

PROCESSO Nº: 33910.011787/2018-69

NOTA TÉCNICA Nº 35/2018/GEEIQ/DIRAD-DIDES/DIDES

ASSUNTO

0.1. Nota Técnica que visa realizar uma análise de impacto regulatório *ex post* do mecanismo chamado de "fator de qualidade"

I. DA INTRODUÇÃO

1. Trata-se de Nota Técnica que visa realizar uma análise de impacto regulatório *ex post* do mecanismo chamado de "fator de qualidade". Desse modo, além da introdução ao tema, será descrito, primeiramente, na seção II, o histórico da regulamentação do Fator de Qualidade (FQ), incluindo as justificativas para sua criação, a regulamentação vigente, os critérios de qualidade utilizados em três anos de implementação e as discussões sobre as modificações propostas pelos diversos atores. Em seguida, na seção III, serão abordados os resultados regulatórios obtidos, as alternativas de ação e suas avaliações. Por fim, na seção IV, serão apresentadas as propostas de encaminhamento e as conclusões com as considerações da área técnica sobre a matéria.

2. Para introduzir o tema, cabe ressaltar que o FQ é o fator de correção aplicado ao índice de reajuste anual dos contratos, previsto na Lei 13.003/2014, firmados entre os prestadores de serviços e as operadoras de planos de saúde e objetiva refletir a qualificação do prestador no cálculo do reajuste. O FQ somente é aplicado ao reajuste dos contratos firmados entre prestadores de serviços e operadoras de planos de saúde, quando houver cláusula contratual que estabeleça a livre negociação de reajuste entre as partes, como a única forma de reajuste, e, caso as partes não cheguem a nenhum acordo, nos primeiros noventa dias do ano.

II. DO FATOR DE QUALIDADE

3. Para contextualizar a criação do Fator de Qualidade, cabe esclarecer que a [Lei 13.003/2014](#), que alterou a [Lei 9.656/98](#), estabeleceu em seu art. 17-A, que as condições de prestação de serviço de saúde no âmbito dos planos privados de assistência à saúde por pessoas físicas ou jurídicas deveriam ser reguladas por contrato escrito entre as partes. Conforme §2º do art. 17-A da mesma Lei, este contrato deveria estabelecer com clareza as condições para a sua execução, expressas em cláusulas que definissem direitos, obrigações e responsabilidades das partes.

4. Dentre as cláusulas obrigatórias no contrato, o inciso II do § 2º do Art. 17-A da Lei 9656/98, alterada pela Lei 13.003/2014, encontra-se a definição da forma e da periodicidade do reajuste dos prestadores de serviços. Além disso, no §3º do art. 17-A da mesma Lei, foi estabelecido que a periodicidade do reajuste deveria ser anual e realizada no prazo improrrogável de 90 (noventa) dias, contado do início de cada ano-calendário.

5. Já os parágrafos 4º, 5º e 6º do mesmo artigo criaram a obrigação para a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) de definir o índice do reajuste, na hipótese de vencido o prazo de 90 dias, ao qual se referiu o §3º do art. 17-A, sendo possível que ANS constituísse, para o cumprimento desta obrigação, na forma da legislação vigente, câmara técnica com representação proporcional das partes envolvidas.

6. Foi dentro deste contexto, de alteração da Lei 9.656/98 pela Lei 13.003/2014, que se deu a regulamentação pela ANS do índice de reajuste a ser utilizado entre operadoras de planos de saúde e seus prestadores de serviços da saúde na hipótese de vencido os 90 dias previstos na referida Lei.

7. O assunto vinha sendo tratado, desde então, no âmbito da Diretoria de Desenvolvimento Setorial - DIDES pela Gerência de Aprimoramento do Relacionamento entre Prestadores e Operadoras - GERAR. A partir de outubro de 2016, a discussão passou a ser de competência da Gerência de Estímulo à Inovação e Avaliação da Qualidade Setorial - GEEIQ/ DIDES.

8. De acordo com a Nota Técnica n.º 04/2014/ADS/GGISE/DIDES (anexo I - SEI nº 6802647), que está anexa ao processo n.º 33902.621639/2014-22, relativo à regulamentação da Lei 13.003 de 2014, na criação de índice de reajuste foi considerada a alegação dos prestadores de que seu poder de barganha para negociar seria limitado frente às operadoras de planos de saúde, assim como as reclamações das operadoras sobre a necessidade de estabelecimento de sanções por descumprimento de contrato para os prestadores de serviço de saúde. Ainda, de acordo com a nota Técnica 04/2014/ADS/GGISE/DIDES, foram realizados programas de monitoramento para verificar o cumprimento das normas de contratualização pela ANS e um dos pontos observados foi que era comum a ausência de cláusulas de reajuste nos instrumentos contratuais entre as partes. Todos esses pontos embasaram o estabelecimento de um índice de reajuste pela ANS de forma a cumprir o que determinou a Lei 13.003/2014.

9. Para o estabelecimento de um índice pela ANS, bem como em quais situações deveria ser aplicado, foi realizada ampla discussão no setor para ouvir e colher subsídios da sociedade civil e dos agentes regulados. Desse modo, foi criada Câmara Técnica e realizada Audiência Pública em 11 de novembro de 2014, além de discussões em Grupos Técnicos cujas reuniões ocorreram em: 25/9/2014; 17/10/2014; 4/11/2014 e 5/12/2014.

10. Uma primeira definição foi que o índice estabelecido pela ANS não poderia se sobrepor a uma forma de reajuste acordada entre as partes no contrato escrito, preservando o ato jurídico perfeito. Portanto, o índice definido só seria aplicável quando houvesse a previsão de livre negociação

de reajuste entre as partes, como a única forma de reajuste, e, caso as partes não chegassem a nenhum acordo nos primeiros noventa dias do ano.

11. Após ampla discussão, o índice de reajuste definido pela ANS foi o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), sendo que a fundamentação técnica para sua escolha se encontra na Nota Técnica n.º 04/2014/ADS/GGISE/DIDES cujos principais pontos são os seguintes:

11.1. O IPCA apresenta menor volatilidade, sendo a referência para a mensuração da inflação no país;

11.2. O IPCA já se apresentava como alternativa para o caso de não previsão contratual de um índice de reajuste na Resolução Normativa n.º 172/2008 da ANS;

11.3. O IPCA é um índice calculado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, uma autarquia pública responsável pela produção e disseminação de dados demográficos e socioeconômicos brasileiros e de divulgação ampla mensal;

11.4. Há a possibilidade da disponibilização do IPCA em subitens associados ao mercado da saúde.

12. Desta forma, a mesma Nota já citada considerou o IPCA global como a melhor opção para atender às necessidades impostas para a regulamentação da Lei 13.003, de 2014, uma vez que essa alternativa levaria em consideração a necessidade de se minimizar a retroalimentação inflacionária no setor e, ao mesmo tempo, assegurar a recomposição dos preços, como medidos pelo índice oficial da inflação. Além disso, foi considerada a facilidade de acesso à série, que é publicada mensalmente pelo IBGE, não acarretando novos custos de produção para nenhum dos atores do setor.

13. Assim, a [Resolução Normativa - RN n.º 364/2014](#) estabeleceu o IPCA como índice de reajuste dos contratos firmados entre prestadores e operadoras quando houvesse cláusula contratual que estabelecesse a livre negociação de reajuste entre as partes como a única forma de reajuste e caso as partes não chegassem a nenhum acordo nos primeiros noventa dias do ano.

14. Além disso, a RN n.º 364/2014, alterada pela RN 420, de 2017 e pela RN 391, de 2015, também criou em seu art. 7º o Fator de Qualidade a ser aplicado ao IPCA, que seria descrito em Instrução Normativa - IN, além de ter estabelecido, em linhas gerais, os critérios de qualidade a serem utilizados e a parceria com os Conselhos Profissionais/ou associações de âmbito nacional representativas de categoria profissional da área de saúde ou de especialidades da área de saúde para o estabelecimento de critérios para os profissionais de saúde.

15. Desta forma, ficou instituído o FQ, regulamentado anualmente, conforme prevê o Art. 7º da RN 364/2014:

"Art. 7º Ao índice de reajuste definido pela ANS será aplicado um Fator de Qualidade a ser descrito através de Instrução Normativa.

§ 1º Para os profissionais de saúde, serão utilizados, na composição do Fator de Qualidade, critérios estabelecidos pela ANS, em parceria com os Conselhos Profissionais e/ou associações de âmbito nacional representativas de categoria profissional da área de saúde ou de especialidades da área de saúde, em grupo a ser constituído para este fim. (Redação dada pela RN n.º 420, de 14 de fevereiro de 2017).

§ 2º Para os demais estabelecimentos de saúde a ANS utilizará na composição do fator de qualidade certificados de Acreditação e de Certificação de serviços estabelecidos no setor de saúde suplementar, em grupo a ser constituído para este fim.

§ 3º Na composição do Fator de Qualidade também poderão ser utilizados indicadores selecionados, bem como a participação e o desempenho em projetos e programas de indução da qualidade, conforme a ser definido pela DIDES. (Incluído pela RN n.º 391, de 04/12/2015)."

16. A [Instrução Normativa - IN DIDES n.º 61/2015](#) que regulamentou o FQ para os prestadores de serviços exclusivamente hospitalares, escalonou o FQ em três níveis: 105% do IPCA; 100% do IPCA e 85% do IPCA e estabeleceu os critérios de qualidade para os prestadores hospitalares para cada nível. A Nota Técnica n.º: 34/2015/COBPC/GERAR/DIDES/DIDES (anexo II - SEI 6802679) detalhou os critérios para hospitais para fins do FQ ano-base 2015 relativos aos indicadores de qualidade.

17. A [IN DIDES n.º 63/2016](#) que regulamentou o FQ para os prestadores de serviços não hospitalares, manteve o escalonamento em três níveis e estabeleceu que os critérios de qualidade seriam detalhados em Nota Técnica e divulgados no Portal da ANS. A Nota Técnica n.º 45/2016/GEEIQ/DIDES/ANS (anexo III - SEI 6802694) estabeleceu os critérios de qualidade considerados para fins de aplicação do FQ ano base 2016 a ser aplicado em 2017 para prestadores de serviços hospitalares e não hospitalares. Já a Nota Técnica n.º 87/2017/GEEIQ/DIDES/DIRAD-DIDES/DIDES (anexo IV - SEI nº225499) estabeleceu os critérios de qualidade considerados para fins de aplicação do FQ ano base 2017 a ser aplicado em 2018 para prestadores de serviços hospitalares e não hospitalares, em seu terceiro ano de aplicação.

II.1. Da justificativa acerca da criação do fator de qualidade

18. As justificativas para a instituição do FQ foram apresentadas pela Nota n.º 32/2015/COBPC/GERAR/DIDES (anexo V -SEI 6802728), submetida à Diretoria Colegiada da ANS em 07/12/2015, e traz os argumentos para a associação de um FQ ao índice de reajuste de prestadores de serviços de saúde, previsto no art. 7º da RN n.º 364/201 e serão descritas a seguir.

19. Primeiramente, de acordo com a citada nota, fazem parte do contexto que sustenta a criação do FQ, as dificuldades de negociação para pagamentos e reajustes de serviços de saúde, que trazem impactos negativos sobre a qualidade da assistência, pois interferem na manutenção de custos compatíveis com a sustentabilidade e o desenvolvimento do setor de saúde suplementar, consequentemente afetando a garantia de acesso dos beneficiários e um atendimento centrado em suas necessidades.

20. Em segundo lugar, a Nota n.º 32/2015/COBPC/GERAR/DIDES, aponta para legitimidade da ANS para regulamentar a questão, tendo em vista sua finalidade institucional, prevista na Lei 9.961/2000, de atuar para promover a defesa do interesse público na assistência à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País. Além disso, dentre as suas competências constam: exercer o controle e a avaliação dos aspectos concernentes à garantia de acesso, manutenção e qualidade dos serviços prestados, direta ou indiretamente, pelas operadoras; o estabelecimento de parâmetros e indicadores de qualidade e de cobertura em assistência à saúde para os serviços próprios e de terceiros oferecidos pelas operadoras, bem como o estabelecimento de

critérios de aferição e controle da qualidade dos serviços oferecidos pelas operadoras.

21. Outro ponto levantado na Nota Técnica DIDES n.º 32, de 2015, é a experiência de diversos países na utilização de medidas de qualidade para sistemas de pagamento e na composição de incentivos financeiros baseados no monitoramento de indicadores de desempenho. Desse modo, a Nota aponta para a necessária vinculação de critérios de qualidade ao índice de reajuste concedido anualmente aos prestadores de serviços de saúde, que se resumiriam em um fator de qualidade.

22. Também a Nota Técnica n.º 04/2014/ADS/GGISE/DIDES, que justificou a escolha do IPCA, apontou para a possibilidade da adoção de um fator multiplicador, que modularia o IPCA com vistas a estimular a qualificação dos prestadores de serviços com o objetivo de fomentar a busca pela qualificação por parte dos prestadores de serviços para a melhora da qualidade da atenção à saúde no setor de saúde suplementar.

23. Conforme já descrito anteriormente, foram estabelecidos três níveis para o FQ (105%; 100% e 85%). A escolha dos percentuais considerou o contexto do setor, bem como as reivindicações dos diversos atores, notadamente representantes de Operadoras de Planos de Saúde e de Prestadores de Serviços de Saúde. As Operadoras solicitaram, de uma maneira geral, o limite de reajuste como sendo o IPCA ou percentuais inferiores; já os prestadores de serviços, questionaram veementemente percentuais inferiores a 100% do IPCA, considerando que este seria uma mera reposição da variação de custos e que o FQ objetiva estimular a qualificação de prestadores de serviços, que é, de fato, custosa num primeiro momento. Abaixo, apresenta-se o Quadro 1, com as reivindicações dos diversos atores do setor, relativos ao FQ em 2015 que constam do processo n.º 33902.621639/2014-22.

Quadro 1

ENTIDADE	CONTRIBUIÇÕES
Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem - CBR	FQ deveria ser um percentual acima do índice de reposição inflacionária definido pela ANS, possibilitando, assim, que as clínicas e serviços de diagnósticos por imagem conseguissem fazer os investimentos necessários para a implantação do programa de acreditação o qual beneficiará o sistema de saúde como um todo. Sugeriram os seguintes percentuais: 100% do IPCA para prestadores que não possuem acreditação; 105% do IPCA para aqueles inscritos e aceitos no programa de acreditação e 110% do IPCA para prestadores acreditados.
Confederação Nacional de Saúde - CNS	Manifesta-se contrário à minuta de IN apresentada em GT, pois considera que esta não contempla os itens fundamentais da proposta enviada pela CNS anteriormente, quais sejam: 1. inserir todos os tipos de estabelecimentos de saúde sob a mesma regra de implantação 2. aceitar a média de acreditação de estabelecimentos de saúde (setorizada); 3. criar mecanismos de contrapartida financeira para os estabelecimentos de saúde, oriundos das operadoras, que efetivamente estimulassem o processo de acreditação e 4. propor as formas de monitorização dos níveis de acreditação dos estabelecimentos de saúde nas redes das operadoras.
Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional - COFFITO	Discordam do índice de qualificação estar atrelado ao IPCA, uma vez que, não havia sido acordado anteriormente. Propõem os seguintes critérios: FQ para Pessoas Jurídicas: estar em dia com suas obrigações junto ao Conselho de classe; FQ para Pessoas Físicas: inscrito e anuidades em dia com o conselho.
Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro - CREMERJ	Discordam de qualquer proposta que aplique deflator ao índice estabelecido (IPCA). Sugerem que o principal indicador deva se fundamentar na qualificação técnica do corpo clínico e que haja uma melhor definição com base na classificação do CNES.
Federação Nacional das Associações de Empresas Prestadoras de Serviços de Fisioterapia - FENAFISIO	Acredita que o índice de reajuste deva ser um incentivo à qualidade do prestador e não uma punição. Da forma como está posta, não cumpre esse papel.
Federação Nacional de Saúde Suplementar - FENASAÚDE	Argumentam que a vinculação do reajuste do FQ ao IPCA cria uma rigidez no sistema, estimulando a indexação contratual, e seus efeitos negativos conhecidos, em substituição à livre negociação. Acreditam que a variação entre 80% e 100% é pequena e não atua como um fator incentivador para que os Prestadores busquem a Acreditação. Proposta: 100% do IPCA para todos os hospitais acreditados; 60% do IPCA para hospitais sem acreditação. Considerar apenas creditações concedidas por instituições independentes e reconhecidas. Além da acreditação, o FQ deve considerar também indicadores que avaliem o resultado Assistencial e Regulatório, como a posse, por parte do Prestador de cadastro válido no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde - CNES e adequação à última versão do TISS. Sugerem ainda que não seja considerada a certificação ISO 9001 para o FQ, uma vez que esta não é utilizada para avaliar a qualidade dos serviços integrados de saúde.
Sociedade Brasileira de Patologia Clínica e Medicina Laboratorial - SBPC/ML e Sociedade Brasileira de Análises Clínicas - SBAC	Considera que existem diferenças significativas entre as atividades tipicamente hospitalares e a dos Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia - SADT. Na opinião destas instituições: A Nomenclatura CNES não afeta o setor SADT. A norma ISO 9001 não é considerada adequada para o setor de Análises Clínicas, pois a norma ISO 15189 é específica para os laboratórios. Propõem que a revisão das regras seja feita a cada 2 (dois) anos. Consideram, ainda, que o padrão TISS não deva ser valorizado como critério para a avaliação da qualificação de prestadores de serviços de saúde, uma vez que foi criado para corrigir uma situação específica de troca de informações entre operadoras e prestadores. Entendem que o Fator de Qualidade deva ser um adicional concedido sobre o IPCA, pois o entendimento da ANS impõe um redutor para os serviços de saúde não qualificados e fere o espírito da lei 13003.
	No caso de prevalecer o entendimento da ANS, de redução do IPCA, eles propõem:

	Laboratórios acreditados pelo SNA/DICQ, PALC e ONA (Nível 3) terão o fator de qualidade máximo, ou seja 100% do IPCA. Após 1 ano da publicação da IN, sugerem que seja considerado como pré-requisito, a comprovação da titulação do responsável técnico do laboratório, como especialista.
União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde - UNIDAS	Entende que não se deve considerar a média de hospitais acreditados de cada operadora de planos privados de assistência à saúde, pois este fato contrariaria o disposto nos parágrafos 1º e 2º da RN 364. Discordam ainda que seja estabelecido qualquer critério intermediário que leve em conta apenas inscrição em um programa de acreditação de serviços de saúde ou que possuam certificação ISO.
UNIMED BH	Propõem os seguintes critérios: SADT, clínicas e ambulatorios = 50% do IPCA para acreditados + 50% variáveis conforme indicadores de qualidade (ex: acesso aos serviços contratados, reclamação de clientes, etc). Hospitais = 50% do IPCA para acreditador + 50% variáveis conforme indicadores de qualidade. Discordam com a utilização da certificação ISO 9001 como critério, por esta ser realizada considerando um escopo que pode corresponder com um serviço, produto, processo ou área (pode não abranger o escopo assistencial).
UNIMED DO BRASIL	Defendem o IPCA como teto máximo de reajuste, nos casos específicos previstos para o FQ. A qualificação, na opinião da UNIMED BRASIL, é uma obrigação do prestador para com a sociedade, e não um subterfúgio para conseguir um reajuste maior da operadora de planos de saúde.
Federação dos Hospitais, Clínicas e Laboratórios do Estado de São Paulo - FEHOESP	Considera inaceitável que se estabeleça um redutor na atualização monetária da remuneração de Prestadores de Serviços de Saúde, uma vez que o IPCA representa um índice inflacionário que expressa perda de valor da moeda em determinado período de tempo.

II.2. Das previsões normativas acerca do fator de qualidade

24. Considerando a Lei 9656/98 e suas alterações, assim como a regulamentação infra legal feita pela ANS sobre o tema discutido, seguem abaixo as previsões normativas para o FQ:

- Lei 13.003/2014, que alterou a Lei 9.656/98:
 - Estabelece a necessidade de contrato entre operadoras e estabelece a necessidade de previsão de cláusula de reajuste;
- Resolução Normativa RN nº 364/2014, alterada pela RN n.º 391/2015 e pela RN nº 420/2017:
 - Estabelece o IPCA como índice de reajuste entre operadoras e prestadores de serviços de saúde no setor suplementar e estabelece que a aplicação do IPCA se dará de acordo com o estabelecido em Instrução Normativa.
- Resolução Normativa RN 391/2015, que altera a RN 364/2014:
 - Estabelece o prazo de 1 ano da vigência da RN 364 para aplicação do FQ para hospitais e 2 anos para aplicação do FQ para demais estabelecimentos de saúde.
- Resolução Normativa RN 420/17, que altera a RN nº 364/2014:
 - Estabelece que, para os profissionais de saúde, serão utilizados, na composição do FQ, critérios estabelecidos pela ANS, em parceria com os Conselhos Profissionais e/ou associações de âmbito nacional representativas de categoria profissional da área de saúde ou de especialidades da área de saúde, em grupo a ser constituído para este fim.
- IN nº 61/DIDES/2015:
 - Estabeleceu os percentuais para hospitais a ser aplicado para o reajuste com ano base 2015.
 - I - 105% do IPCA para os Hospitais Acreditados;
 - II - 100% do IPCA para hospitais não acreditados que participarem e cumprirem os critérios estabelecidos nos projetos da DIDES de indução da qualidade; e
 - III - 85% do IPCA para hospitais que não atenderem ao disposto nos incisos I e II, deste artigo.
- IN nº 63/DIDES/2016, alterada pela IN 64/DIDES/2016 e pela IN nº 66/DIDES/2017:
 - Estabeleceu o FQ para prestadores não hospitalares de acordo com os seguintes percentuais:
 - I - 105% do IPCA para os prestadores de serviços de saúde que se enquadrem nos critérios estabelecidos para o Nível A do FQ;
 - II - 100% do IPCA para os prestadores de serviços de saúde que se enquadrem nos critérios estabelecidos para o Nível B do FQ; e
 - III - 85% do IPCA para os demais prestadores de serviços de saúde.
- IN DIDES nº 66, de 2017:
 - Estabelece que, em parceria com a ANS, caberá aos Conselhos Profissionais e/ou associações de âmbito nacional representativas de categoria profissional da área de saúde ou de especialidades da área de saúde:
 - I - estabelecer os critérios a serem utilizados para a definição dos níveis A e B, previstos nos incisos I e II;
 - II - proceder a recepção e consolidação dos dados dos prestadores a ela vinculados; e
 - III - enviar à ANS as informações coletadas e consolidadas nos primeiros 60 (sessenta) dias do ano subsequente ao ano de avaliação.

- Estabelece ainda que os critérios seriam definidos em Nota Técnica até novembro de 2016.
- Nota Técnica nº 34/2015 que descreveu os indicadores de qualidade utilizados para o FQ ano-base 2015.
- Nota Técnica DIDES nº 45 de novembro 2016 descreveu os critérios para prestadores hospitalares e não hospitalares para o nível A e B do FQ para o ano base de 2016 a ser aplicado em 2017.
- Nota Explicativa detalhou a Nota Técnica DIDES nº 45 de 2016.
- Nota Técnica nº 87/GEEIQ/DIDES/DIRAD-DIDES que descreveu os critérios para prestadores hospitalares e não hospitalares para o nível A e B do FQ para o ano base de 2017 a ser aplicado em 2018.

II.3. Dos critérios utilizados no fator de qualidade nos últimos anos

25. O FQ teve início em 2015, inicialmente para prestadores de serviços de saúde hospitalares e foi expandido em 2016 para o conjunto de prestadores de serviços de saúde. Seguem os critérios estabelecidos para os dois anos de sua implementação.

26. A IN DIDES nº 61/2015 regulamentou o FQ e estabeleceu os critérios de avaliação para o ano-base 2015 exclusivamente para os prestadores de serviços hospitalares:

- 105% do IPCA: Hospitais Acreditados;
- 100% do IPCA: Hospitais não acreditados e participam do Projeto Parto Adequado e/ou atingimento das metas estabelecidas em indicadores de qualidade definidos pela DIDES.
- 85% do IPCA: Hospitais que não se enquadram nos critérios acima.

27. A Nota Técnica Nota nº: 34/2015/COBPC/GERAR/DIDES detalhou os critérios para hospitais para fins do FQ ano-base 2015 relativos aos indicadores de qualidade citados, quais sejam:

1. Proporção de guia eletrônica de cobrança na versão 3 do Padrão TISS;
2. Núcleo de Segurança do Paciente Cadastrado na Anvisa;
3. Proporção de readmissão em até 30 dias da última alta hospitalar.

28. A IN DIDES nº 63/2016, regulamenta o FQ para os prestadores de serviços não hospitalares, manteve o escalonamento em três níveis: 105% do IPCA; 100% do IPCA e 85% do IPCA e estabeleceu que os critérios de qualidade seriam detalhados em Nota Técnica e divulgados no Portal da ANS.

29. A Nota Técnica nº 45/2016/GEEIQ/DIDES/ANS estabeleceu os critérios de qualidade considerados para fins de aplicação do FQ ano base 2016 a ser aplicado em 2017 para todos os tipos de prestadores de serviços, inclusive os prestadores de serviços hospitalares.

30. Seguem os critérios do FQ para o ano-base 2016, por tipo de prestador de serviço:

I - Critérios para Hospital:

1. Nível A: 105% do IPCA:

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

2. Nível B: 100% do IPCA:

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

OU

- Alcançar a proporção de envio de guias eletrônicas de cobrança na versão 3 do Padrão TISS igual ou maior que 90%; e
- Participar efetivamente de um dos projetos da DIDES para melhoria da qualidade, quais sejam, Parto Adequado, Idoso Bem Cuidado e OncoRede.

3. 85% do IPCA: para aqueles hospitais que não atenderem aos requisitos dos níveis A ou B.

II - Critérios para Hospital-dia:

1. Nível A: 105% do IPCA:

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

2. Nível B: 100% do IPCA:

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

OU

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

3. **85% do IPCA:** para aqueles hospitais que não atenderem os requisitos dos níveis A ou B.

III - **Critérios para SADT:**

1. **Nível A: 105% do IPCA:**

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

2. **Nível B: 100% do IPCA:**

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

3. **85% do IPCA:** Para aqueles que não atenderem os requisitos dos níveis A ou B.

IV - **Critérios para Clínicas:**

1. **Nível A: 105% do IPCA:**

- A clínica deverá ter uma proporção de 50% ou mais de Profissionais de saúde com 01 (uma) Titulação ou mais (Residência/Título de Especialista/Pós Graduação *latu Senso* e *Stricto Senso*).

2. **Nível B: 100% do IPCA:**

- O responsável técnico da clínica deverá responder ao questionário sobre qualidade disponível no portal da *internet* da entidade representativa.

3. **85% do IPCA:** Para aqueles que não atenderem os requisitos dos níveis A ou B

- Observação:

Para fins de acesso e preenchimento do questionário:

- No caso das clínicas, será considerado o Conselho profissional ou entidade relacionada a sua finalidade principal;
- Para clínicas multiprofissionais, será considerada a categoria profissional de saúde em maior número;
- Para aquelas com igual quantitativo de profissionais por categoria, a clínica poderá escolher o conselho profissional pelo qual o questionário será acessado;
- As clínicas classificadas como SADT deverão seguir os critérios previstos para SADT.

V - **Critérios para Consultórios:**

1. **Nível A: 105% do IPCA:**

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

2. **Nível B: 100% do IPCA:**

- O profissional deverá responder ao questionário sobre qualidade disponível no Portal de sua entidade representativa; e
- O profissional de verá assistir ao vídeo "cuidado centrado no paciente", que está disponível no endereço eletrônico: <http://proqualis.net/video/video-sobre-cuidado-centrado-na-pessoa>.

3. **85% do IPCA:** Para aqueles que não atenderem os requisitos dos níveis A ou B.

31. Para o ano base 2017, a ser aplicado em 2018, a Nota Técnica 87/2017GEEIQ/DIDES/DIRAD-DIDES manteve os mesmos critérios do período anterior.

II.4. Das discussões acerca das propostas de modificações do fator de qualidade

32. A definição de critérios para a aplicação do FQ para o ano-base de 2016 foi discutida com os representantes do setor da saúde suplementar no âmbito do Comitê Técnico de Avaliação da Qualidade Setorial – COTAQ e de seus subgrupos. Para o ano de 2017, as discussões seguiram o mesmo rito e estão documentadas no processo eletrônico nº 33910.013251/2017-05.

33. As reuniões tiveram início com a reunião do COTAQ do dia 3 de julho de 2017 com a presença de representantes do setor e a discussão aconteceu em torno da necessidade de avançar nos critérios de qualidade para o FQ para o ano-base 2017, de forma que ele refletisse de fato a qualidade dos prestadores, em particular, profissionais de saúde. Foram criados 03 subgrupos que contemplassem as características de cada tipo de prestador de serviços de saúde (hospitais, serviços de apoio diagnóstico e terapias - SADT e profissionais de saúde – incluindo consultórios isolados e clínicas multiprofissionais). Foram realizadas quatro reuniões dos subgrupos, que ocorreram nas seguintes datas:

1. Para profissionais de saúde: 02 de agosto de 2017 e 22 de setembro de 2017;

2. Para Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapia - SADT: 03 de agosto de 2017;
3. Para Hospitais e Hospitais-dia, ocorrida no dia 03 de agosto de 2017.

34. Em seguida, foi realizada nova reunião do COTAQ em 18 de outubro de 2017, na qual foram discutidos os resultados e novas perspectivas para o Fator de Qualidade, com as diretrizes para sua reformulação.

35. Ao longo do ano de 2017, a GEEIQ/DIDES recebeu uma série de cartas e e-mails das Entidades representativas de prestadores de serviços de saúde tratando do assunto, para contribuir com os critérios para aplicação do FQ. As contribuições são apresentadas de forma resumida a seguir.

I - A quase totalidade dos representantes de prestadores de serviços de saúde se manifestou pela exclusão do percentual de 85% do IPCA, a exceção do Conselho Federal de Biomedicina que não se pronunciou especificamente em relação aos percentuais. Os argumentos utilizados pelos representantes foram de que os serviços já apresentam uma defasagem histórica nos valores dos procedimentos; de que a reposição inflacionária nos contratos de prestação de serviços através da indexação de índice pleno é muito importante, a fim de manter o equilíbrio econômico financeiro decorrente da inflação do país e de que a existência de um percentual deflator fere o espírito da Lei 13.003/2014. Ademais, a retirada deste nível permitiria a continuidade das negociações e aplicação das normas que contribuem para a estabilidade da relação econômico financeira entre operadoras e prestadores. As seguintes instituições descritas no quadro a seguir partilham dos argumentos acima citados:

Quadro 2

1. Federação Nacional das Associações de Empresas Prestadoras de Serviços de Fisioterapia (FENAFISIO) – em carta enviada no dia 23/08/2017 e anexada ao processo sob o nº SEI 3949086
2. Sociedade Brasileira de Análises Clínicas (SBAC), Federação de Hospitais, Clínicas e Laboratórios do Estado de São Paulo (FEHOESP), Sociedade Brasileira de Patologia Clínica e Medicina Laboratorial (SBPC/ML), Conselho Federal de Farmácia (CFF), Associação Brasileira de Medicina Diagnóstica (ABRAMED), Sindicato dos Laboratórios de Minas Gerais (SINDLAB), Sindicato dos Laboratórios de Análises e Patologia Clínica, Anatomia e Citologia do Estado do Paraná (SINLAB-PR) e Sindicato dos Hospitais, Clínicas e Laboratórios do Estado de São Paulo (SINDHOSP) – em carta conjunta enviada pelas entidades no dia 23/08/2017 e anexada ao processo sob o nº SEI 3948663
3. Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem (CBR) – em carta enviada no dia 24/08/2017 e anexada ao processo sob o nº SEI 394852
4. Sociedade Brasileira de Patologia (SBP) – em carta enviada no dia 24/08/2017 e protocolada sob o nº SEI 3949207, devidamente anexada ao processo
5. FEHOESP – em carta enviada no dia 24/08/2017 e anexada ao processo sob o nº SEI 3948955
6. Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa) – em carta enviada no dia 25/08/2017 e anexada ao processo sob o nº SEI 3949324
7. Associação Nacional dos Hospitais Privados (ANAHP) – em carta enviada no dia 31/08/2017 e anexada ao processo sob o nº SEI 3948700;
8. Confederação Nacional de Saúde (CNS) – em carta enviada no dia 05/09/2017 e anexada ao processo sob o nº SEI 3949260; e
9. Associação Médica Brasileira (AMB) – em carta enviada no dia 26/09/2017 e anexada ao processo sob o nº SEI 3984358.

II - Grande parte das entidades representativas de prestadores também solicitou a aplicação do FQ com dois níveis percentuais, e de forma a garantir pelo menos 20% de diferença entre os níveis. Os percentuais propostos seriam de 120% do IPCA, para os estabelecimentos acreditados e 100% do IPCA para os estabelecimentos não acreditados. Foram apresentados os seguintes argumentos para essa proposta: a) a implantação de um sistema de gestão de qualidade requer um investimento grande; b) a adoção de um índice baixo de reajuste pela ANS significaria pouco reconhecimento para a qualificação de prestadores de serviços de saúde, por parte da Agência; c) os custos do setor superam os índices econômicos vigentes; d) o impacto financeiro desta proposta para as operadoras é pequeno porque será aplicado sobre o IPCA, que neste período terá valor muito baixo, redundando num pequeno impacto financeiro em valores absolutos. As instituições abaixo descritas no quadro a seguir apresentaram documentos nesta linha de argumentação:

Quadro 3

1. FENAFISIO – carta enviada no dia 23/08/2017 e anexada ao processo sob o número SEI 3949086;
2. SBAC, FEHOESP, SBPC/ML, CFF, ABRAMED, SINDLAB, SINLAB-PR e SINDHOSP – carta conjunta enviada pelas entidades no dia 23/08/2017 e anexada ao processo sob o nº SEI 3948663.
3. SBP – carta enviada no dia 24/08/2017 e protocolada sob o nº SEI 3949207, devidamente anexada ao processo.
4. FEHOESP – em carta enviada no dia 24/08/2017 e anexada ao processo sob o nº SEI 3948955.
5. CFFa – carta enviada no dia 25/08/2017 e anexada ao processo sob o nº SEI 3949324.
6. SBP – carta enviada no dia 30/10/2017 e anexada ao processo sob o nº SEI 4779667.

