

Boletim Científico IESS

Edição: 3º 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

Saúde & Tecnologia

TENDÊNCIAS DE FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NA POPULAÇÃO COM PLANOS DE SAÚDE NO BRASIL DE 2008 A 2015

Autores: Malta, Deborah Carvalho, Bernal, Regina Tomie Ivata, Vieira Neto, Eduardo, Curci, Katia Audi, Pasinato, Maria Tereza de Marsillac, Lisbôa, Raquel Medeiros, Cachapuz, Renata Fernandes, & Coelho, Karla Santa Cruz.

Contextualização: A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) sejam responsáveis por cerca de 38 milhões de mortes anuais, sendo que 16 milhões corresponderiam às mortes prematuras, antes dos 70 anos de idade, constituindo o maior problema de saúde em todo o mundo. As DCNT geram, ainda, elevado grau de incapacidade, sofrimento, além de impactos econômicos para a economia global. Segundo o estudo Carga Global de Doenças, no Brasil, as DCNT corresponderam a cerca de 75% da mortalidade em 2015.

Objetivo: Analisar as tendências de fatores de risco e proteção de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e do acesso a exames preventivos na população com planos de saúde nas capitais brasileiras entre 2008 e 2015. Trata-se de estudo transversal, analisando dados coletados do Sistema Nacional de Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), de adultos com 18 anos e mais. Foram analisadas tendências de indicadores de DCNT entre os usuários de planos de saúde, em cerca de 30 mil entrevistas a cada ano, entre 2008 e 2015. Utilizou-se o modelo de regressão linear simples para o cálculo das tendências.

Conclusões: Entre 2008 e 2015, usuários de planos de saúde apresentaram aumento das prevalências de fatores de proteção como o consumo de frutas e legumes e atividade física no lazer; houve redução de fatores de risco como tabagismo, consumo de refrigerantes,

aumento na cobertura de mamografia e declínio na prevalência do tabagismo. Entretanto, ocorreu aumento do excesso de peso, obesidade e diabetes.

Existem diferenças segundo sexo, e em geral as mulheres acumulam mais fatores de proteção e homens, mais fatores de risco.

Fonte: Revista Brasileira de Epidemiologia, 21(Supl. 1). Epub 29 de novembro de 2018

VARIAÇÃO DE CUSTOS E OPORTUNIDADES DE POUPAR EM UM MODELO DE CUIDADOS ONCOLÓGICOS

Título Original: Cost Variation and Savings Opportunities in the Oncology Care Model

Autores: James Baumgardner; Ahva Shahabi; Christopher Zacker e Darius Lakdawalla

Contextualização: A diferença nos gastos com tratamento oncológico segundo regiões geográficas revela que a quimioterapia e a internação hospitalar podem oferecer oportunidades de economia, pois são os maiores contribuintes para a variação inter-regional para as práticas do Modelo de Assistência Oncológica.

Objetivo: Identificar as categorias de serviços que apresentam as maiores oportunidades para reduzir os gastos em cuidados oncológicos, conforme definido pelo Modelo de Cuidados Oncológicos ("CMS Oncology Care Model - OCM"). A variação regional nos gastos para pacientes semelhantes é frequentemente interpretada como evidência de que os recursos podem ser poupados, porque as regiões com gastos mais altos poderiam obter economias comportando-se mais como suas contrapartes de gastos mais baixos. Utilizou-se os dados de vigilância, epidemiologia e resultados do Medicare (plano de saúde público para idosos nos Estados Unidos) de 2006 a 2013 para este estudo retrospectivo de coorte observacional. A análise concentrou-se em pacientes com

câncer de mama avançado (estágio III ou IV), carcinoma de células renais, câncer de pulmão de não pequenas células, mieloma múltiplo ou leucemia mieloide crônica.

Conclusões: A quimioterapia e a internação hospitalar aguda tendem a ser os maiores contribuintes para a variação inter-regional e oferecem o maior potencial para reduzir gastos dentro de episódios definidos pelo OCM. Outras fontes de poupar diferem por tipo de câncer. A região de referência de baixa despesa pode ser um modelo para reduzir o custo do tratamento do câncer.

