

Fichas Técnicas e Nota técnica nº 34/DIDES

Indicadores do Fator de Qualidade

Nota nº: 34/2015/COBPC/GERAR/DIDES.....	3
Proporção de guia eletrônica de cobrança na versão 3 do Padrão TISS.....	33
Indicadores de Segurança do Paciente	176
Proporção de readmissão em até 30 dias da última alta hospitalar.....	19

Nota nº: 34/2015/COBPC/GERAR/DIDES

Assunto: Critérios de qualidade considerados para fins de aplicação do inciso II, do art. 4º da Instrução Normativa – IN nº 61, de 4 de dezembro de 2015, da Diretoria de Desenvolvimento Setorial – DIDES, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Contextualização

A lei de criação da ANS (9.961/2000) instituiu em seu artigo 4º, inciso II, que compete à agência “estabelecer as características gerais dos instrumentos contratuais utilizados na atividade das operadoras”. A abordagem específica da relação entre operadoras e prestadores surgiu em 2002, quando a ANS iniciou a discussão sobre a necessidade de regular as relações que eram estabelecidas, no sentido de mediar e amenizar os conflitos e tensões existentes entre esses atores para aprimorar o funcionamento do setor. A fixação de critérios para reajustes de valores pagos nos contratos estabelecidos, bem como de sua forma e periodicidade, foi normatizada no ano de 2003, com as Resoluções Normativas RN nº42/2003 – para serviços hospitalares, RN nº54/2003 – para SADT e RN nº71/2004 – para profissionais de saúde ou pessoas jurídicas que prestam serviços em consultórios.

Em dezembro de 2014, motivada pela Lei nº 13.003 de junho de 2014, que alterou a Lei nº 9.656/1998 visando mudanças na regulamentação dos contratos escritos entre operadoras e prestadores, a ANS publicou as Resoluções Normativas RN nº363, RN nº364, RN nº365, IN nº56. Estas resoluções alteraram as normas vigentes que versavam sobre o tema, com destaque ao índice de reajuste previsto na RN nº364/2014, definido pela ANS como forma de reajuste nos contratos escritos, para casos onde houver previsão contratual de livre negociação como única forma de reajuste e nos casos onde não houver acordo entre as partes ao término do período de negociação previsto na RN nº363/2014. Em 04 de dezembro de 2015, a ANS publicou a Resolução Normativa RN nº 391, alterando os artigos 3º, 9º e 7º da RN 364 e a Instrução Normativa – IN nº 61, que dispõe sobre o Fator de Qualidade para Hospitais.

Ao índice de reajuste definido pela ANS, a RN nº364/2014 previu atrelar a aplicação de um Fator de Qualidade, conforme segue abaixo:

Art. 7º Ao índice de reajuste definido pela ANS será aplicado um Fator de Qualidade a ser descrito através de Instrução Normativa.

§ 1º Para os profissionais de saúde a ANS utilizará na composição do Fator de Qualidade critérios estabelecidos pelos conselhos profissionais correspondentes em parceria com a ANS em grupo a ser constituído para este fim.

§ 2º Para os demais estabelecimentos de saúde a ANS utilizará na composição do fator de qualidade certificados de Acreditação e de Certificação de serviços estabelecidos no setor de saúde suplementar, em grupo a ser constituído para este fim.

§ 3º Na composição do Fator de Qualidade também poderão ser utilizados indicadores selecionados, bem como a participação e o desempenho em projetos e programas de indução da qualidade, conforme a ser definido pela DIDES (redação dada pela RN nº 391).

As dificuldades de negociação para pagamentos e reajustes de serviços de saúde trazem impactos negativos sobre a qualidade da assistência, pois interferem na manutenção de custos compatíveis com a sustentabilidade e o desenvolvimento do setor de saúde suplementar, conseqüentemente afetando a garantia de acesso dos beneficiários e um atendimento centrado em suas necessidades. É nesse bojo que se estabeleceu uma cláusula de arbitragem com a vinculação entre o reajuste concedido anualmente aos prestadores e sua qualidade.

Destaca-se a finalidade institucional da ANS em promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde e, de acordo com a Lei nº 9.961/2000, exercer o controle e a avaliação dos aspectos concernentes à garantia de acesso, manutenção e qualidade dos serviços prestados aos beneficiários, direta ou indiretamente, pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde. Nesse âmbito, sobressaem entre suas competências o estabelecimento de parâmetros e indicadores de qualidade, bem como de critérios de aferição e controle da qualidade dos serviços.

Avaliação da Qualidade em Saúde

A qualidade pode ser entendida como um atributo ou propriedade do cuidado em saúde que se apresenta em maior ou menor nível e implica, como objeto primário de estudo, um conjunto de atividades que ocorrem entre profissionais e pacientes. A “avaliação da qualidade”, por conseguinte, é uma medida da extensão desse atributo ou propriedade¹. O conceito mais atualmente utilizado para definir “qualidade do cuidado” é o do Instituto de Medicina dos EUA (IOM), e se refere ao grau em que os serviços de saúde voltados para indivíduos e populações aumentam a probabilidade de resultados desejados e são consistentes com o conhecimento profissional corrente².