III - Somente duas instituições sugeriram a manutenção de um FQ com três níveis, de forma a manter um nível intermediário que sinalizasse o reconhecimento do esforço de qualificação por parte dos prestadores de serviços de saúde. Para tanto, os percentuais deveriam ser estabelecidos em 110%, 105% e 100% do IPCA. As seguintes entidades se manifestaram nestes termos:

Quadro 4

1. CBR – carta enviada no dia 24/08/2017 e anexada ao processo sob o nº SEI 3948521
2. ANAHP – carta enviada no dia 31/08/2017 e anexada ao processo sob o nº SEI 3948700

IV - Algumas entidades solicitaram que o FQ seja aplicável a todos os contratos, e não apenas aos contratos com previsão de livre negociação, justificando que o escopo de aplicação do FQ nestes contratos é muito pequeno e não representativo do setor da saúde complementar como um todo. O FQ deveria ser aplicado a todos os contratos que devem ter correção mínima pelo IPCA, acrescido do FQ e que este fator de qualidade seja ampliado também para remuneração de prestadores de serviços de saúde, de forma a estimular a qualidade dos serviços e promover a justiça aos que investem na assistência com qualidade. São as seguintes que

argumentaram nestes termos:

Quadro 5

- | |
|--|
| 1. AMB, apresentação realizada durante reunião do dia 02/08/2017 e anexado ao processo sob o nº SEI 3713033. |
| 2. FENAFISIO, carta enviada no dia 23/08/2017 e anexada ao processo sob o nº SEI 3949086. |

V - A AMB, sendo acompanhada pela SBP, sugeriu a alteração do Art. 4º da Resolução Normativa nº 364, de forma a contemplar a inclusão do FQ nos modelos de remuneração, conforme já descrito anteriormente. Para isso, o Artigo 7º da RN 364 e IN 61 também deveriam ser modificados, e um normativo específico do FQ deveria ser criado. Além disso, AMB também chega a citar os artigos específicos que poderiam ser modificados, em reunião do COTAQ ocorrida no dia 18/10/2017, conforme pode-se verificar na transmissão da reunião publicada no portal institucional da ANS (à 1 hora e 3 minutos; à 1 hora, 16 minutos e 34 segundos e à 1 hora, 34 minutos e 8 segundos). Nesta mesma ocasião, algumas das instituições presentes se posicionaram favoravelmente à proposta apresentada pela AMB, como o representante do Instituto de Acreditação e Gestão em Saúde - IAGSAÚDE (se posicionou à 1 hora, 41 minutos e 9 segundos da transmissão), o Conselho Brasileiro de Oftalmologia - CBO (à 1 hora, 45 minutos e 1 segundo da transmissão). São os seguintes os documentos enviados nestes termos:

Quadro 6

- | |
|---|
| 1. Carta enviada pela AMB no dia 26/09/2017 e anexada ao processo sob o nº 3984358. |
| 2. Carta enviada pela SBP no dia 30/10/2017 e anexada ao processo sob o nº 4779667. |

VI - A AMB sugeriu, ainda, que a ANS realizasse uma revisão dos percentuais previstos para o FQ, aplicável a profissionais de saúde, na Instrução Normativa nº 61 e Nota Técnica nº 45 com a proposta de 100% do IPCA para todos os profissionais, 110% do IPCA para os profissionais titulados e mais 5% para profissionais de acordo com uma escala de pontuação que reflita a capacitação dos profissionais, onde seriam considerados os seguintes aspectos: participação em eventos (congresso, jornadas de capacitação, simpósios, curso, etc); desenvolvimento de atividades científicas (publicação de artigos, livros, participação como conferencista, apresentação de trabalhos em congressos, etc); e desenvolvimento de atividades acadêmicas (mestrado, doutorado, participação em bancas examinadoras para mestrado, doutorado, concursos e coordenação de programas de residência médica).

VII - A efetividade do FQ foi questionada por algumas instituições devido ao pequeno retorno financeiro deste ao ser aplicado ao IPCA, que vem diminuindo ao longo dos anos. São elas:

Quadro 7

- | |
|---|
| 1. Conselho Federal de Nutrição (CFN), reunião do COTAQ que ocorreu no dia 11/01/2017, conforme se pode verificar na transmissão disponível no portal da ANS no seguinte link: http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/comites-e-comissoes/cotaq . (à 1 hora, 19 minutos e 37 segundos de transmissão); e |
| 2. AMB, reuniões do COTAQ, aos 56 minutos e 40 segundos da reunião ocorrida no dia 03/07/2017 e 1 hora e 3 minutos da reunião ocorrida no dia 18/10/2017, conforme se pode verificar na transmissão disponível no portal da ANS. |
| 3. Conselho Federal de Odontologia (CFO), em reunião do COTAQ ocorrida em 18/10/2017, à 1 hora, 21 minutos e 48 segundos de transmissão, conforme se pode verificar na transmissão disponível no portal da ANS. |

VIII - Algumas entidades representantes de prestadores de serviços de saúde solicitaram que, para laboratórios, sejam aceitas, para fins do FQ, apenas Acreditação. Este seria o atributo mais adequado para avaliar a qualidade da assistência nestes prestadores e o uso de outros tipos de certificação - parciais ou incompletos - serviriam apenas para causar confusão. São as seguintes as entidades que argumentam neste sentido:

Quadro 8

- | |
|--|
| 1. SBAC, FEHOESP, SBPC/ML, CFF, ABRAMED, SINDLAB, SINLAB-PR e SINDHOSP - em carta conjunta enviada pelas entidades no dia 23/08/2017 e anexada ao processo sob o nº SEI 3948663. |
| 2. SBP, em carta enviada no dia 24/08/2017 e anexada ao processo sob o nº SEI 3949207. |

IX - Entretanto, o Conselho Federal de Biomedicina (CFBM), apresentou ponto de vista diferente dos demais representantes de laboratórios, ao defender que outros programas de avaliação de qualidade sejam considerados para a atribuição de um fator de qualidade, uma vez que a acreditação é um processo caro e por isso de difícil alcance para laboratórios pequenos.

X - A Federação Brasileira de Hospitais (FBH) acredita que o índice aplicado aos contratos com livre negociação, qual seja, o IPCA, deve ser descrito de forma a representar um percentual mínimo na Resolução Normativa nº 364, pois desta forma, a negociação seria mais equilibrada, e o IPCA poderia ser utilizado como um índice basal. Esta argumentação ficou clara em e-mail recebido por esta Gerência e anexado ao processo sob o nº SEI 3948871, bem como nos posicionamentos desta entidade nas reuniões do COTAQ: do dia 03/07/2017 (à 1 hora, 2 minutos e 52 segundos de transmissão) e do dia 18/10/2017 aos 35 minutos e 31 segundos, conforme pode ser observado na transmissão publicada no portal institucional da ANS. Ou seja, sugeriu que o IPCA fosse a base da negociação, o mínimo de reajuste a ser aplicado, pois atualmente, segundo ele, o que acontece é que, mesmo com os atributos de qualificação, os prestadores de serviços de saúde têm dificuldades ao negociar com as operadoras de planos de saúde.

XI - Na reunião do COTAQ, no dia 18/10/2017, o representante da Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHF) alegou discordar das modificações propostas pela ANS, pois, ao instituir o Fator de Qualidade, a Agência teria dado um reconhecimento maior para a Acreditação e eles consideram que esse reconhecimento deveria continuar, uma vez que as acreditações vêm aumentando nos últimos anos (segundo o representante: aumento de 10% no total de acreditações desde 2015 e aumento de 40% nas acreditações internacionais no país, no mesmo período), e que este aumento poderia estar relacionado à sinalização que a ANS deu um reconhecimento financeiro à acreditação.

XII - Na mesma ocasião, COTAQ de 18/10/2017, o representante do Conselho Brasileiro de Oftalmologia (CBO) também discordou das modificações propostas pela ANS, por acreditar que essa mudança representaria um retrocesso no estímulo à qualificação dos prestadores de serviços na saúde suplementar e que o maior prejuízo seria atribuído à população beneficiária de planos privados de assistência à saúde.

XIII - O Conselho Federal de Odontologia, na reunião do COTAQ do dia 18/10/2017, relata a dificuldade de os prestadores de serviços de saúde negociarem individualmente com as operadoras de planos de saúde e sugere que seja criada uma espécie de instância de discussão para facilitar essa negociação. Este representante ressaltou que o reajuste baseado no IPCA seria muito pequeno e concordou com a ANS que os resultados do Fator de Qualidade até o momento têm sido pouco significativos.

XIV - A Sociedade Brasileira de Patologia - SBP manifestou-se contra a proposta de mudança na aplicação do FQ apresentada no COTAQ do dia 18/10/2017 tanto no próprio dia quanto através de envio de carta (documento cadastrado no SEI sob o nº 4779667). A SBP considerou que esta proposta extingiria o FQ sem a criação de uma alternativa de substituição. Além da SBP, houve manifestação conjunta de várias entidades também questionando a possibilidade de modificações do FQ proposta no COTAQ do dia 18/10/2017, uma vez que outras possibilidades de associação entre reajuste e qualidade na prestação de serviços ainda não foram apresentadas. Além disso, consideram importante ampla discussão em caso de restauração do FQ. Essas entidades estão descritas no quadro a seguir:

Quadro 9:

Sociedade Brasileira de Patologia - SBP
Sociedade Brasileira de Análises Clínicas - SBAC
Sociedade Brasileira de Patologia Clínica / Medicina Laboratorial - SBPC/ML
Associação Brasileira de Medicina Diagnóstica - ABRAMED
Federação dos Hospitais, Clínicas e Laboratórios do Estado de São Paulo - FEHOESP
Sindicato dos Hospitais, Clínicas e Laboratórios do Estado de São Paulo - SINDHOSP
Sindicato dos Laboratórios de Minas Gerais - SINDLAB/MG
Sindicato dos Laboratórios de Análises e Patologia Clínica, Anatomia e Citologia do Paraná - SINLAB/PR

XV - Além das manifestações de representantes de prestadores de serviços, na reunião do COTAQ, ocorrida no dia 18 de outubro de 2017, houve manifestações de diversas entidades representativas do setor, as quais se posicionaram sobre as modificações propostas para o Fator de Qualidade, como se segue:

XVI - Na reunião do COTAQ ocorrida no dia 18 de outubro deste ano, o representante da Federação Nacional de Saúde Suplementar - FENASAÚDE argumentou que em nenhum outro lugar do mundo há uma regulação que faça uma indexação de preços acima da inflação, e que por isso, na opinião daquele, a discussão de qualidade deveria se dar de forma separada à discussão de reajuste.

XVII - A representante da Associação Brasileira de Planos de Saúde - ABRAMGE, presente na reunião supracitada, concordou com a proposta apresentada pela AMB, já citada anteriormente, dizendo ser muito sensata e que poderia beneficiar todo o setor. Argumenta, porém, que a ANS, ao criar um normativo obrigando as partes do contrato a levarem em conta um incremento financeiro baseado na qualificação dos prestadores de serviços de saúde, deveria também estabelecer em normativo quais seriam os critérios de qualidade válidos a serem utilizados nesta negociação, de forma a facilitar o entendimento e evitar conflito entre as partes (à 1 hora, 46 minutos e 36 segundos).

III. ANÁLISE E SUGESTÕES DE ENCAMINHAMENTO

36. Ao analisar as contribuições recebidas e a ampla discussão realizada com o setor de saúde suplementar, acerca do FQ, observa-se uma insatisfação dos prestadores de serviços de saúde com o nível de aplicação deflator do IPCA (85%), com os argumentos de que o IPCA é o fator de reposição da inflação no país e que essa reposição seria importante para repor os custos que apresentam aumento gradual e para se investir em qualidade, que apresenta um custo inicial alto.

37. Além disso, muitos questionamentos foram feitos acerca da diferença percentual sobre o IPCA para os estabelecimentos de saúde acreditados, com argumentos de que 5% de diferença, a ser aplicado sobre o IPCA, que já vem sendo diminuído ao longo do tempo, representaria um diferencial muito pequeno, quando comparado aos custos financeiros e de trabalho para se conseguir um certificado de acreditação.

38. Outro ponto importante da discussão é relativo ao percentual de aplicação do FQ no total de contratos estabelecidos entre prestadores de serviços de saúde e operadoras de planos privados de assistência à saúde. Muitas entidades se posicionaram a favor da ampliação do FQ a um número maior de contratos, utilizando outros mecanismos, como por exemplo, o sugerido pela AMB, de aplicar o FQ à remuneração.

39. Por outro lado, conforme explicitado anteriormente, algumas entidades manifestaram-se de modo contrário à sugestão de mudanças na aplicação do Fator de Qualidade, que foi proposta na última reunião do COTAQ. Sendo assim, percebe-se a importância de ampliar a discussão com os diversos atores do setor para que se chegue a um ponto de convergência.

40. Com o objetivo de subsidiar tomadas de decisões regulatórias acerca do Fator de Qualidade e apresentar, de forma clara e aprofundada, análise das possibilidades e resultados regulatórios obtidos com o Fator de Qualidade até o momento, esta seção está subdividida em tópicos com as análises realizadas e sugestões de encaminhamento ao final.

III.1. Dos resultados regulatórios obtidos com o Fator de Qualidade.

41. Para avaliar os possíveis resultados regulatórios obtidos com o Fator de Qualidade, é importante a análise do contexto dos prestadores de serviços na saúde suplementar. De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, excluindo-se os consultórios isolados, existem no Brasil 249.357 prestadores de serviços privados entre Hospitais; Clínicas e Centros de

especialidades; Laboratórios; Pronto Atendimentos; e Serviço de Atenção Domiciliar. (Vide quadro 10):

Quadro 10

Prestadores da Saúde Suplementar por tipo de estabelecimento				
Tipo de estabelecimento	Total	Pessoa Jurídica	Pessoa Física	Mantenedora
Clinica ou Centro De Especialidade	218.595	96.213	122.023	359
Hospital Especializado	1.062	1.058	1	3
Hospital Geral	4.184	4.153	-	31
Hospital-Dia	632	628	2	2
Laboratórios/Clinicas de Apoio Diagnóstico E Terapia	24.247	23.822	230	195
Pronto Atendimento	88	85	-	3
Serviço de Atenção Domiciliar (Home Care)	549	547	-	2
Total Geral	249.357	126.506	122.256	595

CNES, novembro de 2017

42. Embora pelo CNES não exista a possibilidade de discriminar quais prestadores de serviços estão vinculados a operadoras de planos de saúde, pode-se considerar, para esse tipo de prestador de serviço, que o número de prestadores privados cadastrados no Ministério da Saúde é uma proxy de quantos prestadores atuam na saúde suplementar, fazendo uma aproximação do universo de prestadores que estão sendo considerados nesta análise.

43. Para consultórios isolados e clínicas privadas, segundo dados do Sistema de Troca de Informações na Saúde Suplementar - TISS, extraídos em novembro de 2017, existem, pelo menos, 220.396 profissionais de saúde atuando na saúde suplementar, dos quais 157.270 em consultórios individuais e 63.126 em clínicas. Como entre as clínicas pode haver mais de um profissional atuando, estima-se que esse número, 220.396, ainda possa ser maior. Abaixo são elencados fatores relevantes para o cenário atual do Fator de Qualidade, de forma a auxiliar o levantamento de dados importantes para análise dos resultados regulatórios obtidos com o Fator de Qualidade.

a) Do rol de prestadores elegíveis para o FQ:

44. Para analisar os resultados regulatórios do Fator de Qualidade é importante destacar que este foi criado em 2014 e foi aplicado apenas para três anos-base 2015, 2016 e 2017. Para o ano-base 2015, foram avaliados apenas os prestadores de serviços hospitalares, já os demais prestadores de serviço não hospitalares: Hospital-dia; Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapia - SADT; Clínicas e Consultórios somente foram avaliados a partir do segundo ano de implementação.

45. Vale ressaltar que a coleta de dados relativa aos critérios de qualidade em ambos os ciclos foi feita considerando o conjunto de prestadores de serviços de saúde na saúde suplementar, uma vez que a informação sobre quantos e quais os contratos que se enquadrariam às regras do Fator de Qualidade é de difícil aferição. Essa opção de ampla coleta de dados teve, entre outras finalidades, garantir que todos os prestadores que, eventualmente, se enquadrassem nas regras tivessem a possibilidade de apresentar seus dados.