Fonte: Am J Manag Care. 2018;24(12):618-623

ATENDIMENTO AMBULATORIAL FRAGMENTADO E UTILIZAÇÃO SUBSEQUENTE DE CUIDADOS DE SAÚDE ENTRE OS BENEFICIÁRIOS DO MEDICARE

Título Original: Fragmented Ambulatory Care and Subsequent Healthcare Utilization Among Medicare Beneficiaries

Autores: Lisa M. Kern; Joanna K. Seirup; Mangala Rajan; Rachel Jawahar e Susan S. Stuard.

Contextualização: Entre os beneficiários do Medicare (plano de saúde público do governo dos Estados Unidos para idosos), a relação entre atendimento ambulatorial fragmentado e subseqüentes visitas ao departamento de emergência e internações hospitalares varia com o número de condições crônicas.

Objetivo: Determinar as associações entre a atenção ambulatorial fragmentada e as consultas subseqüentes ao departamento de emergência (DE) e internações hospitalares, considerando possíveis interações entre a fragmentação e o número de condições crônicas. Realizou-se um estudo de coorte de mais de 3 anos entre 117.977 beneficiários do Medicare que utilizaram serviços de saúde e que foram submetidos a médicos de cuidados primários em uma região de 7 condados de Nova York e tiveram 4 ou mais visitas ambulatoriais no período do estudo. Calculou-se os escores de fragmentação usando o índice de *Bice-Boxerman*

modificado e, como os escores foram distorcidos, os autores dividiram em quintis. Utilizou-se modelos de regressão de Cox para determinar associações entre fragmentação e visitas ao pronto-socorro e, separadamente, internações hospitalares, estratificando por número de condições crônicas e ajustando para idade, gênero, número de visitas ambulatoriais e combinação de casos.

Conclusões: Entre aqueles com 1 a 2 ou 3 a 4 condições crônicas, ter o maior número de atendimentos fragmentados aumentou significativamente o risco de uma consulta de emergência e, separadamente, aumentou o risco de internação ($P < 0,05$ ajustado para cada comparação). Entre aqueles com 5 ou mais condições crônicas, ter o atendimento mais fragmentado aumentou significativamente o risco de uma consulta de emergência, mas diminuiu o risco de uma internação ($P < 0,05$ ajustado para cada comparação). Entre aqueles com 0 condições crônicas, ter cuidado fragmentado não foi associado a nenhum dos desfechos. A relação entre atendimento ambulatorial fragmentado e posterior utilização varia com o número de condições crônicas. Beneficiários com uma carga moderada de condições crônicas (1-2 ou 3-4) parecem estar em maior risco de excesso de visitas e internações devido a cuidados fragmentados.

Fonte: Am J Manag Care. 2018;24(9):e278-e284

MULTIMORBIDADE EM INDIVÍDUOS COM 50 ANOS OU MAIS DE IDADE: ELSI-BRASIL

Título Original: Multimorbidity: The Brazilian Longitudinal Study of Aging (ELSI-Brazil)

Autores: Nunes, Bruno Pereira et al.

Contextualização: Multimorbidade é a ocorrência simultânea de problemas de saúde em uma mesma pessoa, normalmente operacionalizada pela ocorrência de ≥ 2 e ≥ 3 doenças crônicas. Estudos recentes demonstram que a multimorbidade é frequente na população mundial e atinge, no mínimo, mais da metade da população idosa. Configura-se como

importante problema de saúde pública pela alta frequência, mas, principalmente, pela associação com mortalidade, declínio funcional e baixa qualidade de vida, além da dificuldade de manejo adequado pelos serviços de saúde.

Objetivo: Avaliar a ocorrência e os fatores associados à multimorbidade entre brasileiros com 50 anos ou mais de idade. Realizou-se um estudo transversal em uma coorte de base nacional da população brasileira. Os dados foram coletados entre 2015 e 2016. A multimorbidade foi avaliada a partir de uma lista de 19 morbidades, sendo categorizada em ≥ 2 e ≥ 3 doenças.

