

# III Reunião de discussão do QUALISS

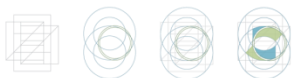
19fev2016

# Roteiro

- **Abertura - Martha Oliveira,**  
Diretora de Desenvolvimento Setorial
- **Conceitos e atributos do Qualiss – João Matos,**  
Gerente
- **Análise da proposta de Resolução Normativa - Bruno Morestrello ,**  
Coordenador e **Flavio Machado,** Especialista em Regulação
- **Debate**

**Intervalo Almoço: 12h30 às 14h**

- **Proposta de Revisão do Indicadores do QUALISS Monitoramento**  
**Tatiana Neves,** Especialista em Regulação e **Vandinei Oliveira,** Especialista em Regulação
- **Debate**
- **Encerramento - 16h30**



# Desafios da Saúde Suplementar

Transição Demográfica  
de rápida evolução

Transição Epidemiológica

Transição Tecnológica

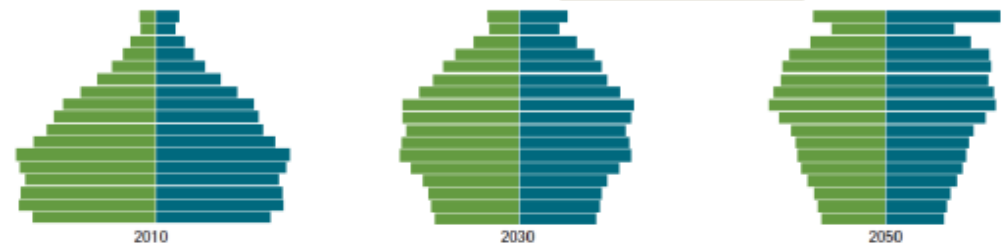
Transição na organização  
dos serviços de saúde



Busca da Qualidade para viabilizar o sistema

## Perfil demográfico e projeção (2010, 2030, 2050)

A – População brasileira



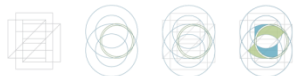
B – Beneficiários de planos privados de assistência médica



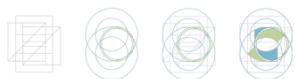
Fonte: IBGE, Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 1980-2050 - Revisão 2008 e SIB/ANS/MS - 12/2009

Notas: 1. As pirâmides de beneficiários em 2030 e 2050 foram calculadas aplicando-se sobre a projeção da população do Brasil, publicada pelo IBGE, as taxas de cobertura referentes a 2009.

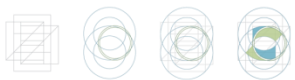
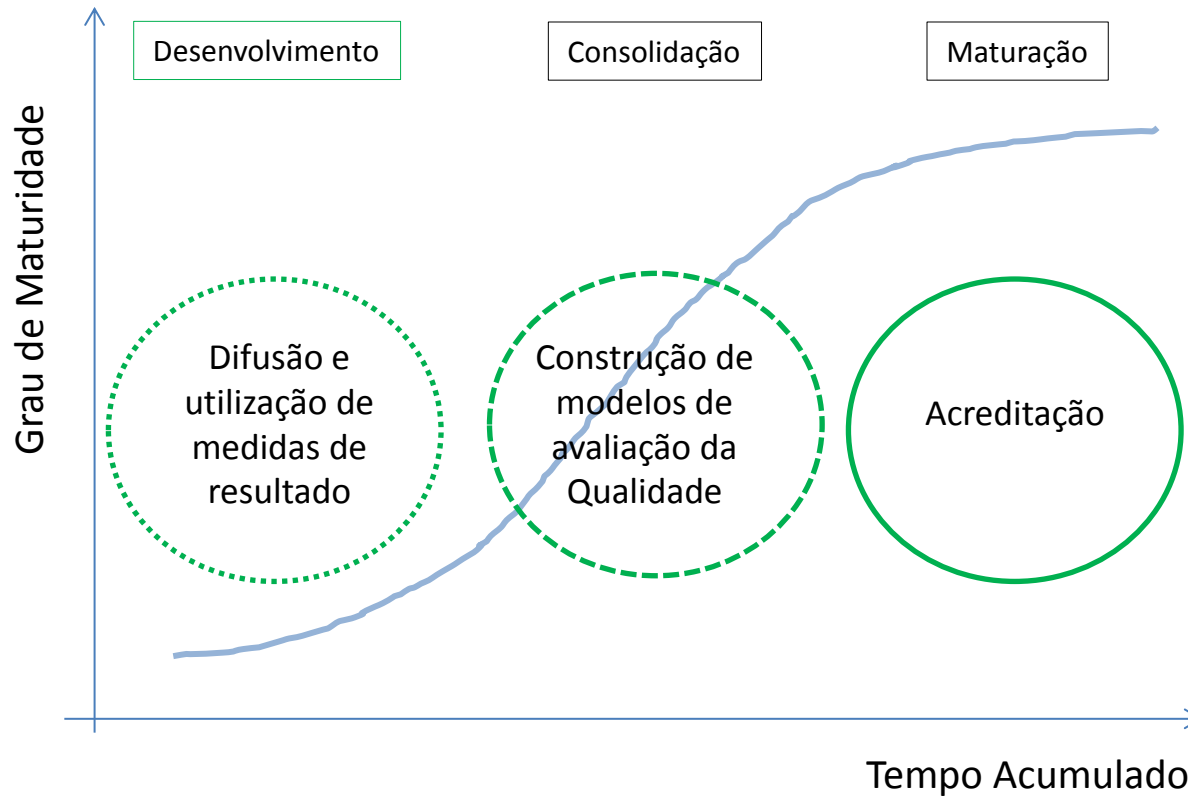
2. As faixas etárias são apresentadas de 5 em 5 anos e a última faixa é 80 anos ou mais.