46. Além disso, essa ampla coleta também serviu para dar subsídios ao Programa de Qualificação de Prestadores de Serviços - Qualiss, que tem o escopo mais amplo e abrange o conjunto de prestadores de serviços na saúde suplementar, com dados relativos aos atributos de qualidade, tais como: Acreditação; Titulação Profissional, Núcleo de Segurança do Paciente; Participação em Projetos de Indução de Qualidade da ANS.

47. Abaixo, seguem os resultados da divulgação do Fator de Qualidade para os anos-base 2015, 2016 e 2017, respectivamente:

48. Resultados do FQ ano-base 2015 exclusivo para Hospitais:

- 131 Hospitais Acreditados, que, caso tivessem contratos que se enquadrassem às regras do FQ, fariam jus a 105% do IPCA como índice para o reajuste do contrato em 2016; e
- 64 Hospitais que coletaram o Indicador de Qualidade, que, caso tivessem os contratos dentro das regras do FQ, fariam jus a 100% do IPCA como índice para o reajuste do contrato em 2016.
- Esses resultados encontram-se disponíveis no Portal da ANS: <http://www.ans.gov.br/prestadores/contrato-entre-operadoras-e-prestadores/fator-de-qualidade>

49. Resultados do FQ ano-base 2016 para todos os prestadores de saúde:

- Estabelecimentos de Saúde Acreditados: 1.255 entre Hospitais, Clínicas e SADT, dos quais 160 hospitais acreditados;
- Núcleo de Segurança do Paciente cadastrado na ANVISA: 1.428 entre Hospitais, Clínicas e SADT;
- Formação Profissional: Título de Especialista, Residência, Mestrado, Doutorado: 35.110 profissionais de saúde;
- Projetos de Indução de Qualidade: Idoso Bem Cuidado e Parto Adequado: 134 entre Hospitais, Clínicas; e
- Avaliação por meio de Indicadores: 1.012 Hospitais e 480 Hospitais-dia.

50. Resultados do FQ ano-base 2017, para todos os prestadores de saúde:

- Estabelecimentos de Saúde Acreditados: 1.501 entre Hospitais, Clínicas e SADT, dos quais 188 Hospitais Acreditados;
- Núcleo de Segurança do Paciente cadastrado na ANVISA: 1.946 entre Hospitais, Clínicas e SADT;
- Formação Profissional: Título de Especialista, Residência, Mestrado, Doutorado: 36.992 profissionais de saúde;
- Projetos de Indução de Qualidade: Idoso Bem Cuidado e Parto Adequado: 133 entre Hospitais e Clínicas; e
- Avaliação por meio de Indicadores: 307 Hospitais, 174 Hospitais-dia e 115 Maternidades.

51. Como já dito anteriormente, os resultados apresentados não se referem aos

prestadores de serviços que se enquadram aos critérios do Fator de Qualidade, tampouco trata-se do conjunto de prestadores que atuam na saúde suplementar. Esses dados refletem tão somente aqueles prestadores, que, independentemente do tipo de contrato firmado com as operadoras de planos de saúde, responderam à chamada da ANS para apresentarem seus atributos de qualidade.

52. Desse modo, apenas para se ter uma noção, comparando-se os 160 hospitais acreditados e os 1.012 hospitais que enviaram dados da coleta de indicadores para a ANS no ano-base 2016 com o universo de 5.246 hospitais privados no Brasil, segundo o CNES, fica demonstrado o quanto a abrangência do Fator de Qualidade é irrisória frente à totalidade de hospitais existentes atuando na saúde suplementar.

53. Quanto aos profissionais de saúde, foram divulgados para o FQ 2016 os dados de qualificação de 35.110, comparando-se com os 220.396 profissionais atuando na saúde suplementar, segundo os dados do TISS, são, aproximadamente, 16% do total de profissionais. Trata-se de um percentual relativamente significativo de profissionais com sua titulação consolidada e divulgada pela ANS. Entretanto, dentre os 35.110 profissionais com titulação divulgada, nem todos se enquadram nas regras contratuais do FQ.

b) Da efetiva aplicação do FQ:

54. A pesquisa realizada pela ANS sobre contratualização, citada anteriormente, dos prestadores de serviços em 2016, embora com um número muito restrito de respondentes entre os prestadores de serviços, apontou que a participação de contratos com cláusula específica de livre negociação é bastante pequena (9%) conforme quadro abaixo:

Quadro I

Tipo de Cláusula	Quantidade	%
Apenas livre negociação	27	9%
Fórmula/índice próprio sem previsão de livre negociação	34	11%
Índice econômico já existente sem previsão de livre negociação	46	15%
Livre negociação com alternativa de outra forma de reajuste	90	29%
Não sei qual a forma de reajuste definida	36	12%
Outros	10	3%
Percentual de índice econômico já existente sem previsão de livre negociação	66	21%
Vazio	2	1%
Total Geral	311	100%

Fonte: Pesquisa de Contratualização ANS 2016 (visão prestadores)

55. A mesma pesquisa foi realizada entre as operadoras de planos de saúde, também com um número muito pequeno de adesão, apenas 110 operadoras responderam à pesquisa de um total de 1.095 operadoras ativas, e com beneficiários, em 2016, de acordo com o Caderno de Saúde Suplementar. Entretanto, essas 110 operadoras representam cerca de 14 milhões de beneficiários, o que equivale a 20% do total dos cerca de 68 milhões de beneficiários no ano de 2016 na saúde suplementar. Essas operadoras responderam à seguinte questão: "Qual o percentual de contratos com reajuste APENAS POR LIVRE NEGOCIAÇÃO?". A pesquisa apontou que a maioria das operadoras respondentes (85 dentre as 110 no total), informaram que, do universo de todos os seus contratos com prestadores de serviços de saúde, de 0% a 25% preveem apenas a livre negociação como critério de reajuste, conforme indica o Quadro 11 a seguir:

Quadro 11

Qual o percentual de contratos com reajuste APENAS POR LIVRE NEGOCIAÇÃO	para prestadores do tipo HOSPITAIS?		para prestadores do tipo CONSULTÓRIOS/PROFISSIONAIS?		para OUTROS tipos de prestadores?	
	Quantid.	%	Quantid.	%	Quantid.	%
100%	6	5,5%	11	10,0%	7	6,4%
0% - 25%	83	75,5%	85	77,3%	85	77,3%
25% - 50%	3	2,7%	3	2,7%	3	2,7%
50% - 75%	3	2,7%	2	1,8%	2	1,8%
75% - 100%	7	6,4%	4	3,6%	5	4,6%
Vazio	8	7,3%	5	4,5%	8	7,3%
Total Geral	110	100,0%	110	100,0%	110	100,0%

Fonte: Pesquisa de Contratualização ANS 2016 (visão operadoras)

56. Ademais, nesta pesquisa também foi questionado às operadoras de planos de saúde: "com que frequência se chega a um acordo nos casos de livre negociação?" para as diversas modalidades de prestadores. Do total de operadoras respondentes (110), menos de 2,8% afirmaram que raramente ou nunca chegavam a um acordo com seus prestadores para aplicação de reajustes.

57. Embora essa pesquisa tenha tido baixa representatividade do setor, com um número pequeno de respondentes, tanto entre operadoras quanto entre prestadores de serviços, seus resultados indicam que a aplicação do índice definido pela ANS é muito pouco frequente.

58. Para o FQ ano base 2017, após discussão com o setor, foi estabelecido que seriam utilizados os mesmos percentuais já utilizados nos anos anteriores e os critérios de qualidade forma mantidos com pequenos ajustes dispostos na Nota Técnica 87/2017/GEEIQ/DIDES/DIRAD-DIDES que consta do processo n.º 33910.013251/2017-05.

59. No momento, o FQ relativo ao ano-base 2017 encontra-se em processamento.

c) Da análise econômica do FQ

60. De acordo com a Nota Técnica n.º 21/2018/GEEIQ/DIRAD-DIDES/DIDES/ANS (SEI n.º 6436557), que faz uma análise *ex post* do impacto regulatório dos fatores econômicos no FQ, e aborda as seguintes questões:

- A indexação do FQ ao IPCA potencializaria a inércia inflacionária, entretanto não é possível mesurar a distribuição dos contratos de acordo com os níveis de reajuste (105%, 100% ou 85% do IPCA), uma vez que não se sabe qual o grau de representatividade dos contratos que são reajustados de acordo com o FQ.
- A variação dos custos médicos hospitalares (VCMH) foi maior do que os índices inflacionários nos últimos anos, colocando em xeque o *fee for service*, atualmente hegemônico no país. A

discussão em torno dos modelos de remuneração leva em consideração resultados em saúde e medidas de custo em relação a qualidade do serviço prestado e demonstra que o FQ não contribui para a mudança do modelo de remuneração atual.

- O FQ isoladamente não contribui para diminuição dos custos de transação decorrentes da negociação entre prestadores e operadoras.

d) Do valor do FQ:

61. O IPCA em 2015 foi de 10,67%, em 2016, 6,29%. Nos últimos doze meses, a inflação medida pelo IPCA apresentou uma forte desaceleração, em função da recessão prolongada que atravessa o país. No ano de 2017, o IPCA acumulado foi de 2,95%. Desse modo, além do número muito restrito de prestadores abrangidos pelo FQ, ainda deve ser considerado que os 5% acrescidos ao IPCA gera um valor financeiro muito pequeno frente aos custos de uma qualificação profissional ou de um processo de acreditação, sendo possível afirmar que a mera existência do fator de qualidade na regulação de saúde suplementar não induziria uma busca efetiva por qualificação por parte dos prestadores de serviços.

e) Das dificuldades de operacionalização:

62. Cabe ressaltar que, tendo em vista o número muito grande de prestadores de serviços dispersos pelo país, da pouca informação disponível, bem como do Portal da ANS ser pouco conhecido entre esse público, houve uma grande dificuldade enfrentada pela ANS para divulgar as informações sobre o Fator de Qualidade, tais como: o que é o Fator de Qualidade, a quem se aplica, quais os critérios de qualidade, prazos para envio, etc.

63. Essa dificuldade em acessar os prestadores gerou uma grande dependência da ANS em relação aos parceiros para a divulgação, coleta e consolidação dos dados para análise do cumprimento dos critérios de qualidade do FQ, o que resultou em atrasos, falta de padronização e baixa qualidade dos dados apresentados. Desse modo, mesmo com todo o esforço de divulgação realizado, paira a possibilidade de prestadores de serviços que se enquadrariam nos critérios do FQ não terem tido ciência dos critérios e das regras de envio para a obtenção de pelo menos 100% do IPCA.

64. Além disso, deve ser ressaltada a grande utilização de recursos de tecnologia da Agência para coleta, apuração, processamento e divulgação dos fatores por prestador de serviço de saúde, este tópico será abordado com mais detalhes no item III.2.iii.

f) Da insatisfação dos prestadores:

65. A despeito da ampla discussão feita com o setor para a implementação do Fator de Qualidade à época de sua criação, ao longo das discussões no Comitê Técnico de Avaliação da Qualidade Setorial - COTAQ e em seus subgrupos nos últimos anos, os prestadores de serviço têm demonstrado grande insatisfação com o FQ, conforme detalhado no item II.4 desta Nota. Dentre os pontos levantados pelos prestadores de serviços ao longo das reuniões e nas manifestações formais enviadas para ANS, pode-se destacar os seguintes argumentos, que podem ser verificados também nas gravações dos três últimos Comitês disponível em: <http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/comites-e-comissoes/cotaq>.

65.1. O Fator de Qualidade abrange um número pouco significativo de prestadores de serviços;

65.2. O fator de 105% sobre o IPCA, que já é baixo, e encontra-se em queda, não resulta em valores financeiros que induzam um prestador de serviço a buscar qualificação;

65.3. O nível máximo do FQ é destinado a prestadores com acreditação, número muito reduzido no país hoje. Ou seja, poucos prestadores se beneficiam da regra;

65.4. A aplicação do índice deflator de 85% do IPCA tende, ao longo do tempo, a impactar na qualidade dos serviços de saúde disponibilizados aos beneficiários do setor de saúde suplementar, uma vez que, sucessivamente, aquele prestador cujo contrato foi aplicado este índice de reajuste encontrará maior dificuldade para a busca de qualificação, processo que, muitas vezes, exige investimentos iniciais, o que dificultaria progressivamente, ao longo dos anos, sua capacidade de buscar qualificação.

66. Dentre as principais solicitações dos prestadores de serviços, constam:

66.1. Aumento dos percentuais do FQ a serem aplicados sobre o IPCA: para 110% ou 120%;

66.2. A generalização do FQ para todos os contratos;

66.3. A extinção do Fator de Qualidade nos moldes atuais, transferindo o FQ para o modelo de remuneração, incluindo essa questão na RN 363/2014, que dispõe sobre contratualização entre operadoras e prestadores de serviços de saúde.

g) Da utilização dos dados do Fator de Qualidade para alimentar o Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviço na Saúde Suplementar - Qualiss:

67. Conforme previsto na Resolução Normativa nº 405, de 2016, a qual instituiu o Programa Qualiss, as informações obtidas no referido Programa podem ser utilizadas para compor os critérios do FQ. Por outro lado, há também previsão no mesmo Normativo da utilização dos dados obtidos na apuração do Fator de Qualidade para atualização e divulgação do Qualiss.

68. O Qualiss estabelece atributos de qualificação relevantes para o aprimoramento da qualidade assistencial oferecida pelos prestadores de serviços na Saúde Suplementar, avalia a qualificação dos prestadores de serviços e divulga os atributos de qualificação.

69. Atualmente, as informações obtidas através do Fator de Qualidade são utilizadas para atualizar os dados do Qualiss, especificamente com relação à titulação de profissionais de saúde, as quais são divulgadas no Portal da ANS após validação dos Conselhos Profissionais de cada categoria.

III.2. Das alternativas de ação

70. Após a análise dos resultados regulatórios obtidos, considera-se oportuno reavaliar a manutenção do instrumento FQ nos moldes atualmente vigentes. Vislumbram-se algumas estratégias regulatórias que podem ser adotadas para três questões relevantes: i. Manutenção do IPCA para os reajustes nos casos previstos na RN 364/2014; ii. Estabelecimento dos Percentuais do FQ; e iii. Forma

de estabelecer os critérios para o FQ e a apuração dos resultados.

i. Da manutenção do IPCA

71. Como primeiro ponto, conforme já definido na Nota nº 82/2017/GEEIQ/DIRAD-DIDES/DIDES (SEI nº4988270), no Processo 33910.013251/2017-05, foi estabelecida a manutenção do IPCA para os reajustes nos casos previstos na RN 364/2014 e tem como justificativa o fato desse índice não ser influenciado por variações bruscas, estando intimamente ligado ao regime de metas de inflação do Governo Federal, contribuindo para sua forte difusão na sociedade. O IPCA conta com mais de 350 itens, considera famílias com renda até 40 salários mínimos, propiciando uma menor volatilidade, dando maior estabilidade e consistência ao cálculo. O IPCA é calculado pelo IBGE e é amplamente divulgado mensalmente, facilitando sua aplicação sem custos adicionais. Em contrapartida, outros índices, como o Índice Geral de Preços (IGP) e o Índice Geral de Preços - Mercado (IGP-M), ambos da Fundação Getúlio Vargas, capturam efeitos de variações com maior intensidade e rapidez (ex.: taxa de câmbio nominal e preços agrícolas no atacado), gerando maior volatilidade e variações bruscas. Já o Índice Nacional de Preços ao Consumidor - INPC, também calculado pelo IBGE, é mais restrito porque mede a variação dos preços para a população que se encontra na faixa salarial de até seis salários mínimos. Desse modo, o IGP, o IGP-M e o INPC, pelos motivos acima elencados, já devem ser descartados como opção.

72. Adicionalmente, o IPCA tem como vantagem em relação ao IPCA Saúde e ao índice de reajuste de planos individuais calculado pela ANS, o fato de minimizar os efeitos da retroalimentação inflacionária^[1] (efeito *feed-back*), uma vez que os itens de saúde e cuidados pessoais (grupo 6) respondem por apenas cerca de 12% da estrutura de peso do índice, já incluindo o reajuste dos planos de saúde (contribuição de aproximadamente 1/3 nos 12%).

73. Além das justificativas acima, os argumentos para a escolha do IPCA descritos na Nota Técnica n.º 04/2014/ADS/GGISE/DIDES permanecem atuais, uma vez que a regulamentação em tela trouxe segurança jurídica para o setor, e por isso sugere-se manutenção do IPCA como índice de reajuste oficial da ANS para os casos já previstos.

ii. Do estabelecimento dos Percentuais do FQ:

74. O Fator de Qualidade é calculado por meio da aplicação de um percentual sobre o índice de reajuste, o IPCA. Atualmente, pode ser 100%; 105% ou 85%, a depender do cumprimento dos critérios estabelecidos. Vislumbram-se três cenários possíveis para essa questão:

1º Cenário: Manter os percentuais de aplicação sobre o IPCA: 105%; 100% e 85%;

2º Cenário: Alterar os percentuais de aplicação sobre o IPCA: aumentar os percentuais sobre o IPCA e extinguir percentual deflator, de forma a atender demandas dos prestadores de serviço de saúde.

