vida e garantir uma distribuição mais equitativa dos serviços de saúde em nossas sociedades. Com melhores gastos e mais recursos alocados para a saúde, é possível obter um progresso sólido em prol da Cobertura Universal de Saúde.

Neste relatório, nos aprofundamos em estratégias práticas, utilizamos ferramentas eficazes e nos baseamos em exemplos do mundo real para promover o gasto inteligente como uma prática padrão das decisões de políticas de saúde e não só como uma aspiração. Ao adotar esses princípios, podemos ajudar a promover um sistema de saúde mais eficiente, equitativo e resistente, que ofereça a todos os indivíduos e comunidades acesso aos serviços de saúde de que necessitam sem causar dificuldades financeiras.

Embora o gasto inteligente englobe muitos elementos, o presente relatório se concentra em três áreas principais: comprar as coisas certas, obter melhores acordos e reduzir o desperdício (de gastos). Nesse contexto, destacamos a importância da definição explícita de prioridades e da avaliação de tecnologias em saúde; discutimos diferentes estratégias para uma melhor aquisição e gerenciamento de medicamentos e de outros insumos (processos de compra); e analisamos as práticas de desinvestimento.



Nossos esforços procuram tornar o direito à saúde não apenas uma nobre aspiração, mas uma realidade para todos da região da América Latina e do Caribe. Acreditamos que é necessário cumprir com o gasto inteligente, o qual complementa nossa abordagem mais ampla de promover melhores condições de saúde, reduzir o risco de pobreza associado a problemas de saúde e alcançar a sustentabilidade dos serviços de saúde para toda a população.

Convidamos você a se juntar a nós nessa empreitada, participar de nossas pesquisas e contribuir para esse diálogo contínuo.

Pablo Ibararán
Chefe da Divisão de Proteção Social e Saúde (BID)



Sumário Executivo

Os países da América Latina e do Caribe (ALC) gastam muito pouco em saúde, mas também poderiam obter mais saúde para suas populações com o dinheiro que gastam. Os recursos do governo para o setor de saúde são limitados porque a arrecadação de impostos é muito baixa, os níveis de endividamento são altos (agravados pela recente pandemia) e os choques econômicos em decorrência da guerra na Ucrânia e do aumento da inflação. Ao mesmo tempo, as pressões para investir mais em saúde estão crescendo na medida em que os países tentam adotar novas tecnologias e enfrentam demandas crescentes para tratar populações em processo de envelhecimento e uma prevalência cada vez maior de muitas doenças crônicas. A crise da COVID-19 também intensificou as pressões relacionadas aos gastos públicos de saúde, fazendo os países lidarem com os efeitos agudos e de longo prazo da doença, o investimento em preparação para pandemias em emergências futuras e com os efeitos do recente aumento da pobreza sobre a saúde.

Nesse contexto, a mobilização de recursos novos e adicionais para a saúde é um desafio. Agora, mais do que nunca, a região da América Latina e do Caribe precisa gastar de forma mais inteligente com a saúde. Ela precisa "fazer as coisas certas", ou seja, direcionar os recursos para estratégias e intervenções que gerem mais valor por dinheiro gasto. E precisa "fazer as coisas certas" no sentido de proporcionar mais saúde e equidade com os mesmos insumos. O potencial é enorme. As pessoas da região poderiam ganhar cerca de três anos a mais de expectativa de vida se seus países, usando o mesmo dinheiro que gastam hoje, melhorassem a forma como gastam para atingir os padrões de eficiência de outros países.

Este relatório propõe esse tipo de progresso por meio de gastos inteligentes em saúde. Além da ampla pesquisa sobre esse tema, o presente relatório conta com a experiência e os recursos da Divisão de Proteção Social e Saúde (SPH) do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e de sua rede de conhecimento, CRITERIA, juntamente com seus parceiros da América Latina e do Caribe.¹

1. CRITERIA. A CRITERIA é uma iniciativa do BID que apoia os países membros no desenvolvimento das evidências e instituições necessárias para melhor alocar e priorizar os gastos públicos com saúde. Ao fortalecer os processos, promover o trabalho colaborativo e trocar conhecimentos e experiências, a CRITERIA oferece ideias e alternativas para ajudar os países a progredirem em prol da Cobertura Universal de Saúde, apesar dos recursos limitados e aumento dos custos.



Além de financiar programas de saúde na região, a SPH realizou análises, desenvolve cursos de treinamento e forneceu suporte técnico a governos sobre como obter mais valor de suas despesas com saúde. Dessa forma, o BID faz parte de um movimento global no qual pesquisadores, funcionários do setor de saúde, políticos e grupos da sociedade civil estão tentando encontrar maneiras de definir prioridades, classificar a importância dos serviços e tratamentos de saúde, aumentar a produtividade, reduzir o desperdício do sistema de saúde e ajustar o orçamento do setor público e as decisões políticas. Nosso objetivo? Levar serviços de saúde a mais pessoas, de forma mais equitativa e com uma maior proteção financeira.

As políticas públicas oferecem muitas formas de melhorar os resultados de saúde, a equidade e a proteção financeira, sendo o gasto inteligente uma delas. Outros fatores ligados a melhores resultados de saúde incluem melhor administração, transparência e responsabilidade, bem como melhores incentivos, planejamento e gestão de pessoal do setor de saúde. Este relatório se concentrará no gasto inteligente porque é uma abordagem que foi amadurecendo nos últimos dez anos, com métodos bem desenvolvidos que se mostraram viáveis e promissores em muitos contextos.

Este relatório apresenta os principais conceitos, ferramentas e estratégias para a tomada de decisões mais adequadas em matéria de gastos com saúde e orienta os leitores quanto aos recursos, fornecendo exemplos práticos e explicações detalhadas. Embora o gasto inteligente inclua muitos outros elementos, o presente relatório se concentra nos seguintes:

- **Comprar as coisas certas:** comprar ou fornecer bens e serviços de saúde que ofereçam mais valor em relação ao seu custo, de forma mais equitativa do que outros serviços.
- **Conseguir melhores acordos:** encontrar maneiras de comprar os mesmos insumos, serviços e medicamentos a preços mais baixos, ou maneiras de gerenciá-los a um custo menor.
- **Gastar menos com “coisas erradas”:** reduzir os gastos com serviços de saúde, medicamentos ou dispositivos que sejam prejudiciais, desperdiçadores ou que ofereçam pouco ou nenhum valor.

O relatório mostra que:

- O gasto inteligente não é apenas compatível com o direito à saúde, mas também é fundamental para o cumprimento do direito à saúde.



- O gasto inteligente exige um acordo social sobre valores e a consideração dos custos de oportunidade.
- A definição explícita de prioridades é fundamental para gerenciar as pressões de custo e expandir os serviços de saúde de alto valor.
- A priorização não é um exercício único. É um processo com várias etapas, aplicado sistematicamente a longo prazo e que envolve muitos atores.
- A definição explícita de prioridades se beneficia das avaliações de tecnologias em saúde (ATS) como um insumo fundamental para a tomada de decisões. Entretanto, a priorização é muito mais do que ATS. Também envolve decisões sobre autorização de vendas e uso, seleção de quais tecnologias estarão sujeitas a ATS, deliberação sobre o financiamento dessas tecnologias; monitoramento de mercados e desempenho; e triagem para desinvestimento.
- Os países podem reduzir os custos comprando de forma mais adequada e, em seguida, realocando as economias para expandir a cobertura de serviços de saúde de boa qualidade e com boa relação custo-efetividade.
- O desinvestimento pode melhorar a saúde e liberar recursos para serem gastos em serviços de mais alto valor.
- Gastos inteligentes podem ajudar a eliminar desperdícios clínicos, operacionais e administrativos.

A cada dia, mais governos estão reconhecendo os benefícios do gasto inteligente em saúde e buscando evidências para informar a definição explícita de prioridades. O desafio é gerar e mobilizar as informações necessárias para orientar as mudanças nas políticas e fazer com que o gasto inteligente seja mais do que um exercício isolado. O gasto inteligente em saúde será mais satisfatório quando for incorporado como uma característica regular e sistemática das decisões políticas do sistema de saúde.



Índice

Prefácio	iii
Sumário Executivo	v
1 Introdução	1
1.1 O que é “gasto inteligente”?	3
1.1.1 O direito à saúde	3
1.1.2 Quanto gastar com o sistema de saúde?	5
1.1.3 O valor dos gastos com saúde	6
1.2 O que está gerando os custos de saúde?	6
1.2.1 Os gastos com saúde têm aumentado rapidamente	7
1.2.2 Fatores que geram o incremento dos gastos em saúde	10
1.2.3 Podemos desacelerar o aumento de gastos futuros em saúde?	12
1.3 Podemos nos tornar mais saudáveis por meio do gasto inteligente?	15
2 Gasto inteligente: forma acertada de gastar com saúde	17
2.1 Estamos comprando as coisas certas?	18
2.1.1 Valor	18
2.1.2 Custo-benefício	19
2.1.3 Custo de oportunidade	20
2.1.4 Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS)	25
2.1.5 Planos de benefícios em saúde	26
2.2 Podemos conseguir acordos melhores?	30
2.2.1 Aprimorando a administração e o gerenciamento de aquisições	32
2.2.2 Pagando preços mais baixos por produtos ou serviços semelhantes	34



2.2.3 Comprando conjuntamente (pooling procurement)	40
2.2.4 Regulando preços	43
2.3 Estamos comprando as “coisas erradas”?	46
2.3.1 Desinvestimento em serviços com pouco ou nenhum ganho para a saúde	46
2.3.2 Desperdícios: Clínicos, operacionais e administrativos	48
2.4 Podemos criar e apoiar sistemas que gastam de forma mais inteligente?	50
3 Palavras finais (Sejam saudáveis e sábios!)	57
3.1 O que é possível?	58
3.2 Conclusões	61
Referências	63
Apêndice	75



1



Introdução



Os países da América Latina e do Caribe (ALC) estão comprometidos com conseguir a Cobertura Universal de Saúde (CUS), mas proporcionar a todas as pessoas os serviços de saúde de boa qualidade de que precisam é caro. Embora muitos países precisem de mais gastos para avançar em direção à CUS, nenhum país, por mais rico que seja, pode garantir tudo para todos. Realmente, na área da saúde, os países devem priorizar o gasto inteligente. Gastar o que for possível com maior eficiência - ou seja, gastar de forma mais inteligente - é essencial para melhorar o âmbito da saúde e progredir em direção à CUS mais rapidamente.

Este relatório trata de gastos inteligentes em saúde. Além da ampla pesquisa sobre esse tópico, este relatório conta com as experiências e os recursos da Divisão de Proteção Social e Saúde (SPH) do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e de sua rede de conhecimento, CRITERIA², juntamente com seus parceiros da ALC.

Além de financiar programas de saúde na região, a SPH realizou análises, desenvolveu cursos de treinamento e forneceu suporte técnico a governos sobre como obter mais valor de seu gasto com saúde. Dessa forma, o BID faz parte de um movimento global no qual pesquisadores, funcionários do setor de saúde, políticos e grupos da sociedade civil estão encontrando maneiras de definir prioridades, classificar a importância dos serviços e tratamentos de saúde, aumentar a produtividade, reduzir o desperdício do sistema de saúde e ajustar o orçamento do setor público e as decisões políticas. Nosso objetivo? Levar saúde a mais pessoas, de forma mais equitativa e com maior proteção financeira.

As políticas públicas têm muitas maneiras de melhorar os resultados de saúde, a equidade e a proteção financeira, e o gasto inteligente é uma delas. Outros fatores ligados a melhores resultados na área da saúde incluem melhor governança, transparência e responsabilidade, bem como melhores incentivos, planejamento e gestão de pessoal no setor de saúde. Este relatório se concentrará no gasto inteligente porque é uma abordagem que amadureceu nos últimos dez anos, com métodos bem desenvolvidos que se mostraram viáveis e promissores em muitos contextos.

Este relatório apresenta os principais conceitos, ferramentas e estratégias para a tomada de decisões mais adequadas sobre gasto em saúde e orienta os leitores sobre recursos que fornecem exemplos práticos e explicações detalhadas. Em particular, aborda os três aspectos do gasto inteligente:

2. CRITERIA é uma iniciativa do BID que apoia os países membros no desenvolvimento das evidências e instituições necessárias para melhor alocar e priorizar os gastos públicos com saúde. Ao fortalecer os processos, promover o trabalho colaborativo e trocar conhecimentos e experiências, a CRITERIA oferece ideias e alternativas para ajudar os países a progredirem em direção à cobertura universal de saúde, apesar dos recursos limitados e dos custos crescentes.



- **Comprar as coisas certas:** comprar ou fornecer bens e serviços de saúde que ofereçam mais valor em relação ao seu custo, de forma mais equitativa, do que outros serviços.
- **Conseguir melhores acordos:** encontrar maneiras de comprar os mesmos insumos, serviços e medicamentos a preços mais baixos, ou maneiras de gerenciá-los a um custo menor.
- **Gastar menos com as “coisas erradas”:** reduzir os gastos em serviços de saúde, medicamentos ou dispositivos que sejam prejudiciais, desperdiçadores ou que ofereçam pouco ou nenhum valor.

1.1 O que é “gasto inteligente”?

“Gasto inteligente” no setor de saúde faz referência a políticas que obtêm o máximo possível de valor relacionado à saúde para a população dentro de um determinado orçamento. Mas essa definição levanta outras questões. Por exemplo, se a saúde é um direito, por que precisamos pensar em orçamentos e custos? O que determina o tamanho do orçamento disponível? E o que é “valor”?

1.1.1 O direito à saúde

A saúde é um direito em todos os países da América Latina e do Caribe. A maioria dos países conta com esse direito em suas constituições e muitos deles criaram procedimentos legais para as pessoas poderem reivindicá-lo em tempo hábil, mesmo que isso signifique ignorar a revisão regulatória, administrativa ou judicial de nível inferior. Por exemplo, no Brasil, as pessoas que têm uma receita para um medicamento ou serviço que não está incluído nos de saúde financiados pelo governo podem entrar na justiça para reivindicar os serviços excluídos às custas do governo. (Giedion et al. 2018)

Isso significa que a assistência médica deve ser fornecida sem considerar o custo? O direito à saúde está entre os direitos econômicos, sociais e culturais ratificados na Declaração dos Direitos Humanos da ONU em 1948. Reconhecendo que muitos desses direitos não podem ser cumpridos com os recursos disponíveis para os governos, as sucessivas declarações da ONU estabeleceram que:



ASSISTA



Priorização explícita: saúde com os mesmos recursos

Amanda Glassman
(no MOOC da CRITERIA).

“Os Estados têm o dever de usar o máximo de seus recursos disponíveis para a concretização progressiva dos direitos econômicos, sociais e culturais. Mesmo que um Estado tenha recursos notoriamente inadequados à sua disposição, ele ainda deve introduzir programas de baixo custo e direcionados para ajudar os mais necessitados para que os recursos limitados sejam usados de forma eficiente e eficaz.”
(UNHCR 2008)

O Grupo Consultivo sobre Equidade e Cobertura Universal de Saúde, da Organização Mundial da Saúde (OMS), elaborou essas obrigações em seu relatório *“Making fair choices*

on the path to universal health coverage” (OMS 2014). O relatório, preparado por um grupo diversificado de éticos, filósofos, economistas, especialistas em políticas de saúde e médicos clínicos de treze países, concluiu que estabelecer prioridades é essencial para a realização progressiva da cobertura universal de saúde e do direito à saúde. O estudo apresenta uma abordagem de três etapas para a equidade.

Primeiro, categorizar os serviços em classes de prioridade usando critérios apropriados, como custo-benefício, ajuda aos mais necessitados e proteção contra riscos financeiros. Em segundo lugar, expandir a cobertura dos serviços de alta prioridade para todos. Terceiro, garantir que os grupos desfavorecidos não sejam negligenciados (Norheim 2015). O gasto inteligente em saúde segue uma lógica semelhante, ajudando os países a cumprirem seu compromisso fundamental com a saúde. Os gastos com saúde que são eficazes e eficientes podem proporcionar a mais pessoas o atendimento médico de que precisam, de forma mais equitativa e com menos ônus financeiro, do que os gastos que ignoram os vínculos entre saúde e orçamentos. *“A definição explícita de prioridades e o direito à saúde são elementos de dois mundos paralelos - sistemas de saúde e jurisprudência - que têm o mesmo objetivo: a realização progressiva do direito à saúde”*. (María Luísa Escobar, MOOC)



1.1.2 Quanto gastar com o sistema de saúde?

É claro que a realização do direito à saúde é mais fácil para um país com mais recursos. Porém, nenhum país, por mais rico que seja, pode se dar ao luxo de fornecer toda a atenção médica que sua população deseja ou precisa. Em vez disso, a quantia que os países gastam com saúde é, em última análise, uma escolha política sobre tributação e prioridades de gastos. É determinada por valores, metas do sistema de saúde, estruturação de debates e capacidade administrativa. Também é afetada pela importância que os países dão a outros tipos de gastos públicos, juntamente com as perspectivas sobre o papel do governo na assistência à saúde. Portanto, não existe um valor "correto" para gastos em saúde. Entretanto, há um montante de gasto necessário para atingir as metas de saúde de um país (Savedoff 2007). A eficiência de gastos é um fator crítico nesse processo porque afeta a quantidade de dinheiro necessária. Quanto mais ineficiente for o gasto, maiores serão os recursos necessários.

Alcançar as metas de saúde sempre foi difícil, mas pode ser ainda mais difícil nos dias de hoje. Os países da América Latina e do Caribe têm tido problemas macroeconômicos e fiscais de longa data, períodos de crescimento lento da produtividade e outros fatores que limitam o quanto podem gastar em saúde. Mais recentemente, a pandemia da COVID-19 e as mudanças climáticas sobrecarregaram os recursos públicos e, ao mesmo tempo, aumentaram as demandas por orçamentos públicos de saúde.

No primeiro ano da pandemia, o produto interno bruto (PIB) regional caiu 7%. As receitas governamentais também caíram, enquanto os gastos sociais aumentaram, levando a grandes aumentos da dívida pública. Nos próximos 10 anos, a maioria dos governos da região enfrentará orçamentos muito apertados (Sparkes et al. 2021). Os padrões climáticos adversos decorrentes das mudanças climáticas também estão causando prejuízos econômicos em muitos lugares, levando à necessidade de investimentos públicos para adaptação climática.

Quando esses fatores são somados às tendências de longo prazo que aumentam os gastos com de saúde, como novas tecnologias, crescimento econômico, inflação médica, crescimento populacional e envelhecimento da população, escolhas mais acertadas de gastos com saúde se tornam imperativas.



1.1.3 O valor dos gastos com saúde

Não importa o quanto um país gaste em saúde, sua situação estará melhor se considerar o *valor* que obtém de seus gastos com saúde. Outro termo para os esforços de se obter mais valor dos gastos com saúde de um país é "eficiência". Um país mais eficiente obtém mais resultado das contribuições que realiza. Assim, os países que melhorarem a eficiência de seu sistema de saúde poderão progredir mais rapidamente em direção à CUS do que aqueles que gastam de forma ineficiente.

Para obter mais valor, geralmente é útil "*fazer as coisas certas*". Envolve direcionar fundos para intervenções de saúde que gerem resultado. O termo técnico para isso é "eficiência alocativa". "*Fazer as coisas certas*" significa incidir com a mesma quantidade de recursos, por exemplo, gerenciando melhor o pessoal, reduzindo o desperdício ou melhorando a qualidade da assistência. O termo técnico para isso é "*eficiência técnica*".

Os valores que orientam os países quando estão definindo suas metas de política de saúde variam, mas alguns são universais. O valor mais comum que os países tentam alcançar com os gastos com saúde é melhorar a saúde da população. Entretanto, as escolhas de gastos com saúde pública também refletem valores relacionados à equidade, proteção financeira, compaixão pelos desfavorecidos e outras aspirações sociais e éticas (Zhang et al. 2022). Encontrar maneiras mais inteligentes de gastar com o valor da saúde significa conseguir o máximo de valor possível do orçamento da saúde, considerando esse senso multidimensional de valor (Pichon et al. 2021). Embora todas as dimensões do valor da saúde sejam importantes, este relatório se concentrará principalmente em duas das microeinentes: saúde e equidade. Ele mostrará como gastos mais inteligentes podem levar a mais saúde, e de forma mais equitativa, do que se os países ignorarem os vínculos entre valor e custo.

1.2 O que está gerando os custos de saúde?

Os gastos com saúde aumentaram substancialmente nos últimos 50 anos na América Latina e no Caribe, assim como na maior parte do mundo. Grande parte desses gastos proporcionou enormes benefícios e contribuiu para um aumento sem precedentes na expectativa e na qualidade de vida. Infelizmente, também cresceram mais rapidamente do que a renda nacional e não mostram sinais de desaceleração. Então, o que exatamente está aumentando os gastos com saúde? E isso vale a pena ou não?



1.2.1 Os gastos com saúde têm aumentado rapidamente

Entre 2000 e 2020, o gasto total com saúde³ na América Latina e no Caribe quase dobrou, passando de US\$ 366 para US\$ 583 por pessoa (veja a Figura 1). No mesmo período, os gastos com saúde pública cresceram mais rapidamente do que os gastos totais com saúde, de US\$ 168 para US\$ 314 por pessoa. Assim, os gastos com saúde pública representam uma parcela cada vez maior do total de gastos com saúde, substituindo os gastos privados e gastos do próprio bolso.

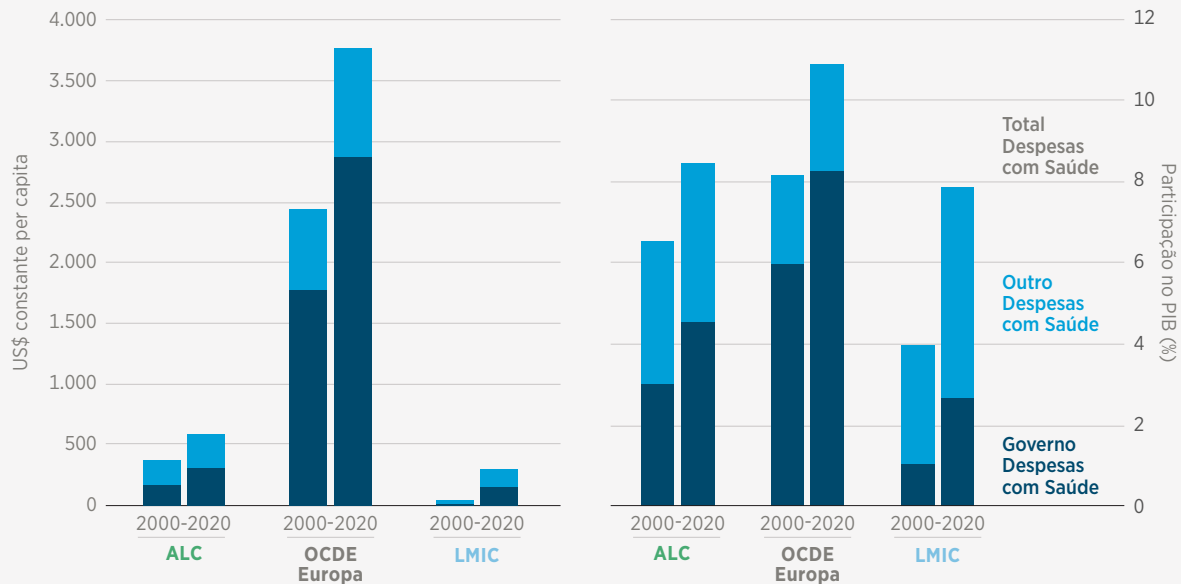
Os gastos com saúde cresceram mais rapidamente do que a renda entre 2000 e 2020, representando uma parcela maior do PIB. Os gastos totais com saúde aumentaram de 6,5 para 8,4% do PIB e os gastos com saúde do governo aumentaram de 3,0 para 4,5% do PIB. Os gastos com saúde também cresceram em outras regiões do mundo. Os gastos em saúde nos países europeus da OCDE aumentaram de 5,9 para 8,3% do PIB e, nos países de renda baixa e média, aumentaram de 1,0 para 2,7% do PIB.

