

Nota Técnica

87/2017

Indicadores e Critérios do Fator de Qualidade (ano-base 2017)

Dezembro de 2017
GEEIQ/DIDES/
DIRAD-DIDES/DIDES

Sumário

Nota Técnica nº. 87/2017/GEEIQ/DIDES/DIRAD-DIDES/DIDES	3
Conformidade com a utilização do padrão TISS	19
Taxa de retorno não planejado à sala de cirurgia	21
Percentual de Partos Vaginais	23
Proporção de readmissão em até 30 dias da última alta hospitalar	30
Núcleo de Segurança do Paciente cadastrado na Anvisa	35

Nota Técnica nº 87/2017/GEEIQ/DIDES/DIRAD-DIDES/DIDES

Assunto: Critérios de qualidade considerados para fins de aplicação do Fator de Qualidade aos reajustes dos contratos dos Prestadores de Serviços de Saúde, ano-base de 2017 a ser aplicado em 2018.

I - Introdução:

1. Os critérios para a aplicação do Fator de Qualidade (FQ) ao reajuste dos contratos dos prestadores de serviços de saúde (ano-base 2017) a ser aplicado em 2018, são descritos na presente nota técnica.

2. A Lei 13.003/2014 alterou a Lei 9656/1998, tornando obrigatória a existência de contratos escritos, firmados entre as operadoras de planos de saúde privados e todas as categorias de prestadores de serviços de saúde, sejam serviços hospitalares, sejam clínicas e laboratórios, sejam profissionais de saúde. Nesses contratos devem constar cláusulas prevendo o índice que será empregado para o reajuste dos contratos e a periodicidade em que estes devem ser reajustados.

3. Com a finalidade de estabelecer regras claras para a assinatura de contratos entre os entes regulados, a ANS publicou as Resoluções Normativas nº 363 e nº 364, em fins de 2014. A RN 363/2014 estabeleceu as regras gerais para a celebração dos contratos escritos firmados entre as operadoras de planos de assistência à saúde e os prestadores de serviços de atenção à saúde. A RN 364/2014, complementando o disposto na RN 363/2014, estipulou que a ANS deveria definir um índice de reajuste, a ser aplicado pelas operadoras de planos de assistência à saúde aos seus prestadores de serviços de atenção à saúde, em situações específicas.

4. O índice de reajuste escolhido pela ANS foi o IPCA, como estabelecido no Artigo 3º da RN 364/2014, alterada pela RN 391/2015:

*“Art. 3º O índice de reajuste definido pela ANS, a que alude o § 4º do art. 17-A da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, incluído pela Lei nº 13.003, de 24 de junho de 2014, é o **Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA**”.*

5. No Artigo 4º da RN 364/2014, explica-se, por conseguinte, em quais situações específicas este índice deverá ser aplicado:

“Art. 4º A operadora deverá utilizar o índice de reajuste definido pela ANS como forma de reajuste nos contratos escritos firmados com seus Prestadores quando preenchidos ambos os critérios abaixo:

*I - houver previsão contratual de livre negociação como única forma de reajuste; e
II - não houver acordo entre as partes ao término do período de negociação, conforme estabelecido na Resolução Normativa - RN nº 363, de 11 de dezembro de 2014, art. 12, § 3º”.*

6. No artigo 7º da RN 364/2014, por outro lado, foi estipulado que haveria um Fator de Qualidade (FQ) a ser aplicado ao índice de reajuste anual dos contratos:

*“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. (Incluído pela RN nº 391, de 04/12/2015)”.

7. Em síntese, a RN 364/2014 estabeleceu que o IPCA seria o índice de reajuste estipulado pela ANS, mas que este só seria utilizado quando preenchidas duas condições: quando o contrato possuísse cláusula de livre negociação de reajuste entre as partes, e quando estas não chegassem a um acordo nos primeiros 90 dias do ano. A RN 364/2014

estabeleceu igualmente a importância da aplicação de um fator de qualidade como modulador do índice de reajuste, e que estes critérios seriam estabelecidos por Instrução Normativa da Diretoria de Desenvolvimento Setorial (DIDES), após discussão em grupo consultivo constituído por representantes dos prestadores, representantes de entidades acreditadoras, conselhos profissionais e representantes de operadoras de planos de saúde privados.

8. Desta forma, nos anos subsequentes, a DIDES/ANS publicou duas Instruções Normativas (IN), onde estão descritos os critérios para a aplicação do FQ: IN n.º 61/2015 e IN n.º 63/2016 e suas alterações.

II- Comitê Técnico de Avaliação da Qualidade Setorial (COTAQ)

9. O Comitê Técnico de Avaliação da Qualidade Setorial (COTAQ) foi instituído pela RN nº 405/2016, que dispõe sobre o Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar – QUALISS. O COTAQ substituiu o Comitê Gestor do Programa de Divulgação da Qualificação de Prestadores de Serviço na Saúde Suplementar (COGEP), instituído pela RN nº 267/2011, norma revogada pela RN nº 405/2016.

10. A finalidade do COTAQ está descrita no artigo 4º da RN 405/2016:

Art. 4º O Comitê Técnico de Avaliação da Qualidade Setorial - COTAQ é uma instância consultiva coordenada pela Diretoria de Desenvolvimento Setorial - DIDES com a finalidade de auxiliar a ANS no estabelecimento de critérios de aferição e controle da qualidade da prestação de serviços na saúde suplementar.

