

IESS

INSTITUTO DE ESTUDOS
DE SAÚDE SUPLEMENTAR

SEMINÁRIO
INTERNACIONAL

INDICADORES DE
QUALIDADE
E SEGURANÇA DO
PACIENTE
NA PRESTAÇÃO DE
SERVIÇOS NA SAÚDE

***Impactos da ausência
de indicadores de
qualidade na prestação
de serviços de saúde no
Brasil***

Renato Couto

**Universidade Federal de Minas
Gerais e Diretor do IAG Saúde**

MELHORES PRÁTICAS INTERNACIONAIS E PROPOSTAS PARA A
CONSTANTE MELHORIA DA QUALIDADE NA SAÚDE NO BRASIL

Paciente masculino, 43 anos, casado, 4 filhos, pedreiro

D1 - Admitido no CTI com septicemia, após debridamento cirúrgico devido a celulite extensa da perna D com placas de necrose no pé e panturrilha.

Atendido na emergência há 5 dias com ferida corto-contusa no pé direito sendo realizadas limpeza local, sutura e vacina antitetânica com alta para o domicílio.

D2 - Observa-se extensão das áreas de necrose. Conduzido ao bloco cirúrgico e realizada amputação do MIE na porção medial da coxa.

D3 a D20 - Evolui em ventilação mecânica com melhora progressiva. Alta programada para os próximos dias.

D20 - 23h: Paciente agitado, queixa-se de dispneia e apresenta sibilos. Prescrito Salbutamol subcutâneo. Paciente evolui com melhora da agitação e da dispneia.

D21 - 6h: No exame clínico paciente apresenta-se inconsciente e não responsivo a estímulos dolorosos e sudorético. É solicitado revisão laboratorial e interconsulta com a Neuro de urgência além de realizar o Bolus repetidos de glicose a 50%

Paciente reponde ficando alerta mas sem contato com o ambiente.

D30 - Alta do CTI

D 53 - Alta hospitalar sem sinais de infecção, MID amputado em coma vígil.

... 1991: o marco do Harvard Medical Practice I.



The NEW ENGLAND
JOURNAL of MEDICINE

ORIGINAL ARTICLE

Volume 324:370-376

February 7, 1991

Number 6

**Incidence of adverse events and negligence in
hospitalized patients. Results of the Harvard
Medical Practice Study I**

*TA Brennan, LL Leape, NM Laird, L Hebert, AR Localio, AG Lawthers, JP
Newhouse, PC Weiler, and HH Hiatt*

Amostra aleatória;

Composta de 30.000 altas hospitalares de 51 hospitais.

“Os eventos adversos iatrogênicos da assistência ocorriam em cerca de 3,7% do total das internações nos EUA e determinaram:

- Óbitos em 13,6%;
- Incapacidades com duração menor que 6 meses em 70,5%;
- Sequelas irreversíveis em 2,6% “.

TA Brennan, LL Leape, NM Laird, L Hebert, AR Localio, AG Lawthers, JP Newhouse, PC Weiler, and HH Hiatt – 1991 Results of the Harvard Medical Practice Study I Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients.

- **No Reino Unido**

10% das admissões hospitalares apresentam eventos adversos (STRYER; CLANCY, 2005);

- **No Canadá**

12,7% das admissões hospitalares apresentam eventos adversos;

- **Na Austrália**

16,6% das admissões hospitalares apresentam eventos adversos (FORSTER et al., 2004; THOMAS et al., 2000);

- **No mundo,**

421 milhões de internações/ano com cerca de 42,7 milhões de eventos adversos (JHA et al., 2013).

... 2004 na América

- **180.000 óbitos;**
- **34.000 com sequelas definitivas;**
- **926.000 com sequelas transitórias.**

Bar coding for patient safety

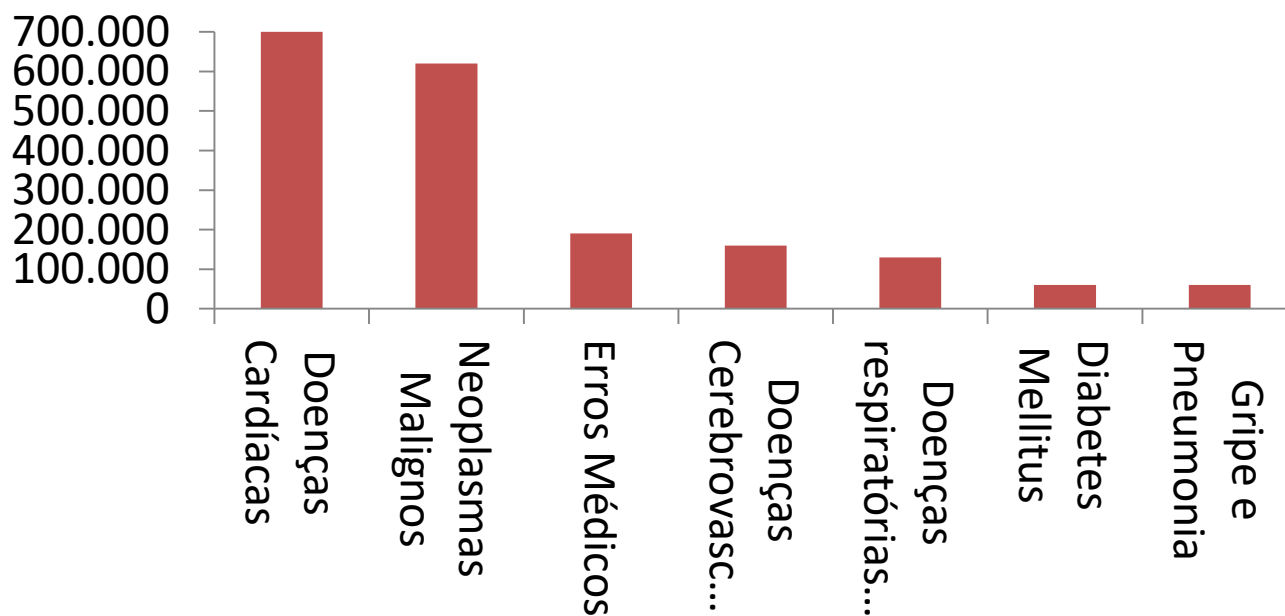
Wright,A.A et all NEJM 2005,july,353-4.

Patients safety in American hospitals,

HealthGrades,july,2004,www.healthgrades.com

... 2015 na América

400.00 óbitos/ano em pacientes hospitalizados determinados pela ocorrência de um evento adverso.



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.

Qualidade e segurança assistencial no Brasil

... 2011 no Brasil

Estudo retrospectivo

- 27.350 internados;
- Amostra randômica de 1.103 adultos;
- Incidência de eventos adversos: 7,6% sendo 66,7% deles preveníveis;
- Na população 8,5% dos pacientes evoluíram para óbito;
- 34% dos óbitos ocorreram em pacientes com eventos adversos;
- 26,6% dos óbitos ocorreram em pacientes com eventos adversos preveníveis;
- A mortalidade relacionada a evento adverso prevenível é de 2,3%.

Mendes et al. (2009) MARTINS et al., (2011).