# Visão geral da Qualidade: a tríade para Sustentabilidade do Setor



# Visão de futuro da Qualidade setorial

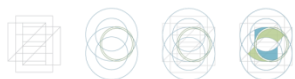


# Visão de futuro da Qualidade setorial



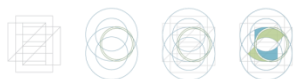
**Resultado**

**Acreditação**



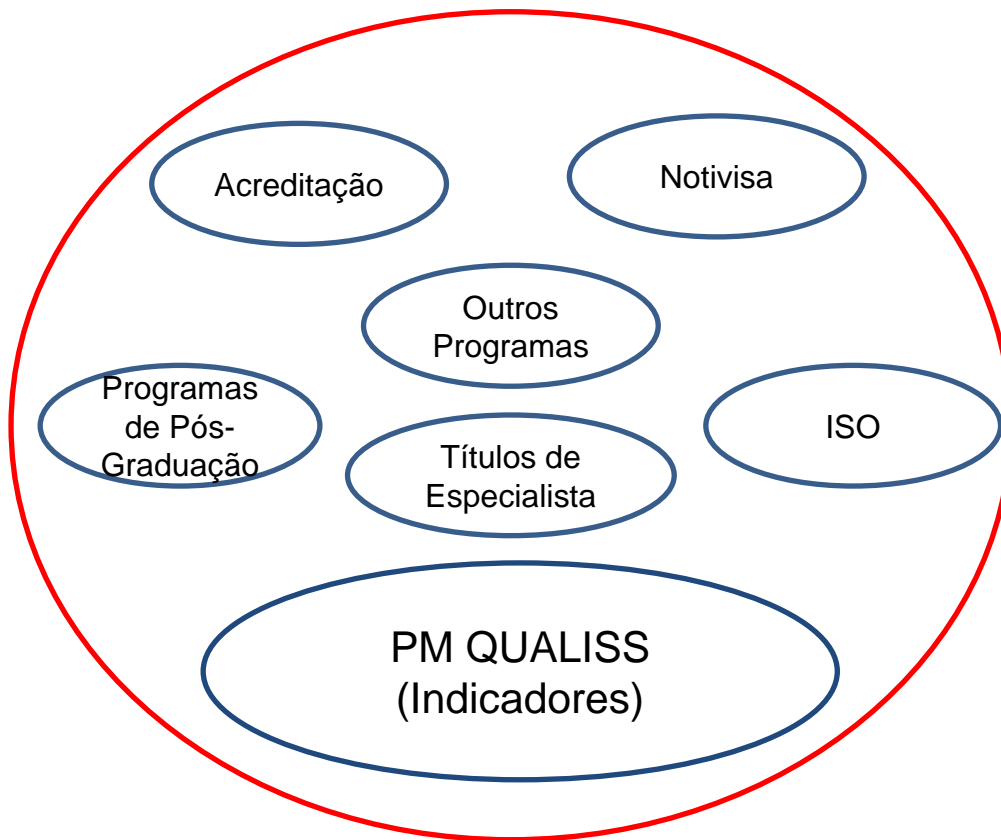
# O Programa QUALISS

- **O processo de construção coletiva: dos conceitos, atributos e indicadores de Qualidade**
- **Definição e classificação de Atributos de Qualificação**
- **Como são obtidos os atributos**
  - Entidades Acreditadoras
  - Entidades Colaboradoras
  - Entidades Gestoras de outros programas de qualidade
- **Fontes de informação e divulgação dos atributos: interação ANS - CNES**
- **Um caso particular de atributo: Qualiss Monitoramento**
  - III Etapa da construção
  - Extensão para SADTs e Consultórios
  - Uso no Fator de Qualidade



# Estrutura do Programa

## QUALISS



## Principal objetivo do QUALISS

- Estimular a qualificação de prestadores

## Conteúdo

- Definição de *atributos de qualificação* dos prestadores;
- Definição de medidas de desempenho (QUALISS MONITORAMENTO).

## Divulgação dos atributos

- Operadoras, ANS, CNES  
Entidades  
Colaboradoras/Acreditadoras/  
Gestoras de Programas de  
Qualidade.