11. No âmbito do COTAQ foram instituídos subgrupos divididos de acordo com o tipo de prestadores de serviços de saúde. A finalidade da reunião nos subgrupos é o de discutir de forma mais aprofundada e diretamente com os interessados, os critérios para a qualificação de prestadores e, em especial, para a aferição do FQ de cada ano-base.

III- Instruções Normativas da DIDES especificando as regras para aferição do FQ dos Prestadores de Serviços de Saúde:

12. Como mencionado anteriormente, a DIDES publicou duas Instruções Normativas (IN), especificando as regras para a aferição do FQ, uma em 2015 e outra em 2016:

- **IN nº 61/2015**, com os critérios do **FQ para os estabelecimentos Hospitalares**;
- **IN nº 63**, alterada pela IN nº 64/2016, com os critérios do FQ para os **estabelecimentos não hospitalares e para os profissionais de saúde**.

13. De acordo com o artigo 4º da IN nº 61/DIDES/2015, são estes os critérios para a aplicação do FQ ao reajuste dos estabelecimentos hospitalares:

“Art. 4º O fator de qualidade será aplicado ao reajuste dos contratos escritos firmados pelas Operadoras com seus Prestadores, nas situações previstas nesta Instrução Normativa, em que couber a utilização do índice de reajuste definido pela ANS conforme previsto na RN nº 364, de 2014, de acordo com os seguintes percentuais:

I - 105% do IPCA para os Hospitais Acreditados;

II - 100% do IPCA para hospitais não acreditados que participarem e cumprirem os critérios estabelecidos nos projetos da DIDES de indução da qualidade; e

III – 85% do IPCA para hospitais que não atenderem ao disposto nos incisos I e II, deste artigo”.

14. Já, para os prestadores de serviços de saúde não hospitalares, o artigo 3º da IN nº 63/2016, alterada pela IN nº 64/2016, dispôs que o FQ seria aplicado desta forma:

“Art. 3º O Fator de Qualidade será aplicado ao reajuste dos contratos escritos firmados pelas operadoras com seus prestadores de serviços de atenção à saúde não hospitalares, nas situações previstas nesta Instrução Normativa, em que couber a utilização do índice de reajuste definido pela ANS conforme previsto na RN nº 364, de 2014. (Redação dada pela IN nº 64, de 2016).

Parágrafo único: O Fator de Qualidade será aplicado de acordo com os seguintes percentuais:

I - 105% (cento e cinco por cento) do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA para os prestadores de serviços de saúde que se enquadrem nos critérios estabelecidos para o Nível A do Fator de Qualidade;

*II - 100% (cem por cento) do IPCA para os prestadores de serviços de saúde que se enquadrem nos critérios estabelecidos para o Nível B do Fator de Qualidade; e
III – 85% (oitenta e cinco por cento) do IPCA para os prestadores de serviços de saúde que não atenderem ao disposto nos incisos I e II deste artigo”.*

15. Aqui cabe assinalar que os critérios para a aferição e aplicação do FQ, foram estabelecidos de forma ampla, nas Instruções Normativas, isto é, sem especificação de que tipo de dados seriam apurados para determinar os níveis A e B do FQ para os diferentes tipos de prestadores de serviços de saúde, nem de como estes dados de qualidade seriam compilados para fins de classificação no FQ. Assim, foi estabelecido, no artigo 6º da IN nº 63, alterada pela IN nº 64/2016, que a ANS divulgaria, em seu portal institucional na internet, uma nota técnica com os critérios para a aferição e aplicação do FQ dos prestadores.

16. A DIDES/ANS publicou, em novembro de 2015, a Nota Técnica nº 34, referente aos critérios do FQ para prestadores hospitalares, ano-base 2015. Em 2016, foi publicada a Nota Técnica nº 45 e uma Nota Explicativa, detalhando os critérios para a coleta de dados e para a aferição do FQ, ano-base 2016.

17. A NT nº 34 pode ser consultada aqui:

http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano_de_saude_e_Operadoras/Area_do_prestador/contrato_entre_operadoras_e_prestadores/indicadores-e-nota.pdf

18. A NT nº 45 pode ser consultada aqui:

http://answeb-producao/images/stories/prestadores/contrato/fator_qualidade/2016/fator_de_qualidade_e_notatecnica_45_2016.pdf

19. A nota Explicativa pode ser consultada aqui:

http://answeb-producao/images/stories/prestadores/contrato/fator_qualidade/2016/fator_de_qualidade_e_notatecnica_12_12_2016.pdf

IV- Publicação de Nota Técnica para definição de critérios para o FQ ano-base 2017:

20. O FQ é o percentual aplicado ao índice de reajuste anual dos prestadores de serviços de saúde, estabelecido pela ANS (Índice de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA) nos casos previstos na RN n.º 364/2014, condicionado ao cumprimento de critérios de qualidade.

21. O FQ deverá ser aplicado como modulador do IPCA, incidindo sobre o reajuste dos contratos firmados entre os prestadores de serviços de saúde e as operadoras de planos privados de assistência à saúde, quando há previsão de livre negociação entre as partes, como única forma de reajuste, e não há acordo após a negociação, nos primeiros noventa dias do ano. O FQ poderá ser de 105%, 100% ou 85% do IPCA, a depender do cumprimento dos requisitos de qualidade.