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Medicina
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

***Influência das infecções relacionadas à
assistência saúde no tempo de permanência e na mortalidade
hospitalares utilizando o DRG como ajuste de risco clínico.***

UFMG, 2015.
Tese de doutorado
Maria Aparecida Braga
Orientador: Renato C. Couto

Belo Horizonte
2015

Resultados de mortalidade

Grupo	Grupo						P	IC (95%)
	Caso			Controle				
	Total (n)	Óbitos		Total (n)	Óbitos			
		n	%		n	%		
Geral	195	36	18,5	195	14	7,2	< 0,001	4,7 (1,9 ; 11,3)
Pulmão	89	29	32,6	89	10	11,2	< 0,001	2,9 (1,4 ; 5,9)
Urina	61	4	6,6	61	3	4,9	1,000	1,3 (0,3 ; 6,0)
Outros	45	3	6,7	45	1	2,2	0,625	3,1 (0,3 ; 28,8)

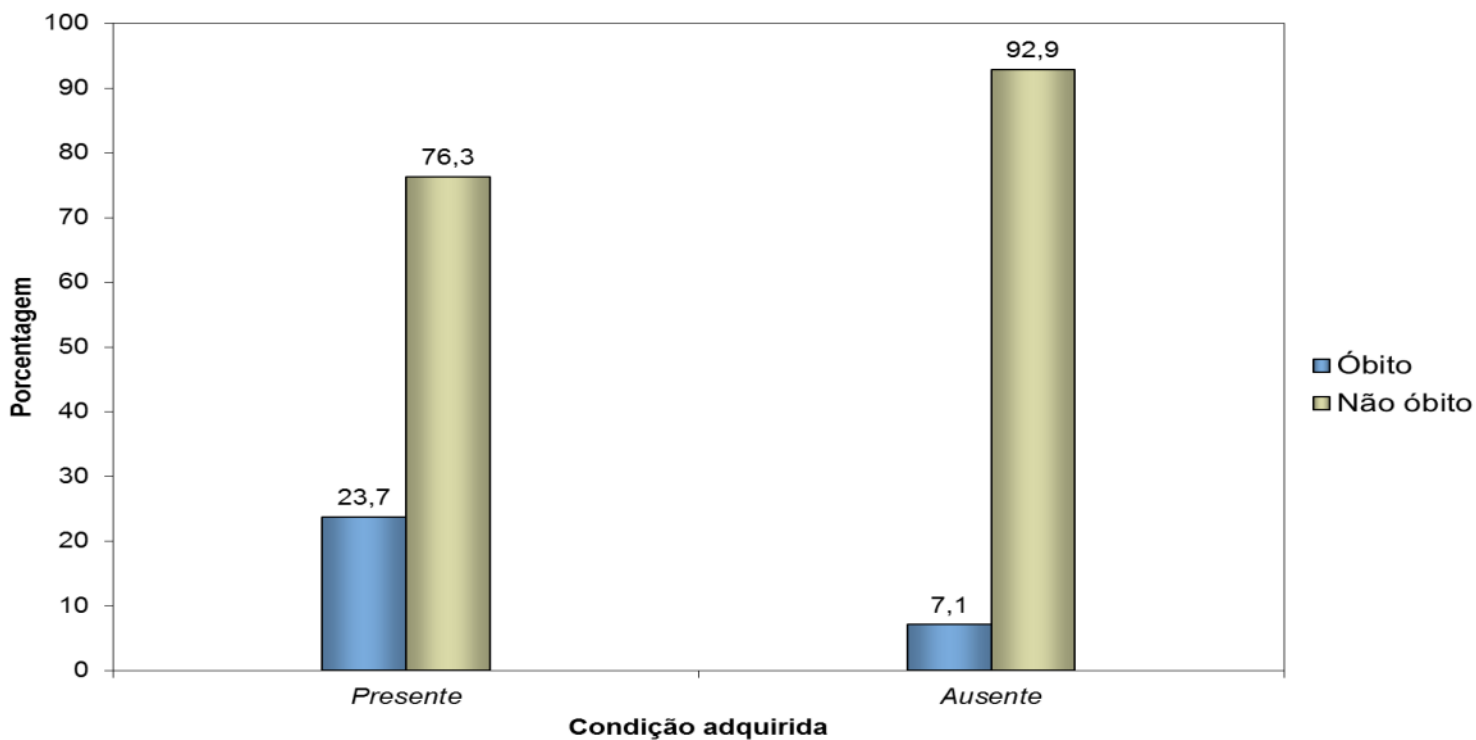
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Medicina
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

***Impacto econômico e assistencial das complicações relacionadas à
internação hospitalar
53000 altas***

PAULA DAIBERT
Orientador: Renato C. Couto

Belo Horizonte
2014

ÓBITOS CONSIDERANDO A OCORRÊNCIA DE CONDIÇÕES ADQUIRIDAS



Base de dados: 1.887 pares de pacientes

NOTA: $p < 0,001$ -> teste de McNemar

Qualidade e segurança assistencial no Brasil

Qual o impacto?

ÓBITOS ATRIBUÍVEIS À INSEGURANÇA ASSISTENCIAL HOSPITALAR DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Tabela 2 - Estimativa de óbitos por erros assistenciais hospitalares na saúde suplementar do Brasil

Estudo	Período	Fonte de informação	Pacientes admitidos	Incidência de evento adverso (%)	Incidência de óbito atribuível a evento adverso letal (%)	Eventos adversos Extrapolação Admissões Saúde suplementar 2015 (1,2)	Óbitos Extrapolação para admissões Saúde suplementar 2015 (1, 2)
Daibert (2015)	2015	Brasil	57.215	4%	0,66%	316.965	52.299
Mendes et al. (2009) / Martins et al. (2011)	2009 / 2011	Brasil	27 350	7,6%	2,26%	602.233	175.123
Brennan et al. (1991)	1991	EUA		3,7%	0,5%	296.808	40.365

1-População coberta pela saúde suplementar **49.346.927 (24,5% da população brasileira)** ANS/Tabnet e IBGE/Estimativa da População Brasileira. Dados extraídos dia 27/06/2016.

2-Nº de internações hospitalares da saúde suplementar, 2015, **7.924.127**
http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/mapa_assistencial_2016007.pdf consulta 20-07-16

ÓBITOS ATRIBUÍVEIS À INSEGURANÇA ASSISTENCIAL HOSPITALAR NO SUS

Tabela - 4 Estimativa de óbitos por erros assistenciais hospitalares do SUS no Brasil

Estudo	Período	Fonte de informação	Pacientes admitidos	Incidência de evento adverso (%)	Incidência de óbito atribuível a evento adverso letal (%)	Eventos adversos Extrapolação Admissões Saúde suplementar 2013 (1, 2)	Óbitos Extrapolação para admissões Saúde suplementar 2013 (1, 2)
Daibert (2015)	2015	Brasil	57.215	4%	0,66%	420.920	69.451
Mendes et al. (2009) Martins et al. (2011)	2009/ 2011	Brasil	27 350	7,6%	2,26%	799.748	237.819
Brennan et al. (1991)	1991	EUA		3,7%	0,5%	389.351	52.951

1-Nº de internações hospitalares da saúde suplementar, **10.523.007**

Causas de óbito no Brasil, 2013

Grupo de Causas	Nº de óbitos	
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	52.058	Obitos por insegurança assistencial-hospitalar 127.339 a 434.112
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	22.745	
II. Neoplasias (tumores)	196.954	
IX. Doenças do aparelho circulatório	339.672	
X. Doenças do aparelho respiratório	137.832	
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	151.683	
Demais causas definidas	237.726	
Total	1.138.670	11,1 a 38% dos obitos

Fonte: MS/SVS/CGIAE - SIM

1 a 3,4 óbitos a cada 4 minutos.



