

Boletim Científico IESS

Edição: 5º bi/2016

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

COMPARAÇÃO DO DESEMPENHO DOS SUBSISTEMAS DE SAÚDE PÚBLICO, DO PRIVADO E DO SEGURO SOCIAL NA ARGENTINA POR DIMENSÕES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

Título original: Comparing the performance of the public, social security and private health subsystems in Argentina by core dimensions of primary health care.

Autores: Yavicha, Báscoloa e Jeannie Haggertyb.

Contextualização: A maioria dos sistemas de saúde da América Latina são compostos de subsistemas: o público (PubS), o seguro social (SSS- um seguro com base no vínculo empregatício, com o financiamento baseado numa percentagem dos salários dos trabalhadores) e o privado (PRS). Esses subsistemas coexistem, frequentemente causando a fragmentação dos cuidados de saúde. A população pode ser coberta por diferentes subsistemas, com o PubS servindo como rede de segurança final para todos. Num contexto de vários subsistemas de saúde, as diferenças de cada sistema se traduzem em diferenças na extensão em que os serviços de atenção primária atingem seus objetivos.

Objetivo: O objetivo deste estudo é duplo: (i) quantas pessoas estão cobertas por mais de um dos subsistemas de saúde, e (ii) comparar os subsistemas em relação ao seu desempenho na atenção primária, de acordo com a opinião da população que os utilizam. Os autores usaram o município de Rosário, na Argentina, como o estudo de caso.

Conclusão: 39,3% da população era afiliada ao PubS, 44,8% ao SSS e 15,9% ao PRS. O desempenho do PubS na assistência à saúde orientada à pessoa e à comunidade é muito superior ao do PRS e do SSS. O PubS teve o desempenho mais fraco nas questões que dizem respeito ao acesso aos serviços, expressando a dificuldade com o processo de marcar procedimentos, como consultas. Verificou-se também que os usuários do PubS possuíam um acesso a uma rede de serviços de saúde menos abrangente do que os usuários dos outros subsistemas. O PRS teve o desempenho mais fraco na dimensão do

questionário relacionada a adequação de provedores e a assistência orientada à pessoa e à comunidade. O desempenho desse subsistema no acesso de pessoas com condições crônicas aos cuidados de saúde foi melhor do que o do PubS, mas um pouco mais baixo do que o do SSS. O desempenho do PRS foi o melhor nas questões relacionadas à acomodação hospitalar. Apesar do forte desempenho do PRS, os entrevistados deste subsistema foram os mais prováveis de terem usado o pronto-socorro. O desempenho do SSS foi semelhante ao do PRS na avaliação das condições de acessibilidade e foi semelhante ao dos PubS na continuidade dos cuidados e superou os outros dois subsistemas na integralidade.

Fonte: Family Practice, Vol. 33, No. 3, 249–260, 2016.

SEGURO DE SAÚDE SUPLEMENTAR NO SISTEMA DE MANAGED CARE COLOMBIANO: SELEÇÃO ADVERSA OU VANTAJOSA?

Título original: Supplementary health insurance in the Colombian managed care¹ system: Adverse or advantageous selection?

Autores: Bardey, Buitrago

Contextualização: Sob um cenário de seleção adversa, indivíduos com maior risco de saúde não observáveis são aqueles que estão mais dispostos a comprar a cobertura de seguro. A seleção vantajosa corresponde a cenários em que os indivíduos que preferem seguros com maior cobertura possuem um menor risco de saúde. Esses tipos de seleção são assimetrias que têm consequências sobre a concepção e os resultados das políticas públicas para sistemas de saúde onde o público e o privado coexistem. O sistema de saúde colombiano é misto, e permite a coexistência de seguro privado voluntário e seguro compulsório fornecido pelo sistema de managed care do país.

Objetivo: Estimar o tipo de seleção que existe no sistema de saúde colombiano. Os autores usaram uma base de dados de duas seguradoras que oferecem seguro compulsório e suplementar privado (voluntário) para 400 mil indivíduos em 2010 e 2011 além de uma base de dados

¹ O managed care é um sistema de gerenciamento da atenção à saúde que surgiu nos Estados Unidos e busca a racionalização do uso dos serviços médicos e hospitalares (Andrade e Lisboa, 2000).

governamental. As bases contêm informações sobre o consumo de serviços de saúde, tipos de serviços de saúde cobertos, gastos, variáveis socioeconômicas e tipo de seguro (compulsório ou privado voluntário).

