

Boletim Científico IESS

Edição: 2º bi/2017

Boletim informativo, de periodicidade bimestral, 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

PROJEÇÃO DO GASTO EM SAÚDE ENTRE 2016 A 2025: AUMENTO DOS PREÇOS EM SAÚDE E ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO ESTÃO ALAVANCANDO O GASTO EM SAÚDE DA ECONOMIA PARA 20% DO PIB

Título original: National Health Expenditure Projections , 2016-25: Price Increases, Aging Push Sector to 20 Percent of Economy
Autores: Keehan, et al

Contextualização: Nos Estados Unidos estima-se que na próxima década (2016-25), o crescimento das despesas nacionais dos gastos em saúde irão ser, em média, 5,6% maiores, superando em 1,2 pontos percentuais o crescimento médio do Produto Interno Bruto (PIB) dos Estados Unidos. Como resultado, espera-se que a participação da saúde na economia suba de 17,8% em 2015 para 19,9% em 2025. Os anos de 2014 e 2015 constituíram o período de expansão da cobertura de beneficiários de planos de saúde pelo Affordable Care Act (ACA). Neste período, o crescimento da despesa em saúde foi em média 5,5%. Para o período de 2016 a 2025, prevê-se que as despesas irão crescer de forma semelhante (5,6%), mas que serão fortemente influenciadas por mudanças no crescimento econômico e pelo envelhecimento da população e não tanto por mudanças na cobertura de seguro. Esta expectativa leva a um crescimento mais lento no uso e intensidade (ou complexidade) dos bens e serviços médicos, em relação ao crescimento relacionado à expansão de 2014 e 2015. No entanto, estima-se que o crescimento dos preços médicos venha a acelerar na próxima década em comparação com a história recente, uma vez que os preços globais e a inflação dos preços médicos e os preços de novas tecnologias aumentam mais rapidamente.

Objetivo: Analisar os gastos em saúde nos Estados Unidos entre o período de 2007 a 2015 para projetar como serão os gastos em saúde para o período de 2016 a 2025. Foram utilizados bancos de dados do *Centers for Medicare and Medicaid Services, Office of the Actuary, National Health Statistics Group, Department of Commerce, Bureau of Economic Analysis* e *Bureau of the Census*

no período de 2007 a 2015.

Conclusão: Analisando uma parte da projeção que seria entre 2017 a 2025, o crescimento projetado mais rápido dos preços médicos é parcialmente compensado pelo crescimento projetado mais lento no uso e na intensidade de bens e serviços médicos, em relação ao observado entre 2014 e 2016 associado às expansões de cobertura do ACA. Prevê-se que a proporção segurada da população aumente de 90,9% em 2015 para 91,5% até 2025. O estudo verificou que os gastos em saúde podem chegar a 19,9% do PIB norte-americano em 2025 contra 18,3% em 2017. O estudo analisou que a inflação médica para 2016 terá um incremento de 1,6 pontos percentuais, e já para o período de 2018 e 2019, haverá um incremento médio de 2,4%. O estudo revelou que os gastos em saúde são influenciados por quatro fatores principais que são: o envelhecimento da população, a taxa de cobertura da população, inflação médica (que possui a maior participação no crescimento dos gastos em saúde) e a frequência da utilização dos serviços médicos (segundo item que possui maior participação no crescimento dos gastos em saúde).

Fonte: [doi: 10.1377/hlthaff.2016.1627](https://doi.org/10.1377/hlthaff.2016.1627) HEALTH AFFAIRS 36, NO. 3 (2017): Project HOPE—The People-to-People Health Foundation, Inc

O IMPACTO DO SEGURO HOSPITALAR PRIVADO NA UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES NA AUSTRÁLIA.

Título original: The Impact of Private Hospital Insurance on the utilization of hospital care in Australia
Autores: Eldridge, et al.

Contextualização: O sistema de saúde australiano é típico da maioria dos países industrializados (com exceção dos Estados Unidos), pois o mercado privado de seguros de saúde complementa um sistema universal público. Desde o final da década de 1990, o governo australiano introduziu uma série de políticas, com a intenção de aumentar a demanda por seguro de saúde privado. Os objetivos dessas políticas foram de reduzir a pressão sobre o sistema de saúde pública e oferecer mais opções

aos consumidores. Especificamente para o setor hospitalar, o governo criou em 2000 o seguro chamado *Lifetime Health Cover* (LHC), que foi projetado para incentivar as pessoas, principalmente os jovens, a comprar cobertura hospitalar.