3. O gasto total com saúde inclui todos os gastos públicos e privados em saúde. Os gastos em saúde incluem os salários dos profissionais de saúde, medicamentos, equipamentos médicos, insumos médicos, infraestrutura, sistemas de informações de saúde, manutenção, serviços auxiliares (como alimentação e lavanderia) e transporte, etc.



FIGURE 1

AUMENTO DOS GASTOS COM SAÚDE POR REGIÃO, 2000-2020



Fonte: Cálculos dos autores usando informações do Global Health Expenditure Database da OMS, acessado em 14 de junho de 2023.

Observações: O gasto total com saúde nessa figura refere-se ao "Gasto atual com saúde" com base na definição da OMS (ou seja, excluindo custos de capital). O gasto com saúde do governo corresponde a todos os gastos com saúde provenientes de seguro obrigatório ou receitas do governo; portanto, inclui gastos diretos do governo e institutos de seguridade social constituídos publicamente. LAC refere-se aos membros da América Latina e do Caribe do Banco Interamericano de Desenvolvimento. LMIC refere-se a países de baixa e média renda, de acordo com as classificações do Banco Mundial. OECD-Europa refere-se aos membros europeus da Organização de Cooperação e Desenvolvimento Econômico.

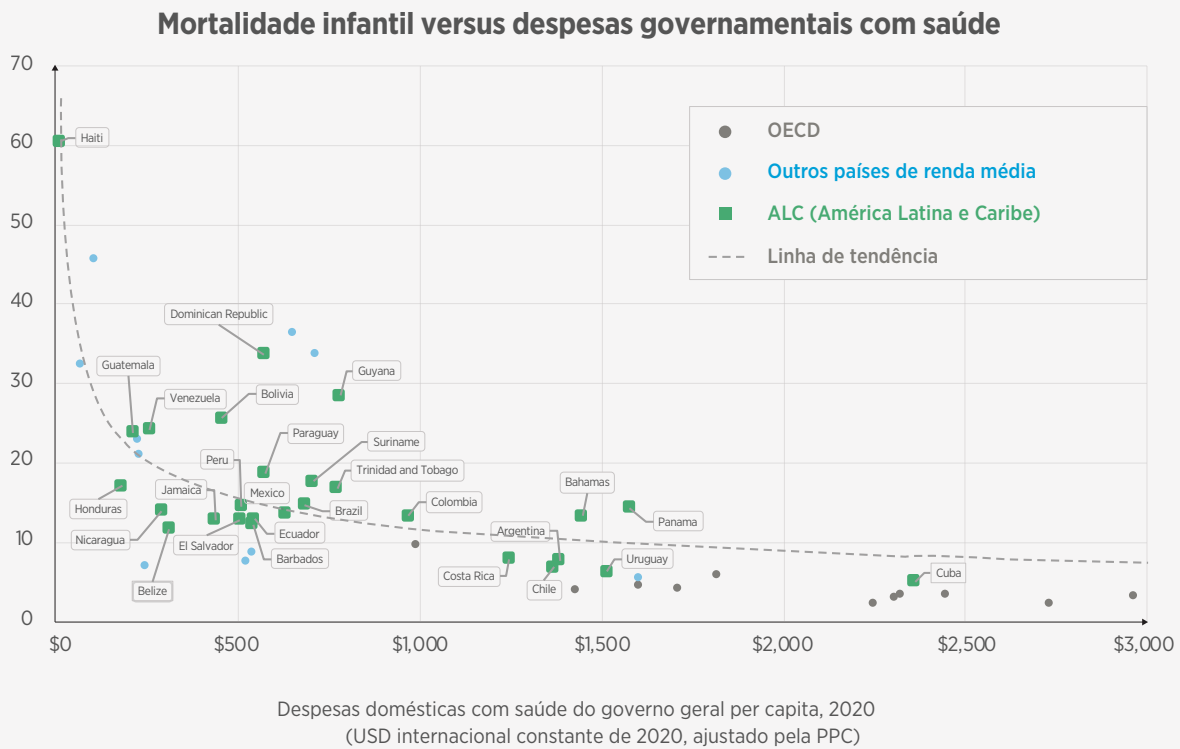
Embora os gastos com saúde tenham crescido em quase todos os países, a variação dos gastos com saúde na América Latina e no Caribe é bastante grande. O gasto público com saúde é mais alto no Uruguai (mais de US\$ 1.000 per capita), seguido pelo Chile (US\$ 878) e Bahamas (US\$ 801). Os países com gastos mais baixos são Haiti (US\$ 44 por pessoa), Honduras (US\$ 75) e Guatemala (US\$ 91).

Os países também variam muito nos resultados de saúde que alcançam em relação ao dinheiro que gastam (veja a Figura 2). Por exemplo, El Salvador, Bolívia e República Dominicana gastam valores semelhantes em saúde (US\$ 506, US\$ 457 e US\$ 573 por pessoa, respectivamente), mas a mortalidade infantil é muito menor em El Salvador (apenas 12,8 mortes por 1.000 nascidos vivos em comparação com 25,6 e 33,7 na Bolívia e na República



Dominicana, respectivamente). Embora o Uruguai gaste cerca de US\$ 1.000 por pessoa em saúde, em comparação com a média da União Europeia de US\$ 2.600 por pessoa, a diferença na expectativa de vida é de apenas dois anos (78 e 80, respectivamente) e a mortalidade infantil é comparável (5 por 1.000 nascidos vivos no Uruguai, em comparação com 3,5 na União Europeia). Os pesquisadores demonstraram que diferenças como essas não podem ser totalmente explicadas apenas por fatores como o perfil etário de um país ou a carga de doenças. É preferível estratégias de gastos inteligentes e usos mais eficientes dos fundos públicos, que são uma parte significativa do motivo pelo qual os países apresentam resultados de saúde diferentes.

FIGURE 2
GASTOS COM SAÚDE PÚBLICA E MORTALIDADE DE MENORES DE 5 ANOS



Fontes: Dados de Despesas Globais com Saúde da OMS e *Indicadores de Desenvolvimento Mundial* do Banco Mundial.



1.2.2 Fatores que geram o incremento dos gastos em saúde

Muitos fatores ocasionaram o aumento dos gastos em saúde, incluindo novas tecnologias, crescimento econômico, inflação de preços, crescimento populacional, envelhecimento da população e mudanças nos padrões de doenças (De La Maisonneuve e Martins, 2014; Fan e Savedoff, 2014; Dieleman et al., 2018; Glassman e Zoloa, 2015; Rao et al., 2022). A pesquisa mostrou que os avanços tecnológicos constituem o principal fator para o crescimento dos gastos com saúde. Os avanços tecnológicos afetam tanto o valor que os países gastam com saúde quanto o valor que obtêm em termos de saúde. Algumas novas tecnologias de saúde reduzem os custos. Essa economia ocorre quando algumas novas tecnologias de

saúde oferecem benefícios de saúde semelhantes ou melhores por um custo igual ou inferior ao das tecnologias existentes. Por exemplo, as vacinas contra a poliomielite eliminaram a necessidade de tratar os efeitos dessa doença; e as técnicas cirúrgicas não invasivas reduziram o tempo, o risco e o custo de muitos tipos de cirurgia.

Por outro lado, é mais comum que as novas tecnologias de saúde aumentem os gastos com saúde. Muitas das novas tecnologias tratam condições de saúde que antes não podiam ser tratadas, algumas proporcionando curas, outras transformando doenças fatais, como HIV/AIDS, em condições administráveis de longo prazo. Em outros casos, ampliam o número de pessoas que podem se beneficiar do tratamento, como quando novos medicamentos contra o câncer com menos efeitos colaterais substituem aqueles que não podiam ser tolerados por muitos pacientes. Nesses casos, o gasto adicional pode vir acompanhado de benefícios substanciais à saúde que justificam o custo (Cutler e McClellan 2001).

No entanto, algumas novas tecnologias são tão caras que, mesmo que tragam benefícios à saúde, o custo adicional pode substituir outras intervenções mais econômicas. Além disso, algumas novas tecnologias proporcionam pouco ou nenhum benefício adicional. Por exem-

ASSISTA +

1. Changes in demographic profile

- Reduction in mortality rate
- Increase in life expectancy
- Reduction in fertility rate

which means those children are being born.

Discussão dos fatores que aumentam os gastos com saúde

Ursula Giedion
(no MOOC da CRITERIA).



plô, entre 2011 e 2017, apenas 54 dos 216 medicamentos aprovados para uso na Alemanha tiveram "benefícios adicionais consideráveis ou importantes."⁴

Mais da metade dos medicamentos aprovados (58%) não tinha evidências de que eram melhores do que o tratamento padrão existente.

LEIA

(Somente em inglês)
Future health spending in Latin America and the Caribbean: Health expenditure projections and scenario analysis
Rao et al. (2022).

Junto com a tecnologia, o crescimento econômico é outro grande fator que aumenta os custos. À medida que a renda aumenta, as pessoas e os países querem comprar mais serviços de saúde. O crescimento populacional, o envelhecimento da população e as mudanças nos padrões de doenças também desempenham papéis menores, mas importantes. São necessários mais serviços de saúde quando a população cresce, e as populações mais velhas tendem a ter mais doenças crônicas e degenerativas que exigem tratamento. Os padrões de doenças também estão mudando de forma a aumentar os custos. Em geral, os países estão conseguindo reduzir as doenças infecciosas, especialmente aquelas cuja prevenção por meio de vacinação é barata. Mas as doenças crônicas, como hipertensão e diabetes,

continuam aumentando. O gerenciamento de doenças crônicas eleva os gastos porque é relativamente dispendioso. Em muitos países, o número de pessoas que desenvolvem essas doenças em idades mais precoces também está crescendo.

Um estudo do BID para a América Latina e o Caribe projetou os gastos com saúde de 2018 a 2050 (Rao et al. 2022), estimando que os gastos com saúde aumentarão 2,7% ao ano na América Latina e 4,7% no Caribe. Constatou que um indicador que relaciona os efeitos do crescimento econômico, da tecnologia e da inflação de preços terá o maior impacto sobre os gastos futuros com saúde de acordo com as políticas atuais. Por si só, esses fatores aumentariam os gastos com saúde em 1,8% ao ano na América Latina e 3%

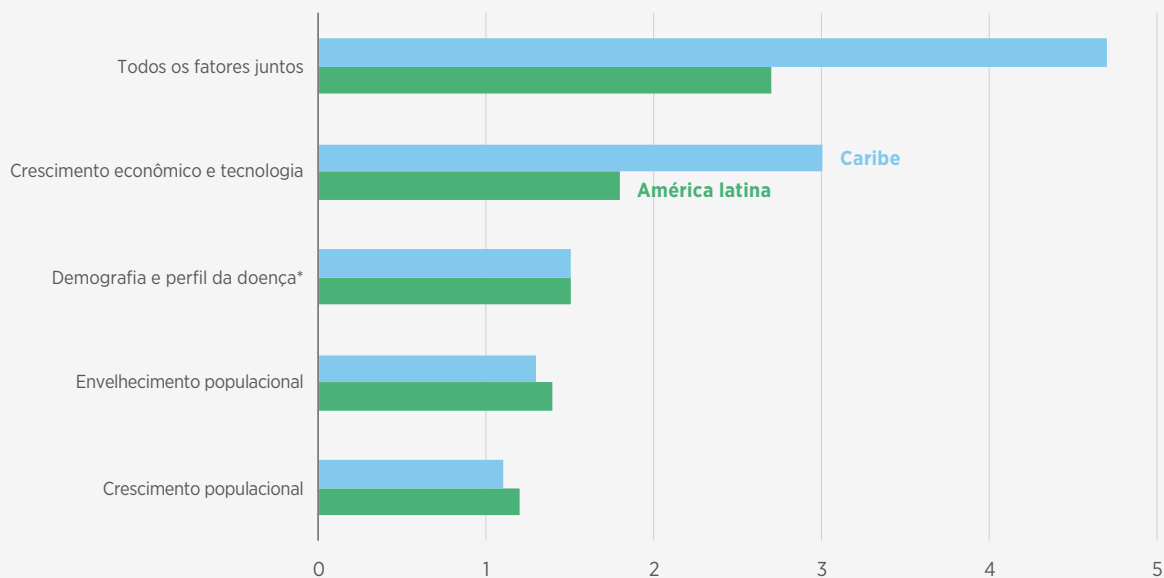
4. Com base em uma avaliação realizada pelo Institute for Quality and Efficiency in Health Care (iQWiG), descrita no British Medical Journal em: <https://bit.ly/3JpUvY6>. Para obter mais informações sobre o iQWiG, consulte o Policy Brief 11 de Greiner 2016.



ao ano no Caribe (consulte a Figura 3). Como o gasto inteligente em saúde pode afetar as tecnologias que os países adotam e financiam, pode reduzir o aumento dos gastos com saúde com seu impacto nesse indicador significativo de pressões de gastos.

FIGURE 3

CRESCIMENTO ANUAL PROJETADO DE GASTOS EM SAÚDE, 2018 A 2050 (%)



Notas: *Essa categoria mostra os efeitos do crescimento populacional, do envelhecimento e das mudanças na prevalência específica por idade sobre o crescimento dos gastos com saúde. "Todos os fatores juntos" é menor do que uma simples soma linear indicaria devido às interações entre os fatores que tornam suas contribuições individuais maiores do que suas contribuições marginais.

Fonte: Tabela 4.1 em Rao et al. (2022).

1.2.3 Podemos desacelerar o aumento de gastos futuros em saúde?

O gasto inteligente não é a ferramenta mais eficaz para lidar com muitos dos fatores que aumentam os custos da saúde, como o envelhecimento, o crescimento populacional, os riscos ambientais à saúde e as mudanças climáticas (consulte o Quadro 1). Também não aborda uma série de questões do sistema de saúde que afetam a eficiência e o crescimento dos gastos com saúde, como governança, gerenciamento, fragmentação, incentivos e capacidades de recursos humanos. No entanto, o gasto inteligente pode desacelerar o crescimento futuro dos gastos com saúde ao priorizar gastos que tenham um impacto maior na saúde



e na equidade por meio de seu impacto na adoção de novas tecnologias e na orientação de decisões políticas que influenciam quem paga, quanto se paga e por quais tipos de serviços de saúde. As abordagens de gastos inteligentes que podem ajudar a desacelerar o crescimento futuro dos gastos incluem:

- **Mercados aprimorados:** os países que incentivam a concorrência sempre que possível e regulam os preços cobrados em mercados não competitivos provavelmente pagarão menos por medicamentos e serviços do que aqueles que não têm essas políticas.
- **Decisões orçamentárias tecnicamente informadas:** os países que analisam o custo e o valor dos serviços de saúde em conjunto e usam essas informações para informar as decisões orçamentárias podem reduzir o crescimento dos gastos com saúde e melhorar a equidade.
- **Reembolso:** em países com seguradoras, as instituições que reembolsam procedimentos ou tratamentos a preços definidos pelos prestadores de serviços de saúde tendem a aumentar os custos sem considerar os efeitos sobre a saúde e a equidade. Por outro lado, aquelas que reembolsam de forma estratégica o fazem vinculando os pagamentos à eficácia e à qualidade da atenção em saúde.
- **Responsabilidade:** os países com sistemas de saúde pública que não têm responsabilidade tendem a ver os custos aumentarem sem levar em conta o valor da assistência em saúde fornecida, enquanto aqueles com mecanismos de responsabilidade podem promover maior valor a partir de um determinado orçamento.
- **Interesses financeiros:** o sistema de saúde inclui muitos agentes cujas rendas e lucros dependem da venda de seus bens e serviços. Quando esses bens ou serviços oferecem uma boa relação custo-benefício, o marketing, o lobby, a sindicalização e outras atividades para expandir as vendas ou o emprego podem melhorar o valor. Entretanto, quando os bens ou serviços promovidos não oferecem uma boa relação custo-benefício, os custos aumentam sem os benefícios associados.
- **Judicialização:** quando os sistemas de saúde pública decidem não financiar determinados tratamentos por serem experimentais, não comprovados ou muito caros em relação a outros tipos de assistência médica, as pessoas às vezes recorrem aos tribunais para forçar o governo a pagar por eles de qualquer forma. Às vezes, as empresas farmacêuticas ou os estabelecimentos de saúde que se beneficiariam com essas ações judiciais oferecem apoio e incentivo. Os países que desenvolveram um amplo consenso social sobre o que o setor público pode e não pode financiar na área



da saúde são mais vulneráveis a pressões inadequadas desse tipo de ação judicial (Gaviria Uribe 2016) do que aqueles que envolveram o judiciário na compreensão dos desafios e das questões específicas do setor da saúde (Escobar et al. 2015).

Muitos fatores contribuem para o crescimento dos gastos da saúde; alguns geram valor adicional e outros não. O objetivo do gasto inteligente não é simplesmente cortar gastos - embora isso inclua cortar ou reduzir os que forem um desperdício ou que tiverem pouco impacto para a área da saúde. Na verdade, o gasto inteligente aloca fundos para serviços com maior incidência, influencia os preços e determina quais novas tecnologias adotar para que os países consigam mais valor (mais saúde e maior equidade) com o dinheiro que gastam.

CAIXA 1 GASTO INTELIGENTE, RISCOS À SAÚDE E MUDANÇAS CLIMÁTICAS

Muitos fatores causam mortes e doenças e muitos deles são mais facilmente prevenidos ou tratados de forma econômica fora do setor de saúde. Os quatro principais riscos à saúde na América Latina e no Caribe são obesidade, intolerância à glicose, hipertensão e tabagismo. O álcool e a poluição do ar também estão entre os 10 principais riscos à saúde. A região também tem altas taxas de lesões no trânsito, homicídios e suicídios em relação a outras regiões. Desde meados do século passado, os riscos à saúde aumentaram devido a fatores ambientais, como produtos químicos tóxicos e os efeitos da mudança climática, incluindo calor, seca e inundações. As infecções zoonóticas também são cada vez mais comuns neste século. Em consequência das mudanças climáticas e da expansão de assentamentos humanos, doenças anteriormente desconhecidas surgiram em um ritmo crescente, incluindo SARS (2002), H1N1 (2009), MERS (2012), Zika (2015) e COVID-19 (2019).

Embora o sistema de saúde seja chamado para tratar as consequências desses riscos comportamentais, sociais e ambientais, as medidas eficazes para prevenir esses problemas tendem a estar fora do setor de saúde. Os exemplos incluem:

- As medidas de controle do tabaco e do álcool incluem impostos especiais de consumo que precisam ser promulgados e aplicados pelas autoridades fiscais.
- A promoção de dietas saudáveis por meio de mudanças nos subsídios ao agronegócio, nos sistemas de distribuição de alimentos e nas regulamentações de rotulagem e publicidade de alimentos exige ação dos órgãos que lidam com agricultura, indústria e comércio



- A melhoria das condições ambientais relacionadas ao ar, à água, ao ambiente urbano e à habitação envolve os órgãos que regulam a contaminação ambiental, bem como o planejamento local e as autoridades governamentais.
- Reduzir as lesões causadas pelo trânsito e pelo transporte exige ação dos órgãos de obras públicas e das autoridades de planejamento.
- A desaceleração das mudanças climáticas exige mudanças na tributação, políticas regulatórias e mudanças sociais e comportamentais que envolvam todos.
- A adaptação às mudanças climáticas exige ações de quase todas as instituições públicas, principalmente as responsáveis por energia, uso da terra, transporte e comércio.

1.3 Podemos nos tornar mais saudáveis por meio do gasto inteligente?

Uma série de ferramentas e estratégias possibilitam o gasto inteligente com saúde; mas algumas dessas estratégias são mais fáceis de implementar do que outras. Por exemplo, geralmente é mais fácil recusar um novo medicamento caro se um medicamento existente for igualmente eficaz e estiver disponível a um custo menor. Por outro lado, as estratégias que limitam as opções de medicamentos, reduzem os preços destes ou diminuem a renda dos provedores provavelmente enfrentarão resistência dos pacientes, empresas e provedores afetados.

Considerando esse tipo de dificuldade, vale a pena o esforço? Realmente, vale. As abordagens de gasto inteligente, como o uso de informações de custo-efetividade para orientar as alocações orçamentárias, a melhor regulamentação da equipe médica e a possibilidade de os pacientes escolherem entre os prestadores de serviços estão associadas a mais saúde e equidade (Moreno-Serra et al. 2019; Castelli et al. 2020). Ao aprimorar a eficiência dos gastos com saúde, incluindo abordagens de gasto inteligente, os países da América Latina e do Caribe poderiam aumentar a expectativa de vida em 3,2 anos, reduzir a mortalidade infantil em 7,1 mortes por 1.000 crianças com menos de cinco anos de idade (uma redução de 30% em comparação com a média regional) e expandir a cobertura da assistência



qualificada ao parto em mais 7,6 pontos percentuais (Castelli et al. 2020; Moreno-Serra et al. 2019). Gasto inteligente se traduz em uma maior quantidade de pessoas podendo viver mais e com uma vida mais saudável.

O gasto inteligente também pode ajudar os países a fazer escolhas que resultem em um sistema de saúde mais equitativo, usando informações sobre quem se beneficia das escolhas de políticas públicas. Saber quem se beneficia pode, então, orientar as escolhas para alocar recursos limitados para doenças que representam um grande ônus para a maioria da população, pessoas com as necessidades maiores de assistência e grupos desfavorecidos com dificuldades para acessar ou se beneficiar dos serviços de saúde. Gasto inteligente priorizará intervenções que ofereçam o maior valor para o orçamento público de saúde, especialmente para grupos desfavorecidos, garantindo que mais serviços de saúde sejam distribuídos de maneira justa (Norheim 2015).

