



INSTITUTO DE ESTUDOS  
DE SAÚDE SUPLEMENTAR

# Textos para Discussão nº 61-2016

*Utilização de Indicadores de Qualidade Hospitalar –  
apresentação de três exemplos internacionais*

*Autora: Elene Nardi*

*Superintendente Executivo: Luiz Augusto Carneiro*

# Utilização de Indicadores de Qualidade Hospitalar – apresentação de três exemplos internacionais

## SUMÁRIO EXECUTIVO

---

- Este trabalho tem por objetivo discutir a importância da mensuração de indicadores de qualidade da prestação dos serviços hospitalares e a divulgação, pelos prestadores, dos seus resultados. São abordados conceitos e exemplos de indicadores de qualidade utilizados na avaliação da qualidade da assistência hospitalar.
- Serão abordadas três formas de utilização desses indicadores por hospitais em diferentes países, sendo elas:
  1. A divulgação pública de indicadores de qualidade, permitindo a comparação entre hospitais: o exemplo dos Estados Unidos.
  2. A utilização de indicadores de qualidade dentro de um programa de acreditação hospitalar a nível nacional: o exemplo da Austrália.
  3. A utilização de indicadores de qualidade para o pagamento por performance: o exemplo da Inglaterra.
- Serão feitas, ainda, algumas considerações sobre a atual situação da mensuração da qualidade da rede hospitalar brasileira e sobre a divulgação dos resultados alcançados. Será discutido o programa Qualiss da ANS, o único programa que possui impacto sistêmico e incentiva economicamente a melhoria da qualidade da prestação de serviços hospitalares no Brasil.
- Por fim, serão levantadas algumas sugestões para a mudança do cenário da qualidade hospitalar do país:
  1. O estabelecimento de um programa de qualidade que envolva o sistema de saúde brasileiro como um todo, ou seja, o público e o privado.
  2. O envolvimento cada vez maior e integrado dos diversos agentes do estado, Ministério da Saúde, ANVISA, (agência nacional de Vigilância Sanitária) e ANS (agencia nacional de saúde) na criação de mecanismos indutores da qualidade e da mensuração dos resultados assistenciais.
  3. O estabelecimento de indicadores e de padrões coerentes com a realidade do país.
  4. A utilização de projetos pilotos.
  5. O treinamento das equipes e profissionais diretamente ligados a prestação de serviços de saúde em programas de qualidade e utilização de indicadores.

## 1. INTRODUÇÃO

A qualidade é compreendida como o atendimento aos padrões técnicos estabelecidos e adotados em relação a produtos ou a serviços, os quais são considerados como tendo qualidade quando atendem perfeitamente - de forma confiável, segura e no tempo certo - as necessidades dos clientes (Paladini, 2007). A qualidade não diz respeito a apenas um aspecto isolado, e sim a um conjunto de elementos ou atributos que compõem o serviço ou produto (Paladini, 2007). Especificamente na área da saúde, ela é um conceito abstrato de operacionalização difícil, uma vez que não é fácil definir e mensurar o que é um serviço de saúde “bom” ou “ruim” (La Forgia e Couttolenc, 2009).

As consequências de uma prestação de saúde “ruim”, normalmente, recaem sobre os próprios pacientes. No relatório “Errar é Humano” do Instituto de Medicina (IOM) dos Estados Unidos, 44.000 a 98.000 mortes anuais no país foram atribuídas a falhas da assistência médico-hospitalar. Em comparação, mais pessoas morreram em um ano como resultado de erros médicos do que de acidentes com automóveis (43.458), de câncer da mama (42.297) ou com AIDS (16.516) (Kohn, L. T. et al., 2000). Em outro estudo, também dos Estados Unidos, foi demonstrado que os eventos adversos<sup>1</sup> na assistência de pacientes hospitalizados ocorriam em 3,7% do total das internações, sendo 27,6% deles atribuídos à negligência. Desses eventos adversos, 13,6% resultavam em morte e 2,6% causavam sequelas irreversíveis (Brennan et al., 1991). Uma pesquisa de 2016 mostra que os eventos adversos constituem a terceira causa de morte nos EUA, estando atrás somente de doenças cardiovasculares e câncer, podendo chegar a 400.000 óbitos por ano (Makari, 2016).

<sup>1</sup> Evento adverso é uma lesão adquirida durante o tratamento que não foi determinada pelas condições clínicas de base do paciente. Um evento adverso não significa erro, negligência ou baixa qualidade, mas um resultado assistencial indesejado relacionado à terapêutica ou diagnóstico. Quando um evento adverso é atribuível a um erro, considera-se um evento adverso evitável (Reason, 2000).

Publicações de outros países mostram números também alarmantes. Foi estimado que, no Reino Unido, eventos adversos que resultam em danos ocorrem em cerca de 10% das internações hospitalares, o que equivale a mais de 850.000 eventos anualmente (Stryer e Clancy, 2005). Especificamente no Brasil, foi constatado que 4% dos 57.215 pacientes internados em três hospitais privados de Belo Horizonte apresentaram condições adquiridas (condição médica que o paciente desenvolve durante a internação, que não estava presente na admissão ao hospital). Os pacientes que apresentaram condições adquiridas apresentaram maior tempo de permanência no hospital, maior número de complicações e maior número de óbito (Daibert, 2015).

Assegurar a qualidade tem resultados positivos para o sistema de saúde como um todo. Uma “boa” assistência prestada garante, por exemplo, a proteção do paciente permitindo acesso aos recursos e métodos apropriados que não irão produzir complicações evitáveis. Além disso, uma assistência de qualidade é uma maneira de demonstrar que profissionais da saúde seguem padrões universais de competência (Health Services Research Group, 1992).

O desafio, no entanto, é como conseguir alcançar uma assistência à saúde de qualidade. O Instituto de Medicina dos Estados Unidos (Institute of Medicine – IOM) descreve seis domínios para que um sistema de saúde entregue serviços considerados com qualidade (Committee on Quality Health Care in America, 2001). São eles:

- Segurança: evitar danos aos pacientes por meio dos cuidados destinados a ajudá-los;
- Efetividade: prestação de serviços com base no conhecimento científico a todos os pacientes que poderiam se beneficiar, abstendo-se da prestação de serviços para aqueles que não se beneficiariam;
- Cuidado centrado no paciente: prestação de cuidados que respeite as preferências individuais dos pacientes, suas necessidades

e seus valores. Garantia de que os valores do paciente irão orientar todas as decisões clínicas;

- Oportunidade: redução de esperas e atrasos, por vezes prejudiciais, tanto para aqueles que recebem e quanto por aqueles que provém o cuidado;
- Eficiência: evitar resíduos, incluindo resíduos de equipamentos, materiais e energia;
- Igualdade: prestação de cuidados que não variam em qualidade devido às características pessoais, como sexo, etnia, localização geográfica e nível socioeconômico.

Segundo o IOM (2001), um sistema de saúde que atinge importantes ganhos nesses seis domínios teria mais condições de satisfazer as necessidades do paciente, ou seja, estaria mais próximo de ser considerado um “bom” sistema de saúde. Nesse relatório, o IOM descreve diversas orientações para que sistemas de saúde consigam atingir os seis objetivos. Dentre essas orientações, está a implementação da medição de performance de prestadores e dos resultados alcançados por eles, assim como a prestação de contas desses resultados à população.

E é justamente nesse ponto que o presente trabalho se atém – ao gerenciamento dos indicadores de qualidade e a sua divulgação, pelos prestadores de serviços de saúde.