3º Cenário: Extinguir os percentuais de aplicação do Fator de Qualidade, mantendo somente o IPCA como índice de reajuste a ser aplicado nos casos previstos na legislação.

75. Os percentuais aplicados sobre o IPCA, para fins do FQ, apresentados no primeiro cenário, foram criados com o objetivo de induzir a qualidade no setor da saúde suplementar. Na ocasião do estabelecimento dos percentuais, estes foram amplamente discutidos com o setor e após essa discussão a ANS estabeleceu os percentuais de 105%, 100% e 85% do IPCA a depender do cumprimento de critérios de qualidade. Essa estratégia garante a indução a qualificação dos prestadores de saúde, sem, no entanto, provocar retroalimentação inflacionária.

76. O segundo cenário traz uma demanda dos prestadores de serviço para extinção do deflator em relação ao IPCA, por considerarem que não caberia correção menor que a inflação. Ademais a reposição inflacionária seria o mínimo necessário para investir em qualidade.

77. O terceiro cenário, que sugere a extinção dos percentuais de aplicação do FQ, mantendo somente o IPCA como índice de reajuste se justificaria devido ao baixo potencial de indução a qualificação dos prestadores, uma vez que resultam em valores monetários irrisórios. Além disso, estes percentuais são aplicados a um pequeno número de contratos frente ao grande esforço operacional realizado para sua aplicação. Entretanto, extinção desses percentuais poderia provocar grandes alterações no mercado. Além disso, ainda que seja uma indução modesta, o FQ, conforme mencionado tanto por prestadores de serviços como por entidades acreditadoras, tem impulsionado a discussão de qualidade no setor e tem levado a uma maior busca por acreditação por parte dos prestadores de serviço.

78. Após a análise dos cenários apresentados para o estabelecimento dos percentuais do FQ sugere-se a manutenção dos percentuais de aplicação do Fator de Qualidade sobre o IPCA, de 105%, 100% e 85%.

79. Apesar do resultado regulatório não ter sido o almejado, percebe-se a necessidade de conferir algum tratamento regulatório diferenciado à prestadores que se dedicam a melhorar a qualidade do serviço prestado. Conforme já foi apontado anteriormente ao justificar a criação do fator de qualidade, item II.1 desta nota, diversos países implementam sistemas de indução indireta à qualidade via incentivos monetários, com resultados positivos.

80. Além disso, uma alteração brusca na forma de aplicação do Fator de Qualidade, poderia provocar uma insatisfação dos atores do envolvidos, conforme demonstrado através de manifestações dos diversos atores do setor, uma vez que não há consenso acerca da efetividade deste mecanismo.

81. Ademais, essa opção não causaria grandes impactos, uma vez que não representa mudança com relação ao que já vem sendo estabelecido desde o início da aplicação do Fator de Qualidade em 2016 (ano-base 2015).

iii. Da forma de estabelecer os critérios para o FQ e a apuração dos resultados:

1º Cenário: Manter o status atual, ou seja, a ANS continua fazendo coleta, apuração, processamento e divulgação dos dados do FQ;

2º Cenário: Alterar o escopo de atuação da ANS no Fator de Qualidade, no qual a ANS estabelece os critérios e as partes envolvidas negociam e apuram o cumprimento dos critérios estabelecidos.

82. O primeiro cenário, com a manutenção do status atual, ou seja, com a ANS executando

as atividades de coleta, processamento e divulgação do FQ, demanda um grande esforço do regulador frente aos resultados regulatórios obtidos. Dentre os impactos internos no desenvolvimento das atividades desse projeto, destacam-se:

- a) Participação e envolvimento de toda equipe que trata do Fator de Qualidade (Coordenadoria de Avaliação e Qualificação de Prestadores), que já é reduzida, para a consecução das tarefas relativas ao FQ durante cerca de nove meses, realizando a interface com os parceiros internos e externos; a elaboração de instrumentos de coleta de dados; a consolidação, validação e divulgação dos dados, em detrimento da execução dos demais projetos, tais como o Qualiss, disposto na RN n.º 405/2016, também executado pela mesma equipe;
- b) Utilização de parte significativa dos recursos humanos da Gerência de Padronização, Interoperabilidade e Análise de Informação – GEPIN durante cerca de cinco meses, de fundamental importância na coleta, validação e divulgação dos resultados do FQ, uma vez que estes realizam toda a parte operacional de especificação para o fornecimento de instrumentos de coleta e apuração dos dados;
- c) Demanda para a equipe da Tecnologia da Informação -TI na formulação de instrumento de coleta e na coleta e consolidação de dados;
- d) Utilização da equipe de Comunicação da ANS para divulgação do Fator de Qualidade, dos critérios de qualidade e dos resultados no Portal da ANS e nas redes sociais;
- e) Criação de infraestrutura para a recepção do grande volume de questionamentos, principalmente de prestadores de serviços de saúde por meio de correio eletrônico (e-mail institucional). No mês de divulgação do FQ e no mês subsequente, a GEEIQ/DIDES recebeu cerca de 850 demandas e 300 demandas respectivamente;
- f) Recepção de grande volume de telefonemas de prestadores de serviço pela GEEIQ/DIDES;
- g) Dificuldades para articular com todos os atores externos envolvidos os trabalhos de coleta, consolidação e validação dos dados relativos aos critérios de qualidade, o que demanda grande esforço por parte da ANS para acordar regras e prazos que envolvem esse trabalho.

83. Dado o grande esforço operacional, destaca-se impacto relativo do FQ em um número limitado de contratos, conforme pesquisas realizadas pela ANS em 2016 e cuja análise consta da Nota Técnica n.º 82/2017/GEEIQ/DIRAD-DIDES/DIDES (SEI n.º 4988270).

84. O segundo cenário, com a alteração do escopo de atuação da ANS no Fator de qualidade, possibilita que a entidade reguladora concentre seus esforços regulatórios para estabelecer critérios de aplicação do FQ, deixando a apuração dos critérios no âmbito da relação prestador – operadora.

85. Neste cenário, caberá a ANS o estabelecimento e divulgação de critérios claros sobre qualidade dos prestadores de serviço e de fácil comprovação e aferição pelas partes envolvidas: prestadores de serviços e operadoras de planos de saúde. Após os 90 dias de negociação previstos pela Lei 13.003, de 2014, caso as partes envolvidas não cheguem a um acordo, o FQ será aplicado mediante comprovação do cumprimento do critério de qualidade pelo prestador junto à operadora de planos de saúde.

86. Os critérios serão descritos em detalhe em anexo à Resolução Normativa e serão submetidos à consulta Pública. Foram ajustados itens que exigiam coleta e tratamento de dados pela ANS, substituindo-os por critérios de fácil comprovação pelos prestadores de serviços de saúde e aferição pelas operadoras, conforme anexo VI da presente Nota.

87. O item III.1.g aborda a utilização de informações do FQ para atualização do Programa Qualiss. Com a análise dos cenários, fica claro que, ao optar-se pela adoção do primeiro cenário, não haveria necessidade de alteração na forma como essa interação ocorre atualmente. Porém, ao adotar-se o segundo cenário, a ANS não mais teria disponibilidade de acesso às informações sobre titulação de profissionais de saúde para fins do FQ. Por outro lado, o acesso às informações já é limitado, uma vez que nem todos os prestadores de serviços de saúde participam do Fator de Qualidade, enviando informações à ANS.

88. A coleta de informações para o Programa Qualiss já vem sendo discutida internamente, para apresentação ao setor de uma forma mais profícua. Portanto, a adoção de qualquer um dos cenários propostos não influenciaria sobremaneira a coleta de dados para o Programa Qualiss, uma vez que novos mecanismos de coleta e apuração de dados do Qualiss já estão sendo discutidos para aprimoramento do Programa (Vide Quadro no Anexo VII - SEI n.º 7291620).

89. Após análise dos cenários apresentados para a forma de estabelecer os critérios para o FQ e a apuração dos resultados, sugere-se a escolha do segundo cenário, qual seja, a alteração do escopo de atuação da ANS para que esta concentre seus esforços no estabelecimento dos critérios do FQ, deixando a apuração e cumprimento dos critérios no âmbito da relação prestador de serviços e operadora de plano de saúde.

90. A escolha desse cenário é mais coerente com os interesses da administração pública, uma vez que, além de equacionar os recursos da Agência Reguladora, não incorre em ônus para o setor da saúde suplementar, garantindo a autonomia das partes em relação ao contrato de prestação de serviços. O segundo cenário reduziria, ainda, os impactos internos, já mencionados, da operacionalização do FQ, sem, contudo, gerar qualquer repercussão negativa no mercado, uma vez que o Fator de Qualidade continuaria atuando como mecanismo a ser utilizado para o reajuste dos contratos, nos casos previstos pela legislação vigente. Ademais, estima-se que a representatividade dos contratos que ensejam a aplicação do FQ seja pequena, frente ao universo dos contratos entre operadoras e prestadores de serviços de saúde.

91. Cabe ressaltar, ainda, que a Diretoria de Desenvolvimento Setorial está comprometida com medidas que induzam à qualificação do setor de Saúde Suplementar, lançando recentemente uma agenda de qualidade que visa aprimorar a qualidade da prestação da assistência à saúde do setor. Dentre estas mudanças, incluem-se o Programa de Qualificação de Operadoras (IDSS), o Programa de Acreditação de Operadoras e o Programa Atenção Primária em Saúde.

92. A título de exemplo, menciona-se a inclusão de indicadores do IDSS ano-base 2017 2.6 – Frequência de Utilização de Rede de Hospitais, SADT e Consultórios com Atributo de Qualidade, que pontua melhor a operadora que apresentar maior utilização na rede de assistência à saúde que possuir um dos atributos de qualidade do Qualiss. Outro exemplo que trata da valorização da qualificação de prestadores é a revisão da norma de Acreditação de Operadoras, que prevê, dentre os itens de verificação de conformidade, na dimensão de Gestão da Rede Prestadora de Serviços de Saúde, item essencial, prevendo a pontuação para operadoras que priorizam, na conformação de sua rede, prestadores de serviços que cumpram critérios de qualidade pré estabelecidos, incluindo os atributos da Qualidade definidos pela ANS (Qualiss). Ademais, na nova norma de Certificação em Boas Práticas em Atenção Primária em Saúde de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde, a qual prevê a certificação de operadoras em Atenção Primária à Saúde – APS, as Entidades Acreditadoras em Saúde serão as mesmas Certificadoras que já atuam no Qualiss.

93. Vale ressaltar ainda que está sendo realizada a alteração na RN 363, de 2014, contemplando a possibilidade de utilização na composição do modelo de remuneração, a utilização de critérios de qualidade e desempenho na assistência à saúde previamente discutidos e aceitos pelas partes.

94. Além disso, a DIDES vem trabalhando na revisão da norma de contratualização entre operadoras e prestadores de serviços de saúde, que incluirá propostas inovadoras, tais como: um programa de resolução alternativa de conflitos entre as partes e a captação de informações periódicas sobre os contratos. Por fim, um canal para recepção de reclamações sobre a não aplicação do FQ nos casos previstos na norma já está implementado.

95. Verifica-se, portanto, que a proposta de reestruturação do Fator de Qualidade não está ocorrendo isoladamente. Todas as ações estão sendo elaboradas dentro de um escopo maior de incentivos ao desenvolvimento do Setor. Estes incentivos pretendem gerar maiores resultados na assistência à saúde suplementar, por serem mais abrangentes e terem maior potencial de induzir à qualidade. Pretende-se, com esta atitude, manter e ampliar os objetivos inicialmente intencionados com a adoção do Fator de Qualidade pela Agência Reguladora.

IV. DA PROPOSTA DE ENCAMINHAMENTO

96. Conforme exposto nesta Nota, sugere-se:

IV.1. Quanto aos Percentuais:

97. A manutenção dos percentuais do FQ em 105%, 100% e 85% do IPCA, a depender do cumprimento dos critérios estabelecidos anualmente para o FQ pela ANS.

IV.2. Quanto à forma de estabelecimento dos critérios para o FQ e a apuração dos resultados:

98. A manutenção do papel da ANS na determinação dos critérios a serem aplicados para utilização do FQ.

99. A partir dos critérios estabelecidos, caberá às operadoras acatar os critérios da ANS, verificar o cumprimento dos critérios e receber as respectivas comprovações diretamente dos prestadores de serviços que tiverem seus contratos de acordo com as situações previstas para o FQ.

100. Além disso, adicionalmente, sugere-se a inclusão do tema da avaliação de qualidade como forma de estabelecer modelos de remuneração do prestador de serviço.

101. Sugere-se a alteração da RN 363/2014, a RN 364/ 2014 e a revogação das IN 61/2015 e da IN 63/2016 e suas alterações.

V. DO CUMPRIMENTO DOS DEMAIS REQUISITOS NECESSÁRIOS PARA ELABORAÇÃO DA EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS:

102. A partir de todos os argumentos expostos acima, entende-se que a análise de impactos regulatórios foi devidamente desenvolvida, sendo despendendo a formulação de um documento sucinto de Sumário Executivo.

103. Ademais, o art. 7º da Resolução Administrativa – RA nº 49, de 2012, que regula o processo administrativo normativo no âmbito da ANS, indica os requisitos que a área técnica deve observar na confecção da exposição de motivos. Vejamos:

"Art. 7º A Exposição de Motivos deverá conter:

I – justificativa e fundamentação da edição do ato normativo, de tal forma que possibilite a sua utilização como defesa em eventual arguição de ilegalidade ou inconstitucionalidade;

II – explicitação da razão de o ato proposto ser o melhor instrumento normativo para disciplinar a matéria;

III – apontamento das normas legais e infralegais relacionadas com a matéria do ato normativo;

IV – apontamento das normas afetadas ou revogadas pela proposição;

V – apresentação de quadro comparativo entre o texto atual e o texto proposto da minuta quando se tratar de alteração ou revogação de ato normativo existente;

VI – indicação de que não há aumento de despesas nas hipóteses de transformação ou qualquer tipo de redistribuição de cargos comissionados e comissionados técnicos da ANS, conforme disposto no artigo 14 da Lei nº 9.986, de 18 de julho de 2000, a ser confirmada pelo órgão competente integrante da estrutura da ANS;

VII – indicação da existência de prévia dotação orçamentária, quando a proposta demandar despesas;

VIII – indicação da existência de impacto em sistemas de informação no âmbito da ANS;

IX – indicação acerca da urgência para publicação, quando for o caso; e

X – demais documentos que o órgão proponente julgar pertinentes para fundamentar a sua proposta, sejam esses em mídia ou não."

104. De forma a atender a contento as exigências previstas na RA nº 49, de 2012, os incisos do art. 7º serão utilizados como roteiro para a elaboração desta parte da exposição de motivos, de modo que, em relação aos dois primeiros incisos, entende-se que foram abordados nos itens anteriores.

I. Apontamento das normas legais e infralegais relacionadas com a matéria do ato normativo:

105. A proposta de Resolução em comento está relacionada ao artigo 4º, incisos II e IV, e ao art. 10, inciso II e IV, ambos da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, e, artigo 17-A da Lei n.º 9656 de 3 de junho de 1998, alterada pela Lei 13.003 de 24 de junho de 2014, e, portanto, compõem as remissões do preâmbulo normativo.

II. Apontamento das normas afetadas ou revogadas pela proposição:

106. Como já bem explicitado nesta Nota Técnica, a proposta altera as Resoluções Normativas nº 363 e 364, ambas de 2014 e revoga as Instruções Normativas nº 61, de 2015 e 63, de 2016.