No campo da prática da avaliação de qualidade, ela tem sido definida segundo dois grandes pólos: por um lado, de maneira genérica, como sinônimo de excelência, zero defeito; por outro, de maneira desagregada, reconhecendo-se sua complexidade e propondo-se abordagens multidimensionais que consideram conjuntos de atributos e, portanto, em geral implicam interpretações e análises parciais e contextualizadas³. O IOM definiu, em 2001, seis dimensões de qualidade, as quais possuem ampla adesão internacional, são elas: segurança, efetividade, centralidade no paciente, oportunidade, eficiência e equidade. Recentemente, no processo de revisão da estrutura do Programa Qualiss Monitoramento, a ANS propôs uma consolidação das dimensões de qualidade em três níveis: organização da segurança, eficiência/resolubilidade, e centralidade no paciente.

Independentemente dos conceitos e abordagens aplicados, desde a década de 1980 discute-se a complexidade dos processos de avaliação da qualidade e sua relação com a própria complexidade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, em que há variações nos produtos esperados e amplo leque de objetivos a serem alcançados. Ainda

¹ DONABEDIAN, A. The definition of quality: a conceptual exploration. Explorations in quality assessment and monitoring. The definition of quality and approaches to its assessment (One). Michigan: Health Administration Press. Ann Arbor, v. I, 1980.

² IOM – Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington, DC: National Academy Press, 2001.

³ CAMPBELL, S. M.; ROLAND, M. O.; BUETOW, A. S. Defining quality of care. Soc. Sci. Med., n. 51, p. 1611-1625, 2000.

assim, é consenso que, considerando a natureza multidimensional do conceito de qualidade, não há um único critério para julgá-la¹.

Inúmeras iniciativas de avaliações comparativas da qualidade de serviços de saúde têm sido implementadas, com propostas metodológicas e uso de indicadores variados, tendo por finalidade utilizar informações sobre a qualidade do cuidado para tomar decisões administrativas, incluindo sistemas de pagamento e de composição de incentivos financeiros baseados na qualidade^{4,5,6,7}. Como por exemplo, pagamento por performance, orçamento global e shared savings program.

No contexto em que os sistemas de saúde sofrem pressões de diversas naturezas, as medidas de desempenho têm sido entendidas como importante componente no conjunto de esforços para melhorar a qualidade do cuidado em saúde, promovendo a responsabilização e a transparência na prestação de contas (accountability) e expressando a maior preocupação sobre o controle de custos e a prestação de cuidados equânimes, com menor variação na prática clínica^{6,7}.

As experiências do uso de medidas de qualidade para vinculação a sistemas de pagamento em diversos países baseiam-se no monitoramento de indicadores de desempenho, expressos geralmente na forma de taxas e razões. Em sua maioria, tais indicadores exigem ajustes de risco que visam ponderar os resultados segundo a gravidade dos casos dos pacientes atendidos, a fim de evitar injustiças como desvantagens no pagamento a prestadores que atendem pacientes mais graves cujo risco de maus resultados é maior, ou a seleção intencional de pacientes menos graves pelos prestadores, com o objetivo de obter melhores resultados.

Apesar das vantagens no uso de metodologias de monitoramento do desempenho por meio de indicadores, e mesmo diante do avanço das metodologias estatísticas

4 CHASSIN, M. R.; LOEB, J. M.; SCHMALTZ, S. P.; WACHTER, R. M. Accountability measures: using measurement to promote quality improvement. *N Engl. J Med.*, v. 363, n. 7, p. 683-688, 2010.

5 FUNG, V.; SCHMITTIDIEL, J. A.; FIREMAN, B.; MEER, A.; THOMAS, S.; SMIDER, N.; HSU, J.; SELBY, J. V. Meaningful variation in performance: a systematic review. *Med. Care*, v. 48, n. 2, p. 140-48, 2010.

6 GROENE, O.; SKAU, J. K. H.; FRØLICH, A. An international review of projects on hospital performance assessment. *Int. Journal for Quality in Health Care*, v. 20, n. 3, p.162-171, 2008.

7 KONDILIS, E.; GAVANA, M.; GIANNAKOPOULOS, S.; SMYRNAKIS, E.; DOMBROS, N.; BENOS, A. Payments and quality of care in private for-profit and public hospitals in Greece. *BMC Health Serv. Res.*, n. 11, p. 234, 2011.

empregadas em ajustes nos riscos, seu uso para todo o conjunto de serviços de saúde do país esbarra em alguns desafios. Entre os quais, destaca-se o aprimoramento dos sistemas de informação, uma vez que em regra geral eles são determinantes para a coleta dos dados. Entre os aspectos que precisam ser aprimorados, encontram-se a: cobertura (grau de registro dos eventos), completude (grau de valores não nulos) e consistência (coerência entre variáveis relacionadas). Até que se ultrapasse esse desafio, o uso de indicadores assistências para monitoramento da qualidade do cuidado deverá ocorrer de forma gradual.