Conclusão: Os autores encontraram que a utilização de serviços hospitalares em 2010 por pessoas que não estavam seguradas está positivamente associada com a compra de seguros privados de saúde em 2011. Esta constatação sugere a presença de seleção adversa, onde os indivíduos têm informação privada sobre sua saúde que as seguradoras não podem observar e que aumenta a probabilidade de compra de seguro. Além disso, este resultado é consistente, apesar da presença de estratégias de seleção de risco pelas seguradoras, que não impedem a seleção negativa. Considerando o uso de serviços preventivos em 2010, nota-se que, controlando para as características sócio-demográficas e de saúde, ter realizado um exame Papanicolau ou da próstata está associado a uma maior probabilidade de compra de seguro de saúde suplementar no ano de 2011. Novamente, esses achados corroboram o resultado da seleção adversa porque as seguradoras de saúde não observam a frequência de consumo antes da compra de seguro de saúde suplementar. Os autores concluem afirmando que os resultados sugerem que a seleção adversa é predominante no mercado de saúde suplementar colombiano.

Fonte: Serie Documentos Cede, 2016-32, ISSN 1657-7191 Edición electrónica. Octubre de 2016.

O DESENVOLVIMENTO DE SEGURO DE SAÚDE PRIVADO E VOLUNTÁRIO NOS PAÍSES NÓRDICOS

Título original: The development of voluntary private health insurance in the Nordic countries.

Autores: Alexandersen, Anell, Kaarboe, Lehto, Tynkkynen, Vrangbaek.

Contextualização: Nos países nórdicos (Dinamarca, Finlândia, Noruega, Suécia) poucos serviços de saúde são definidos fora do sistema de saúde pública, há coparticipação dos usuários, mas são relativamente baixas e possuem um limite máximo anual. Com o envelhecimento e o aumento da renda das

populações desses países, a demanda por cuidados de saúde aumentou mais do que o aumento dos recursos. Por isso, os governos desses países têm introduzido reformas, para lidar com a capacidade limitada, como por exemplo estimular o crescimento dos seguros de saúde privados voluntários (VPHI) através da introdução de incentivos fiscais para trabalhadores e empregadores.

Objetivo: O objetivo deste artigo é descrever o desenvolvimento dos VPHI nos países nórdicos.

Conclusão: Cerca de 20% da população na Finlândia é coberta por VPHI. Os números correspondentes para a Dinamarca, Noruega e Suécia são, respectivamente, 51%, 9% e 7%. O VPHI é obtido através do empregador em 47% dos casos na Finlândia, 90% na Noruega, 72% na Suécia e 75% na Dinamarca. Os VPHI introduzidos nos países nórdicos são, principalmente, complementares ou duplicados em relação ao sistema de saúde pública. Isto é, os regimes de VPHI cobrem os pagamentos out-of-pocket para serviços que são apenas parcialmente financiados pelo sistema público de saúde (complementar), ou concedem um acesso preferencial aos tratamentos que também estão disponíveis gratuitamente no âmbito do sistema público de saúde, mas muitas vezes com algum tempo de espera (duplicado). Além disso, alguns dos esquemas VPHI também oferecem serviços de saúde suplementar (não cobertos pelo sistema público). Na Finlândia, os beneficiários de planos de saúde privado pagam diretamente pelos serviços e são reembolsados pelas seguradoras depois. Na Noruega, os beneficiários pagam por consultas e serviços especializados recebidos através da rede provedora das seguradoras, e posteriormente são reembolsados pelas seguradoras. Na Dinamarca, a maioria dos seguros possui uma rede provedora não exigindo dos pacientes pagamento para posterior reembolso. Na Suécia os provedores geralmente são pagos diretamente pelas companhias de seguros, com exceção das franquias que são pagas diretamente pelos beneficiários no ponto de serviço. Na Noruega, os incentivos fiscais para planos de saúde foram introduzidos em 2003, dando aos empregadores e empregados isenção de impostos sobre o seguro de saúde privado. Na Dinamarca, esse tipo de isenção é concedido com poucas exceções. Na Suécia não há esse tipo de benefício. Os autores concluem argumentando que os dados apresentados indicam que os VPHI nos países nórdicos desempenham dois papéis

principais em relação ao sistema de saúde pública: um complementar e um duplicado. Ambos os tipos de seguros são destinados a cobrir na maioria dos casos coparticipação do sistema público e acesso mais rápido ao sistema de saúde.