Objetivo: estimar o impacto da posse de seguro privado hospitalar sobre a utilização de serviços hospitalares. Os autores utilizam dados populacionais da *National Health Survey* de 2004-2005, um inquérito realizado em uma amostra de famílias de representatividade nacional que coleta informações de variáveis relacionadas ao status de saúde dos australianos. Nessa pesquisa há indicação de posse de plano de saúde de cobertura hospitalar, que é a variável de interesse do artigo.

Conclusão: Os autores estimaram que ter um seguro privado de cobertura hospitalar aumenta a propensão a ter algum tipo de internação em 13 pontos percentuais em relação a quem não possui o seguro privado. Os autores também avaliaram outros fatores que influenciam, como a autoavaliação da saúde: em relação àqueles pacientes que consideram a saúde excelente ou boa são aproximadamente 3% mais propensos a terem algum tipo de internação e os pacientes que se auto avaliam com saúde ruim são 11%. Em média, os homens são significativamente menos prováveis do que as mulheres a terem algum tipo de internação, embora quanto maior a idade dos homens maior a probabilidade de internar-se.

Fonte: Applied Economics Vol. 49 , Iss. 1,2017

CUSTO EFETIVIDADE DA CIRURGIA BARIÁTRICA EM ADOLESCENTES COM OBESIDADE

Título original: Cost-Effectiveness of bariatric surgery in adolescents with obesity.

Autores: Klebanoff MJ, et al .

Contextualização: O sobrepeso e a obesidade acometem pouco mais de 33% das crianças e adolescentes nos Estados Unidos. A cirurgia bariátrica tem sido cada vez mais considerada como opção de tratamento para os adolescentes obesos e nos Estados Unidos cerca de 1.000 jovens são operados a cada ano. Isso ocorre mesmo sem a comprovação definitiva da eficiência da cirurgia bariátrica em adolescentes. Dentre as possíveis complicações que podem

surgir estão: o vazamento na ligação do tubo digestivo com o intestino, sepse e hemorragia.

Objetivo: neste contexto de aumento do número de cirurgias bariátricas com resultados controversos e custos crescentes, o objetivo desse artigo é avaliar a relação custo-efetividade do tratamento cirúrgico em adolescentes para a tomada de decisões de saúde. Os autores usaram uma base de dados com avaliações de saúde de adolescentes obesos durante três anos (iniciando em 2007). Eles avaliaram o custo-efetividade de realizar a cirurgia em comparação a não realiza-la e seguir o tratamento padrão da dieta durante três anos e para períodos de tempo mais longos.

Conclusão: Na análise com base em *Quality Adjusted Life Years-QALYs*¹ acumulados ao longo de 3 anos para as pessoas que não fizeram cirurgia foi de 2.057 e para as que fizeram a cirurgia bariátrica foi de 2.256. A estratégia de tratamento usando a cirurgia bariátrica custou US\$30.747 a mais do que a estratégia de não cirurgia durante o horizonte de tempo. A razão de custo efetividade incremental (ou ICER, sigla em inglês para *Incremental Cost Effectiveness Ratio*)² para realizar a cirurgia bariátrica versus tratamento tradicional foi de US\$ 154.684 por QALY. Usando um limiar de custo efetividade³ de 100 mil dólares por QALY, a cirurgia bariátrica não foi custo efetiva. Quando o horizonte de tempo analisado na simulação foi estendido para 4 anos, o ICER da cirurgia bariátrica versus nenhuma cirurgia diminuiu para US\$ 114.078 por QALY. Para um horizonte acima de 5 anos o ICER diminuiu para US\$ 91.032 por QALY, sugerindo que a cirurgia bariátrica é custo-efetiva se avaliada ao longo de 5 anos. Os autores destacam que é utilizado como parâmetro o menor custo da cirurgia e a menor taxa de evento adverso. Se eles usassem o maior custo e uma taxa maior de eventos adversos como parâmetros, a cirurgia não seria custo-efetiva nem em 5 anos.

