



III Reunião de discussão do QUALISS

19fev2016

Roteiro

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

Intervalo Almoço: 12h30 às 14h

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



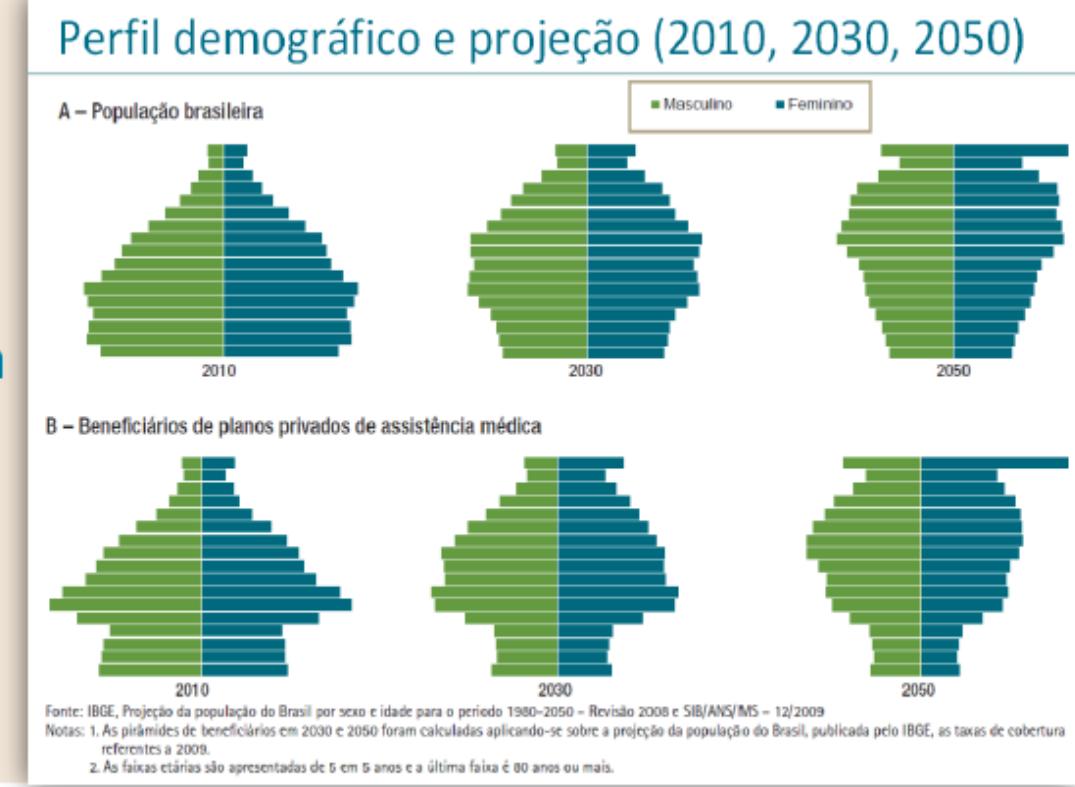
Desafios da Saúde Suplementar

Transição Demográfica
de rápida evolução

Transição Epidemiológica

Transição Tecnológica

Transição na organização
dos serviços de saúde



→ Busca da Qualidade para viabilizar o sistema



Visão geral da Qualidade: a tríade para Sustentabilidade do Setor



Visão de futuro da Qualidade setorial



Visão de futuro da Qualidade setorial



Resultado

Acreditação



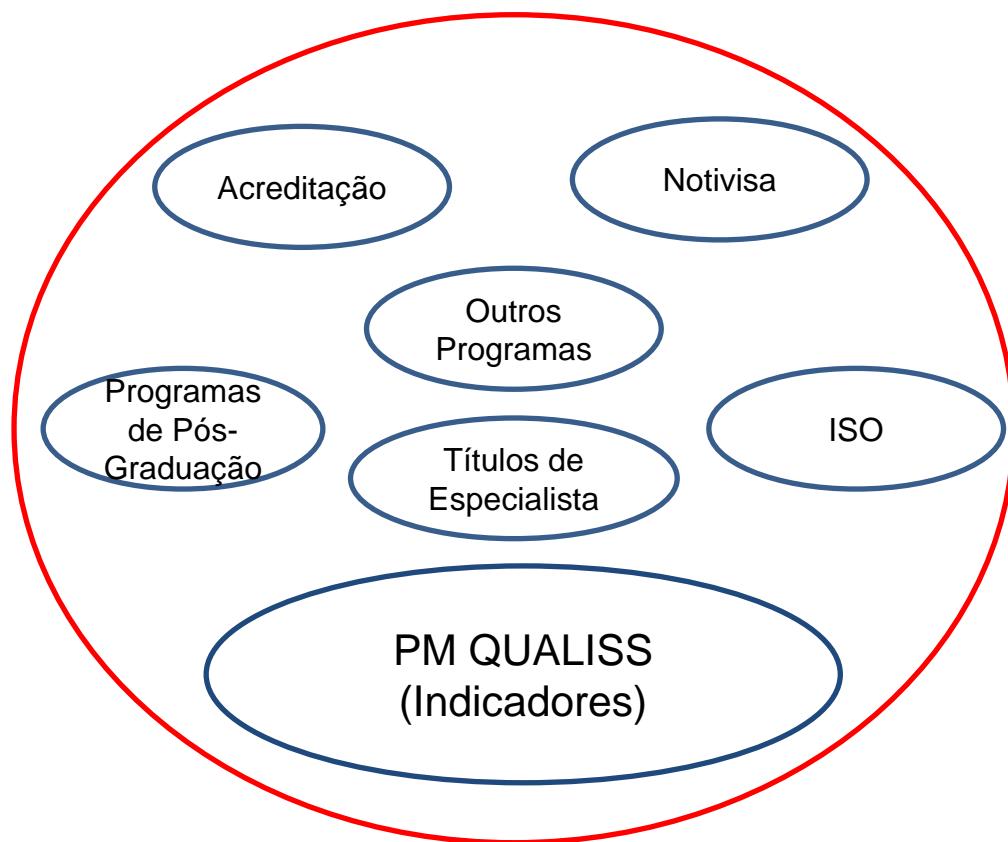
O Programa QUALISS

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