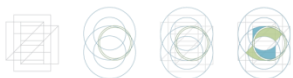
# Atributos

## HOSPITAIS

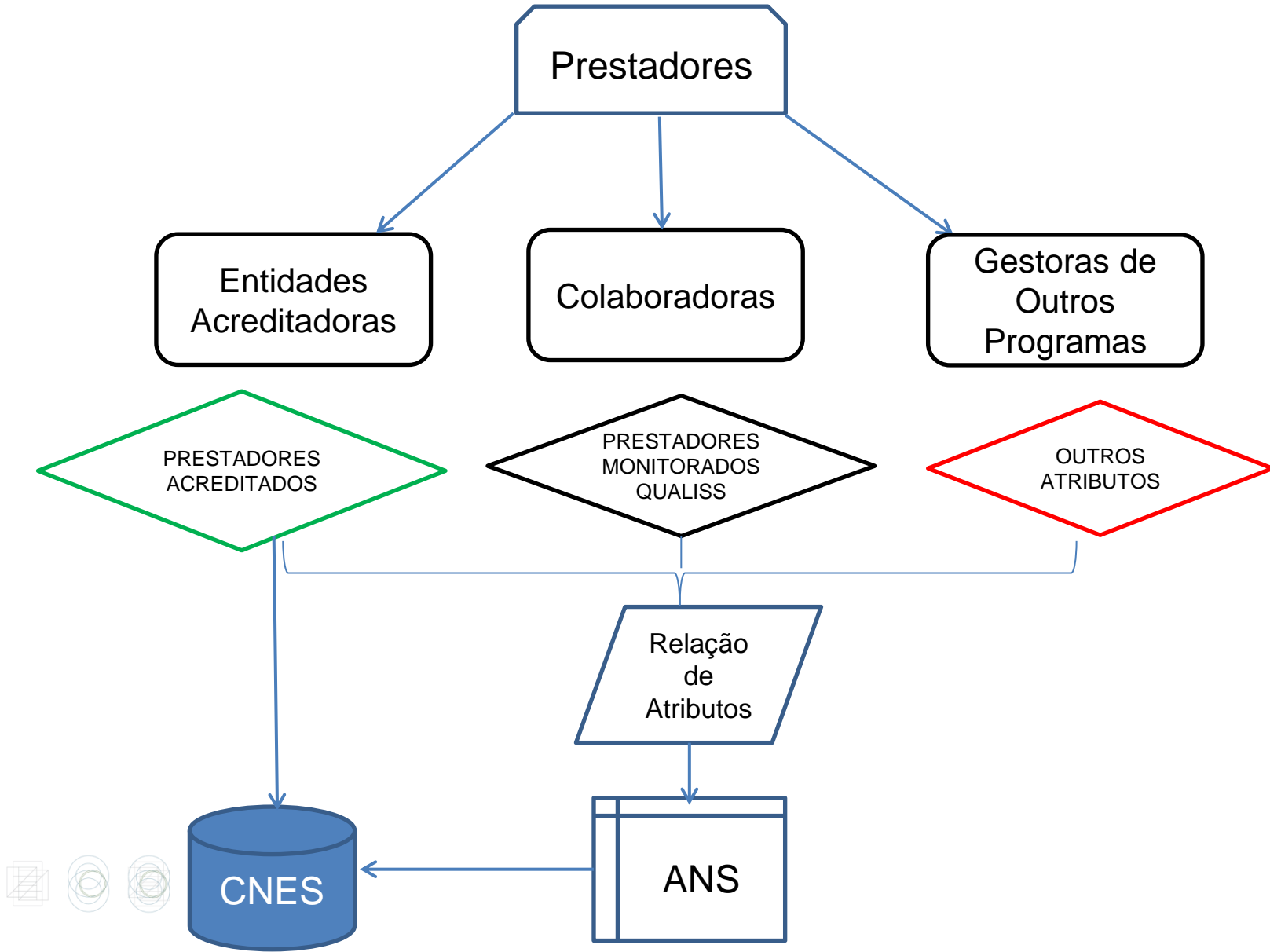
- Acreditação pelo Inmetro;
- Acreditação emitida por organismos acreditados pela ISQua
- Acreditação emitida por instituições que já tenham sido reconhecidas pela Instrução Normativa nº 52/2013;
- Certidão de Qualidade Monitorada – PM-QUALISS;
- Certificados emitidos por entidades gestoras de outros programas de qualidade;
- Participação no Sistema de Notificação de Eventos Adversos – Notivisa/Anvisa;

## SADT e Clínicas (Atributos anteriores +)

- Certificado ABNT NBR ISO 9001 – Sistema de Gestão da Qualidade
- Certificado ABNT NBR ISO 31000 – Gestão de Riscos – Princípios e Diretrizes

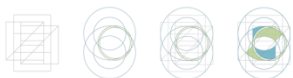


# Fluxo de Divulgação dos Atributos



## Coleta dos Atributos

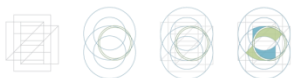
- ENTIDADES ACREDITADORAS: pessoas jurídicas reconhecidas pelo Inmetro, *ISQua* ou Instrução Normativa DIDES nº 52/2013;
- ENTIDADES COLABORADORAS: pessoas jurídicas homologadas pela ANS para aplicação do Programa de Monitoramento de Indicadores da Qualidade de Prestadores de Serviços de Saúde – PM QUALISS;
- ENTIDADES GESTORAS DE OUTROS PROGRAMAS DE QUALIDADE: entidades científicas, entidades de classe, institutos de pesquisa ou entidades acreditadoras com metodologias próprias de avaliação sistemática de indicadores de qualidade em saúde, aplicadas, há pelo menos, três anos;



# Entidades Colaboradoras

## Previsão na RN 267/11

- Art. 4º Os atributos de qualificação de prestadores de serviços na saúde suplementar serão fixados e revisados pela ANS mediante processo de colaboração com entidades de natureza acadêmica, científica, técnica, profissional, ou governamental, ouvidos os segmentos do setor saúde suplementar.
- (...)
- § 2º A ANS estabelecerá instrumentos formais de colaboração com as entidades referidas no caput deste artigo, no que concerne à fixação dos atributos de qualificação e à periodicidade de envio de informações sobre a adesão dos participantes, a manutenção e/ou a perda destes atributos. Caberá a estas entidades a responsabilidade pela credibilidade e confiabilidade das informações prestadas