A ANS investe na melhoria dos sistemas de informação no setor suplementar com destaque para o padrão de Troca de Informações na Saúde Suplementar – TISS. A TISS foi estabelecida como padrão eletrônico obrigatório para as trocas de dados de atenção à saúde dos beneficiários de planos, entre os agentes da Saúde Suplementar. O objetivo é padronizar as ações administrativas, subsidiar as ações de avaliação e acompanhamento econômico, financeiro e assistencial das operadoras de planos privados de assistência à saúde e compor o Registro Eletrônico de Saúde. Todo o processo de desenvolvimento e aperfeiçoamento do padrão realiza-se de forma participativa, na busca de consenso entre os representantes dos atores do setor no âmbito do COPISS (Comitê de Padronização de Informações em Saúde Suplementar). A ANS entende que estimular o bom uso do Padrão TISS é uma forma de induzir a melhoria dos dados informados e de preparar o setor para a utilização de indicadores assistências, em especial indicadores de resultado, para o monitoramento da qualidade do cuidado.

Outra forma de avaliação dos serviços de saúde é a acreditação. Nesse sistema há maior controle sobre a coleta de dados e é utilizada, em geral, documentação na qual se padroniza os procedimentos de coleta e se justifica cientificamente o uso das medidas. A acreditação é um procedimento de verificação externa dos recursos institucionais e dos processos adotados pelas instituições, que mede indiretamente a qualidade da assistência através de um conjunto de padrões previamente aceitos e consoantes com os atributos de qualidade como aqueles propostos pelo IOM, considerados mínimos (ou base) ou mais

elaborados e exigentes, com diferentes níveis de satisfação e qualificação⁸. Entretanto, a acreditação não avalia indicadores de resultado, sendo esta uma limitação importante para seu uso como único critério para avaliação de qualidade.

Seu caráter voluntário pressupõe que apenas as organizações realmente interessadas na melhoria da qualidade dos seus serviços se habilitem para a avaliação. O caráter periódico garante a melhoria contínua, pois para manter o status de acreditado, todo o processo de avaliação deve ser refeito em intervalos de tempo pré-definidos. Quanto ao caráter reservado, significa que os resultados da avaliação só serão tornados públicos se a organização for considerada acreditada, garantindo assim, a confidencialidade das informações^{9,10}.

Projetos de Melhoria da Qualidade em saúde

Para além do investimento na avaliação da qualidade dos serviços de saúde, é imprescindível investir em projetos de melhoria da qualidade dos serviços. Para tal, se faz necessário implantar um novo arranjo organizativo da prestação de serviços de saúde com orientação para a qualidade e que ofereçam cuidados abrangentes, integrados e apropriados ao longo do tempo e assegurem a atenção no primeiro contato. Tal rearranjo requer uma sólida fundamentação legal, institucional e organizacional, bem como recursos humanos, financeiros e tecnológicos adequados e sustentáveis. Além disso, demanda práticas otimizadas de gerenciamento e organização em todos os níveis, para alcançar eficiência e efetividade. Para isso será necessário dar mais atenção às necessidades estruturais e operacionais dos prestadores de serviços de saúde, e desenvolver intervenções com foco no acesso, financiamento apropriado, adequação e sustentabilidade de recursos e no desenvolvimento de estratégias para gerenciar a mudança.

⁸ FELDMAN, L.B.; GATTO, M.A.F.; CUNHA, I.C.K.O. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. *Acta Paul Enferm.*;18(2):213-9, 2005.

⁹ SCHIESARI, L.M.C. Resultados de iniciativas de qualidade em hospitais brasileiros [Tese de Doutorado – Ciências]. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo: USP, 2003.

¹⁰ SEABRA, S.A.K. Acreditação em organizações hospitalares [Dissertação de Mestrado]. Faculdade de Administração, Contabilidade e Economia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: PUC-RS, 2007.

Trata-se de um processo de médio prazo, no qual a ANS por meio da DIDES está investindo por meio de um Acordo de Cooperação Técnica, a partir da implementação de Projetos Pilotos, com o objetivo de induzir a adoção de boas práticas com vistas à melhoria da qualidade na produção de saúde e segurança do paciente, baseadas em evidência científica, na prestação de serviços de saúde no setor suplementar. O propósito do Acordo é formar uma comunidade de aprendizagem em torno da segurança do paciente e melhorar os indicadores com intervenções orientadas. A metodologia utilizada é a Ciência da Melhoria, que aponta métodos que podem contribuir para melhorar os resultados da saúde e reduzir os custos ao identificar as melhores práticas que não são amplamente seguidas e a criar uma estrutura elaborada para apoiar a sua implementação.

A Regulamentação do Fator de Qualidade

Conforme definido na Resolução Normativa RN nº 364/2014, em seu Art. 7º, §2º, foi proposto na Instrução Normativa nº 61 a utilização de um fator de qualidade estabelecido pela ANS, para hospitais, para a composição do índice de reajuste definido pela ANS, quando couber, conforme Art. 3º desta mesma Resolução.