22. Os Conselhos Profissionais, ou entidades por eles indicadas, participaram da elaboração dos critérios para aplicação do FQ em parceria com a ANS. Estes critérios foram detalhados nas Instruções Normativas nº 61/2015 e nº 63/2016, que complementam a Resolução Normativa nº 364/2014, e na Nota Técnica 45/2016/DIDES/ANS, que trata dos critérios para aplicação do FQ ano-base 2016, como relatado nas seções anteriores da presente nota técnica.

23. Após as discussões no âmbito do COTAQ e seus subgrupos, a ANS optou por manter os mesmos critérios para a classificação dos prestadores em níveis A e B do FQ para o ano base de 2017 a ser aplicado em 2018, fazendo somente pequenos ajustes operacionais, abrindo a discussão para reestruturação do FQ em 2018.

24. Desta forma, para o ano base de 2017, prestadores continuarão a ser classificados nos níveis A (105%), B (100%), ou 85% do IPCA, conforme aconteceu para o ano base de 2016.

25. Os critérios para a aferição e aplicação do FQ para cada tipo de prestador de serviços de saúde, ano-base 2017, encontram-se detalhados a seguir, considerando:

26. 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;

27. O investimento e o período de tempo envolvidos com um processo de acreditação de serviços de saúde;

28. 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, completitude e consistência, que permitam a construção de um monitoramento a partir de indicadores de qualidade, em especial de resultados, com validade e confiança;

29. 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 ao parto e nascimento que favoreçam a qualidade dos serviços, valorizem o parto normal e contribuam para a redução dos riscos decorrentes de cesarianas desnecessárias;

30. A implementação do Projeto Idoso bem cuidado, que surgiu da necessidade de melhorar o cuidado aos idosos que possuem planos privados de saúde no Brasil e da necessidade de debater e reorientar os modelos de prestação e remuneração de serviços na saúde suplementar, visando a melhoria da qualidade da atenção e a implementação de estratégias de sustentabilidade do setor;

31. A implementação do Projeto ONCOREDE, que busca a implantação de um novo modelo de cuidado a pacientes oncológicos beneficiários de planos privados de saúde;

32. A necessidade de estímulo à adoção de medidas de segurança do paciente, como parte das ações de melhoria da qualidade dos serviços de saúde.

4.1- Critérios do FQ para Prestadores Hospitalares

33. O programa de acreditação de Hospitais já está bastante consolidado no Brasil, assim, para este tipo de prestador, a acreditação continua sendo o padrão-ouro, garantindo a classificação do hospital no Nível A, isto é, garantindo 105% do FQ. Para a classificação dos hospitais no nível B, isto é, em 100% do FQ, será utilizada a mesma metodologia para a coleta dos dados de qualidade utilizadas para o ano-base 2016, com pequenos ajustes nos indicadores utilizados.

34. Em síntese, estes serão os critérios do FQ para a classificação dos Hospitais, ano-base 2017:

Nível A: 105% do IPCA

- Possuir selo de acreditação (nível máximo) emitido por entidade acreditadora, que tenha obtido reconhecimento da sua competência para atuar no âmbito dos prestadores de serviços de saúde pelo Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia – INMETRO ou pela *The International Society for Quality in Health Care* – ISQUA.

Nível B: 100% do IPCA

- Cumprir os critérios estabelecidos para o indicador *“Conformidade com a utilização do padrão TISS”*; e
- Ter Núcleo de segurança do paciente cadastrado na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); e
- Informar o resultado de um dos seguintes indicadores de acordo com o perfil do hospital. Indicador: *“Proporção de readmissão em até 30 dias da última alta hospitalar”* ou *“Percentual de Partos Vaginais”*.

OU ENTÃO:

- Cumprir os critérios estabelecidos para o indicador “*Conformidade com a utilização do padrão TISS*”; e
- Efetiva participação em um dos Projetos da DIDES para melhoria da qualidade no ano de 2017:
 - Parto Adequado; ou
 - Idoso Bem Cuidado; ou
 - OncoRede.

85% do IPCA: para aqueles hospitais que não atenderem os requisitos dos níveis A ou B.

OBS: A apuração dos dados do FQ dos Hospitais se dará desta forma:

- As informações sobre Acreditação serão enviadas diretamente para a ANS pelas entidades acreditadoras, cadastradas no Programa QUALISS da ANS, como definido na RN nº 405/2016, considerando que o prestador esteja acreditado no mês de dezembro de 2017 ou em processo de renovação de sua acreditação, caso esta tenha expirado.
- As informações sobre o Núcleo de Segurança do Paciente serão enviadas diretamente para a ANS pela ANVISA.
- O formulário *FormSUS* para informação dos indicadores “*Proporção de readmissão em até 30 dias da última alta hospitalar*” e “*Proporção de Partos Vaginais*” estarão disponíveis para preenchimento no portal da ANS, na área destinada aos prestadores, de 8 de janeiro de 2018 até 9 de março de 2018.
- O indicador “*Proporção de Partos Vaginais*” deverá ser preenchido somente pelas maternidades.
- A lista de hospitais que informarem o indicador “*Conformidade com a utilização do Padrão TISS*” será apurado pela própria ANS a partir das informações na base do TISS.
- A informação sobre a efetiva participação dos Hospitais em um dos Projetos da DIDES para melhoria da qualidade – Parto Adequado, Idoso Bem Cuidado e OncoRede – será também apurada pela própria ANS. Serão considerados para este indicador os hospitais que participaram dos projetos no ano de 2017.
- Para a identificação dos hospitais é necessário a utilização do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e do CNPJ válidos.