Fonte: JAMA Surg. 2017;152(2):136-141. doi:10.1001/jamasurg.2016.3640

APROFUNDANDO O CONHECIMENTO DO SEGURO SAÚDE BASEADO EM VALOR PARA GAS-

1 Os Qalys medem os ganhos em saúde, captando tanto o efeito na quantidade de vida como na qualidade de vida. Um ano de boa saúde (ano saudável) de um determinado indivíduo corresponde (vale) a um QALY. Neste sentido, um ano de vida com um nível de saúde baixo, por exemplo x, em que $x < 1$, vale x QALYs. A diferença entre os QALYs gerados com ou sem a intervenção/programa corresponde ao ganho (ou perda) em QALYs provocado pela intervenção/programa (Ferreira, 2003)

2 A ICER é a diferença de custo entre as duas estratégias dividido pela diferença nos QALYs gerados por cada estratégia.

3 O limiar de custo efetividade é o referencial numérico da ICER, abaixo do qual a tecnologia é considerada custo-efetiva. Ele geralmente é determinado por agências de avaliação de tecnologias dos países (Pinto et al, 2016)

TOS EM CUIDADOS DE SAÚDE EM CRIANÇAS

Título original: Refining our understanding of value-based insurance design and high cost sharing on children

Autores: : Randall P. Ellis, et al.

Contextualização: As famílias americanas que possuem planos de saúde gastam uma parte significativa da sua renda familiar com gastos out-of-pocket em saúde, principalmente famílias que possuem crianças e jovens com necessidades especiais de saúde. Atualmente há um interesse significativo no Seguro de Saúde Baseado em Valor (SSBV), um mecanismo que promove uma melhor tomada de decisão sobre cuidados de saúde por parte dos pacientes ao escolher os provedores, principalmente porque esse tipo de seguro se tornou uma alternativa para a diminuição dos gastos out-of-pocket.

Objetivo: o estudo busca examinar os resultados de famílias aderirem ao SSBV como forma de redução dos gastos out-of-pocket em saúde no tratamento de crianças. O artigo analisou padrões de gastos com cuidados de saúde em crianças e verificou dois conjuntos de dados que incluem planos com franquia alta, e acesso a rede ambulatorial e hospitalar mais restrita. No estudo foi utilizado o banco de dados Medical Expenditure Panel Survey entre os períodos de 2007 a 2013. Foram analisados os gastos out-of-pocket de 22.392 famílias que possuem crianças. Além dos gastos out-of-pocket, os autores usaram outras variáveis como presença de crianças com necessidades especiais na família e renda familiar.

Conclusão: A partir dos dados foi concluído que famílias que possuem renda baixa e crianças com necessidades especiais de saúde não obtém uma redução dos gastos out-of-pocket ao aderir SSBV. As reduções dos gastos só correm quando o acesso a rede ambulatorial ou hospitalar é mais restrita. Portanto, o estudo concluiu que para famílias com crianças com necessidades especiais de saúde, os planos que possuem nível de franquia alta, como é o caso do SSBV, não colaboram para a redução dos gastos out-of-pocket.

Fonte: PEDIATRICS Volume 139 , Number s2 , May 2017 :e 20162786

SERVIÇOS MÉDICOS DE BAIXO VALOR PARA A SAÚDE NA POPULAÇÃO VULNERÁVEL

Título original: Low-Value Medical Services in the safety-net population.

Autores: Barnett ML, et al.

Contextualização: Os gastos em serviços médicos de baixo valor para a saúde é uma fonte importante de custos desnecessários na assistência à saúde. Nos Estados Unidos, a instituição Choosing Wisely divulga estudos e protocolos definindo quais os serviços geram maior valor para a saúde e quais são de baixo valor. Priorizar os serviços de alto valor é importante principalmente quando se tem poucos recursos para financiar a saúde. Por isso, os autores destacam a importância de verificar a utilização de serviços de baixo valor na população vulnerável nos Estados Unidos, que são aqueles que têm o seguro de saúde público para pessoas de baixa renda (Medicaid) e os que não possuem nenhum tipo de seguro.