2

**Gasto inteligente:
forma acertada de
gastar com saúde**



Todos os países têm oportunidades de melhorar a saúde e a equidade por meio de gastos mais inteligentes (BID 2021; OCDE 2017). Mudanças nas políticas ou na gestão podem fazer a diferença em quase todos os aspectos da política pública que afetam os gastos, seja no planejamento, no orçamento e nas compras, seja nos sistemas de pagamento, no monitoramento e na regulamentação. Esta seção se concentrará em três aspectos específicos do gasto inteligente que abrangem uma gama importante de opções e têm mostrado resultados em diferentes contextos. São eles:

- **“Comprando as coisas certas”**: comprar ou fornecer bens e serviços de saúde que ofereçam mais valor em relação ao seu custo, de forma mais equitativa, do que outros serviços.
- **“Conseguindo melhores acordos”**: encontrar maneiras de comprar os mesmos insumos, serviços e medicamentos a preços mais baixos, ou maneiras de gerenciá-los a um custo menor.
- **“Gastando menos em coisas erradas”**: reduzir os gastos com serviços de saúde, medicamentos ou dispositivos que sejam prejudiciais, desperdiçadores ou que ofereçam pouco ou nenhum valor.

2.1 Estamos comprando as coisas certas?

Esta seção discute a compra de bens e serviços de saúde que proporcionam muito valor em relação ao seu custo, com atenção especial àqueles que são eficazes em termos de custo para gerar melhorias na saúde. O gasto inteligente exige que os países pensem no que querem comprar com seu dinheiro. É difícil obter mais valor para cada peso, dólar ou sucre se os países não souberem o que querem dizer com "valor". Uma vez que suas metas estiverem claras, muitas ferramentas estarão disponíveis para ajudá-los a definir prioridades ao realocar seus orçamentos públicos de saúde ou tomar decisões sobre o que comprar com fundos novos ou existentes.

2.1.1 Valor

Ao fazer escolhas inteligentes de gastos com saúde, o primeiro valor fundamental é melhorar a saúde da população. Conforme discutido na seção 1.1, as decisões podem se concentrar nos resultados de saúde, mas é mais comum os países incorporarem outros valores, como



equidade, proteção financeira, tratamento digno, capacidade de resposta dos serviços de saúde e históricos de exclusão social. Encontrar maneiras inteligentes de gastar com a saúde envolve conseguir o máximo de valor possível do orçamento da saúde nesse sentido multidimensional. Este relatório dará maior ênfase às medidas de custo-efetividade para as quais o impacto na saúde é a meta, pois essa abordagem tem metodologias bem desenvolvidas e é importante para chegar a melhores resultados de saúde com os orçamentos públicos atuais.

2.1.2 Custo-benefício

ASSISTA

Por que adotar métodos analíticos para priorizar?

Peter Smith
(no MOOC da CRITERIA).

Absence of evidence creates difficulties and can create suspicions

It opens up the evidence that choices are being based on favor them.

A relação custo-benefício mede a quantidade de valor que podemos obter por uma determinada quantia (de dinheiro). Para gastos com saúde, uma versão relativamente simples pode dividir o custo total por anos adicionais de vida saudável para indicar o custo de um ano adicional de saúde. Essa proporção fornece um guia aproximado de quais tipos de terapias, políticas ou intervenções são "mais baratas" ou "mais caras" do que outras.

O cálculo de anos de vida saudável por dólar ou peso tem suas limitações. Por exemplo, ele não leva em consideração quem se beneficia de uma saúde melhor, quando os benefícios ocorrem ou quem paga por esses benefícios.

Determinadas regiões, classes de renda ou grupos etários podem se beneficiar mais do que outros.

Os benefícios podem ser imediatos ou para um futuro distante. Além disso, algumas ações podem envolver gastos públicos ou reembolso de seguros, enquanto outras são pagas pelas famílias. Embora os pesquisadores tenham desenvolvido métodos para incorporar essas questões em seus cálculos técnicos, é mais importante que os países debatam, esclareçam e estabeleçam suas próprias estruturas de valores (Pichon et al. 2021). Os cálculos de custo-efetividade podem usar diferentes indicadores de saúde. "Anos de vida ajustados em função da qualidade", "Anos de vida ajustados pela incapacidade" e "Expectativa de



vida ajustada pela saúde" são três indicadores comuns.⁵ Os custos podem excluir ou incluir alguma parte dos custos fixos, como investimentos em infraestrutura física, manutenção e administração. Os cálculos podem tratar de defasagens de tempo avaliando os custos ou benefícios futuros menos do que os atuais com alguma taxa de desconto estabelecida. Às vezes, os benefícios ou custos são ajustados para levar em conta quem é afetado.

Os métodos técnicos para fazer essas alterações nos cálculos de custo-efetividade ajudam os países a avaliarem as compensações, explicitando as suposições e classificando as intervenções. A análise de custo-efetividade estendida [*Extended Cost-Effectiveness Analysis* (ECEA)], por exemplo, inclui informações sobre equidade e proteção financeira, dando maior peso aos benefícios que se acumulam para as famílias mais pobres e às intervenções que reduzem os gastos do próprio bolso. A análise de decisão multicritério (MCDA) é outro método que pode incorporar a relação custo-benefício, mas usa vários critérios que as principais partes interessadas escolhem por sua importância e relevância para o contexto político e social. Entre os critérios que os tomadores de decisão consideraram em uma MCDA, os mais comuns são segurança, custo e qualidade do fornecimento (Gongora-Salazar et al. 2023). Em outros casos, os países usaram cálculos de custo-efetividade como insumos para um processo no qual outras considerações podem ser levantadas e incorporadas de forma mais qualitativa.

2.1.3 Custo de oportunidade

Quando especialistas em saúde pública e economistas pensam sobre gastos inteligentes e definição de prioridades, geralmente falam sobre "custo de oportunidade", que é o valor do melhor uso do dinheiro que está sendo gasto. Por exemplo, se um serviço de saúde do governo estiver decidindo se vai comprar um medicamento novo e caro para tratar cânceres em estágio avançado, os mesmos recursos poderiam ser usados para prevenir doenças

5. Os dois indicadores usados neste relatório são os anos de vida ajustados pela qualidade (QALYs) e os anos de vida ajustados pela deficiência (DALYs), que são indicadores do estado de saúde de um indivíduo ou de uma população. Eles combinam a duração da vida e sua qualidade em um índice que varia de morte a um ano de saúde plena. Um único QALY ou DALY pode ser considerado como um único ano de vida vivido com saúde perfeita. As duas medidas diferem em seus fundamentos teóricos e na forma como são estimadas. Entretanto, quando usadas para cálculos de custo-efetividade, as duas medidas tendem a ser correlacionadas e produzem classificações semelhantes para intervenções na área da saúde. No cálculo do DALYS, "incapacidade" refere-se a qualquer perda de saúde de curto ou longo prazo, que não seja a morte. Isso é diferente do modelo social de deficiência reconhecido pela Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, que define a deficiência não como uma condição médica, mas como o resultado de uma interação entre pessoas com deficiências e as barreiras externas que limitam sua participação efetiva na sociedade (Sassi 2006; Drummond et al. 2005; Brazier et al. 2016; Feng et al. 2020).



crônicas ou doenças infecciosas. O custo de oportunidade dos medicamentos contra o câncer seria o impacto na saúde que poderia ser obtido se o dinheiro fosse gasto de outra forma. Em alguns casos, o novo medicamento será o melhor uso desses recursos. Em outros casos, não. Os índices de custo-efetividade ajudam a distinguir os dois.

O método para calcular o custo-benefício depende de como o custo de oportunidade é definido. Em outras palavras, qual é o "próximo melhor uso" ou o "próximo uso mais provável" desses recursos? O próximo melhor uso pode ser uma maneira diferente de tratar a mesma doença ou pode ser um tratamento para uma doença, condição de saúde ou grupo populacional completamente diferente.

O custo de oportunidade não é apenas um conceito abstrato. Ele pode ser demonstrado. Por exemplo, a República Dominicana compra um medicamento, o Sorefenib, para o tratamento de câncer renal de segunda linha. O tratamento de uma pessoa com Sorefenib, em vez do melhor tratamento alternativo, consome a mesma quantidade de dinheiro que a triagem de 763 pessoas para diabetes tipo 2 e o gerenciamento da doença para aqueles que a têm. Com um orçamento de US\$ 100.000, a República Dominicana poderia "comprar" 500 dias de vida saudável usando o Sorefenib ou 27.956 dias de vida saudável com a triagem e o tratamento do diabetes (consulte a Tabela 1 e o Quadro 2).

TABELA 1

EXEMPLO DE CUSTO DE OPORTUNIDADE - TRATAMENTO DE CÂNCER RENAL DE DIABETESS

	SORAFENIBE PARA O TRATAMENTO DE 2ª LINHA DE CÂNCER RENAL	TRIAGEM PARA DIABETES TIPO 2
NÚMERO DE PESSOAS AFETADAS	45	600,745
CUSTO POR CASO (US\$)	18,970	734
CUSTO POR CASO POR MÊS (US\$)	3,136	4
DIAS DE VIDA SAUDÁVEL GANHOS POR CASO	95	205
CUSTO POR DIA DE VIDA SAUDÁVEL (US\$)	199	4
DIAS DE GANHO DE SAÚDE PARA UM ORÇAMENTO DE US\$ 100.000	500	27,956

Fonte: Cálculos usando dados de Jorgensen, Gutierrez et al. (2023).



Quando o custo de oportunidade é definido em termos de custo-benefício médio dos gastos atuais com saúde, o benefício líquido à saúde pode ser usado para medir o custo-benefício. O benefício líquido para a saúde é a quantidade de saúde obtida com uma intervenção menos a quantidade de saúde que poderia ser obtida com os gastos do sistema de saúde existente. Nesse caso, o indicador é medido apenas em unidades de saúde. Se o benefício líquido para a saúde for positivo, considera-se que a intervenção valeu a pena. Se for negativo, não vale a pena.

Ao avaliar uma nova tecnologia, o próximo melhor uso de financiamento adicional pode ser uma tecnologia existente. Nesse caso, a tecnologia existente. A diferença entre as duas tecnologias é considerada um custo de oportunidade, e uma razão de custo-efetividade incremental (ICER) é calculada para medir a diferença entre as duas tecnologias. O cálculo do ICER divide a diferença nos custos pela diferença em seus benefícios à saúde. As novas intervenções que são menos dispendiosas e mais eficazes são mais vantajosas do que as antigas. Porém, muitas vezes as novas tecnologias custam mais e são mais eficazes. Nesse caso, o ICER mostra se o aumento da eficácia vale o aumento do custo.

Em muitos casos, é difícil identificar um custo de oportunidade específico e, portanto, para facilitar a tomada de decisão, é necessário que o custo de oportunidade seja calculado. Na tomada de decisões, os índices de custo-efetividade são comparados a uma referência ou padrão (Brouwer et al. 2019). Um limiar de custo-efetividade (CET) é uma dessas referências que pode ser definida de várias maneiras.

Os CETs podem ser escolhidos com base em uma fração da renda per capita de um país. Como alternativa, o limite pode ser baseado na média de custo-efetividade de um país (ou seja, dividir o ganho total em saúde atribuível ao sistema de saúde e dividi-lo pelo custo total). O limite também pode ser definido por meio de um diálogo social, usando pesquisas de disposição a pagar ou estimando o valor que as pessoas dão a um ano adicional de vida com base nos tipos de riscos que assumem. Outra abordagem infere um limite com base em decisões tomadas no passado (McCabe et al. 2008). Muitos países que usam a análise

ASSISTA

Aprofundamento no método de limite de custo-efetividade

Andres Pichon-Riviere
(no MOOC do CRITERIA).



de custo-efetividade a aplicam a novas terapias, calculando o ICER e comparando-o com o custo-efetividade médio do sistema de saúde do país como referência.

Na América Latina e no Caribe, o Brasil é o único país que atualmente usa um CET como parte explícita de seu processo de tomada de decisão. O Brasil tem um conselho regulatório que avalia os medicamentos em relação a um CET e negocia os preços com base na diferença entre a relação custo-benefício do medicamento e o CET. A Colômbia e a República Dominicana calcularam os CETs para fins analíticos, mas não os utilizam atualmente em suas revisões regulatórias ou decisões orçamentárias (Pichon et al. 2021; Giedion et al. 2018).

QUADRO 2 CUSTO DE OPORTUNIDADE DOS MEDICAMENTOS DE ALTO CUSTO NA REPÚBLICA DOMINICANA E NA COLÔMBIA

Uma maneira de pensar em "comprar as coisas certas" é analisar o custo de cada ano de vida saudável e optar por gastar com doenças, tratamentos ou intervenções que gerem mais vida saudável pelo dinheiro gasto. Um estudo realizado na República Dominicana mostrou os custos de oportunidade dos gastos com dez medicamentos que são muito caros em relação aos seus benefícios à saúde. Ele comparou os resultados de saúde produzidos pelos gastos com esses dez medicamentos com os benefícios médios de saúde produzidos por eles reduzidos pelos gastos do sistema de saúde e, em seguida, a dois fatores altamente econômicos intervenções.

Em 2022, a República Dominicana gastou US\$ 68 milhões em dez medicamentos que beneficiaram 1.807 pacientes. A saúde e a vida dessas pessoas são importantes e não devem ser ignoradas. No entanto, a troca entre o tratamento desses pacientes e a ajuda a outras pessoas é muito grande. Esses dez medicamentos custam de US\$ 29.000 a US\$ 5,4 milhões para cada ano de vida ajustado pela qualidade (QALY) obtido. Isso é muito caro em comparação com o gasto de US\$ 4.108 por QALY, que foi o custo médio dos ganhos em saúde de os gastos com saúde pública da República Dominicana naquele ano. Se o governo tivesse usado o dinheiro gasto com esses medicamentos de alto custo para expandir o sistema geral de saúde, poderia ter reduzido o ônus da doença em cerca de 28.240 a 40.835 QALYs - o equivalente a dar a 2.824 a 4.084 pessoas um adicional de 10 anos de vida saudável (Jorgensen et al. 2023).

Se, em vez disso, o país tivesse optado por direcionar esses fundos para serviços altamente econômicos, poderia ter melhorado a saúde de um número ainda maior de pessoas. Por exemplo, o rastreamento oportuno do câncer do colo do útero e do diabetes tipo 2 custa US\$ 910 por QALY e US\$ 1.288 por QALY, respectivamente. A realocação de fundos dos 10 medicamentos caros para expandir a



cobertura desses dois serviços econômicos teria reduzido o número de mortes e doenças equivalente a 130.346 QALYs adicionais, o que equivale a dar a 13.034 pessoas mais 10 anos de vida saudável.

A Colômbia tem uma história semelhante para contar. O país gasta cerca de US\$ 59 milhões por ano em 10 medicamentos para tratar doenças que proporcionam cerca de 3 anos adicionais de vida saudável por pessoa em comparação com a compra de terapias alternativas disponíveis no mercado. Os ganhos variam de apenas 14 dias adicionais para um tratamento de degeneração macular a um ano e meio de vida saudável para um tratamento de um tipo de leucemia.

Se os pacientes fossem tratados com as terapias alternativas, o dinheiro economizado poderia ser usado em outras partes do sistema de saúde para gerar 88.000 anos adicionais de vida saudável para os colombianos que sofrem de outras doenças. Nem todas as pessoas com as condições de saúde tratadas por esses medicamentos de alto custo estão recebendo-os atualmente. Se estivessem, o custo de oportunidade para os colombianos com outros problemas de saúde seria dez vezes maior.

Em alguns casos, um preço mais baixo reduziria significativamente o custo de oportunidade. Por exemplo, um medicamento para diabetes tipo 2 seria mais econômico do que a alternativa existente se seu preço fosse reduzido em apenas 30%. Em outros casos, a eficácia do medicamento não é muito melhor do que a alternativa existente e nenhuma redução de preço faria diferença no custo de oportunidade. Isso ocorre com um medicamento para degeneração macular que acrescenta apenas 14 dias adicionais de vida saudável em relação à terapia alternativa e, ainda assim, com seu preço atual, tem um custo de oportunidade de 17.000 anos de vida saudável.

Fonte: Jorgensen et al. (2023); Gutierrez et al. (2023)

A análise de custo-efetividade tem muitas aplicações. Ela pode ser usada para identificar intervenções econômicas que serão cobertas e financiadas com recursos públicos ou para decidir sobre a adoção de novos tratamentos. Ela pode ajudar a priorizar as decisões orçamentárias do setor público ou orientar os investimentos em pesquisa e desenvolvimento. Ela pode ser usada para negociar preços, associando o custo aos benefícios de saúde associados. Acima de tudo, ela fornece informações sobre as compensações inerentes a qualquer decisão orçamentária entre um determinado uso de recursos e seus custos de oportunidade.



2.1.4 A valiação de tecnologias em saúde (ATS)

ASSISTA

Uso da ATS para selecionar o que os países devem comprar

Kalipso Chalkidou,
Part I (no MOOC da CRITERIA).

Uso da ATS par selecionar o que os países devem comprar

Francis Ruiz,
Part II (no MOOC da CRITERIA).

Embora a relação custo-benefício seja uma ferramenta específica para comparar intervenções na área da saúde ou negociar preços, a Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) é uma abordagem sistemática mais ampla para a avaliação e para decidir "quais são as coisas certas para comprar?" Os países estão adotando cada vez mais essa abordagem para melhorar a base de evidências para a formulação de políticas no setor de saúde. A ATS pode apoiar decisões sobre quais medicamentos e tecnologias médicas devem ser adotados. Ela também fornece insumos para diretrizes de práticas clínicas, negociações de preços e outras estratégias de aquisição.

Essencialmente, a ATS não considera apenas os aspectos de saúde de uma nova tecnologia, mas também fatores econômicos, sociais e éticos. Em alguns países, a ATS está mais preocupada com as compensações de risco e benefício de longo prazo. Em outros, o foco está no valor e nos custos de curto prazo. Em ambos os casos, a análise de custo-efetividade é uma parte da avaliação, juntamente com outras formas de análise e processamento de informações (Drummond et al. 2008).

Muitos países utilizam a ATS, especialmente na avaliação de novos medicamentos e tecnologias. Em uma pesquisa com 21 países da América Latina e do Caribe, 11 relataram ter

estabelecido uma agência de ATS, enquanto 17 disseram que realizam algum tipo de ATS (Lessa e Ferraz 2017; Lorenzoni et al. 2019). Os países que usam a ATS parecem ter sistemas de saúde mais eficientes, obtêm mais saúde e acesso equitativo em relação ao quanto gastam (Castelli et al. 2020). A Irlanda usa informações de seu processo de ATS para negociar



preços com fornecedores e economizou mais de 19 milhões de euros por ano com essa abordagem (McCullagh et al. 2014). A Tailândia também usa informações de seu processo de ATS ao negociar. No caso da oxaliplatina, um tratamento contra o câncer, a Tailândia obteve uma redução de 70% no preço, economizando US\$ 4,75 milhões por ano (Teerawattananon et al. 2014). Apesar da promessa da ATS, poucos países da ALC a utilizam de forma tão abrangente ou consistente quanto poderiam.

2.1.5 Planos de benefícios em saúde

Outra estratégia para gastos mais inteligentes com saúde é a criação e o uso de planos de benefícios em saúde (HBPs). Um plano de benefícios de saúde lista explicitamente os serviços que o setor público fornecerá ou reembolsará. Se esse plano estiver concentrado em serviços e medicamentos que maximizem as metas da política de saúde do país com os fundos limitados disponíveis, ele ajudará a orientar os recursos para "as coisas certas a serem compradas".

Antes de projetar um HBP, os países precisam decidir quais valores estão tentando alcançar (Pichon et al. 2021). Em seguida, os serviços mais adequados para alcançar esses valores dentro do orçamento do governo podem ser selecionados para o HBP. Plano. Eficiência, equidade e proteção financeira são três dos critérios mais comuns endossados pelos governos (Giedion et al. 2014).

Uma característica importante dos HBPs é que a cobertura do serviço é explicitada. Isso fornece aos cidadãos informações sobre quais serviços serão ou não financiados pelo governo. Também fornece aos pagadores, sejam eles seguradoras de saúde ou serviços nacionais de saúde, as informações necessárias para avaliar e planejar as necessidades de recursos. Dessa forma, os HBPs podem promover a responsabilidade, orientar as decisões orçamentárias e aumentar a eficiência operacional em relação aos serviços e tecnologias de saúde mais importantes (Glassman et al. 2017; Giedion et al. 2014).

ASSISTA

O que é, e o que não é, um plano de benefícios de saúde?

Marcela Distrutti
(no MOOC da CRITERIA).

Features of an HBP:
• Defined services



LEIA



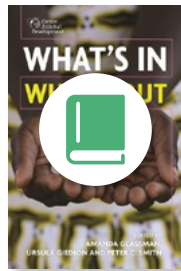
(Somente em inglês)

Health benefit plan in Latin America

Giedion et al. (2014).

Os planos de benefícios em saúde também podem ser transformadores como uma ferramenta de compra estratégica. Uma vez que os HBPs definem os serviços essenciais que serão financiados, fornecidos e garantidos, outras questões importantes de política se seguem automaticamente, tais como: como esses serviços serão financiados? Como a rede de provedores será organizada para prestar esses serviços priorizados? Quem prestará esses serviços? E como o governo será responsabilizado pelo cumprimento de seu compromisso com o HBP?

LEIA



(Somente em inglês)

What's in, what's out: designing benefits for Universal Health Coverage

Glassman et al. (2017).

Na América Latina e no Caribe, os planos de benefícios em saúde existem há muito tempo, e um número crescente de países está usando planos de benefícios em saúde no contexto de seus compromissos com a Cobertura Universal de Saúde. No entanto, a variação nos planos e na utilização é bastante ampla (consulte o Quadro 3). Enquanto alguns países, como o Uruguai, adotaram HBPs abrangentes para todos, outros países adotaram planos limitados que se concentram apenas em determinadas populações (por exemplo, as mais pobres) ou em determinados tipos de tecnologias (por exemplo, medicamentos ou serviços de atenção primária) (Giedion et al. 2014).

Os HBPs também variam entre os países em termos de sua aplicabilidade. Por exemplo, o Chile estabeleceu O Brasil, por exemplo, estabeleceu garantias executáveis para proteção financeira, acesso efetivo e padrões de qualidade que se aplicam a todos os serviços em seu



HBP.⁶ Outros países foram mais cautelosos, deixando os beneficiários com menos opções para iniciar ações judiciais ou exigir acesso a serviços em seu HBP.

QUADRO 3 ELABORAR DE PLANOS DE BENEFÍCIOS EM SAÚDE (HBP) É ÚTIL DE VÁRIAS MANEIRAS

Em 2018, Honduras iniciou um processo para projetar um plano de benefícios de saúde, com assistência técnica da CRITERIA. Honduras escolheu três critérios (eficiência, equidade e proteção financeira) para classificar as intervenções de saúde. A iniciativa comparou as intervenções em termos de eficiência usando cálculos de custo-efetividade e mediu as diferenças em termos de proteção financeira com dados sobre as despesas domésticas. As considerações de equidade foram mais difíceis de operacionalizar porque não havia dados distributivos disponíveis, o que exigiu uma abordagem pragmática com uma combinação de indicadores substitutos.