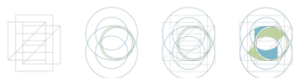


# Indicadores do PM - Qualiss

# Centralidade no Paciente

# Evolução dos Indicadores de Centralidade no Paciente

INDICADORES DEFINIDOS NA FASE E2- "AVALIAÇÃO CONTROLADA" (DISCUSSÕES COGEP 2011 A 2013)	REVISÃO DO CONSULTOR ALUISIO GOMES	PROPOSTA APÓS ANÁLISE DAS CONTRIBUIÇÕES
E-CPA -Satisfação do cliente	Excluído	Excluído
E -CPA -Monitoramento da satisfação do cliente	Excluído	Excluído
	Novo Indicador:"Monitoramento da capacidade do prestador em envolver o usuário nas decisões relativas à sua saúde"	Mantido
	Novo Indicador:"Monitoramento da capacidade de escuta e comunicação do prestador "	Mantido
	Novo Indicador:"Avaliação da Resolubilidade do prestador na perspectiva do usuário"	Excluído



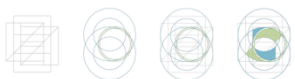
## Domínio Centralidade: Monitoramento da capacidade do prestador em envolver o usuário nas decisões relativas à sua saúde

### Contribuições:

**ANAHP:** A avaliação subjetiva introduz muitos vieses e dificulta a comparabilidade: dificuldades de mensuração, confusão de conceitos e diferenças entre as populações pesquisadas. Hospitais têm ingerência limitada sobre o assunto – boa parte do que está sendo medido ocorre fora da instituição. Sugere-se um indicador mais objetivo e mensurável.

**FENASAÚDE:** Sugere-se manter apenas o indicador QUALISS “E-CP A-01 Satisfação do cliente” e aperfeiçoá-lo.

**GIOVANONI:** Dúvida em relação à capacidade técnica dos usuários em avaliar as decisões tomadas sobre o seu diagnóstico e tratamento: análises equivocadas. Haverá obtenção de dados suficientes para garantir uma amostra probabilística?





## (cont.) Monitoramento da capacidade do prestador em envolver o usuário nas decisões relativas à sua saúde

### **Avaliação ANS:**

A resposta será atribuída em escala de 1 a 5: mensurável. A literatura aponta que pesquisas de satisfação convencionais \* não são indicadas para avaliar a satisfação. Hospitais podem influenciar o tema: podem modificar seus processos de trabalho para envolver mais os usuários nas decisões.

Não se pretende avaliar a capacidade técnica dos pacientes, mas, a capacidade do prestador de envolver os prestadores nas decisões. Não há dados/parâmetros estatísticos para este tipo de indicador, mas seu uso aumenta à medida que o paciente torna-se elemento fundamental nos sistemas de saúde. O indicador deve ser mantido.

### **Método de cálculo**

Somatório das notas atribuídas pelos usuários para a pergunta  
Número de avaliações realizadas pelos usuários para a questão

\*LEFEVRE, F., LEFEVRE, AM.C., CORNETTA, V.K., ARAUJO, S.D.T. O discurso do sujeito coletivo como eu ampliado: aplicando a proposta em pesquisa sobre a pílula do dia seguinte. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, v. 20, n.3, p.798-808, 2010.



# Domínio Centralidade: Monitoramento da capacidade de escuta e comunicação do prestador

## Contribuições:

**ANAHP:** Além das críticas ao indicador anterior, há a preocupação com a sobreposição com aquele indicador: dupla mensuração.

**FENASAÚDE:** Sugere-se manter apenas o indicador QUALISS “E-CP A-01 Satisfação do cliente” e aperfeiçoá-lo.

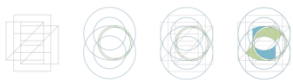
**GIOVANOINI:** Perguntas adequadas, mas, haverá garantia de amostra probabilística?

## Avaliação ANS:

Não há dupla mensuração: há avaliação de aspectos diferentes do indicador anterior como atenção recebida da equipe e compreensão das orientações/prescrições. Não há parâmetros estatísticos para este tipo de indicador. O indicador deve ser mantido.

## Método de cálculo

Somatório das notas atribuídas pelos usuários  
Número de avaliações realizadas pelos usuários



# Domínio Centralidade: Avaliação da Resolubilidade do prestador na perspectiva do usuário

## Contribuições:

**ANAHP:** Além das críticas ao indicador anterior, sugere-se a substituição deste indicador por um indicador de resolubilidade clínica.

**FENASAÚDE:** Sugere-se manter apenas o indicador QUALISS “E–CP A-01 Satisfação do cliente” e aperfeiçoá-lo.

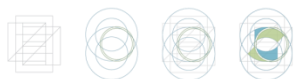
**GIOVANONI:** Paciente/familiar não possui conhecimento suficiente para avaliar. Sugere-se substituir por indicador que mensure a recomendação do serviço.

