

Boletim Científico IESS

Edição: 1º quadri/2018

Boletim informativo, de periodicidade quadrimestral, que agrupa resumos de publicações científicas de interesse para a saúde suplementar, selecionados entre as principais revistas científicas publicadas no Brasil e no mundo nas áreas de saúde, tecnologia, economia e gestão.

BOLETIM

Economia & Gestão

PAGAMENTO BASEADO EM RESULTADOS AOS PRESTADORES DE SEGURO-SAÚDE: O CASO DE CONTRATAÇÃO HOSPITALAR PARA INTERVENÇÕES CARDÍACAS NA HOLANDA

Health insurance outcome-based purchasing: The case of hospital contracting for cardiac interventions in the Netherlands

Autores: Veghel, et al.

Contextualização: Como em muitos países, os custos de saúde na Holanda aumentaram nas últimas décadas. A assistência médica baseada em valor ("Value-Based HealthCare - VBHC"), com o objetivo de maximizar o valor para o paciente, concentrando-se não só em custos, mas também em resultados, é considerada uma estratégia para resolver esses problemas. No sistema de saúde holandês, as companhias de seguros de saúde contratam hospitais para a prestação de assistência. Com os altos custos em todo o mundo, há uma crescente conscientização de que as abordagens de pagamento por serviço devem ser substituídas por abordagens de pagamento por desempenho ou pagamento baseado em resultados.

Objetivo: analisar os resultados da aplicação de um modelo de pagamento entre companhia de seguro de saúde e hospital que inclui os princípios de VBHC no qual a qualidade é financeiramente recompensada e a perda de qualidade leva a redução da compensação financeira. A população do estudo consiste em pacientes com doença arterial coronariana tratados por intervenção coronariana percutânea (ICP) ou cirurgia de revascularização do miocárdio (CRM), bem como pacientes com fibrilação atrial tratados com isolamento da veia pulmonar por cateter (PVI). Esses procedimentos foram escolhidos porque são frequentemente realizados.

Conclusão: Ao adotar o modelo de remuneração baseada em valor, a seguradora holandesa passou a recompensar o hospital financeiramente por melhorias significativas dos resultados para o paciente após a realização de cirurgias CRM, ICP e PVI. Para cada grupo de pacientes, um incentivo foi dado ao hospital com a finalidade de estimular os esforços de melhoria da qualidade no hospital. Os autores verificaram

que após a implementação do modelo de pagamento por valor houve melhorias significativas na qualidade nos três tratamentos analisados. Em relação à CRM, observou-se uma redução na taxa de mortalidade de 120 dias. Em relação à ICP, observou-se que taxa de mortalidade de 1 ano foi reduzida e houve melhora na recuperação do paciente (queda nas re-explorações cirúrgicas¹). No PVI, houve redução da necessidade de realizar a intervenção novamente. Concluiu-se que o modelo apresentado é um primeiro passo no sentido de alinhar hospitais e companhias de seguro de saúde na utilização de pagamento de serviços baseado em valor para o paciente. Para uma implementação bem-sucedida do modelo de pagamento baseado em resultados, os autores destacam que é necessário haver transparência e usar conjuntos de indicadores padrão validados que já foram desenvolvidos e usados por outros, de preferência internacionalmente.

Fonte: [International Journal of Healthcare Management](#)

UMA VISÃO DO IMPACTO DAS METODOLOGIAS DE APRENDIZAGEM SUPERVISIONADA NA DETECÇÃO DE FRAUDES EM SEGUROS DE SAÚDE

Título original: A Purview of the Impact of Supervised Learning Methodologies on Health Insurance Fraud Detection

Autores: Sheshasaayee e Thomas.

Contextualização: Uma infinidade de pesquisas estão acontecendo em quase todos os setores de planos de saúde para melhorar o desempenho desse mercado. Com o passar dos anos, a taxa de cobertura de planos de saúde, o que é diretamente proporcional à ocorrência de fraudes nesses setores. A presença de fraude é sempre um obstáculo ao crescimento de uma organização de plano de saúde. Todos os anos, prejuízos de milhões de dólares são contabilizados nas operadoras americanas devido a fraudes.