Essa iniciativa identificou 74 intervenções essenciais de saúde. Fornece a equipe, os medicamentos, os testes e outros insumos necessários para essas intervenções de saúde teria custado ao Ministério da Saúde cerca de US\$ 73 por pessoa anualmente. Como o Ministério da Saúde de Honduras estava gastando cerca de US\$ 29 por pessoa nesses serviços, para garantir o plano para todos seria necessário um adicional de US\$ 44 por pessoa. Gastar esse montante de dinheiro com o HBP não era possível no curto prazo porque teria absorvido 87% do orçamento total de prestação de serviços do Ministério da Saúde.

Ainda assim, as informações e o processo foram úteis de várias maneiras. O exercício de cálculo de custos destacou ineficiências que, se resolvidas, poderiam liberar dinheiro para ampliar a cobertura de saúde. Conhecer o custo do plano também foi útil para fazer escolhas estratégicas sobre quaisquer

LEIA

Gente Saludable Health

HOME CATEGORIES AUTHORS ENR

Follow Us

Search for articles

HEALTH

Latin American and Caribbean countries took multiple strategies to provide quality healthcare for their citizens. In this blog, Giedion et al. (2021).

(Somente em inglês)
The hidden beauty of costing health
Giedion et al. (2021).

6. O Chile definiu seu HBP em 2005 com um plano chamado "AUGE", que significa "Acceso Universal con Garantías Explícitas" (Acesso Universal com Garantias Explícitas). Posteriormente, o programa mudou sua terminologia e se refere a garantias explícitas de salud (GES) ou, em inglês, "explicit health guarantees" (garantias explícitas de saúde). Consulte o site do Ministério da Saúde do Chile para obter mais detalhes: <https://auge.minsal.cl/>.



novos fundos que o Ministério da Saúde pudesse receber. Deixando as alocações de gastos atuais como estão, o governo viu que poderia dedicar novos fundos de saúde a uma expansão progressiva da cobertura. Atingir 70% da população em quatro anos não estava fora de seu alcance. Outra estratégia poderia ter se concentrado em atingir grupos vulneráveis com o plano básico de saúde. Como alternativa, se o governo pudesse reduzir os serviços que não oferecem muitos benefícios à saúde, poderia redirecionar esses fundos para atingir mais pessoas com o plano básico de saúde. Leia sobre o projeto do HBP em Honduras com o apoio da CRITERIA no Policy Brief 26: "Designing and Costing a Health Benefits Package in a Lower Middle-Income Country, The Case of Honduras." (Disponível em inglês e espanhol).

Fonte: Gongora e Giedion (2021).

O uso dos HBPs tem seus desafios. Para ter sucesso, os países precisam elaborar e ajustar regularmente seus HBPs por meio de processos de priorização explícita em saúde. Para manter os HBPs alinhados com suas metas e valores, os países precisam de estruturas institucionais que sigam os princípios da boa governança. Além disso, eles precisam de recursos humanos capazes de realizar as análises relevantes. Por fim, o HBP precisa ser entregue conforme prometido. Somente com a garantia de financiamento, monitoramento, recursos humanos e investimentos adequados, os países poderão oferecer acesso efetivo aos serviços incluídos no HBP. Se os serviços não forem prestados conforme prometido, é provável que a população fique desiludida e insatisfeita (Giedion et al. 2014; Glassman et al. 2017).

Na maioria dos países onde há planos de benefícios em saúde, estes são mais do que um conjunto de serviços de saúde. São uma declaração de política pública com relação aos serviços de saúde que o governo se comprometerá a fornecer. Nesse sentido, os países raramente elaboram seus planos de benefícios em saúde usando apenas informações de custo-efetividade. Eles estabelecem procedimentos para consulta, deliberação e revisão que, se bem-sucedidos, transformam o plano de benefícios de saúde em uma espécie de acordo social, por meio de uma declaração negociada publicamente sobre os tipos de assistência que o país está disposto a oferecer ou que pretende oferecer.

Os países podem gastar de forma mais inteligente identificando explicitamente o que valorizam e o que desejam alcançar com os gastos com saúde. Com objetivos claros, os países podem usar métodos analíticos, como a relação custo-benefício, informando as decisões políticas por meio de avaliações de tecnologia em saúde e definindo prioridades **ao elaborar**



planos de benefícios em saúde para obter mais valor dos gastos com saúde. Essas estratégias fornecem as informações e a orientação para comprar as coisas certas.

2.2 Podemos conseguir acordos melhores?

Quando os países decidam o *que* querem comprar, podem obter mais saúde e equidade buscando melhores acordos nos serviços de saúde (como tratamentos para malária), insumos (como equipamentos de laboratório) e infraestrutura (como clínicas) de que precisam. As estratégias para obter melhores acordos serão diferentes entre os produtos porque os mercados, produtos, fornecedores e compradores variam muito (Dubois et al. 2019; Rosen e Tordrup 2018; Silverman et al. 2019; OMS 2016). Por exemplo:

- Os preços tendem a ser mais baixos em mercados com mais fornecedores concorrentes e mais altos em mercados com mais compradores.
- Mercados pequenos podem afetar os custos dos fornecedores se o baixo volume os impedir de explorar economias de escala na produção.
- As proteções de patentes levam a preços mais altos.
- O acesso a informações de mercado de boa qualidade sobre a disponibilidade, a qualidade e os preços dos produtos podem, às vezes, reduzir os custos.
- As características dos compradores também afetam os preços pagos. Os compradores com melhores taxas de crédito, que pagam pontualmente e têm poder de negociação, tendem a pagar menos do que os outros.

O processo de compra de produtos e serviços de saúde com fundos públicos é chamado de "provisão" e é mais complexo do que simplesmente ir a um comércio e comprar um item. A provisão no setor público inclui mais do que selecionar o que comprar (discutido na seção 2.1). Inclui também a regulação dos preços e da qualidade dos produtos, a licitação, a negociação, a contratação, o pedido e a verificação da entrega (especialmente a garantia de qualidade).



A aquisição pode ser simples e direta ou separada em funções distintas conduzidas por diferentes organizações. Nos casos mais simples, um único órgão pode analisar os anúncios de um produto disponível em mercados competitivos, escolher um fornecedor e enviar um pedido. Em casos mais complexos, um órgão nacional pode negociar preços com uma empresa que tenha um produto exclusivo e estabelecer um acordo ou contrato de estrutura. Posteriormente, os distritos de saúde locais poderiam comprar a quantidade necessária desse produto de acordo com os termos negociados da estrutura. Nesse último exemplo, as funções de negociação e compra são distintas e são conduzidas por organizações diferentes.

Devido à autoridade do governo para aprovar leis e regular os mercados, os países têm uma ampla gama de maneiras de obter melhores ofertas de produtos e serviços de saúde. Eles podem considerar a situação atual do mercado como algo dado e fazer um trabalho melhor na administração dos processos de aquisição, na busca de ofertas e na negociação de preços. Entretanto, também podem mudar os mercados de saúde aprovando leis, implementando regulamentações e financiando programas especiais para promover a produção ou alterar a demanda de maneira favorável. Na prática, essas duas abordagens amplas se sobrepõem. Por exemplo, mesmo sem nenhuma mudança regulatória, as compras governamentais afetam o número de fornecedores em um mercado, dependendo do volume de compras e dos preços pagos. Ainda assim, algumas estratégias se enquadram nitidamente em uma ou outra categoria, e é sempre importante que o governo pense em toda a sua gama de instrumentos.

Embora existam várias estratégias para obter melhores acordos, esta seção se concentrará em quatro delas:

- Melhorando a administração e o gerenciamento de aquisições
- Pagando preços mais baixos por produtos ou serviços semelhantes
- Aquirindo em conjunto
- Regulamentando preços

2.2.1 Melhorando a administração e o gerenciamento de aquisições

LEIA



(Somente em espanhol)

Guía de Referencia para Planes Maestros de Inversiones en Salud con Enfoque de Red

Acuña et al. (2018).

A administração e o gerenciamento de compras têm sido problemáticos em muitos sistemas de saúde da América Latina e do Caribe. Produtos como medicamentos e insumos podem ser comprados anualmente e com base em níveis históricos, em vez de responder às mudanças nas necessidades médicas e da população. Os procedimentos de licitação geralmente exigem documentos extensos e depósitos em garantia que aumentam os custos de transação e dissuadem os licitantes. Isso resulta em menos concorrência, preços mais altos e atrasos na tomada de decisões e na entrega. Muitos países ainda têm procedimentos manuais (com uso de papel). Além de serem mais lentos do que os sistemas eletrônicos, esses sistemas não geram bancos de dados que facilitam a análise e o aprimoramento. Por

fim, os recursos humanos podem não ter a capacidade de fazer um planejamento eficaz de propostas, gerenciar licitação, preparar e finalizar contratos, supervisionar prestadores de serviços contratados ou garantir a qualidade dos produtos entregues (Silverman et al. 2019).

Gastos mais inteligentes com saúde são difíceis se o gerenciamento de compras de um país for ineficiente. É menos provável comprar as coisas certas a bom preço se os fornecedores não tiverem interesse em vender para o governo devido aos altos custos de transação, atrasos na concessão de contratos ou dificuldades em receber pagamentos.

A maioria dos países da região tentou resolver esses problemas e tornar as aquisições mais eficientes. Muitos países substituíram os procedimentos manuais por procedimentos eletrônicos. Ao usar tecnologias digitais, podem obter mais valor de seus gastos de várias maneiras. As compras eletrônicas facilitam mais licitações e maior concorrência, reduzindo os custos de transação para os fornecedores. Também aumenta a transparência, dificultando a prática de favoritismo ou fraude por parte dos envolvidos.



Por esses motivos, a digitalização das aquisições tem se tornado mais comum. Pelo menos dezenove países têm portais de compras on-line, e a maioria pode aceitar o envio eletrônico de propostas. Cerca de metade pode realizar leilões on-line. Por outro lado, apenas um terço, incluindo o Brasil e a Jamaica, gerencia faturas on-line (OECD 2016).

Alguns países também realizaram mudanças legais ou regulatórias para facilitar a entrada de novos fornecedores. Isso inclui a assinatura de acordos internacionais sobre comércio e propriedade intelectual (por exemplo, TRIPS) e a eliminação de regras que favorecem os fornecedores locais, como a exigência de contas de garantia em moedas locais. Muitos países estão reformando os procedimentos de registro de medicamentos para aceitar evidências de garantia de qualidade de agências reguladoras de medicamentos altamente conceituadas de outros países. Gastos inteligentes em infraestrutura exigem muita atenção durante a fase de projeto para garantir que as especificações sejam compatíveis com a demanda esperada, que haja pessoal e insumos disponíveis para a operação da estrutura e que a manutenção da estrutura seja financeiramente viável (Acuña et al. 2018). Isso se aplica não apenas a hospitais, clínicas de atenção primária e postos de saúde, mas a qualquer infraestrutura física relacionada ao sistema de saúde, como laboratórios de pesquisa e diagnóstico ou centros de dados.

Como a infraestrutura tem uma vida útil longa, projetar a utilização é muito importante. A decisão de construir ou reabilitar hospitais ou clínicas requer informações sobre a população e seu perfil de doenças. O projeto da instalação requer a consideração de como ela se encaixará na rede de serviços de saúde locais ou nacionais. Se possível, os projetos devem ser flexíveis para que as estruturas possam ser reorganizadas de acordo com as mudanças nas demandas. A resiliência para desastres naturais, efeitos da mudança climática e emergências de saúde também deve ser considerada (Barandiaran et al. 2019).

Os hospitais, em particular, usam uma grande quantidade de energia e água e produzem resíduos perigosos, exigindo projetos que reduzam o impacto sobre os recursos naturais, as mudanças climáticas e os fluxos de resíduos. Como essas decisões também afetam os gastos futuros com operações, um bom planejamento tentará minimizar o uso de energia e água. Projetos com eficiência energética, por exemplo, podem reduzir os custos operacionais em instalações de saúde em 20 a 50% (Fischel et al. 2020).

Gasto inteligente em infraestrutura também exige estratégias de aquisição que mantenham os custos baixos e, ao mesmo tempo, garantam a qualidade e a pontualidade da construção. Normalmente, os governos emitem contratos e supervisionam as empreiteiras contratadas para construir uma instalação ou instalar equipamentos. Entretanto, os países estão



experimentando novas formas que vão além das abordagens convencionais de aquisição, compartilhando os riscos de gerenciamento com empresas privadas. Essas Parcerias Público-Privadas (PPPs) podem ser econômicas quando estruturadas e implementadas adequadamente. Em 2017, cerca de 26 contratos de PPP estavam em operação nos sistemas de saúde da região. Um estudo de hospitais que usam PPPs no Chile documentou uma economia de 7% na construção e 16% no valor presente líquido ao longo do tempo, incorporando os custos operacionais, em relação aos contratos de construção convencionais. As PPPs também foram concluídas com valores mais próximo do orçamento e mais rapidamente do que as abordagens convencionais (Suarez Alemán et al. 2019). As condições para que as PPPs sejam bem-sucedidas dessa forma são bastante amplas, mas o caso chileno sugere que vale a pena investigá-las.

2.2.2 Pagando preços mais baixos por produtos ou serviços semelhantes

O gasto inteligente em saúde também envolve a busca dos melhores preços do mercado. Medicamentos e serviços de saúde igualmente eficazes geralmente estão disponíveis a preços muito diferentes. Isso se aplica até mesmo a produtos e serviços fabricados pela mesma empresa e vendidos com embalagens idênticas. Isso também ocorre quando os produtos ou serviços são diferenciados por marcas, mas têm o mesmo impacto sobre a saúde. Em ambos os casos, os países que gastam de forma mais inteligente podem fazer com que os orçamentos do setor de saúde sejam maiores pagando menos e ainda obtendo os mesmos resultados.

Os preços pagos pelo mesmo medicamento, equipamento ou suprimentos (mesmo quando produzidos pelo mesmo fabricante) variam em quantidades surpreendentemente grandes, dependendo de quem está comprando. Alguns hospitais britânicos pagam mais de £16 por planos de luvas de borracha, enquanto outros pagam apenas £0,35 (Rose et al. 2018).

Em outros casos, os preços variam entre marcas ou fabricantes, mesmo quando a eficácia e a segurança do medicamento ou equipamento são as mesmas. O Serviço Nacional do Consumidor do Chile, por exemplo, informou que os medicamentos de referência custam duas vezes mais que os similares e oito vezes mais que os genéricos (SERNAC 2018). De modo mais geral, descobriu-se que os preços dos medicamentos comuns variam até 1.600% entre os países e até 300% inclusive dentro do mesmo país (Dubois et al. 2019).



Os gastadores inteligentes podem usar diferentes estratégias para obter preços mais baixos. Quando um mercado tem vários fornecedores, os compradores podem mudar para fornecedores mais baratos ou buscar ofertas para pagar menos. Ao pesquisar com informações prévias de custo-benefício, fornecedores, preços, qualidade e termos contratuais, os compradores estão mais preparados para negociar descontos de preço com seus fabricantes ou distribuidores atuais. As informações sobre a relação custo-benefício têm sido usadas em muitos casos na negociação de preços com empresas farmacêuticas que estão tentando obter a aprovação de seus medicamentos. Os órgãos governamentais podem insistir que o preço do medicamento seja definido de forma proporcional ao benefício esperado para a saúde como condição para permitir sua venda e uso. Isso evita a introdução de medicamentos com preços altos que têm benefícios limitados.

Uma das principais estratégias para obter melhores acordos no setor de saúde é comprar medicamentos que tenham o mesmo valor em saúde, mas com preços mais baixos. De fato, a OMS declarou que a compra de medicamentos genéricos e equivalentes biossimilares em vez de medicamentos de referência é a política mais importante para tornar os sistemas de saúde mais eficientes (OMS 2010). O restante desta subseção examinará em detalhes a estratégia de compra de genéricos. Trata-se de uma estratégia que envolve tanto o processo de aquisição quanto a formação de mercado.

Os medicamentos que são protegidos por patentes (chamados de medicamentos "com patente" ou "de referência") não enfrentam a concorrência até que a patente expire. Os medicamentos com patente tendem a ter preços altos porque os produtores querem recuperar os custos de pesquisa e desenvolvimento e aumentar os lucros antes que a patente expire e os concorrentes entrem no mercado. Em países de renda média, os medicamentos de referência representam cerca de 20 a 25% das compras de medicamentos em volume, mas, como custam mais, podem representar de 60 a 80% de todos os gastos com medicamentos. Em contrapartida, os medicamentos sem patente (aqueles cujas patentes expiraram) representam cerca de 75% de todos os medicamentos disponíveis e respondem por uma parcela menor dos gastos farmacêuticos, entre 20% e 40% (Kanavos 2016).

Quando uma patente expira, os concorrentes ficam livres para produzir e vender medicamentos que são "cópias" do medicamento de referência com patente. Chamados de "medicamentos genéricos" ou simplesmente "genéricos", esses medicamentos têm os mesmos princípios ativos, destinam-se ao mesmo uso e têm perfis semelhantes em termos de efeitos colaterais e segurança. Os países geralmente exigem que os fabricantes de genéricos realizem estudos que demonstrem que o medicamento genérico tem as mesmas propriedades terapêuticas que o medicamento de referência (conhecido como "bioequivalência") antes



de poderem registrá-lo e vendê-lo. Para um medicamento específico, pode ser possível comprar o medicamento de referência, um medicamento similar (genérico de marca) produzido pela mesma empresa que produz o de referência, similares de outras empresas e genéricos (consulte o Quadro 4).

QUADRO 4 OS MEDICAMENTOS DE REFERÊNCIA, SIMILARES, E GENÉRICOS: QUAL É A DIFERENÇA?

Um medicamento de referência é um medicamento produzido e vendido pelo fabricante original. Por exemplo, pesquisadores da Boots Pure Drug Company Ltd solicitaram uma patente em 1961 para um composto de ácido 2-(4-isobutilfenil) propiônico como uma alternativa à aspirina para o tratamento da artrite reumatoide. Esse composto recebeu o nome de "ibuprofeno". Em 1969, a Boots começou a comercializá-lo como um medicamento de prescrição chamado "Brufen". Em 1983, o Reino Unido aprovou o ibuprofeno para vendas sem receita médica e a empresa Boots comercializou o medicamento como "Nurofen". Em 1985, a patente do ibuprofeno expirou e uma grande variedade de similares e genéricos acabou entrando no mercado.

Atualmente, o Nurofen seria considerado o medicamento original. Os genéricos de marca são vendidos com nomes como Advil, Motrin, Alaxan e I-Prin. As versões genéricas sem marca são vendidas simplesmente como "Ibuprofeno". Todas essas versões do ibuprofeno, seja o original, o similar ou o genérico, são aprovadas para venda nos Estados Unidos e no Reino Unido porque são bioequivalentes. Elas têm os mesmos efeitos à saúde e o mesmo perfil de segurança que o medicamento original comercializado pela Boots, mesmo que suas embalagens e preços sejam diferentes.



Fontes: Encyclopedia.com and [The Pharmaceutical Journal](http://ThePharmaceuticalJournal).



A economia com a compra de genéricos no lugar de medicamentos de referência pode ser considerável. Até mesmo a troca de similares por genéricos economiza muito dinheiro, que pode ser gasto de forma mais eficaz em outras necessidades de saúde. Por exemplo, 78% do valor das vendas em farmácias de varejo na República Dominicana é de similares, e apenas 8% são de genéricos. Os genéricos são 3,5 vezes mais baratos do que o preço médio dos similares e de marca. Conseqüentemente, se o sistema de seguridade social do país comprasse genéricos, poderia economizar US\$ 14,4 milhões por ano. Além disso, se as famílias do país passassem a usar genéricos, os gastos diretos poderiam ser reduzidos em US\$ 78,6 milhões por ano - cerca de 8% de todos os gastos diretos das famílias (Giedion et al. 2023).

Ainda que substituir medicamentos de referência por genéricos pareça simples, na verdade exige políticas e programas sólidos para promover a concorrência e incentivar o uso de medicamentos genéricos (consulte o Quadro 5). Em primeiro lugar, os fabricantes de medicamentos de referência geralmente confundem o mercado quando a patente expira, introduzindo um concorrente similar para seu próprio medicamento de referência (Appelt 2009). Essa estratégia faz com que o mercado pareça competitivo e pode oferecer algo de economia aos compradores, mas não tanto quanto no caso da concorrência de outros similares e, principalmente, de genéricos.

As regulamentações governamentais e os incentivos financeiros também podem inibir a concorrência, retardando, intencionalmente ou não, a introdução de genéricos. Os medicamentos precisam ser registrados e aprovados para venda, eficácia e segurança, mas às vezes os procedimentos são desnecessariamente demorados ou caros. As empresas com interesse financeiro em limitar a concorrência também tentam retardar a entrada dos genéricos. Elas usam muitas estratégias, incluindo pagamentos a concorrentes que concordam em não entrar no mercado, incentivando médicos e pacientes a trocarem um medicamento com patente expirada por uma formulação mais nova com proteção de patente mais longa, fazendo lobby contra a importação de genéricos e até mesmo comprando empresas que são concorrentes em potencial (Jones et al. 2016). Quando são bem-sucedidos, menos genéricos entram no mercado e os preços permanecem altos.

ASSISTA

Medicamentos genéricos e estratégias para promover seu uso

Fatima Suleman
(no MOOC da CRITERIA).



As políticas de compras públicas e as regulamentações dos planos de saúde também podem dificultar ou promover o uso de medicamentos genéricos. Muitos países dão aos médicos total liberdade para prescrever medicamentos de referência ou genéricos, mas outros estabeleceram regras ou limites para essa autoridade. A Espanha, a Itália e Portugal, por exemplo, têm mandatos que exigem que os médicos prescrevam medicamentos pelo nome genérico (Vogler et al. 2021).

Quando os sistemas de saúde reembolsam os custos dos medicamentos sem considerar a disponibilidade de alternativas de menor custo, gastarão mais e menos genéricos entrarão no mercado. Por outro lado, quando os sistemas de saúde exigem que os médicos prescrevam genéricos ou decidem reembolsar apenas os medicamentos bioequivalentes, gastarão mais e menos genéricos entrarão no mercado.

