

Boletim Científico IESS

Edição: 2º 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

ANÁLISE DO DESEMPENHO DA TAXA DE REINTERNAÇÃO HOSPITALAR EM 30 DIAS PARA PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA E SOBREVIDA A LONGO PRAZO: CONCLUSÕES DA BASE DE DADOS DO GET WITH THE GUIDELINES-HEART FAILURE

A Hospital Level Analysis of 30-Day Readmission Performance for Heart Failure Patients and Long-Term Survival: Findings from Get With The Guidelines-Heart Failure

Autores: Sawan Jalnapurkar, et al.

Contextualização: A Insuficiência Cardíaca (IC) é o principal diagnóstico para cerca de 1 milhão de beneficiários por ano no Medicare, com uma taxa de reinternação de 20% a 25% dos pacientes por qualquer causa dentro de 30 dias. Pacientes hospitalizados com IC têm as maiores taxas de readmissão de 30 dias. Os pacientes com insuficiência cardíaca, também, têm um risco substancial de mortalidade, com quase um terço dos pacientes morrendo no primeiro ano. Prevê-se que a prevalência de insuficiência cardíaca aumentará em 46% até 2030, afetando mais de 8 milhões de homens e mulheres acima de 18 anos. Para o cálculo de taxa de reinternação, o Medicare utiliza taxas de readmissão padronizadas para risco de 30 dias para quantificar a qualidade do serviço prestado e, assim, aplicar penalidades com base nessa medida, caso seja necessário.

Objetivo: Identificar a relação entre o desempenho hospitalar de 30 dias em pacientes com insuficiência cardíaca (IC) e sobrevida a longo prazo do paciente. Os dados foram coletados da base do Get With The Guidelines (GWTG)-HF e analisados juntamente com os dados do Medicare. O período analisado foi de 2005 a 2013. Com base no desempenho hospitalar da taxa de reinternação de 30 dias, os hospitais foram agrupados em quartis de desempenho sendo que se inicia do pior desempenho para o melhor desempenho: até 25%, 25-50%, 50-75%

e acima de 75%. Também foi calculado, durante um intervalo de 3 anos, a taxa de mortalidade (do período da alta hospitalar até o óbito).

Conclusão: A taxa global de reinternação em até 30 dias, com pacientes com IC, foi de 19,8% e as taxas de mortalidade, desses mesmo pacientes, em 3 anos foram de 61,8%, 61,0%, 62,6% e 59,9% para os hospitais com desempenho de até 25%, 25-50%, 50-75% e acima de 75%, respectivamente. O tempo mediano de sobrevivência foi maior para os hospitais com desempenho acima de 75%. O desempenho hospitalar em taxa de internações em até 30 dias com insuficiência cardíaca tem baixa ou nenhuma correlação com a mortalidade dos pacientes em um intervalo de 3 anos, em relação ao mesmo diagnóstico. Existe a necessidade de utilizar medidas de resultados mais significativas e centradas no paciente para relatar e incentivar o atendimento de qualidade nos casos de insuficiência cardíaca.

Fonte: American Heart Journal. Volume 200, June 2018, Pages 127-133

UMA ANÁLISE DA PRODUÇÃO ACADÊMICA SOBRE A EVOLUÇÃO DO FENÔMENO DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL

An analysis of the academic production on the evolution of the phenomenon of health judicialization in Brazil

Autores: Krishina Day Ribeiro, e Josep Pont Vida

Contextualização: A judicialização da saúde no Brasil é um fato de natureza jurídica e sócio-política. Verifica-se que o crescimento da judicialização da saúde no Brasil tem sido progressivo em relação ao número de ações propostas e no que diz respeito aos custos. Dados da Consultoria Jurídica junto ao Ministério da Saúde (CONJUR/MS) demonstram que em 2009 foram 10.486 processos impetrados contra a União. E em 2012, esse número subiu para 13.051 novos processos em âmbito federal, que

representaram à União o custo de R\$ 2,8 milhões referentes a medicamentos, equipamentos e insumos concedidos em decisões judiciais. Pesquisas realizadas em Estados da Federação demonstram que foram gastos, aproximadamente, R\$ 2,7 milhões em somente 18 processos judiciais, com pedidos de medicamentos de alto custo, para atender 523 pacientes. Isso significa que 97,21% do custo total da judicialização nos anos de 2009-2010 foi aplicado para aproximadamente 2,2% do total de processos.