Conclusões: Do total de 9.412 indivíduos, 67,8% (IC95% 65,6–69,9) e 47,1% (IC95% 44,8–49,4) tinham ≥ 2 e ≥ 3 doenças, respectivamente. Na análise ajustada, mulheres, pessoas mais velhas e aqueles que não consumiam bebidas alcoólicas tiveram mais multimorbidade. Não foram observadas associações com cor da pele, zona de residência, região geopolítica e cobertura da Estratégia Saúde da Família. Os 10 pares (frequências observadas entre 11,6% e 23,2%) e os 10 trios (frequências observadas entre 4,9% e 9,5%) de doenças mais frequentes incluíram, em sua maioria, problema de coluna (15 vezes) e hipertensão arterial sistêmica (11 vezes). Todas as combinações apresentaram frequência estatisticamente maior do que seria esperado ao acaso. Concluiu-se que a ocorrência de multimorbidade foi elevada mesmo entre os indivíduos mais jovens (50 a 59 anos). Cerca de dois em cada três (≥ 2 doenças) e um em cada dois (≥ 3 doenças) indivíduos com 50 anos ou mais apresentaram multimorbidade, representando 26 e 18 milhões de pessoas no Brasil, respectivamente. Frequências elevadas de combinações de morbidades foram observadas.

Fonte: Rev. Saúde Pública. 2018, vol.52, suppl.2

USO DE EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS POR DENTISTAS NO BRASIL: ESPAÇO PARA MELHORAR A PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS

Título Original: Use of scientific evidence by dentists in Brazil: Room for improving the evidence-based practice

Autores: Gonçalves APR, Correa MB, Nahsan FPS, Soares CJ, Moraes RR.

Contextualização: O conceito de “cuidados de saúde baseados em evidências” surgiu no final da década de 1990 e refere-se ao uso da melhor evidência disponível na tomada de decisão clínica para aumentar a qualidade e a previsibilidade do tratamento. Assim, a Odontologia Baseada em Evidências é a prática de se referir aos dados disponíveis na literatura sobre cuidados com a saúde bucal, considerando também o ambiente complexo em que as decisões clínicas são tomadas. Este relatório será o primeiro a abordar o uso de evidências científicas na prática clínica entre os cirurgiões-dentistas atuantes no Brasil.

Objetivo: Investigar o uso de evidências científicas e a prática da Odontologia Baseada em Evidências (OBE) entre cirurgiões-dentistas atuantes no Brasil. Um questionário on-line foi enviado por e-mail aos dentistas cadastrados nos Conselhos Estaduais de Odontologia. O questionário avaliou as características demográficas, educacionais e de trabalho da amostra, juntamente com os hábitos de leitura de artigos científicos e outros recursos de atualização. Os dados foram analisados descritivamente e utilizando os métodos estatísticos de Bonferroni, Kruskal-Wallis, ANOVA e teste-T ($\alpha = 0,05$).

Conclusões: Um total de 795 respostas foram recebidas entre junho de 2015 e janeiro de 2016. Mais de 77% dos dentistas respondentes completaram o treinamento de pós-graduação. Eles se referiam principalmente a livros, revistas científicas ou clínicas, conferências e cursos de curta duração para atualizar seus conhecimentos. Dentistas que relataram ter o hábito de ler revistas científicas (60,9%) mostraram preferência pela leitura de relatos de casos, artigos de pesquisa clínica e revisões de literatura. A maioria dos dentistas (77,5%) relatou mudanças em seus comportamentos ou procedimentos clínicos com base em informações coletadas em artigos de periódicos. Os tipos de artigos que os levaram a mudar suas práticas clínicas eram principalmente artigos de pesquisa clínica e relatos de casos. Trabalhar

no setor público também foi associado a uma menor prevalência de um hábito de ler revistas científicas e praticar a OBE (ou seja, a prática autorreferida). Múltiplos fatores poderiam estar ligados a esses achados, como o tipo de atenção odontológica fornecida no setor público (geralmente atenção primária), falta de tempo devido ao número potencialmente maior de consultas diárias e a maior carga de trabalho do setor público em relação ao setor privado.

Assim, os resultados indicam que há muito espaço para melhorar a prática de OBE no Brasil, particularmente entre os dentistas do setor público. Dentistas que mudaram procedimentos clínicos baseados em literatura prévia tendem a ter feito isso depois de ler artigos que relatam resultados clínicos. Além disso, dado que conferências e cursos de curta duração foram frequentemente mencionados como recursos para atualização profissional, os docentes devem entender seu papel na disseminação da prática de OBE entre os dentistas.

