

EIXO 2  
GESTÃO DA CLÍNICA

---

A BUSCA POR QUALIDADE  
EM SISTEMAS DE SAÚDE: A  
IMPORTÂNCIA DA GESTÃO DE  
MEIOS E GESTÃO DA CLÍNICA

---

**Maurício Wesley Perroud Júnior<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>. Médico Pneumologista, Mestrado e Doutorado em Clínica Médica pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (FCM – Unicamp); MBA em Gestão em Saúde pela Fundação Getúlio Vargas; Docente da Disciplina de Pneumologia, Departamento de Clínica Médica da FCM-Unicamp; Superintendente do Hospital Estadual Sumaré – Unicamp.

## Resumo

Um sistema de saúde pode ser considerado como a organização mais complexa já criada pela humanidade. Por conseguinte, a sua gestão constitui um grande desafio para atender às necessidades individuais e coletivas da sociedade. Apesar das relações de interdependência dos elementos que o compõem, um sistema complexo é possível de ser organizado a partir de suas unidades menores. Sob essa visão, os modelos de gestão assistencial, especialmente a Gestão da Clínica com suas ferramentas de microgestão dos fins, se usadas em conjunto com as ferramentas de gestão administrativa, podem viabilizar um sistema comprometido com a definição do que é um cuidado de saúde com atributos de qualidade, ou seja, focado no paciente, seguro, ofertado no tempo oportuno, eficaz, efetivo e equânime.

**Palavras-chave:** Gestão da clínica. Procedimento operacional padrão. Indicador. Gestão da qualidade. Administração.

## INTRODUÇÃO

Segundo Peter Drucker, hospital é a organização mais complexa criada pela humanidade<sup>1</sup>. A partir dessa afirmação, podemos concluir que os sistemas de saúde, compostos por unidades de tamanhos, funções e complexidades distintas, são as estruturas mais intrincadas e desafiadoras à gestão.

A ciência da Administração evoluiu lentamente ao longo da história e, somente a partir da segunda metade do século XIX, ganhou impulso e relevância nos Estados Unidos da América (EUA) como reflexo da Revolução Industrial iniciada no final do século anterior na Inglaterra<sup>2</sup>. Na área da saúde, provavelmente, a primeira ação para descrever procedimentos, avaliar e apresentar resultados com análise estatística e gráfica foi realizada por Florence Nightingale durante a guerra da Crimeia (1854)<sup>3</sup>. Apesar da transformação na administração das fábricas e da saúde começarem no mesmo período nos EUA, em 1900, já havia cursos de contadores<sup>2</sup> nesse país, ao passo que o primeiro curso de gestão em saúde só foi criado em 1934 na Universidade de Chicago<sup>4</sup>.

No Brasil, a transformação do método produtivo ocorreu 150 anos depois da britânica, sendo a década de 1930 considerada a nossa “revolução industrial”. Somente em 1963 surgiu o curso de graduação em administração na Universidade de São Paulo<sup>2</sup>.

Na área da saúde, como nação, ao longo do século XX, passamos pelo Departamento Nacional de Saúde e Assistência Médico Social, Serviços Nacionais específicos, Serviço Especial de Saúde Pública, Caixas de Aposentadoria e Pensões, entre tantas

instituições, até chegar ao Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e, finalmente, a seguir, ao Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>5</sup>. Esse um projeto de organização e gestão com missão definida na carta constitucional de 1988.

A proclamação da sua lei e a implantação do SUS, respondendo aos anseios da população, constituem uma das suas grandes conquistas, mas lançam um dos seus maiores desafios: como gerir um sistema tão complexo, garantido seus princípios doutrinários, além de segurança, eficiência, eficácia?

## MÉTODO

A elaboração deste artigo foi realizada a partir da revisão não sistemática da literatura.

## DISCUSSÃO

A organização dos serviços de saúde pública surgiu, em parte, como consequência dos efeitos da Revolução Industrial na organização da sociedade<sup>6</sup>. Entretanto, esta também fornece as bases para o estabelecimento de um sistema de gestão em saúde por meio dos princípios da administração. O primeiro sistema de saúde surgiu na União Soviética ao final dos anos 1920; e, de forma contemporânea, o período das Grandes Guerras Mundiais levou à necessidade de organizar os serviços médicos<sup>6</sup>, fato que culminou com a criação do National Health Service (NHS) no Reino Unido, em 1948, o primeiro universal e gratuito do Ocidente<sup>6,7</sup>.