Estrutura do Programa

QUALISS



Instrumentos associados a
melhoria da qualidade

Principal objetivo do QUALISS

- Estimular a qualificação de prestadores

Conteúdo

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

Divulgação dos atributos

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



Atributos

HOSPITAIS

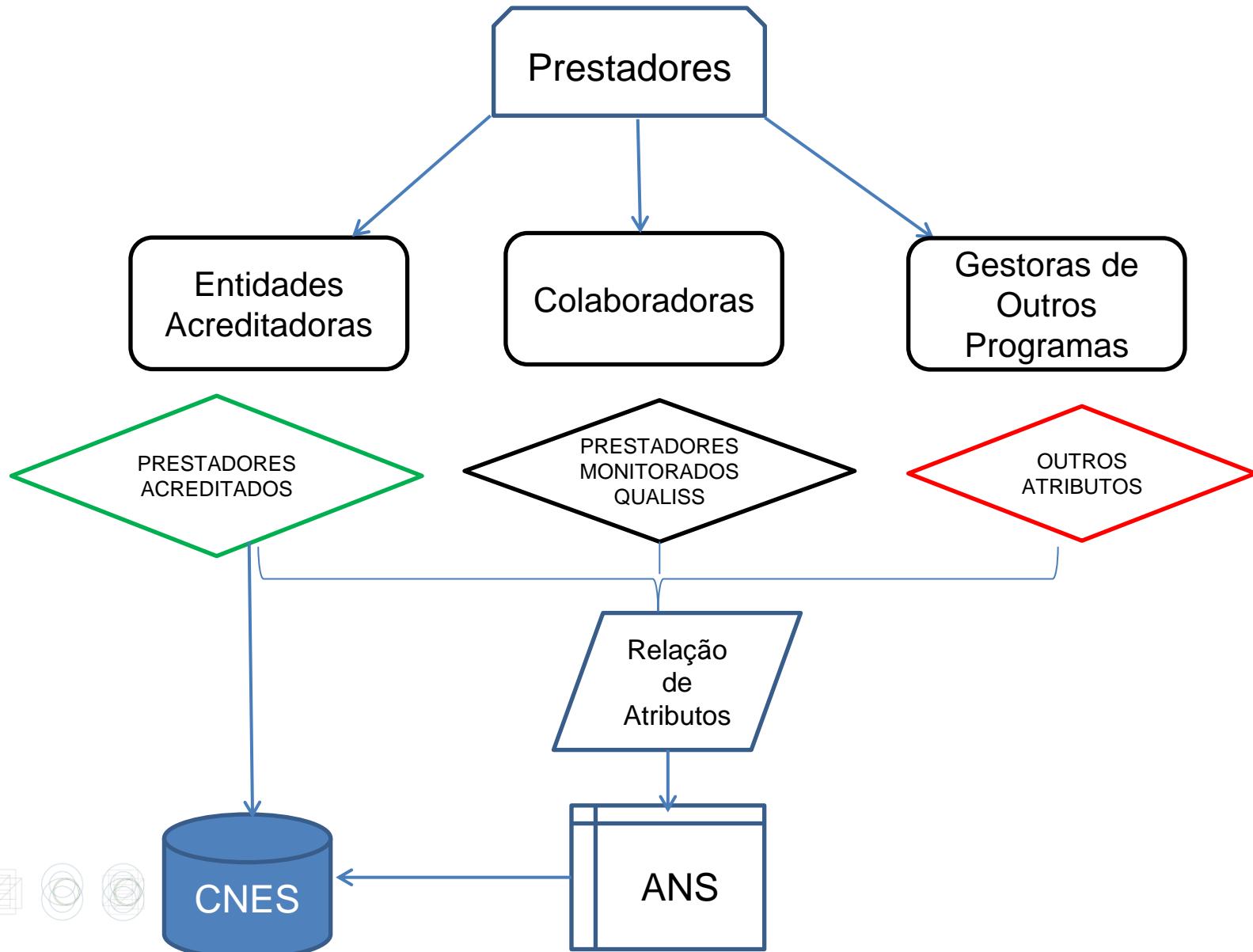
- Acreditação pelo Inmetro;
- Acreditação emitida por organismos acreditados pela ISQua
- Acreditação emitida por instituições que já tenham sido reconhecidas pela Instrução Normativa nº 52/2013;
- Certidão de Qualidade Monitorada – PM-QUALISS;
- Certificados emitidos por entidades gestoras de outros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