Objetivo: Analisar a produção acadêmica sobre a evolução do fenômeno da judicialização da saúde no Brasil. O estudo foi realizado a partir de uma revisão narrativa, com levantamento bibliográfico e documental em que se procedeu a coleta de artigos e jurisprudências em sites eletrônicos.

Conclusão: Segundo o estudo, a expansão da eficácia normativa constitucional proporcionou o acesso à saúde por meio do crescimento das demandas judiciais. Em Relatório de Pesquisa feita pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ), os argumentos mais frequentes para fundamentar as sentenças são os pertencentes à tríade direito à saúde, direito à vida e direito à dignidade da pessoa humana. O direito à saúde corresponde à 87,57% dos fundamentos, seguido do direito à vida, onde registra-se 53,50% e por fim o direito à dignidade da pessoa humana em que computa-se 24,48% das respostas. As decisões de juízes singulares em Tribunais Estaduais vêm desconsiderando a variável dos recursos públicos para o acesso ao direito fundamental à saúde. Análise das decisões judiciais demonstra que os magistrados entendem que o direito à saúde deve ser garantido a todos, a despeito de qualquer política pública ou a observância ao orçamento público. Os mesmos não consideram como relevante para suas sentenças o conhecimento dos elementos que compõem as políticas públicas de medicamentos. Desse modo, o estudo conclui que as necessidades individuais, tem-se sobreposto às necessidades coletivas.

Fonte: Cad. Ibero-Amer. Dir. Sanit., Brasília, 7(2):239-261, abr./jun, 2018

O PLANO DE SAÚDE PROMOVE O AUMENTO DO CONSUMO DOS BENEFICIÁRIOS? NOVA EVIDÊNCIA NA CHINA

Does health insurance promote people's consumption? New evidence from China

Autores: Weimin Zhao

Contextualização: O baixo nível de propensão ao consumo dos chineses, especialmente da zona rural, é um dos principais obstáculos ao desenvolvimento econômico chinês. Desde 2003, um novo sistema médico cooperativo rural (NCMS) foi estabelecido na zona rural da China com o intuito de alcançar a população rural. Em agosto de 2012, o governo central chinês anunciou a decisão de expandir a cobertura do NCMS e do Seguro Médico de Residentes Urbanos (URMI) para incluir o tratamento de doenças crônicas, com o objetivo de evitar que os beneficiários sejam reduzidos à pobreza pelos altos custos relacionados aos serviços de saúde e melhorar o seu bem-estar. Após a expansão da cobertura para doenças crônicas os beneficiários não precisam arcar com um aumento na mensalidade do plano antigo que eles já possuíam.

Objetivo: Analisar o impacto da expansão da cobertura do plano de saúde de doenças crônicas no consumo de serviços de saúde pelas famílias da zona rural. Os dados utilizados são China Family Panel Studies (CFPS) entre o período de 2009 a 2013.

Conclusão: A principal conclusão do estudo é que a expansão da cobertura assistencial para doenças crônicas trouxe um aumento per capita dos gastos das famílias em 15%, e um crescimento de 12% no gasto total domiciliar. Porém, os gastos em saúde foram maiores em famílias consideradas menos saudáveis, do que, em famílias considerada mais saudáveis; o consumo de famílias de meia-idade aumentou mais do que em idosos. Por último, o estudo verificou que a expansão da cobertura nos diferentes níveis de renda das famílias na zona rural, apresentou incentivo em gastos em saúde apenas em famílias em condições de

renda superiores, pois famílias com condição de pobreza não apresentou incentivo a gastos em saúde. Portanto, a expansão da cobertura trouxe uma maior desigualdade nos gastos em saúde da população rural.

Fonte: School of Economics, Anhui University, No.111, Jiulong Road, Hefei City, Anhui Prov. 230601, PR China

MUDANÇAS NA COBERTURA DE SEGURO DE SAÚDE SOB O AFFORDABLE CARE ACT: UMA AMOSTRA NACIONAL DOS EUA. POPULAÇÃO ADULTA COM DIABETES, 2009 E 2016

Changes in Health Insurance Coverage Under the Affordable Care Act: A National Sample of U.S. Adults With Diabetes, 2009 and 2016

Autores: Sarah S. Casagrande, Laura N. McEwen, e William H. Herman

Introdução: Em 2009, 15% dos adultos com diabetes entre 18 e 64 anos não tinham seguro saúde, representando 2 milhões de adultos com diabetes nos Estados Unidos. O diabetes está associado a muitas complicações dispendiosas, incluindo doença cardiovascular, retinopatia, nefropatia e neuropatia. A cobertura de plano de saúde é especialmente importante para pessoas com diabetes que precisam de exames regulares, análise laboratoriais e medicamentos. Um estudo americano relatou que adultos sem plano de saúde com diabetes tinham uma probabilidade menor de realizar anualmente exames oftalmológicos, exames de pé e testes de hemoglobina em comparação com aqueles com plano de saúde. Outros estudos americanos mostraram que as pessoas sem cobertura e com diabetes eram mais propensas a não realizar acompanhamento médico devido aos custos e, também, relataram não ter um local padrão para atendimento médico.