4.2- Critérios do FQ para Hospital-dia:

35. Com relação ao hospital-dia, os critérios para a aplicação do FQ serão praticamente os mesmos dos hospitais. No entanto, pela natureza do serviço, com permanência do paciente por até 12 horas na unidade, não serão considerados os projetos de programa de qualidade da ANS, por não se aplicarem ao tipo de serviço prestado nestes estabelecimentos, pois requerem acompanhamento e/ou tratamento à médio e longo prazo, o que não é o caso do hospital-dia.

36. Portanto, ficou estabelecido que o FQ para o hospital-dia será aplicado da seguinte forma:

Nível A: 105% do IPCA

- Possuir selo de acreditação ou certificação emitido por entidade acreditadora/Certificadoras que tenha obtido reconhecimento da competência para atuar no âmbito dos prestadores de 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 casos em que forem apresentadas certificações, é necessário que estas considerem a totalidade da prestação da assistência à saúde do prestador de serviços.

Nível B: 100% do IPCA:

- Cumprir os critérios estabelecidos para o indicador “*Conformidade com a utilização do Padrão TISS*”; e
- Ter Núcleo de segurança do paciente cadastrado na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

OU ENTÃO:

- Cumprir os critérios estabelecidos para o indicador “*Conformidade com a utilização do Padrão TISS*”; e
- Informar o Indicador: “*Taxa de retorno não planejado para a sala de cirurgia*”, para os hospitais-dia cirúrgicos.

85% do IPCA – Para aqueles que não atenderem os requisitos dos níveis A ou B.

OBS: A apuração dos dados do FQ dos Hospitais-dia se dará desta forma:

- As informações sobre Acreditação e Certificação serão enviadas diretamente para a ANS pelas entidades acreditadoras, cadastradas no Programa QUALISS da ANS, como definido na RN nº 405/2016
- As informações sobre o Núcleo de Segurança do Paciente serão enviadas diretamente para a ANS pela ANVISA.
- O formulário *FormSUS* com o indicador “*Taxa de retorno não planejado à sala de cirurgia*” (para hospital-dia cirúrgico) estará disponível no portal da ANS na área destinada aos prestadores, de 8 de janeiro de 2018 até 9 de março de 2018.
- O indicador “*Conformidade com a utilização do Padrão TISS*” será apurada pela própria ANS a partir das informações na base do TISS.
- Para a identificação dos hospitais-dia é necessário a utilização do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e do CNPJ válidos.

4.3- Critérios do FQ para Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapia (SADT) e para Serviços de Atenção Domiciliar (*Home care*):

37. No caso do SADT e dos serviços de atenção domiciliar (*Home care*), além do critério já mencionado acima, considerando a acreditação e a certificação (Nível A – 105% do IPCA) ficou definido que para obter 100% do IPCA o prestador deverá responder ao questionário proposto pela ANS que ficará disponível no portal eletrônico da entidade representante do prestador.

Nível A: 105% do IPCA:

- Possuir selo de acreditação ou Certificação emitido por entidade acreditadora/Certificadora que tenha obtido reconhecimento da competência para atuar no âmbito dos prestadores de 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 casos em que forem apresentadas certificações, é necessário que estas considerem a totalidade da prestação da assistência à saúde do prestador de serviços.

Nível B: 100% do IPCA

- Responder ao questionário sobre qualidade, elaborado pela equipe da ANS, disponível no Portal eletrônico da entidade representante do prestador.

85% do IPCA: Para aqueles que não atenderem os requisitos dos níveis A ou B

OBS: A apuração dos dados do FQ dos SADT se dará desta forma:

- As informações sobre Acreditação e Certificação serão enviadas diretamente para a ANS pelas entidades Acreditoras/Certificadoras, cadastradas no Programa QUALISS da ANS, como definido na RN nº 405/2016.
- O questionário de qualidade, a ser preenchido pelo SADT e pelos serviços de atenção domiciliares (*home care*), estarão disponíveis no site da associação representativa da categoria:
 - a) Para grande parte dos Serviços de SADT e serviços de atenção domiciliares (*home care*), o questionário estará disponível no portal da Associação Médica Brasileira – AMB, com algumas exceções, descritas a seguir.
 - b) Para os laboratórios de Análises Clínicas/Patologia Clínica, o questionário será disponibilizado pela Sociedade Brasileira de Análises Clínicas – SBAC e pela Sociedade Brasileira de Patologia Clínica – SBPC.
 - c) Para os Serviços relacionados à Radiologia, o questionário será disponibilizado pelo Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem - CBR.
 - d) Para os Laboratórios de Patologia, o questionário será disponibilizado pela Sociedade Brasileira de Patologia – SBP.
 - e) Os laboratórios também poderão preencher o questionário disponibilizado pelo Conselho Federal de Biomedicina ou pelo Conselho Federal de Farmácia.
- Para a identificação dos SADT e dos Serviços de atenção domiciliares (*Home care*) é necessário a utilização do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e do CNPJ válidos.