SADT e Clínicas (Atributos anteriores +)

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



Fluxo de Divulgação dos Atributos



Coleta dos Atributos

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



Entidades Colaboradoras

Previsão na RN 267/11

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



Indicadores do PM - Qualiss

Centralidade no Paciente

Evolução dos Indicadores de Centralidade no Paciente

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



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

Contribuições:

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

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

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



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

Avaliação ANS:

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

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

Método de cálculo

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

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



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

Contribuições:

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

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

GIOVANONI: Perguntas adequadas, mas, haverá garantia de amostra probabilística?

Avaliação ANS:

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

Método de cálculo

Somatório das notas atribuídas pelos usuários

Número de avaliações realizadas pelos usuários



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

Contribuições:

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

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

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

Avaliação ANS:

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

Método de cálculo

$$\frac{\text{Somatório das notas atribuídas pelos usuários para a pergunta}}{\text{Número de avaliações realizadas pelos usuários para a questão}}$$



Segurança

Evolução dos Indicadores de Segurança

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



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

Contribuições:

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

FENASAÚDE: De acordo com o indicador.

Avaliação ANS:

O indicador será mantido.

Método de cálculo

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



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

Contribuições:

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

FENASAÚDE: De acordo com o indicador.

Avaliação ANS:

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

Método de cálculo

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



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

Contribuições:

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

FENASAÚDE: De acordo com o indicador.

Avaliação ANS:

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

Método de cálculo

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



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

Contribuições:

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

FENASAÚDE: De acordo com o indicador.

Avaliação ANS:

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

Método de cálculo

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



Domínio Segurança: Conformidade com os padrões de cirurgia segura

Contribuições:

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

FENASAÚDE: De acordo com o indicador.

Avaliação ANS:

O indicador deve ser mantido.

Método de cálculo

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



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

Indicador novo: Contribuição IQG.

Indicador recomendável do QUALISS: Incidência de úlcera por pressão

Método de cálculo:

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



Domínio Segurança: Proporção de prontuários eletrônicos

Indicador novo. Caráter informativo

Método de cálculo:

Questionário sobre utilização de prontuário eletrônico.



Efetividade

Evolução dos Indicadores de Efetividade

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



Domínio Efetividade: Monitoramento da implantação de diretrizes e protocolos clínicos

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

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

- Contribuições:**

- FENASAÚDE:**

- Entende que o acolhimento deve ser melhor parametrizado possibilitando a utilização de modelos já existentes capazes de mensurar o índice.