Objetivo: comparar a utilização de serviços de alto valor e baixo valor por pessoas sem seguro de saúde e beneficiários do Medicaid (população vulnerável) com pessoas com seguro de saúde privado. Foram utilizados dados de dois inquéritos de representatividade nacional que compilam dados de consultas médicas ambulatoriais nos Estados Unidos, de 2005 a 2013. Foram considerados dados de consultas de pacientes de 18 a 64 anos. Para avaliar serviços de alto e baixo valor foram utilizados 21 tipos de assistência à saúde, dos quais 9 foram previamente avaliados por órgãos americanos como de baixo valor e 12 de alto valor.

Conclusão: Comparado com os beneficiários de seguro de saúde privado, os beneficiários do Medicaid e as pessoas sem seguro eram significativamente mais jovens, não brancos (negros, latinos e outras etnias) e mais prováveis de se consultarem (maior número de consultas no ano). Os resultados indicaram que houve maior utilização de serviços de alto valor entre os beneficiários de seguro privado em relação ao Medicare (34,1% vs 31,5%). No entanto, não houve diferença estatisticamente significativa na utilização dos serviços de baixo valor. Os autores sugerem que o uso excessivo de serviços de baixo valor deve ser uma preocupação para o governo que gerencia os recursos financeiros do Medicare e para o sistema privado no sentido de buscar o controle dos gastos com saúde e melhora da assistência médica.

Fonte: JAMA Intern Med. Published online April 10, 2017

Saúde & Tecnologia

EFICIÊNCIA E TAMANHO ÓTIMO DOS HOSPITAIS: RESULTADOS DE UMA PESQUISA SISTEMÁTICA

Título original: Efficiency and optimal size of hospitals: Results of a systematic search

Autores: Giancotti M, et al

Contextualização: nos últimos anos, gestores de Sistemas de Saúde estiveram sujeitos a uma pressão considerável para aumentar a concentração e permitir fusões de hospitais. Essa pressão tem sido justificada pela crença de que hospitais maiores levam a custos médios mais baixos e melhores resultados clínicos através da exploração de economias de escala. Neste contexto, a oportunidade de medir a eficiência da escala é crucial para abordar a questão do tamanho produtivo ótimo e gerir uma repartição equitativa dos recursos.

Objetivo: explorar pesquisas sobre a eficiência da escala e o tamanho ótimo no setor hospitalar para identificar lacunas e sugerir propostas para futuras observações. Realizou-se uma revisão sistemática de 45 anos (1969-2014) de pesquisas publicadas em revistas científicas.

Resultados: os resultados mostraram que a maioria dos estudos foi focada na análise da eficiência técnica e de escala ou na relação insumo/produto utilizando a técnica denominada análise envoltória dos dados e que as economias de escala estão presentes para a fusão de hospitais. Constatou-se também interesse crescente pelo efeito de possíveis mudanças do tamanho do hospital na qualidade do atendimento. Os resultados apoiaram a política atual de expansão de hospitais maiores e reestruturação/fechamento de pequenos hospitais. Em termos de leitos, a maioria dos estudos (realizadas em grande parte nos EUA e no Reino Unido) relataram evidências consistentes de economias de escala para hospitais com 200 a 300 leitos. Pode-se esperar que as “deseconomias” de escala, ou seja, aumentos no custo médio, ocorram abaixo de 200 leitos e acima de 600 leitos.

Fonte: [PLoS ONE 12\(3\): e0174533](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0174533)

RESULTADOS EFICIENTES: AVANÇANDO NA CONTRATAÇÃO BASEADA EM VALOR PARA BIOFARMACÊUTICOS

Título original: Rewarding Results: Moving Forward on Value-Based Contracting for Biopharmaceuticals

Autores: Thomas E. Hubbard, Susan Dentzer.