Considerando:

- O prazo de 1 (um) ano para entidades hospitalares e 2 (dois) anos para os profissionais de saúde, laboratórios, clínicas e outros estabelecimentos de saúde, para o início da aplicação do Fator de Qualidade desde a publicação da RN nº364/2014, conforme instituído no Art. 9º desta RN em redação dada pela RN nº 391, para o início da aplicação do fator de qualidade sobre o reajuste da ANS;
- A existência de um sistema formal de acreditação de serviços, inclusive com certificação internacional, bem como o reconhecimento da utilidade e validade desta forma de avaliação no campo científico da qualidade;
- O investimento e o período de tempo envolvidos com um processo de acreditação de serviços de saúde;
- A necessidade de estímulo ao uso adequado do Padrão TISS, com vistas a melhoria dos dados disponíveis no setor suplementar em níveis adequados de cobertura, completude e consistência, que permitam a construção de um monitoramento a

partir de indicadores de qualidade, em especial de resultados, com validade e confiança;

- A implementação do Projeto Parto Adequado como o primeiro projeto de melhoria da qualidade dos serviços de saúde instituído pela DIDES/ANS, em uma iniciativa conjunta com o Hospital Israelita Albert Einstein e o Institute for Healthcare Improvement (IHI) e apoio do Ministério da Saúde, o qual tem como objetivo elaborar, testar, avaliar e disseminar modelos de atenção a parto e nascimento que favoreçam qualidade dos serviços, valorizem o parto normal e contribuam para a redução dos riscos decorrentes de cesarianas desnecessárias;
- A necessidade de estímulo a adoção de medidas de segurança do paciente, como parte das ações de melhoria da qualidade dos serviços de saúde;

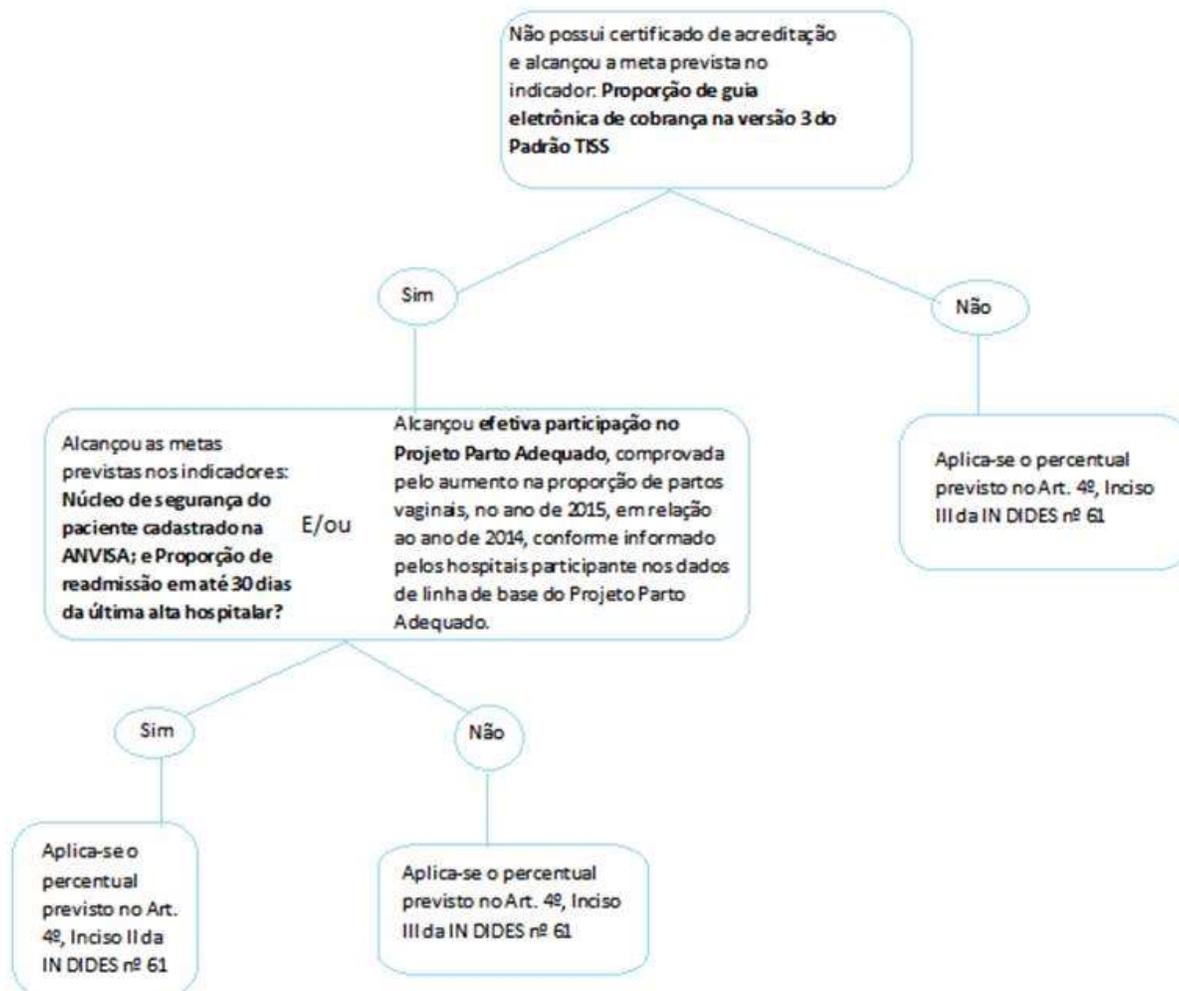
A Instrução Normativa nº 61 propõe:

- Utilizar os programas de acreditação já estabelecidos e reconhecidos no Brasil, bem como critérios estabelecidos nos projetos da DIDES/ANS de indução da qualidade como parâmetros para a aplicação do Fator de Qualidade.
- Estratificação do índice de reajuste definido pela ANS (IPCA) para prestadores de serviços hospitalares em três percentuais: 105% do IPCA; 100% do IPCA e 85% do IPCA.
- Utilizar, nesse primeiro ano, o processo de acreditação como parâmetro máximo (105%) e a participação e cumprimento dos critérios estabelecidos nos projetos da DIDES de indução da qualidade como parâmetro intermediário (100%);
- Definir que hospitais que não possuem acreditação e não atenderem aos critérios definidos pela ANS para aplicação do reajuste serão classificados no parâmetro mínimo (85%);
- Considerar Hospital Acreditado aquele que possui certificado de acreditação em nível máximo emitido por instituições que tenham obtido reconhecimento da competência para atuar como Instituições Acreditoras no âmbito dos serviços de saúde pelo Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia – INMETRO ou pelo The International Society for Quality in Health Care – ISQUA;

Para os reajustes ocorridos no período de 22 de dezembro de 2015 a 31 de dezembro de 2016, conforme dispõe na IN DIDES nº 61, os indicadores e programas de indução da qualidade assistencial utilizados para a elaboração dos critérios de qualidade para fins de aplicação do percentual intermediário definido no art. 4º, inciso II da IN DIDES nº 61 serão:

- Proporção de guia eletrônica de cobrança na versão 3 do Padrão TISS;
- Núcleo de segurança do paciente cadastrado na ANVISA;
- Proporção de readmissão em até 30 dias da última alta hospitalar; ou
- Efetiva participação no Projeto Parto Adequado, comprovada pela melhoria no indicador proporção de partos vaginais.

A aplicação do percentual intermediário definido no art. 4º, inciso II da IN DIDES nº 61 seguirá o fluxo a seguir:



Deste modo, conforme descrito no fluxo acima, aqueles hospitais que não possuem certificado de acreditação em nível máximo, para fazer jus ao percentual de 100% do IPCA previsto no Inciso II, Art. 4º da IN DIDES nº 61, o hospital deverá obrigatoriamente cumprir a meta do indicador Proporção de guia eletrônica de cobrança na versão 3 do Padrão TISS e ter efetiva participação no Projeto Parto Adequado, comprovada pela melhoria no indicador proporção de partos vaginais ou cumprir a meta dos indicadores: Núcleo de segurança do paciente cadastrado na ANVISA e Proporção de readmissão em até 30 dias da última alta hospitalar. As fichas Técnicas dos indicadores mencionados, com as respectivas metas, encontram-se anexas a esta Nota.

Os critérios de qualidade descritos serão revisados anualmente, podendo-se excluir, alterar ou incluir novos parâmetros, considerando as políticas regulatórias do setor e

análise de possíveis impactos ou dificuldades para implementação. Espera-se que no médio prazo, com o aprimoramento do Programa de incentivo à Qualificação de Prestadores de Serviços da Saúde Suplementar – Qualiss, em seu componente de Monitoramento da Qualidade dos Prestadores de Serviços, avancemos na análise de indicadores de resultado em saúde e esse passe a ser o critério de pontuação máxima para o Fator de Qualidade.

Jacqueline Alves Torres
Gerente-Executiva de Aprimoramento do
Relacionamento entre Prestadores e Operadoras

De acordo. Em 17/12 /2015.

MICHELLE MELLO DE SOUZA
Diretora Adjunta de Desenvolvimento Setorial

MARTHA REGINA DE OLIVEIRA
Diretora de Desenvolvimento Setorial

Proporção de guia eletrônica de cobrança na versão 3 do Padrão TISS

Conceituação

Proporção de guia de cobrança em meio eletrônico recebida pela operadora de plano privado de assistência à saúde, dentre as guias enviadas pelo prestador de serviço de saúde da operadora.

Método de cálculo

Total de guias eletrônicas de cobrança na versão 3 do Padrão TISS

Total de guias de cobrança

Definições de termos utilizados

Guia de cobrança eletrônica é a mensagem enviada pelo prestador de serviço de saúde à Operadora solicitando pagamento de atenção à saúde prestada a beneficiários da operadora.