4.4- Critérios do FQ para Clínicas que não sejam classificadas como SADT ou consultórios isolados:

38. Para a apuração do FQ das Clínicas, composta de várias especialidades médicas, e dos consultórios, optou-se por uma forma simples para aferir as ações que podem influenciar na qualidade do serviço prestado ao usuário, considerando que o debate sobre a qualidade dos serviços de saúde exige aprimoramento.

39. Deve ser levada igualmente em conta a estrutura organizada para receber essas informações em colaboração com os Conselhos Profissionais ou outras entidades colaboradoras que possuem diferentes níveis de infraestrutura.

40. Portanto, será solicitada informação sobre a titulação dos profissionais de saúde, que atuam nas clínicas ou consultórios isolados, pois presume-se que o período e o nível de formação, influenciam na qualificação profissional. Além disso, deverão ser respondidos questionários de qualidade, que serão disponibilizados no Portal dos respectivos Conselhos Profissionais.

41. Ressalte-se que as informações a respeito da titulação dos profissionais serão fornecidas à ANS pelos conselhos profissionais e entidades designadas, ou seja, os prestadores de serviços de saúde deverão fornecer essas informações aos seus respectivos conselhos e estes por sua vez, repassarão à ANS.

a) Clínicas:

42. Quanto às clínicas, para que sejam classificadas como Nível A e, portanto, façam jus a receberem 105% do IPCA de reajuste, o critério será a proporção de 50% ou mais de profissionais de saúde com uma das titulações informadas (Residência/Título de Especialização/Pós Graduação *latu Senso* e *Stricto Senso*).

43. Para que obtenham 100% do IPCA de reajuste, deverão responder ao questionário proposto pela ANS, que ficará disponível no portal eletrônico da entidade representante do prestador perante a ANS.

NÍVEL A: 105% do IPCA

- O critério será a proporção de 50% ou mais de profissionais de saúde com uma ou mais das titulações informadas: Residência, Título de Especialista, Pós-Graduação *latu senso e stricto senso*.

NÍVEL B: 100% do IPCA

- O Responsável técnico da Clínica deverá responder ao questionário sobre qualidade, disponível no Portal da entidade representativa do prestador.

OBS: A apuração dos dados do FQ das Clínicas, não classificadas como SADT, se dará desta forma:

- A informação sobre a titulação do corpo profissional das clínicas deverá ser disponibilizada pelo Responsável Técnico da Clínica ao responder o questionário;
- No caso das clínicas será considerada a sua finalidade principal;
- Para clínicas multiprofissionais, será considerada a categoria profissional de saúde em maior número;
- O questionário sobre qualidade estará disponível no portal do Conselho Profissional, representativo da profissão de saúde. Para aquelas com igual quantitativo de profissionais por categoria, a clínica poderá escolher o Conselho Profissional pelo qual o questionário será acessado.
- As clínicas classificadas como SADT deverão seguir os critérios previstos no item 4.3 desta Nota.
- Para a identificação das Clínicas multiprofissionais é necessário informar CNPJ válido.

b) Consultórios Isolados:

44. Em colaboração com os Conselhos das profissões de saúde, será solicitada informação sobre a titulação dos profissionais afiliados aos Conselhos, que atuam na saúde suplementar, pois presume-se que o período e o nível de formação, influenciam na

qualificação profissional. Em síntese, as informações a respeito da titulação dos profissionais serão fornecidas à ANS pelos conselhos profissionais e entidades designadas, ou seja, os prestadores de serviços de saúde deverão fornecer essas informações aos seus respectivos conselhos e estes por sua vez repassarão à ANS.

45. Além da informação sobre sua titulação, o profissional de saúde deverá responder a um questionário sobre qualidade em saúde. O questionário tem por objetivo, conhecer melhor a forma de atuação dos prestadores de serviços da saúde suplementar, possibilitando, através de um debate multidisciplinar, o aprimoramento e melhoria nos resultados.

46. Caso o profissional não possua a titulação exigida para obter o percentual máximo de 105 % do IPCA de reajuste definido na norma, poderá ainda obter 100% do IPCA, respondendo o questionário sobre qualidade disponibilizado para esse fim.

Nível A: 105% do IPCA

- O profissional deverá ter um dos seguintes títulos de formação profissional/acadêmica: Residência, Título de Especialista, Pós-Graduação *latu Sensu* ou *Stricto Sensu*; e
- O profissional deverá responder ao questionário sobre qualidade disponível no portal da internet de sua entidade representativa.

Nível B: 100% do IPCA:

- O profissional deverá responder ao questionário sobre qualidade disponível no Portal da internet de sua entidade representativa.

85% do IPCA: Para aqueles que não atenderem os requisitos dos níveis A ou B.

OBS: A apuração dos dados do FQ para consultórios isolados se dará desta forma:

- A informação sobre o Título deverá ser encaminhada para a ANS pela entidade representativa de cada categoria profissional;

- O Profissional de Saúde deverá responder ao questionário disponível no portal eletrônico da sua entidade representativa.

V- Considerações Finais

47. Para fins da utilização do FQ, é facultada à operadora de planos de saúde solicitar os documentos comprobatórios relativos à certificação/acreditação e formação profissional/acadêmica dos seus prestadores de saúde conveniados.