Objetivo: este artigo confere as várias metodologias de aprendizagem supervisionadas

¹ A cirurgia exploratória é um método diagnóstico usado pelos médicos para tentar encontrar um diagnóstico para uma doença. Fonte: <https://www.sciencedirect.com/topics/medicine-and-dentistry/surgical-exploration>

empregadas na detecção de fraudes nas operadoras de saúde privada. A metodologia é baseada em um levantamento bibliográfico durante um período de 20 anos.

Conclusão: uma ampla pesquisa realizada ao longo dos anos sobre fraudes na área de seguros de saúde avaliou os algoritmos de aprendizado supervisionados (sistemas informatizados que são configurados a realizar projeções em cima de “acertos e erros”) e os algoritmos não supervisionados (quando não são configurados para aprender com os erros) são, utilizados em muitos casos, porém ambos têm vantagens e desvantagens. O algoritmo de aprendizado supervisionado é mais preciso para encontrar fraudes, mas por outro lado o esforço para obter dados rotulados (dados considerados corretos) são onerosos. Já o algoritmo de aprendizagem não supervisionada não apresenta precisão no resultado da análise, mas tem um custo menor que a ferramenta anterior. Portanto, observa-se que um mecanismo híbrido de aprendizagem é recomendado para lidar com a detecção de fraude no domínio do seguro de saúde.

Fonte: V. Bhateja et al. (eds.), Information Systems Design and Intelligent Applications, Advances in Intelligent Systems and Computing 672

TENDÊNCIA DA FREQUÊNCIA DE UTILIZAÇÃO DE PRONTOS SOCORROS E INTERNAÇÕES HOSPITALARES NA CALIFÓRNIA ENTRE 2012 A 2015 – O PAPEL DOS PLANOS DE SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Título original: Trends in Preventable Inpatient and Emergency Department Utilization in California Between 2012 and 2015 - The Role of Health Insurance Coverage and Primary Care Supply.

Autores: Cunningham e Sheng.

Contextualização: o aumento da taxa de cobertura de plano de saúde tende a aumentar a utilização dos prontos socorros e das internações hospitalares. No entanto, a intenção do “Affordable Care Act”, era ampliar a oferta de cuidados primários, com o intuito, de refletir, na queda da utilização dos serviços hospitalares.

Objetivo: examinar a relação entre o aumento da taxa de cobertura de plano de saúde, com a frequência dos pacientes em cuidados primários

e na utilização de prontos socorros e internação por meio de uma análise de regressão. Assim, se avaliará como os fatores contribuíram para as tendências de utilização dos serviços de saúde. Para o cálculo foram utilizadas dados da frequência de utilização dos serviços de saúde: de prontos socorros, de internações, e de consultório médico, na Califórnia entre 2012 e 2015.

Conclusão: a porcentagem de californianos com idade entre 18 e 64 anos com cobertura de seguro saúde do Medicaid aumentou de 11,9% em 2012 para 20,8% em 2015. O percentual não segurado diminuiu de 24,3% em 2012 para 11,9% em 2015. Em relação aos seguros privados a taxa de cobertura foi de 62,1% em 2012 para 66,5% em 2015. A taxa de entrada de pacientes em geral aos prontos socorros também cresceu, saiu de 29,8% para 33,5% entre 2012 a 2015. O excesso de utilização desse serviço cresceu nesse período em 10,9%. As taxas de internações que poderiam ser evitadas nesse período apresentaram um decréscimo de 4,0%. Por outro lado, as visitas aos consultório médicos, não apresentaram um crescimento significativo, em comparação com a utilização de prontos socorros, sendo apenas de 0,7% no período para essa faixa etária. Conclui-se que o aumento na taxa de cobertura acelerou um crescimento a longo prazo nas visitas ao setor de emergência e impediu uma redução ainda maior das internações hospitalares.

Fonte: Medical Care. June 2018 - Volume 56 - Issue 6 - p 544-550.

TIPO DE PLANO DE SAÚDE E SOBRE UTILIZAÇÃO DE UMA POPULAÇÃO COM SEGURO DE SAÚDE PRIVADO

Título original: Overuse and Insurance Plan Type in a Privately Insured Population.

Autores: Rosenthal, et al.