VIETNÃ: 57.000 americanos mortos



IROSHIMA E NAGASAKI





1221.893 MORTOS OFICIAIS





TSUNAMI NA ÁSIA





230.000 MORTOS

Paciente de 65 anos, aposentado

D1 - Paciente hipertenso admitido em encefalopatia hipertensiva
Apresenta-se torporoso e com PA de 200x150

Na admissão:

Iniciado Nitroprusiato de sódio

Passado sonda nasogástrica e iniciado anti-hipertensivo pela sonda

12h: Suspensão do Nitroprusiato de sódio (PA = 180 x 110)

14h: Paciente atendido por solicitação da enfermagem
Apresenta-se taquipneico, pálido sudorético PA:
indetectável
Médico verifica as infusões venosas e encontra
Nitroprusiato correndo livre
Fechado Nitroprusiato
Recuperação rápida da PA 170x100
Evolui com Hemiplegia D

D10 - Recebe alta com hemiparesia D em uso de anti-hipertensivos para controle e programa de fisioterapia ambulatorial agendado

Causas dos eventos adversos iatrogênicos da assistência

- Uso de medicamentos (19%);
- Infecção relacionada a assistência (14%);
- Complicações técnicas (13%);
- Uso de equipamentos ou a materiais médico-hospitalares (4%).

TA Brennan, LL Leape, NM Laird, L Hebert, AR Localio, AG Lawthers, JP Newhouse, PC Weiler, and HH Hiatt – 1991 Results of the Harvard Medical Practice Study I Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients.

Ottawa hospital patient safety study: incidence and timing of adverse events in patients admitted to a Canadian teaching hospital

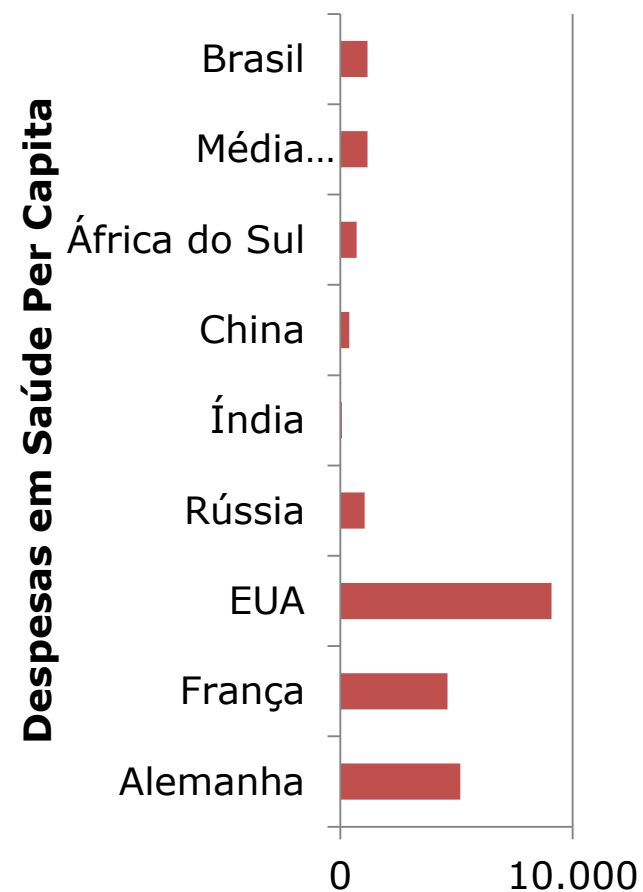
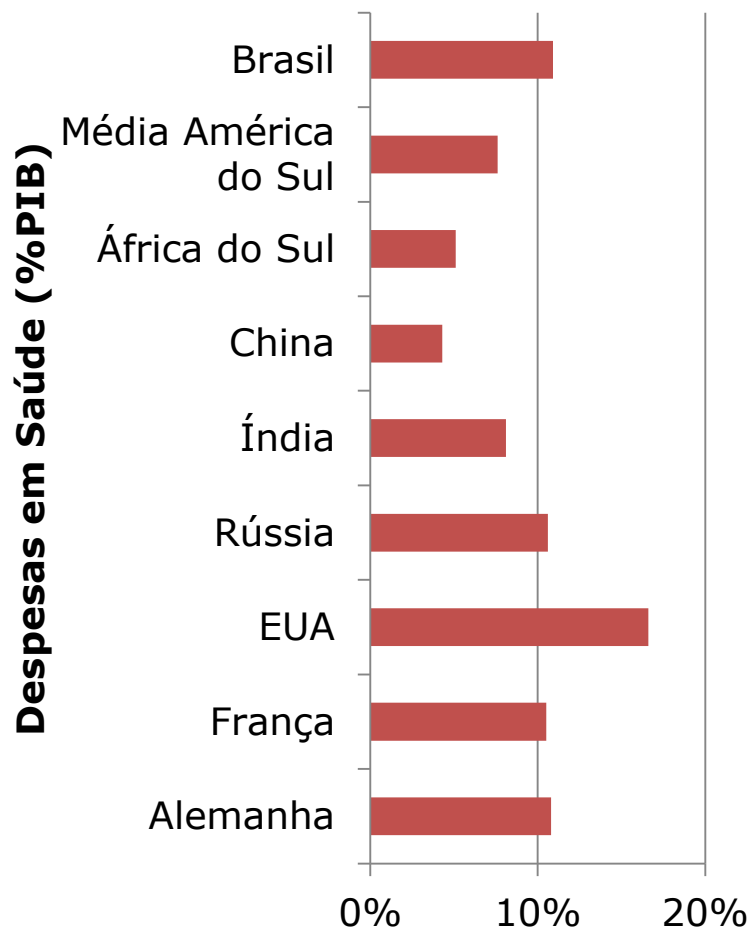
FORSTER, A. J.; ASMIS, T. R.; CLARK, H. D. et alli.. *CMAJ*. v. 170, n. 8, p. 1235-1240, abr. 2004

“Em 12,7% das internações de adultos em hospitais escola no Canadá ocorrem eventos adversos. Estes eventos foram classificados como:

- Relacionados a medicamentos (50%);
- Complicação operatória (31%);
- Infecção relacionada à assistência (19%);
- Erro de diagnóstico (9%);
- Problema sistêmico (8%);
- Dano por procedimentos (8%);
- Dano anestésico (2%);
- Dano obstétrico (2%)”.

