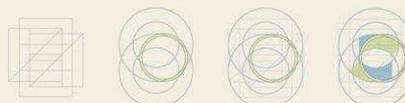


Nota Técnica nº 45/ DIDES

Indicadores e Critérios do Fator de Qualidade

| | |
|--|-----------|
| <u>Nota Técnica nº: 45/ 2016/ GEEIQ/ DIDES</u> | <u>2</u> |
| <u>Proporção de guia eletrônica de cobrança na versão 3 do Padrão TISS</u> | <u>10</u> |
| <u>Indicadores de Segurança do Paciente</u> | <u>13</u> |
| <u>Proporção de readmissão em até 30 dias da úteis da alta hospitalar</u> | <u>16</u> |
| <u>Taxa de retorno não planejado a sala de cirurgia</u> | <u>22</u> |



Nota Técnica n.º 45/2016/GEEIQ/DIDES/ANS

Assunto: Critérios de qualidade considerados para fins de aplicação do Fator de Qualidade ano base 2016 a ser aplicado em 2017 (FQ 2016/2017) relativo ao reajuste definido pela ANS nos casos previstos no art. 4º da RN n.º 364/2014

A presente Nota Técnica tem como objetivo apresentar os critérios para a aplicação do Fator de Qualidade – FQ 2016/2017 para prestadores de serviços hospitalares e não hospitalares.

Cumprе salientar que se optou por divulgar os critérios de aplicação do Fator Qualidade de forma mais detalhada, no Portal da ANS, para que haja maior flexibilidade para aprimoramento anual. Além disso, ressalta-se que os critérios para o FQ são anuais e todas as alterações ou novos critérios serão publicados no portal eletrônico da ANS.

É importante reforçar que o Fator de Qualidade, previsto na lei n.º 13.003/2014, se refere ao reajuste definido pela ANS e tem como referência o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA, o qual deve ser aplicado nas situações previstas na RN n.º 364/2014, conforme transcrito a seguir:

“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”.

Conforme definido na Resolução Normativa RN n.º 364/2014, em seu art. 7º, §2º e regulamentado pela Instrução Normativa – IN/DIDES n.º 61/2015, e pela IN/DIDES n.º 63/2016 foi instituído um fator de qualidade a ser aplicado ao índice de reajuste definido pela ANS, qual seja, o IPCA, para hospitais e para os demais prestadores de serviços não hospitalares.

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 conforme instituído pela RN nº364/2014, alterada pelo Art. 9º da RN nº 391, de 2015;

-  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, completitude 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 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;
-  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;
-  A implementação do Projeto ONCOREDE, que busca a implantação de um novo modelo de cuidado a pacientes oncológicos beneficiários de planos privados de saúde;
-  A necessidade de estímulo à adoção de medidas de segurança do paciente, como parte das ações de melhoria da qualidade dos serviços de saúde.

Para aplicação do Fator de Qualidade foi realizada uma estratificação do índice de reajuste definido pela ANS (IPCA) para prestadores de serviços em três percentuais: 105% do IPCA; 100% do IPCA e 85% do IPCA.



I - FATOR DE QUALIDADE - HOSPITAL

Para aplicação do fator de qualidade foram definidas as seguintes diretrizes aplicáveis aos serviços hospitalares:

- ☒ Utilizar os programas de acreditação (nível máximo) 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.
- ☒ Definir que entidades hospitalares que não possuem acreditação (nível máximo) e que não atendam aos critérios definidos pela ANS para aplicação do reajuste, serão classificadas no parâmetro mínimo (85%);

Critérios para Hospital:

☒ **Nível A: 105% do IPCA:**

1. Possuir selo de acreditação (nível máximo) emitido por entidade acreditadora 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.