Se os medicamentos genéricos forem vendidos ao preço da alternativa mais barata do mercado, eles gastam menos e incentivam a entrada de mais genéricos no mercado (Greiner 2016). Por fim, as pessoas que a escolha de quais medicamentos comprar pode ser tendenciosa. O combate à desinformação sobre os genéricos exige a aplicação de leis para impedir que os médicos sejam influenciados pelas empresas farmacêuticas (Toverud et al. 2015). Também exige regulamentações relativas ao marketing e à rotulagem para garantir que médicos, farmacêuticos e pacientes possam identificar facilmente os equivalentes genéricos dos medicamentos de referência. O Brasil, por exemplo, exige que o nome genérico esteja impresso abaixo do nome da marca (Da Fonseca e Shadlen 2017; Appelt 2009).⁷ Aumentar a conscientização pública sobre a equivalência entre os medicamentos de referência e genéricos pode levar os pacientes a apoiarem, e não recusarem, a seleção de genéricos de preço mais baixo. O Chile incentiva os cidadãos a "[Pedir o Amarelo](#)" - uma referência à tarja amarela impressa nas caixas de genéricos nas farmácias chilenas (Babar

7. O Brasil aprovou uma Lei de Medicamentos Genéricos em 1999 que ajudou os consumidores a entenderem o que estavam comprando, exigindo que todos os medicamentos genéricos usassem a Denominação Comum Internacional (DCI) do medicamento em seus rótulos, juntamente com a letra "G" e uma faixa amarela para indicar a equivalência do medicamento a qualquer outro medicamento com esse nome genérico. A Lei de Medicamentos Genéricos permite que os medicamentos de referência incluam seu nome de marca em letras maiores, mas o nome genérico não pode ser menor do que a metade do tamanho da fonte do nome de marca. O Brasil também exige que os médicos do Sistema Único de Saúde escrevam prescrições usando o nome genérico; no entanto, os médicos do setor privado não são obrigados da mesma forma pela lei (Da Fonseca e Shadlen 2017).



et al. 2014). Obviamente, persuadir médicos, farmacêuticos e o público de que os genéricos são equivalentes aos medicamentos de referência em termos de segurança e eficácia também exige que os países estabeleçam os mecanismos que garantam que os genéricos sejam seguros e eficazes.

QUADRO 5 RECOMENDAÇÕES PARA INCENTIVAR O USO DE

- Estabelecer equivalência terapêutica.
- Abordar a embalagem e a rotulagem.
- Melhorar as práticas de prescrição.
- Incentivar a substituição de genéricos nas farmácias.
- Definir preços.
- Promover a entrada, a venda e a fabricação de genéricos.

Source: Gutiérrez 2023.

O efeito de limitar a concorrência é bastante oneroso e, por outro lado, as possíveis economias decorrentes da promoção da concorrência são bastante grandes. Nos Estados Unidos, quando as patentes expiram e três concorrentes estão no mercado, os preços caem em cerca de 20%; com 10 ou mais concorrentes, os preços caem em cerca de 20%, o preço cai 80% (Nguyen et al. 2022). Na Europa, também, estudos descobriram que dentro de dois anos após a expiração da patente de um medicamento, os concorrentes entram rapidamente no mercado e fazem os preços caírem drasticamente (Kanavos 2014).

Dinâmicas semelhantes podem ocorrer na América Latina e no Caribe. Entretanto, vários fatores, como mercados pequenos, sistemas regulatórios lentos e comportamento estratégico das empresas, podem limitar a concorrência mais do que nos países de alta renda. Por exemplo, informações da Colômbia mostram que, depois que um primeiro concorrente é aprovado, apenas um concorrente adicional é licenciado no ano seguinte, e apenas duas licenças são concedidas nos dois anos seguintes.⁸ Isso reforça a necessidade de entender

8. Cálculos feitos por Leonardo Arregoces usando informações reportadas pela agência reguladora nacional INVIMA ao Sistema de Informações Gerenciais de Preços de Medicamentos (SISMED) do Ministério da Saúde.



os fatores que inibem ou incentivam a entrada de genéricos e de adotar políticas públicas que promovam a concorrência para medicamentos sem patente.

2.2.3 Comprando conjuntamente

LEIA



(Somente em inglês)
Mexico's coordinating commission for negotiating the price of medicines and other health inputs
Bañuelos (2016)

O agrupamento das compras é uma estratégia inteligente para pagar menos por insumos médicos. Quando países ou organizações combinam suas compras em lotes maiores, eles podem negociar preços unitários mais baixos no mercado e economizar nos custos administrativos. Quando o desempenho é medido em termos de pagamento de preços mais baixos, os melhores preditores de um bom desempenho de aquisição são o volume e a aquisição centralizada (Rosen e Tordrup 2018).

LEIA



(Somente em inglês)
Procurement policies for pharmaceuticals: the international experience
Kavanos (2017).

O pool de compras também tem outros benefícios. Às vezes, as organizações encarregadas das aquisições podem agir mais rapidamente do que seus governos ou organizações membros durante emergências ou faltas de estoque imprevistas. Elas também podem obter medicamentos de referência mais cedo, oferecendo-se para comprar grandes volumes e ajudando os fornecedores a conseguirem medicamentos registrados e aprovados (Nemzoff, Chalkidou e Over 2019). Alguns governos criaram agências que adquirem bens em nome dos prestadores de serviços de saúde pública, em vez de esperar que cada prestador os adquira por conta própria. O Chile criou a *Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud* (CENABAST) para comprar medicamentos, dispositivos médicos e insumos para mais de 500 unidades



de saúde pública e farmácias. Isso gerou uma economia de cerca de 75% em comparação com os preços mais baratos disponíveis nas farmácias privadas. Combinando pedidos de diversos órgãos públicos de saúde, a Comissão para a Negociação de Preços de Medicamentos e Outros Insumos de Saúde (CCNPMIS), do México, comprou medicamentos e dispositivos médicos para mais de 500 unidades e farmácias públicas.

Também conseguiu reduzir os preços dos produtos farmacêuticos em 7% a 15% e, no caso dos medicamentos antirretrovirais (ARVs), em 38% entre 2008 e 2015 (Barraza Llorens 2012; Bañuelos 2016; Adesina et al. 2013). Iniciativas privadas, chamadas de Organizações de Compras em Grupo (GPOs), compram grandes volumes para prestadores de serviços de saúde públicos e privados. No Quênia, a MedSource é uma empresa com fins lucrativos que oferece preços mais baixos às organizações associadas, sejam farmácias, redes de farmácias, hospitais ou prestadores de serviços de saúde. Ela reúne a demanda de seus membros e, em seguida, negocia descontos com fabricantes e distribuidores.

Os países também podem agrupar as aquisições. Ainda que possa ser difícil negociar esses acordos internacionais, são viáveis e eficazes. Às vezes, os países autorizam agências internacionais, como o Fundo Global e o UNICEF, a comprar produtos para eles. Por exemplo, a Organização dos Estados do Caribe Oriental (OECS) criou um Serviço de Aquisição Farmacêutica em 1986 para comprar insumos de saúde para seus 10 estados-membros. Eles relatam uma economia de custos de cerca de US\$ 4 milhões por ano para seus membros (SERCOP 2015).

Outro exemplo é o Fundo Estratégico da OPAS. Criado em 2000 para adquirir insumos de saúde para seus 33 membros, tem como objetivo negociar um preço baixo único para todos os seus membros, seja na compra de mosquiteiros, kits de exames ou medicamentos sofisticados. Para medicamentos de alto custo com demanda de longo prazo, como os medicamentos para HIV e TB, o Fundo E. da OPAS negociou acordos de longo prazo com preços fixos (Nemzoff, Chalkidou e Over 2019). Os países apreciam esse serviço, conforme indicado por um aumento de 15 vezes na aquisição de ARVs por meio do Fundo Estratégico entre 2004 e 2012 (OPAS e OMS 2013). Outra vantagem de um fundo comum como o da OPAS é que ele pode adquirir insumos rapidamente durante emergências ou rupturas de estoque imprevistas. Durante a pandemia da COVID-19 (ver Quadro 6), este fundo ajudou 25 países a obter acesso a mais de US\$ 235 milhões em medicamentos essenciais e insumos de saúde pública. Também estendeu quase US\$ 39 milhões em linhas de crédito e forneceu assistência técnica que foi fundamental para a resposta emergencial da região (Lal et al. 2022).



Ao invés de criar uma agência internacional para agrupar as compras, os países podem estabelecer acordos para negociar os preços em seu nome. Depois, cada país compra os produtos diretamente dos fornecedores de acordo com os termos do contrato. O Conselho de Ministros da Saúde da América Central (COMISCA), por exemplo, negocia preços para seus oito países membros com economias substanciais ao negociar conjuntamente a compra de produtos farmacêuticos de alto custo para doenças crônicas (SERCOP 2015).


Beneluxa é uma iniciativa de vários pequenos países europeus que colaboram para monitorar e prever mudanças tecnológicas e realizar avaliações de tecnologias de saúde (ATs). Dividem experiência em políticas e práticas recomendadas e negociam os preços de medicamentos de alto preço. Como a COMISCA, essa iniciativa mostra que países pequenos podem unir forças e usar evidências para obter melhor valor (Giedion e Bettati 2023).


As compras entre países não excluem dificuldades por causa das diferentes estruturas legais e regulatórias. Eles podem aplicar regras diferentes para o registro de medicamentos, proteção da propriedade intelectual e gerenciamento do comércio. Os termos contratuais para compras conjuntas também devem ser negociados. Isso pode ser complicado se os países tiverem assinado acordos bilaterais com empresas que concedam acesso exclusivo ao mercado ou proibam em contrato o compartilhamento de informações. O agrupamento ou a centralização das compras dentro dos países enfrenta menos obstáculos, mas ainda exige tempo e energia dedicados para garantir a compatibilidade entre as instituições em termos de padronização de produtos, dados e pedidos pontuais.

É preciso ter cuidado ao implementar a aquisição conjunta para evitar a perda dos benefícios da descentralização. Em geral, a compra descentralizada parece reduzir o desperdício e aumentar a responsabilidade pela entrega dos produtos. Os países escandinavos optaram por descentralizar as compras, apesar dos preços mais altos que pagavam, pois valorizavam a autonomia das unidades de saúde locais (Rosen e Tordrup 2018). Para se beneficiar das compras agrupadas sem perder as vantagens das compras locais, os países precisam melhorar a troca de informações, as cadeias de insumos e o rastreamento de produtos. Negociar acordos padronizados de compras e preços em nível central e permitir que os estabelecimentos locais comprem sob esses termos é outra estratégia que equilibra os benefícios do agrupamento e da descentralização.



2.2.4 Regulando preços

LEIA 



Acesso, desenvolvimento e regulamentação do mercado de medicamentos
Safatle (2019).

A regulação pública dos preços é outra forma de apoiar o gasto inteligente. Os mercados de insumos farmacêuticos e médicos raramente são competitivos porque os produtos não são padronizados, o número de fornecedores geralmente é limitado e a informação sobre o fornecimento e a qualidade pode ser difícil de obter. Uma maneira de aprimorar esses mercados é melhorar as informações. Os governos podem organizar, publicar ou exigir a divulgação de informações para que os compradores estejam mais bem informados. A regulação direta de preços também pode compensar o poder de mercado em mercados com poucos fornecedores. Algumas abordagens importantes para a regulação de preços

incluem limites de preços, preços de referência externos, preços de referência internos e preços baseados em valor.

Os *preços máximos* ou tetos de preços estabelecem um preço máximo para os medicamentos. Essa abordagem é comumente usada para os preços de varejo de genéricos (Puig-Junoy 2010), mas também pode ser usada para limitar os preços de medicamentos de marca com patente. Desde 2013, um sistema de limite de preço na Colômbia baseado em preços de referência externos regulou os mercados de medicamentos⁹ com poucos fornecedores. Depois de implementar essa abordagem, a classificação da Colômbia melhorou drasticamente em relação a outros países (Andía 2018).

O *preço de referência externo (ERP)*, às vezes chamado de preço de referência internacional, define o preço de um medicamento em relação aos preços cobrados em outros países. Geralmente, a média ou o menor preço do fabricante em um grupo de países semelhantes é usado como preço de referência externo. Alguns países escolhem o PRE para o preço

9. Nesse caso, o mercado relevante é para um grupo de medicamentos entre os quais há substituíbilidade terapêutica e econômica. Consulte Benavides Gutiérrez 2019.



do medicamento, enquanto outros usam o PRE como parte das informações para definir o preço (Remuzat et al. 2015).

O *preço de referência interno (IRP)* regula o preço de um medicamento em relação a outros medicamentos no mesmo país. Os medicamentos com o mesmo princípio ativo têm o mesmo preço, geralmente com base no substituto mais barato disponível (Kanavos 2016; Safatle 2019). Uma abordagem semelhante, chamada de *preço de referência terapêutica (TRP)*, agrupa medicamentos que tratam da mesma condição em relação a outros medicamentos menos do princípio ativo. Há, por exemplo, diferentes medicamentos disponíveis para baixar a febre (aspirina, ibuprofeno, acetaminofeno etc.). Apesar de usarem moléculas diferentes, poderiam ter o mesmo preço da versão de menor preço. Alguns países europeus que usam IRP e TRP reduziram os preços em mais de 40% (Kanavos 2016)..

A *precificação baseada em valor* é uma inovação mais recente que define os preços em relação à utilidade de um medicamento, ou seja, em termos de seu impacto terapêutico. Os países têm experimentado pelo menos três formas diferentes de precificação baseada em valor. Quando uma empresa busca aprovação para vender um novo medicamento em um mercado, os países estabelecem ou negociam um preço com base na comparação do novo medicamento com as terapias existentes. Em outros casos, uma estimativa do valor terapêutico do novo medicamento é usada para estabelecer o preço. Uma terceira abordagem se baseia em contratos de desempenho para definir implicitamente o preço. Um contrato de desempenho pode incluir cláusulas para reembolso parcial ou total se o resultado terapêutico esperado não for alcançado. Por exemplo, uma empresa farmacêutica pode concordar em reembolsar o governo pelo custo de um tratamento contra o câncer se ele não conseguir aumentar as taxas de sobrevivência (Kannarkat et al. 2020; Prieto-Pinto et al. 2020).

A regulação de preços pode fazer uma grande diferença, especialmente no curto prazo. O Brasil estava pagando mais do que a França pelo Imatinib (um medicamento contra o câncer) até estabelecer regulamentações e criar a Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED) em 2002 para conduzir um processo de Avaliação de Tecnologias em Saúde e estabelecer limites de preços para os medicamentos. Posteriormente, os preços brasileiros caíram, fazendo com que o país economizasse cerca de US\$ 180 milhões em dois anos (Safatle 2019). A abordagem do Brasil para a regulação de preços classifica os medicamentos em três categorias com base em seus benefícios e custos para a saúde. Se um medicamento tiver maior valor terapêutico do que outros medicamentos no mercado, a CMED recomenda um teto de preço com base no preço de referência externo. Mas se o medicamento tiver pouco benefício em relação a outros medicamentos, seu preço máximo é definido com o preço de referência interno. A terceira categoria é a de medicamentos que



têm valor terapêutico semelhante a outros no mercado, mas que estão sendo oferecidos a preços mais baixos. Esses limites de preço são aceitos ou revisados para baixo pelo sistema de saúde pública com base em sua própria análise de preço e valor.

Essa abordagem levou os preços dos medicamentos no Brasil a serem seis vezes mais baixos do que no mercado dos EUA. Por outro lado, o Brasil não regulamenta os preços dos dispositivos médicos. Sem uma regulação comparável para dispositivos médicos, o Brasil acaba pagando preços muito altos pelos dispositivos, até 30 vezes mais altos do que os preços em outros países (Safatle 2019).

Cada um desses métodos tem seus pontos fortes e fracos. Os preços máximos permitem que a concorrência leve os preços abaixo do limite. Entretanto, quando os preços máximos são muito baixos, o medicamento pode deixar de ser lucrativo e pode ocorrer escassez. As empresas também podem compensar os limites de preço de um medicamento aumentando os preços de outros (Andia 2018).

Além disso, a regulação dos preços geralmente é difícil porque faltam informações cruciais. Os contratos de compra de medicamentos geralmente proíbem a divulgação dos termos. Além disso, os nomes dos medicamentos, as embalagens e as dosagens variam entre os países e até mesmo dentro deles, dificultando as comparações. Quando as empresas ficam sabendo como os preços serão definidos, podem encontrar maneiras de "burlar" o sistema. Por exemplo, com o preço de referência externo, as empresas podem introduzir estrategicamente medicamentos em mercados com preços mais altos para obter preços mais altos (Andia 2018; Remuzat et al. 2015). Determinar o valor dos medicamentos em termos de impacto terapêutico é outro desafio enfrentado pelos reguladores.

A regulação de preços também pode reduzir a eficiência do mercado e desestimular a inovação. As consequências indesejadas devem ser consideradas em relação aos benefícios obtidos com as políticas de preços (Yadav 2009). Embora seja bom elaborar bem as regulamentações de preços, é ainda mais importante monitorar o mercado e agir quando surgirem problemas. A regulação de preços não é algo que um país faz uma vez e depois esquece. Ela deve fazer parte de uma abordagem regular, contínua e sistemática para avaliar preços, qualidade e valor (Safatle 2019).





2.3 Estamos comprando as coisas erradas?

Esta seção aborda as escolhas difíceis relacionadas à eliminação de programas ou à rejeição de determinados medicamentos ou tratamentos que são muito caros, desperdiçam ou causam danos.

As pessoas que desejam fazer escolhas inteligentes de gastos com saúde podem começar parando de fumar e evitando bebidas com açúcar, o que melhorará sua saúde e lhes dará mais dinheiro para gastar. Algo parecido se aplica aos países que geralmente compram as coisas erradas com seus orçamentos de saúde. Para gastar de forma inteligente precisam evitar comprar serviços de saúde que proporcionem pouco ou nenhum ganho à saúde, prejudiquem os pacientes ou desperdicem recursos.

2.3.1 Desinvestimento em serviços com pouco ou nenhum ganho para a saúde

LEIA 



(Somente em espanhol)
Desinversión en salud: un acercamiento basado en la evidencia
Esandi (2023).

O uso excessivo de ferramentas de diagnóstico e de tratamentos ineficazes ou inseguros é muito comum em muitos sistemas de saúde. Os médicos solicitam exames de imagem para dor lombar ou dores de cabeça e exames de imagem cardíaca em pacientes de baixo risco, o que aumenta os custos e não proporciona nenhum benefício significativo. Os médicos também prescrevem em excesso ou de forma inadequada antibióticos, antipsicóticos e inibidores da bomba de prótons (para doença do refluxo) (Hurley 2014).

A redução parcial ou total dos gastos com saúde para essas práticas, que têm pouco ou nenhum valor em relação ao seu custo, é chamada de "desinvestimento" (Elshaug et al. 2007).

Os países nem sempre avaliam as novas tecnologias, mas um número ainda menor analisa as tecnologias existentes e pergunta se elas devem ser descontinuadas. Uma análise recente



identificou 45 iniciativas de desinvestimento nos últimos 50 anos, a maioria delas em países de alta renda, embora a Argentina, o Brasil e o México também estivessem representados. Uma iniciativa, a Choosing Wisely Campaign, começou nos Estados Unidos e sua metodologia foi adotada em cinco outros países (Esandi 2022). As iniciativas de desinvestimento precisam de maneiras de identificar tecnologias que possam ser de pouco ou nenhum valor. Em seguida, precisam de métodos para avaliar a tecnologia. Se a avaliação mostrar que a tecnologia não vale a pena, o país pode começar a desinvestir nela. Inicialmente, a identificação de quais tecnologias devem ser revisadas pode se basear em diferentes tipos de evidências, incluindo estudos científicos que não têm referência contextual, evidências do contexto local ou preocupações relatadas por pacientes ou médicos. Em seguida, para decidir se vão desinvestir, os países podem analisar as revisões sistemáticas existentes e os bancos de dados internacionais ou realizar novos estudos para obter as informações necessárias.

As variações na prática médica também podem revelar candidatos ao desinvestimento, seja dentro de um país ou entre países. Os países da América Latina e do Caribe têm as taxas de cesáreas mais altas do mundo - uma média de 40,5% em comparação com 18,6% em outros lugares (Betran et al. 2016). A cirurgia cesariana é usada para dar à luz mais da metade de todos os bebês nascidos no Brasil e na República Dominicana. Quando as práticas médicas variam tanto assim sem diferenças significativas nos resultados, isso indica que um número substancial dessas cirurgias é feito por meio de cesáreas são desnecessárias. Desinvestir em cirurgias desnecessárias faz sentido, mas fazer essa mudança pode não ser fácil. Há décadas se tem feito esforços para reduzir o número de cesáreas desnecessárias; em parte, com sucesso.

Os países que desejam gastar de forma mais inteligente também precisam abordar as práticas de tratamento com poucos benefícios. Cerca de metade de todo o uso de antibióticos por seres humanos é desnecessário e não traz nenhum benefício à saúde, criando riscos desnecessários para os pacientes, incentivando o surgimento de cepas antimicrobianas resistentes e usando dinheiro que poderia ser gasto em outros serviços de saúde eficazes. Entretanto, reduzir a prescrição excessiva de antibióticos não é simples. É preciso educar e envolver médicos, farmacêuticos e o público em conversas sobre o uso de antibióticos, revisar protocolos clínicos e alterar os mecanismos de pagamento.

Se um país decidir desinvestir em uma tecnologia ou prática médica, precisará ser proativo. Pode analisar e revisar as diretrizes de prática e os protocolos médicos, envolver os prestadores de serviços de saúde em discussões e workshops educacionais ou ajustar os mecanismos e incentivos financeiros. Para ter sucesso, provavelmente será necessário agir



em todas essas frentes. Encontrar maneiras de convencer as principais partes interessadas, principalmente os prestadores de serviços de saúde, é fundamental, além de realocar qualquer economia em outras intervenções de saúde mais produtivas.

As iniciativas que fornecem informações para o desinvestimento incluem a DIANA¹⁰, sediada na Espanha, o National Institute of Clinical Excellence (NICE), no Reino Unido, e a Choosing Wisely, uma iniciativa internacional liderada por associações profissionais em seis países. Essas iniciativas às vezes geram uma lista para "não fazer" - abordagem adotada pelo NICE no Reino Unido - ou uma classificação de "alto valor/baixo valor" - abordagem adotada pelo DIANA.

Exemplos de desinvestimento bem-sucedido incluem cinco intervenções de baixo valor identificadas pela Choosing Wisely Campaign. Elas incluem exames laboratoriais desnecessários, antibióticos para sinusite e triagem DXA (densidade óssea) para osteoporose em pessoas sem fatores de risco. O NICE emitiu uma decisão de "não fazer" para histerectomias quando são prescritas para tratar de sangramento menstrual intenso. Posteriormente, o número de cirurgias caiu em cerca de 10% (Chambers et al. 2017). De 2018 a 2020, uma iniciativa argentina analisou as informações disponíveis de práticas médicas no tratamento do câncer (oncologia), identificando 26 práticas em listas de "não fazer". Após um processo deliberativo que incluiu especialistas em oncologia e avaliação de tecnologias de saúde, seis das práticas foram selecionadas para desinvestimento (Esandi 2022). A Tailândia removeu a atorvastatina de sua lista nacional de medicamentos essenciais quando o processo de ATS mostrou que ela não era mais custo-efetiva (Teerawattananon et al. 2014).

2.3.2 Resíduos: Clínicos, operacionais e administrativos

As iniciativas de desinvestimento não são comuns, o que é um problema, considerando os benefícios da redução de serviços de saúde desnecessários ou prejudiciais. Os pesquisadores estimaram que os serviços de saúde ineficazes e inseguros, juntamente com a prestação de serviços de saúde de baixa qualidade, podem ser responsáveis por até um terço de todos os gastos com saúde nos EUA (Berwick e Hackbarth 2012). A OCDE constatou que até um quinto dos gastos com saúde foi desperdiçado e poderia ser mais bem gasto. Ela analisou três tipos de desperdício: clínico, operacional e administrativo.¹¹ O desperdício clínico inclui

10. Acrônimo em espanhol para "Divulgación de Iniciativas para Analizar la Adecuación en Salud" (Divulgação de Iniciativas para Analisar a Adequação da Assistência à Saúde).