A medição é fundamental para a melhoria da qualidade: ela permite que os hospitais saibam seus resultados podendo acompanhar a evolução do seu desempenho os (o que permite, por exemplo, identificar oportunidades de melhoria) (Shaw, 2003).

No Brasil, há uma carência de dados confiáveis, de medição sistemática, de infraestrutura institucional para o monitoramento e avaliação da qualidade, frustrando a maioria das tentativas de se avaliar a qualidade dos serviços dos hospitais brasileiros. Algumas razões apontadas para o não monitoramento e avaliação da qualidade no Brasil são: o baixo nível de cumprimento da regulação, a natureza voluntária dos controles externos e a falta de mecanismo que impõe

responsabilização dos hospitais (La Forgia e Couttolenc, 2009).

A avaliação independente e transparência da qualificação e do desempenho assistencial do prestador de serviços hospitalares ainda não se encontram amplamente implementados e acessíveis ao cidadão comum que procura um serviço de saúde no Brasil. Sendo assim, como uma tentativa de fundamentar a discussão em torno do assunto, a seguir serão abordados exemplos de utilização de indicadores hospitalares para a avaliação da qualidade da assistência à saúde em hospitais de diferentes países (Estados Unidos, Inglaterra e Austrália) e como acontece a divulgação desses indicadores ao público. Antes disso, serão abordadas algumas explicações sobre indicador de qualidade.

## 2. A UTILIZAÇÃO DE INDICADORES PARA A AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

A avaliação da qualidade é repleta de desafios, sendo um deles a dificuldade de se estabelecer uma padronização na definição de indicadores, na classificação e o que é necessário para a correta construção deles (Machado et al., 2013). Com o intuito de embasar a discussão sobre a avaliação da qualidade em saúde, abaixo são apresentados a definição de indicadores, como esses podem ser classificados e o que é necessário para a correta construção deles.

### 2.1 Definição e classificação de indicadores

Para a Organização Mundial de Saúde, um indicador pode ser considerado como “uma variável ou parâmetro que pode medir alterações, direta ou indiretamente, de um fenômeno de forma válida, sensível e específica” (WHO, 2003).

Especificamente na área da saúde, Donabedian (1988) estabelece que a qualidade deve ser avaliada a partir de três componentes, os quais: (i) Estrutura; (ii) processos e (iii) resultados. Abaixo, há uma descrição de cada um desses componentes e o que envolvem:

*(i) Estrutura:*

A estrutura indica os atributos das organizações em que a assistência ocorre. Isso inclui os atributos de recursos materiais (tais como instalações, equipamentos e recursos financeiros), de recursos humanos (tais como o número e qualificações do pessoal) e de estruturas organizacionais (tais como organização, métodos de avaliação pelos pares e métodos de reembolso) (Donabedian, 1988). Sendo assim, os indicadores de estrutura fornecem informações importantes sobre o ambiente da organização (infra-estrutura, disposição física e recursos, recursos humanos e estrutura organizacional), necessários para a prestação de uma assistência à saúde de qualidade. Um exemplo de indicador de estrutura é o número de casos de cirurgias eletivas deferidas ou canceladas devido à falta de um leito de UTI (Achs, 2014).

*(ii) Processo:*

O processo denota o que realmente é feito para fornecer a assistência à saúde, o que inclui o caminho percorrido pelo paciente até chegar ao médico, bem como atividades do profissional em fazer o diagnóstico e recomendar e implementar o tratamento (Donabedian, 1988). Os indicadores de processo realmente medem o que está sendo feito na prestação da assistência, fornecendo dados quantitativos sobre o cumprimento das normas, rotinas e procedimentos estabelecidos como o estado da arte da assistência. Um exemplo de indicador de processo é proporção de pacientes que tiveram seus riscos documentados durante procedimentos anestésicos (Achs, 2014).

*(iii) Resultados:*

Os resultados são os efeitos da assistência à saúde oferecidos aos pacientes e à população. A melhora do conhecimento do paciente em relação a sua saúde e as mudanças salutares em seus comportamentos também são incluídos nos resultados, assim como o grau de satisfação do paciente com a assistência que recebeu (Donabedian, 1988). Os indicadores de resultados fornecem dados quantitativos relacionados com os resultados de desempenho do sistema de saúde. Um exemplo de indicador de resulta-

do é a incidência de eventos adversos relacionados a erros de medicação (Achs, 2014).

**FIGURA 1: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE NA SAÚDE**

Fonte: Donabedian, 1988; Achs, 2014

De acordo com Donabedian (1988), as estruturas, os processos e os resultados estão interligados, sendo que, boas estruturas facilitam bons processos, que por sua vez facilitam resultados positivos para os pacientes (Donabedian, 1988; Achs, 2014). Para tanto, é necessário estabelecer corretas dimensões da estrutura, do processo e do resultado, as quais devem ser utilizadas para avaliar a qualidade do serviço prestado.

**2.2 Construção de indicadores:**

O uso de indicadores é uma ferramenta eficaz para medir e gerenciar a qualidade da assistência clínica (Achs, 2014). Um indicador bem concebido deve chamar a atenção para uma questão clínica específica, indicando possíveis problemas que possam necessitar de alguma ação ou fornecendo informações para a avaliação do desempenho dos serviços de saúde (Achs, 2014). A capacidade de se avaliar e reportar a qualidade, por meio da utilização de indicadores, é, portanto, um alicerce fundamental para o aperfeiçoamento do sistema de saúde e para a melhoria dos resultados de saúde dos pacientes. Por esse motivo, a definição e a utilização desses indicadores deve ser feita de forma criteriosa e que assegure a credibilidade científica das medidas – ter dados ruins pode ser pior que não ter nenhum dado e produzir consequências sérias para o sistema de saúde

(Shahian et al., 2016). Como exemplo, pode-se citar que, um indicador de qualidade impreciso e que expresse de forma errada alguma medida pode classificar equivocadamente os médicos e hospitais, direcionando pacientes à prestadores falsamente classificados como acima da média de performance, ou, ao contrário, fazer com que paciente não procurem prestadores erroneamente identificados como de baixa performance. Ademais, os prestadores podem dirigir recursos para problemas de qualidades não existentes, enquanto são complacentes com problemas que não foram detectados e pagadores podem recompensar prestadores de baixa performance e penalizar aqueles de alta performance (Shahian et al., 2016).

A seguir são apresentados alguns critérios que devem ser considerados para o desenvolvimento de indicadores de qualidade para que esses sejam fontes confiáveis de informação (Quadro 1). Os critérios do Quadro 1 foram descritos pela agência responsável pela manutenção da qualidade do sistema de saúde dos Estados Unidos, a Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). A agência descreve ainda que, para o estabelecimento de indicadores, é necessária a revisão da literatura científica e testes empíricos de todos os indicadores em potenciais (Farquhar, 2008a).

### QUADRO 1: CRITÉRIOS UTILIZADOS PARA O DESENVOLVIMENTO DE INDICADORES DE QUALIDADE

1)	Um indicador de qualidade adequado deve ter uma fundamentação clínica para ser utilizado. Deve medir um aspecto importante da qualidade e ser mensurável.
2)	Um indicador de qualidade adequado não deve ter sua variação causada por uma variação aleatória ou por características do paciente.
3)	O indicador não deve ser afetado por diferenças sistemáticas no conjunto de pacientes, incluindo a gravidade da doença e comorbidades. Nos casos em que existam tais diferenças sistemáticas, um modelo de ajuste de risco deve ser utilizado.
4)	O indicador deve ser relacionado com outros indicadores ou medidas destinadas a medir os mesmos (ou relacionados) aspectos de qualidade. Por exemplo, a adesão às diretrizes de tratamento específicas baseadas em evidências deve ser associada a reduzidas taxas de complicações dos pacientes.
5)	O indicador deve ser robusto e ser protegido de uma possível manipulação do provedor do sistema. Por exemplo, o indicador deve ser isolado de manipulações como no caso dos provedores melhorarem seu desempenho porque evitam casos difíceis ou complexos.
6)	O indicador deve ter sido usado no passado ou apresentar um elevado potencial para funcionar bem. Normalmente, um conjunto de indicadores proporciona uma imagem mais completa da qualidade.