III. Apresentação de quadro comparativo entre o texto atual e o texto proposto da minuta quando se tratar de alteração ou revogação de ato normativo existente:

Redação atual	Proposta de redação	Exposição de motivos
RN nº 363/2014 – caput Art. 12.	Art. 12 A remuneração e os critérios de reajuste dos serviços contratados devem ser expressos de modo claro e objetivo.	Acatar a sugestão recebida pela Associação Médica Brasileira, de fazer constar em normativo a possibilidade de utilização de critérios de qualidade na remuneração de prestadores de serviços de saúde, conforme descrito nos itens II.4-V e IV.2.
RN nº 363/2014 - Art. 12, §1º § 1º É admitida a utilização de indicadores ou critérios de qualidade e desempenho da assistência e serviços prestados, previamente discutidos e aceitos pelas partes, na composição do reajuste, desde que não infrinja o disposto na Lei nº 9.656 , de 3 de junho de 1998, e demais regulamentações da ANS em vigor.	RN nº 363/2014 - Art. 12, §1º § 1º É admitida na composição da remuneração e nos critérios de reajuste a utilização de atributos de qualidade e desempenho da assistência à saúde previamente discutidos e aceitos pelas partes, observados o disposto na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e demais regulamentações da ANS em vigor.	Acatar a sugestão recebida pela Associação Médica Brasileira, de fazer constar em normativo a possibilidade de utilização de critérios de qualidade na remuneração de prestadores de serviços de saúde, conforme descrito nos itens II.4-V e IV.2.
RN nº 364/2014 - Art. 7º Ao índice de reajuste definido pela ANS será aplicado um Fator de Qualidade a ser descrito através de Instrução Normativa.	Art. 7º Ao índice de reajuste definido pela ANS será aplicado um Fator de Qualidade descrito no Anexo desta Resolução Normativa.	Constar, já na RN a definição do Fator de Qualidade, bem como os percentuais de aplicação, de forma a alterar a previsão de definição dos critérios e apuração pela ANS.
CAPÍTULO III DAS DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS	CAPÍTULO III DO FATOR DE QUALIDADE	Criar um capítulo específico para tratar do tema Fator de Qualidade, tornando a Resolução mais clara e objetiva.
Art. 8º Excepcionalmente, no primeiro ano de vigência desta Resolução, o índice da ANS será aplicável nos casos de contratos escritos sem cláusula de forma de reajuste e nos casos de contratos não escritos, observados os seguintes critérios: I - existência de relação contratual pelo período mínimo de 12 meses; e II - aplicação do índice na data de aniversário do contrato, para os contratos escritos, ou na data de aniversário do início da prestação de serviço, para os contratos não escritos.	Art. 8º O Fator de Qualidade será aplicado ao reajuste dos contratos firmados pelas operadoras com seus prestadores de serviços de atenção à saúde, nas situações em que couber a utilização do índice de reajuste definido pela ANS e de acordo com os seguintes percentuais: I - 105% do IPCA para os Hospitais Acreditados e demais prestadores que se enquadrem no nível A do fator de qualidade; II - 100% do IPCA para os prestadores de serviço de saúde que se enquadrem nos critérios estabelecidos para o Nível B do Fator de Qualidade; e III - 85% do IPCA para os demais prestadores que não atenderem ao disposto no inciso I e II deste artigo.	Excluir a previsão de norma transitória, uma vez que não cabe mais transição visto que é um mecanismo já instituído. Constar na RN os percentuais de aplicação do Fator de Qualidade, e os respectivos critérios gerais, que estão descritos com maior detalhamento no anexo da Norma, de forma a fundamentar a modificação na operacionalização da apuração dos critérios, transferidos da ANS para as partes do contrato, conforme descrito nesta Nota Técnica.
Art. 9º Fica definido o prazo, contado a partir da vigência desta Resolução, de 1 (um) ano para entidades hospitalares e 2 (dois) anos para os profissionais de saúde, laboratórios, clínicas e outros estabelecimentos de saúde, para o início da aplicação do Fator de Qualidade. (Redação dada pela RN nº 391, de 04/12/2015) Parágrafo único. Até a vigência da aplicação do Fator de Qualidade, conforme os prazos estabelecidos no caput, a aplicação do índice definido pela ANS, quando couber, será integral respeitando o disposto no §2º do art. 4º desta Resolução.	Art. 9º A verificação do cumprimento dos critérios para aplicação do Fator de Qualidade previstos no Anexo desta RN deverá ser feita diretamente pelas operadoras junto aos prestadores de serviço de assistência à saúde.	Constar na RN a previsão de caber à ANS a divulgação dos critérios, feita através de Anexo da Resolução Normativa, e às Operadoras a premissa de verificar o cumprimento dos critérios para aplicação dos reajustes nos casos previstos em Resolução.
-	Art. 3º Ficam revogadas as Instruções Normativas DIDES nº 61, de 4 de dezembro de 2015 e nº 63, de 25 de outubro de 2016."	Revogar as Instruções Normativas que previam a verificação do cumprimento dos critérios pela ANS.

IV. Indicação de que não há aumento de despesas nas hipóteses de transformação ou qualquer tipo de redistribuição de cargos comissionados e comissionados técnicos da ANS, conforme disposto no artigo 14 da Lei nº 9.986, de 18 de julho de 2000, a ser confirmada pelo órgão competente integrante da estrutura da ANS:

107. A proposta normativa em exame não visa reestruturação regimental de cargos comissionados e comissionados técnicos, logo, não se aplica não caso em tela.

V. Indicação da existência de prévia dotação orçamentária, quando a proposta demandar

despesas:

108. A proposta não demanda aumento de despesas da ANS, logo não se aplica.

VI. Indicação da existência de impacto em sistemas de informação no âmbito da ANS:

109. Em princípio, as alterações propostas não geram impactos de criação de soluções de TI. Haverá a utilização dos recursos existentes para fins de dar publicidade no Portal Institucional, com já realizado atualmente.

VII. Indicação acerca da urgência para publicação, quando for o caso:

110. Não há indicação de urgência.

VIII. Demais documentos que o órgão proponente julgar pertinentes para fundamentar a sua proposta, sejam esses em mídia ou não:

111. Os documentos juntados aos autos são considerados pela Diretoria proponente como substancialmente suficientes.

112. Sendo essas as considerações desta Gerência acerca da matéria, submeta-se à consideração superior.

[1] A retroalimentação inflacionária surge quando uma parcela da variação do índice de reajuste é parcialmente explicada pela variação de índices passados ou quando os componentes que foram o índice são reajustados pelo próprio índice. Exemplificando, Garrido, David (2016), concluiu que a aproximadamente 1% dos reajustes incidente sobre a tarifa de eletricidade residencial –para algumas localidades estudadas é repassado para o reajuste tarifário anual seguinte, através do IGP-M, sem que necessariamente nenhum custo efetivo da atividade de distribuição tenha sido alterado. De acordo com Carvalho, André (2014), o Brasil possui um grau de indexação da economia relativamente elevado (38%) em função da difusão de contratos indexados nos segmentos de serviços públicos e aluguéis, entre outros.



Documento assinado eletronicamente por **ANETE MARIA GAMA, Especialista em Regulação de Saúde Suplementar**, em 18/06/2018, às 17:44, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **PRISCILLA BRASILEIRO CONSTANTINO, Técnico em Regulação de Saúde Suplementar**, em 18/06/2018, às 17:44, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **ANA PAULA SILVA CAVALCANTE, Gerente de Estímulo à Inovação e Avaliação da Qualidade Setorial**, em 18/06/2018, às 17:52, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **DANIEL MEIRELLES FERNANDES PEREIRA, Diretor(a)-Adjunto(a) da DIDES**, em 18/06/2018, às 18:04, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **RODRIGO RODRIGUES DE AGUIAR, Diretor(a) de Desenvolvimento Setorial**, em 18/06/2018, às 18:17, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <https://www.ans.gov.br/sei/autenticidade>, informando o código verificador **7291664** e o código CRC **7304AE6A**.

ADS/GGISE/DIDES/ANS
Protocolo nº 33902 <i>871366</i> /2014- <i>65</i>
Data: <i>28/03/14</i> Hora: <i>15:36</i>
Assinatura: <i>Ana Paiva</i>



Nota nº: 04/2014/ADS/GGISE/DIDES

Assunto: Regulamentação da Lei nº 13.003/2014: a questão do índice de Reajuste a ser utilizado em caso de omissão contratual (operadoras x prestadores).

Introdução

Em junho de 2014, o Congresso Nacional aprovou a Lei nº 13.003, que alterou a Lei nº 9.656, de três de junho de 1998, marco legal do setor da saúde suplementar. Essa nova peça legal estabeleceu, além dos vários requisitos contratuais já presentes nos dispositivos infralegais da ANS, a possibilidade de definição de um índice de reajuste pela ANS a ser utilizado quando da inexistência de previsão contratual para efetivação do reajuste ou de acordo entre as operadoras de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços de saúde no setor da saúde suplementar.

A possibilidade de intervenção da ANS para a definição de um índice de reajuste se apresenta como um importante desafio para o setor. Importa ressaltar que definir um índice de reajuste para o setor requer considerar que o mesmo será aplicado sobre um universo de prestadores em situações econômico-financeiras totalmente distintas, em regiões diferentes do país, que prestam serviços de acordo com o contratado, caso a caso, com portes diversos e com qualidade variável. Outro ponto a ser considerado é a ausência de informações econômico-financeiras dos prestadores nos bancos de dados da ANS.

Para esclarecer a forma como se dará a regulamentação da lei, o próprio dispositivo legal sugeriu a possibilidade de estabelecimento de uma câmara técnica para discussão da questão com os atores do setor. Dentre as questões a serem debatidas pela Câmara Técnica ganha destaque a definição do índice de reajuste por parte da ANS. Dessa forma, a presente nota técnica busca subsidiar os trabalhos da Câmara Técnica. Para tanto, contará com uma análise do contexto e das opções para a regulamentação do índice de reajuste, incluindo seus prós e contras, envolvidas na definição do índice.

Após essa breve introdução será realizada uma contextualização da questão na primeira seção. A segunda seção abordará a definição do problema e a definição dos objetivos a serem alcançados com o estabelecimento do índice de reajuste. A terceira seção apresentará de forma sistematizada as opções identificadas, seus prós e contras, e possíveis impactos para o setor de cada uma das opções identificadas. Por fim, são tecidas algumas considerações finais a título de sugestão para o encaminhamento da questão junto ao Grupo Técnico.

1 Contextualização

A questão da definição de um índice de reajuste a ser estabelecido pela ANS se insere em uma questão maior que diz respeito aos instrumentos jurídicos firmados entre as operadoras e os prestadores no setor da saúde suplementar. Desde a publicação da Lei 9.656/98 tem-se com clareza a importância e a participação no setor da saúde suplementar tanto das operadoras de planos privados de assistência à saúde quanto dos prestadores de serviços de atenção à saúde e de seus papéis para o financiamento do setor. De acordo com a referida lei, as operadoras de planos privados de assistência à saúde são as pessoas jurídicas de direito privado, que oferecem planos privados de assistência à saúde mediante contraprestações pecuniárias através da prestação de serviços próprios ou de terceiros. Por sua vez, por assistência à saúde são entendidas todas as ações necessárias à prevenção da doença, a recuperação, a manutenção, a reabilitação e a promoção da saúde, observados na legislação e nos contratos firmados entre as operadoras e os prestadores. Lima e Oliveira (2005) ressaltam que a aceitação, por parte de qualquer prestador de serviço ou profissional de saúde, da condição de contratado ou credenciado de uma operadora de planos privados de assistência à saúde lhe impõe tanto direitos quanto obrigações, de forma a assegurar que a assistência demandada pelos beneficiários dos planos de saúde seja atendida.

A Lei 9961/2000, que criou a ANS, também dispôs sobre as relações entre as operadoras e os prestadores de serviço ao estabelecer que a ANS tem por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo, dessa forma, para o desenvolvimento das ações de saúde no país. Além disso, em seu artigo 4º. Inciso IV, a Lei 9961/2000 estabeleceu a

competência da ANS para fixar critérios para os procedimentos de credenciamento e descredenciamento de prestadores de serviço às operadoras.

Para fazer frente ao seu papel, em 2002 foi instaurada pela ANS, a Câmara Técnica de Contratualização, que contou a participação maciça dos diversos atores presentes no setor e resultou nas seguintes resoluções normativas, após suas correspondentes consultas públicas: Resolução Normativa (RN) nº 42/2003, voltada para o relacionamento das operadoras com as instituições hospitalares; RN no. 54/2003, voltada para o relacionamento das operadoras com as clínicas ambulatoriais e os serviços de apoio diagnóstico e terapia; e, RN no. 71/2004, voltada para a relação entre as operadoras e os prestadores de serviços de saúde que atuam em consultório. Esse conjunto de normativos infralegais estabeleceu que os instrumentos jurídicos firmados entre as operadoras privadas de assistência à saúde e os prestadores de serviços que atuam no setor da saúde suplementar deveriam estabelecer com clareza as condições para sua execução dos princípios constantes no contrato e explicitava como cláusulas obrigatórias a constarem dos contratos os aspectos referentes a: qualificação específica do prestador, o objeto e a natureza do contrato contendo a descrição de todos os serviços incluídos, os prazos e procedimentos para faturamento e pagamento dos serviços contratados, a vigência dos contratos e seus prazos para renovação, os critérios e os procedimentos para rescisão ou não renovação, a informação da produção assistencial respeitadas as regras de sigilo profissional e demais direitos e obrigações relacionados com a Lei 9656/98.

Não resultou em consenso, à época, a necessidade de intervenção do agente regulador no que tange à necessidade de definição de um índice para a recomposição dos preços a serem pagos pelos serviços constantes dos contratos entre as operadoras de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços no setor suplementar. No entanto, a questão permaneceu latente, sendo objeto de queixas de ambos os lados. Os prestadores de serviços argumentavam quanto ao seu limitado poder de barganha para negociar os reajustes com as operadoras. As operadoras, por sua vez, argumentavam sobre a necessidade do estabelecimento de sanções por descumprimento de contrato também para os prestadores de serviços.

Desde então, foram realizados alguns programas de monitoramento, por parte da ANS, para verificar o cumprimento das normas de contratualização. Um dos pontos observados foi o fato de ser comum não haver cláusulas de reajuste nos instrumentos

firmados. Tendo em vista ser esse é um dos principais pontos de conflitos entre prestadores e operadoras, a ANS publicou a Instrução Normativa – IN DIDES n° 49, de 17 de maio de 2012, que estabeleceu que todos os contratos deveriam conter umas das formas de reajuste listadas na norma, quais sejam: índice vigente e de conhecimento público; percentual prefixado; variação pecuniária positiva ou fórmula de cálculo específica para o reajuste. Estabeleceu, ainda, que é admitida a previsão de livre negociação, desde que, em não havendo acordo até o termo final para efetivação do reajuste, aplicar-se-ia automaticamente uma das formas listadas na norma.

Dessa forma, a aprovação da Lei 13.003/2014 teve por objetivo trazer para o texto da lei as regras já disciplinadas nas resoluções normativas da ANS. Sua inovação residiu em estabelecer que após o prazo previsto em contrato, a ANS definirá, quando for o caso, o índice de reajuste a ser adotado.

2 Definição do problema e principais objetivos a serem alcançados

Resta claro, a partir do acima exposto, que o problema a ser analisado na presente nota técnica refere-se a definição do índice de reajuste a ser utilizado quando da ausência de acordo ou contrato que o expresse entre as partes interessadas: operadoras de planos privados de assistência a saúde e prestadores de serviços no setor da saúde suplementar. No entanto, as bases sobre as quais se dará essa definição envolvem questões complexas, pois o reajuste deverá ser aplicado sobre um universo de prestadores em situações econômico-financeiras totalmente distintas, em regiões diferentes do país, com portes diversos e com qualidade variável. Essas questões suscitam a exploração de algumas possibilidades para a definição do índice, com amplitudes bastante diversas.

Uma primeira questão a ser discutida se refere à conceituação e as diferenças existentes entre o índice de reajuste devido aos planos de saúde calculado pela ANS e um índice de reajuste, como no caso em questão, a ser utilizado para a recomposição dos preços pela prestação dos serviços de atenção à saúde no setor da saúde suplementar. A definição de um índice para ser utilizado para a recomposição dos preços contratados entre operadoras e prestadores de serviços no setor da saúde



suplementar passa pela identificação/construção do índice de preços que melhor se adequa aos contratos em questão.

O índice de reajuste dos planos de saúde calculado pela ANS não pode ser considerado um índice de preços, pois considera em seu cálculo que os custos de saúde para as empresas não são função apenas da variação dos preços de medicamentos, materiais e outros, mas também da frequência de utilização destes pelos seus beneficiários. Sua metodologia de cálculo é baseada na média dos reajustes dos planos coletivos¹. Em seu cálculo, as despesas assistenciais evoluem tanto em função da variação dos preços dos procedimentos (ex.: honorários, diárias, medicamentos), como em função da variação da utilização dos serviços (ex.: nº de consultas, nº de exames, nº de internações) e da incorporação de novas tecnologias. Por isso, os índices de reajuste calculados pela ANS são denominados índices de custos/valor. Índices de custo/valor são aqueles que consideram tanto a variação de preços como a variação das quantidades dos insumos.

Dessa forma, é importante deixar claro a diferença em termos finalísticos entre índices de reajustes calculados pela ANS para os planos de saúde e os índices gerais de preço utilizados para o cálculo da recomposição dos valores dos bens e serviços ao longo do tempo. De acordo com Bacen (2010), os índices de preços podem ser definidos da seguinte forma:

Índices de preços são números que agregam e representam os preços de uma determinada cesta de produtos. Sua variação mede, portanto, a variação média dos preços ao consumidor, preços ao produtor, custos de produção ou preços de exportação e importação. Os índices mais difundidos são os índices de preços ao consumidor que medem a variação do custo de vida de segmentos da população (a taxa de inflação ou deflação). (BACEN, 2010; pag. 6)

O índice a ser definido pela ANS, em função da regulamentação da Lei 13.003/14, será utilizado para fins de recomposição dos valores dos bens e serviços contratados entre operadoras e prestadores de serviço, consistindo assim em um índice de preços como bem definido na citação apresentada acima. Nesse caso, o ideal seria a

¹A metodologia de cálculo se baseia na estatística dos reajustes dos planos coletivos patrocinados e com mais de 50 beneficiários. O cálculo exclui os valores extremos da distribuição estatística, os chamados outliers. O resultado do cálculo é o teto para o reajuste dos planos médico-hospitalares individuais novos. A ANS baseia sua metodologia nos reajustes dos planos coletivos por entender que estes planos têm maior poder de negociação frente às operadoras, já que não estão sujeitos a carência.



construção de um índice específico para cada contrato. O que é facultado ao entendimento e a negociação entre as partes. Na ausência de entendimento entre as partes e considerando-se a oportunidade de utilização de um índice a ser divulgado pela ANS, existem alguns condicionantes e limitações para a identificação/construção do mesmo, tais como: disponibilidade e acesso a estrutura de custos dos prestadores de serviço no setor da saúde suplementar; as especificidades regionais dos custos; características dos prestadores; necessidade de se evitar a retroalimentação inflacionária; entre outros.