11. Os parágrafos se baseiam em "[Tackling Wasteful Spending](#)" publicado pela OCDE em 2017.



o fornecimento de serviços, medicamentos e tecnologias desnecessários, de baixo valor ou prejudiciais, discutidos anteriormente. Portanto, esta seção se concentrará no desperdício operacional e administrativo.

Os sistemas de saúde têm uma grande quantidade de *desperdício operacional* - gastos desnecessários e perda de valor devido ao mau gerenciamento de medicamentos, insumos, instalações e redes. Os provedores podem comprar um número excessivo de medicamentos ou suprimentos para depois descartar os produtos não utilizados. Os produtos também são descartados quando as prescrições são duplicadas, os pacientes não aderem a seus regimes ou os hospitais administram mal seus estoques. A Austrália analisou os medicamentos que estavam sendo devolvidos aos distribuidores e encontrou mais de US\$ 1 milhão em medicamentos descartados, a maioria dos quais eram medicamentos prescritos. Os hospitais têm um desperdício operacional substancial causado por operações ineficientes em serviços de alimentação, uso de energia, uso de água e manutenção. O fluxo ineficiente de pacientes também pode contribuir para o desperdício. Muitas cirurgias são mais caras porque os pacientes são admitidos desnecessariamente em internação e não em ambulatório. As internações hospitalares geralmente são mais longas do que o necessário quando o processo de diagnóstico, tratamento, avaliação e alta é mal coordenado.

A administração é uma parte importante de qualquer sistema de saúde, mas também gera desperdício. Os custos administrativos, associados à governança do sistema de saúde e à coleta e gestão dos fundos de saúde, variam substancialmente entre os países e sistemas. Os custos administrativos representam menos de 2% dos gastos atuais com saúde na Itália, no Japão e na Islândia, em comparação com mais de 5% dos gastos atuais com saúde no México, na França e nos EUA.

O desperdício administrativo pode ser impulsionado pela fragmentação do setor de saúde. Os sistemas de saúde com várias seguradoras gastam muito com faturamento e relatórios. Os pagadores únicos ou os serviços nacionais de saúde geralmente têm menos custos associados ao faturamento. Contudo, os processos administrativos podem ser lentos e dispendiosos quando esses sistemas têm desempenho fraco e baixa capacidade de contabilização. A redução do desperdício administrativo exige análises detalhadas dos procedimentos e processos para identificar e solucionar problemas. A padronização de códigos e relatórios pode reduzir alguns custos administrativos e facilitar o compartilhamento de informações entre provedores, seguradoras e órgãos reguladores. As tecnologias digitais em saúde estão criando oportunidades para reduzir o desperdício administrativo, melhorando a disponibilidade, a comunicação e o compartilhamento de informações sobre os pacientes, a prestação de serviços de saúde, a qualidade da assistência e os custos.



Não é inteligente permitir que os fundos de saúde sejam desviados por meio de fraude, abuso e corrupção. Porém, os sistemas de saúde são bastante vulneráveis a esses problemas (Savedoff e Hussmann 2006). Muito dinheiro circula pelo setor de saúde, o que o torna um alvo atraente para pessoas que buscam enriquecer às custas do sistema público. O setor também tem muitas transações dispersas e difíceis de monitorar, incluindo processos de licitação, seleção de fornecedores, distribuição de medicamentos, faturamento de serviços, treinamento e prescrição. Essa combinação de altas recompensas potenciais e baixa probabilidade de detecção garante que a fraude, o abuso e a corrupção serão problemas persistentes no campo da saúde.

Os conflitos de interesse também são frequentes no setor de saúde. Um exemplo é que as empresas farmacêuticas influenciam os médicos de várias maneiras. Podem pagar diretamente aos médicos pela prescrição de medicamentos em países onde essas práticas não são proibidas. Em outros, elas encontram maneiras de beneficiar os médicos, contratando-os para realizar pesquisas ou oferecendo-lhes viagens a resorts para eventos (Transparency International 2006).

Para coibir esse tipo de abuso, se faz necessário um esforço vigoroso, ágil e sistemático por parte do governo e dos responsáveis pela supervisão do sistema de saúde. São necessários departamentos dedicados de investigar e reunir informações sobre os tipos, o escopo e a escala dos abusos que estão sendo cometidos. As políticas do sistema de saúde precisam ser revisadas e ajustadas para reduzir as oportunidades de abuso, aumentar a transparência e fazer cumprir as leis, os regulamentos e os códigos de conduta. É inteligente gastar dinheiro para coibir o abuso. Estimativas dos EUA mostram que o governo recupera mais de US\$ 6 para cada US\$ 1 que gasta na detecção de fraudes.

2.4 Podemos criar e apoiar sistemas que gastam de forma mais inteligente?

Esta seção analisa os aspectos institucionais e políticos do gasto inteligente.

As escolhas de gastos com saúde pública são fundamentalmente sociais e políticas. Isso se aplica tanto ao nível geral de gastos públicos com saúde quanto à alocação desses recursos (Glassman et al. 2012; Savedoff e Smith 2011). Ao mesmo tempo, decidir em que gastar ainda é uma das políticas públicas mais difíceis em todos os setores, não apenas na saúde.



A criação de sistemas que "gastam de forma inteligente" exige o estabelecimento de mecanismos de governança adequados ao contexto e que funcionem de forma coerente entre si. É mais fácil estabelecer sistemas bem governados em países com governos funcionais que promovem e respondem ao consenso social. Em países sem essa vantagem, sistemas de saúde bem governados requerem mecanismos para criar acordos sociais e resistir a pressões externas inadequadas.

A governança é um tópico amplo que aborda todos os aspectos da área de saúde. Mas se nos concentrarmos em promover e manter gastos inteligentes, algumas questões se destacam, relacionadas a responsabilidades, informações, mandatos, processos políticos, conflitos de interesse e pressões de interesses particulares.

A boa governança envolve a atribuição de funções, responsabilidades e autoridade claras a vários órgãos. Independentemente da estrutura do sistema de saúde de um país, certas funções são necessárias. Os países precisam aprovar tratamentos, medicamentos e dispositivos. Dentro dos orçamentos públicos de saúde, eles precisam selecionar ou priorizar os serviços. Se quiserem um plano de benefícios de saúde, este precisa ser projetado, negociado e atualizado regularmente. Da mesma forma, se quiserem uma agência eficaz de Avaliação de Tecnologia em Saúde (ATS), precisam incorporá-la explicitamente ao processo de elaboração de políticas. Os mercados de fornecimento e os preços precisam ser monitorados e regulamentados. Os países também precisam credenciar ou licenciar os prestadores de serviços de saúde e determinar a elegibilidade dos fornecedores. Além disso, os países precisam de uma maneira de monitorar e garantir a integridade das transações financeiras.

Alguém deve ser responsável por essas funções. A responsabilidade pode ser atribuída a órgãos do poder executivo, comitês legislativos, instituições paraestatais, organizações sem fins lucrativos ou sociedades profissionais. Cada instituição precisa de um mandato claro, recursos e equipe adequados e autonomia suficiente, mas com responsabilidade. Também precisam ter vínculos que garantam a coerência entre suas decisões (por exemplo, a aprovação de medicamentos por uma agência de medicamentos) e as de outras agências (por exemplo, a inclusão de medicamentos em um plano de benefícios por uma agência de planos de saúde).

Bons sistemas de informação facilitam a realização de gastos mais inteligentes. Seja para encontrar o melhor preço no mercado para instrumentos cirúrgicos, ajustar um plano de benefícios de saúde, desinvestir em um tratamento de baixo valor ou detectar fraudes, as informações são fundamentais. Um bom sistema de informações tem procedimentos sistemáticos para coletar dados de forma a facilitar a análise e a interpretação. Também requer



recursos humanos, infraestrutura e conexões com centros de pesquisa que garantam a qualidade e a capacidade de uso das informações. O sistema de informações precisa ser assinado para ser usado pelo setor de saúde. Mas também tem requisitos específicos de governança próprios para tratar de questões como segurança cibernética, privacidade e equidade (Carnicero e Serra 2020).

As leis e regulamentações que exigem o uso de informações de priorização de valor nas decisões de gastos aumentam a probabilidade de gastos inteligentes. As leis que exigem a consideração da "relação custo-benefício" ao alocar fundos ou participar de aquisições talvez sejam a maneira mais direta de exigir gastos mais inteligentes. Da mesma forma, os mandatos legais para vincular o valor (identificado por ATS) às negociações de preços podem ajudar os países a chegarem a melhores acordos. A criação de listas de medicamentos essenciais que incluam apenas medicamentos de alto valor e a exclusão legal de outros medicamentos do desembolso com financiamento público é um instrumento poderoso para melhorar o valor obtido por meio dos gastos com saúde.

As leis que exigem a atualização dos planos de benefícios em saúde com novas informações sobre custo-benefício, custos de oportunidade e consequências distributivas também são valiosas. Além disso, é mais fácil para o público responsabilizar o governo se as leis exigirem a divulgação pública dos orçamentos e a disseminação de documentos complementares que expliquem como o orçamento público afetará diferentes populações e resultados de saúde. Uma maneira de isolar a análise da interferência indevida é criar departamentos independentes de avaliação de tecnologias de saúde que aconselhem os governos sobre o valor relativo de tecnologias novas ou existentes.

Os vínculos entre os processos técnicos e políticos são uma parte importante da boa governança. É extremamente difícil tomar decisões de políticas públicas somente com base em critérios técnicos. O público e os políticos que o representam esperam, com razão, ter a palavra final sobre o que os governos farão. Portanto, para tomar decisões informadas sobre gastos, é necessário estabelecer oportunidades regulares para que as informações

ASSISTA +

Como a participação melhora a governança
Tony Culyer (no MOOC da CRITERIA).

Deliberation

- Thoughtful and careful way of reaching a conclusion
- Involves the focused evaluation of alternatives
- It is an important part of the explicit priority-setting processes

in all those countries that have advanced most



técnicas sejam levadas aos debates sociais e às deliberações políticas. As agências que realizam análises técnicas, especialmente as ATS, podem melhorar as decisões de gastos ao se envolverem com políticos, processos políticos, prestadores de serviços de saúde e o setor (por exemplo, produtos farmacêuticos, dispositivos, insumos médicos) de forma a informar as decisões técnicas e políticas. Porém, os procedimentos e as regras para esse tipo de envolvimento precisam proteger a integridade da análise técnica.

CAIXA 6 GASTOS INTELIGENTES DURANTE UMA EMERGÊNCIA DE SAÚDE: LIÇÕES DA COVID-19

Os países têm muita dificuldade em fazer orçamentos para emergências. Hoje em dia, as demandas diárias por serviços tendem a superar os esforços para investir em preparação para emergências. No entanto, a crise da COVID-19 demonstrou como os países podem ser míopes quando negligenciam o investimento em funções de saúde pública e resiliência. Conseqüentemente, a COVID-19 se espalhou tão rapidamente e com um impacto tão devastador que interrompeu o abastecimento do mercado, fechou grandes segmentos da economia e causou enormes transtornos sociais.

Os países que desejam gastar de forma mais inteligente reconhecerão o alto valor de quantias relativamente pequenas de financiamento quando elas forem investidas de forma consistente e inteligente em funções de saúde pública, como vigilância epidemiológica, manutenção de redes de laboratórios de diagnóstico e armazenagem de insumos essenciais.

O gasto inteligente também se aplica durante uma emergência. A pandemia gerou novas demandas nos sistemas de saúde para cuidar das pessoas infectadas com a COVID-19 e, ao mesmo tempo, se tentou manter outros serviços de saúde - tudo isso com orçamentos altamente limitados. A definição de prioridades nesses casos é da maior importância. Ao mesmo tempo, muitas vezes faltam os dados necessários para tomar decisões.

Duas lições da crise da COVID-19 merecem ser destacadas:

- Os sistemas que funcionam bem em períodos não emergenciais, com mecanismos de definição de prioridades, sistemas de coleta de dados e capacidade analítica, terão mais facilidade para alocar recursos durante uma emergência. O Chile, por exemplo, tinha um sistema de monitoramento de leitos de terapia intensiva em seus hospitais públicos, mas a participação dos hospitais privados era voluntária. Como o sistema de informações já existia, poderia ter exigido a participação dos hospitais privados durante a



crise para gerenciar melhor a capacidade do país de tratar casos agudos de COVID-19.

- Os investimentos na *preparação* para uma emergência são importantes para que, quando ocorrer uma crise, as pessoas já saibam o que fazer. Isso se aplica a qualquer pessoa que precise se mobilizar, seja para triagem e tratamento de pacientes, coleta de dados, realização de análises, tomada de decisões de definição de prioridades ou alocação de recursos. Por exemplo, Cingapura e Coreia responderam à crise da SARS alocando fundos para a preparação para emergências, armazenando insumos essenciais e realizando exercícios de simulação de emergência. Isso possibilitou que eles respondessem de forma rápida e eficaz, mesmo antes da chegada da COVID-19 em seus países.

Leia estes trabalhos da CRITERIA para obter mais informações sobre gastos inteligentes durante a pandemia:

- “Priorização em tempos de pandemia. [No. 1: Como alocar recursos de saúde escassos em meio a uma pandemia: Estrutura conceitual, princípios e processos](#)” (Gutiérrez 2021a).
- “Priorização em tempos de pandemia. [No. 2: Como alocar recursos escassos de saúde em meio a uma pandemia: intervenções terapêuticas](#)” (Gutiérrez 2021b).
- “Priorização em tempos de pandemia. [Nº 3: Como alocar recursos de saúde escassos em meio a uma pandemia: intervenções não terapêuticas](#)” (Gutiérrez 2021c).

São necessárias regulamentações para tratar de conflitos de interesse e limitar a parcialidade nas decisões técnicas e políticas. As pessoas com interesses financeiros diretos nas decisões podem ser legalmente impedidas de participar de maneiras que influenciem essas decisões. Outras disposições para gerenciar conflitos de interesse incluem regras de divulgação, transparência nos procedimentos de tomada de decisão, códigos de conduta profissional e mecanismos para recompensar e proteger os denunciantes.

O gerenciamento de grupos politicamente ativos com interesses particulares está entre os problemas mais desafiadores a serem resolvidos pela boa governança. As decisões inteli-



gentes de gastos tendem a gerar "vencedores" e "perdedores" ao escolher quais serviços, dispositivos ou medicamentos serão priorizados e quais não serão.

Um problema fundamental em muitos países é que os esforços para introduzir o gasto inteligente enfrentam resistência ou são ignorados. As pessoas (e os fornecedores) recorreram a ações judiciais para forçar o reembolso público de tratamentos que o governo procurou excluir por causa do baixo valor em relação ao custo (ou seja, judicialização). O lobby do setor e/ou das associações de pacientes às vezes levou a leis que restringem ou proíbem o uso de dados de custo e custo-efetividade ao avaliar e aprovar novas tecnologias. Às vezes, o lobby de grupos de interesses especiais obtém leis ou programas explícitos para financiar tratamentos ou para tratar de doenças específicas sem considerar os custos de oportunidade. Muitos países até institucionalizaram pagamentos para tratamentos de baixo valor que, de outra forma, seriam excluídos dos planos de benefícios em saúde, estabelecendo "Fundos Catastróficos". Esses fundos tendem a ser criados para atender ao sentimento do público de que a recusa em comprar tratamento para pessoas com condições extremamente caras é injusta. Porém, essa sensação de injustiça ignora o sofrimento das pessoas que não poderão ter acesso à assistência médica de que precisam quando os fundos públicos forem desviados para serviços de baixo valor. Usar grandes montantes de dinheiro público para relativamente poucas pessoas pode comprometer a capacidade do sistema de saúde de oferecer atendimento de maior valor a outras pessoas.

Gerenciar esses interesses não é fácil, mas há uma série de estratégias disponíveis (Campos e Reich 2019; Reich 1994; Reich et al. 2016):

- **Mobilizar grupos para apoiar gastos inteligentes.** Encontrar organizações e parceiros que estejam interessados em valor mais do que em custo ou que estejam interessados em conter custos. Incluiu ministérios das finanças, grandes empregadores ou contribuintes de planos de saúde. É possível encontrar aliados entre as organizações que entendem tanto a importância da área de saúde quanto as limitações de recursos. Assim, por exemplo, os ministérios das finanças querem manter os gastos

LEIA

+

Todos son iguales, ¿pero algunos son más iguales que otros en sistemas de salud?

Giedion (2017).



dentro do orçamento, mas também são politicamente sensíveis a mostrar um bom valor dos gastos públicos com saúde.

- **Concentrar os debates públicos em valores.** Assumir a posição moral mais elevada nos debates políticos, concentrando a atenção nas melhorias na saúde e na equidade que podem ser alcançadas por meio de gastos inteligentes. Chamar a atenção para o custo de oportunidade das decisões que ignoram o gasto inteligente, mostrando as lacunas na cobertura de saúde para serviços de alto valor que não serão abordados. Divulgue o aumento da renda e dos lucros que serão obtidos pelos provedores ou pelo setor quando o gasto inteligente for restringido.
- **Enfraquecer os oponentes do gasto inteligente.** Isolar os oponentes explorando interesses concorrentes. Por exemplo, a comunidade empresarial geralmente se alia às empresas de saúde para resistir à regulamentação governamental. No entanto, pode ser possível recrutá-las para apoiar o gasto inteligente ou, pelo menos, enfraquecer seu engajamento, mostrando como um sistema de saúde mais eficiente reduzirá seus custos e aumentará a produtividade dos funcionários. Os oponentes do gasto inteligente também podem ser enfraquecidos com a retirada de alguns de seus recursos e canais de influência. Por exemplo, os países podem limitar ou proibir legalmente o lobby político, a publicidade, a defesa pública e as práticas anticoncorrenciais. Eles também podem aumentar a transparência, como divulgar a renda que os médicos recebem das empresas farmacêuticas.¹²
- **Neutralizar a oposição.** Às vezes, é possível oferecer concessões aos oponentes que sejam menos onerosas do que os possíveis ganhos com políticas de gastos inteligentes. As empresas de plano/seguro de saúde nos EUA geralmente se opõem a grandes reformas no setor de saúde. No entanto, o governo Obama conseguiu o apoio delas para o *Affordable Care Act* em 2010 ao concordar em não incluir a criação de uma agência de seguro público concorrente. Com essa concessão, os EUA conseguiram estabelecer, pela primeira vez, uma cobertura de seguro de saúde universal obrigatória, juntamente com algumas restrições importantes sobre as seguradoras de saúde que beneficiaram os segurados.

Success in choosing and implementing such strategies depends on strong local knowledge, cultural sensitivity, and good political judgment.

12.. O Centro de Serviços Medicare e Medicaid dos Estados Unidos mantém um banco de dados de pagamentos feitos por empresas de medicamentos e dispositivos médicos a médicos, assistentes médicos, enfermeiros de prática avançada e hospitais-escola em <https://openpaymentsdata.cms.gov/>.



3



**Palavras finais
(Sejam saudáveis
e sábios!)**



Para indivíduos com renda adequada, o gasto inteligente em saúde pode incluir a compra de um remédio genérico para dor de cabeça em vez de uma versão original, comprar (e comer) mais vegetais e frutas e gastar menos dinheiro com tabaco, álcool e bebidas com açúcar. Outras maneiras de melhorar a saúde de uma pessoa não necessariamente custam dinheiro, como dormir o suficiente (para aqueles que são ricos o suficiente e têm um emprego e um teto sobre a cabeça).

Para os países, uma história paralela pode ser contada, embora as opções para promover a boa saúde sejam mais numerosas. Os países podem: fazer melhores acordos sobre os serviços de saúde e os medicamentos que compram; priorizar o orçamento do governo para a saúde usando informações sobre custo-efetividade, equidade e dificuldades financeiras para gastar em produtos e serviços de saúde que ofereçam o maior valor para a saúde; desinvestir em atividades que tenham muito pouco ou nenhum valor. E podem fazer coisas que custam pouco ou nenhum dinheiro, como aumentar os impostos sobre o tabaco, combinar suas compras com outros países ou proibir produtos químicos tóxicos.

3.1 O que é possível fazer?

O gasto inteligente é uma forma de os países obterem mais saúde e equidade com recursos públicos. Juntamente com a mobilização de receitas e a alocação de fundos para o setor de saúde, é uma maneira de progredir mais rapidamente em direção à Cobertura Universal de Saúde. Mas será que gastar de forma mais inteligente fará diferença suficiente? Independentemente de como estimamos a incidência do gasto inteligente, os ganhos em saúde e equidade justificam o esforço.

A Seção 2 abordou várias maneiras pelas quais os países podem conseguir mais valor para a saúde com o dinheiro que gastam. Quanta diferença isso faria para a saúde na região? A compra de genéricos (no lugar de medicamentos de referência) economizaria para o sistema de seguridade social da República Dominicana cerca de US\$ 14,4 milhões, o que poderia gerar 12.000 QALYs adicionais se os recursos fossem aplicados em duas intervenções altamente econômicas: exame de câncer de colo de útero e detecção e controle do diabetes. A compra de genéricos poderia economizar US\$ 316 milhões para as famílias no Chile, de um total de US\$ 663 milhões que gastam com medicamentos sem patente, ou 3,7% de todos os gastos do próprio bolso. O agrupamento e a centralização das compras possibilitaram uma economia de 7 a 38% na compra de medicamentos do México.



Usando essas informações e outros estudos, é possível ilustrar as magnitudes das economias e dos benefícios para a saúde que o gasto inteligente pode trazer para a região (consulte a Tabela 2). Cerca de 20% dos orçamentos públicos de saúde pagam por medicamentos e cerca de um terço deles não tem patente, por exemplo. Se os países comprarem marcas de referência em 80% desses casos sem patente e pagarem 3,5 vezes mais quando comparados aos genéricos, eles poderão economizar mais de US\$ 3 bilhões se mudarem metade desses gastos de similares para genéricos. E se esses fundos fossem aplicados em serviços de saúde de alto valor, os países poderiam gerar cerca de 600.000 anos de vida saudável - o equivalente a prolongar a vida de cerca de 60.000 pessoas por 10 anos em plena saúde.