Os sistemas de saúde são considerados altamente complexos<sup>1</sup>. Por definição, complexidade decorre da interrelação entre componentes de um sistema, ou seja, a influência de um sobre outro. Desse modo, complexidade é relativa e aumenta de acordo com o número de componentes, as relações entre estes e a singularidade destas<sup>8</sup>. Por essas características, um sistema de saúde não pode ser um organismo autogerenciado, e sua gestão demanda ações administrativas ativas e direcionadas. Deve ser ressaltado que administração não é uma atividade empírica porque tem regras e segue conceitos científicos, ou seja, é uma verdadeira ciência, regida por normas, princípios e leis claramente definidos, cujo principal objeto é a gestão<sup>8</sup>.

As ações de gestão são essenciais para identificar falhas de processo, corrigi-las e aprimorar a eficiência e a eficácia; ações que resultarão em um sistema mais seguro para pacientes e profissionais de saúde. Essa abordagem foi o que levou, por exemplo, à criação do National Institute for Health na Care Excellence (NICE) vinculado ao NHS<sup>10</sup>.

Apesar das relações de interdependência, um sistema complexo é passível de ser organizado a partir de suas unidades menores<sup>11</sup>. Nesse sentido, a organização distribuída e razoavelmente estruturada dos ambientes de saúde torna a abordagem da decomposição funcional viável quando há uma compreensão abrangente do contexto de trabalho, de seus elementos e dos princípios que governam as ações dos vários componentes dentro do sistema<sup>8</sup>. A compreensão do ‘todo’ é essencial para evitar, ou corrigir, a fragmentação do sistema de saúde. Nesse ponto, as Redes de Atenção à Saúde têm papel fundamental<sup>12</sup>.

O problema da fragmentação do sistema de saúde, não limitado às unidades físicas, mas incluindo a do conhecimento e das relações pessoais interprofissionais, além do isolamento em relação às demandas do paciente e à comunidade, é uma discussão antiga<sup>13</sup>. Provavelmente, as ações do modelo de gestão do cuidado centrado no paciente (*patient-centered care*)<sup>14,15</sup> constituíram os primeiros movimentos para reverter a fragmentação e promover a integração do paciente nas decisões do seu cuidado. Além disso, esse modelo de gestão tem sido visto como um elemento de qualidade e um facilitador de outros resultados desejáveis<sup>16</sup>. Apesar dos ganhos advindos, ainda assim, não é um modelo perfeito; e um dos seus grandes desafios é lidar com as tensões intergrupos – médico *versus* enfermagem, médico *versus* não médico, clínico *versus* não clínico<sup>16</sup>.

Ainda há o modelo de cuidado de saúde centrado nas pessoas (*people-centred health care*), mais recente e uma visão ampliada do cuidado centrado no paciente, em que há envolvimento de quatro esferas que compõem um sistema de saúde: indivíduos (pacientes), família e comunidade; profissionais de saúde; organizações de saúde e sistemas de saúde (isto é, ações relacionadas com organização, prestação de serviço e financiamento da saúde)<sup>17</sup>. Neste ponto, vale a citação ao relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o cuidado de saúde centrado nas pessoas:

A necessidade de foco no paciente [*patient-centredness*] tornou-se uma questão global importante, tendo sido identificada pelo *Institute of Medicine* da *United States National Academies of Science* como um dos seis atributos de qualidade de cuidados de saúde, sendo os outros, segurança, cuidado no tempo oportuno [*timeliness*], eficácia, eficiência e equidade. Mas, embora a abordagem centrada no paciente trate de questões de qualidade e atenção holística à saúde, ela não atende a alguns dos desafios de saúde mais amplos. A abordagem centrada nas pessoas atende a esses desafios mais amplos, reconhecendo que antes das pessoas se tornem pacientes, elas precisam ser informadas e capacitadas para promover e proteger sua própria saúde. É necessário chegar a todas as pessoas, famílias e comunidades que estão além do ambiente clínico. Ademais, os profissionais de saúde são pessoas, e as organizações e sistemas de saúde são compostos por pessoas. Suas necessidades também devem ser consideradas e eles devem ter autonomia para mudar o sistema para melhor. Ou seja, uma abordagem centrada nas pessoas envolve uma consideração equilibrada dos direitos e necessidades, bem como das responsabilidades e capacidades de todos os constituintes e partes interessadas do sistema de saúde.<sup>17(5)</sup> (tradução nossa).