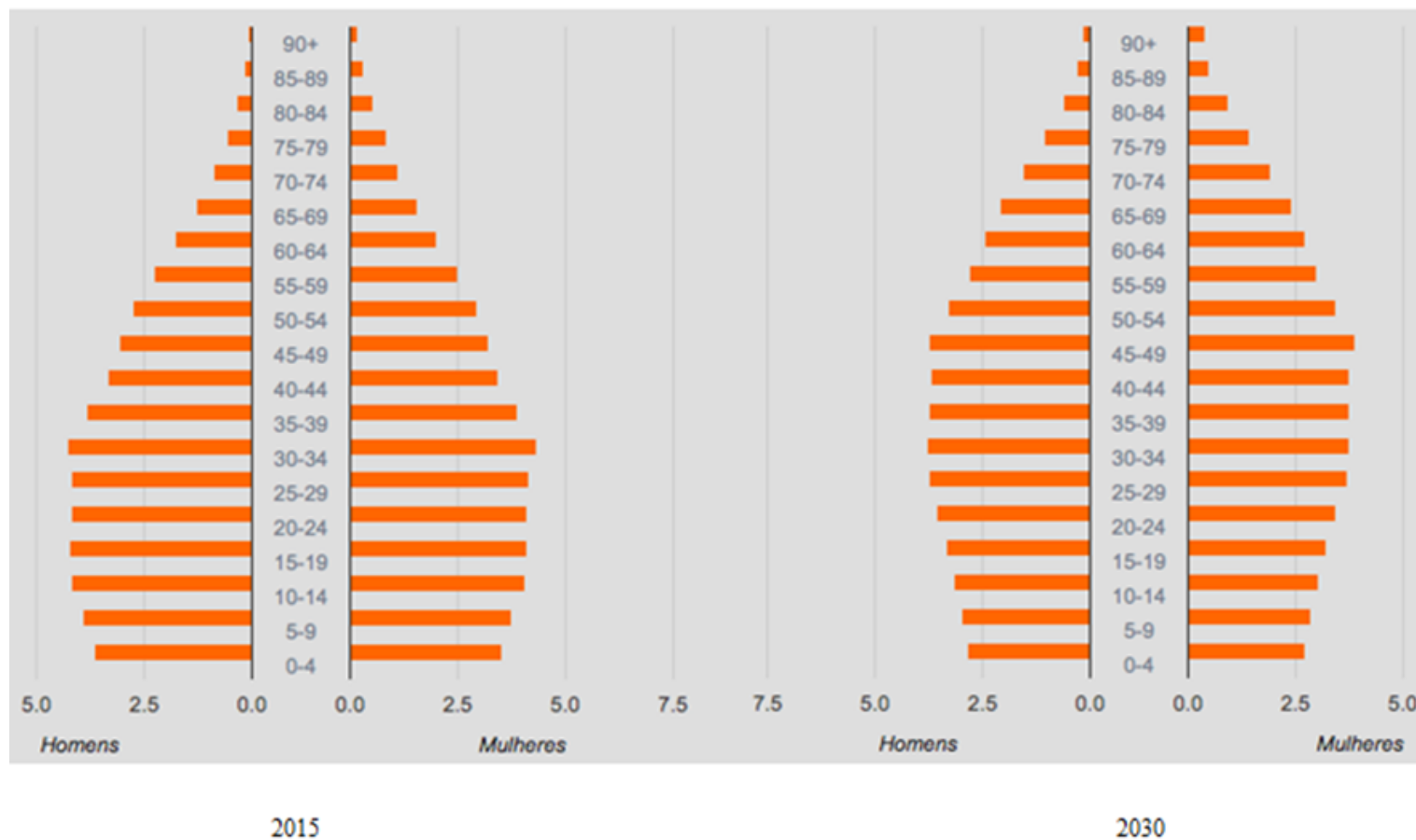
Impacto econômico da insegurança assistencial

Participação das despesas de saúde no PIB



Transição demográfica

Pirâmide etária brasileira em 2015 e em 2030



CENÁRIOS

Cenários macroeconômicos delineados pelo Banco Central do Brasil

	2016*	2017*	2018**
IPCA	7,21%	5,29%	5,00%
PIB	-3,27%	1,10%	2,11%
SELIC	13,25%	11,00%	10,44%
Câmbio (R\$/US\$)	3,47	3,46	3,67

*Mediana agregado relatório Focus em 22/07/16
<http://www.bcb.gov.br/pec/GCI/PORT/readout/R20160722.pdf>

**Sistemas de expectativas de mercado – Banco Central do Brasil em 22/07/16
<https://www3.bcb.gov.br/expectativas/publico/?wicket:interface=:0:4:::>

SITUAÇÃO ECONÔMICO-FINANCEIRA DOS HOSPITAIS

Análise Financeira dos Hospitais Brasileiros entre os Anos de 2006 a 2011

Tabela 4 - Valores médios dos indicadores gerenciais e de rentabilidade

Ano	Indicadores gerenciais e de rentabilidade *					
	ML	MO	Margem EBITDA	Margem EBIT	ROE	ROA
2006	-0,14	-0,09	-0,09	-0,09	0,12	-0,09
2007	-0,09	-0,06	-0,05	-0,05	0,17	-0,08
2008	-0,11	-0,09	-0,06	-0,07	0,07	-0,10
2009	-0,12	-0,10	-0,07	-0,08	0,24	-0,11
2010	-0,09	-0,07	-0,04	-0,05	-0,49	-0,16
2011	-0,05	-0,03	-0,02	-0,02	-0,45	-0,14
Geral	-0,10	-0,07	-0,05	-0,06	-0,05	-0,11

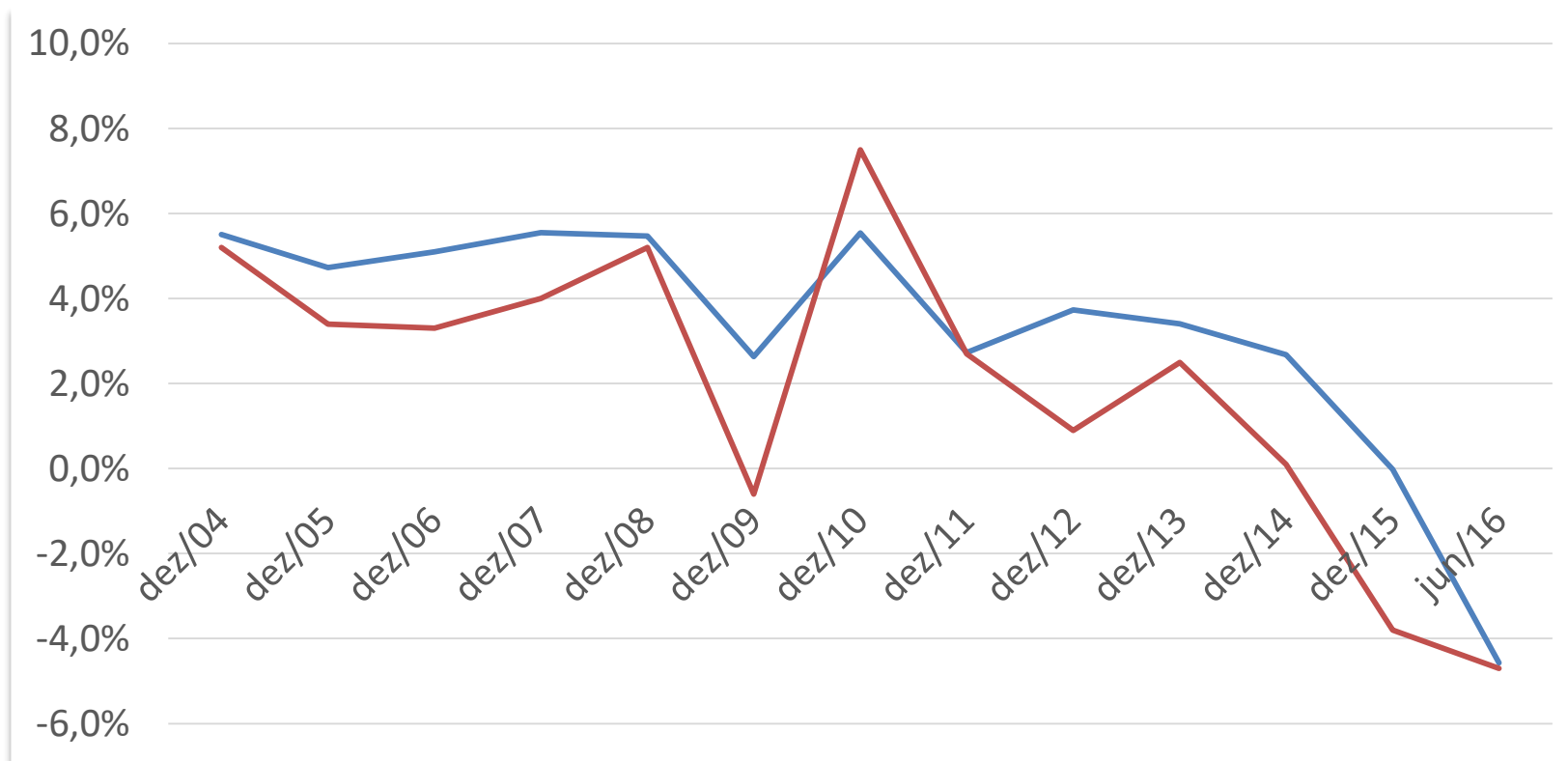
Fonte: Elaborado pelos autores.