Fonte: Nordic Journal of Health Economics, Vol. 4 (2016), No. 1, pp. 68-83

COBERTURA DE SEGURO SAÚDE E O DESEMPENHO DAS EMPRESAS: EVIDÊNCIAS USANDO DADOS DE EMPRESAS DO VIETNÃ.

Título original: Health insurance coverage and firm performance: Evidence using firm level data from Vietnam.

Autores: Hiroyuki Yamada, Tien Manh Vu

Contextualização: De acordo com os autores do artigo, os trabalhadores que possuem seguro de saúde têm maior probabilidade de receber o tratamento necessário para doenças e lesões e, por isso, eles são menos prováveis de faltar ao trabalho e perdem menos dias de trabalho quando adoecem. No Vietnã, os trabalhadores de empresas privadas são obrigados a ter seguro de saúde e ele tem de ser fornecido pela empresa na qual trabalham.

Objetivo: O objetivo desse artigo é verificar se a oferta de plano de saúde pelas empresas tem efeito sobre sua produtividade e sobre seus lucros. O tamanho da amostra utilizada pelos autores é de 18.215 empresas com mais de 30 empregados. Dentre essas, o número de firmas que oferecem planos de saúde é de 10.827 e o número de firmas que não oferecem é de 7.388.

Conclusão: Os resultados mostram que as empresas que não oferecem plano de saúde para seus funcionários se o fizessem teriam um aumento no lucro de 44,8% a 52,4%. Também verificou que a oferta de plano de saúde aos funcionários aumenta a produtividade (lucro por trabalhador). Esse aumento é de 45% a 54%. Ao analisar por setor, os autores verificaram que o maior efeito do plano de saúde sobre a produtividade ocorre no setor de Comércio.

Fonte: OSIPP Discussion Paper: DP-2016-E-007

ASSOCIAÇÃO ENTRE A PARTICIPAÇÃO DE HOSPITAIS EM UMA INICIATIVA DO MEDICARE DE PAGAMENTO POR PACOTE (BUNDLED PAYMENT) E OS RESULTADOS DE QUALIDADE PARA EPISÓDIOS DE IMPLANTE DE PRÓTESE DE ARTICULAÇÃO

Título original: Association Between Hospital Participation in a Medicare Bundled Payment Initiative and Payments and Quality Outcomes for Lower Extremity Joint Replacement Episodes.

Autores: Dummit LA, Kahvecioglu D, Marrufo G, Rajkumar R, Marshall J, Tan E, Press MJ, Flood S, Muldoon LD, Gu Q, Hassol A, Bott DM, Bassano A, Conway PH.

Contextualização: O Bundled Payments for Care Improvement (BPCI) é uma iniciativa voluntária do seguro público de saúde americano Medicare para testar se o pagamento estiver ligado aos serviços de saúde do episódio de assistência pode reduzir o gasto do Medicare, com manutenção ou mesmo aumento da qualidade.

Objetivo: Avaliar se o programa BPCI está associado a uma maior redução dos pagamentos do Medicare sem redução da qualidade da assistência para episódios de implante de prótese de articulações (principalmente joelho e quadril) em hospitais que participam do programa. Eles avaliam os hospitais antes da implementação do programa (antes de 2013) e após a implementação (após 2013) e os comparam com hospitais que não participaram do programa.

Conclusão: Nos hospitais que participaram do programa, os gastos caíram em média U\$ 1.166 a mais do que no grupo de comparação no período pós intervenção. Os dados não indicaram diferenças na qualidade da assistência entre os hospitais participantes do programa e o grupo de comparação, pois não houve diferenças estatisticamente significativas entre esses grupos em reinternação não planejada 30 dias após o episódio, reinternação não planejada 90 dias após o episódio, consultas em pronto-socorro em até 90 dias após o episódio, mortalidade pós-alta nos 30 dias após o episódio. No entanto, entrevistas com os pacientes dos dois grupos mostraram que os que realizaram o procedimento nos hospitais participantes do programa relataram maiores melhorias na mobilidade, menores problemas físicos e emocionais e melhora na dor.

Fonte: JAMA. 2016 Sep 27;316(12):1267-78.

Saúde & Tecnologia

LESÕES ANTES E APÓS O DIAGNÓSTICO DE CÂNCER: ESTUDO BASEADO EM REGISTRO NACIONAL DA SUÉCIA

Título original: Injuries before and after diagnosis of cancer: nationwide register based study
 Autores: Qing Shen, Donghao Lu, Maria E C Schelin, Anna Jöud, Yang Cao, Hans-Olov Adami, Sven Cnattingius, Katja Fall, Unnur Valdimarsdóttir, Fang Fang.