Contextualização: durante anos, a maioria das compras farmacêuticas por planos de saúde e outros pagadores seguiu um modelo tradicional: os planos de saúde pagaram preços unitários por medicamentos ou pagaram com base em descontos negociados com os fabricantes. No entanto, nos últimos anos, houve uma mudança nos cuidados de saúde dos Estados Unidos, do pagamento baseado no volume para o pagamento baseado em valor, e que despertou interesse entre pagadores (planos de saúde e gestores) e empresas farmacêuticas. O objetivo dessas mudanças é recompensar os fabricantes de produtos farmacêuticos por seus resultados, pagando-os por melhores resultados para os pacientes, em vez de pagá-los com base no volume de medicamentos vendidos. Os medicamentos que poderiam ser cobertos através desses acordos representam mais da metade dos medicamentos administrados em clínicas, hospitais ou práticas médicas e variam de produtos farmacêuticos especiais de alto custo a medicamentos mais convencionais para doenças crônicas que representam grandes custos em cuidados de saúde. Se bem executados, os contratos baseados no valor poderiam alinhar-se com objetivos sociais importantes: melhoria da saúde dos indivíduos e das populações, melhores cuidados de saúde e taxas de crescimento sustentável dos gastos com saúde.

Objetivo: apresentar exemplos de tipos de contratos, assim como descrever os entraves que esses tratados sofrem ao longo do processo de execução. A partir da análise, o artigo busca indicar ações de políticas públicas,

ou, mudanças que poderiam facilitar o uso mais amplo desses contratos no futuro.

Conclusões: dos vários tipos de contratos baseados em valores, os recursos em comuns incluíam: (i) pagamento vinculado a realização de metas, objetivos ou benchmarks de desempenho que podem complementar ou mesmo substituir descontos baseados no volume de produtos vendidos; (ii) acordo sobre a população específica de pacientes que será o foco do contrato e receberá ou terá acesso a um medicamento com base em evidências clínicas; (iii) acordo sobre como os resultados serão documentados para comprovar que metas, objetivos ou benchmarks de desempenho do contrato foram alcançados; e (iv) acordo entre as partes contratantes sobre como os riscos financeiros e recompensas serão atribuídos ou compartilhados. Os grupos descreveram sobre os desafios operacionais e regulatórios de cada tipo de contrato, assim como suas barreiras e recomendações. Concluíram que a contratação baseada em valores está de acordo com o movimento geral no sistema de saúde dos Estados Unidos para um pagamento baseado em valor para os cuidados de saúde. Além disso, é possível que muitos modelos de pagamento alternativos simplesmente não serão sustentáveis a menos que os produtos farmacêuticos sejam incluídos. Dado o influxo quase certo de muitos medicamentos inovadores de alto custo no mercado nos próximos anos, os contratos baseados em valor podem proporcionar uma melhor oportunidade para a entrada controlada no sistema de saúde desses novos produtos. As lições aprendidas na execução desses contratos podem ajudar também a orientar biofarmacêuticos a futuras pesquisas, no desenvolvimento e na inovação.

Fonte: [NEHI's. March 23rd, 2017.](#)

MAXIMIZANDO O POTENCIAL DAS “EVIDÊNCIAS DO MUNDO REAL” (RWE, REAL WORLD EVIDENCE) PARA APOIAR A INOVAÇÃO NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Título original: Maximizing the Potential of Real World Evidence to Support Health Care Innovation

Autores: Thomas E. Hubbard e Rebecca Paradis.

Contextualização: as “evidências do mundo real” (RWE, Real World Evidence), quando usadas adequadamente, podem ajudar a acelerar a inovação de cuidados de saúde e transformar o cuidado do paciente. O RWE é o termo usado para descrever descobertas de pesquisa que usam dados que são coletados fora dos ensaios clínicos padrões. Em geral, os ensaios clínicos típicos são de curto prazo, registram uma amostra pequena de doentes e são conduzidos num ambiente controlado que não reflete a prática da medicina fora dos ensaios clínicos. Em contraste, o RWE é desenvolvido usando dados que refletem o uso por populações mais amplas e heterogêneas, como dados obtidos de declarações de seguro de saúde, registros de pacientes ou registros de saúde eletrônicos. O RWE oferece a promessa de usar novas e rápidas fontes de dados disponíveis para avançar rapidamente a medicina e personalizar os cuidados aos pacientes. No entanto, para atingir este pleno potencial do RWE, será necessária uma mudança que atravessará vários setores na cultura.