TABELA 2

ECONOMIA REGIONAL E BENEFÍCIOS PARA A SAÚDE DECORRENTES DE GASTOS INICIAIS, SIMULAÇÕES PARA PAÍSES DA AMÉRICA LATINA E DO CARIBE

ESTRATÉGIA DE GASTO INTELIGENTE	VALORES BASE (US\$ MILHÕES)	ECONOMIAS E REALOCAÇÕES PARA AÇÕES DE MAIOR VALOR (US\$ MILHÕES)	ANOS DE VIDA SAUDÁVEL GANHOS	NÚMERO DE PESSOAS QUE GANHAM 10 OU MAIS BENEFÍCIOS SAUDÁVEIS ANOS DE VIDA
MUDAR PARA GENÉRICOS				
GASTOS COM SAÚDE PÚBLICA	40,739	\$3,055	603,125	60,312
GASTOS DO PRÓPRIO BOLSO	118,228	\$4,374	-	-
AQUISIÇÃO AGRUPADA	40,739	\$2,444	482,500	48,250
REALOCAR FUNDOS PARA AÇÕES DE MAIOR VALOR	203,695	\$20,370	16,348,699	1,634,870
MELHORIAS NA EFICIÊNCIA DO SISTEMA	203,695	N/A	47,283,323	4,728,332

Fonte: Cálculos dos autores usando dados do Global Health Expenditure Database da OMS e da literatura citada.

Notas:

- As estratégias de mudança para genéricos e compras agrupadas pressupõem que os fundos sejam realocados para intervenções de saúde que custam US\$ 5.066 por QALY (consulte Pichon et al., 2020). A estratégia de realocação de fundos pressupõe que os países realocam fundos de intervenções que custam em média US\$ 5.066 por QALY para intervenções mais econômicas que custam US\$ 1.000 por QALY.
- A estratégia para o uso de mais medicamentos genéricos pelo setor público pressupõe que os países substituam metade de todas as compras de marcas originais por genéricos.
- A estratégia para incentivar as compras domésticas de genéricos extrapola os parâmetros relatados para o Chile (Atal et al. 2023) para os gastos regionais do próprio bolso.
- A estratégia de aquisição conjunta pressupõe que a região atualmente reúne 5% de suas compras de medicamentos e que a participação aumentaria para 25%.



- A simulação de melhorias na eficiência do sistema estima os DALYs obtidos com os resultados de (Moreno-Serra et al. 2019).
- Consulte o apêndice para obter mais detalhes sobre os cálculos.

Com raciocínio e parâmetros semelhantes de outros estudos, a mudança para os genéricos poderia reduzir os gastos do próprio bolso das famílias em US\$ 4,37 bilhões ou 3,7% de todos os gastos do próprio bolso. Esses são recursos que poderiam ser gastos em outras necessidades domésticas importantes. A aquisição conjunta poderia economizar aos governos cerca de US\$ 2,4 bilhões por ano, um pouco menos do que um por cento de seus orçamentos de saúde e quase 4% dos gastos com medicamentos. A alocação desses recursos para serviços de saúde adicionais de alto valor prolongaria a vida de cerca de 48.250 pessoas em 10 anos de vida saudável. A realocação de recursos de serviços de saúde de menor para maior valor pode fazer uma diferença ainda maior. De acordo com suposições conservadoras, a transferência de 10% dos orçamentos públicos de saúde na região (cerca de US\$ 20 bilhões) de serviços de saúde de menor valor para serviços de saúde de maior valor poderia prolongar a vida de 1,6 milhão de pessoas em 10 anos de vida saudável.

Obviamente, essas são apenas ilustrações, e as estimativas dependem de várias suposições relacionadas aos principais parâmetros. No entanto, as magnitudes gerais parecem razoáveis e são consistentes com as projeções feitas por outros métodos. Um estudo que mediu a eficiência em termos do desempenho do sistema de saúde de cada país em relação aos países com melhor desempenho constatou que a maioria dos países da América Latina e do Caribe era ineficiente (Moreno-Serra, Anaya-Montes e Smith 2019). Estimou-se que melhorar a eficiência dos sistemas de saúde na América Latina e no Caribe poderia acrescentar 47 milhões de anos de vida ajustados por incapacidade (DALYs) à população da região. Isso é o equivalente a prolongar a vida de cerca de 4,7 milhões de pessoas em 10 anos de vida saudável.

Como a eficiência do sistema inclui todos os aspectos do gasto inteligente, junto de uma ampla gama de outras políticas de saúde, os ganhos potenciais são maiores do que qualquer estratégia individual de gasto inteligente. Outros fatores que têm sido associados a melhores resultados na área da saúde incluem a qualidade da governança, especialmente os procedimentos para estabelecer a transparência e a responsabilidade perante os cidadãos. Outro fator são as melhorias nos incentivos e no planejamento do setor de saúde (como a gestão baseada em resultados e as estruturas de gastos de médio prazo) (Moreno-Serra et al. 2019). Uma maior eficiência parece estar associada a uma melhor regulação da equipe médica e à escolha dos prestadores de serviços pelos pacientes, bem como a estratégias de gastos inteligentes, como o uso da relação custo-benefício para informar as decisões



políticas (Castelli et al. 2020). Assim, as estratégias de gastos inteligentes fazem parte de um quadro mais amplo para melhorar o nível de saúde que um país pode apoiar com seu orçamento público de saúde.

3.2 Conclusões

Este relatório descreveu os principais conceitos, ferramentas e estratégias para gastos inteligentes em saúde. Ele mostrou que:

- Gastos inteligentes não são apenas compatíveis com o direito à saúde, mas também são fundamentais para o cumprimento do direito à saúde.
- O gasto inteligente exige um acordo social sobre valores e a consideração dos custos de oportunidade.
- A definição explícita de prioridades é fundamental para gerenciar as pressões de custo e expandir os serviços de saúde de alto valor.
- A priorização não é um exercício único. É um processo com várias etapas, aplicado sistematicamente ao longo do tempo e envolvendo muitos atores.
- A definição explícita de prioridades se beneficia da avaliação de tecnologias em saúde como um insumo fundamental para a tomada de decisões, mas a priorização é muito mais do que a ATS. Também envolve decisões sobre autorização de vendas e uso, seleção de quais tecnologias estarão sujeitas à ATS, deliberação e tomada de decisão sobre o financiamento dessas tecnologias, monitoramento de mercados e desempenho e triagem para desinvestimento.
- Os países podem reduzir os custos comprando melhor e, em seguida, realocando as economias para expandir a cobertura de um sistema de saúde de boa qualidade e econômico.
- O desinvestimento pode melhorar a saúde e liberar recursos para serem gastos em serviços de saúde de alto valor.
- Gastos inteligentes podem ajudar a eliminar desperdícios clínicos, operacionais e administrativos.



Felizmente, cada vez mais governos estão reconhecendo os benefícios do gasto inteligente em saúde. Eles estão buscando informações para informar a definição explícita de prioridades. Muitos deles estão criando instituições de Avaliação de Tecnologias em Saúde, mesmo que não as estejam usando totalmente para orientar as decisões políticas. O desafio para a maioria dos governos é mobilizar essas informações para apoiar as mudanças de política necessárias e tornar o gasto inteligente mais do que um exercício único, incorporando-o como uma característica regular das decisões de política do sistema de saúde.

Este relatório abordou os principais tópicos para alcançar mais valor de saúde por meio dos gastos públicos com saúde. No entanto, só foi possível fazer referência a uma pequena parte da literatura sobre melhorar as escolhas de gastos em saúde pública.

Juntamente com outros repositórios de informações, o [site do BID](#) e as páginas [do CRITERIA na Internet](#) oferecem uma rica fonte de ideias, experiências e ferramentas para ajudar os países a gastarem de forma mais inteligente em saúde. Lá, é possível encontrar discussões mais detalhadas sobre os temas abordados aqui, juntamente com tópicos relacionados e perspectivas diversas, todos voltados para melhores políticas na área da saúde.



Referências

- Acuña, Oscar, Luis Ampuero, Héctor San Martín, Oscar Cosavalente, Verónica Bustos, Mauricio Marín, María Estrada e Ignacio Astorga. 2018. "Guía de Referencia Para Planes Maestros de Inversiones En Salud Con Enfoque de Red". Washington, DC: Banco Interamericano de Desenvolvimento. <http://dx.doi.org/10.18235/0002103>
- Adesina, Adebisi, Veronika J. Wirtz e Sandra Dratler. 2013. "Reforming Antiretroviral Price Negotiations and Public Procurement: The Mexican Experience". *Health Policy and Planning* 28 (1): 1-10. <https://doi.org/10.1093/HEAPOL/CZS015>.
- Andía, Tatiana. 2018. "El 'Efecto Portafolio' de La Regulación de Precios de Medicamentos: La Respuesta de La Industria Farmacéutica a La Regulación de Precios de Medicamentos En Colombia." Washington, DC: Banco Interamericano de Desenvolvimento. <http://dx.doi.org/10.18235/0001305>.
- Appelt, Silvia. 2009. "Early Entry and Trademark Protection-An Empirical Examination of Barriers to Generic Entry". Munique: Universidade de Munique. https://www.researchgate.net/publication/228589191_Early_Entries_and_Trademarks-An_Empirical_Examination_of_Barriers_to_Generic_Entry.
- Atal, Juan Pablo, Ursula Giedion, Catalina Gutiérrez e Natalia Jorgensen. 2023. "¿Cuál Es El Costo de Oportunidad de Financiar Medicamentos de Marca? El Caso de República Dominicana". A ser publicado. Nota técnica. Washington, DC: Banco Interamericano de Desenvolvimento.
- Atal, Juan Pablo, Pedro Zitko, Catalina Gutiérrez e Ursula Giedion. 2023. "How Much Could Chilean Households Save and What Would They Gain by Using Generic Drugs Instead of Their Brand-Name Equivalents." A ser publicado. Nota técnica. Washington, DC: Banco Interamericano de Desenvolvimento.
- Babar, Z. U.D., S. W. Kan e S. Scahill. 2014. "Interventions promoting the acceptance and up-take of generic medicines: A Narrative Review of the Literature". *Health Policy* 117 (3): 285-96. <https://doi.org/10.1016/J.HEALTHPOL.2014.06.004>.



- Bañuelos, Francisco. 2016. "Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos y otros Insumos para la Salud de México | Publicações". 14. RED CRITERIA Breve. Washington, DC: Banco Interamericano de Desenvolvimento. <https://publications.iadb.org/es/publicacion/17194/breve-14-comision-coordinadora-para-la-negociacion-de-precios-de-medicamentos-y>.
- Barandiarán, Melissa, Maricarmen Esquivel, Sergio Lacambra, Ginés Suárez e Daniel Zuloaga. 2019. "Disaster and Climate Change Risk Assessment Methodology for IDB Projects: A Technical Reference Document for IDB Project Teams". BID-TN-1771. Nota Técnica. Washington, DC: Banco Interamericano de Desenvolvimento. <http://dx.doi.org/10.18235/0002041>.
- Barraza Lloréns, Mariana. 2012. "Política Farmacéutica Y Priorización En Salud: El Caso De México." 3. RED CRITERIA Breve. Washington, DC: Banco Interamericano de Desenvolvimento. <https://doi.org/10.18235/0000069>.
- Benavides Gutiérrez, Hamadys Leaneys. 2019. "Competencia y Regulación de Precios En El Mercado Farmacéutico Colombiano". Universidad de Los Andes. <https://repositorio.uniandes.edu.co/bitstream/handle/1992/43967/u830513.pdf?sequence=1>.
- Berwick, Donald M. e Andrew D. Hackbarth. 2012. "Eliminating Waste in US Health Care" [Eliminando o desperdício na assistência médica dos EUA]. *JAMA* 307 (14): 1513-16. <https://doi.org/10.1001/JAMA.2012.362>.
- Betrán, Ana Pilar, Jianfeng Ye, Anne Beth Moller, Jun Zhang, A. Metin Gülmezoglu e Maria Regina Torloni. 2016. "The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014." *PLOS ONE* 11 (2): e0148343. <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0148343>.
- Brazier, John, Julie Ratcliffe, Joshua Saloman e Aki Tsuchiya. 2016. "Measuring and Valuing Health Benefits for Economic Evaluation." *Case Studies in Clinical Psychological Science [Estudos de caso em ciência psicológica clínica]: Bridging the Gap from Science to Practice*, no. August (October): 1-7. <https://doi.org/10.1093/MED/9780198725923.001.0001>.
- Brouwer, Werner, Pieter van Baal, Job van Exel e Matthijs Versteegh. 2019. "When Is It Too Expensive? Cost-Effectiveness Thresholds and Health Care Decision-Making". *European Journal of Health Economics* 20 (2): 175-80. <https://doi.org/10.1007/s10198-018-1000-4>.
- Campos, Paola Abril e Michael R. Reich. 2019. "Political Analysis for Health Policy Implementation." <https://doi.org/10.1080/23288604.2019.1625251>.



- Carnicero, Javier e Patricia Serra. 2020. "Gobernanza de la salud digital: El arte de la transformación de los sistemas de salud". Washington, DC: Banco Interamericano de Desenvolvimento. <https://doi.org/10.18235/0002661>.
- Castelli, Adriana, Rodrigo Moreno-Serra e Misael Anaya-Montes. 2020. "The Institutional Determinants of Health System Efficiency in Latin America and the Caribbean" (Os determinantes institucionais da eficiência do sistema de saúde na América Latina e no Caribe)." *Relatório final*.
- Chambers, James D., Mark N. Salem, Brittany N. D'Cruz, Prasun Subedi, Sachin J. Kamal-Bahl e Peter J. Neumann. 2017. "A Review of Empirical Analyses of Disinvestment Initiatives" (Uma revisão das análises empíricas das iniciativas de desinvestimento). *Value in Health* 20 (7): 909-18. <https://doi.org/10.1016/J.JVAL.2017.03.015>.
- Cutler, David M. e Mark McClellan. 2001. "Is Technological Change In Medicine Worth It?" *Health Affairs* 20 (5). <https://doi.org/10.1377/hlthaff.20.5.11>.
- da Fonseca, Elize Massard da e Kenneth C. Shadlen. 2017. "Promoting and regulating generic medicines: Brazil in comparative perspective". *Revista Pan-Americana de Saúde Pública* 41: 1. <https://bv.fapesp.br/en/publicacao/132325/promoting-and-regulating-generic-medicines-brazil-in-compar>.
- Dieleman, Joseph L., Nafis Sadat, Angela Y. Chang, Nancy Fullman, Cristiana Abbafati, Pawan Acharya, Arsène Kouablan Adou, et al. 2018. "Trends in Future Health Financing and Coverage: Future Health Spending and Universal Health Coverage in 188 Countries, 2016-40". *The Lancet* 391 (10132): 1783-98. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30697-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30697-4).
- Drummond, M.F., M.J. Sculpher, G.W. Torrance, B.J. O'Brien e G.L. Stoddart. 2005. "Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programme" (Métodos para a Avaliação Econômica do Programa de Assistência Médica). Terceira edição. Oxford University Press. <https://global.oup.com/academic/product/methods-for-the-economic-evaluation-of-health-care-programmes-9780199665884>.
- Drummond, Michael F., J. Sanford Schwartz, Bengt Jönsson, Bryan R. Luce, Peter J. Neumann, Uwe Siebert e Sean D. Sullivan. 2008. "Key Principles for the Improved Conduct of Health Technology Assessments for Resource Allocation Decisions". *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 24 (3): 244-58. <https://doi.org/10.1017/S0266462308080343>.



- Dubois, Pierre, Yassine Lefouili e Stéphane Straub. 2019. "Pooled Procurement of Drugs in Low and Middle Income Countries" (Aquisição conjunta de medicamentos em países de baixa e média renda). Washington, DC: Centro para o Desenvolvimento Global. <https://www.cgdev.org/sites/default/files/pooled-procurement-drugs-low-and-middle-income-countries.pdf>.
- Elshaug, Adam G, Janet E Hiller, Sean R Tunis e John R Moss. 2007. "Challenges in Australian Policy Processes for Disinvestment from Existing, Ineffective Health Care Practices" (Desafios nos processos de política australiana para desinvestimento em práticas de assistência médica existentes e ineficazes). Biblioteca Nacional de Medicina. <https://doi.org/10.1186/1743-8462-4-23>.
- Esandi, María Eugenia. 2022. "Desinversión En Salud: Un Acercamiento Basado En La Evidencia". 27. RED CRITERIA Breve. Washington, DC: Banco Interamericano de Desenvolvimento. <https://criteria.iadb.org/es/Desinversion-en-salud-Un-acercamiento-basado-en-la-evidencia>.
- Escobar, María-Luisa, Leonardo Cubillos e Roberto Iunes. 2015. "Looking for Evidence of the Impact of Introducing a Human Rights-Based Approach in Health: The SaluDerecho Experience" - HHR (Archived). *Health and Human Rights* 17 (2). <https://www.hhrjournal.org/2015/11/looking-for-evidence-of-the-impact-of-introducing-a-human-rights-based-approach-in-health-the-saluderecho-experience/>.
- Fan, Victoria Y e William D Savedoff. 2014. "The health financing transition: A Conceptual Framework and Empirical Evidence". *Social Science & Medicine* 105 (março): 112-21. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.01.014>.
- Feng, Xue, David D. Kim, Joshua T. Cohen, Peter J. Neumann e Daniel A. Ollendorf. 2020. "Using QALYs versus DALYs to Measure Cost-Effectiveness: How Much Does It Matter?" *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 36 (2): 96-103. <https://doi.org/10.1017/S0266462320000124>.
- Fischel, Eric, Wilhelm Dalaison, Esperanza González-Mahecha, Ignacio Astorga, Michelle Carvalho Hallack e Virginia Snyder. 2020. "Edificios Verdes Para El Sector Salud: Identificación de Medidas Costo-Efectivas Para Un Diseño Sostenible." Nota técnica N° IDB-TN-02001. Washington, DC: Banco Interamericano de Desenvolvimento. <http://dx.doi.org/10.18235/0002686>



- Gaviria Uribe, Alejandro. 2016. "Fortalecer La Capacidad de Discernimiento de Los Gobiernos: Una Necesidad Para Enfrentar La Presión Tecnológica En Salud". 13. RED CRITERIA Breve. Washington, DC: Banco Interamericano de Desenvolvimento. <https://publications.iadb.org/es/publicacion/17144/breve-13-fortalecer-la-capacidad-de-discernimiento-de-los-gobiernos-una-necesidad>.
- Giedion, Ricardo Bitran e Ignez Tristao. 2014. "Planos de benefícios de saúde na América Latina". Washington, DC: Banco Interamericano de Desenvolvimento. <https://publications.iadb.org/en/health-benefit-plans-latin-america-regional-comparison>.
- Giedion, Ursula e Lucía Bettati. 2023. "5 Países Se Agrupan Para Negociar Los Precios de Medicamentos de Alto Costo. ¿Qué Podemos Aprender?" *Gente Saludable*. 27 de fevereiro de 2023. Washington, DC: Banco Interamericano de Desenvolvimento. <https://blogs.iadb.org/salud/es/5-paises-se-agrupan-para-negociar-los-precios-de-medicamentos-de-alto-costo-que-podemos-aprender/>.
- Giedion, Úrsula, Marcela Distrutti, Ana Lucía Muñoz, Diana M. Pinto e Ana M. Díaz. 2018. "La Priorización En Salud Paso a Paso: Cómo Articulan Sus Procesos México, Brasil y Colombia." Washington, DC: <https://doi.org/10.18235/0001092>.
- Glassman, Amanda, Kalipso Chalkidou, Ursula Giedion, Yot Teerawattananon, Sean Tunis, Jesse B Bump e Andres Pichon-Riviere. 2012. "Priority-Setting Institutions in Health: Recommendations from a Center for Global Development Working Group". *Global Heart* 7 (1): 13. <https://doi.org/10.1016/j.gheart.2012.01.007>.
- Glassman, Amanda, Ursula Giedion e Peter C. Smith. 2017. *What's In, What's Out: Designing Benefits for Universal Health Coverage [O que entra, o que sai: benefícios projetados para a cobertura universal de saúde]*. Washington, DC: Brookings Institution Press. <https://www.cgdev.org/publication/whats-in-whats-out-designing-benefits-universal-health-coverage>.
- Glassman, Amanda L. e Juan Ignacio Zoloa. 2015. "How Much Will Health Coverage Cost? Future Health Spending Scenarios in Brazil, Chile, and Mexico". *SSRN Electronic Journal*, julho. <https://doi.org/10.2139/ssrn.2622754>.
- Gongora, Pamela e Ursula Giedion. 2021. "Designing and Costing a Health Benefits Package in a Lower Middle-Income Country the Case of Honduras". 26. RED CRITERIA Breve. Washington, DC: Banco Interamericano de Desenvolvimento. <http://dx.doi.org/10.18235/0004317>



- Gongora-Salazar, Pamela, Stephen Rocks, Patrick Fahr, Oliver Rivero-Arias e Apostolos Tsiachristas. 2023. "The Use of Multicriteria Decision Analysis to Support Decision Making in Healthcare: An Updated Systematic Literature Review". *Value in Health: The Journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research* 26 (5). <https://doi.org/10.1016/J.JVAL.2022.11.007>.
- Greiner, Wolfgang. 2016. "Reembolso de medicamentos baseado em valor: Introduction to the Main Features of the German Pharmaceutical Policy" (Introdução às principais características da política farmacêutica alemã). 11. RED CRITERIA Breve. Washington, DC: Banco Interamericano de Desenvolvimento. <https://criteria.iadb.org/en/Breve-11--Value-Based-Drug-Reimbursement-Introduction-to-the-Main-Features-of-the-German-Pharmaceutical-Policy>.
- Gutiérrez, Catalina. 2021a. "Priorización En Tiempos de Pandemia. No. 1: Cómo Asignar Recursos Escasos En Salud En Medio de Una Pandemia: Marco Conceptual, Principios y Procesos". Nota Técnica do BID N° IDB-TN-2167. Washington, DC: Banco Interamericano de Desenvolvimento. <https://doi.org/10.18235/0003272>.
- . 2021b. "Priorización En Tiempos de Pandemia. No. 2: Cómo Asignar Recursos Escasos En Salud En Medio de Una Pandemia: Intervenciones Terapéuticas." Nota Técnica do BID N° IDB-TN-2195. Washington, DC: Banco Interamericano de Desenvolvimento. <http://dx.doi.org/10.18235/0003384>.
- . 2021c. "Priorización En Tiempos de Pandemia. No. 3: Cómo Asignar Recursos Escasos En Salud En Medio de Una Pandemia: Intervenciones No Terapéuticas". Nota Técnica do BID N°IDB-TN-2421. Washington, DC: Banco Interamericano de Desenvolvimento. <https://doi.org/10.18235/0003961>.
- . "Impacto Potencial de Políticas Para Melhorar a Eficiência na Alocação de Gastos em Saúde na América Latina e no Caribe (ALC). Estudios de Caso de Chile, Colombia y República Dominicana." Nota técnica do BID. Washington, DC: Banco Interamericano de Desenvolvimento.
- Gutiérrez, Catalina, Santiago Palacio e Ursula Giedion. 2023. "¿Cuál Es El Costo de Oportunidad de Financiar Medicamentos de Alto Costo? El Caso de Colombia". Nota técnica do BID. Washington, DC: Banco Interamericano de Desenvolvimento.
- Hurley, Richard. 2014. "Os médicos podem reduzir o uso excessivo e prejudicial de medicamentos em todo o mundo?" *BMJ* 349 (julho). <https://doi.org/10.1136/BMJ.G4289>.