Contextualização: Nos Estados Unidos, muitos especialistas em políticas estão se concentrando em definir, identificar e reduzir o desperdício nos serviços de saúde. Alguns formuladores de políticas e pesquisadores sugerem que seguros com ampla cobertura podem levar ao uso excessivo de serviços. Na medida em que isso ocorre, o tipo de plano de seguro de saúde, como os que usam fator moderador (coparticipação ou franquia) ou gerenciamento da utilização, pode

reduzir o desperdício ao restringir o uso dos serviços de baixo valor orientado pela demanda.

Objetivo: identificar se existe relação entre o uso excessivo de serviços de saúde e as características do plano do beneficiário (se é uma HMO-health maintenance organizations, se tem franquia alta, se há fragmentação da atenção primária). Os autores usaram dados de 2009 a 2013 de três grandes seguradoras de planos de saúde.

Conclusão: identificou-se que há uma associação entre o tipo de plano e a taxa de uso excessivo de serviços de baixo valor para o paciente. A posse de um plano de HMO foi significativamente associada com menor uso excessivo para todos os serviços analisados, como por exemplo exame de imagem para dor lombar, exame de vitamina D e alguns exames cardíacos. A associação entre ter um plano com franquia alta e uso excessivo diferiu por tipo de serviço analisado, pois encontrou-se resultados como posse de plano de alta franquia associada a maiores probabilidades de utilização excessiva de exame de deficiência de vitamina D por exemplo. Outro resultado encontrado foi que a falta de coordenação da atenção primária dentro do sistema de saúde foi significativamente associada a maiores taxas de uso excessivo.

Fonte: [Am J Manag Care. 2018;24\(3\):140-146](#)

O QUE O PLANO DE SAÚDE DEVERIA COBRIR? UMA COMPARAÇÃO DAS ABORDAGENS ISRAELENSE E AMERICANA

Título original: What should health insurance cover? A comparison of Israeli and US approaches to benefit design under national health reform .
Autores: Gannot , et al.

Contextualização: A definição do que o seguro de saúde deve cobrir representa uma das questões mais complexas de uma política nacional de saúde. Os Estados Unidos e Israel têm sistemas de saúde que são fundamentalmente semelhantes em muitos aspectos, incluindo a disseminação de seguros de saúde privados. Ao mesmo tempo, no entanto, os dois países adotaram uma abordagem diferente sobre o que o seguro de saúde deve cobrir e quem deve decidir as questões de cobertura. Em Israel, o poder de decidir o que é coberto é do governo federal. Nos Estados

Unidos o setor de seguro de saúde privado baseia-se em um complexo e intrincado arranjo de compartilhamento de poder entre três principais centros de decisão: (1) o governo federal por meio do Congresso; (2) os governos estaduais, que são os principais reguladores do seguro de saúde; e (3) a própria indústria de seguros de saúde. Esse arranjo de compartilhamento de poder dentro dos Estados Unidos tem sido evidente na ampla variação de cobertura e os detalhes essenciais de cobertura podem variar significativamente de Estado para Estado e, potencialmente, entre mercado para mercado dentro de um único Estado.

Objetivo: comparar a abordagem dos EUA para definir a cobertura de seguros privados de saúde, com suas raízes profundas no federalismo e deferência à indústria, como adotada por Israel.

Conclusão: os EUA podem se beneficiar da experiência israelense, que destaca três elementos distintos do processo de determinação do nível mínimo de cobertura (essencial health benefit EHB): primeiro, a seleção de um ponto de partida para definir a cobertura, identificando um plano médio seja em base Nacional ou Estadual; segundo, formular o custo esperado da cobertura desse EHB; e terceiro, criar um mecanismo para atualizar o EHB dentro de um orçamento predefinido. Ao mesmo tempo, pode ser que Israel possa aprender com o caso dos EUA. Em Israel, a regulamentação dos mercados de planos de saúde suplementar (o que não está coberto no rol mínimo) e do rol mínimo e especialmente a interação entre eles tem sido ineficaz. Uma grande porcentagem de cidadãos possui os dois tipos de seguro (rol mínimo e suplementar) sem estar bem informados sobre seu conteúdo e a coordenação de benefícios tem sido caótica.