O prestador de serviço de saúde será identificado pelo Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) e tipo de estabelecimento igual a hospital geral, hospital especializado e hospital dia.

O Plano de Contingência é o conjunto de regras e formulários estabelecidos para dar continuidade ao processo de trabalho na interrupção temporária das trocas eletrônicas.

Interpretação

A totalidade de guias eletrônicas de cobrança na versão 3 do Padrão TISS indica atendimento aos normativos da ANS e estabilidade do meio de comunicação.

Uso

O indicador possibilita avaliar a conformidade do relacionamento prestador de serviço de saúde com a operadora de plano privado de assistência à saúde, com um ato regulatório emitido pela ANS.

Parâmetros e dados estatísticos

O parâmetro é a obrigatoriedade estabelecida no ato regulatório emitido pela ANS, considerando a possibilidade de uso do Plano de Contingência, quando da interrupção temporária das trocas eletrônicas.

Meta

0,9 – das guias enviadas pelo prestador de serviço de saúde à operadora de plano privado de assistência à saúde, no formato eletrônico e versão 3 do Padrão TISS.

Pontuação

0 a 1	Valor obtido no resultado do cálculo.
1	quando da ausência de dados da Operadora na base de dados da ANS
1	quando a Operadora não tiver implantada a versão atual do Padrão, indicado pela totalidade de suas cobranças em versão anterior à 3

Fonte de dados

Base de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde, posição em 26/02/2016.

Base de dados do Padrão TISS enviados pela operadora para a ANS, posição no dia 26/02/2016 do último mês do ano de 2015 de apresentação de guia pelo prestador.

Ações esperadas

Adequação da rotina operacional do prestador de serviço de saúde para cobrança da atenção à saúde prestada aos beneficiários da Operadora.

Limitações e vieses

Falhas no processo de recepção das contas na Operadora, ou no processo de envio dos dados à ANS pela Operadora.

Referências

Resolução Normativa RN no. 305 de 09 de outubro de 2012 e Instrução Normativa nº 51 de 09 de outubro de 2012.

Indicadores de Segurança do Paciente

1 –NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE CADASTRADO NA ANVISA

Conceituação

Hospitais que compõem a rede assistencial dos planos privados de assistência à saúde que possuem núcleo de segurança do paciente (NSP) cadastrado na Agência Nacional de Vigilância Sanitária, de acordo com orientação dada na Nota Técnica ANVISA nº01/2015, no período de análise.

Definição de termos utilizados no Indicador

Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) - instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente.

Crerios de Exclusão

Este indicador não se aplica aos estabelecimentos de saúde não hospitalares.

Interpretação do Indicador

Mede o número de hospitais com NSP cadastrados na ANVISA com vistas a estimular a melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso seguro de tecnologias da saúde; a disseminação sistemática da cultura de segurança; a articulação e a integração dos processos de gestão de risco e a garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde.

Usos

Estimular as ações voltadas à segurança do paciente no setor suplementar de saúde, conforme previsto nas atribuições da Gerência-Executiva de Aprimoramento do Relacionamento entre Prestadores e Operadoras – GERAR, de acordo com o inciso II do

art. 23C da Resolução Normativa-RN nº 366, de 15 de dezembro de 2014: planejar, desenvolver e executar ações relacionadas à Política Nacional de Segurança do Paciente no âmbito da saúde suplementar.

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

A Resolução - RDC nº 36/2013 estabelece que todos os serviços de saúde abrangidos pela norma devem constituir núcleos de segurança do paciente- NSP e que estes devem proceder à notificação de eventos adversos associados à assistência à saúde – EAs. De 2014 até hoje temos 1.283 NSP cadastrados na ANVISA e, portanto aptos a notificarem EAs pelo sistema Notivisa 2.0. Considerando que no país existem cerca de 6.000 estabelecimentos hospitalares verifica-se que o número de NSP cadastrados está aquém do esperado.

Meta

A meta é ter 100% dos hospitais que compõem a rede assistencial dos planos privados de assistência à saúde com NSP cadastrados na ANVISA.

Para atingi-la, cada estabelecimento de saúde será mensurado individualmente, quanto à presença de NSP cadastrado.

Pontuação

Resultado Obtido Pelo Prestador	Pontuação	
	Valor de 0 a 1	Peso 1
NSP cadastrado	Valor de 0 a 1	Peso 1
NÃO	0	0
SIM	1	1

Fonte

MS/ANVISA

MS/DATASUS/CNES

Ações esperadas para causar impacto no Indicador

Estimular a criação de NSP nos estabelecimentos de saúde através da disseminação da importância da cultura de segurança e melhoria da qualidade nos serviços de saúde.

Limitações e Vieses

Problemas referentes à qualidade de preenchimento do cadastro ou existência do núcleo não cadastrado na ANVISA.