Objetivo: *The Network for Excellence in Health Innovation* (NEHI), instituto dos Estados Unidos convocou um grupo de especialistas de vários setores para construir um consenso sobre o emprego do RWE na transformação dos cuidados de saúde e ao fim, produzir um relatório. Esse artigo resume as principais recomendações sobre o RWE para acelerar a inovação nos cuidados de saúde e transformar os cuidados aos pacientes.

Conclusões: as principais recomendações do grupo de estudo foram: (I) Padrões consensuais (devem ser desenvolvidas normas científicas e estatisticamente sólidas, com amplo apoio profissional, para a recolha e análise de dados do mundo real através de estudos observacionais); (II) Transparência (a análise dos dados do mundo real deve se basear em elevados padrões de transparência no que diz respeito as fontes e a qualidade dos dados, bem como a concepção do estudo, aos métodos analíticos e a divulgação dos resultados); e (III) Normas (usuários do RWE, como planos de saúde, desenvolvedores de diretrizes clínicas ou comitês

de formulários, também possuem responsabilidades de serem transparentes e rigorosos na forma como aplicam as evidências à sua tomada de decisão). Além disso, nenhum especialista alegou que a evidência do mundo real é suscetível de substituir o papel dos ensaios clínicos randomizados em investigação biomédica e afins. Mas a maioria dos especialistas entende o RWE como desempenhando um papel cada vez mais importante, porque é baseado em dados que refletem o mundo real no uso das intervenções de saúde em pacientes reais, em toda a sua diversidade. Um exemplo disso é a rápida formação de comunidades on-line de pacientes, muitas das quais se concentram em reunir informações pessoais de saúde e dados clínicos para acelerar a pesquisa, e estão gerando resultados significativos que podem se traduzir em um melhor atendimento aos pacientes muito mais rapidamente do que no passado. O RWE também pode apontar o caminho para o estabelecimento do maior e melhor uso de novos produtos e novas intervenções de cuidados de saúde - à medida que o sistema de saúde dos Estados Unidos adota gradualmente novos modelos de pagamento com foco na otimização do tratamento e gerenciamento de custos. Para alcançar o pleno impacto da inovação decorrente do RWE devem ser encorajadas e incentivadas (sempre que possível), uma boa comunicação e um fluxo de informação, juntamente com um compartilhamento de dados apropriado.

Fonte: [NEHI, 2016](#).

PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE E A FREQUÊNCIA DE SOLICITAÇÕES DE EXAMES DE DIAGNÓSTICO

Título original: Electronic Health Records and the Frequency of Diagnostic Test Orders

Autores: Ibrahim Hakim, et al.

Contextualização: em 2009, o Congresso do Estados Unidos (EUA) aprovou a *Lei Health Information Technology for Economic and Clinical Health (HITECH)*, que estabeleceu pagamentos de incentivos para provedores individuais e sistemas hospitalares que demonstrassem “uso significativo” dos sistemas de Prontuário Eletrônico

do Paciente (PEP) até 2015. Em 2005, estimou-se que esse esforço melhoraria a qualidade, a relação custo-eficácia e a eficiência dos serviços de saúde e economizaria cerca de US\$ 81 bilhões de dólares anualmente. Contudo, uma reavaliação de 2012 alterou essa estimativa: ao invés de diminuir, os custos de saúde subiram mais de US\$ 800 bilhões de dólares desde o primeiro relatório. Dado o papel da tecnologia de informação na reforma da saúde, tornou-se cada vez mais urgente determinar o impacto financeiro e clínico do lançamento do PEP e questionar se: o PEP economiza dinheiro ao passo que melhora a qualidade e a eficiência?

Objetivo: determinar se o acesso ao PEP influencia o número de exames laboratoriais e de imagem solicitados. Analisou-se um suplemento da Pesquisa Nacional de Assistência Médica Ambulatorial denominada Pesquisa de Registros Médicos Eletrônicos de Saúde, de 2008 a 2012. Foram estimadas regressões logísticas para determinar a relação entre a utilização de PEP e o volume de exames laboratoriais e de imagem solicitados nessa população (n = 183.519) de estudo, controlando a idade (29,6% estava entre 45 e 64 anos), sexo, raça, tipo de clínica (92,1% atendimento privado), tipo de pagador, estado de saúde, comorbidades e novos pacientes. Aproximadamente metade da população do estudo tinha seguro privado (53,4%).