O relatório da OMS descreve a estrutura política para a gestão centrada nas pessoas, mas não determina ou sugere um método para operacionalização.

Um dos modelos que pode ser aplicado é a Gestão da Clínica, na qual a gestão é direcionada para o momento do encontro clínico, chamada de microgestão dos fins, e não mais dos meios (recursos humanos, materiais e financeiro)<sup>12</sup>. A Gestão da Clínica pode ser definida como um conjunto de cinco tecnologias de microgestão, destinado a prover uma atenção à saúde com qualidade<sup>18</sup>, composto por: diretrizes clínicas, gestão da condição de saúde, gestão de caso, auditoria clínica e lista de espera<sup>12</sup>. Sendo que as diretrizes clínicas compõem a base para a aplicação das demais.

É importante ressaltar que a Gestão da Clínica não é a única ferramenta para gerenciamento da assistência e não prescinde dos processos de Regulação e de Linhas de Cuidado<sup>19,20</sup>. Além disso, obviamente, a microgestão dos fins não exclui a gestão dos meios.

De modo geral, no Brasil, os cursos de graduação da área de saúde não têm disciplinas ligadas à área de administração na sua grade curricular. Com isso, formamos profissionais sem conhecimentos básicos em ferramentas de gestão, obrigatórias em qualquer modelo de negócio, que foram desenvolvidas nos últimos dois séculos, desde a Revolução Industrial inglesa. Sem a gestão dos meios, responsável por manter a viabilidade ‘do negócio’, não haverá possibilidade de estruturar uma gestão de fins.

No mundo privado, uma empresa que não tem planejamento, processos bem definidos e metas traçadas está fadada à falência. Já a saúde pública não pode decretar falência, mas tem custo e pode gerar prejuízos intangíveis para o indivíduo e para a sociedade; portanto, tem a obrigação de buscar eficiência, eficácia e segurança, em suma, qualidade. Apesar de a discussão sobre qualidade nos sistemas de saúde no Brasil ter ganhado maior impulso nos últimos 20 anos, a partir das certificações da Organização Nacional de Acreditação (ONA), Joint Commission e Canada Accreditation, o conceito de que é possível mensurar qualidade de um sistema de saúde pela observação da sua estrutura, de seus processos e resultados surgiu há mais de 50 anos<sup>21</sup>.

Quadro 1. Domínios do aprimoramento da qualidade

Estabelecendo padrões	Incorporação do processo de definição de expectativas, níveis de prática ou resultados.
Medindo a qualidade	Processo por meio do qual o desempenho é revisado, a prática é avaliada e os resultados são aferidos.
Aprimoramento da qualidade	Processo ativo que envolve agir, fazer mudanças e medir o progresso em direção a um objetivo acordado.

Fonte: Adaptado de Atkinson e colaboradores<sup>22</sup>.

Dentre as diversas ferramentas de gestão que são imprescindíveis para o gerenciamento adequado de um sistema, duas podem ser destacadas: procedimentos operacionais padrão e indicadores. No processo de organização da administração de uma unidade ou sistema, a primeira atividade a ser desenvolvida é a padronização do formato dos documentos relacionados com a gestão, bem como o processo de controle de versões e arquivamento. Na próxima etapa, cada grupo profissional deve elaborar o seu manual de rotinas, para alguns, a sistematização da atuação. A seguir, cada grupo ou setor, conforme a organização estrutural, deve descrever os Procedimentos Operacionais Padrão (POP), os fluxos de processos sob a sua responsabilidade e definir as estratégias de treinamento. Todos esses documentos devem ser validados e aprovados pelo corpo diretivo.