Objetivo: Avaliar as mudanças da implementação do Affordable Care Act (ACA), antes e

depois da lei, em relação aos custos devido a expansão da cobertura do plano de saúde do Obama Care entre adultos americanos com diabetes. Os dados analisados foram transversais do National Health Interview Surveys entre 2009 e 2016. Os participantes eram adultos entre 18 a 64 anos de idade com um diagnóstico prévio de diabetes que informaram sobre seu plano de saúde, informações demográficas, fatores relacionados ao diabetes e quantia gasta em despesas médicas e mensalidade de plano de saúde.

Conclusão: Entre adultos com diabetes entre 18 e 64 anos, a cobertura de seguro de saúde aumentou de 84,7% em 2009 para 90,1% em 2016. A cobertura permaneceu quase universal para aqueles com idade 65 anos (99,5%). Para adultos com idade entre 18 e 64 anos, a cobertura aumentou para quase todos os subgrupos e significativamente para os homens; brancos não hispânicos, negros não hispânicos e hispânicos; aqueles que eram casados; aqueles com escolaridade inferior ou superior de ensino médio; renda familiar <\$ 35.000; tempo com diabetes <5 ou > 15 anos. Entre adultos de 18 a 64 anos, a cobertura do Medicaid aumentou significativamente entre 2009 e 2016 (19,4% vs. 24,3%) e, para aqueles com seguro privado, 7,8% adquiriram seu plano por meio do HealthCare.gov. Para adultos com 65 anos, o seguro privado diminuiu e o Medicare Parte D (cobertura do Medicare para medicamentos) aumentou. Entre aqueles com idade entre 18 e 64 anos com uma renda <\$ 35.000, a proporção de renda gasta em custos médicos familiares diminuiu (6,3% vs. 4,8% para 2009 vs. 2016, respectivamente). Portanto, a cobertura do seguro de saúde entre adultos com diabetes entre 18 e 64 anos aumentou significativamente após a implementação do ACA, e os custos médicos para as famílias diminuíram entre aqueles com renda mais baixa.

Fonte: Diabetes Care 2018 May; 41(5): 956-962. <https://doi.org/10.2337/dc17-2524>

Saúde & Tecnologia

ESTIMANDO O GASTO FUTURO COM SAÚDE E CUIDADOS COM IDOSOS NA AUSTRÁLIA COM MUDANÇAS NA MORBIDADE

Título original: Estimating the future health and aged care expenditure in Australia with changes in morbidity

Autores: Harris A, Sharma A.

Contextualização: Existe uma percepção popular em muitos países desenvolvidos de que o envelhecimento da população aumentará o custo dos serviços de saúde a ponto de desafiar a disposição do público de continuar a subsidiar cuidados de saúde de alta qualidade para todos. Este trabalho estima o efeito de mudanças na distribuição etária da população sobre o custo da saúde e cuidados com idosos na Austrália a médio prazo.

Objetivo: Estimar o efeito do envelhecimento na saúde total e no gasto com cuidados aos idosos na Austrália entre 2015 e 2035. Utilizou-se um modelo de projeção demográfica simples para o número de pessoas em grupos etários mais velhos, juntamente com uma estimativa baseada nas necessidades de mudanças no custo público e privado do cuidado por pessoa em cada grupo ajustado para mudanças esperadas na morbidade.

Conclusões: Os custos médios anuais de cuidados de saúde para um homem e uma mulher de 1 ano são de \$ 4.780 e \$ 4.249; para homem e mulher de 25 anos foi de \$ 2.814 e \$ 6.258; e para homem e mulher de 80 anos foi de \$ 25.380 e \$ 22.757.

Um modelo de envelhecimento prevê um aumento no gasto com saúde por pessoa idosa de US\$ 7.439 em 2015 para US\$ 9.594 em 2035 e um aumento na despesa total de US\$ 166 bilhões para US\$ 320 bilhões (um crescimento médio anual de 3,33%).