Fonte: Marybeth Farquhar - Chapter 45. AHRQ Quality Indicators. What Are the AHRQ Quality Indicators? Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses: Vol. 3(Farquhar, 2008b)

A elaboração de um diagnóstico da realidade da assistência à saúde é, certamente, complexa e não se atém apenas a construção correta do indicador. Devem também ser considerados uma fonte de dados confiável e com qualidade, um tamanho de amostra adequado, uma descrição correta do período de observação dos pacientes e do período de observação do prestador, um ajuste de risco robusto, uma utilização da metodologia estatística correta e, se possível, uma definição de padrões de qualidade que sirvam de referência durante a avaliação (Shahian et al., 2016). Esse último é relevante, pois pode definir o que é esperado das organizações de saúde e dos profissionais de saúde, assim como auxiliar na definição das expectativas dos pacientes, por meio da publicação e disseminação desses padrões (Kohn, L. et al., 2000).

A seguir serão discutidos três formas de utilização de indicadores de qualidade dentro de hospitais em diferentes países. A primeira é a divulgação pública de indicadores de qualidade, permitindo a comparação entre hospitais (o exemplo dos Estados Unidos); a segunda é a utilização de indicadores de qualidade dentro de um programa de acreditação hospitalar a nível nacional (o exemplo da Austrália) e a última é a utilização de indicadores de qualidade para o pagamento por performance (o exemplo da Inglaterra).

### 3. UTILIZAÇÃO DE INDICADORES DE QUALIDADE EM DIFERENTES PAÍSES:

#### 3.1 Divulgação pública: O exemplo dos Estados Unidos

A ação de tornar público os resultados obtidos de uma avaliação da qualidade é baseado na convicção de que informações acessíveis, transparentes e de qualidade irão afetar decisões e comportamentos de vários stakeholders, resultando, por sua vez, em uma melhora da assistência a saúde entregue e, conseqüentemente, dos resultados (Dehmer et al., 2014). Ainda, o reporte público dos resultados justifica-se pelo direito do paciente em saber sobre o cuidado que eles irão receber de hospitais e médicos (Dehmer et al., 2014). Abaixo estão descritos como consumidores, planos de saúde, prestadores e formuladores de políticas se beneficiariam da divulgação pública de indicadores de qualidade (Quadro 2).

#### QUADRO 2: COMO STAKEHOLDERS SE BENEFICIARIAM DA DIVULGAÇÃO PÚBLICA DE INDICADORES DE QUALIDADE

STAKEHOLDER*	BENEFÍCIO DA DIVULGAÇÃO DE INDICADORES
CONSUMIDORES (PACIENTES E EMPRESAS)	(i) tomar decisões mais informadas sobre a escolha de estabelecimentos e prestadores de serviços de saúde; (ii) Durante a contratação de planos de saúde, permitir a verificação dos custos e dos resultados de desempenho dos prestadores da rede credenciada
PLANOS DE SAÚDE	(i) Avaliar o preço e a qualidade da sua rede de médicos, hospitais e outros prestadores; (ii) Comparar o seu desempenho contra o de seus concorrentes.
PRESTADORES	(i) Facilitar a aferição do seu próprio desempenho, permitindo o planejamento de melhorias
FORMULADORES DE POLÍTICAS	(i) Monitorar mudanças no sistema de saúde como um todo; (ii) Identificar as áreas que merecem uma investigação mais próxima e; (iii) incentivar prestadores a monitorar seu próprio desempenho

\* Stakeholders são as partes interessadas, que podem ser fornecedores, consumidores, governo, fornecedores, empregados, etc.

Fonte: Public reporting of clinical quality data: an update for cardiovascular specialists. J Am Coll Cardiol (Dehmer et al., 2014)

Um exemplo de país que faz a divulgação pública de indicadores de qualidade de hospitais é os Estados Unidos, por meio do website Hospital Compare, criado através dos esforços do Medicare e da Hospital Quality Alliance (HQA).

A Hospital Quality Alliance (HQA) é um programa lançado em dezembro de 2002 pela American Hospital Association, Federation of American Hospitals e Association of American Medical Colleges. O HQA é uma colaboração público-privada nacional para incentivar hospitais a coletarem e reportarem dados sobre a qualidade do cuidado (Lindenauer et al., 2007). Estão envolvidos nesse programa organizações que representam os consumidores, hospitais, médicos, empregadores, organizações credenciadas e agências federais, com o objetivo de promover a elaboração de relatórios sobre a qualidade da assistência hospitalar no país<sup>2</sup>.

A divulgação dos dados sobre a qualidade dos hospitais teve início em 2005, quando o CMS (Center for Medicare and Medicaid Services) começou a publicar informações sobre a performance e as classificações dos hospitais com base nestas medidas em um website chamado Hospital Compare (<https://www.hospitalcompare.hhs.gov>) (Werner e Bradlow, 2010). Essa foi uma importante iniciativa para promover a competição entre a indústria de hospitais no país (Dor et al., 2015).

<sup>2</sup> <https://www.cms.gov/medicare/quality-initiatives-patient-assessment-instruments/hospitalqualityinits/hospitalcompare.html>

Quando lançado, o Hospital Compare consistia de um conjunto de medidas de processos destinadas a apoiar a tomada de decisão dos consumidores na escolha de hospitais e motivar os hospitais a examinar e melhorarem a prestação de cuidados de saúde. Já em 2007, foram introduzidos índices de qualidade baseados em resultados e uma classificação de hospitais baseada na mortalidade (Dor et al., 2015).

As informações divulgadas no site tem a função de ajudar os consumidores a tomar decisões sobre os seus cuidados de saúde. É possível selecionar vários hospitais e comparar diretamente informações de medida de performance, por exemplo, relacionada ao infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca, pneumonia, cirurgia e outras condições. Estes resultados são divulgados no site do Medicare/Hospital Compare<sup>3</sup> organizados por:

- *Informações gerais:* nome, endereço, número de telefone, tipo de hospital, e outras informações gerais sobre o hospital.

- *Experiências dos pacientes:* respostas de pacientes sobre a sua experiência no Hospital. Um exemplo de indicador utilizado é a porcentagem de pacientes que relataram que seus enfermeiros “sempre” se comunicam bem com eles, se comunicam “normalmente” ou se comunicam bem “às vezes” ou “nunca”.

- *Assistência em tempo útil e efetiva:* Com que frequência e quão rápido cada hospital fornece tratamentos recomendados para determinadas condições como ataque cardíaco, insuficiência cardíaca, pneumonia, asma infantil, acidente vascular cerebral e gripe. E como esses hospitais seguem as melhores práticas para evitar complicações cirúrgicas. Exemplos de indicadores utilizados são proporção de pacientes que passaram por cirurgia e receberam um antibiótico no momento certo (dentro de uma hora antes da cirurgia) para ajudar a prevenir a infecção e proporção de pacientes que passaram por cirurgia e receberam o tipo certo de antibióticos para ajudar a prevenir a infecção.