Contextualização: em pacientes com câncer, a lesão é uma das principais causas de mortalidade não relacionada ao câncer. As lesões iatrogênicas (ou seja, complicações decorrentes de procedimentos médicos e tratamento medicamentoso) são comuns naqueles com câncer e têm mostrado aumentar a mortalidade entre os pacientes com câncer colorectal, próstata e de mama. O risco de lesões não iatrogênicas (ou seja, lesões que não resultam de intervenções médicas) também são cada vez mais reconhecidas entre os pacientes com câncer - aumenta-se os riscos de auto-lesão, principalmente suicídio e morte acidental, especialmente durante o primeiro ano após o diagnóstico entre as pessoas com câncer.

Objetivo: examinar os riscos relativos de lesões iatrogênicas e não-iatrogênicas durante o período pré e pós diagnóstico de câncer, utilizando uma amostra de 720.901 pacientes com diagnóstico de câncer, entre 1991 e 2009, identificadas a partir do registro de pacientes sueco.

Conclusões: pacientes com diagnóstico recente de câncer aumentaram os riscos de lesões iatrogênicas e não iatrogênicas antes e após o diagnóstico. Durante o período de diagnóstico, foram identificadas 7.306 lesões iatrogênicas (taxa de incidência 0,60 por 1000 pessoas / mês) e 8.331 não iatrogênicas (taxa de incidência de 0,69 por 1000 pessoas / mês). Para as lesões iatrogênicas, a taxa de incidência foi de 7,0 durante o período diagnóstico comparado com o período pré-diagnóstico. O aumento do risco

começou duas semanas antes do diagnóstico de câncer e atingiu o pico durante as duas semanas após o diagnóstico. Para lesões não iatrogênicas, a taxa de incidência foi de 1,9 durante o período de diagnóstico em comparação com o período pré-diagnóstico. O aumento do risco começou quatro semanas antes do diagnóstico e atingiu o pico durante as duas semanas antes do diagnóstico.

Os resultados exigem prevenção direcionada de lesões intencionais e não intencionais, não somente após o diagnóstico, mas também durante o processo de diagnóstico e de tratamento primário.

Fonte: [BMJ 2016;354:i4218](#)

MUDANÇA NO RISCO DE FRATURA E FRATURA PADRÃO APÓS CIRURGIA BARIÁTRICA: ESTUDO DE CASO-CONTROLE

Título original: Change in fracture risk and fracture pattern after bariatric surgery: nested case-control study

Autores: Rousseau Catherine, Jean Sonia, Gamache Philippe, Lebel Stéfane, Mac-Way Fabrice, Biertho Laurent et al.

Contextualização: a obesidade está atingindo proporções epidêmicas nos países desenvolvidos. Como a cirurgia bariátrica é eficaz em induzir perda de peso e reduzir as comorbidades associadas à obesidade, ela está sendo cada vez mais utilizada em vários países. A preocupação é que a cirurgia bariátrica possa afetar negativamente a saúde óssea.

Objetivo: investigar se a cirurgia bariátrica aumenta o risco de fratura. Para isso, analisou-se 12.676 pacientes submetidos a cirurgia bariátrica em comparação com um grupo controle composto por obesos e não obesos na província de Quebec (Canadá), entre 2001 e 2014, selecionados com base em bancos de dados administrativos de saúde.

Conclusões: pacientes severamente obesos

submetidos a cirurgia bariátrica são mais suscetíveis a fraturas antes da cirurgia (10,5%) em comparação com os obesos (8,1%) e não obesos (6,6%). Uma média de 4,4 anos após a cirurgia, pacientes bariátricos foram mais suscetíveis a fraturas (4,1%) do que obesos (2,7%) e não obesos (2,4%). Além disso, o risco de fratura era específico do local do corpo e muda de um padrão associado à obesidade para um padrão típico da osteoporose após a cirurgia. Para minimizar o efeito da cirurgia bariátrica no osso, as diretrizes devem ser seguidas e a importância da adesão aos suplementos e à atividade física devem ser reforçadas entre pacientes e profissionais de saúde. A referência a um especialista em osso deve ser considerada nos casos em que o risco de fratura é alto antes da cirurgia ou quando os parâmetros bioquímicos não normalizam ou uma fratura ocorre após a cirurgia. Assim, é importante pesar os benefícios e riscos da cirurgia para um determinado paciente, a fim de propor o tipo de cirurgia que é mais adequada para ele.