Fonte dos dados: CNES e demonstrações contábeis de 23 hospitais (15 deles localizados no estado de SP). Amostra: 65,2% filantrópicos; 21,8% públicos; 13% com fins lucrativos.

*Teste de Kruskal-Wallis não indicou diferenças estatisticamente significativas entre os indicadores ao longo dos anos analisados.

CENÁRIOS

Crescimento anual de beneficiários e a relação com o PIB:



— Crescimento de beneficiários ano a ano
— PIB

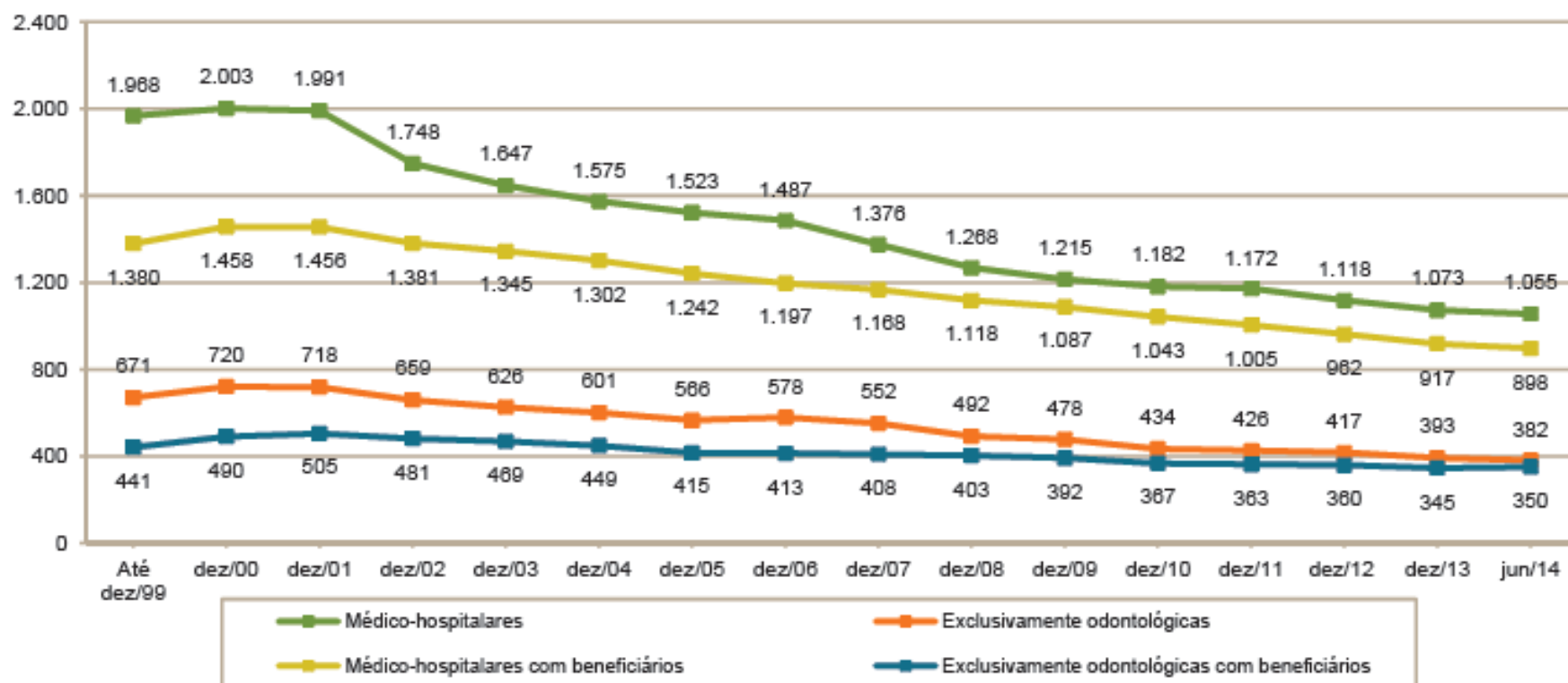
Tabela 8 – Margem de lucro líquido – Operadoras Médico-hospitalares, ANS, 2015

Modalidade	2014	2015
Operadoras médico-hospitalares	0,2%	0,35%

Fonte: Ans – <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>. Em 30/07/16.

CENÁRIO DAS OPSS

**Gráfico 9 - Operadoras de planos privados de saúde em atividade
(Brasil - dezembro/1999-junho/2014)**



De onde virá a sustentabilidade do sistema?

Impacto econômico do uso do DRG Brasil no controle da permanência hospitalar

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS
GERAIS
Faculdade de Medicina
Programa de pós-graduação em Ciências da
Saúde



Avaliação da produtividade do leito
hospitalar brasileiro pela metodologia de
DRG BRASIL REFINADO – GRUPOS DE
DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS em
145.710 altas hospitalares de 116 hospitais

JOSÉ CARLOS SERUFO FILHO
Orientador: Renato C. Couto

Belo Horizonte
2014

DRG Brasil

Produtividade/eficiência de hospitais brasileiros

Grupos	Altas	Permanência observada	Permanência esperada P50	% Permanência excedida (Desperdício)
Geral	145.710	649.345 dias	464.977 dias	39,7%
DRG Cirúrgico	90.902	273.197 dias	263.076	3,8%
DRG Clínico	54.808	376.048 dias	201.901	86,3%



Sistema privado de
saúde

48,4

milhões de pessoas
cobertas

MS-DRG percentil 50 ajustado pela categoria de DRG (Anos fiscais 2012-2014)

Produtividade/eficiência de hospitais brasileiros

Grupos	Altas	Permanência observada	Permanência esperada P50	% Permanência excedida (Desperdício)
Geral	145.710	649.345 dias	464.977 dias	39,7%
DRG Cirúrgico	90.902	273.197 dias	263.076	3,8%
DRG Clínico	54.808	376.048 dias	201.901	86,3%



Sistema privado de saúde

57,546

bilhões de reais com
despesas hospitalares em
2015



10,128

bilhões de reais são despesas
assistenciais com diárias
hospitalares
(17,6% do total das receitas
hospitalares - Anahp)



39,7%
diárias em excesso

4,020
bilhões de reais de desperdício-
ano apenas com diárias

Hospital brasileiro típico

Até 50 leitos (60% dos hospitais);

A taxa média de ocupação é de 37% (SUS);

A eficiência, comparado aos melhores hospitais do país, é 34%.

La Forgia e Couttolenc (2009) no estudo de eficiência baseado na comparação de 488 hospitais com a consolidação de 11 pesquisas sobre o setor (realizadas entre 2003 e 2007).

Quais as causas da baixa produtividade do leito Hospitalar brasileiro?