48. Os critérios de qualidade descritos na presente nota técnica referem-se ao ano base de 2017, a ser aplicado em 2018 e poderão ser revisados anualmente, podendo-se excluir, alterar ou incluir novos parâmetros, considerando as políticas regulatórias do setor e análise de possíveis impactos ou dificuldades para sua implementação.

49. Ao final do período de apuração dos dados que compõem o FQ, a ANS divulgará a lista de prestadores que preenchem os critérios relativos a parte de envio de dados e informações no espaço destinado aos prestadores no portal institucional da ANS.

Fichas técnicas

Conformidade com a utilização do padrão TISS

Conceituação

Proporção de guia de cobrança em meio eletrônico, na versão 3 do padrão TISS, 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

Definição dos termos utilizados no indicador

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 Estabelecimentos de Saúde (CNES) e tipo de estabelecimento igual a hospital geral, hospital especializado ou hospital dia.

Interpretação

A totalidade de guias eletrônicas de cobrança na versão 3 do Padrão TISS indica atendimento aos normativos da ANS e estabilidade no meio de comunicação.

Usos

O indicador possibilita avaliar a conformidade do relacionamento do prestador de serviços 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.

Meta

0,75 – 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.

Fonte dos dados

Base de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde.

Base de dados do Padrão TISS enviados pela Operadora para a ANS.

Ações esperadas para causar impacto no indicador

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.

Taxa de retorno não planejado à sala de cirurgia

Conceituação

Representa a proporção de pacientes que necessitam retornar à sala de cirurgia, após uma cirurgia eletiva, em função de intercorrência relacionada à cirurgia.

Importância

Como na maioria das vezes, retornos não planejados para a sala de cirurgia refletem problemas relacionados com o procedimento em si, as taxas de reoperação podem ser úteis no monitoramento da qualidade entre os hospitais e para identificar aquilo que pode melhorar (Connoly).

Método de cálculo:

Número de retornos não planejados à sala de cirurgia
_____ X100
Número total de cirurgias

Definição dos termos utilizados no indicador

- a) Numerador: Número de retornos não planejados à sala de cirurgia
- b) Denominador: Número total de cirurgias realizadas.

Interpretação

Uma taxa elevada de retorno nos primeiros sete dias pode estar relacionada à estrutura (ex: conformação do centro cirúrgico) ou ao processo (p. ex a perícia da equipe cirúrgica).

Periodicidade de envio dos dados

Mensal

Público alvo

Pacientes submetidos a cirurgia.

Usos

Avaliar se há alta taxa de retorno à sala de cirurgia que pode estar relacionada, por exemplo, a deficiências estruturais no centro cirúrgico ou a erros na execução do procedimento.

Parâmetros, dados e recomendações

O retorno do paciente à sala de cirurgia denota defeitos de estrutura ou de processo, que devem ser corrigidos.

Meta

Proporção média anual de pacientes que retornam < 20%.

Fonte dos dados

Prontuários

Ações esperadas para causar impacto no indicador

Adoção de boas práticas no centro cirúrgico.

Limitações e vieses

1. Depende da especialidade e do tipo de cirurgia.
2. Hospitais especializados podem apresentar fatores que influenciem no indicador.

Referências

1. ANAHP – Associação Nacional de Hospitais Privados. Observatório ANAHP 2015 Birkmeyer JD et al Is unplanned return to the operating room a useful quality indicator in general surgery Arch Surg. 2001 Apr;136(4):405-11.
2. Connolly, P. Unplanned return to operating room in a community hospitalbased obstetrics and gynecology residency. The Journal of the American Osteopathic Association Vol 103 No 3 March 2003 Unplanned return to the operating room. Aust N Z J Surg. 1998 Feb;68(2):143- 6.
3. Ansari MZ, Collopy BT. The risk of an unplanned return to the operating room in Australian hospitals. Aust N Z J Surg. 1996 Jan;66(1):10-3.

Percentual de Partos Vaginais

Conceituação

Percentual de Partos Vaginais dentre todos os partos realizados

Importância

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), mais de 900 mil cesarianas sem indicação clínica foram realizadas no Brasil, no ano de 2008, a um custo estimado em 227 milhões de dólares (Gibbons *et al.* 2010).

O Brasil é destaque negativo na realização excessiva deste procedimento, com um percentual de 56% de cesarianas, sendo ainda maior no setor privado, com percentual de 88%, maior percentual entre os países da América Latina (Betran *et al.* 2016).

Trata-se de um grave problema de saúde pública, pois de acordo com evidências científicas, percentuais de cesariana acima de 10% não reduzem a mortalidade materna e neonatal (Betran *et al.*, 2015; Ye J *et al.*, 2016). Por outro lado, estudos transversais (Grönlund *et al.*, 1999; Mesquita *et al.*, Horta *et al.*, 2013; Cardwell *et al.*, 2008; Thavagnanam *et al.*, 2008) têm demonstrado que neonatos nascidos por parto vaginal apresentam uma maior diversificação da microbiota intestinal do que os nascidos por cesariana, o que pode redundar no menor risco do desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis a longo prazo. O início precoce do aleitamento materno também é favorecido pelo do nascimento por parto vaginal (Zanardo *et al.*, 2010.).