- ANAHP:**

- Sugere não limitar a metodologia.
 - A epidemiologia de cada hospital deve justificar a metodologia.

- Avaliação ANS:**

- As metodologias são variadas, porém limitadas às reconhecidas internacionalmente.

- Método de Cálculo:**

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



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

- **Contribuições:**
 - FENASAÚDE:
 - O indicador pode ser influenciado por diversos fatores inerentes a cada prestador. Sugere-se que seja delimitado. Exemplo: Monitorar o tempo para atendimento dos casos mais críticos segundo a classificação de risco (vermelho).
 - ANAHP:
 - Epidemiologias distintas por especialidade e por região tornam a comparabilidade entre os hospitais difícil.
 - Sugere indicador de atendimento dentro dos prazos seguros, conforme classificação de risco.
- **Avaliação ANS:**
 - A escolha da metodologia será do hospital conforme sua especialidade/epidemiologia.
 - Foi considerada a especificidade da categoria de risco.
- **Método de Cálculo:**

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

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



Nº total de pacientes classificados em vermelho e laranja

X 100

Domínio Efetividade: Proporção de parto normal

- **Contribuições:**
 - FENASAÚDE:
 - De acordo com o indicador. Mas deve ser ponderado considerando o nível de complexidade do estabelecimento de saúde a fim de não prejudicar hospitais de referência em gestações de alto risco.
 - ANAHP:
 - Eliminação do indicador com a criação de índice de cesáreas eletivas ocorridas antes da 38ª semana de gestação.
 - A OMS não recomenda aplicar metas a instituições de saúde individuais;
 - a escolha da forma de parto deve preservar a autonomia da mulher;
 - recomenda um indicador de número de partos cesários eletivos antes do termo para medir a qualidade da assistência obstétrica.
 - GIOVANONI:
 - Considera-se o cálculo e a meta adequados, e sugere o estabelecimento do prazo de 24 meses para o alcance do resultado estipulado pela OMS de 85% de realização de partos normais nos prestadores de serviços hospitalares.
- **Avaliação ANS:**
 - A média considerada atende às especificidades, uma vez que é inferior ao padrão da OMS.
 - Busca de um parâmetro positivo na qualidade com meta de 60% em parto normal.
- **Método de Cálculo:**

Número total de partos normais realizados no hospital

X 100



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

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

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

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

----- X 100

Número total de internações



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

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

Número de óbitos de recém nascidos com muito baixo peso ao nascer ($500g < RN < 1500g$)

----- X 100

Número de saídas de recém nascidos com muito baixo peso ao nascer ($500g < RN < 1500g$)

Número de óbitos de recém nascidos com moderado baixo peso ao nascer ($1500g \leq RN < 2500g$)

----- X 100

Número de saídas de recém nascidos com moderado baixo peso ao nascer ($1500g \leq RN < 2500g$)



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

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



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

- **Contribuições:**
 - ANAHP:
 - Cumprir a Lei não é opcional;
 - Alargamento do escopo regulatório: fiscalizar cumprimento da Lei por parte do prestador;
- **Avaliação ANS:**
 - Avalia-se que a existência de outros canais de comunicação supre a necessidade de criação do indicador neste momento.



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

- **Método de cálculo**

Nº de internações a partir da emergência

$$\frac{\text{Nº de internações a partir da emergência}}{\text{Nº total de internações}} \times 100$$

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



Domínio Efetividade: Percentual de altas hospitalares a partir da UTI

- **Método de cálculo**

Nº de Altas hospitalares a partir da UTI

----- X 100

Nº total de altas hospitalares

- **Meta:** 0 (zero)



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

- **Método de cálculo**

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

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



Domínio Efetividade: Tempo médio de internação por clínica

- **Método de cálculo**

Tempo médio de internação por clínica

$$\frac{\text{Tempo médio de internação por clínica}}{\text{Nº de internações por clínica}} \times 100$$

- **Meta:** a definir



Domínio Efetividade: Taxa de profissionais de enfermagem/leito

- **Método de cálculo**

$$\frac{\text{Número de Enfermeiros}}{\text{Número de Profissionais de Enfermagem}} \times \frac{1}{\text{Nº de leitos}}$$

- **Meta:** a definir



Obrigado



Ministério da
Saúde



qualidadesetorial@ans.gov.br