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Medicina
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

***Influência das infecções relacionadas à
assistência saúde no tempo de permanência e na mortalidade
hospitalares utilizando o DRG como ajuste de risco clínico.***

UFMG, 2015.
Tese de doutorado
Maria Aparecida Braga
Orientador: Renato C. Couto

Belo Horizonte
2015

A INFLUÊNCIA DAS FALHAS DE PROCESSO NA SEGURANÇA ASSISTENCIAL E SUA REPERCUSSÃO NA PERMANÊNCIA E ÓBITO

TABELA 5 - Caracterização dos pacientes segundo a permanência hospitalar no geral e considerando-se o tipo de DRG e o sítio de infecção

Grupo	Grupo				P
	Caso		Controle		
	n	Medidas descritivas	n	Medidas descritivas	
Geral	195	15,2 ± 7,2 Md = 14,0	195	7,1 ± 6,6 Md = 5,0	< 0,001
Tipo de DRG					
Clínico	127	15,0 ± 7,0 Md = 14,0	127	7,0 ± 5,7 Md = 6,0	< 0,001
Cirúrgico	68	15,6 ± 7,7 Md = 15,0	68	7,3 ± 8,1 Md = 4,0	< 0,001
Sítio da infecção					
ITRI	89	16,7 ± 6,9 Md = 16,0	89	8,3 ± 7,6 Md = 6,0	< 0,001
ITU	61	14,9 ± 7,2 Md = 13,0	61	7,0 ± 5,4 Md = 6,0	< 0,001
IOS	45	12,7 ± 7,3 Md = 11,0	45	5,0 ± 5,6 Md = 2,0	< 0,001

A probabilidade de significância refere-se ao teste t de Student para amostras pareadas.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Medicina
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

***Impacto econômico e assistencial das complicações relacionadas à
internação hospitalar
53000 altas***

PAULA DAIBERT
Orientador: Renato C. Couto

Belo Horizonte
2014

DRG Brasil

Perda de produtividade com baixa qualidade assistencial

Condição adquirida	Permanência real até a alta	
	Incluindo óbitos	Excluindo óbitos
Presente (P)	18,8 ± 25,6 (Md = 10,7)	18,0 ± 24,0 (Md = 9,7)
Ausente (A)	9,1 ± 14,0 (Md = 4,4)	8,1 ± 13,5 (Md = 3,7)
p	< 0,001	< 0,001

IMPACTO ECONOMICO DA INSEGURANÇA ASSISTENCIAL

- **EUA**

Instituto Juran,2003

30% dos custos totais dos hospitais americanos são determinados por eventos adversos assistenciais

National Institute for Healthcare Management ,2005

32% dos custos totais dos hospitais americanos são determinados por eventos adversos assistenciais

Custos da Iatrogenia: 165,08 a 165,11 bilhões

- **Nova Zelândia**

BROWN e colaboradores

30% dos custos totais dos hospitais públicos neozelandeses são determinados por eventos adversos; Pacientes idosos, neonatos e aqueles com comorbidades mais importantes apresentavam eventos adversos de maior custo.

Tabela 3 - Estimativa de custos por erros assistenciais hospitalares da saúde suplementar no Brasil

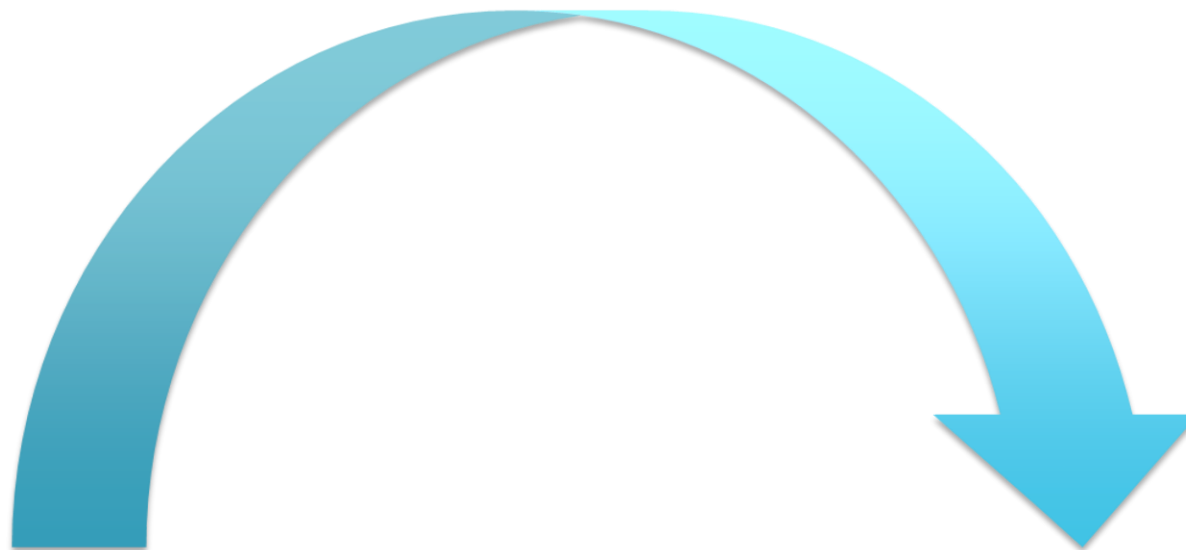
POPULAÇÃO BRASILEIRA	DADOS	REFERÊNCIA
Nº de internações hospitalares da saúde suplementar-2015	7.924.127	ANS. Caderno de Informação da Saúde Suplementar - Março 2016 (1)
Valor pago pelas operadoras pela assistência hospitalar-2015	R\$ 51,9 bilhões	ANS. Mapa assistencial da Saúde Suplementar – 2016 (2)
Custos atribuíveis a insegurança assistencial hospitalar	R\$ 15,57 bilhões	O Instituto Juran (PORTER; TEISBERG, 2006) e o National Institute for Healthcare Management (NIHCM, 2007) estimam que cerca de 30% dos custos globais com saúde nos EUA são determinados pelas falhas e erros originados na assistência médico-hospitalar
Custos atribuíveis a insegurança assistencial hospitalar	R\$ 5,19 bilhões	Daibert, 2015, 10% dos leitos dias usados para tratar os eventos adversos

1-Nº de internações hospitalares da saúde suplementar,2015,**7.924.127**
http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/mapa_assistencial_201607.pdf consulta 20-07-16

2-<http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/numeros-do-setor/3402-ans-publica-dados-sobre-assistencia-prestada-pelos-planos-de-saude-2> consulta 20-07-16

- Qual o impacto econômico dos pacientes sequelados?
- Qual o impacto econômico/assistencial da falta de acesso pela ocupação de leitos e serviços ambulatoriais para tratamento das vítimas?
- Qual impacto econômico e social do afastamento das vítimas do sistema produtivo?
- Qual o tamanho do sofrimento, do desamparo, das perdas de oportunidades por todos os envolvidos?

MAPA DA MUDANÇA



Velho Modelo **Foco**

Back office do sistema de saúde
Gestão administrativa e Financeira
Aplicada ao *back office*