Referências

1. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 01/2015 Orientações gerais para a notificação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde. 12 jan 2015.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União, 2 abr. 2013.
3. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, 26 jul 2013.
4. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Resolução Normativa-RN nº 366, de 15 de dezembro de 2014. Altera o Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, instituído pela Resolução Normativa - RN nº 197, de 16 de julho de 2009, e a RN nº 198, de 16 de julho de 2009, que define o quadro de cargos comissionados e cargos comissionados técnicos da ANS. Diário Oficial da União, 16 dez 2014.

Proporção de readmissão em até 30 dias da última alta hospitalar

Nome

Proporção de readmissão em até 30 dias da última alta hospitalar.

Conceituação

Proporção de readmissões ocorridas em até 30 dias após a última alta hospitalar

Importância

As readmissões hospitalares, quando não planejadas, podem representar deficiências no atendimento das necessidades correspondentes a determinada doença (Borges e Turrini, 2011).

As readmissões hospitalares podem ser classificadas em planejadas e eventuais. As planejadas são aquelas necessárias para a continuidade da avaliação diagnóstica ou terapêuticas. As eventuais podem ser agrupadas em potencialmente evitáveis e não evitáveis. Quanto menor o intervalo entre a primeira admissão e a readmissão, maior a possibilidade do retorno por complicação ter sido potencialmente evitável (Kossovsky e col., 1999).

A readmissão quando potencialmente evitável poderia ter sido evitada com melhor gerenciamento do quadro clínico do paciente, adequado planejamento de alta, e provisão de recursos no domicílio para atender às necessidades do paciente. As readmissões também são um reflexo da potencialidade do paciente em se auto cuidar, de seus comportamentos de saúde, incluindo as condições biopsicossociais e culturais que interferem nesse processo (Kirby e col., 2010).

A maioria das readmissões potencialmente evitáveis é causada por complicações de um procedimento cirúrgico e de doenças crônicas, que dependem da adesão do paciente ao tratamento para a estabilidade do quadro clínico. O fenômeno das readmissões hospitalares é importante, pois a partir de sua observação, e conseqüentemente dos

fatores de risco envolvidos em sua ocorrência, é possível identificar a gravidade dos pacientes atendidos em um determinado serviço de saúde (Borges e Turrini, 2011).

Método de cálculo

$$\frac{\text{Número total de readmissões em qualquer hospital em até 30 dias da última alta hospitalar}}{\text{Número total de internações}} \times 100$$

Definição de termos utilizados no indicador:

a) Numerador:

Número de pacientes readmitidos entre 0 e 29 dias da última alta hospitalar.

1. Admissões por questões de saúde mental não são excluídos.
2. As crianças estão incluídas neste indicador.
3. Internações por câncer e obstetrícia devem ser excluídas

b) Denominador:

Número total de internações hospitalares, respeitando os critérios de exclusão a seguir:

1. Todas as condições de internação, com exceção de câncer e obstetrícia. Casos de um dia, alta por morte, admissões na maternidade (com base na especialidade, tipo de episódio, diagnóstico), e aqueles com menção de um diagnóstico de câncer ou quimioterapia para o câncer são excluídos.

2. Pacientes com menção de um diagnóstico de câncer ou quimioterapia em qualquer lugar nos 365 dias antes da admissão também serão excluídos.
3. Quando houver mais do que uma readmissão no prazo de 30 dias, cada readmissão é contada uma vez.
4. Readmissões que terminam em morte também estarão incluídas no numerador.

Interpretação

1. O indicador mede a taxa de internações de pessoas que retornaram ao hospital no prazo de 30 dias desde a última vez que deixaram o hospital depois de uma admissão.
2. Internações por câncer e obstetrícia são excluídos, pois, podem ser parte do plano de cuidado do paciente.

Periodicidade de envio de dados

Anual

Público-alvo

Pacientes readmitidos até 30 dias da última alta hospitalar.

Usos

1. Este indicador mede a capacidade progressiva do prestador em ajudar as pessoas a se recuperarem de forma tão eficaz quanto possível.
2. Há uma série de fatores, incluindo cuidados de saúde, acompanhamento social e de reabilitação que contribuem para a recuperação efetiva depois de períodos de doença ou lesão. Se uma pessoa não se recupera bem, é mais provável que o tratamento hospitalar posterior seja necessário dentro de até 30 dias, que é a razão pela qual este indicador é utilizado para mensurar capacidade resolutiva na recuperação do paciente (NHS,2014).

Parâmetros, Dados e Recomendações

Em um estudo retrospectivo com registros de base hospitalar do ano de 2003, no Brasil, identificou-se que, do total das admissões, 714 (12,6%) eram readmissões. As readmissões ocorreram em todas as faixas etárias, aumentando a partir dos 40 anos, mas principalmente após os 80 anos. De todas as readmissões, em 57% delas os pacientes tinham o mesmo diagnóstico da primeira admissão e a maioria, 21,8%, teve como diagnóstico uma doença do aparelho circulatório, principalmente a insuficiência cardíaca congestiva e hipertensão arterial. As demais condições relacionadas às anemias, doenças endócrinas e neoplasias foram as principais causas de readmissão. Dos pacientes, 25,8% foram readmitidos até sete dias após a admissão anterior, 11,5% entre 8 e 15 dias, 13,8% entre 16 a 30 dias e 18,9% em um intervalo de 31 a 60 dias após a alta hospitalar. O diagnóstico da primeira readmissão foi o mesmo que o da admissão anterior em 57,0% dos pacientes, seguido pela não relação entre eles com 37,0% (Borges e Turrini, 2011).