Por tudo isso, a ANS tem investido no estímulo ao parto normal e na realização de cesarianas somente quando há indicação clínica, com destaque para o Projeto Parto Adequado

Método de cálculo

Número de partos vaginais (inclui parto vaginal operatório) no período

X 100

Número total de partos no período

Definição de termos utilizados no indicador:

a) Numerador:

Número de partos vaginais (inclui parto vaginal operatório) no período

b) Denominador:

Número total de partos no período (inclui parto vaginal, parto vaginal operatório e cesariana)

O Denominador é o total de partos ocorridos no período incluindo partos vaginais, vaginais operatórios e cesarianas. O Numerador é o total de partos vaginais ou vaginais operatórios ocorrido no período. Em caso de gestação gemelar conta-se apenas 1 parto. Em caso de nascimento do 1º gemelar via vaginal e o segundo via alta, conta-se uma cesariana. Considera-se parto quando o resultado é um ou mais nascidos vivos ou natimorto (feto acima de 20 semanas de gestação ou com peso igual ou maior que 500 g)

Parto vaginal - Procedimento no qual o concepto nasce por via vaginal.

Parto vaginal operatório - Procedimento no qual o concepto nasce por via vaginal com auxílio de um extrator a vácuo ou fórceps.

Cesariana - Procedimento cirúrgico no qual o concepto é extraído mediante incisão das paredes abdominal e uterina.

Interpretação

Permite apurar a ocorrência de partos vaginais em relação ao total de partos realizados em um determinado hospital no período considerado.

É um dos instrumentos utilizados para avaliar a qualidade da assistência perinatal, uma vez que percentual muito baixo de partos vaginais pode indicar má qualidade da assistência obstétrica, por uso excessivo de cesarianas, em geral, sem indicação clínica. Conforme

evidências já citadas, percentual de cesarianas acima de 10% não foram associados a menor mortalidade materna e neonatal.

Periodicidade de envio de dados

Anual

Público-alvo

Gestantes admitidas para assistência ao parto de fetos com idade gestacional acima de 20 semanas de gestação ou com peso igual ou maior que 500 g.

Usos

Avaliar, indiretamente, o acesso e a qualidade da assistência pré-natal e ao parto, supondo que uma assistência adequada possa causar impacto positivo no aumento do percentual de partos vaginais.

Permite avaliar, de forma indireta, o modelo de atenção obstétrica praticado pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde e o modelo de atenção ao parto do hospital.

Subsidiar elaboração e a avaliação de políticas e ações de saúde voltadas para a atenção à saúde da mulher e da criança prestada aos beneficiários de planos de saúde.

Permite ao órgão regulador ter subsídios para elaboração de estratégias de mudança do atual modelo de atenção obstétrica no setor suplementar.

Parâmetros, Dados e Recomendações

Artigos publicados com dados da Pesquisa Nascer no Brasil (Torres *et al.*, 2014; Nakamura-Pereira *et al.*, 2016) demonstram que o grupo de mulheres com gestações de nulíparas, a termo, com apresentação cefálica, com idade gestacional igual ou maior que 37 semanas e cesariana realizada antes do trabalho de parto é aquele que mais contribui para o

percentual global de cesarianas no Brasil, seguido pelo grupo de multíparas com cesariana anterior. Essa situação gera um círculo vicioso, uma vez que uma cesariana realizada em uma primeira gestação aumenta o número de mulheres com cesárea anterior nas gestações subsequentes, o que por sua vez aumenta a chance de cesariana de repetição.

Assim, investir em ações para aumentar o número de mulheres que entram em trabalho de parto, com foco especial nas nulíparas, reduzindo o agendamento de cesarianas eletivas e aumentar o percentual de partos normais em mulheres com cesariana anterior, são ações recomendadas.

Nesse sentido, de acordo com dados da pesquisa Nascer no Brasil (Gama et al, 2016) enfermeiras obstétricas utilizam em torno de 2 vezes mais boas práticas na atenção ao parto, como medidas não farmacológicas para alívio da dor, estímulo a deambulação e ingestão de líquidos durante o parto e, ainda, em maternidades nas quais enfermeiras têm autonomia para assistir partos a percentagem de cesarianas é menor. Contudo, somente 16% dos partos vaginais no Brasil são assistidos por enfermeiras obstétricas. Inserir esse profissional na equipe multidisciplinar responsável pela assistência ao parto pode contribuir para o aumento de partos vaginais nos hospitais privados brasileiros. Os autores do artigo (Gama et al, 2016) destacam que é mais fácil introduzir novas abordagens do que eliminar as antigas.

A adoção de boas práticas no manejo do trabalho e parto pode ser o primeiro passo em direção à melhoria da qualidade da assistência obstétrica no Brasil

Metas

O Projeto Parto Adequado (PPA) demonstrou em sua Fase 1 que foi possível o aumento do percentual de parto vaginais em um conjunto de hospitais empenhados em realizar mudanças em prol da melhoria da qualidade da atenção obstétrica, nesse sentido, propõe-se como meta a mesma da Fase 1 do PPA, de 40% de partos vaginais.