Novo Modelo **Foco**

Produção = Assistência
Gestão administrativa e financeira
aplicada à assistência

$$V = P * \frac{(QT + QS)}{\text{DESPERDÍCIO}}$$

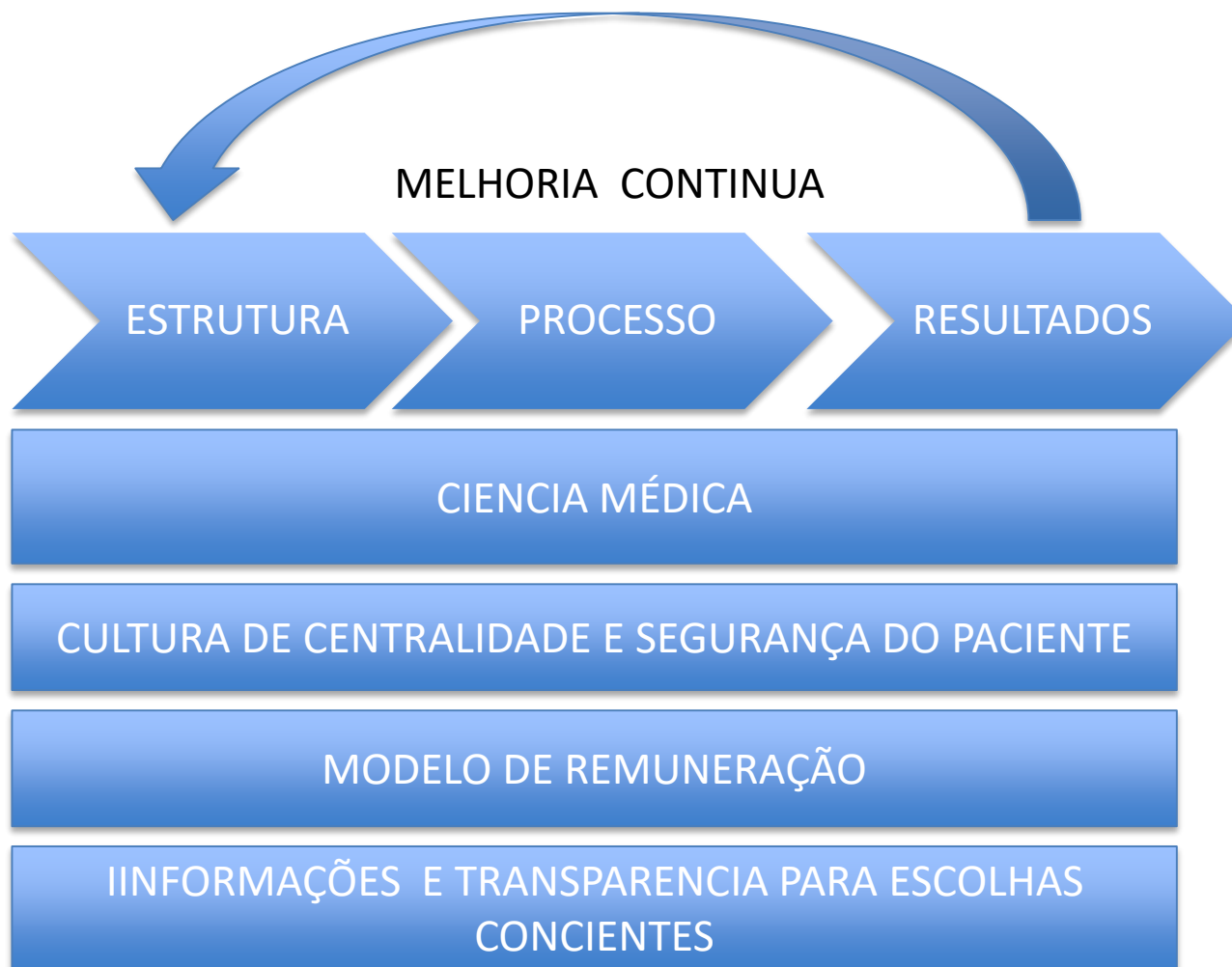
V = Assistência perfeita

P = Protocolos, evidências científicas

QT = Qualidade técnica

QS = Qualidade dos serviços

CAMINHO DA SEGURANÇA



Estrutura e processos da rede hospitalar Brasileira

6.150 Hospitais

- Acreditação *Joint Commission International* 29
- Acreditação canadense 27
- Acreditação da Organização Nacional de Acreditação: 251
- Acreditação NIHO: 06

Total

- 313 organizações hospitalares,
- 5% de toda a rede,

Há superposição de organizações com múltiplos certificados de qualidade

<http://cbacred.org.br/acreditacao/acreditacao/unidades-acreditadas-no-brasil.asp>; acesso em 06 ago 2016.

<http://www.iqg.com.br/instituicao.php>; acesso em 06 ago 2016

Informação DNV Brasil

Estrutura e processos da rede hospitalar Brasileira

Estudo transversal em uma amostra de 196 hospitais extraídos de 550 auditados. Programa de diagnóstico de qualificação e segurança de rede hospitalar do sistema UNIMED.

PERSPECTIVA / Nº VARIÁVEIS

- Segurança: estrutura e processos – 203 variáveis
- Segurança: dimensionamento de pessoal assistencial – 23 variáveis
- Segurança: atendimento do requisito legal – 21 variáveis
- Qualidade: certificação – 4 variáveis

Total de variáveis por prestador – 251 variáveis

Estrutura e processos da rede hospitalar brasileira

Resultados

A maioria dos hospitais < 100 leitos;

- nível de segurança assistencial médio é apenas 39% do ideal;
- Atendimento ao requisito legal é 58% do ideal;
- Atendimento ao requisito de infraestrutura e processos é 37% do ideal.

Atendimento ao requisito de segurança assistencial diminui com:

- Diminuição do número de leitos;
- Diminuição do número de habitantes da cidade sede do hospital;
- Fato do hospital ser filantrópico.

O modelo remuneratório da rede hospitalar brasileira

Tabela 7. Despesas assistenciais em R\$

	1º semestre/2015	2º semestre/2015
Consultas médicas	9.238.588.544,00	10.196.992.138,21
Consultas médicas ambulatoriais	6.874.652.771,87	7.393.301.790,75
Consultas médicas em Pronto Socorro	2.281.556.021,36	2.357.786.700,59
Outros atendimentos ambulatoriais	3.850.014.748,54	4.384.522.943,96
Exames complementares	11.997.021.618,80	13.166.727.169,66
Terapias	3.272.464.179,09	3.593.017.904,30
Internações	25.300.889.760,95	26.672.159.794,46
Demais despesas médico-hospitalares	2.659.473.966,42	2.913.991.742,39
Consultas odontológicas iniciais	80.278.779,79	87.715.143,31
Procedimentos preventivos	162.367.541,08	181.186.741,91
Exodontias simples de permanentes (12 anos ou mais)	13.464.140,39	16.410.762,93
Próteses odontológicas	51.035.607,74	59.973.649,30
Próteses odontológicas unitárias (Coroa Total e Restauração Metálica Fundida)	57.476.064,77	68.819.553,66

Fonte: SIP/ANS/MS – 03/2016.

Nota: Dados informados pelas operadoras por meio do SIP, a definição dos critérios para informação de cada item de despesa assistencial encontra-se disposta no Anexo da Instrução Normativa - IN nº 21/DIPRO de 2009.

SITUAÇÃO ECONÔMICO-FINANCEIRA DAS OPERADORAS Sinistralidade – Tipo de despesa assistencial