A ANS não conta com acesso à estrutura de custos dos prestadores de serviços no setor da saúde suplementar. Apesar da disponibilidade de acesso ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, que consiste em uma base para operacionalizar os Sistemas de Informações em Saúde com vistas ao gerenciamento eficaz e eficiente da rede assistencial existente e suas potencialidades, sua estrutura não permite a identificação das variações nos custos/preços dos mesmos ao longo do tempo. Dessa forma, torna-se impossível construção de um índice específico para a aferição dos custos para a prestação dos serviços no setor da saúde suplementar.

A alternativa é a utilização de um índice de preços de ampla utilização na economia. Existem no Brasil diversos índices de preços que foram construídos por diversas instituições, com diferentes fins. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), por exemplo, divulga regularmente o Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) e o Índice Nacional de Preços ao Consumidor (INPC). Ambos têm variação mensal e abrangência nacional, tendo em vista que consideram em seu cálculo as principais regiões metropolitanas do país. No entanto, enquanto o IPCA é mais utilizado com propósitos de política monetária e correção de contratos, o INPC é tradicionalmente utilizado para as negociações que envolvam dissídios salariais, pois mede a variação de preços para a população que se encontra restrita a faixa salarial de até seis salários mínimos (o IPCA abarca a população com renda até 40 salários mínimos).

A Fundação Getúlio Vargas (FGV), por sua vez, calcula desde a década de 1940 o índice Geral de Preços (IGP), sendo que o mesmo conta com três datas de coleta dos dados, que respondem respectivamente aos três índices disponibilizados pela instituição: IGP – DI (Disponibilidade interna), IGP-M e IGP-10. Todos possuem abrangência nacional e consistem em uma média ponderada de três índices: Índice de preços por atacado – IPA, Índice de Preços ao Consumidor – IPC e Índice de Preços da

Construção Civil – IPCC. Para o cálculo do IPC é considerada a população com renda de até 33 salários mínimos.

Se, por um lado, a utilização do IGP considera a cadeia produtiva como um todo, pois considera em sua composição além do índice de preços ao consumidor, os índices de preços vigentes no atacado e também na construção civil, por outro lado o IPCA apresenta menor volatilidade, sendo atualmente a referência para a mensuração da inflação no país e como alternativa para o caso de não provisão contratual de um índice de reajuste como na Resolução Normativa 172/2008 da ANS. Em favor da adoção do IPCA também se apresentam os argumentos de ser este um índice calculado por autarquia pública responsável pela produção e disseminação de dados demográficos e socioeconômicos brasileiros e a possibilidade de sua disponibilização em subitens associados ao mercado da saúde. A Tabela 1 apresenta a estrutura de ponderação dos serviços de saúde no IPCA. Por exemplo, o subgrupo referente aos serviços de saúde (62) do IPCA é composto pelos seguintes subitens: Serviços Médicos e Dentários (6201), Serviços Laboratoriais e Hospitalares (6202) e Plano de Saúde (6203).

Tabela 1- Estrutura de Ponderação dos Serviços de Saúde no IPCA

Grupo	Subgrupo	Item	Índice de Ponderação	Índice de Ponderação	Índice de Ponderação	Índice de Ponderação
6-Saúde e Cuidados Pessoais	61 - Produtos farmacêuticos e óticos	6101 -Produtos farmacêuticos	3,40%	30,19%		
		6102 -Produtos óticos	0,28%	2,51%		
		6201 -Serviços médicos e dentários	1,14%	10,09%	23,15%	100,00%
	62 -Serviços de saúde	6201002.Médico	0,48%		9,69%	41,85%
		6201003.Dentista	0,46%		9,35%	40,41%
		6201005.Aparelho ortodôntico	0,06%		1,17%	5,06%
		6201006.Artigos ortopédicos	0,00%		0,07%	0,28%
		6201007.Fisioterapeuta	0,06%		1,20%	5,19%
		6201010.Psicólogo	0,08%		1,67%	7,21%
		6202 -Serviços laboratoriais e hospitalares	0,53%	5,17%	11,66%	100,00%
		6202003.Exame de laboratório	0,11%		2,18%	18,37%
		6202004.Hospitalização e cirurgia	0,37%		7,56%	63,73%
		6202006.Exame de imagem	0,10%		2,12%	17,90%
	6203 -Plano de Saúde	0,19%			0,00%	
	63 -Cuidados pessoais	6301 -Higiene pessoal	2,67%	23,72%		
Total			11,28%	100,00%		

Uma importante preocupação no que se refere a definição do índice de preços a ser adotado diz respeito a necessidade de que se evite a retroalimentação inflacionária.



Na estrutura do item Serviços de Saúde do IPCA, a participação dos reajustes dos planos de saúde (determinado pelos reajustes autorizados pela ANS) respondem por cerca de 28% do Grupo Saúde e Cuidados Pessoais. Na retroalimentação inflacionária, os componentes que fazem parte do cálculo do índice têm sua variação de preços determinada pelo próprio índice de preços. A possibilidade de expurgo do item Plano de Saúde leva a necessidade de “re” ponderação dos demais componentes do índice, o que não necessariamente resulta fiel à estrutura orçamentária das famílias. Cabe lembrar que a estrutura de ponderação é baseada no gasto médio das famílias, extraído da Pesquisa de Orçamentos Familiares também realizada periodicamente pelo IBGE.

Outra questão a ser analisada diz respeito à amplitude geográfica do índice – se regional ou nacional. Nesse caso cabe a análise da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM – e seu processo constitutivo. Ao mesmo tempo em que os valores relativos aos portes de procedimentos deverão ser determinados pelas entidades médicas nacionais, por intermédio da Comissão Nacional de Honorários Médicos, as variações relativas às peculiaridades regionais devem ser ajustadas pelas Comissões Estaduais ou Regionais de Honorários Médicos, dentro das bandas nacionalmente determinadas (Resolução CFM N° 1.673/03). Entende-se, dessa forma, a necessidade de que se estabeleça um parâmetro único para o índice a ser utilizado para a recomposição dos preços praticados nos contratos entre as operadoras e os prestadores de serviço na saúde suplementar, pois as diferenças regionais já foram abarcadas quando da determinação do preço estabelecido pela CBHPM e a superposição com diferenciações decorrentes dos reajustes a serem praticados no setor poderia representar um processo de distorção dos preços relativos entre as regiões.

Por fim, salienta-se a preocupação expressa na exposição de motivos do projeto da Lei 13003/2014 quanto a promoção da redução dos conflitos no setor, com consequências diretas e indiretas sobre a melhoria da assistência a saúde prestada no mesmo. Dessa forma, considera-se bastante relevante a incorporação de quesitos que possibilitem a qualificação do setor da saúde suplementar através do processo para a determinação do índice a ser utilizado pela ANS quando couber a indicação do mesmo para a medição da relação contratual entre operadoras e prestadores de serviço, como estipulado pela Lei 13.003. Atrelar a necessidade de constante atualização e profissionalização do setor da saúde suplementar à construção do índice para recomposição dos preços no setor, em conjunto com os demais processos já adotados

pela ANS para a promoção da qualidade no setor pode vir a gerar importantes resultados e externalidades positivas para o setor como um todo.

3 Identificação das opções e seus possíveis impactos para o setor

Com base em todo o exposto acima, tendo em vista a importância da avaliação da qualidade para a promoção de avanços no setor da saúde suplementar, considerou-se pertinente a adoção de um multiplicador de qualificação para qualquer que seja o item a ser adotado. Esse fator multiplicador funcionaria da seguinte forma:

- Para pessoas físicas ou jurídicas responsáveis por consultórios ou clínicas de serviços para a saúde será estabelecida uma certificação a ser concedida pelos respectivos Conselhos Regionais dos Profissionais de Saúde, sendo:
 - < 1 – fator de compartilhamento da eficiência com a sociedade – quando o profissional não preencher os requisitos para sua qualificação como definido pela entidade de classe, ou
 - $= 1$ – quando atendidos os requisitos para sua qualificação como definido pela entidade de classe.
- Para hospitais e serviços ambulatoriais e de diagnóstico, as constantes a serem aplicadas a fórmula de cálculo serão estabelecidas pela ANS com base nos órgãos de acreditação já referenciados e às avaliações do programa Qualiss, sendo:
 - $< 1,00$ – fator de compartilhamento da eficiência com a sociedade – quando não for apresentado certificado de acreditação ou não possuir avaliação positiva do programa Qualiss, ou
 - $= 1$ – quando forem apresentadas comprovações quanto à acreditação do serviço ou avaliação positiva do programa Qualiss.



Além disso, a redação da Lei 13.003/14 ao estabelecer em seu inciso II do artigo 17-A a “definição dos valores dos serviços contratados, dos critérios, da forma e da periodicidade do seu reajuste e dos prazos e procedimentos para faturamento e pagamento dos serviços prestados” possibilita o entendimento de que a aplicação do índice de reajuste deve se dar sobre os serviços prestados, o que exclui, por definição, materiais e medicamentos porventura utilizados para a realização dos procedimentos objeto dos serviços prestados .

Especificamente no que se refere ao índice de reajuste a ser utilizado chegou-se a identificação de três principais alternativas para os casos em que couber a imposição do índice de reajuste por parte da ANS, quais sejam:

- **IPCA Global** – O IPCA é calculado pelo IBGE e disponibilizado mensalmente. Atualmente é utilizado pelo Conselho Monetário Nacional como referência para o sistema de metas para a inflação.
- **IPCA Específico** - Adoção dos itens serviços médicos e dentários e serviços laboratoriais e hospitalares constantes do grupo Saúde e cuidados pessoais do IPCA, respectivamente para os casos de prestadores de serviço pessoa física ou jurídica responsáveis por consultórios ou clínicas e prestadores de serviço, pessoa jurídica, responsáveis por serviços hospitalares, SADT, Laboratórios, etc.
- **Índice Próprio** – Construção de um índice de preços a partir da matriz insumo-produto, voltado especificamente para o setor da saúde suplementar. Seu cálculo obedeceria a seguinte estrutura de pesos:

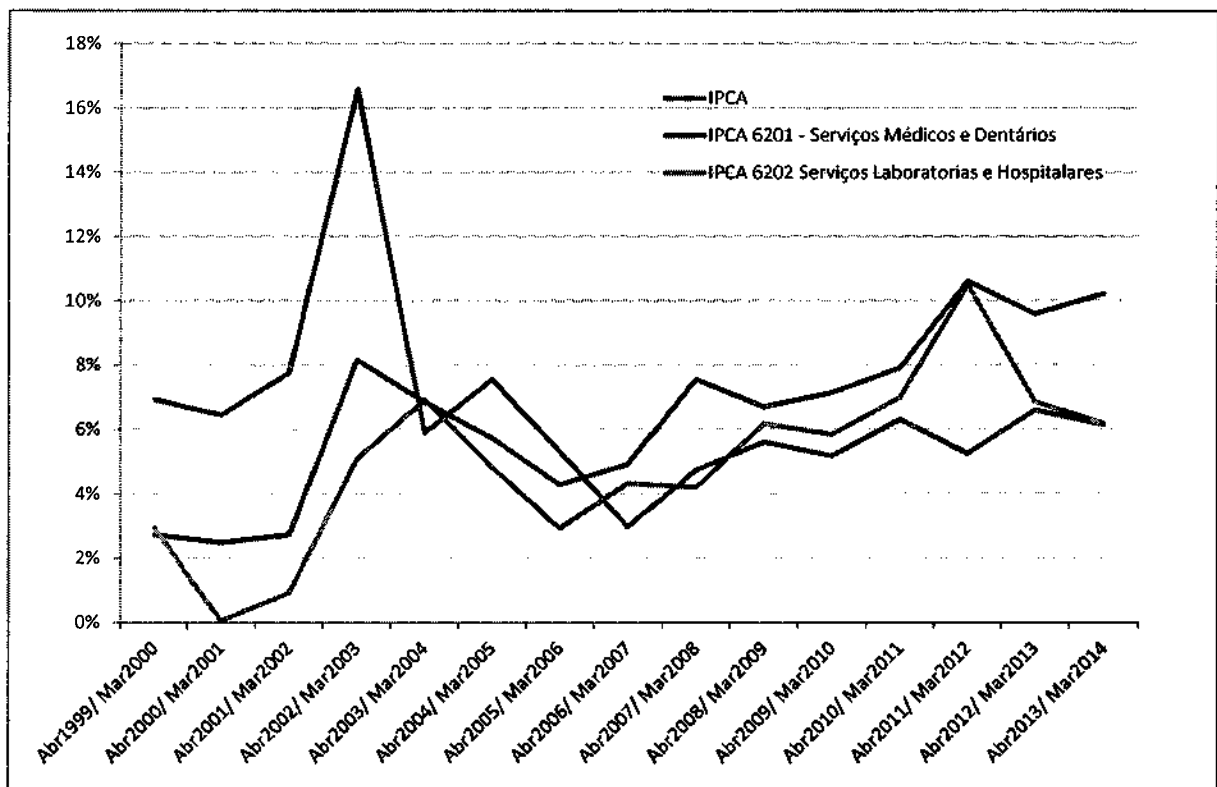
Serviços prestados às empresas	20%
Produtos farmacêuticos	9%
Comércio	7%
Artigos de plástico	7%
Serviços de informação	7%
Eletricidade e gás, água, esgoto e limpeza urbana	5%
Transporte de passageiro	5%
Serviços de imobiliário e aluguel e alojamento e alin	8%
Serviços de manutenção e reparação	4%
Outros	30%



A partir da estrutura de preços cada uma das componentes seria reajustada pelo índice de preços vigente na economia mais adequado ao caso.

O gráfico 1 apresenta as taxas de variação observadas para o IPCA global e para as contas específicas de saúde vinculadas à com os serviços médicos e dentários (IPCA 6201) e Serviços Laboratoriais e Hospitalares (IPCA 6202). A variação acumulada ao longo de todo o período correspondeu a 159,9% para o IPCA global, 156,1% para o IPCA específico para serviços médicos e dentários e 106,4% para o IPCA específico para serviços laboratoriais e Hospitalares.

Gráfico 1 - Índices de Preço, Brasil, Abril de 1999 até Março de 2014



A seguir são apresentados alguns prós e contras a adoção de cada uma das alternativas, no quadro comparativo 1.

ag

	PROS	CONTRAS
<u>IPCA Global</u>	Possibilidade de indução à uma maior qualificação dos serviços prestados no setor	O cálculo do IPCA global leva em consideração a variação do índice de reajuste praticado pela ANS para os planos privados de assistência à saúde
	Utilização de um índice global para toda a economia e que possibilite a recomposição dos preços através do índice utilizado pelo Estado brasileiro para mensuração da inflação.	
	Facilidade de consulta à série temporal do índice de preços utilizado no cálculo.	
<u>IPCA Específico</u>	Possibilidade de definição de índices diferenciados para prestadores de serviços de portes diferenciados (consultórios médicos e grandes hospitais)	Tendência a uma maior retroalimentação dos preços praticados no setor
	Fácil disponibilização em função de seu cálculo ser realizado regularmente pelo IBGE e divulgado mensalmente.	O índice se refere aos preços praticados pelos próprios prestadores e não necessariamente a sua estrutura de custos
	Possibilidade de indução à uma maior qualificação dos serviços prestados no setor	
	Não leva em consideração em seu cálculo a variação do índice de reajuste praticado pela ANS para os planos privados de assistência à saúde	
	Facilidade de consulta à série temporal do índice de preços utilizado no cálculo.	
<u>Índice Próprio</u>	Possibilidade de indução à uma maior qualificação dos serviços prestados no setor	Maior complexidade para o cálculo do índice.
	Criação de um índice específico para o setor	Necessidade de construção, cálculo e publicação do índice por parte da ANS
		Indisponibilidade de série temporal

4 Considerações Finais

Tendo em vista a necessidade de qualificação do setor da saúde suplementar presente no escopo da lei e sua interdependência com questões contratuais e, mais especificamente, dos valores e reajustes dos preços praticados no setor, considerou-se a alternativa referente a adoção do IPCA global como a que melhor responde as

necessidades impostas para a regulamentação da Lei 13.003. Essa alternativa leva em consideração a necessidade de se evitar a retroalimentação inflacionária no setor e ao mesmo tempo assegurar a recomposição dos preços, como medidos pelo índice oficial da inflação. Além disso, tem-se a facilidade de acesso à série, que é publicada mensalmente pelo IBGE e não incorrerá em novos custos de produção para nenhum dos atores do setor.