O POP é um documento que define, claramente, quem faz 'o quê, quando, como e porquê'. Não é aplicável somente a organizações grandes e complexas, pois é capaz de cobrir a maioria dos aspectos mínimos de uma rotina de trabalho, tendo a função de prevenir variações nos processos, apesar do fator humano e do tempo de execução da atividade, por constituir uma ferramenta de transferência de conhecimentos e habilidades<sup>23</sup>. Atividades de alto risco, como a aviação, usam rotinas normatizadas para melhorar a confiabilidade e reduzir a chance de erro desde o final dos anos 1930. A formalização das etapas de uma atividade é um dos métodos mais comuns para alcançar esse objetivo, tornando as tarefas e ações explícitas e estruturadas e o trabalho padronizado por meio do uso de POP. Há uma série de exemplos nos quais a introdução da normatização, especificamente o uso de POP, demonstrou ter benefícios na área da saúde como, por exemplo, o *checklist* cirúrgico<sup>24-27</sup>.

O uso de POP facilita a implantação de novas estratégias terapêuticas, particularmente aquelas que podem ser estabelecidas sob a forma de 'pacotes' ('bundles'), aprimorando o padrão da assistência. Por esse motivo, os POP podem reduzir o tempo entre a publicação e a disseminação de uma nova rotina, bem como o tempo para o início da terapia para cada paciente ao tornar a equipe de profissionais de saúde mais conscientes das medidas que devem ser tomadas em cada situação<sup>24</sup>. A implantação de processos padronizados permite a gestão por indicadores e ciclos de melhoria. Os indicadores podem ser relativos à estrutura, ao processo ou ao resultado<sup>28</sup>. Indicadores de processo e de resultados permitem medir a qualidade do cuidado ou de serviços e devem ser baseados na melhor evidência possível, ou seja, devem ser definidas e implementadas com rigor científico para que tenham significado claro e base científica, e possam ser difundidos e passíveis de interpretação<sup>21,28</sup>. O maior problema dos indicadores de resultado como indicadores de desempenho é que eles não são uma medida direta de qualidade do sistema de saúde como os de processos. Nesse ponto, o indicador de

processo é mais sensível que o de resultado para evidenciar diferenças na qualidade do cuidado, além de ser mais simples de interpretar. Por outro lado, o indicador de resultado tem a relevância de medir algo que é importante *per se*, refletindo todos os aspectos do processo, e não somente aqueles que são mensuráveis<sup>29</sup>.

O monitoramento de indicadores serve para múltiplos propósitos além da avaliação de qualidade, pois pode ser usado para comparações (*benchmarking*) entre diferentes serviços, estabelecimento de prioridades, regulação, acreditação, entre outros<sup>28</sup>.

A implantação de processos padronizados e indicadores, além de ser um passo fundamental para a gestão de meios, ajuda a criar uma cultura favorável para uso de diretrizes clínicas e protocolos assistenciais, que são ferramentas essenciais para a Gestão de Clínica e Linhas de Cuidado, bem como para todas as demais tecnologias de microgestão dos fins.

Na Gestão da Clínica, as diretrizes clínicas têm quatro funções essenciais nos sistemas de atenção à saúde: a função gerencial, a função educacional, a função comunicacional e a função legal<sup>12</sup>. Essencialmente, os mesmos objetivos dos POP. Por outro lado, os POP têm o mesmo *modus operandi* da gestão da condição de saúde, pois esta define “as ações a serem desenvolvidas em cada ponto de atenção à saúde e suas relações com os sistemas de apoio, englobando os processos de cura, cuidado, reabilitação e paliação”<sup>12</sup>. Já a gestão de caso, que foca suas ações em indivíduos com condições complexas<sup>12</sup>, tem a mesma estrutura da gestão de meios com as etapas de planejar, monitorar e avaliar, mas aplicáveis às opções de cuidados e de coordenação da atenção à saúde desses pacientes. Ou seja, as tecnologias de gestão de meios e fins atuam em cenários específicos, mas compartilham semelhanças estruturais e funcionais.