Despesas médico-hospitalares em 2015:
R\$57,546 bilhões



43,7% do total de
despesas assistenciais

PERFIL DE RECEITA HOSPITALAR

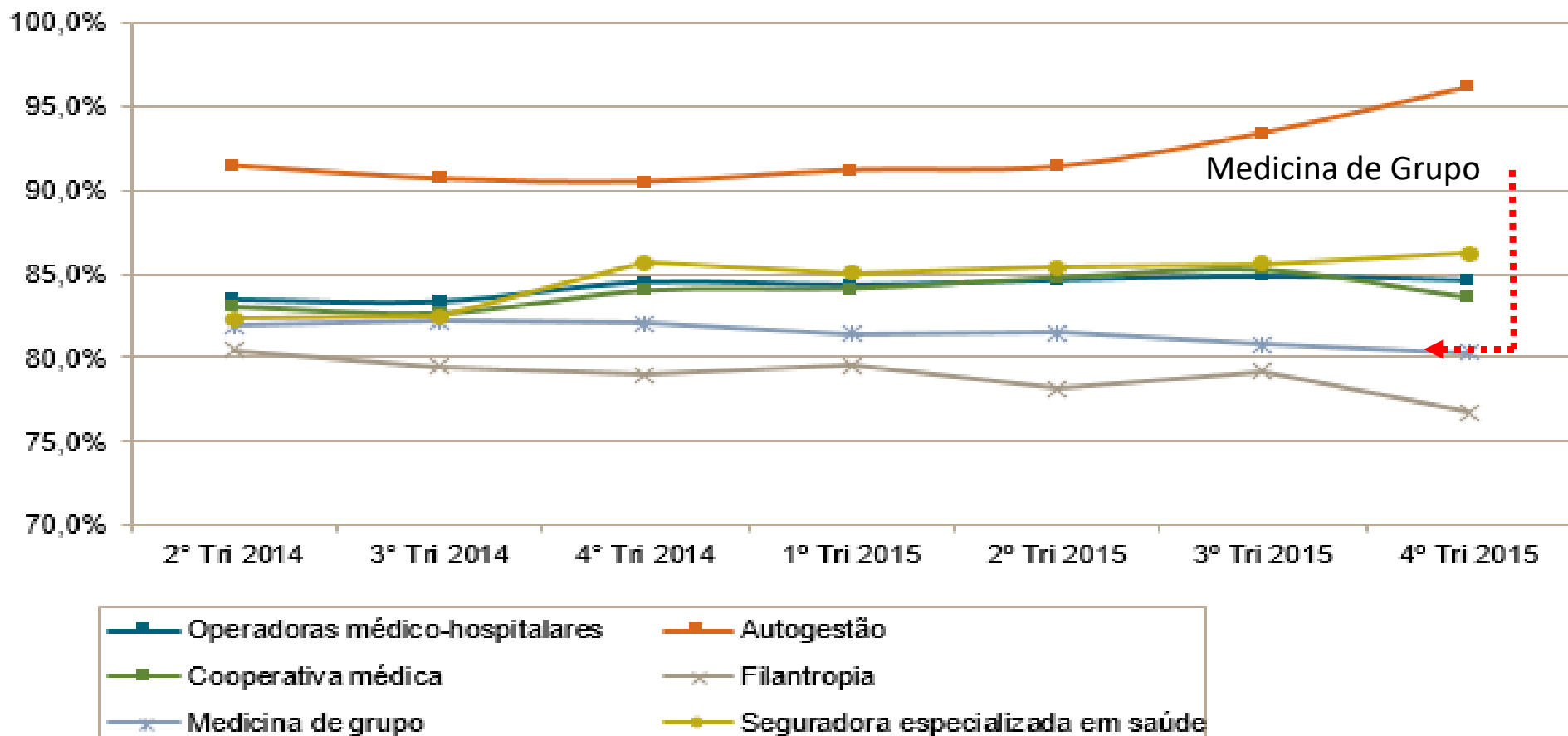
Distribuição de receita por natureza – tipo	2014	2015
Diárias e taxas	17,3	17,6
Medicamentos	17,9	17,4
Materiais	16,4	19,1
OPME e materiais especiais	6,2	5,2
Gases Medicinais	1,9	1,9
SADT	21,3	22,9
Outras receitas operacionais	7,6	7,3
Procedimentos gerenciados	4,6	4,4
Outras receitas de serviços	6,7	4,2

Fonte: Observatório ANAHP 2016. Disponível em:
<http://anahp.com.br/produtos-anahp/observatorio/observatorio-2016>. Acesso em: 31 jul 2016.

SITUAÇÃO ECONÔMICO- FINANCEIRA DAS OPERADORAS

Sinistralidade

Gráfico 13 - Taxa de sinistralidade das operadoras médico-hospitalares, por modalidade da operadora (Brasil - 2013-2015)



Fonte: DIOPS/ANS/MS - 13/06/2015

Caderno de Informação da Saúde Suplementar - junho/2016

Nota: Dados preliminares, sujeitos à revisão.

Em 2007, IOM e da Academia de Ciências Americana

O modelo de pagamento vigente, *fee for service*,

- Recompensa o uso excessivo de recursos
- Não reconhece as variações de resultados assistenciais.

A literatura revisada mostra forte evidência dos benefícios na qualidade da assistência determinado pelo modelo remuneratório.

(IOM., 2007).

Ate o fim de 2016, 30% do pagamento dos prestadores

Até 2018, 50% do pagamento dos prestadores de serviço será baseado em qualidade e não quantidade (CMS, 2015).

Entre 2010 e 2014

Redução de 17% na ocorrência de eventos adversos nos hospitais;

Prevenidos 2,1 milhões de eventos permitindo;

Salvou 87.000 vidas;

Evitou o desperdício de 19,8 bilhões de dólares.

As razões para esta redução :

- Mudança do modelo remuneratório dos hospitais americanos,
- Transparência dos resultados da assistência hospitalar envolvendo o acesso de toda a sociedade,
- Assessoria técnica para melhoria da segurança realizada por inúmeras instituições,
- Avanços científicos sobre como prestar uma assistência segura.

Dezembro de 2015, o Departamento de Saúde (HHS) norte-americano, através da Agência de Qualidade e Pesquisa em Saúde (AHRQ)

Paciente de 18 anos

Admitida no CTI em cetoacidose diabética, chocada, em insuficiência respiratória por pneumonia grave

Colocada em ventilação mecânica

Sem acesso venoso periférico

Plantonista procede punção de subclávia com lesão pleural e pneumotórax

Realizado drenagem de tórax

D8 - Fistula pleural

Infecção pleural com empiema

Mantida a drenagem pleural e antibiótico por mais 30 dias.

D50 - Alta hospitalar em uso de insulina

Evento adverso: lesão adquirida durante o tratamento, não sendo determinada pelas condições clínicas de base do paciente. Um evento adverso não significa erro, negligência ou baixa qualidade, significa apenas um resultado assistencial indesejado relacionado à terapêutica ou diagnóstico.

Um evento adverso atribuível a um erro é um evento adverso evitável (REASON, 2000).

Erro assistencial: ato em geral não intencional ou omissão (LEAPPE, 1994) ou uma ação planejada de assistência não concluída como o previsto (erro de execução) ou o estabelecimento de um plano terapêutico errado para alcançar um determinado objetivo (erro de projeto) (REASON, 2000), ou ainda um desvio do processo de cuidado que pode ou não causar danos ao paciente (REASON, 2001).

Deve haver uma concertação entre todas as partes envolvidas do setor saúde tendo

- como centro o paciente,
- como prioridade a sua segurança
- como base de decisão a melhor ciência disponível avaliada a luz da custo/efetividade.

As relações entre as partes deve ter como base

- um conjunto de indicadores de alta relevância a serem aplicados nos hospitais

Deve haver também mecanismos de transparência que permitam

Envolvimento empoderado do cliente: usuários, operadoras, compradores de planos de saúde

Uma escolha consciente baseada em:

- Qualidade,
- Custos,
- Desempenhos assistenciais com foco na segurança,
- Nos tratamentos disponíveis baseados em evidências científicas com custo/efetividade,
- Na satisfação dos usuários com os serviços disponibilizados.



IESS

INSTITUTO DE ESTUDOS
DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Obrigado!

renato.couto@iagsaude.com.br

**SEMINÁRIO
INTERNACIONAL**

**INDICADORES DE
QUALIDADE
E SEGURANÇA DO
PACIENTE
NA PRESTAÇÃO DE
SERVIÇOS NA SAÚDE**

**MELHORES PRÁTICAS INTERNACIONAIS E PROPOSTAS PARA A
CONSTANTE MELHORIA DA QUALIDADE NA SAÚDE NO BRASIL**