Fonte: [BMJ 2016;354:i3794](#)

ESPECIALIZAÇÃO CIRÚRGICA E MORTALIDADE OPERATÓRIA NOS ESTADOS UNIDOS: ANÁLISE RETROSPECTIVA

Título original: Surgeon specialization and operative mortality in United States: retrospective analysis

Autores: Nikhil R Sahni, Maurice Dalton, David M Cutler, John D Birkmeyer, Amitabh Chandra..

Contextualização: estudos de coorte e revisões sistemáticas mostram que os cirurgiões com volumes maiores de cirurgias têm melhores resultados em uma variedade de procedimentos. A mensuração destas relações de volume-resultados é uma maneira poderosa para determinar a qualidade dos cirurgiões. Porém, o grau em que um cirurgião se especializa em um procedimento específico pode ser tão importante quanto o número de vezes que ele o executa.

Objetivo: Segundo os autores, nenhum estu-

do anterior havia descrito uma associação estatística entre o grau de especialização de um cirurgião em um procedimento específico e a mortalidade dos pacientes (independente do volume realizado por um cirurgião nesse procedimento específico). Sendo assim, declaram esse o objetivo do estudo. Foram examinadas oito condições estudadas: quatro procedimentos cardiovasculares (endarterectomia carotídea, revascularização miocárdica, troca valvar e reparo de aneurisma da aorta abdominal) e quatro ressecções¹ de câncer (ressecção pulmonar, cistectomia, ressecção pancreática e esofagectomia). Foram analisados pacientes com 66 anos ou mais, registrados no Medicare, submetidos a um destes procedimentos e os cirurgiões associados a essas técnicas, entre 2008 e 2013.

Conclusões: para todos os quatro procedimentos cardiovasculares e duas de quatro ressecções de câncer, o grau de especialização de um cirurgião foi um preditor significativo da mortalidade operatória independentemente do número de vezes que realizou esse procedimento: endarterectomia carotídea (redução do risco relativo entre o quarto inferior e superior dos cirurgiões foi de 28%); revascularização do miocárdio (15%); substituição valvar (46%); reparo do aneurisma da aorta abdominal (42%); ressecção pulmonar (28%); e cistectomia (41%). Em cinco procedimentos (endarterectomia carotídea, substituição valvar, ressecção pulmonar, cistectomia e esofagectomia), a redução do risco relativo da especialização do cirurgião foi maior que a do volume do cirurgião para esse procedimento específico. Além disso, a especialização do cirurgião explicou de 9% (cirurgia de revascularização do miocárdio) até 100% (cistectomia) a redução do risco relativo atribuível ao volume nesse procedimento específico. Em instalações maiores, os administradores que determinam a distribuição de casos entre cirurgiões podem considerar não apenas o volume de um determinado cirurgião nesse procedimento, mas também seu grau de especialização. Um médico pode usar uma medida

¹intervenção cirúrgica para extração total ou parcial de um órgão ou de uma neoplasia patológica.

de especialização do cirurgião para encaminhar seu paciente para o cirurgião mais apropriado, possivelmente melhorando os resultados dos pacientes. Se esses dados forem disponibilizados a um paciente, ele ou ela poderiam escolher um cirurgião especializado em determinado procedimento para possivelmente melhorar sua chance de sobrevivência.

Fonte: [BMJ 2016;354:i3571](#)

“QUANTO SERÁ COBRADO POR ISSO?” TAXAS COBRADAS DE PACIENTES PARA OS DEZ PRIMEIROS DIAGNÓSTICOS NO DEPARTAMENTO DE EMERGÊNCIA

Título original: “How Much Will I Get Charged for This?” Patient Charges for Top Ten Diagnoses in the Emergency Department

Autores: Caldwell N, Srebotnjak T, Wang T, Hsia R.

