



Igor Zanetti é diretor de Acesso e Assuntos Corporativos da Medtronic Brasil

O Projeto de Lei 2033/2022, que determina a cobertura de tratamentos fora do rol da ANS (Agência Nacional Suplementar) pelos planos de saúde foi aprovado no Senado, no último 29/08. A norma amplia a cobertura de procedimentos e serviços oferecidos aos beneficiários dos planos de saúde, garantindo maior acesso a diferentes tipos de tratamento. Após a aprovação do Senado, segue para sanção presidencial e poderá se transformar numa grande vitória para os pacientes.

O projeto altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde, para estabelecer hipóteses de cobertura de exames ou tratamentos de saúde que não estão incluídos no rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar. Segundo o texto do PL, planos de saúde deverão cobrir um tratamento ou procedimento que não conste do Rol da ANS desde que haja comprovações científicas de eficácia, ou que tenha recebido parecer favorável por parte da CONITEC (Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS) ou de pelo menos um órgão de avaliação de tecnologia em saúde de renome internacional. Na prática, a proposta coloca por terra o trabalho da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) enquanto avaliadora de tecnologias em saúde.

Enquanto para pacientes e familiares pesa a legítima questão emocional de saber que existem terapias eficazes, mas, que por serem de alto custo, não são cobertas pelo Rol de Procedimentos da ANS, para os pagadores, há uma série de aspectos econômicos que poderão resultar em encarecimento de mensalidades e até mesmo em quebra de planos de saúde menores.

A aprovação de um medicamento ou tecnologia no país percorre um caminho até chegar nas mãos do paciente. Primeiramente, a ANVISA (Agência Nacional de Saúde) precisa aprovar o registro da terapia tendo como base eficácia, qualidade e segurança, em seguida, para que ela possa ser prescrita e utilizada. O segundo passo, para tecnologias que necessitam de cobertura para

reembolso, é a incorporação do tratamento. Na rede pública, ele deve passar pela CONITEC. Já no âmbito privado dos planos de saúde, as avaliações de incorporação são feitas pela ANS. Embora estes órgãos façam suas análises com base em diferentes perspectivas, - pública e privada - o racional de incorporação é o mesmo. Equipes de economistas da saúde analisam dossiês que trazem estudos de custo-efetividade e de impacto orçamentário realizados a partir da monetização de estudos clínicos.

Não são análises simples, tampouco inquestionáveis. Por exemplo: para o caso dos estudos de custo-efetividade, muitos países convencionaram usar um limite de 3 vezes o valor do PIB per capita. Em outras palavras, uma tecnologia só é considerada custo-efetiva se os ganhos propostos resultarem em um custo adicional de até 3 vezes o PIB per capita. Mas ser custo-efetiva apenas não garante que uma tecnologia deva ser incorporada, pois ao gestor importa saber qual o montante que terá que desembolsar com toda a população-alvo. E é aí que entra o estudo de impacto orçamentário. Exemplos de tecnologias importantes incorporadas recentemente são o da crioablação cardíaca percutânea por cateter, para o tratamento de arritmias, e o da enteroscopia por cápsula endoscópica para diagnóstico não invasivo.

Ao longo dos últimos anos houve muitos casos de novas incorporações, mas também muitas negativas. Prever o desfecho dessa importante discussão não é uma tarefa simples. Por outro lado, estamos tratando da saúde das pessoas. Se temos a tecnologia à disposição, é razoável falar em acesso incondicional? Em cenários com recursos escassos, cabe uma discussão profunda que considere tanto as necessidades de todos os brasileiros, quanto a sustentabilidade do sistema de saúde.

Fonte: burson cohn & wolfe, em 14.09.2022