## Avaliação ANS:

Como se trata de indicador do domínio centralidade no paciente, não busca-se avaliar a resolubilidade clínica, mas conhecer elementos importantes da capacidade do serviço em atender às expectativas dos usuários. **Neste primeiro momento, o indicador será excluído.**

## Método de cálculo

Somatório das notas atribuídas pelos usuários para a pergunta  
Número de avaliações realizadas pelos usuários para a questão

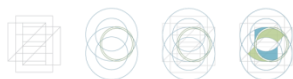


**Segurança**

# Evolução dos Indicadores de Segurança

INDICADORES DEFINIDOS NA FASE E2- "AVALIAÇÃO CONTROLADA" (DISCUSSÕES COGEP 2011 A 2013)	REVISÃO DO CONSULTOR ALUISIO GOMES	PROPOSTA APÓS ANÁLISE DAS CONTRIBUIÇÕES
E-SEG -Taxa de densidade de incidência de infecção de corrente sanguínea associada a cateter venoso central (CVC), na UTI adulto	Mantido com atualizações: "Taxa de densidade de incidência de infecção de corrente sanguínea associada a <b>cateter venoso central (CVC), com confirmação microbiológica, na UTI Adulto</b> "	Mantido com atualizações: "Taxa de densidade de incidência de infecção de corrente sanguínea associada a <b>cateter venoso central (CVC), com confirmação</b>
E-SEG -Taxa de densidade de incidência de infecção de corrente sanguínea associada a cateter venoso central (CVC), na UTI pediátrica	Mantido com atualizações: "Taxa de densidade de incidência de infecção de corrente sanguínea associada a cateter venoso central (CVC), <b>com confirmação microbiológica, na UTI Pediátrica</b> "	Mantido com atualizações: "Taxa de densidade de incidência de infecção de corrente sanguínea associada a cateter venoso central (CVC), <b>com confirmação</b>
E-SEG -Taxa de densidade de incidência de infecção de corrente sanguínea associada a cateter venoso central (CVC), na UTI neonatal	Mantido com atualizações: "Taxa de densidade de incidência de infecção de corrente sanguínea associada a cateter venoso central (CVC), <b>com confirmação microbiológica, na UTI Neonatal</b> "	Mantido com atualizações: "Taxa de densidade de incidência de infecção de corrente sanguínea associada a cateter venoso central (CVC), <b>com confirmação</b>
E-SEG -Taxa de utilização de cateter venoso central (CVC) na UTI adulto	Excluído	Excluído
E-SEG -Taxa de utilização de cateter venoso central (CVC) na UTI pediátrica	Excluído	Excluído
E-SEG -Taxa de utilização de cateter venoso central (CVC) na UTI neonatal	Excluído	Excluído
E-SEG -Conformidade com os padrões de cirurgia segura	Mantido	Mantido
	Novo Indicador: "Conformidade com os padrões de identificação do paciente"	Mantido

Novo Indicador: "Taxa de Efetividade na Prevenção da Úlcera de Pressão"



# Domínio Segurança: Conformidade com os padrões de identificação do paciente.

## Contribuições:

**ANAHP:** O indicador está adequado e é uma medida importante de qualidade.

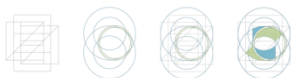
**FENASAÚDE:** De acordo com o indicador.

## Avaliação ANS:

O indicador será mantido.

## Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de pacientes internados com pulseira padronizada}}{\text{Número de pacientes internados}} \times 100$$



**Domínio Segurança:** Taxa de densidade de incidência de infecção de corrente sanguínea associada a cateter venoso central (CVC), com confirmação microbiológica, na UTI Adulto.

### **Contribuições:**

**ANAHP:** O indicador está adequado e é uma medida importante de qualidade. Sugere que haja indicadores sobre a existência e a eficácia de mecanismos de busca ativa de infecções hospitalares, sem os quais a comparabilidade entre as instituições é impossível.

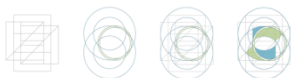
**FENASAÚDE:** De acordo com o indicador.

### **Avaliação ANS:**

De modo geral as avaliações aos indicadores deste domínio foram positivas e as sugestões estão relacionadas a ajustes pontuais nestes indicadores; destacamos que tais ajustes poderão ser realizados no decorrer da utilização destes instrumentos, caso sejam observados os problemas mencionados pela ANAHP. O indicador dever ser mantido.

### **Método de cálculo**

$$\frac{\text{(Número de casos novos de IPCSL no período)}}{\text{(Número de CVCs-dia no período)}} \times 1000$$



**Domínio Segurança:** Taxa de densidade de incidência de infecção de corrente sanguínea associada a cateter venoso central (CVC), com confirmação microbiológica, na UTI Pediátrica

### **Contribuições:**

**ANAHP:** O indicador está adequado e é uma medida importante de qualidade. Sugere que haja indicadores sobre a existência e a eficácia de mecanismos de busca ativa de infecções hospitalares, sem o qual a comparabilidade entre as instituições é impossível.

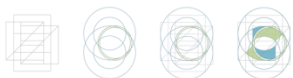
**FENASAÚDE:** De acordo com o indicador.

### **Avaliação ANS:**

De modo geral as avaliações aos indicadores deste domínio foram positivas e as sugestões estão relacionadas a ajustes pontuais nestes indicadores; destacamos que tais ajustes poderão ser realizados no decorrer da utilização destes instrumentos, caso sejam observados os problemas mencionados pela ANAHP. O indicador dever ser mantido.