Auditória é uma atividade em saúde historicamente ligada à ação de averiguar o prontuário do paciente e documentos relacionados para fins de pagamento, quer seja no sistema público ou privado. Entretanto, a ‘auditória clínica’ busca o aprimoramento dos resultados clínicos<sup>12</sup>. Para tal, tem foco na avaliação da qualidade da assistência, dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos alinhados aos protocolos clínicos, e da eficiência e eficácia no uso de recursos tecnológicos e financeiros<sup>18</sup>; estes indissociáveis aos demais em um sistema de qualidade. A auditória clínica ainda está ligada à avaliação periódica de procedimentos operacionais<sup>18</sup>, fato que ressalta a importância da cultura de gestão da qualidade decorrente da implementação destes. Por fim, temos a lista de espera que poderia estar muito bem no início do processo, não por efeito de superposição quântica, mas por estar relacionada com a demanda a ser atendida e porque todo o processo roda como ciclo de melhoria da qualidade, quando há uma gestão ativa. Dessa forma, a demanda reprimida pode ser um parâmetro para determinar as

ações de gestão de meios e fins, bem como parâmetro da eficácia e eficiência dessas ações e para ajustes do sistema. É importante ressaltar que a lista de espera é pautada não em ordem de entrada, mas em riscos e necessidades, e busca a transparência e uso racional de recursos<sup>18</sup>. Portanto, pelos seus princípios, a lista de espera faz parte das estratégias de regulação<sup>19</sup> e demanda protocolos bem definidos e indicadores de processos e resultados para seu manejo, tal qual a gestão dos meios.

A implantação de ferramentas e modelos de gestão, quer administrativas ou assistenciais, é um grande desafio em um país com dimensões continentais devido às diferenças regionais e, principalmente, pelos diferentes graus de maturidade gerencial entre sistemas e entre unidades de um mesmo complexo assistencial.

Se o primeiro grande desafio é organizar a gestão de um sistema tão complexo a partir das suas unidades menores, o segundo é evitar que o conhecimento fique isolado em bolsões de excelência. Para impedir tal desfecho, é necessário desenvolver duas capacidades: disseminar inovações e práticas novas ou aprimoradas entre equipes clínicas e por todo o sistema de saúde; e sustentar a mudança ao longo do tempo, resistido à tentação de voltar a práticas de qualidade inferior<sup>22</sup>. Nesse ponto, a estabilidade, a previsibilidade e a segurança alcançadas com a implementação de ferramentas de gestão são pontos de retroalimentação positiva extremamente fortes para manter, disseminar e perpetuar os processos de gestão dentro do sistema.

## **CONCLUSÃO**

O uso das ferramentas de gestão tradicionais, muito associadas à administração não clínica, tais como POP e indicadores de processo e resultado, constituem a base para a perenidade e estabilidade de um sistema complexo com o da saúde, especialmente por ajudarem a construir uma cultura de gestão da qualidade. Já as ferramentas da gestão da assistência – por exemplo, Gestão da Clínica, Linhas de Cuidado e Regulação – complementam as tradicionais e trazem a especificidade exigida por um sistema tão complexo e único como o de saúde.

Dessa forma, o uso de diversas tecnologias de gestão é um passo fundamental para alcançar todos os atributos de qualidade na saúde (isto é, paciente, segurança, cuidado no tempo oportuno, eficácia, eficiência e equidade), mantê-los e disseminá-los através de todo o sistema de saúde.