Fonte: PLoS ONE 13(9): e0203284

Economia & Gestão

EXAMINANDO OS BENEFICIÁRIOS QUE MAIS USAM OS RECURSOS HOSPITALARES: IMPLICAÇÕES DE UM PERFIL DESENVOLVIDO A PARTIR DE DADOS DE PLANOS DE SAÚDE DA AUSTRÁLIA

Título Original: Examining the high users of hospital resources: implications of a profile developed from Australian health insurance claims data

Autores: Joanna Khoo; Helen Hasan; Kathy Eagar.

Contextualização: Pesquisas internacionais sobre programas de gestão de doenças sugerem que direcionar os que estão em maior risco é uma importante estratégia de implementação para garantir que os programas sejam mais eficazes, tanto do ponto de vista dos resultados em saúde quanto dos custos. Diante disso, a investigação sobre os padrões de utilização de recursos hospitalares entre a população de planos de saúde poderia gerar informações sobre o manejo da doença e outras estratégias de apoio, identificando quem tem o nível mais alto de utilização de recursos e para quais condições as pessoas estão buscando atendimento.

Objetivo: Examinar as características demográficas, de admissão hospitalar e clínicas de usuários que mais usam os recursos hospitalares dentro de uma coorte de planos privados australianos. Para criar um perfil dos maiores usuários de recursos hospitalares dentro da população segurada, este estudo selecionou os beneficiários de acordo com três critérios de utilização de recursos: (i) 1% de beneficiários que concentram o maior número de internações; (ii) 1% de beneficiários que concentram o maior número de dias de internação; e o (iii) 1% de beneficiários que concentram a maior parte dos benefícios pagos. Este estudo utilizou dados de sinistros de seguros não identificados de 13 fundos de seguros privados de saúde australianos. O conjunto de dados cobriu um período de mais de 5 anos (2009 a 2015).

Conclusões: Nos três critérios utilizados para selecionar as amostras, os beneficiários que têm a maior utilização são mais idosos do que a população total do estudo, com aproximadamente o dobro da proporção de indivíduos com 65 anos ou mais (nas três amostras de beneficiários de alta utilização a proporção de idosos variou de 60% a 72% dos membros com 65 anos ou mais, enquanto que na população geral essa proporção foi de 32%). Cinco categorias representam os diagnósticos principais para internações mais recorrentes em todas as coortes de alta utilização, são eles: saúde mental, diálise, reabilitação, farmacoterapia e neoplasias. Os 1% de beneficiários com maior utilização representam 21,2% do total de dias de internação e os 1% de maior custo representam 13,3% dos custos totais. Os autores destacam que as condições que caracterizam os beneficiários de alta utilização identificadas neste estudo são menos passíveis de medidas preventivas e, portanto, novas estratégias podem ser necessárias para se obter efeitos sobre esse grupo de alta necessidade.

Fonte: Australian Health Review, 2018, 42, 600-606

SEGURO DE SAÚDE PRIVADO E GASTOS CATASTRÓFICOS COM SAÚDE DAS FAMÍLIAS COM PACIENTES COM CÂNCER NA COREIA DO SUL

Título Original: Private health insurance and catastrophic health expenditures of households with cancer patients in South Korea

Autores: Munjae Lee, Kichan Yoon, Mankyu Choi.

Contextualização: O câncer é uma doença que representa um grande ônus não apenas para os pacientes e suas famílias, mas também em termos de aspectos socioeconômicos. Na Coreia do Sul o gasto médico do setor de seguro privado de saúde com o câncer em 2015 foi de 4,9

trilhões de Won sul-coreanos, o que representa 8,5% do total de despesas médicas dos seguros de saúde. O governo sul-coreano implementou uma política para proteger financeiramente os pacientes com câncer. Os beneficiários desse benefício têm 72,6% dos custos cobertos, o que indica que os pacientes cobrem pelo menos 1/4 dos gastos totais com pagamentos diretos.

Objetivo: Analisar se o seguro privado de saúde alivia a carga de gastos em saúde de famílias com pacientes com câncer. Este estudo usa a pesquisa Korea Health Panel, com dados para o ano de 2013, e considera apenas domicílios que possuem pacientes com câncer. A variável independente é gasto catastrófico com saúde e as variáveis independentes são: sexo, idade, estado civil e nível de escolaridade do chefe da família, bem como o rendimento total do agregado familiar e se os membros do domicílio possuem seguro de saúde privado.