### **Método de cálculo**

$$\frac{(\text{Número de casos novos de IPCSL no período})}{(\text{Número de CVCs-dia no período})} \times 1000$$





**Domínio Segurança:** Taxa de densidade de incidência de infecção de corrente sanguínea associada a cateter venoso central (CVC), com confirmação microbiológica, na UTI Neonatal

**Contribuições:**

**ANAHP:** O indicador é uma medida importante de qualidade mas a estratificação por peso é relevante e deveria ser reintroduzida. Hospitais com uma estrutura de atenção ao neonato mais robusta usualmente atendem a casos de maior risco. Retirar esta diferenciação dificultaria a comparabilidade entre as instituições. Da mesma maneira, é necessário complementar este indicador com outros sobre a existência e a eficácia de mecanismos de busca ativa de infecções hospitalares.

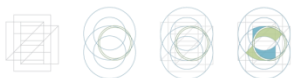
**FENASAÚDE:** De acordo com o indicador.

**Avaliação ANS:**

De modo geral as avaliações aos indicadores deste domínio foram positivas e as sugestões estão relacionadas a ajustes pontuais nestes indicadores, destacamos que tais ajustes poderão ser realizados no decorrer da utilização destes instrumentos, caso sejam observados os problemas mencionados pela ANAHP. O indicador dever ser mantido.

**Método de cálculo**

$$\frac{(\text{Número de casos novos de IPCSL no período})}{(\text{Número de CVCs-dia no período})} \times 1000$$



# Domínio Segurança: Conformidade com os padrões de cirurgia segura

## Contribuições:

**ANAHP:** O indicador está adequado e é uma medida importante de qualidade.

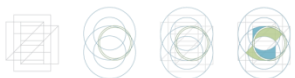
**FENASAÚDE:** De acordo com o indicador.

## Avaliação ANS:

O indicador deve ser mantido.

## Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de pacientes submetidos à cirurgia com verificação de checklist, em um mês}}{\text{Número de pacientes submetidos à cirurgia, em um mês}} \times 100$$



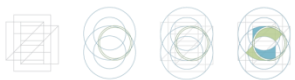
# Domínio Segurança: Taxa de Efetividade na Prevenção da Úlcera de Pressão

**Indicador novo: Contribuição IQG.**

Indicador recomendável do QUALISS: Incidência de úlcera por pressão

## Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de internações-número de pacientes com úlcera de pressão no período}}{\text{Número de internações no período}}$$



# Domínio Segurança: Proporção de prontuários eletrônicos

**Indicador novo. Caráter informativo**

**Método de cálculo:**

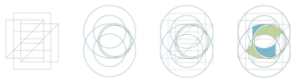
**Questionário sobre utilização de prontuário eletrônico.**



**Efetividade**

# Evolução dos Indicadores de Efetividade

INDICADORES DEFINIDOS NA FASE E2- "AVALIAÇÃO CONTROLADA" (DISCUSSÕES COGEP 2011 A 2013)	REVISÃO DO CONSULTOR ALUISIO GOMES	PROPOSTA APÓS ANÁLISE DAS CONTRIBUIÇÕES
E-EFT -Implantação de diretrizes e protocolos clínicos.	Mantido com atualizações: "Monitoramento da implantação de diretrizes e protocolos clínicos"	Mantido com atualizações: "Monitoramento da implantação de diretrizes e protocolos clínicos". Mudança nas áreas temáticas e meio de verificação.
E-EFT -Taxa de mortalidade institucional	Excluído	Excluído
E-EFT --Taxa de mortalidade cirúrgica	Excluído	Excluído
E-EFT -Taxa de mortalidade neonatal RN < 1500g	Integração dos 2 indicadores: "Taxa de mortalidade neonatal entre recém-nascidos de baixo peso em maternidades"	Taxa de mortalidade neonatal 500g<RN < 1500g
E-EFT -Taxa de mortalidade neonatal RN entre 1500g e 2500g		Taxa de mortalidade neonatal 1500<=RN<2500g
E-EQI -Acessibilidade à pessoa com deficiência	Mantido com atualizações: "Monitoramento de medidas de garantia de acessibilidade à pessoa com deficiência"	Excluído
E-EQI -Medidas para garantir o atendimento a prioridade às pessoas vulneráveis (pessoas com deficiência, idosos, crianças, gestantes e lactantes), excluindo urgência/emergência	Mantido com atualizações: "Índice de medidas de garantia de atendimento prioritário em saúde às pessoas vulneráveis (pessoas com deficiência, idosos, crianças, gestantes lactantes), excluindo	Excluído
E-ACE-Acolhimento com classificação de risco	Mantido com atualizações: "Monitoramento da implantação do acolhimento com classificação de risco"	Mantido com as atualizações: "Monitoramento da implantação do acolhimento com classificação de risco"
E-ACE -Tempo de espera na Urgência e Emergência	Mantido com atualizações: "Monitoramento do tempo de espera na Urgência e Emergência"	Mantido com atualizações: "Monitoramento do tempo de espera na Urgência e Emergência". Feita delimitação (vermelho e laranja) e mudança da lógica de cálculo (tempo médio por
	Novo Indicador: "Proporção de Parto Normal"	Mantido com atualizações: "Proporção de Parto Normal". Mudança de meta.
	Novo Indicador:"Proporção de Internação em emergência por condições agudas que não deveriam requerer admissão hospitalar"	Mantido com atualizações: "Proporção de Internação por condições agudas que não deveriam requerer admissão hospitalar".
	Novo Indicador:"Proporção de readmissão em emergência em até 30 dias da última alta hospitalar"	Mantido Indicador:"Proporção de readmissão hospitalar em até 30 dias da última alta "
		Novo Indicador:"Percentual de internações a partir da emergência por dia da semana"
		Novo Indicador:"Percentual de altas hospitalares a partir da UTI"
		Novo Indicador:"Taxa de retorno não planejado à sala de cirurgia"