☒ **Nível B: 100% do IPCA:**

1. Alcançar a proporção de envio de guias eletrônicas de cobrança na versão 3 do Padrão TISS igual ou maior que 90%; e
2. Ter Núcleo de segurança do paciente cadastrado na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); e
3. Informar o resultado do Indicador: Proporção de readmissão em até 30 dias da última alta hospitalar.

OU

1. Alcançar a proporção de envio de guias eletrônicas de cobrança na versão 3 do Padrão TISS igual ou maior que 90%; e
2. Efetiva participação em um dos Projetos da DIDES para melhoria da qualidade: a) Parto Adequado; ou
b) Idoso Bem Cuidado; ou
c) OncoRede.



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

II - FATOR DE QUALIDADE - HOSPITAL-DIA

Com relação ao hospital-dia, os critérios para a aplicação do Fator de Qualidade 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. Portanto, ficou estabelecido que o Fator de Qualidade para o hospital-dia será aplicado da seguinte forma:

Critérios para Hospital-dia:

Nível A: 105% do IPCA:

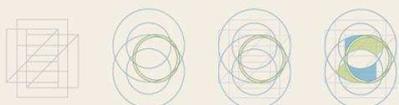
Possuir selo de acreditação ou certificação emitido por entidade acreditadora/Certificadoras que tenha obtido reconhecimento da competência para atuar no âmbito dos prestadores de serviços de saúde pelo Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia – INMETRO ou pelo *The International Society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

Nível B: 100% do IPCA:

1. Alcançar a proporção de envio de guias eletrônicas de cobrança na versão 3 do Padrão TISS igual ou maior que 90%; e
2. Ter Núcleo de segurança do paciente cadastrado na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); e

OU

1. Alcançar a proporção de envio de guias eletrônicas de cobrança na versão 3 do Padrão TISS igual ou maior que 90%; e
2. Informar o resultado do Indicador: Taxa de retorno não planejado para sala de cirurgia, quando couber (Hospital-dia Cirúrgico).



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

III - FATOR DE QUALIDADE – SADT

No caso do SADT, além do critério já mencionado acima, considerando a acreditação e a certificação no nível máximo (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.

Critérios para SADT:

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.

Nível B: 100% do IPCA:

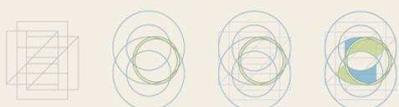
1. Responder ao questionário sobre qualidade disponível no Portal da entidade representativa.

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

CLÍNICAS E CONSULTÓRIOS

Para clínicas e consultórios optou-se, neste primeiro ano, por uma forma mais simplificada 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 mais aprimoramento. Deve ser levado em conta também, a estrutura organizada para receber essas informações em colaboração com os conselhos ou outras entidades colaboradoras em diferentes níveis de infraestrutura.

Portanto, será solicitada informação sobre a titulação dos profissionais de saúde das clínicas e consultórios isolados, pois presume-se que o período e o nível de formação, influenciam na qualificação profissional. Além disso, deverão ser respondidos



questionários e vídeos que ficarão à disposição no Portal dos respectivos Conselhos Profissionais.

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.

IV - FATOR DE QUALIDADE – CLÍNICAS

Quanto as clínicas, para que tenham o Nível A, e portanto 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 Especialista/Pós Graduação *latu Senso e Stricto Senso*).

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 na ANS.

Critérios para Clínicas:

Nível A: 105% do IPCA:

A clínica deverá ter uma proporção de 50% ou mais de Profissionais de saúde com 01 (uma) Titulação ou Mais (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.

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

 Observação:

Para fins de acesso e preenchimento do questionário:

1 - No caso das clínicas, será considerado o Conselho profissional ou entidade relacionada a sua finalidade principal;



- 2 - Para clínicas multiprofissionais, será considerada a categoria profissional de saúde em maior número;
- 3 - Para aquelas com igual quantitativo de profissionais por categoria, a clínica poderá escolher o conselho profissional pelo qual o questionário será acessado.
- 4 - As clínicas classificadas como SADT deverão seguir os critérios previstos no item III desta nota.