O envelhecimento terá um efeito direto sobre o crescimento dos gastos em saúde, mas

provavelmente será menor do que outros fatores como oferta e demanda. Um foco maior em eficiência na produção e financiamento da saúde provavelmente tornará o sistema mais eficaz na prestação de cuidados de qualidade do que tentar conter a demanda por cuidados de saúde.

Fonte: PLoS ONE 13(8): e0201697. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0201697>.

DIABETES, EDUCAÇÃO E SEGURO DE SAÚDE: COMO ELAS AFETAM A QUALIDADE DO ATENDIMENTO PRESTADO ÀS PESSOAS COM DIABETES TIPO 1 NA AMÉRICA LATINA

Título original: Diabetes education and health insurance: how they affect the quality of care provided to people with type 1 diabetes in Latin America. Data from the International Diabetes Mellitus Practices Study (IDMPS)

Autores: José Gagliardino, Juan et al.

Contextualização: Na última década, a maioria dos países latino-americanos introduziu novos planos e seguros de saúde universais que melhoraram substancialmente o acesso aos serviços de saúde. Apesar deles, a qualidade do tratamento do diabetes na América Latina continua abaixo do ideal. Além disso, os sistemas de saúde na América Latina enfrentam o desafio do aumento da prevalência de doenças crônicas, como diabetes e hipertensão, sem um crescimento paralelo de seu orçamento. Para se ter uma ideia, em 2013, os cuidados para adultos com diabetes na América do Sul e Central foram responsáveis por aproximadamente 13% do total de gastos com saúde. Para otimizar o uso de recursos finitos, é necessária uma mudança para a medicina preventiva.

Objetivo: Avaliar o impacto da educação em diabetes e o acesso à cobertura de saúde no gerenciamento de doenças e desfechos na América Latina. Os dados foram obtidos a partir

de uma análise de 2.693 pacientes com diabetes mellitus tipo 1 (DM1) recrutados em 9 países latino-americanos como parte do *International Diabetes Mellitus Practices Study* (IDMPS), uma pesquisa observacional sobre o tratamento do diabetes em regiões em desenvolvimento.

Conclusões: Os dados mostraram que os participantes que receberam educação para diabetes eram mais propensos a praticar o autogerenciamento e atingir o valor alvo de hemoglobina glicada (ou HbA1c - exame que mede o nível médio de glicose) <7% (53 mmol/mol) do que aqueles sem instrução. Embora haja fortes evidências de que o tratamento intensivo para pessoas com DM1 é geralmente custo-efetivo, o autogerenciamento sem educação apropriada para diabetes pode incorrer em custos substanciais (por exemplo, através do aumento do uso de tiras de SMBG [ou *Self-Monitoring of Blood Glucose*]), sem qualquer melhora nos resultados metabólicos.

Além disso, participantes recrutados por especialistas em diabetes eram mais propensos a ter educação em diabetes do que aqueles recrutados por clínicos gerais. Isso indica um dos benefícios do atendimento especializado e sugere que sejam necessários esforços na região para promover a importância da educação em diabetes para clínicos gerais na região.

Conclui-se que, dada a associação entre diabetes descontrolado e complicações a longo prazo, as autoridades de saúde, formuladores de políticas, seguradoras, administradores e provedores de cuidados de saúde devem aumentar os esforços para garantir ampla cobertura de saúde e acesso à educação sobre o autogerenciamento do diabetes, a fim de diminuir o pesado fardo do DM1 para pacientes, sociedade em geral e no orçamento da saúde.

Fonte: Diabetes Research and Clinical Practice , Volume 0 , Issue 0

TENDÊNCIAS RECENTES NA EXPECTATIVA DE VIDA EM PAÍSES DE ALTA RENDA: ESTUDO OBSERVACIONAL RETROSPECTIVO

Título original: Recent trends in life expectancy across high income countries: retrospective

observational study

Autores: Jessica Y Ho , Arun S Hendi

Contextualização: A expectativa de vida é uma medida-chave da saúde e bem-estar de uma população. A expectativa de vida de um país reflete suas condições sociais e econômicas e a qualidade de sua infraestrutura de saúde pública e de saúde, entre outros fatores. Sabe-se que a expectativa de vida nos Estados Unidos (EUA) é menor do que em outros países de renda alta, e a posição dos EUA no ranking internacional de expectativa de vida tem se deteriorado ao longo do tempo. Além disso, a esperança de vida diminuiu durante dois anos consecutivos nos EUA entre 2014 e 2016, e na Inglaterra e no País de Gales durante 2014-15.