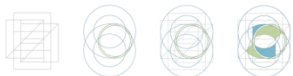
# Domínio Efetividade: Monitoramento da implantação de diretrizes e protocolos clínicos

- **Contribuições:**
  - FENASAÚDE:
    - recomenda que as diretrizes e os protocolos clínicos sejam validados pelas Sociedades de Especialidades Médicas e/ou Guidelines Internacionais.
  - ANAHP:
    - binário;
    - natureza gradual de implantação;
    - pouca objetividade;
    - não identifica quem avalia a implantação.
    - Sugestão: levar em consideração os diferentes graus de implementação
- **Avaliação ANS:**
  - Mudar lógica para poder ser binário, com protocolos acompanháveis pela CCIH.
- **Método de Cálculo:**
  - Evidências de elaboração, desenvolvimento e implementação de protocolos clínicos para sepse e isolamento há pelo menos quatro meses.
  - A verificação das evidências deve ser feita através dos relatórios de CCIH.

# Domínio Efetividade: Monitoramento da implantação do acolhimento com classificação de risco

- **Contribuições:**
  - FENASAÚDE:
    - Entende que o acolhimento deve ser melhor parametrizado possibilitando a utilização de modelos já existentes capazes de mensurar o índice.
  - ANAHP:
    - Sugere não limitar a metodologia.
    - A epidemiologia de cada hospital deve justificar a metodologia.
- **Avaliação ANS:**
  - As metodologias são variadas, porém limitadas às reconhecidas internacionalmente.
- **Método de Cálculo:**

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes classificados por risco na urgência/emergência}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes admitidos na urgência/emergência}} \times 100$$





# Domínio Efetividade: Monitoramento do tempo de espera na urgência e emergência

- **Contribuições:**

- FENASAÚDE:

- O indicador pode ser influenciado por diversos fatores inerentes a cada prestador. Sugere-se que seja delimitado. Exemplo: Monitorar o tempo para atendimento dos casos mais críticos segundo a classificação de risco (vermelho).

- ANAHP:

- Epidemiologias distintas por especialidade e por região tornam a comparabilidade entre os hospitais difícil.
    - Sugere indicador de atendimento dentro dos prazos seguros, conforme classificação de risco.

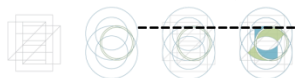
- **Avaliação ANS:**

- A escolha da metodologia será do hospital conforme sua especialidade/epidemiologia.
  - Foi considerada a especificidade da categoria de risco.

- **Método de Cálculo:**

Percentual de pacientes atendidos no tempo da classificação de risco para as categorias vermelha e laranja (ou seja, emergente e muito urgente).

Nº de pacientes classificados nas categorias e atendidos no tempo de espera vermelho e laranja



Nº total de pacientes classificados em vermelho e laranja

----- X 100

# Domínio Efetividade: Proporção de parto normal

- **Contribuições:**

- FENASAÚDE:

- De acordo com o indicador. Mas deve ser ponderado considerando o nível de complexidade do estabelecimento de saúde a fim de não prejudicar hospitais de referência em gestações de alto risco.

- ANAHP:

- Eliminação do indicador com a criação de índice de cesáreas eletivas ocorridas antes da 38ª semana de gestação.
    - A OMS não recomenda aplicar metas a instituições de saúde individuais;
    - a escolha da forma de parto deve preservar a autonomia da mulher;
    - recomenda um indicador de número de partos cesários eletivos antes do termo para medir a qualidade da assistência obstétrica.

- GIOVANOINI:

- Considera-se o cálculo e a meta adequados, e sugere o estabelecimento do prazo de 24 meses para o alcance do resultado estipulado pela OMS de 85% de realização de partos normais nos prestadores de serviços hospitalares.


- **Avaliação ANS:**

- A média considerada atende às especificidades, uma vez que é inferior ao padrão da OMS.
    - Busca de um parâmetro positivo na qualidade com meta de 60% em parto normal.

- **Método de Cálculo:**

Número total de partos normais realizados no hospital

----- X 100

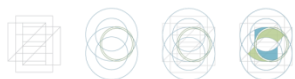
Número total de partos (normais + cesários) realizados no hospital

# Domínio Efetividade: Proporção de readmissão em emergência em até 30 dias da última alta hospitalar

- **Contribuições:**
  - FENASAÚDE:
    - Necessário definir as variáveis de agudização e readmissão em unidade de urgência/emergência. Readmissão em 15 dias mais associadas a falhas da assistência hospitalar da última internação que descompensação de doenças crônicas ou falhas de seguimento na assistência ambulatorial.
  - ANAHP:
    - Hospital não tem controle sobre o seguimento ambulatorial;
    - paciente não volta necessariamente ao mesmo hospital;
    - sujeito à epidemiologia: nos hospitais de casos mais complexos aumentam-se as taxas de reinternação.
- **Avaliação ANS:**
  - Mudança do indicador para readmissão hospitalar, considerando ajuste de risco para oncologia e obstetrícia;
  - **A ANS considera este indicador para efeito do Fator de Qualidade 2016 - meta 20%.**
- **Método de Cálculo:**

Número total de readmissões em qualquer hospital em até 30 dias da última alta  
----- X 100