Fonte: [Health Economics, Policy and Law, doi:10.1017/S1744133117000287](#)

Saúde & Tecnologia

OBESIDADE E ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA NUMA COORTE POPULACIONAL EPIDEMIOLÓGICA FRANCESA

Título original: Obesity and emergency care in the French CONSTANCES cohort

Autores: Feral-Pierssens AL, Carette C, Rives-Lange C, Matta J, Goldberg M, et al.

Contextualização: A obesidade é uma das principais causas de morte e está relacionada a uma variedade de comorbidades, de deficiências subsequentes e de consequências sociais. Além disso, a obesidade pode resultar em até 30% mais gastos com saúde do que em pacientes não obesos. Embora exista uma ampla literatura médico-econômica sobre os custos da obesidade (principalmente dos estudos norte-americanos), há poucas descrições na literatura sobre a utilização específica de recursos do Pronto-Socorro (PS). Assim, pacientes obesos estão levantando questões específicas no atendimento de emergência, como questões de equipamentos ou procedimentos urgentes. Os poucos estudos não levam em conta tanto a situação socioeconômica quanto as comorbidades, fatores bem conhecidos que influenciam o uso da saúde.

Objetivo: Avaliar e comparar a taxa de visitas de emergência da população obesa (Índice de Massa Corporal - IMC $\geq 30\text{kg/m}^2$) em relação aos participantes com peso normal, levando em consideração comorbidades e situações socioeconômicas. Utilizou-se uma coorte epidemiológica francesa denominada "CONSTANCES", uma amostra aleatoriamente selecionada de adultos franceses. Os dados dos participantes estão ligados ao Banco Nacional de Seguro de Saúde, que coleta todos os dados médicos. A taxa de visitas de obesos ao PS e dos participantes com peso normal foram comparados considerando fatores como comorbidades e vários dados socioeconômicos. Análises separadas por sexo e modelos de regressão logística multivariada foram realizadas (com 95% Intervalo de Confiança [IC]).

Conclusões: Foram incluídos 21.035 participantes com peso normal e 5.003 obesos. Os participantes obesos visitaram o PS com mais frequência do que os participantes com peso normal (homens: 30,5% vs. 26,7%; mulheres: 30,3% vs. 24,4%, $P < 0,001$). Os participantes obesos apresentaram mais comorbidades e uma situação socioeconômica mais baixa do que os participantes com peso normal. Após o ajuste, os participantes obesos tiveram maior risco de visitar o PS, com maior risco para a classe III (IMC $\geq 40\text{kg/m}^2$) (homens: OR = 2,18; IC 95%: 1,32–3,63 e mulheres: OR = 1,85; IC95%: 1,38–2,99). Assim, indivíduos obesos têm um maior nível de utilização de recursos de cuidados de emergência do que indivíduos com peso normal e o uso aumenta com a obesidade severa. A equipe médica dos PS enfrentará cada vez mais desafios específicos com o aumento da epidemia de obesidade.

Fonte: [PLoS ONE 13\(3\): e0194831](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194831)

A CRESCENTE CARGA DE CÂNCER ATRIBUÍVEL AO ALTO ÍNDICE DE MASSA CORPORAL NO BRASIL

Título original: The increasing burden of cancer attributable to high body mass index in Brazil

Autores: Rezende LFM, et al.

Contextualização: O índice de massa corporal (IMC) vem aumentando constantemente nas últimas décadas na maior parte do mundo. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a obesidade e o sobrepeso estão associados ao aumento do risco de 14 tipos de câncer, como o câncer de mama (pós-menopausa), cólon, reto, útero, vesícula biliar, rim, fígado, mieloma múltiplo, esôfago, ovário, pâncreas, próstata, estômago e tireoide.

Objetivo: Estimar se a redução do IMC elevado poderia reduzir a incidência de câncer no Brasil. O Estudo também pretende apresentar projeções da incidência de cânceres potencialmente evitáveis devido ao alto IMC para o ano

de 2025. Para isso, calculou-se a fração atribuível populacional (FAP) do câncer relacionado ao índice de massa corporal (IMC) elevado. A FAP é uma métrica para estimar a proporção de doença previsível na população caso o fator de risco (nesse caso o sobrepeso e a obesidade) fosse eliminado, mantendo os demais fatores/ causas constantes. As estimativas de incidência de câncer foram recuperadas do GLOBOCAN (estimativas da Organização Mundial da Saúde) e do Instituto Nacional do Câncer.