V - FATOR DE QUALIDADE – CONSULTÓRIO

Quanto aos profissionais dos consultórios, para que obtenham o Nível A, e portanto 105% do IPCA de reajuste dos valores dos serviços prestados, será considerada a titulação (Residência/Título de Especialista/Pós Graduação *latu Senso e Stricto Senso*), a resposta ao questionário e assistir a um vídeo 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.

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 elaborado pela ANS em conjunto com Conselhos Profissionais e outros representantes de prestadores de serviços de saúde e assistindo ao vídeo, que trata da introdução ao tema "cuidado centrado no paciente", que está disponível no endereço eletrônico:

<http://proqualis.net/video/video-sobre-cuidado-centrado-na-pessoa>.

Critérios para Consultórios:

☐ Nível A: 105% do IPCA:

1. O profissional deverá ter um dos seguintes títulos de formação profissional/acadêmica: (Residência/Título de Especialista/Pós-Graduação *latu Senso ou Stricto Senso*); e
2. O profissional deverá responder ao questionário sobre qualidade disponível no Portal de sua entidade representativa; e
3. O profissional deverá assistir ao vídeo "cuidado centrado no paciente", que está disponível no endereço eletrônico:

<http://proqualis.net/video/video-sobre-cuidado-centrado-na-pessoa>.



Nível B: 100% do IPCA:

1. O profissional deverá responder ao questionário sobre qualidade disponível no Portal de sua entidade representativa; e
2. O profissional deverá assistir ao vídeo "cuidado centrado no paciente", que está disponível no endereço eletrônico:

<http://proqualis.net/video/video-sobre-cuidado-centrado-na-pessoa>.

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

Para fins da utilização do fator de qualidade para o reajuste dos prestadores de serviços, é facultada à operadora de planos de saúde solicitar os documentos comprobatórios relativos à certificação/ acreditação e formação profissional/acadêmica.

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 qualidade em saúde e esse passe a ser o critério de pontuação máxima para o Fator de Qualidade.

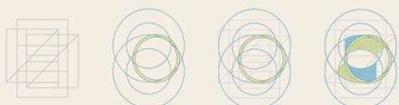
A lista de prestadores que preencham os critérios para a aplicação do fator de qualidade, será divulgada até 25 de março de 2017, no espaço destinado às informações dirigidas aos prestadores de serviços de saúde.

ANA PAULA SILVA CAVALCANTE
Gerente-Executiva da GEEIQ/DIDES

De acordo. Em 1º/11/2016.

MICHELLE MELLO DE SOUZA
Diretora Adjunta de Desenvolvimento Setorial

MARTHA REGINA DE OLIVEIRA
Diretora de Desenvolvimento Setorial



Fichas Técnicas

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.

Critérios de Exclusão

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

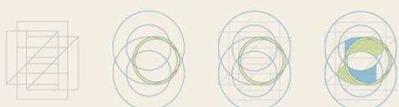
Interpretação do Indicador

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 da setor suplementar de saúde, conforme previsto nas atribuições da Diretoria de Desenvolvimento Setorial - DIDES, de acordo com o inciso XXII do art. 23 da Resolução Normativa-RN nº 197/2009: promover a 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 | | |
| 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

| | |
|--|-------------|
| 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 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

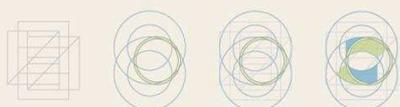
BORGES, M.F.; TURRINI, R.N.T. Readmissão em serviço de emergência: perfil de morbidade dos pacientes. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, Fortaleza, v. 12, n.3, p. 453-461, 2011.

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.



Taxa de retorno não planejado a 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.

Domínio

Efetividade

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 |
| <hr/> | |
| 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 estatísticos 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

Depende da especialidade e do tipo de cirurgia. 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.