- Banco Interamericano de Desenvolvimento. 2021. "Documento de estrutura do setor de saúde". Washington, DC: Banco Interamericano de Desenvolvimento. <https://www.iadb.org/en/sector/health/sector-framework>.
- Jones, Gregory H., Michael A. Carrier, Richard T. Silver e Hagop Kantarjian. 2016. "Strategies That Delay or Prevent the Timely Availability of Affordable Generic Drugs in the United States" (Estratégias que atrasam ou impedem a disponibilidade oportuna de medicamentos genéricos acessíveis nos Estados Unidos). *Blood* 127 (11): 1398-1402. <https://doi.org/10.1182/BLOOD-2015-11-680058>.
- Jorgensen, Natalia, Catalina Gutiérrez, Lucia Bettati, Ursula Giedion e Daniel Ollendorf. 2023. "What Is the Opportunity Cost of Financing High-Cost Drugs? The Case of Dominican Republic". A ser publicado. Nota técnica. Washington, DC: Banco Interamericano de Desenvolvimento.
- Kanavos, Panos. 2014. "Measuring Performance in Off-Patent Drug Markets: A Methodological Framework and Empirical Evidence from Twelve EU Member States". *Health Policy* 118 (2): 229-41. <https://doi.org/10.1016/J.HEALTHPOL.2014.08.005>.
- . 2016. "Políticas De Adquisición De Medicamentos: La Experiencia Internacional." 18. RED CRITERIA Breve. Série de webinars. Washington, DC: Banco Interamericano de Desenvolvimento <https://criteria.iadb.org/en/BREVE-18%E2%80%9318PROCUREMENT-POLICIES-FOR-PHARMACEUTICALS-THE-INTERNATIONAL-EXPERIENCE>.
- Kannarkat, Joseph T., Chester B. Good e Natasha Parekh. 2020. "Contratos farmacêuticos baseados em valor: Value for Whom?" (Valor para quem?) *Value in Health* 23 (2): 154-56. <https://doi.org/10.1016/J.JVAL.2019.10.009>.
- La Maisonneuve, Christine De, e Joaquim Oliveira Martins. 2014. "The Future of Health and Long-Term Care Spending" (O futuro dos gastos com saúde e cuidados de longo prazo). *Jornal da OCDE: Estudos Econômicos* 1.
- Lal, Arush, Christopher Lim, Gisele Almeida e James Fitzgerald. 2022. "Minimizando a interrupção da COVID-19: Assegurando o fornecimento de produtos essenciais de saúde para emergências de saúde e serviços de saúde de rotina". *The Lancet Regional Health - Americas* 6 (fevereiro): <https://doi.org/10.1016/j.lana.2021.100129>.
- Lessa, Fernanda, e Marcos Bosi Ferraz. 2017. "Avaliação de tecnologias em saúde: O processo no Brasil". *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health* 41. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2017.25>.



- Lorenzoni, Luca, Diana Pinto, Federico Guanais, Tomas Plaza Reneses, Frederic Daniel e Ane Auraaen. 2019. "Características dos sistemas de saúde: A Survey of 21 Latin American and Caribbean Countries". 111. Paris. https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-systems-characteristics_Oe8da4bd-en.
- McCabe, Christopher, Karl Claxton e Anthony J. Culyer. 2008. "The NICE Cost-Effectiveness Threshold: What It Is and What That Means." *PharmacoEconomics* 26 (9): 733-44. <https://doi.org/10.2165/00019053-200826090-00004>.
- Mccullagh, Laura, Lesley Tilson, Roisin Adams e Met. Barry. 2014. "Negociações de preços informadas pela HTA: Cost Savings To The Health Payer in Ireland". *Value in Health* 17 (A420). <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jval.2014.08.1030>.
- Moreno-Serra, Rodrigo, Misael Anaya-Montes e Peter C. Smith. 2019. "Potential Determinants of Health System Efficiency: Evidence from Latin America and the Caribbean". *PLOS ONE* 14 (5): e0216620. <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0216620>.
- Nemzoff, Cassandra, Kalipso Chalkidou e Mead Over. 2019. "Agregar a demanda por produtos farmacêuticos é atraente, mas o pooling não é uma panaceia". Nota da CGD. Washington, DC: Centro de Desenvolvimento Global. <https://www.cgdev.org/publication/aggregating-demand-pharmaceuticals-appealing-pooling-not-panacea>.
- Nguyen, Nguyen Xuan, Steven H. Sheingold, Wafa Tarazi e Arielle Bosworth. 2022. "Effect of Competition on Generic Drug Prices" [Efeito da concorrência nos preços dos medicamentos genéricos]. *Applied Health Economics and Health Policy* 20 (2): 243-53. <https://doi.org/10.1007/S40258-021-00705-W/METRICS>.
- Norheim, Ole Frithjof. 2015. "Perspectiva ética: Five Unacceptable Trade-Offs on the Path to Universal Health Coverage". *Int J Health Policy Manag* 4 (11): 711-14. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2015.184>.
- OECD. 2016. *Governo em um relance: América Latina e Caribe 2017*. *Governo em um relance: América Latina e Caribe 2017*. Paris: OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/9789264265554-EN>.
- . 2017. "Combatendo o desperdício de gastos com saúde". Paris: OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/9789264266414-en>.



- Pichon-Riviere, Andrés, Michael Drummond, Sebastián García Martí e Federico Augustovski. 2021. "Application of Economic Evidence in Health Technology Assessment and Decision-Making for the Allocation of Health Resources in Latin America: Seven Key Topics and a Preliminary Proposal for Implementation". Nota Técnica N° BID-TN-2286. Washington, DC: Banco Interamericano de Desenvolvimento. <http://dx.doi.org/10.18235/0003649>.
- Prieto-Pinto, Laura, Nathaly Garzón-Orjuela, Pieralessandro Lasalvia, Camilo Castañeda-Car-dona e Diego Rosselli. 2020. "International Experience in Therapeutic Value and Value-Based Pricing: A Rapid Review of the Literature". *Value in Health Regional Issues* 23 (dezembro): 37-48. <https://doi.org/10.1016/J.VHRI.2019.11.008>.
- Puig-Junoy, Jaume. 2010. "Impact of European Pharmaceutical Price Regulation on Generic Price Competition: A Review". *PharmacoEconomics* 28 (8): 649-63. <https://doi.org/10.2165/11535360-000000000-00000>.
- Rao, Krishna D., Andres Ignacio Vecino Ortiz, Tim Roberton, Angélica Lopez Hernandez e Caitlin Noonan. 2022. "Future Health Spending in Latin America and the Caribbean: Health Expenditure Projections & Scenario Analysis". Nota técnica N° IDB-TN2457. Washington, DC: Banco Interamericano de Desenvolvimento. <https://doi.org/10.18235/0004185>.
- Reich, Michael. 1994. *Political Mapping of Health Policy: A Guide for Managing the Political Dimensions of Health Policy [Guia para gerenciar as dimensões políticas da política de saúde]*. Boston: Escola de Saúde Pública de Harvard.
- Reich, Michael R., Joseph Harris, Naoki Ikegami, Akiko Maeda, Cheryl Cashin, Edson C. Araujo, Keizo Takemi e Timothy G. Evans. 2016. "Moving towards Universal Health Coverage: Lessons from 11 Country Studies". *The Lancet* 387 (10020): 811-16. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60002-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60002-2).
- Rémuzat, Cécile, Duccio Urbinati, Olfa Mzoughi, Emna El Hammi, Wael Belgaied e Mond-her Toumi. 2015. "Overview of External Reference Pricing Systems in Europe" (Visão geral dos sistemas de preços de referência externos na Europa). *Journal of Market Access & Health Policy* 3 (1). <https://doi.org/10.3402/JMAHP.V3.27675>.
- Rose, Ed, Kalipso Chalkidou e Janeen Madan Keller. 2018. "Sistemas de saúde como pagadores inteligentes: What Can the Global Health Community Learn from the English National Health Service? Four Takeaways". Washington DC: Centro de Desenvolvimento Global. <https://www.cgdev.org/publication/healthcare-systems-intelligent-payers-what-can-global-health-community-learn-nhs>.



- Rosen, Daniel e David Tordrup. 2018. "Background Research and Landscaping Analysis on Global Health Commodity Procurement". Washington DC: Center for Global Development. <https://www.cgdev.org/sites/default/files/CGD-procurement-background-afrx-research-landscape.pdf>.
- Safatle, Leandro. 2019. "Acesso, desenvolvimento e regulação econômica do mercado farmacêutico no Brasil". 25. RED CRITERIA Breve. Washington, DC: Banco Interamericano de Desenvolvimento. <http://dx.doi.org/10.18235/0004210>.
- Sassi, Franco. 2006. "Calculating QALYs, Comparing QALY and DALY Calculations". *Health Policy and Planning* 21 (5): 402-8. <https://doi.org/10.1093/HEAPOL/CZL018>.
- Savedoff, William D. 2007. "What Should a Country Spend on Health Care?" (*O que um país deve gastar com assistência médica?*) *Assuntos de saúde* 26 (4): 962-70.
- Savedoff, William D. e Karen Hussmann. 2006. "Why Are Health Systems Prone to Corruption" (Por que os sistemas de saúde são propensos à corrupção). *Global Corruption Report* 2006: 4-16.
- Savedoff, William D e Amy L Smith. 2011. "Achieving Universal Health Coverage: Learning from Chile, Japan, Malaysia and Sweden" (Aprendendo com o Chile, Japão, Malásia e Suécia). Washington, DC: Instituto Results for Development.
- SERCOP. 2015. "America Latina y El Caribe Integran Sus Sistemas de Compras Públicas: Reunión Regional, Complicación de Ponencias". Quito, Equador. https://portal.compraspublicas.gob.ec/sercop/wp-content/uploads/2016/04/americas_latina_y_el_caribe_integran_sus_sistemas_de_compras_publicas.pdf.
- SERNAC (Serviço Nacional do Consumidor). 2018. "Estudio de Precios de Medicamentos Bioequivalentes En Las Grandes Cadenas de Farmacias." Santiago, Chile. <https://www.sernac.cl/portal/619/w3-article-55009.html>.
- Silverman, Rachel, Janeen Madan Keller, Amanda Glassman e Kalipso Chalkidou. 2019. "Tackling the Triple Transition in Global Health Procurement". Washington, DC: Centro para o Desenvolvimento Global. <https://www.cgdev.org/sites/default/files/better-health-procurement-tackling-triple-transition.pdf>.
- Sparkes, Susan P., Patrick Hoang-Vu Eozenou, David Evans, Christoph Kurowski, Joseph Kut-zin e Ajay Tandon. 2021. "Will the Quest for UHC Be Derailed?" *Health Systems and Reform* 7 (2). <https://doi.org/10.1080/23288604.2021.1929796>.



- Suárez Alemán, Ancor, Carolina Lembo, José Yitani Ríos, Ignacio Astorga, Gastón Astesiano e Julio Franco Corzo. 2019. "Casos de Estudio En Asociaciones Público-Privadas En América Latina y El Caribe Hospital de Antofagasta (Chile)." Documento de discussão nº IDB-DP-00677. Washington, DC: Banco Interamericano de Desenvolvimento. <http://dx.doi.org/10.18235/0001692>.
- Teerawattananon, Yot, Nattha Tritasavit, Netnapis Suchonwanich e Pritaporn Kingkaew. 2014. "The Use of Economic Evaluation for Guiding the Pharmaceutical Reimbursement List in Thailand" (O uso da avaliação econômica para orientar a lista de reembolso farmacêutico na Tailândia). *Zeitschrift Fur Evidenz, Fortbildung Und Qualitat Im Gesundheitswesen* 108 (7): 397-404. <https://doi.org/10.1016/J.ZEFQ.2014.06.017>.
- Toverud, Else Lydia, Katrin Hartmann e Helle Håkonsen. 2015. "A Systematic Review of Physicians' and Pharmacists' Perspectives on Generic Drug Use: What Are the Global Challenges?" *Applied Health Economics and Health Policy* 13 (Suppl 1): 35. <https://doi.org/10.1007/S40258-014-0145-2>.
- Transparência Internacional. 2006. *Relatório Global sobre Corrupção 2006: Special Focus: Corruption and Health (Corrupção e Saúde)*. Relatório Global sobre Corrupção 2006. Londres: Pluto Press. <https://doi.org/10.2307/J.CTT184QQ53>.
- ACNUR. 2008. "Perguntas frequentes sobre direitos econômicos, sociais e culturais". Genebra: Agência da ONU para Refugiados. <https://www.unhcr.org/contact-us/frequently-asked-questions>.
- Vogler, Sabine, Peter Schneider, Martin Zuba, Reinhard Busse e Dimitra Panteli. 2021. "Policies to Encourage the Use of Biosimilars in European Countries and Their Potential Impact on Pharmaceutical Expenditure." *Frontiers in Pharmacology* 12 (junho): 625296. <https://doi.org/10.3389/FPHAR.2021.625296/BIBTEX>.
- OMS. 2010. "Financiamento de sistemas de saúde: The Path to Universal Coverage". Genebra: Organização Mundial da Saúde. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44371/9789241564021_eng.pdf?sequence=1.
- . 2014. "Making Fair Choices on the Path to Universal Health Coverage (Fazendo escolhas justas no caminho para a cobertura universal de saúde). Relatório final do Grupo Consultivo da OMS sobre Equidade e Cobertura Universal de Saúde". Genebra: Organização Mundial da Saúde. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/112671>.



- . 2016. "Challenges and Opportunities in Improving Access to Medicines through Efficient Public Procurement in the WHO European Region" (Desafios e oportunidades na melhoria do acesso a medicamentos por meio de compras públicas eficientes na região europeia da OMS). Copenhagen Ø, Dinamarca: Organização Mundial da Saúde. https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/323598/Challenges-opportunities-improving-access-medicines-efficient-public-procurement.pdf?ua=1.
- Yadav, P. 2009. "Economics of Pharmaceutical Distribution and Logistics Fees: An International Comparison for the South African Context" (Uma comparação internacional para o contexto sul-africano).
- Zhang, Mengmeng, Yun Bao, Yitian Lang, Shihui Fu, Melissa Kimber, Mitchell Levine e Feng Xie. 2022. "What Is Value in Health and Healthcare? A Systematic Literature Review of Value Assessment Frameworks". *Value in Health* 25 (2): 302-17. <https://doi.org/10.1016/J.JVAL.2021.07.005>.



Apêndice

Cálculos para a Tabela 2

- As informações usadas nessas simulações incluíram dados sobre gastos com saúde e população do Global Health Expenditure Database da OMS e índices de custo-efetividade da literatura citada no relatório.
- Pichon et al. 2020 descobriram que os limites de custo-efetividade na América Latina variavam de 50% a 100% do PIB per capita. Usando seu ponto médio (75%) e multiplicando-o pela renda per capita média regional na América Latina e no Caribe em 2019 (US\$ 6.754), obtém-se um limite de custo-efetividade de US\$ 5.066 por QALY.
- As estratégias de mudança para genéricos e compras conjuntas pressupõem que os fundos sejam realocados para intervenções de saúde que custem o limite médio regional de US\$ 5.066 por QALY.
- A estratégia de realocação de fundos pressupõe que os países reduzam os gastos com intervenções que custam o limite médio regional de US\$ 5.066 por QALY e aumentem os gastos com intervenções mais econômicas a US\$ 1.000 por QALY. O valor de US\$ 1.000 por QALY foi escolhido para as intervenções mais custo-efetivas porque é aproximadamente o ponto médio entre as intervenções para câncer do colo do útero e diabetes tipo 2 mencionadas em Jorgensen et al. 2023; e é um pouco mais alto do que o custo do pacote de benefícios de saúde (US\$ 878 por DALY) para 74 intervenções essenciais de alto valor identificadas em Honduras (Gongora e Giedion 2021).
- A estratégia para o uso de mais medicamentos genéricos pelo setor público pressupõe que os países substituam metade de todas as compras de marcas originais por genéricos sem marca.
- A estratégia para incentivar as compras domésticas de genéricos sem marca extrapola os parâmetros relatados para o Chile (Atal et al. 2023) para os gastos regionais do próprio bolso.



- A estratégia de aquisição conjunta pressupõe que a região atualmente reúne 5% de suas compras de medicamentos e que a participação aumentaria para 25%.
- A simulação de melhorias na eficiência do sistema estima os DALYs obtidos com os resultados de (Moreno-Serra et al. 2019).
- A tabela a seguir fornece mais informações sobre os cálculos.

CHAVE DE COR

SUPOSIÇÃO OU DADOS
CÁLCULO
RESULTADOS

DADOS BÁSICOS DE 2019 DA WHO GHED E INDICADORES DE DESENVOLVIMENTO DO BANCO MUNDIAL

POPULAÇÃO REGIONAL	629,891,939
GASTOS REGIONAIS COM SAÚDE PÚBLICA (US\$ MILHÕES)	\$203,695
GASTOS REGIONAIS DIRETOS (MILHÕES DE DÓLARES)	\$118,228

PARÂMETROS DE CUSTO-EFETIVIDADE: US\$ POR QALY (2019)

A MÉDIA DA REPÚBLICA DOMINICANA É DE 3.109 POR ANO, DE ACORDO COM A RIASCOS 2020	3,109
MELHOR GASTO DA REPÚBLICA DOMINICANA, JORGENSEN ET AL 2023 (US\$/QALY)	1,187
A MÉDIA DA REPÚBLICA DOMINICANA PARA 2019 EM QALYS É	2,372
PICHON, DRUMMOND ET AL 75% * LAC PIB PER CAPITA	5,066
HONDURANO HBP	878

USADO NAS SIMULAÇÕES:	5,066
-----------------------	-------

ESTRATÉGIA

O SETOR PÚBLICO COMPRA GENÉRICOS SEM MARCA EM VEZ DE MARCAS ORIGINAIS

GASTOS COM MEDICAMENTOS COMO PARCELA DOS GASTOS COM SAÚDE PÚBLICA	20%
GASTOS COM MEDICAMENTOS NA SAÚDE PÚBLICA (MILHÕES DE DÓLARES)	\$40,739
MEDICAMENTOS SEM PATENTE COMO PARCELA DO GASTO PÚBLICO TOTAL COM MEDICAMENTOS	35%
GASTOS COM SAÚDE PÚBLICA EM MEDICAMENTOS SEM PATENTE (MILHÕES DE DÓLARES)	\$14,259



PARCELA DE MEDICAMENTOS SEM PATENTE COMPRADOS COMO MEDIC. DE REFERÊNCIA	80%
RELAÇÃO DE PREÇOS: ORIGINAL PARA GENÉRICO	3.5
ÍNDICE DE ECONOMIA COM BASE NO DIFERENCIAL DE PREÇO	71%
SIMULAÇÃO - PARCELA DE MEDIC. DE REFERÊNCIA SUBSTITUÍDA POR GENÉRICOS	50%
SIMULAÇÃO - ECONOMIA NO ORÇAMENTO DE MEDICAMENTOS DA LAC (MILHÕES DE DÓLARES)	\$3,055
SIMULAÇÃO - ECONOMIA DE LAC COMO PARCELA DAS DESPESAS PÚBLICAS COM MEDICAMENTOS	7.5%

SIMULAÇÃO - DÓLARES REALOCADOS POR QALY	5066
SIMULAÇÃO - QALYS	603,125
SIMULAÇÃO - NÚMERO DE PESSOAS COM MAIS 10 ANOS DE VIDA SAUDÁVEL	60,312

ESTRATÉGIA

AS FAMÍLIAS COMPRAM GENÉRICOS SEM MARCA EM VEZ DE MARCAS ORIGINAIS

PARTE DA ECONOMIA DE HH OOP DEVIDO À COMPRA DE GENÉRICOS	3.7%
SIMULAÇÃO - ECONOMIA DE LAC OOP (MILHÕES DE DÓLARES)	\$4,374
SIMULAÇÃO - ECONOMIA PER CAPITA DE LAC OOP	\$6.94

SIMULAÇÃO - DÓLARES REALOCADOS POR QALY	5,066
SIMULAÇÃO - QALYS	863,487
SIMULAÇÃO - NÚMERO DE PESSOAS COM MAIS 10 ANOS DE VIDA SAUDÁVEL	86,349

ESTRATÉGIA

PAÍSES AUMENTAM A PARCELA DE MEDICAMENTOS COMPRADOS POR MEIO DE POOLING

PARCELA DO ORÇAMENTO DESTINADA A MEDICAMENTOS	20%
GASTOS COM MEDICAMENTOS NA SAÚDE PÚBLICA (MILHÕES DE DÓLARES)	\$40,739
PARCELA DE MEDICAMENTOS ADQUIRIDOS POR MEIO COMPRA EM CONJUNTO (POOLING)	5%
ECONOMIA COM O POOLING (% DO PREÇO)	30%
SIMULAÇÃO - PARCELA DE MEDICAMENTOS ADQUIRIDOS POR MEIO DE COMPRA EM CONJUNTO	25%
SIMULAÇÃO - ECONOMIA COMO PARCELA DO ORÇAMENTO DE MEDICAMENTOS	6.0%
SIMULAÇÃO - ECONOMIA TOTAL DE LAC PHE (US\$ MILHÕES)	\$2,444
SIMULAÇÃO - ECONOMIA TOTAL DE LAC PHE PER CAPITA	\$3.88



SIMULAÇÃO - DÓLARES REALOCADOS POR QALY	\$5,066
SIMULAÇÃO - QALYS	482,500
SIMULAÇÃO - NÚMERO DE PESSOAS COM MAIS 10 ANOS DE VIDA SAUDÁVEL	48,250

ESTRATÉGIA

PAÍSES REALOCAM PARA INTERVENÇÕES MAIS ECONÔMICASS

GASTOS REGIONAIS COM SAÚDE PÚBLICA (US\$ MILHÕES)	\$203,695
AÇÃO A SER REALOCADA	10.0%
FUNDOS REALOCADOS (US\$ MILHÕES)	\$20,370

SIMULAÇÃO - DÓLARES ATUAIS POR QALY	5,066
SIMULAÇÃO - PLANO DE BENEFÍCIOS DE SAÚDE DÓLARES POR ANO	1,000
ANÁLISES ATUAIS PRODUZIDAS POR FUNDOS QUE SERÃO REALOCADOS	4,020,831
SIMULAÇÃO - QALYS PRODUZIDOS POR FUNDOS REALOCADOS	20,369,529
SIMULAÇÃO - QALYS GANHO	16,348,699
SIMULAÇÃO - NÚMERO DE PESSOAS COM MAIS 10 ANOS DE VIDA SAUDÁVEL	1,634,870

ESTRATÉGIA

PAÍSES SE ENGAJAM EM REFORMAS DE EFICIÊNCIA

DIAS PERDIDOS POR 100.000 HABITANTES	7,507
TOTAL DE DIAS DE AUMENTO DE EFICIÊNCIA	47,283,323

SIMULAÇÃO - DALYS GANHO	47,283,323
SIMULAÇÃO - NÚMERO DE PESSOAS COM MAIS 10 ANOS DE VIDA SAUDÁVEL	4,728,332