Conclusões: Estima-se que cerca de 15 mil casos de câncer por ano no Brasil (ou 3,8% do total) poderiam ser evitados com a redução do excesso de peso e da obesidade. Até 2025, projeta-se que serão mais de 29 mil novos casos (ou 4,6% do total de novos casos) atribuíveis ao IMC elevado. A seguir estão expostos os resultados.

Descobriu-se que 15.465 (3,8%) de todos os novos casos de câncer diagnosticados no Brasil em 2012 foram atribuíveis ao IMC elevado, com uma carga maior em mulheres (5,2%) do que em homens (2,6%). Os locais de câncer que mais contribuíram para o número de casos atribuíveis foram mama (n = 4777), colo de útero (n = 1729) e cólon (n = 681) em mulheres e cólon (n = 1062), próstata (n = 926) e fígado (n = 651) nos homens. As maiores frações atribuíveis populacionais (PAFs) para todos os cânceres foram encontradas nos estados mais ricos do país, localizados no Sul (1,5% homens / 3,4% mulheres) e no Sudeste (1,5% homens / 3,3% mulheres). Estimou-se que os casos de câncer atribuíveis ao alto IMC atingirão 29.490 em 2025, o que representa 4,6% de todos os cânceres no Brasil; a extensão será maior nas mulheres (6,2% ou 18.837) do que nos homens (3,2% ou 10.653). Essa informação é uma ferramenta para apoiar os formuladores de políticas públicas para futuras estratégias de prevenção do câncer no Brasil.

Fonte: *Cancer Epidemiology*. Volume 54, June 2018, Pages 63-70.

MORTALIDADE E ANOS DE VIDA PERDIDOS PELO CÂNCER COLORRETAL ATRIBUÍVEL À INATIVIDADE FÍSICA NO BRASIL (1990-2015): CONCLUSÕES DO ESTUDO DE CARGA GLOBAL DE DOENÇA

Título original: Mortality and years of life lost by colorectal cancer attributable to physical inactivity in Brazil (1990–2015): Findings from the Global Burden of Disease Study

Autores: Silva DAS, Tremblay MS, Souza Md-FMd, Mooney M, Naghavi M, Malta DC.

Contextualização: O câncer de cólon e reto (chamado de câncer colorretal) é o terceiro tipo de câncer mais letal em mulheres e o quarto em homens no Brasil. Nos Estados Unidos, esse tipo de câncer é o segundo mais letal. Entre os fatores do estilo de vida modificáveis, destaca-se a inatividade física, pois essa potencializa o surgimento da doença. Além disso, a inatividade física é um fator de risco para a obesidade, que é outro preditor de câncer colorretal. Dados do estudo “Global Burden of Disease” revelam que a inatividade física é o segundo maior fator de risco à saúde ao qual a população brasileira está exposta.

Objetivo: Estimar a mortalidade por todas as causas, por causas específicas e os anos de vida perdidos por morte prematura devido ao câncer colorretal atribuível à inatividade física no Brasil e nos seus Estados. A medida utilizada neste artigo foi anos de vida ajustados por incapacidade (ou sua sigla em inglês “Disability Adjusted Life years - DALYs”). Um outro objetivo foi analisar a tendência temporal dessas estimativas ao longo de 25 anos (1990 a 2015) em comparação com as estimativas globais e de acordo com a situação socioeconômica dos Estados brasileiros. Utilizou-se bancos de dados do Estudo de Carga Global de Doenças para o Brasil, dos Estados brasileiros e de informações globais. Estimou-se o número total e as taxas de mortalidade padronizadas por idade e DALYs para câncer colorretal atribuíveis à inatividade física nos anos de 1990 e 2015.