<sup>3</sup> <https://www.medicare.gov/hospitalcompare/About/Hospital-Info.html>

- *Complicações:* Com que incidência ocorreram complicações em pacientes que estiverem internados no hospital ou após procedimentos cirúrgicos e que poderiam ter sido evitadas se o hospital seguisse os procedimentos com base nas melhores práticas e evidências científicas. Um exemplo de indicador utilizado é a taxa de complicações de pacientes que fizeram substituição de quadril ou joelho.

- *Readmissões e mortes:* Como é o desempenho de cada hospital em relação a medidas de readmissão e mortalidade quando comparadas às taxas nacionais. Exemplos de indicadores utilizados são a mortalidade de pacientes que sofreram infarto do miocárdio e a taxa de readmissão não planejada após a alta hospitalar.

- *O uso de imagens médicas:* Como um hospital utiliza exames de imagem médica ambulatorial (como tomografia computadorizada e ressonância magnética). Um exemplo de indicador utilizado é a proporção de pacientes que tiveram uma mamografia de acompanhamento, um ultra-som ou ressonância magnética da mama no prazo de 45 dias após uma mamografia, quando indicado

- *Pagamento e valor dos cuidados:* Quanto é pago por cada hospital por pacientes com infarto do miocárdio, com insuficiência cardíaca e com pneumonia, comparado a média nacional de pagamento para essas condições. É avaliado também o gasto por beneficiário do Medicare.

No site, é possível, por exemplo, o consumidor filtrar as informações por região, selecionando os hospitais que deseja comparar, a distância e o tipo de hospital. É possível comparar também com a média nacional de cada indicador e encontrar explicações sobre a importância de cada indicador.

Apesar de ainda serem resultados incipientes, alguns autores vêm apontando a importância da divulgação pública dos indicadores hospitalares na qualidade da saúde entregue e na desaceleração dos preços em saúde (Werner e Bradlow, 2010; Dor et al., 2015). A própria Agency for Healthcare Research and Quality defendeu em seu relatório sobre a qualidade da

saúde americana, referente ao ano de 2014, que a divulgação pública das medidas de qualidade por meio do site do Hospital Compare pode ter contribuído para melhorias no sistema de saúde americano (Quality, 2014).

### 3.2 Acreditação hospitalar: O exemplo da Austrália.

A Acreditação Hospitalar é um sistema de avaliação e certificação externa da qualidade de serviços de saúde, possuindo um caráter educativo, voltado para a melhoria contínua e sem finalidade de fiscalização ou controle oficial/governamental<sup>4</sup>. A acreditação costuma ser não obrigatória e não deve ser confundida com os procedimentos de licenciamento e ações típicas de Estado. Como vantagem, programas de acreditação estimulam melhorias em níveis sistêmicos do setor saúde por meio da promoção da boa governança baseada em evidências e da utilização de padrões clínicos (Greenfield et al., 2015).

Durante o processo de avaliação para a acreditação de um prestador de serviços de saúde, são verificados diversos processos da organização em comparação com os níveis e padrões pré-estabelecidos. Para que seja possível essa comparação, o prestador deve utilizar um sistema de informação institucional consistente, baseado em taxas e indicadores, que permitam o monitoramento e o controle de resultados da instituição (Manzo et al., 2012; Ona, 2015).

Um exemplo de país que optou pela utilização de programas de acreditação para promover a melhoria da qualidade de seus hospitais foi a Austrália. Em 2013, um programa de acreditação a nível sistêmico foi estabelecido no país com a implementação do chamado "Australian Health Service Safety and Quality Accreditation (AHSSQA) Scheme" (Greenfield et al., 2015).

A principal ação da reforma foi a aplicação de padrões de qualidade e de segurança no sistema de saúde, os chamados The National Safety and Quality Health Service Standards (NSQHS Standards). Esses padrões são um

conjunto de 10 estratégias de melhoria baseadas em evidências focadas em áreas consideradas essenciais para os serviços de saúde (Greenfield et al., 2015). Abaixo estão listados tais padrões, uma pequena descrição deles e alguns dos indicadores ou itens avaliados (Greenfield et al., 2015)<sup>5</sup>:

*Padrão 1: Governança para a segurança e qualidade nas organizações de serviços de saúde*

Relaciona-se à estrutura de qualidade utilizada pelas organizações para implementar sistemas seguros. Alguns exemplos de indicadores utilizados pelo programa, para o padrão 1, são: Mortalidade intra-hospitalar por infarto agudo do miocárdio (IAM), por acidente vascular cerebral, por fratura do fêmur e por pneumonia.

*Padrão 2: Parceria com os consumidores*

Nesse padrão, são verificados sistemas e estratégias utilizados para criar um sistema de saúde centrado no consumidor, incluindo-os no desenvolvimento e na concepção de cuidados de saúde com qualidade. Alguns exemplos de avaliação, para o padrão 2, são: (i) Os pacientes são vistos como membros essenciais da equipe de saúde? (Sim/Não); (ii) O cuidado é coordenado junto com os pacientes e em todas as áreas? (Sim/Não)

*Padrão 3: Prevenção e controle de infecções associadas aos cuidados de saúde*

No escopo desse padrão, estão sistemas e estratégias utilizados para prevenir infecções em pacientes dentro do sistema de saúde e para gerir eficazmente as infecções quando essas ocorrem, minimizando suas consequências. Alguns exemplos de indicadores utilizados pelo programa, para o padrão 3, são: Porcentagem de pacientes que tiveram prescrição de antibióticos, porcentagem de antibióticos de uso restrito, número de antibióticos por paciente, duração do tratamento, dosagem e intervalo de dosagem. O uso profilático é avaliado pela porcentagem de pacientes cirúrgicos para os quais foram prescritos antibióticos nas últimas 24 horas.

<sup>4</sup> Organização Nacional de Acreditação. O que é acreditação? Disponível em: <https://www.ona.org.br/Pagina/27/O-que-e-Acreditacao>. Acesso em 04 de abril de 2016

<sup>5</sup> <http://www.safetyandquality.gov.au/our-work/accreditation-and-the-nsqhs-standards/resources-to-implement-the-nsqhs-standards/#Standard5>

#### *Padrão 4: Segurança de medicamentos*

O padrão 4, relaciona-se a sistemas e estratégias necessárias para assegurar que a prescrição, a dispensação e a administração de medicamentos adequados sejam feitas com segurança para pacientes instruídos. Alguns exemplos de indicadores utilizados pelo programa, para o padrão 4, são: (i) porcentagem de pacientes do hospital que receberam as informações por escrito e/ou aconselhamento verbal sobre os seus medicamentos antes da alta; (ii) Porcentagem de prescrições revistas e reconciliadas por um farmacêutico antes de serem dispensadas.

#### *Padrão 5: Identificação do paciente e procedimento de conferência*

O padrão 5 compreende sistemas e estratégias utilizadas para identificar pacientes e conferir se a sua identidade corresponde ao tratamento correto. Alguns exemplos de indicadores utilizados pelo programa, para esse padrão, são: taxa de utilização de um checklist para a realização de cirurgia segura: identificação do paciente (nome, procedimento, consentimento, etc), taxa de confirmação verbal da equipe (paciente, local, procedimento), etc.

#### *Padrão 6: Transferência Clínica*

Relaciona-se à sistemas e estratégias utilizadas para a comunicação clínica eficaz sempre que a prestação de contas e a responsabilidade do cuidado do paciente são transferidas. Alguns exemplos de indicadores utilizados pelo programa, para o padrão 6, são: Taxa de identificação de riscos específicos do paciente, taxa de duplicação e redundância nas investigações, cuidado e tratamento.