Conclusões: a análise de subgrupos destacou diferenças entre várias coortes de pacientes. Usando os dados mais recentes disponíveis a nível nacional dos Estados Unidos, excluindo os hospitais federais e de Veterans Affairs, descobriu-se que os médicos com acesso ao PEP solicitaram mais testes do que os que não usaram PEP, contradizendo um dos argumentos mais comuns para a implementação do PEP: que os PEP reduzem os testes excessivos e, subsequentemente, os custos desnecessários. Demonstrou-se uma relação positiva entre a implementação do PEP e o volume de exames laboratoriais e de imagem que os médicos pedem. Os médicos que utilizaram ativamente um sistema de PEP solicitaram exames mais completos de hemograma do que os médicos que não utilizaram, mesmo após ajuste para a demografia do paciente, estado de saúde e mix de casos. Os médicos que

utilizam PEP também solicitaram mais tomografias computadorizadas e raios-X. A diferença para os exames de ressonância magnética não foi significativa. Acredita-se que o acesso computadorizado simplifica o processo de solicitação de exames, o que leva a pedidos mais frequentes. Assim, em um cenário de políticas que sugerem economia de custos, esses resultados exigem uma reavaliação da esperança de que os PEP podem reduzir despesas médicas e aumentar a eficiência clínica. Conclui-se que a adoção de PEP não é suficiente: os provedores também devem promover os processos organizacionais e de entrega necessários para obter eficiências em todo o sistema. Implementar sistemas de PEP pode se tornar rentável apenas quando complementado por modelos de cuidados que enfatizam a qualidade, valor e eficiência. Além disso, uma análise mais aprofundada pode estimar se esses testes extras possuem utilidade clínica.

Fonte: THE AMERICAN JOURNAL OF MANAGED CARE. VOL. 23, NO. 1

CUIDADORES PAGOS E NÃO PAGOS SÃO IMPORTANTES EM READMISSÕES PREVENÍVEIS?

Título original: Does Paid Versus Unpaid Supplementary Caregiving Matter in Preventable Re-admissions?

Autores: Hsueh-Fen Chen, et al.

Contextualização: aproximadamente 3,4 milhões de beneficiários de saúde do Medicare recebem serviços profissionais de homecare que são pagos pelo Medicare. Um estudo baseado em uma pesquisa de larga escala constatou que, além de receber serviços de profissionais qualificados de homecare, 83,4% dos beneficiários receberam cuidados extras de cuidadores informais. Esses cuidadores informais podem ser pagos (por desembolso direto ou por outros programas governamentais como o Medicaid) ou podem ser não remunerados (são membros da família, parentes e/ou amigos). As relações interpessoais entre os beneficiários de homecare e esses dois tipos de cuidadores informais são diferentes. Os “não remunerados”

têm relações sólidas com seus pacientes e entendem o que os pacientes precisam, sem exigir muita comunicação, enquanto que os prestadores de cuidados suplementares pagos são introduzidos por agências de homecare e não têm relações prévias com os beneficiários e/ou suas famílias. Portanto, eles precisam aprender a atender às necessidades dos pacientes por meio de comunicação que é muitas vezes difícil, dada a alta prevalência de limitação na função cognitiva entre os beneficiários de cuidados domiciliares do Medicare.

Objetivo: analisar o impacto da assistência prestada por cuidadores informais que são remunerados e pelos que não são remunerados sobre readmissões evitáveis entre os beneficiários de saúde domiciliar do Medicare com diabetes.

Conclusões: beneficiários com diabetes e com cuidadores informais pagos tiveram um risco 68% maior de readmissão devido a infecções do trato urinário do que aqueles com cuidadores informais não remunerados. O programa Medicare está em processo de implementação da compra baseada em valor e penalizando as agências de cuidados domiciliares com má qualidade dos cuidados. As políticas que apoiam os cuidadores não remunerados são fundamentais para ajuda-los a cuidarem dos seus entes queridos e impedir que usem recursos hospitalares caros.

Fonte: AJMC (The American Journal of Managed Care). Março, 2017.



INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR

NOTA METODOLÓGICA

A cada bimestre, 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