Contextualização: os Departamentos de Emergência (DE) desempenham um papel fundamental na prestação de serviços de saúde para uma ampla variedade de necessidades médicas agudas. Um em cada cinco residentes dos Estados Unidos passa pelo menos uma vez no DE por ano. A obtenção de cuidados médicos agudos está cada vez mais se tornando um peso financeiro significativo pois as taxas para serviços do DE continuam a subir. Para os consumidores com cobertura de seguro, estas cargas crescentes resultam em maiores franquias e co-pagamentos. Para os não-segurados, as taxas elevadas são de responsabilidade da pessoa. Independentemente do status do seguro, as taxas crescentes estão aumentando a dificuldade de administrar os custos voltados para cuidados médicos, os quais foram projetados para continuar seu crescimento e dobrar de 3% para 6% ao ano entre 2010 e 2019.

Objetivo: analisar os encargos, sua variabilidade e o respectivo grupo pagador para o diagnóstico e tratamento das dez condições ambulatoriais mais comuns apresentadas no Departamento de Emergência (DE). Foi realizado um estudo transversal do Inquérito do Pai-

nel de Despesas Médicas 2006-2008 (traduzido de: *Medical Expenditure Panel Survey*), uma fonte pública de dados da Agência dos Estados Unidos para Pesquisa e Qualidade em Saúde (traduzido de: *US Agency for Healthcare Research and Quality*). A análise foi limitada a consultas do Departamento de Emergência com pacientes não idosos, adultos (18-64 anos) com diagnóstico de alta única.

Conclusões: a amostra consistiu de 8.303 observações, representando 76,6 milhões de visitas à DE. Cerca de 22,8% das observações foram de pacientes entre 30-39 anos de idade. Das visitas ao DE, 62,8% eram do sexo feminino, 48,9% com seguro privado e 50,5% se auto reportaram brancas. As comorbidades médicas mais comuns foram hipertensão (29,3%), hipercolesterolemia (22,7%) e asma (17,8%). As condições ambulatoriais mais comuns foram “entorses e tensões”, “outras lesões” e “feridas abertas nas extremidades”, correspondendo a 5,0%, 4,3% e 3,8% do total de visitas, respectivamente. As taxas do departamento de emergência para condições comuns são caras e têm alta variabilidade. Os encargos médios variaram de US\$ 740 para uma infecção respiratória superior até US\$ 3.437 para pedra nos rins. A taxa média para todas as dez condições mais realizadas no DE foi de US\$ 1.233, com um alto grau de variabilidade. A transparência da taxa médica tem sido apresentada como necessária para criar uma concorrência no mercado que restrinja as gamas de preços e reduza o custo total ao consumidor. Os esforços para aumentar a transparência de preços foram propostos por mais de 30 Estados e estão sendo incentivadas pelos setores público e privado como a próxima fase na assistência médica. A transparência das taxas poderia ajudar os pacientes a tomar decisões mais informadas e econômicas sobre seus cuidados de emergência.

Fonte: [PLoS ONE. 2013;8\(2\):e55491.](#)

RESULTADOS ADVERSOS EM PACIENTES INTERNADOS DURANTE A TRANSIÇÃO PARA UM NOVO SISTEMA DE REGISTRO ELETRÔNICO DE SAÚDE: ESTUDO OBSERVACIONAL

Título original: Adverse inpatient outcomes during the transition to a new electronic health record system: observational study

Autores: Michael L Barnett, Ateev Mehrotra, Anupam B Jena, Ruth L Anupam B Jena, Ruth L.

Contextualização: depois de anos de uma lenta adoção de registros eletrônicos de saúde (RESs), a maioria dos hospitais dos EUA os implementou e muitos estão agora fazendo a transição de um tipo para outro. Os hospitais estão trocando seus RESs porque eles superaram os sistemas da primeira geração e precisam de um RES abrangente, que possa abordar a entrada eletrônica de pedidos e documentação clínica, entre outras funcionalidades, para satisfazer os requisitos estabelecidos pelo governo dos Estados Unidos. Embora a evidência e o impacto a longo prazo dos RESs demonstrem uma melhora na qualidade do atendimento e na segurança do paciente, poucos estudos têm abordado o impacto de curto prazo da implementação do RES ou troca entre fornecedores.

Objetivo: avaliar o impacto de curto prazo da implementação de registros eletrônicos de saúde (RESs) em pacientes do Medicare, entre 2011 e 2012, admitidos em 17 hospitais de estudo.

Conclusões: Apesar das preocupações de que a implementação de RESs poderia afetar negativamente o atendimento ao paciente durante o período de transição, não foram encontrados nenhuma associação negativa dessa implementação na mortalidade de internação de curto prazo, eventos adversos de segurança ou readmissões na população do Medicare em 17 hospitais dos EUA.

Fonte: [BMJ 2016;354:i3835](#)



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