Fontes de dados

Prontuário de internação hospitalar da paciente

Ações esperadas para causar impacto no indicador

1. Liderança - Formar uma coalisão entre lideranças do setor saúde alinhada em torno da qualidade e segurança na atenção ao parto e nascimento;
2. Participação - Empoderar mulheres e famílias para que participem ativamente de todo o processo de cuidado à gestação, parto e puerpério;
3. Reorganização da atenção - Reorganizar estrutura e processo de cuidado perinatal, baseado em equipe multidisciplinar, de modo a favorecer a evolução fisiológica do trabalho de parto e à indicação de cesarianas com base em critérios clínicos;
4. Aprendizagem - Estruturar sistemas de informação que permitam o aprendizado contínuo.

Limitações e vieses

O indicador não deve ser utilizado como único instrumento de avaliação da qualidade da assistência obstétrica do hospital, aspectos como satisfação das mulheres e uso rotineiro de intervenções, sem base em evidências científicas, como episiotomia de rotina, manobra de Kristeller, uso rotineiro de ocitocina, dieta zero durante o trabalho de parto entre outras, são aspectos não mensurados nesse indicador que podem impactar negativamente a qualidade da assistência.

Auditoria

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

Referências

Betran AP, Ye J, Moller A-B, Zhang J, Gülmezoglu AM, Torloni MR. The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014. PLOS ONE. 2016;11:e0148343.

Betran AP, Torloni MR, Zhang J, Ye J, Mikolajczyk R, Deneux-Tharaux C, et al. What is the optimal rate of caesarean section at population level? A systematic review of ecologic studies. *Reprod Health*. 2015;12. doi:10.1186/s12978-015-0043-6.

Cardwell CR, Stene LC, Joner G, Cinek O, Svensson J, Goldacre MJ, et al. Caesarean section is associated with an increased risk of childhood-onset type 1 diabetes mellitus: a meta-analysis of observational studies. *Diabetologia*. 2008;51:726–35.

Gama SGN da, Viellas EF, Torres JA, Bastos MH, Brüggemann OM, Theme Filha MM, et al. Labor and birth care by nurse with midwifery skills in Brazil. *Reprod Health*. 2016;13. doi:10.1186/s12978-016-0236-7.

Gibbons L, Belizan JM, Lauer JA, Betran AP, Merialdi M, Althabe F. Inequities in the use of cesarean section deliveries in the world. *Am J Obstet Gynecol*. 2012 Apr;206(4):331.e1-19

Grönlund MM, Lehtonen OP, Eerola E, Kero P. Fecal microflora in healthy infants born by different methods of delivery: permanent changes in intestinal flora after cesarean delivery. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 1999;28:19–25.

Horta BL, Gigante DP, Lima RC, Barros FC, Victora CG. Birth by Caesarean Section and Prevalence of Risk Factors for Non-Communicable Diseases in Young Adults: A Birth Cohort Study. PLoS ONE. 2013;8:e74301.

Mesquita DN, Barbieri MA, Goldani HAS, Cardoso VC, Goldani MZ, Kac G, et al. Cesarean Section Is Associated with Increased Peripheral and Central Adiposity in Young Adulthood: Cohort Study. PLoS ONE. 2013;8:e66827.

Nakamura-Pereira M, do Carmo Leal M, Esteves-Pereira AP, Domingues RMSM, Torres JA, Dias MAB, et al. Use of Robson classification to assess cesarean section rate in Brazil: the

role of source of payment for childbirth. *Reprod Health*. 2016;13. doi:10.1186/s12978-016-0228-7.

Thavagnanam S, Fleming J, Bromley A, Shields MD, Cardwell CR. A meta-analysis of the association between Caesarean section and childhood asthma. *Clin Exp Allergy*. 2008;38:629–33.

Torres JA, Domingues RMSM, Sandall J, Hartz Z, Gama SGN da, Theme Filha MM, et al. Caesarean section and neonatal outcomes in private hospitals in Brazil: comparative study of two different perinatal models of care. *Cad Saúde Pública*. 2014;30 Suppl 1:S1-12.

Ye J, Zhang J, Mikolajczyk R, Torloni M, Gülmezoglu A, Betran A. Association between rates of caesarean section and maternal and neonatal mortality in the 21st century: a worldwide population-based ecological study with longitudinal data. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 2016;123:745–53.

Zanardo V, Svegliado G, Cavallin F, Giustardi A, Cosmi E, Litta P, et al. Elective Cesarean Delivery: Does It Have a Negative Effect on Breastfeeding? *Birth*. 2010;37:275–9.

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

Número total de readmissões em qualquer hospital em
até 30 dias da última alta hospitalar

X 100

Número total de internações

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 excluídas.
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 sítio 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, dispnéias 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 sócio-econômico 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 deverão informar sua condição quando do envio dos dados.

Auditoria

A ANS poderá, por intermédio dos dados da Troca de informações na Saúde Suplementar (TISS) ou Comunicação de Informação Hospitalar (CIH) verificar 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.

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.

Critérios 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 Diretoria de Desenvolvimento Setorial - DIDES, de acordo com o inciso XVII do Art. 6º da Resolução Regimental nº 3, de 5 de dezembro de 2017: 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	0	0
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 Regimental nº 3, de 5 de dezembro de 2017. Altera os Anexos I e III da Resolução Regimental – RR nº 1, de 17 de

março de 2017, que institui o Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. Diário Oficial da União, 07 dez 2017.

Av. Augusto Severo, 84 | Glória
Rio de Janeiro/RJ | CEP: 20021-040

www.ans.gov.br | Disque-ANS: 0800 701 9656