#### *Padrão 7: Sangue e produtos sanguíneos*

O padrão 7 abrange sistemas e estratégias para uma gestão segura, eficaz e adequada de sangue e de produtos sanguíneos para que pacientes que recebam sangue de forma segura. Alguns exemplos de itens avaliados pelo programa, para esse padrão, são: (i) suas políticas de sangue e produtos de sangue são consistentes com as diretrizes nacionais? (Sim/Não); (ii) como é possível monitorar o descarte

de sangue e produtos de sangue (registros, auditorias, sistemas de monitoramento, etc)? (Sim/Não)

#### *Padrão 8: Prevenção e gestão de lesões por pressão*

São avaliados, nesse padrão, sistemas e estratégias utilizadas para evitar que os pacientes desenvolvam lesões de pressão e o emprego de melhores práticas de gestão quando ocorrem lesões por pressão. Um indicador avaliado pelo programa, para o padrão 8, é: (i) taxa de lesões por pressão adquiridas depois da admissão.

#### *Padrão 9: Reconhecer e responder à deterioração clínica aguda*

Esse padrão compreende sistemas e processos a serem implementados pelos serviços de saúde para responder de forma eficaz quando a condição clínica do paciente se deteriora. Alguns exemplos de indicadores utilizados, para o padrão 9, são: taxa de adesão ao monitoramento da deterioração clínica das seguintes observações fisiológicas: frequência respiratória; saturação de oxigênio; frequência cardíaca; pressão sanguínea; temperatura; nível de consciência

#### *Padrão 10: Prevenção de quedas e danos por quedas*

Por fim, o padrão 10 está relacionado a sistemas e estratégias utilizados para reduzir a incidência de quedas de pacientes nos serviços de saúde e emprego de melhor prática de gestão quando a queda ocorrer. Alguns exemplos de indicadores utilizados pelo programa, para esse padrão, são: taxa de quedas de pacientes com e sem dano.

A efetividade da proposta de acreditação australiana demorou uma década para ser implementada e, atualmente, é avaliada por uma comissão que envolve vários stakeholders com papéis distintos no país. Dentre eles estão, por exemplo, o Ministro da Saúde que tem a função de aprovar os padrões NSQHS, enquanto uma comissão ( a Australian Commission on Safety and Quality - ACSQHC) é responsável por sua elaboração. As agências reguladoras têm

a função de determinar quais os serviços de saúde serão credenciados e, quando os padrões não forem cumpridos, devem iniciar uma série de ações para reparar os serviços e garantir que os padrões NSQHS sejam cumpridos. Os serviços de Saúde, por sua vez, selecionam uma agência de acreditação para avaliar a sua conformidade e essas agências têm a função de avaliar os serviços de saúde em relação as Normas NSQHS (Greenfield et al., 2015).

Há no site da Comissão Australian Commission on Safety and Quality documentos disponíveis para os dez padrões descritos acima (<http://www.safetyandquality.gov.au>). Os documentos abordam a importância de cada padrão, sugestões de ações para sua implementação e alguns indicadores ou medidas que podem ser utilizados para cada ação.

De acordo com o último relatório da Australian Commission on Safety and Quality, lançado em setembro de 2015, 59% dos serviços de saúde estavam acreditados pelos 10 padrões NSQHS; 39% dos serviços de saúde foram avaliados em relação aos padrões 1, 2 e 3. Pelo programa, todos os hospitais australianos e serviços de procedimentos diários deverão ser acreditados (Care, 2015).

### 3.2 Pagamento por performance: O exemplo da Inglaterra.

Apesar das evidências limitadas, o pagamento por performance é uma estratégia defendida como tendo o potencial de acelerar a melhoria da qualidade de hospitais (Lindenauer et al., 2007). Isso porque programas que envolvem esse tipo de pagamento destinam-se a reforçar a melhoria da qualidade, ao premiar a excelência em qualidade e a reverter mecanismos de incentivos financeiros “perversos” que podem dissuadir os hospitais a investirem em esforços para a melhoria da qualidade (Lindenauer et al., 2007). Para tanto, é necessária a medição da qualidade via utilização de indicadores pré-estabelecidos.

Em 2008, um programa chamado Avançando a Qualidade (Advancing Quality) foi introduzido em 24 hospitais da região noroeste da Inglaterra pertencentes ao NHS (National Health System), o sistema de saúde do Reino Unido (Sutton et al., 2012). O Advancing Quality é baseado no Hospital Quality Incentive Demonstration dos Estados Unidos e foi o primeiro programa baseado em pagamento por performance introduzido em hospitais da Inglaterra. No Advancing Quality, os hospitais foram obrigados a recolher e enviar dados sobre indicadores de qualidade, abrangendo cinco áreas clínicas: infarto agudo do miocárdio, revascularização do miocárdio, insuficiência cardíaca, cirurgia de quadril e de joelho e pneumonia (Sutton et al., 2012). Atualmente, são envolvidas mais três áreas no programa, as quais: insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral, demência e intervenção precoce da psicose. Os itens avaliados de cada área estão descritos no Quadro 3 (Advancing Quality Alliance, 2013). É possível consultar resultados de cada hospital no site: <http://www.advancingqualitynw.nhs.uk/results-by-hospital/>

### QUADRO 3 - ÁREAS CLÍNICAS DE FOCO PARA A AVALIAÇÃO DA QUALIDADE PARA O PAGAMENTO POR PERFORMANCE E SEUS INDICADORES.

INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO	REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO
<p>Prescrição de antiplaquetário na chegada            Prescrição de antiplaquetário na alta            Bloqueadores dos receptores da angiotensina e inibidores da ECA para todos os pacientes            Aconselhamento de cessação do uso de tabaco            Prescrição de betabloqueadores na alta            Fibrinólise dentro de 30 minutos da chegada            Intervenção coronária percutânea dentro de 90 minutos            Avaliação ventricular esquerda            Prescrição de estatina na alta            Encaminhamento para reabilitação cardíaca</p>	<p>Antibiótico profilático dentro de 1 hora antes da cirurgia            Seleção do antibiótico profilático apropriado            Descontinuação do antibiótico dentro de 24 horas após a cirurgia            Prescrição de antiplaquetária na alta            Prescrição de estatina na alta            Enxerto de artéria mamária interna            Check-list cirúrgico preenchido</p>
INSUFICIÊNCIA CARDÍACA	CIRURGIA DE QUADRIL E DE JOELHO
<p>Avaliação do Ventrículo Esquerdo            Prescrição de bloqueadores dos receptores da angiotensina e inibidores da ECA para disfunção sistólica do ventrículo esquerdo            Prescrição de betabloqueadores para insuficiência cardíaca            Revisão por especialista em “insuficiência cardíaca”            Instruções escritas na alta sobre: dieta, monitoramento do peso, medicamentos, atividades, sintomas de agravamento e acompanhamento</p>	<p>Antibiótico profilático dentro de 1 hora antes da incisão            Seleção antibiótico profilático apropriado            Antibiótico descontinuado dentro de 24 horas do tempo final cirurgia            Profilaxia química do tromboembolismo venoso (TEV) dentro de 12 horas            Profilaxia do TEV continuada por período adequado</p>
PNEUMONIA	ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL
<p>Saturação de oxigênio medida durante 24 horas            Seleção de antibiótico adequado            Administração de antibióticos nas 6 horas após a chegada            Aconselhamento de cessação do uso de tabaco            Documentação da CURB-65 (escore de gravidade da doença)</p>	<p>Admissão à unidade de AVC dentro de 4 horas após a chegada            Terapia com aspirina dentro de 24 horas da chegada            Tomografia dentro de 24 horas da chegada            Avaliação de deglutição dentro de 24 horas da chegada            Peso durante a permanência no hospital            Avaliação fisioterapêutica no prazo de 72 horas da chegada            Avaliação de terapeuta ocupacional no prazo de 72 horas da chegada</p>
DEMÊNCIA	INTERVENÇÃO PRECOZE DA PSICOSE
<p>A avaliação da dor dentro de 3 dias            Avaliação nutricional dentro de 5 dias            Avaliação da saúde física no prazo de 7 dias            Avaliação da capacidade cognitiva no prazo de 14 dias            Avaliação da depressão no prazo de 14 dias            Avaliação da capacidade funcional antes da alta            Plano de cuidado adaptado na alta hospitalar</p>	<p>Coordenador de cuidado atribuído dentro de 1 dia e usuário do serviço informado dentro de 3 dias            Avaliação de risco dentro de 30 dias            Duração da avaliação da psicose sem tratamento dentro de 30 dias            Revisão da medicação antipsicótica dentro de 6 semanas</p>