A frequente readmissão em pacientes com doenças obstrutivas pulmonares, dispneias e insuficiências cardíacas crônicas é consistente com a noção de que pacientes que apresentam sintomas associados a essas afecções estão mais propensos a acreditar que sua condição é séria o suficiente para procurar um serviço de emergência ao invés de um atendimento ambulatorial ou um serviço de atenção primária a saúde (Kirby e col., 2010).

Nos Estados Unidos, os dados do NCHS para 2012 indicam que houve, em até 30 dias da última alta hospitalar, 18,7% readmissões hospitalares entre pacientes com pneumonia, 18,6% entre pacientes que apresentavam alguma condição aguda e 19,1% entre os que apresentaram ataque cardíaco (NCHS, 2012).

Metas

Pretende-se que o uso deste indicador diminua o número de readmissões em emergência após alta hospitalar, uma vez que vários estudos (Moreira, 2010; van Walraven e colaboradores, 2011; Souza-Pinto e col., 2013; Fischer e col. 2014) apontam que a proporção de readmissão hospitalar é um indicador frequentemente utilizado como

parâmetro para qualidade assistencial. Estudo realizado no Brasil (Moreira, 2010) indica que há, em termos globais, uma proporção de readmissões hospitalares no país de 19,8%, com variações significativas entre as regiões brasileiras (variação de 11,7 % na região Norte até 25,4% na região Sul). Assim, considerando-se os resultados e as exclusões admitidas, propõe-se uma meta objetiva de $\leq 20\%$.

Fontes de dados

Prontuário médico

Ações esperadas para causar impacto no indicador

1. Melhoria no gerenciamento do quadro clínico dos pacientes, adequado planejamento de alta, e provisão de recursos no domicílio para atender às necessidades do paciente.
2. Capacitação constante da equipe que compõe o quadro de profissionais do hospital.
3. Identificação de falhas em fluxos/protocolos de atendimento, para prover o cuidado efetivo ao paciente, a fim de que haja a desejada redução de readmissões hospitalares.

Limitações e vieses

1. Diferenças na gravidade da doença, co-morbidades e outros fatores de risco potencial podem contribuir para uma variação nos resultados.
2. Uma série de fatores fora do controle dos hospitais, como nível socioeconômico das populações e eventos anteriores à hospitalização local, podem contribuir para a variação encontrada.
3. Variação entre hospitais em relação ao tempo médio de permanência pode levar a diferentes proporções de complicações que ocorrem nos hospitais, ao contrário do que ocorre normalmente após a alta hospitalar.
4. As readmissões podem não estar ligadas clinicamente à condição que levou à internação anterior, requerendo cuidado clínico diferenciado para o paciente.

5. Hospitais especializados exclusivamente em oncologia ou obstetrícia deverão informar sua condição quando do envio dos dados.

Auditoria

A ANS verificará, por intermédio dos dados da Troca de Informações na Saúde Suplementar (TISS) ou Comunicação de Informação Hospitalar (CIH), valores divergentes aos informados para fins de auditoria.

Referências

BORGES, M.F.; TURRINI, R.N.T. Readmissão em serviço de emergência: perfil de morbidade dos pacientes. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, Fortaleza, v. 12, n.3, p. 453-461, 2011.

FISCHER, C. et al. Is the readmission rate a valid quality Indicator? A review of the evidence. PLoS ONE, v.9, n.11, e112282, 2014.

KIRBY, S.E. et al.. Patient related factors in frequent readmissions: the influence of condition, access to services and patient choice. BMC Health Services Research, v.10, n.6, 2010.

KOSSOVSKY, M.P. et al. Comparison between planned and unplanned readmissions to a Department of Internal Medicine. Journal of Clinical Epidemiology, v.52, n.2, p.151-156, 1999.

MOREIRA, M.L. Readmissões no sistema de serviços hospitalares no Brasil. 2010. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva)- Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

NCHS - NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS. HEALTH INDICATORS WAREHOUSE. 2012. Disponível em: <http://www.healthindicators.gov/App_Resources/Documents/HIW%20Indicator%20List.pdf>. Acesso em: 30 set. 2015.

NHS, Health & Social Care Information Centre – hscic. Compendium of Population Health Indicators. The Health and Social Care Information Centre Crown Copyright, January, 2015.

RIPSA – REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE . Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

SOUZA-PINTO B. et al. Reinternamentos hospitalares em Portugal na última década. Acta Médica Portuguesa, v. 26, n.6, p. 711-720, 2013.

Van WALRAVEN, C et al. Proportion of hospital readmissions deemed avoidable: a systematic review. Canadian Medical Association Journal, v. 183, n.7, E391–E402, 2011.