Objetivo: Avaliar os declínios na expectativa de vida que ocorreram em países de alta renda durante 2014-16, identificar as causas de morte que contribuem para esses declínios e examinar até que ponto essas quedas foram impulsionadas por fatores compartilhados ou diferentes entre os países. Utilizou-se dados dos sistemas de estatísticas vitais de 18 países membros da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE).

Conclusões: A maioria dos países de renda alta incluídos nesta análise sofreram declínios na expectativa de vida durante 2014-15 provavelmente relacionados a uma temporada de influenza particularmente severa.

Na maioria dos países que experimentam declínios na expectativa de vida, esses declínios foram predominantemente impulsionados pelas tendências na mortalidade em idade avançada (≥ 65 anos) e nas mortes relacionadas a doenças respiratórias, doenças cardiovasculares, doenças do sistema nervoso e transtornos mentais.

Nos Estados Unidos, os declínios na expectativa de vida foram mais concentrados nas idades mais jovens (0-65 anos), e a overdose de drogas e outras causas externas de morte desempenharam papéis importantes na condução desses declínios.

Muitos destes países recuperaram e registraram ganhos de esperança de vida durante o

período de 2015-2016 suficientemente elevados para compensar as quedas do ano anterior, mas o Reino Unido e os EUA não o fizeram e continuam a enfrentar condições adversas, levantando questões sobre tendências futuras nesses países.

Fonte: BMJ 2018; 362 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.k2562>

TENDÊNCIAS NO USO DE SERVIÇOS DE SAÚDE MÉDICOS E ODONTOLÓGICOS E A RELAÇÃO COM NÍVEL EDUCACIONAL E POSSE DE PLANO PRIVADO DE SAÚDE NO BRASIL, 1998-2013

Autores: Pilotto, Luciane Maria e Celestre, Roger Keller.

Contextualização: Nos últimos 15 anos, houve um aumento progressivo na posse de plano privado entre os brasileiros, passando de um quarto da população. Essa parcela de habitantes pode acessar o sistema de saúde de forma duplicada, tanto pelo uso do serviço público quanto pelo uso do plano privado. Estudos transversais mostram que pessoas com posse de plano privado de saúde utilizaram mais os serviços de saúde em relação àquelas pessoas que não possuem cobertura e relataram melhores condições de saúde em relação aos indivíduos sem plano.

Objetivo: Descrever as tendências no uso dos serviços de saúde médicos e odontológicos e a relação com nível educacional e posse de plano privado de saúde. Os dados foram obtidos de inquéritos domiciliares nacionais com amostras representativas dos anos de 1998, 2003, 2008 e 2013. Foram descritas as tendências no uso de serviços de saúde por adultos ajustadas

por posse de plano privado de saúde, nível de educação, sexo e idade.

Conclusões: Este estudo mostrou que houve tendência de aumento no uso dos serviços de saúde médicos e odontológicos dentre indivíduos com e sem plano privado de saúde e o percentual de uso de serviços no último ano foi maior para pessoas com posse de planos em todos os anos.

O uso dos serviços médicos aumentou progressivamente passando de 55,2% em 1998 para 71,3% em 2013 e entre os planos privados exclusivamente odontológicos, também houve aumento nesse mesmo período, passando de 1% para 6,3%, e o percentual de adultos que consultou dentista no último ano passou de 35,2% para 47%.

O uso dos serviços médico e odontológico foi maior entre os adultos com posse de plano privado, dentre as mulheres e para pessoas com maior nível de escolaridade em todos os anos. No entanto, houve tendência de aumento do uso dos serviços ao longo dos anos por todos os indivíduos, independente de posse de plano, sexo, escolaridade ou faixa etária. A idade apresentou tendências inversas comparando o uso do serviço médico com o odontológico. Diferentemente do uso de serviços médicos, as pessoas com maior idade tendem a utilizar menos os serviços odontológicos. As diferenças no uso de serviços odontológicos entre os grupos etários têm diminuído, mas as diferenças no uso de serviços médicos têm aumentado. De 1998 para 2013, houve um aumento no uso de serviços médicos e odontológicos por indivíduos com e sem plano privado, por homens e mulheres, independentemente do nível de instrução e faixa etária.

Fonte: Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 34, n. 4, e00052017, 2018.



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