Conclusões: As famílias com seguro de saúde privado tiveram uma menor incidência de gastos catastróficos em relação às que não têm. Essa incidência é ainda menor se o chefe da família tiver níveis de educação e de renda mais altos. A incidência de gastos catastróficos é maior se o chefe da família for do sexo feminino ou não possuir cônjuge. Os resultados sugerem que o seguro de saúde privado fornece pagamentos de cuidados de saúde não garantidos pelo seguro nacional de saúde e protege as famílias dos gastos com saúde, complementando assim o sistema público.

Fonte: European Journal of Cancer Care. 2018;27:e12867

IMPACTO DO SEGURO PRIVADO DE SAÚDE SOBRE O SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE: O CASO DOS PARTOS CESARIANAS

Título Original: Impact of private health insurance on a public healthcare system: the case of cesarean deliveries

Autores: Carine Milcent, Saad Zbiri.

Contextualização: Na França, os médicos são assalariados, o que significa que seu volume de atividade de trabalho não afeta sua renda, dado

que o salário é fixo. Como resultado, a escolha do procedimento pelo médico não é influenciada por considerações de renda. Já nos hospitais privados, os médicos são pagos de acordo com o nível de atividade e também recebem pagamentos adicionais de seguros de saúde privados. Isso levanta questões relativas a prática médica orientada para o lucro, principalmente quando se trata do parto cesáreo. Esse tipo de parto pode causar complicações significativas e às vezes permanentes, incapacidade ou morte. Também está associado a um custo maior. Portanto, deve ser realizado apenas quando clinicamente necessário.

Objetivo: Analisar o impacto das diferenças entre os modelos de pagamento ao médico dos setores hospitalares público e privado sobre a prática de partos cesáreos na França. Foram utilizados dados de partos ocorridos de 2008 a 2014. A amostra compreende, assim, 102.236 partos, dos quais 58.645 possuem os dados socioeconômicos completos e foram analisados nesse estudo.

Conclusões: Entre as características demográficas, a idade e a nuliparidade (não ter tido filhos ainda) aumentam a probabilidade de parto cesáreo. O parto cesáreo é mais prevalente em pacientes de alto risco em comparação com aquelas que apresentam baixo risco. As características socioeconômicas que aumentam a probabilidade de cesárea incluem baixa escolaridade da mulher, mulheres em empregos de baixa qualificação ou desempregadas. O estudo mostra que quanto mais obstetras por leito menor a probabilidade de parto por cesariana. Considerando o setor do hospital, a probabilidade de parto cesáreo aumenta 7,6 pontos percentuais em um hospital privado versus público. Mesmo para mulheres de baixo risco sem nenhuma condição de complicação e com parto não planejado, a realização do parto em hospital privado por meio de seguro saúde privado ainda aumenta sua probabilidade de cesariana em 3,6 pontos percentuais. Os autores argumentam que esse impacto dos seguros privados de saúde pode afetar ou impedir a implementação de políticas públicas desenvolvidas pelos formuladores de políticas para o bem-estar da sociedade.

Fonte: PSE Working Papers n°2018-52. 2018.

PASSAR A NOITE? INCENTIVOS DO PRESTADOR, RESTRIÇÕES DE CAPACIDADE E RESULTADOS PARA OS PACIENTES

Título Original: Spending the night? Provider incentives, capacity constraints and patient outcomes

Autores: Ingrid Huitfeldt.

Contextualização: A escalada dos gastos em saúde constitui um dos maiores desafios enfrentados pelos governos e os fatores do lado da oferta de serviços de ganharam atenção crescente como o principal impulsionador. O pagador, seja uma seguradora ou o próprio paciente, precisa formular incentivos para que os fornecedores ofereçam cuidados de alta qualidade com custos mínimos. Os sistemas de saúde em todo o mundo geralmente empregam pagamento parcialmente prospectivo em que os preços são definidos como os custos médios para todos os pacientes admitidos para um determinado diagnóstico (ou seja, precificação por DRG). Na Noruega em 2010 houve uma mudança de política de precificação que afetou substancialmente os pagamentos. Antes da mudança de política, o pagamento era independente da duração da internação. Após a mudança de política, os prestadores recebem de acordo com o tempo de duração da internação. Desse modo a nova política implica que no primeiro dia de admissão recebe um valor fixo, caso o paciente continue internado o hospital receberá um adicional por per noite segundo o período estabelecido pelo protocolo de atendimento respectivo a doença. Devido a essa mudança de política de saúde, o estudo visa verificar se houve uma melhora da qualidade de atendimento, sem recorrer a um aumento desnecessário do aumento de internações. Já que anteriormente os hospitais davam alta aos pacientes antecipadamente devido que o valor pago a eles eram fixo, e dessa forma havia ganhos pela rotatividade do leito, sem preservar a qualidade do atendimento ao paciente.