Fonte: Advancing Quality Alliance, AQuA - Appendix D - Current Clinical Focus Areas and underpinning clinical indicators. Disponível em: [http://www.advancingqualitynhs.uk/wp-content/uploads/AQBusinessPlan2013\\_16AppendixD.pdf](http://www.advancingqualitynhs.uk/wp-content/uploads/AQBusinessPlan2013_16AppendixD.pdf). Acesso: 13 de abril de 2016

Os dados de cada paciente são coletados e os resultados são agregados de duas maneiras:

1) Escore de processo múltiplo: é uma pontuação agregada que reflete o número de oportunidades para “fazer a coisa certa” e a proporção em que foram alcançados. Ou seja, são calculadas, para cada paciente, a proporção dos procedimentos realizados corretamente para cada indicador (Quadro 4 - Advancing Quality Alliance, 2013).

2) Escore de cuidado apropriado: é outra pontuação agregada, mas desta vez a nível paciente. Ele mede a proporção de pacientes que receberam todas as intervenções relevantes e é, portanto, uma medida de “assistência perfeita”. Ou seja, apenas se todos os procedimentos estiverem corretos, a assistência é considerada perfeita (Quadro 4). Abaixo está um diagrama que ilustra o cálculo dos dois escores.

#### QUADRO 4 - DIAGRAMA DO CÁLCULO DO ESCORE DE PROCESSO MÚLTIPLO E DO ESCORE DE CUIDADO APROPRIADO DO PROGRAMA ADVANCING QUALITY DA INGLATERRA.

	PACIENTE 1	PACIENTE 2	PACIENTE 3	ESCORES GERAIS
MEDIDA 1	✓	✓	x	2 de 3=66%
MEDIDA 2	✓	✓	✓	3 de 3=100%
MEDIDA 3	x	✓	x	1 de 3=33,3%
MEDIDA 4	✓	✓	✓	3 de 3= 100%
MEDIDA 5	✓	✓	✓	3 de 3=100%
OPORTUNIDADES ALCANÇADAS	4 de 5	5 de 5	3 de 5	12 de 15
<b>ESCORE DE PROCESSO MÚLTIPLO</b>	80%	100%	60%	80%
ASSISTÊNCIA PERFEITA (TUDO OU NADA)	0 de 1	1 de 1	0 de 1	1 de 3
<b>ESCORE DE CUIDADO APROPRIADO</b>	x	✓	x	33%

Fonte: Appendix E: Methodology for calculating the Advancing Quality Commissioning for Quality and Innovation (CQUiN) incentive schemes. Disponível em: [http://www.advancingquality.nhs.uk/wp-content/uploads/AQBusinessPlan2013\\_16AppendixE.pdf](http://www.advancingquality.nhs.uk/wp-content/uploads/AQBusinessPlan2013_16AppendixE.pdf). Acesso: 13 de abril de 2016

No final do primeiro ano, os hospitais que apresentaram os escores de qualidade no quartil superior receberam um pagamento de bônus igual a 4% da receita que eles recebiam no âmbito do tarifário nacional para a atividade associada. Para os hospitais que apresentaram os escores no segundo quartil, o bônus foi de 2%. Nos outros 6 meses, o sistema de recompensa foi alterado, no qual o hospital poderia ganhar bônus baseados em critérios de realização e de melhoria (Sutton et al., 2012). Nesse início, portanto, o pagamento envolvia um bônus para o prestador quando esse atingisse determinadas metas. Após os 18 meses iniciais, a estrutura de financiamento alterou novamente, quando, ao invés do bônus, uma proporção fixa do rendimento esperado do hospital era paga somente se o limite de desempenho exigido fosse alcançado. Ou seja, os incentivos financeiros mudaram de bônus para penalidades, as quais podiam chegar até \$5 milhões. A única alteração, no entanto, foi em relação ao incentivo financeiro, os indicadores de performance continuaram os mesmos e os parâmetros para cada um deles foram baseados nos escores de qualidade do primeiro ano do programa (Kristensen et al., 2014).

Inicialmente, foram verificados benefícios para a saúde da região em que foi implementado o programa. Sutton, et al. (2012) avaliou o programa nos 18 primeiros meses e relatou que a introdução do programa na região Noroeste da Inglaterra foi associada a uma redução clinicamente significativa na mortalidade (Sutton et al., 2012). A partir desses dados, McDonald et al. (2015) considerou o programa como sendo custo-efetivo, uma vez que o custo total do programa foi próximo de £13 milhões no período inicial de 18 meses, sendo desses apenas £5 milhões destinados aos incentivos financeiros. Esse valor é menor do que o benefício revertido, uma vez que, para o programa como um todo, estimou-se um ganho de 6700 anos de vida ajustados pela qualidade (QALY) como resultado da redução da mortalidade do programa como um todo. Com um valor de £20.000 por QALY, isso equivale a um ganho de saúde estimado no valor de £134 milhões, ou seja, valor consideravelmente superior ao investido. As estimativas também sugerem que o programa resultou numa redução de 22.700 leitos-dia nos primeiros 18 meses, equivalendo a uma redução nos custos de £5 milhões (McDonald et al., 2015).

Porém, vale lembrar que esses são dados preliminares do programa. Em um outro estudo, Kristensen (2014) encontrou que as medidas de qualidade dos hospitais melhoraram nos primeiros

18 meses e mais ainda nos outros 24 meses, principalmente para pneumonia e insuficiência cardíaca. Porém, apesar da melhoria das medidas de qualidade se sustentarem ao longo do tempo, os autores não encontraram evidências que os incentivos tiveram efeito na mortalidade a longo prazo. Eles especularam que os efeitos do pagamento por performance podem ser temporários e que a mudança no incentivo de pagamento (passando de bônus para punições) podem ter afetado os resultados (Kristensen et al., 2014). As informações dos programas dos Estados Unidos, da Austrália e do Reino Unido estão no Quadro 5.