Número total de internações

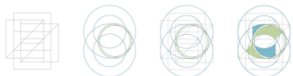


# Domínio Efetividade: Taxa de mortalidade neonatal entre recém nascidos de (muito ou moderado) baixo peso em maternidade

- **Contribuições:**
  - FENASAÚDE:
    - Manter somente uma faixa de referência para baixo peso; indicar serviço especializado;
  - ANAHP:
    - Estratificação por peso, para comparabilidade;
    - Hospitais com casos de maior risco aumentam taxas de mortalidade.
- **Avaliação ANS:**
  - Desmembramento do indicador para atender às especificidades da estratificação por peso;
  - Não será estabelecida, a priori, uma meta para este indicador. A partir da primeira rodada de envio de dados pelos hospitais participantes, a meta será estabelecida com base nas taxas de mortalidade neonatal para RNBP brutas calculadas, ajustadas pelas taxas de mortalidade para as faixas de peso ao nascer, obtidas a partir de informações do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC (Brasil, 2015b) e do Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.
- **Método de Cálculo:**

Número de óbitos de recém nascidos com muito baixo peso ao nascer (500g<RN<1500g)  
----- X 100  
Número de saídas de recém nascidos com muito baixo peso ao nascer (500g<RN<1500g)

Número de óbitos de recém nascidos com moderado baixo peso ao nascer (1500g<=RN<2500g)  
----- X 100  
Número de saídas de recém nascidos com moderado baixo peso ao nascer (1500g<=RN<2500g)



## **Domínio Efetividade: Monitoramento de medidas de garantia de acessibilidade à pessoa com deficiência - Checklist de acessibilidade**

- **Contribuições:**
  - FENASAÚDE:
    - Não há relação direta entre acessibilidade e efetividade. Além disso, os prestadores já devem seguir regras estabelecidas por lei referentes à acessibilidade. Sugere exclusão.
  - ANAHP:
    - Parte depende do Poder Público
    - Há itens sujeitos a normatizações estaduais e municipais
    - Qualidade hospitalar não é o cumprimento da Lei.
    - Há hospitais antigos e tombados pelo patrimônio histórico. Difícil adequação.
    - Sugere alterar o checklist.
  - GIOVANOINI:
    - A ideia de monitoramento deste indicador considerando a realidade da população é relevante porém salienta-se a limitação orçamentária e física da rede credenciada para adequação aos itens propostos no checklist.
    - Neste caso, sugere-se a análise de viabilização de linha de crédito com juros baixos para adequação dos serviços, mediante apresentação e implementação de projetos estruturados, que assegurem a acessibilidade das pessoas com deficiência.
- **Avaliação ANS:**
  - Em função das críticas apresentadas e avaliação da ANS, o indicador, por hora, foi



**Domínio Efetividade: *Índice de medidas de garantia de atendimento prioritário em saúde às pessoas vulneráveis (pessoas com deficiência, idosos, crianças, gestantes lactantes), excluindo urgência/emergência***

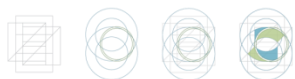
- **Contribuições:**

- ANAHP:

- Cumprir a Lei não é opcional;
    - Alargamento do escopo regulatório: fiscalizar cumprimento da Lei por parte do prestador;

- **Avaliação ANS:**

- Avalia-se que a existência de outros canais de comunicação supre a necessidade de criação do indicador neste momento.

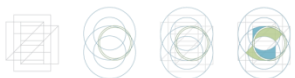


## Domínio Efetividade: Percentual de interações a partir da emergência por dia da semana

- **Método de cálculo**

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de interações a partir da emergência}}{\text{N}^\circ \text{ total de interações}} \times 100$$

- **Meta:** 15% (a verificar atualização da literatura).

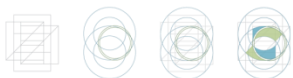


## Domínio Efetividade: Percentual de altas hospitalares a partir da UTI

- **Método de cálculo**

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Altas hospitalares a partir da UTI}}{\text{N}^\circ \text{ total de altas hospitalares}} \times 100$$

- **Meta: 0 (zero)**



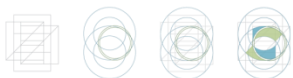


## Domínio Efetividade: Taxa de retorno não planejado à sala de cirurgia

- **Método de cálculo**

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de retornos não planejados à sala de cirurgia}}{\text{N}^\circ \text{ total de cirurgias}} \times 100$$

- **Meta:** 0 (zero). Ver parâmetros da contribuição do IQG

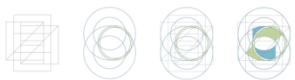


## Domínio Efetividade: Tempo médio de internação por clínica

- **Método de cálculo**

$$\frac{\text{Tempo médio de internação por clínica}}{\text{N}^{\circ} \text{ de internações por clínica}} \times 100$$

- **Meta:** a definir

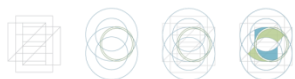


## Domínio Efetividade: Taxa de profissionais de enfermagem/leito

- **Método de cálculo**

$$\frac{\text{Número de Enfermeiros}}{\text{Número de Profissionais de Enfermagem}} \times \frac{1}{\text{N}^{\circ} \text{ de leitos}}$$

- **Meta:** a definir



# Obrigado



Ministério da  
**Saúde**



[qualidadesetorial@ans.gov.br](mailto:qualidadesetorial@ans.gov.br)