## Referências

1. Drucker PF. *Managing in the next society*. St. Martin's Griffin: New York; 2003.
2. Storck V. Notas para a história da administração brasileira: origens e desenvolvimento. *Rev Adm Empr.* 1983;23(3):57-62.
3. Sheingold BH, Hahn JA. The history of healthcare quality: The first 100 years 1860-1960. *Int J Afr Nurs Sci.* 2014;1:18-22.
4. Chicago Booth School of Business. Health Care Group. The Graduate Program in Health Administration and Policy – GPHAP [Internet]. [cited 2021 May 16]. Available from: <https://groups.chicagobooth.edu/fthealthcare/gphap/>
5. Silva HM. A Política Pública de Saúde no Brasil: Dilemas e Desafios para a Institucionalização do SUS [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Getulio Vargas; 1996.
6. Kuschnir R, Chorny A, Lima e Lira A. Gestão dos sistemas e serviços de saúde. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC; 2014.
7. Padilha RQ, Gomes R, Lima VV, Soeiro E, Oliveira JM, Schiesari LMC, et al. Princípios para a gestão da clínica: conectando gestão, atenção à saúde e educação na saúde. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2018;23(12):4249-57.
8. Kannampallil TG, Schauer GF, Cohen T, Patel VL. Considering complexity in healthcare systems. *J Biomed Inform.* 2011;44(6):943-47.
9. Silva JS, Santos JD. Recursos escassos, necessidades limitadas? *Rev Bras Adm Pol.* 2014;7(1):127-142.
10. National Institute for Health and Care Excellence. History of NICE. NICE [Internet]. 2021 [cited 2021 May 25]. Available from: <https://www.nice.org.uk/about/who-we-are/history-of-nice>
11. Pan American Health Organization. Integrated Health Service Delivery Networks: Concepts, Policy Options and a Road Map for Implementation in the Americas [Internet]. PAHO: Washington, DC; 2011 [cited 2021 May 16]. Series: Renewing Primary Health Care in the Americas No.4. Available from: [https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/PHC\\_IHSD-2011Serie4.pdf](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/PHC_IHSD-2011Serie4.pdf)
12. Mendes E. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
13. Macleod JW. Curriculum in Canadian Medical Education. *Can Med Assoc J.* 1963;88(14):705-12.
14. Bernstein SB, Zander K. Continuity of care. A patient-centered model. *Gen Hosp Psychiatry.* 1981;3(1):59-63.

15. McCracken EC, Stewart MA, Brown JB, McWhinney IR. Patient-centred care: the family practice model. *Can Fam Physician*. 1983;29:2313-16.
16. Kreindler SA. The politics of patient-centred care. *Health Expect*. 2015;18(5):1139-50.
17. World Health Organization. Regional Office for the Western Pacific. People- centred health care: a policy framework. Western Pacific Region: Manila: WHO; 2007.
18. Oliveira D, Canabrava C. Fundamentos, origem e conceitos de Gestão da Clínica. In: Gestão da Clínica nas redes de atenção à saúde. São Paulo: SES-SP; FAEPA; 2020. p. 67-100.
19. Santos J, Atílio H. Regulação em saúde. Contexto e estratégias, experiências e desafios. Formar melhor e capacitar mais, para regular e auditar menos. In: Gestão da Clínica nas redes de atenção à saúde. São Paulo: SES-SP; FAEPA; 2020. p. 101-131.
20. Perroud Jr M. Linha de Cuidado. In: Gestão da Clínica nas redes de atenção à saúde. São Paulo: SES-SP; FAEPA; 2020. p. 132-156.
21. Rubin HR. The advantages and disadvantages of process-based measures of health care quality. *Int J Qual Health Care*. 2001;13(6):469-74.
22. Atkinson S, Ingham J, Cheshire M, Went S. Defining quality and quality improvement. *Clin Med (Lond)*. 2010;10(6):537-39.
23. Amare G. Reviewing the values of a standard operating procedure. *Ethiop J Health Sci*. 2012;22(3):205-8.
24. Kortgen A, Niederprüm P, Bauer M. Implementation of an evidence-based 'standard operating procedure' and outcome in septic shock. *Crit Care Med*. 2006;34(4):943-949.
25. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat A-HS, Dellinger EP, et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *N Engl J Med*. 2009;360(5):491-9.
26. Patel J, Ahmed K, Guru KA, Khan F, Marsh H, Shamim Khan M, et al. An overview of the use and implementation of checklists in surgical specialities – a systematic review. *Int J Surg*. 2014;12(12):1317-23.
27. Morgan L, New S, Robertson E, Collins G, Rivero-Arias O, Catchpole K, et al. Effectiveness of facilitated introduction of a standard operating procedure into routine processes in the operating theatre: a controlled interrupted time series. *BMJ Qual Saf*. 2015;24(2):120-7.
28. Mainz J. Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. *Int J Qual Health Care*. 2003;15(6):523-30.
29. Mant J. Process versus outcome indicators in the assessment of quality of health care. *Int J Qual Health Care*. 2001;13(6):475-80