#### QUADRO 5 - RESUMO DOS PROGRAMAS REALIZADOS NOS ESTADOS UNIDOS, NA AUSTRÁLIA E NA INGLATERRA.

	PROGRAMA	RESPONSÁVEL	OBJETIVO	NÍVEL	PARTICIPANTES	O QUE É AVALIADO?
DIVULGAÇÃO PÚBLICA - ESTADOS UNIDOS	Hospital Compare (início em 2002)	-Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) -Parte do Hospital Quality Initiative (iniciativa do Ministério da Saúde)	Apoiar a tomada de decisão dos consumidores na escolha de hospitais e motivar os hospitais a examinar e melhorarem a prestação de cuidados de saúde	Nacional	- Colaboração público-privada - Medicare e Hospital Quality Alliance (American Hospital Association, a Federation of American Hospitals e a Association of American Medical Colleges) - Suporte: Agency for Healthcare Research Quality (AHRQ)	-Informações gerais do hospital -Experiências dos pacientes - Assistência em tempo útil e efetiva -Complicações -Readmissões e morte -Uso de imagens médicas -Pagamento e valor dos cuidados -Pagamento por infarto e pagamento por paciente com pneumonia
ACREDITAÇÃO HOSPITALAR - AUSTRÁLIA	Australian Health Service Safety and Quality Accreditation (AHSSQA) Scheme (início em 2013)	Australian Commission on Safety and Quality - ACSQHC	Aplicação de padrões de qualidade e segurança no sistema de saúde, os chamados The National Safety and Quality Health Service Standards (NSQHS Standards)	Nacional	-Ministro da Saúde -Australian Commission on Safety and Quality - ACSQHC -Agências reguladoras -Serviços de Saúde -Agências de acreditação	- Governança para a segurança e qualidade nas organizações de serviços de saúde - Parceria com os consumidores - Prevenção e controle de infecções associadas aos cuidados de saúde - Segurança de medicamentos - Gestão de sangue e produtos sanguíneos - Identificação do paciente e procedimento de conferência - Transferência Clínica - Sangue e produtos sanguíneos - Prevenção e gestão de lesões por pressão - Reconhecer e responder à deterioração clínica na área da saúde aguda - Prevenção de quedas e danos por quedas

**CONTINUAÇÃO - QUADRO 5. RESUMO DOS PROGRAMAS REALIZADOS NOS ESTADOS UNIDOS, NA AUSTRÁLIA E NA INGLATERRA.****PAGAMENTO POR PERFORMANCE - INGLATERRA**

Advancing Quality (início em 2008)	NHS (National Health System)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melhorar a consistência e confiabilidade dos cuidados de saúde</li> <li>- Melhorar os padrões de cuidados em saúde prestados em hospitais e grupos de comissão clínicos em todo o noroeste da Inglaterra</li> </ul>	Regional	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 24 hospitais da região noroeste da Inglaterra</li> <li>- NHS (National Health System)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Infarto agudo do miocárdio</li> <li>- Revascularização do miocárdio</li> <li>- Insuficiência cardíaca</li> <li>- Cirurgia de quadril e de joelho</li> <li>- Pneumonia</li> <li>- Acidente vascular cerebral</li> <li>- Demência</li> <li>- Intervenção precoce da psicose</li> </ul>
------------------------------------	------------------------------	--	----------	---	---

Fonte: Elaboração IESS

**4. CONSIDERAÇÕES FINAIS: ONDE O BRASIL ESTÁ E ONDE QUEREMOS CHEGAR:**

Em uma avaliação da qualidade, realizada pelo CREMESP (Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo) em 2002, foram avaliados mais de 1.000 hospitais e outras instalações de saúde e verificou-se que mais da metade das áreas física para os pacientes estavam abaixo do nível do padrão mínimo. Ainda nesse trabalho, verificou-se que quase um terço dos hospitais privados e um quinto dos públicos tinham menos da metade dos equipamentos mínimos necessários para a realização de procedimentos cirúrgicos e anestésicos seguros (La Forgia e Couttolenc, 2009).

Em relação à acreditação, pelos dados encontrados no site da ONA (Organização Nacional de Acreditação), há hoje, no país, apenas 252 hospitais com algum tipo de certificação (Acreditado, Acreditado Pleno, Acreditado com Excelência e Selo de Qualificação). Esse número corresponde próximo à 4% do total de 6.634 de hospitais existentes hoje no Brasil. Além do baixo número, percebe-se também uma desigualdade regional, uma vez que 38,5% dos hospitais acreditados estão concentrados no Estado de São Paulo e 66,7% na região Sudeste. Estados como Acre, Rondônia, Roraima e Tocantins, em comparação, não possuem nenhum hospital com a certificação da ONA<sup>6</sup>. Especificamente na Saúde Suplementar, apenas 5% dos seus estabelecimentos são acreditados por alguma organização (Joint Commission International; acreditação canadense, ONA, NIAHO)<sup>7</sup>.

Al Ressalta-se que há superposição de organizações com múltiplos certificados de qualidade (ex: ONA e canadense; ONA; Niah; ISO e qualquer outra norma). Portanto, a rede qualificada através de acreditações/certificações pode ser menor ainda em dos pacientes e do próprio hospital, a falta de uma avaliação externa, como é a acreditação, afeta também as operadoras de saúde que, com frequência, não conseguem avaliar a qualidade de seus prestadores (Malik e Shiesari, 2016). Esta é uma das razões que levou a Agência Nacional de Saúde Suplementar a desenvolver o programa Qualiss (Programa de Qualificação de Prestadores de Serviços de Saúde) (Malik e Shiesari, 2016).

<sup>6</sup> ONA – Organização Nacional de Acreditação - Certificações válidas, disponível em: <https://www.ona.org.br/OrganizacoesCertificadas>, consulta no dia 15 de abril de 2016.

CNES – Estabelecimentos por tipo – Brasil Consulta no dia 15 de abril de 2016. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/estabbr.def>, consulta no dia 15 de abril de 2016

<sup>7</sup> Ressalta-se que há superposição de organizações com múltiplos certificados de qualidade (ex: ONA e canadense; ONA; Niah; ISO e qualquer outra norma). Portanto, a rede qualificada através de acreditações/certificações pode ser menor ainda.

O Qualiss foi desenvolvido pela Agência de Saúde Suplementar (ANS) e possui dois objetivos principais, que são: (i) aumentar o poder de avaliação e escolha por parte dos beneficiários dos planos de saúde por meio da disponibilização de informação sobre qualificação dos prestadores; (ii) estimular a adesão dos prestadores de serviços (profissionais e unidades de saúde) a programas que melhorem seus desempenhos e os qualifiquem. Esse programa não é de participação obrigatória, porém, recentemente, a ANS o vinculou ao reajuste de pagamento dos prestadores por meio da utilização de um fator de qualidade – um índice de reajuste aplicável nos contratos entre os estabelecimentos e as operadoras de planos de saúde (Ans, 2014).

A iniciativa da ANS é favorável, portanto, a um incentivo da melhoria da qualidade dos prestadores, assim como a um emponderamento do consumidor, o qual poderá consultar como está a situação de seu prestador.

Comparando o Qualiss com os outros programas descritos, há uma peculiaridade no programa da ANS. Ao contrário dos outros países, a iniciativa no Brasil partiu da agência que regula o setor suplementar e não como uma ação central do Ministério da Saúde, envolvendo outras agências ligadas a ele (aqui, em especial, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA). Seguindo os exemplos do texto, nos Estados Unidos, o Hospital Compare foi criado através dos esforços do Medicare, setor público de saúde do país, e do Hospital Quality Alliance (HQA) que é um programa da Agência de Qualidade e Pesquisa em Saúde (Agency for Healthcare Research and Quality), ligada ao Ministério da Saúde e Serviços Humanos (Department of Health & Human Services) dos Estados Unidos. Na Austrália, a reforma de acreditação acontece a nível sistêmico no país, envolvendo o Ministério da Saúde, agências reguladoras, os serviços de saúde e agências de acreditação. No exemplo da Inglaterra, o Advancing Quality é um programa do próprio sistema público de saúde do país. A questão da baixa qualidade e os

eventos adversos relacionados à assistência médico-hospitalar é de tal magnitude e impacto social, que vêm desencadeando uma ampla mobilização de órgãos governamentais e não governamentais – especialmente nos EUA, Europa e pela Organização Mundial da Saúde – para o controle e prevenção destas ocorrências<sup>8</sup>.