Conclusão: De 1990 a 2015, a mortalidade por câncer colorretal atribuível a inatividade física aumentou no Brasil (0,6%) e diminuiu em todo

o mundo (-0,8%). O Estado brasileiro com o maior aumento (1990-2015) foi São Paulo e os Estados brasileiros com melhores indicadores socioeconômicos apresentaram maiores taxas de mortalidade e morbidade por câncer color-retal por inatividade física ($p < 0,01$). Assim, ao longo de 25 anos, a população brasileira mostrou resultados mais preocupantes do que em todo o mundo. Ações para combater a inatividade física e maior rastreamento e tratamento do câncer são urgentes nos Estados brasileiros.

Fonte: [PLoS ONE 13\(2\): e0190943](#)

MEDINDO O USO EXCESSIVO COM DADOS DO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE

Título original: Measuring Overuse With Electronic Health Records Data.

Autores: Thomas Isaac; Meredith B. Rosenthal; Carrie H. Colla; Nancy E. Morden; Alexander J. Mainor; Zhonghe Li; Kevin H. Nguyen; Elizabeth A. Kinsella; e Thomas D. Sequist.

Contextualização: Nos últimos anos, vários stakeholders têm procurado estratégias para reduzir os custos de saúde e, ao mesmo tempo, melhorar a qualidade dos cuidados. Uma dessas estratégias é definir, identificar e reduzir gastos desnecessários dos serviços de saúde. Em 2012, o American Board of Internal Medicine lançou a campanha Choosing Wisely, uma iniciativa destinada a envolver pacientes e médicos em discussões sobre como evitar cuidados de saúde desnecessários. No entanto, o sucesso dessa iniciativa, e de outras semelhantes, depende criticamente da capacidade de medir com precisão o uso excessivo dos serviços de saúde. Uma ferramenta que pode capturar informações clínicas mais detalhadas e o contexto por uso inadequado é o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP).

Objetivo: Medir o uso excessivo (definido pela iniciativa do Choosing Wisely) usando uma combinação de dados estruturados e uma revisão manual do PEP e avaliar se determinados serviços de baixo valor são melhor capturados usando dados do PEP em relação a dados administrativos. Explorou-se as tendências de uso excessivo para cada serviço de baixo valor entre 2011 e 2013 usando a regressão logística. O estudo foi realizado no Atrius Health, um grupo de assistência médica que oferecem cuidados primários e especializados para mais de 740.000 pacientes no leste do Estado de Massachusetts (Estados Unidos). Os médicos da Atrius Health utilizam um PEP integrado desde 1995 para dar suporte a pedidos de medicamentos, exames laboratoriais e estudos radiológicos. Todos os dados ambulatoriais são inseridos no prontuário, incluindo sinais vitais, anotações clínicas, códigos de diagnóstico e procedimentos e todos os resultados laboratoriais e radiológicos.

Conclusão: Em 2013, a prevalência de uso excessivo variou de 0,2% (proporção de exame de Papanicolau em mulheres de 18 a 21 anos) a 57% (proporção de exames de densitometria óssea realizados em mulheres de 18 a 65 anos). Além disso, entre as 12 medidas analisadas no período, 8 serviços demonstraram uma diminuição estatisticamente significativa no uso excessivo, enquanto 1 aumentou significativamente. Embora vários estudos relatem o uso excessivo de serviços de saúde de baixo valor com base em dados administrativos, descobriu-se que os dados do PEP podem quantificar com mais precisão e confiabilidade o uso excessivo dos serviços clínicos e os fatores de risco que podem desencadear ou explicar o uso de testes e exames de baixo valor.

Fonte: [Am J Manag Care. 2018; 24 \(1\): 19-25](#)

RELAÇÃO ENTRE A POSSE DE UM SEGURO PRIVADO DE SAÚDE E VISITAS A CONSULTÓRIOS MÉDICOS E AMBULATÓRIOS HOSPITALARES ENTRE ADULTOS COM DIABETES NO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE

Título original: Association between supplementary private health insurance and visits to physician offices versus hospital outpatient departments among adults with diabetes in the universal public insurance system.

Autores: You CH, Choi JH, Kang S, Oh E-H, Kwon YD.