Objetivo: Examinar como os hospitais

responderam à mudança de precificação causada pela nova política de pagamento de 2010 e se houve aumento da probabilidade de os pacientes ficarem internados por mais de um dia. São considerados apenas pacientes admitidos para cirurgias ortopédicas. Foram utilizados dados do Registro de Pacientes da Noruega (NPR). O registro contém observações completas em nível de pacientes de todos os hospitais públicos, bem como prestadores privados contratados pelas autoridades regionais de saúde da Noruega. Os dados dos pacientes vão de 2008 a 2012 e incluem informações sobre diagnóstico primário e secundário (CID10), procedimentos cirúrgicos / médicos), hora exata, data e local de internações e alta, grupo relacionados ao diagnóstico (DRG).

Conclusões: Não foi encontrada nenhuma evidência de que a mudança na política de 2010 tenha aumentado a probabilidade geral de os pacientes ficarem internados mais de um dia. Uma explicação para esse resultado pode ser que a utilização da média mascara as respostas diferentes entre os grupos de pacientes. Por exemplo, pacientes em DRG's menos lucrativos podem receber alta, ou não serem internados, para liberar leitos para pacientes em DRG's mais lucrativos. No entanto, não foi encontrada nenhuma evidência de que os hospitais tenham maior probabilidade de mudar os pacientes de estadias de um dia para estadias de dois dias em DRG's para os quais a receita marginal do segundo dia é a mais alta. As restrições de capacidade podem ser sinalizadas como uma explicação potencial para a ausência de qualquer resposta ao preço, uma vez que uma parcela substancial dos leitos hospitalares na Noruega é preenchida a qualquer dia, e os tempos de espera geralmente são altos. A conclusão é que, dentro do contexto estudado, os hospitais são notadamente insensíveis aos preços.

Fonte: Discussion Papers No. 889, November 2018. Statistics Norway, Research Department.

EFETIVIDADE DOS CRÉDITOS TRIBUTÁRIOS PARA O PRÊMIO DO SEGURO SAÚDE: EVIDÊNCIAS DO CRÉDITO TRIBUTÁRIO DO SEGURO SAÚDE

Título Original: Effectiveness of tax credits for health insurance premium: Evidence from the health insurance tax credit

Autores: Dajung Jun.

Contextualização: O acesso e a viabilidade financeira do plano de saúde continuam a dominar o cenário político nos Estados Unidos. Um método comum para reduzir o ônus dos prêmios do plano de saúde e, portanto, incentivar a compra, é o uso de créditos fiscais. O Health Insurance Tax Credit (HITC) foi um complemento do Earned Income Tax Credit (EITC) de 1991 a 1993 e foi introduzido como parte do Omnibus Budget Reconciliation Act de 1990. Foi uma política na qual um crédito fiscal reembolsável era disponível para os contribuintes elegíveis pelo EITC que adquiriram um seguro de saúde privado e tinham pelo menos um filho. O HITC foi estruturado para variar de acordo com a renda obtida. Por exemplo, se a renda anual estava entre US \$ 1 e US \$ 7.140, o crédito era de 6% da renda.

Objetivo: Avaliar a efetividade dos créditos tributários como forma de aumentar a cobertura do plano de saúde privado. São usados dados do Survey of Income and Program Participation, uma pesquisa que entrevista famílias a cada 4 meses. O autor compara os dados de antes da implementação de créditos tributários e depois da implementação dessa política.

Conclusões: Os resultados indicam que a cobertura de plano de saúde aumentou em 7,1 pontos percentuais após a implementação dos créditos tributários. Além disso, observou-se que com a obtenção de cobertura de plano de saúde não implicou um aumento significativo nas consultas médicas, mas houve aumento das pessoas que consideravam seu status de saúde muito bom ou excelente em 4,6 pontos percentuais.

Fonte: Health Economics. 2018;27: 1609–1616.



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

www.iess.org.br