O Qualiss é o único programa que possui impacto sistêmico e que incentiva economicamente a melhoria da qualidade da prestação de serviços hospitalares no Brasil. Porém, para a redução da já observada desigualdade regional, sugere-se o estabelecimento de um programa de qualidade que envolva o sistema de saúde brasileiro como um todo, ou seja, o público e o privado, por meio do envolvimento direto do Ministério da Saúde e da ANVISA, agência responsável pela Vigilância Sanitária dos estabelecimentos de saúde no país.

Por fim, para uma adequada implementação de uma política de qualidade em hospitais brasileiros, é necessário, além do estabelecimento de indicadores e de padrões coerentes com a realidade do país, a utilização de projetos pilotos e o treinamento cuidadoso de equipes e profissionais da ponta do cuidado em saúde. Essas premissas são fundamentais para que sejam realizados programas que tenham o real potencial de mudança no cenário da qualidade hospitalar do país.

*8 Alguns exemplos de instituições e programas relacionados à qualidade do atendimento e à segurança do paciente estão descritos abaixo: 1997 – EUA – National Patient Safety Foundation (NPSF).*

*1. 2000 – EUA – Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) – Doing what counts for patient safety: federal actions to reduce medical errors and their impact.*

*2. 2000 – GRÃ BREITANHA – Expert group on learning from adverse events in the NHS. An organization with a memory.*

*3. 2004 – WHO – World alliance for patient safety.*

*4. 2005 – EUA – Institute for Healthcare Improvement (IHI) – 100.000 lives campaign.*

*5. 2006 – EUA – Institute for Healthcare Improvement (IHI) – Protecting 5 million lives from harm.*

*6. 2007 – WHO – Nine patient safety solutions.*

## 5. REFERÊNCIA:

ACHS, A. C. O. H. S. ACHS 2015 Clinical Indicator Program Information. 2014

ADVANCING QUALITY ALLIANCE, A. Advancing Quality 3 Year Business Plan 2013/14 – 2015/16. 2013

- BRENNAN, T. A. et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med*, v. 324, n. 6, p. 370-6, Feb 7 1991. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1056/nejm199102073240604>
- CARE, A.-A. C. O. S. A. Q. I. H. Annual Report 2014/2015. 2015
- COMMITTEE ON QUALITY HEALTH CARE IN AMERICA, I. O. M. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. 2001
- DAIBERT, P. B. Impacto econômico e assistencial das complicações relacionadas à internação hospitalar. 2015. (Mestre). Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde: Infectologia e Medicina Tropical, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais.
- DEHMER, G. J. et al. Public reporting of clinical quality data: an update for cardiovascular specialists. *J Am Coll Cardiol*, v. 63, n. 13, p. 1239-45, Apr 2014. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24509280>.
- DONABEDIAN, A. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*, v. 260, n. 12, p. 1743-8, 1988 Sep 23-30 1988. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3045356>
- DOR, A.; ENCINOSA, W. E.; CAREY, K. Medicare's Hospital Compare quality reports appear to have slowed price increases for two major procedures. *Health Aff (Millwood)*, v. 34, n. 1, p. 71-7, Jan 2015. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25561646>
- FARQUHAR, M. AHRQ Quality Indicators. In: HUGHES, R. (Ed.). *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)*, 2008a. cap. 45.
- \_\_\_\_\_. AHRQ Quality Indicators. In: HUGHES, R. (Ed.). *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)*, v.3, 2008b. cap. 45.
- GREENFIELD, D. et al. Analysing 'big picture' policy reform mechanisms: the Australian health service safety and quality accreditation scheme. *Health Expect*, v. 18, n. 6, p. 3110-22, Dec 2015. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25367049>.
- KOHN, L.; CORRIGAN, J.; DONALDSON, M. *To err is human : building a safer health system*. Washington, DC: National Academy Press, 2000.
- KOHN, L. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. Errors in Health Care: A Leading Cause of Death and Injury. In: STYLE="FONT-SIZE:12.0PT, S. L. E.-U.;FONT-FAMILY:", et al (Ed.). *To err is human: building a safer health system*. Washington. Estados Unidos, 2000. cap. 2.
- KRISTENSEN, S. R. et al. Long-term effect of hospital pay for performance on mortality in England. *N Engl J Med*, v. 371, n. 6, p. 540-8, Aug 2014. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25099578>
- LA FORGIA, G. M.; COUTTOLENC, B. F. Qualidade da atenção: ainda o componente esquecido? In: SINGULAR (Ed.). *Desempenho Hospitalar no Brasil - Em busca da excelência*, 2009. cap. 7,
- LINDENAUER, P. K. et al. Public reporting and pay for performance in hospital quality improvement. *N Engl J Med*, v. 356, n. 5, p. 486-96, Feb 2007. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17259444>
- MACHADO, J. P.; MARTINS, A. C.; MARTINS, M. S. [Quality assessment of hospital care in Brazil: a systematic review]. *Cad Saude Publica*, v. 29, n. 6, p. 1063-82, Jun 2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23778539>
- MAKARY, M. A.; DANIEL, M. Medical error - the third leading cause of death in the US. *BMJ*, v.353, n.2139, p.1-5, 2016
- MALIK, A. M.; SHIESARI, L. M. C. Qualidade e Acreditação. In: (Ed.). *Gestão em Saúde*. 2: Vecina Neto, Gonzalo
- MANZO, B. F.; BRITO, M. J.; CORRÊA, A. O. R. [Implications of hospital accreditation on the everyday lives of healthcare professionals]. *Rev Esc Enferm USP*, v. 46, n. 2, p. 388-94, Apr 2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22576543>

MCDONALD, R. et al. Health Services and Delivery Research. In: (Ed.). A qualitative and quantitative evaluation of the Advancing Quality pay-for-performance programme in the NHS North West. Southampton (UK): NIHR Journals Library Copyright (c) Queen's Printer and Controller of HMSO, UK., 2015.

ONA, O. N. D. A. Avaliação para a Acreditação 2015.

PALADINI, E. P. Gestão da qualidade: teoria e prática: Atlas 2007.

QUALITY, A.-A. F. H. R. A. 2014 National Healthcare Quality and Disparities Report. 2014

Quality of care: 1. What is quality and how can it be measured? Health Services Research Group. CMAJ, v. 146, n. 12, p. 2153-8, Jun 1992. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1611571>

REASON, J. Human error: models and management. West J Med, v. 172, n. 6, p. 393-6, Jun 2000. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10854390>

SHAHIAN, D. M. et al. Rating the Raters: The Inconsistent Quality of Health Care Performance Measurement. Ann Surg, Jan 2016. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26756770>

SHAW, C. How can hospital performance be measured and monitored? 2003

STRYER, D.; CLANCY, C. Patients' safety. 2005-03-10 2005. Disponível em: <http://www.bmj.com/content/330/7491/553>

SUTTON, M. et al. Reduced mortality with hospital pay for performance in England. N Engl J Med, v. 367, n. 19, p. 1821-8, Nov 2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23134382>

WERNER, R. M.; BRADLOW, E. T. Public reporting on hospital process improvements is linked to better patient outcomes. Health Aff (Millwood), v. 29, n. 7, p. 1319-24, Jul 2010. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20606180>

WHO, W. H. O. Quality and accreditation in health care services - A global review. 2003

**IESS**  
**INSTITUTO DE ESTUDOS  
DE SAÚDE SUPLEMENTAR**

IESS  
Rua Joaquim Floriano 1052, conj. 42  
CEP 04534 004, Itaim Bibi, São Paulo, SP  
Tel (11) 3706.9747  
[contato@iess.org.br](mailto:contato@iess.org.br)