Contextualização: O diabetes mellitus é uma doença crônica com alta prevalência em todo o mundo inclusive na Coreia do Sul. A maioria dos pacientes com diabetes, exceto aqueles com casos graves ou complicações, podem ser tratados em consultórios médicos, o que maximiza a eficiência dos recursos de saúde. No entanto, muitos pacientes com diabetes recebem atendimento ambulatorial em hospitais. Na Coreia do Sul, todos os cidadãos (exceto aqueles com baixa renda, que recebem um auxílio) são cobertos pelo Seguro Nacional de Saúde (NHI). No entanto, apesar do NHI, apenas 55,6% dos custos totais com saúde foram financiados por fontes públicas em 2015. Devido à alta carga de custos pessoais causada pela baixa cobertura do NHI e pelo aumento da demanda por serviços de qualidade, muitas pessoas estão comprando seguro de saúde suplementar privado (ou supplementary private health insurance – SPHI) para complementar o NHI. O seguro de saúde é geralmente conhecido por aumentar o uso de serviços médicos hospitalares pelos segurados, pois como o seguro facilita o acesso ao segurado acaba estimulando a utilização dos serviços hospitalares. Presume-se, então, que pacientes com diabetes com SPHI provavelmente visitarão mais frequentemente os hospitais em vez de consultórios médicos na Coreia do Sul, onde os pacientes podem escolher livremente instituições de saúde ou profissionais de saúde, porque acreditam que os hospitais sejam mais confiáveis.

Objetivo: examinar a relação entre ter um SPHI e o uso de hospitais entre pacientes com diabetes dentro do sistema universal de seguro de saúde pública. Utilizou-se dados de 2011, do Korea Health Panel, uma amostra nacionalmente representativa de indivíduos coreanos. Para o estudo, foram selecionadas 6.379 consultas para atendimento de diabetes. Modelos de regressão logística múltipla foram utilizados para examinar os determinantes do uso dos serviços ambulatoriais hospitalares.

Conclusão: Pacientes com SPHI tinham 1,7 vez (IC 95% 1,068-2,740, P = 0,026) mais chances de escolher hospitais para atendimento médico ambulatorial em comparação com pacientes sem SPHI. Assim, foi confirmado que os pacientes diabéticos segurados pelo SPHI usavam mais serviços hospitalares do que aqueles que não estavam segurados. As pessoas seguradas pelo SPHI parecem ser mais propensas a usar os serviços hospitalares porque o SPHI alivia o peso dos custos do atendimento.

Fonte: [PLoS ONE 13\(4\): e0192205](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0192205)



INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR

NOTA METODOLÓGICA

A cada quadrimestre, a equipe de pesquisadores do IESS seleciona os artigos mais interessantes, consistentes e relacionados às áreas de interesse dos atores da saúde suplementar. Essas pesquisas são feitas nas revistas científicas de grande impacto no meio acadêmico e de reconhecido valor pela sociedade, bem como de instituições renomadas.

Revistas pesquisadas na área de Economia & Gestão: AHIP; ALTARUM; Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID); Centre of Excellence in Population Ageing Research (CEPAR); Health Economics; Health Economics Review; Healthcare Cost Institute; HERC; International Federation of Health Plans; Journal of Health Economics; Journal of Risk and Insurance; Kaiser Family Foundation; NIHCM Foundation; OCDE; PWC - Health Research Institute; RAND Corporation; The Commonwealth Fund; The Geneva Papers on Risk and Insurance; World Bank.

Revistas pesquisadas na área de Saúde & Tecnologia: ALTARUM; Age & Ageing; American Journal of Health Promotion; American Journal of Managed Care; Australian Institute for Population Ageing Research (AIPAR); Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde; British Medical Journal (BMJ); Geneva Association; Health Promotion International; International Journal of Epidemiology; International Journal of Technology Assessment in Health Care; JAMA; NBER Bulletin on Aging and Health; PLOS ONE Health Care; Population Health Management; SHADAC; The Lancet; WHO.

Equipe IESS

Luiz Augusto Carneiro - Superintendente Executivo

Amanda Reis - Pesquisadora
Natalia Lara - Pesquisadora
Bruno Minami - Pesquisador

IESS

Rua Joaquim Floriano 1052, conj. 42
CEP 04534 004, Itaim Bibi, São Paulo, SP
Tel (11) 3706.9747
contato@iess.org.br