Rio de Janeiro, 28 de novembro de 2014.

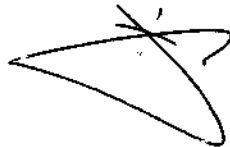
À consideração superior.


MARIA TEREZA PASINATO

Assessora de Estudos e Desenvolvimento Setorial

De acordo em 28/11/14.

Encaminhe-se a DIRAD/DIDES.



JOÃO BOAVENTURA BRANCO DE MATOS
Gerência-Geral de Integração Setorial


De acordo em 28/11/14.

Encaminhe-se a DIDES.

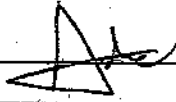

MICHELLE MELLO

Diretora-adjunto de Desenvolvimento Setorial

De acordo em 28/11/14.


MARTHA OLIVEIRA
Diretora de Desenvolvimento Setorial



COBPC/GERAR/DIDES/ANS	
Protocolo nº 33902 558335	/2015-01
Data: 17 / 12 / 2015	Hora: 15:46
Assinatura: 	

Nota nº: 34 /2015/COBPC/GERAR/DIDES

Assunto: Critérios de qualidade considerados para fins de aplicação do inciso II, do art. 4º da Instrução Normativa – IN nº 61, de 4 de dezembro de 2015, da Diretoria de Desenvolvimento Setorial – DIDES, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

1. Contextualização

A lei de criação da ANS (9.961/2000) instituiu em seu artigo 4º, inciso II, que compete à agência “estabelecer as características gerais dos instrumentos contratuais utilizados na atividade das operadoras”. A abordagem específica da relação entre operadoras e prestadores surgiu em 2002, quando a ANS iniciou a discussão sobre a necessidade de regular as relações que eram estabelecidas, no sentido de mediar e amenizar os conflitos e tensões existentes entre esses atores para aprimorar o funcionamento do setor. A fixação de critérios para reajustes de valores pagos nos contratos estabelecidos, bem como de sua forma e periodicidade, foi normatizada no ano de 2003, com as Resoluções Normativas RN nº42/2003 – para serviços hospitalares, RN nº54/2003 – para SADT e RN nº71/2004 – para profissionais de saúde ou pessoas jurídicas que prestam serviços em consultórios.

Em dezembro de 2014, motivada pela Lei nº 13.003 de junho de 2014, que alterou a Lei nº 9.656/1998 visando mudanças na regulamentação dos contratos escritos entre operadoras e prestadores, a ANS publicou as Resoluções Normativas RN nº363, RN nº364, RN nº365, IN nº56. Estas resoluções alteraram as normas vigentes que versavam sobre o tema, com destaque ao índice de reajuste previsto na RN nº364/2014, definido pela ANS como forma de reajuste nos contratos escritos, para casos onde houver previsão contratual de livre negociação como única forma de reajuste e nos casos onde não houver acordo entre as partes ao término do período de negociação previsto na RN nº363/2014. Em 04 de dezembro de 2015, a ANS publicou a

Resolução Normativa RN nº 391, alterando os artigos 3º, 9º e 7º da RN 364 e a Instrução Normativa – IN nº 61, que dispõe sobre o Fator de Qualidade para Hospitais.

Ao índice de reajuste definido pela ANS, a RN nº364/2014 previu atrelar a aplicação de um Fator de Qualidade, conforme segue abaixo:

Art. 7º Ao índice de reajuste definido pela ANS será aplicado um Fator de Qualidade a ser descrito através de Instrução Normativa.

§ 1º Para os profissionais de saúde a ANS utilizará na composição do Fator de Qualidade critérios estabelecidos pelos conselhos profissionais correspondentes em parceria com a ANS em grupo a ser constituído para este fim.

§ 2º Para os demais estabelecimentos de saúde a ANS utilizará na composição do fator de qualidade certificados de Acreditação e de Certificação de serviços estabelecidos no setor de saúde suplementar, em grupo a ser constituído para este fim.

§ 3º Na composição do Fator de Qualidade também poderão ser utilizados indicadores selecionados, bem como a participação e o desempenho em projetos e programas de indução da qualidade, conforme a ser definido pela DIDES (*redação dada pela RN nº 391*).

As dificuldades de negociação para pagamentos e reajustes de serviços de saúde trazem impactos negativos sobre a qualidade da assistência, pois interferem na manutenção de custos compatíveis com a sustentabilidade e o desenvolvimento do setor de saúde suplementar, consequentemente afetando a garantia de acesso dos beneficiários e um atendimento centrado em suas necessidades. É nesse bojo que se estabeleceu uma cláusula de arbitragem com a vinculação entre o reajuste concedido anualmente aos prestadores e sua qualidade.

Destaca-se a finalidade institucional da ANS em promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde e, de acordo com a Lei nº 9.961/2000, exercer o controle e a avaliação dos aspectos concernentes à garantia de acesso, manutenção e qualidade dos serviços prestados aos beneficiários, direta ou indiretamente, pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde. Nesse âmbito, sobressaem entre suas competências o estabelecimento de parâmetros e indicadores de qualidade, bem como de critérios de aferição e controle da qualidade dos serviços.

2. Avaliação da Qualidade em Saúde

A qualidade pode ser entendida como um atributo ou propriedade do cuidado em saúde que se apresenta em maior ou menor nível e implica, como objeto primário de estudo, um conjunto de atividades que ocorrem entre profissionais e pacientes. A “avaliação da qualidade”, por

consequente, é uma medida da extensão desse atributo ou propriedade¹. O conceito mais atualmente utilizado para definir “qualidade do cuidado” é o do Instituto de Medicina dos EUA (IOM), e se refere ao grau em que os serviços de saúde voltados para indivíduos e populações aumentam a probabilidade de resultados desejados e são consistentes com o conhecimento profissional corrente².

No campo da prática da avaliação de qualidade, ela tem sido definida segundo dois grandes pólos: por um lado, de maneira genérica, como sinônimo de excelência, zero defeito; por outro, de maneira desagregada, reconhecendo-se sua complexidade e propondo-se abordagens multidimensionais que consideram conjuntos de atributos e, portanto, em geral implicam interpretações e análises parciais e contextualizadas³. O IOM definiu, em 2001, seis dimensões de qualidade, as quais possuem ampla adesão internacional, são elas: segurança, efetividade, centralidade no paciente, oportunidade, eficiência e equidade. Recentemente, no processo de revisão da estrutura do Programa Qualiss Monitoramento, a ANS propôs uma consolidação das dimensões de qualidade em três níveis: organização da segurança, eficiência/resolubilidade, e centralidade no paciente.

Independentemente dos conceitos e abordagens aplicados, desde a década de 1980 discute-se a complexidade dos processos de avaliação da qualidade e sua relação com a própria complexidade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, em que há variações nos produtos esperados e amplo leque de objetivos a serem alcançados. Ainda assim, é consenso que, considerando a natureza multidimensional do conceito de qualidade, não há um único critério para julgá-la¹.

Inúmeras iniciativas de avaliações comparativas da qualidade de serviços de saúde têm sido implementadas, com propostas metodológicas e uso de indicadores variados, tendo por finalidade utilizar informações sobre a qualidade do cuidado para tomar decisões administrativas, incluindo sistemas de pagamento e de composição de incentivos financeiros baseados na qualidade^{4,5,6,7}. Como por exemplo, pagamento por performance, orçamento global e *shared savings program*.

¹ DONABEDIAN, A. The definition of quality: a conceptual exploration. Explorations in quality assessment and monitoring. The definition of quality and approaches to its assessment (One). Michigan: Health Administration Press. Ann Arbor, v. I, 1980.

² IOM – Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington, DC: National Academy Press, 2001.

³ CAMPBELL, S. M.; ROLAND, M. O.; BUETOW, A. S. Defining quality of care. Soc. Sci. Med., n. 51, p. 1611-1625, 2000.

⁴ CHASSIN, M. R.; LOEB, J. M.; SCHMALTZ, S. P.; WACHTER, R. M. Accountability measures: using measurement to promote quality improvement. N Engl. J Med., v. 363, n. 7, p. 683-688, 2010.

⁵ FUNG, V.; SCHMITTIDIEL, J. A.; FIREMAN, B.; MEER, A.; THOMAS, S.; SMIDER, N.; HSU, J.; SELBY, J. V. Meaningful variation in performance: a systematic review. Med. Care, v. 48, n. 2, p. 140-48, 2010.

No contexto em que os sistemas de saúde sofrem pressões de diversas naturezas, as medidas de desempenho têm sido entendidas como importante componente no conjunto de esforços para melhorar a qualidade do cuidado em saúde, promovendo a responsabilização e a transparência na prestação de contas (*accountability*) e expressando a maior preocupação sobre o controle de custos e a prestação de cuidados equânimes, com menor variação na prática clínica^{6,7}.

As experiências do uso de medidas de qualidade para vinculação a sistemas de pagamento em diversos países baseiam-se no monitoramento de indicadores de desempenho, expressos geralmente na forma de taxas e razões. Em sua maioria, tais indicadores exigem ajustes de risco que visam ponderar os resultados segundo a gravidade dos casos dos pacientes atendidos, a fim de evitar injustiças como desvantagens no pagamento a prestadores que atendem pacientes mais graves cujo risco de maus resultados é maior, ou a seleção intencional de pacientes menos graves pelos prestadores, com o objetivo de obter melhores resultados.

Apesar das vantagens no uso de metodologias de monitoramento do desempenho por meio de indicadores, e mesmo diante do avanço das metodologias estatísticas empregadas em ajustes nos riscos, seu uso para todo o conjunto de serviços de saúde do país esbarra em alguns desafios. Entre os quais, destaca-se o aprimoramento dos sistemas de informação, uma vez que em regra geral eles são determinantes para a coleta dos dados. Entre os aspectos que precisam ser aprimorados, encontram-se a: cobertura (grau de registro dos eventos), completitude (grau de valores não nulos) e consistência (coerência entre variáveis relacionadas). Até que se ultrapasse esse desafio, o uso de indicadores assistências para monitoramento da qualidade do cuidado deverá ocorrer de forma gradual.

A ANS investe na melhoria dos sistemas de informação no setor suplementar com destaque para o padrão de Troca de Informações na Saúde Suplementar – TISS. A TISS foi estabelecida como padrão eletrônico obrigatório para as trocas de dados de atenção à saúde dos beneficiários de planos, entre os agentes da Saúde Suplementar. O objetivo é padronizar as ações administrativas, subsidiar as ações de avaliação e acompanhamento econômico, financeiro e assistencial das operadoras de planos privados de assistência à saúde e compor o Registro Eletrônico de Saúde. Todo o processo de desenvolvimento e aperfeiçoamento do padrão realiza-se de forma participativa, na busca de consenso entre os representantes dos atores do setor no âmbito do COPISS (Comitê de Padronização de Informações em Saúde Suplementar). A ANS entende que estimular o bom uso do Padrão TISS é uma forma de induzir a melhoria dos dados

⁶ GROENE, O.; SKAU, J. K. H.; FRÖLICH, A. An international review of projects on hospital performance assessment. *Int. Journal for Quality in Health Care*, v. 20, n. 3, p.162-171, 2008.

⁷ KONDILIS, E.; GAVANA, M.; GIANNAKOPOULOS, S.; SMYRNAKIS, E.; DOMBROS, N.; BENOS, A. Payments and quality of care in private for-profit and public hospitals in Greece. *BMC Health Serv. Res.*, n. 11, p. 234, 2011.

informados e de preparar o setor para a utilização de indicadores assistências, em especial indicadores de resultado, para o monitoramento da qualidade do cuidado.

Outra forma de avaliação dos serviços de saúde é a acreditação. Nesse sistema há maior controle sobre a coleta de dados e é utilizada, em geral, documentação na qual se padroniza os procedimentos de coleta e se justifica cientificamente o uso das medidas. A acreditação é um procedimento de verificação externa dos recursos institucionais e dos processos adotados pelas instituições, que mede indiretamente a qualidade da assistência através de um conjunto de padrões previamente aceitos e consoantes com os atributos de qualidade como aqueles propostos pelo IOM, considerados mínimos (ou base) ou mais elaborados e exigentes, com diferentes níveis de satisfação e qualificação⁸. Entretanto, a acreditação não avalia indicadores de resultado, sendo esta uma limitação importante para seu uso como único critério para avaliação de qualidade.

Seu caráter voluntário pressupõe que apenas as organizações realmente interessadas na melhoria da qualidade dos seus serviços se habilitem para a avaliação. O caráter periódico garante a melhoria contínua, pois para manter o status de acreditado, todo o processo de avaliação deve ser feito em intervalos de tempo pré-definidos. Quanto ao caráter reservado, significa que os resultados da avaliação só serão tornados públicos se a organização for considerada acreditada, garantindo assim, a confidencialidade das informações^{9,10}.

3. Projetos de Melhoria da Qualidade em saúde

Para além do investimento na avaliação da qualidade dos serviços de saúde, é imprescindível investir em projetos de melhoria da qualidade dos serviços. Para tal, se faz necessário implantar um novo arranjo organizativo da prestação de serviços de saúde com orientação para a qualidade e que ofereçam cuidados abrangentes, integrados e apropriados ao longo do tempo e assegurem a atenção no primeiro contato. Tal rearranjo requer uma sólida fundamentação legal, institucional e organizacional, bem como recursos humanos, financeiros e tecnológicos adequados e sustentáveis. Além disso, demanda práticas otimizadas de gerenciamento e organização em todos os níveis, para alcançar eficiência e efetividade. Para isso será necessário dar mais atenção às necessidades estruturais e operacionais dos prestadores de serviços de saúde, e desenvolver intervenções com foco no acesso, financiamento apropriado, adequação e sustentabilidade de recursos e no desenvolvimento de estratégias para gerenciar a mudança.

⁸ FELDMAN, L.B.; GATTO, M.A.F.; CUNHA, I.C.K.O. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. *Acta Paul Enferm.*;18(2):213-9, 2005.

⁹ SCHIESARI, L.M.C. Resultados de iniciativas de qualidade em hospitais brasileiros [Tese de Doutorado – Ciências]. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo: USP, 2003.

¹⁰ SEABRA, S.A.K. Acreditação em organizações hospitalares [Dissertação de Mestrado]. Faculdade de Administração, Contabilidade e Economia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: PUC-RS, 2007.

Trata-se de um processo de médio prazo, no qual a ANS por meio da DIDES está investindo por meio de um Acordo de Cooperação Técnica, a partir da implementação de Projetos Pilotos, com o objetivo de induzir a adoção de boas práticas com vistas à melhoria da qualidade na produção de saúde e segurança do paciente, baseadas em evidência científica, na prestação de serviços de saúde no setor suplementar. O propósito do Acordo é formar uma comunidade de aprendizagem em torno da segurança do paciente e melhorar os indicadores com intervenções orientadas. A metodologia utilizada é a Ciência da Melhoria, que aponta métodos que podem contribuir para melhorar os resultados da saúde e reduzir os custos ao identificar as melhores práticas que não são amplamente seguidas e a criar uma estrutura elaborada para apoiar a sua implementação.

4. A Regulamentação do Fator de Qualidade

Conforme definido na Resolução Normativa RN nº 364/2014, em seu Art. 7º, §2º, foi proposto na Instrução Normativa nº 61 a utilização de um fator de qualidade estabelecido pela ANS, para hospitais, para a composição do índice de reajuste definido pela ANS, quando couber, conforme Art. 3º desta mesma Resolução.

Considerando:

- O prazo de 1 (um) ano para entidades hospitalares e 2 (dois) anos para os profissionais de saúde, laboratórios, clínicas e outros estabelecimentos de saúde, para o início da aplicação do Fator de Qualidade desde a publicação da RN nº 364/2014, conforme instituído no Art. 9º desta RN em redação dada pela RN nº 391, para o início da aplicação do fator de qualidade sobre o reajuste da ANS;
- A existência de um sistema formal de acreditação de serviços, inclusive com certificação internacional, bem como o reconhecimento da utilidade e validade desta forma de avaliação no campo científico da qualidade;
- O investimento e o período de tempo envolvidos com um processo de acreditação de serviços de saúde;
- A necessidade de estímulo ao uso adequado do Padrão TISS, com vistas a melhoria dos dados disponíveis no setor suplementar em níveis adequados de cobertura, completitude e consistência, que permitam a construção de um monitoramento a partir de indicadores de qualidade, em especial de resultados, com validade e confiança;
- A implementação do Projeto Parto Adequado como o primeiro projeto de melhoria da qualidade dos serviços de saúde instituído pela DIDES/ANS, em uma iniciativa conjunta com o Hospital Israelita Albert Einstein e o *Institute for Healthcare Improvement* (IHI) e apoio do Ministério da Saúde, o qual tem como objetivo elaborar, testar, avaliar e disseminar modelos de atenção a parto e nascimento que favoreçam qualidade dos serviços,

valorizem o parto normal e contribuam para a redução dos riscos decorrentes de cesarianas desnecessárias;

- A necessidade de estímulo a adoção de medidas de segurança do paciente, como parte das ações de melhoria da qualidade dos serviços de saúde;

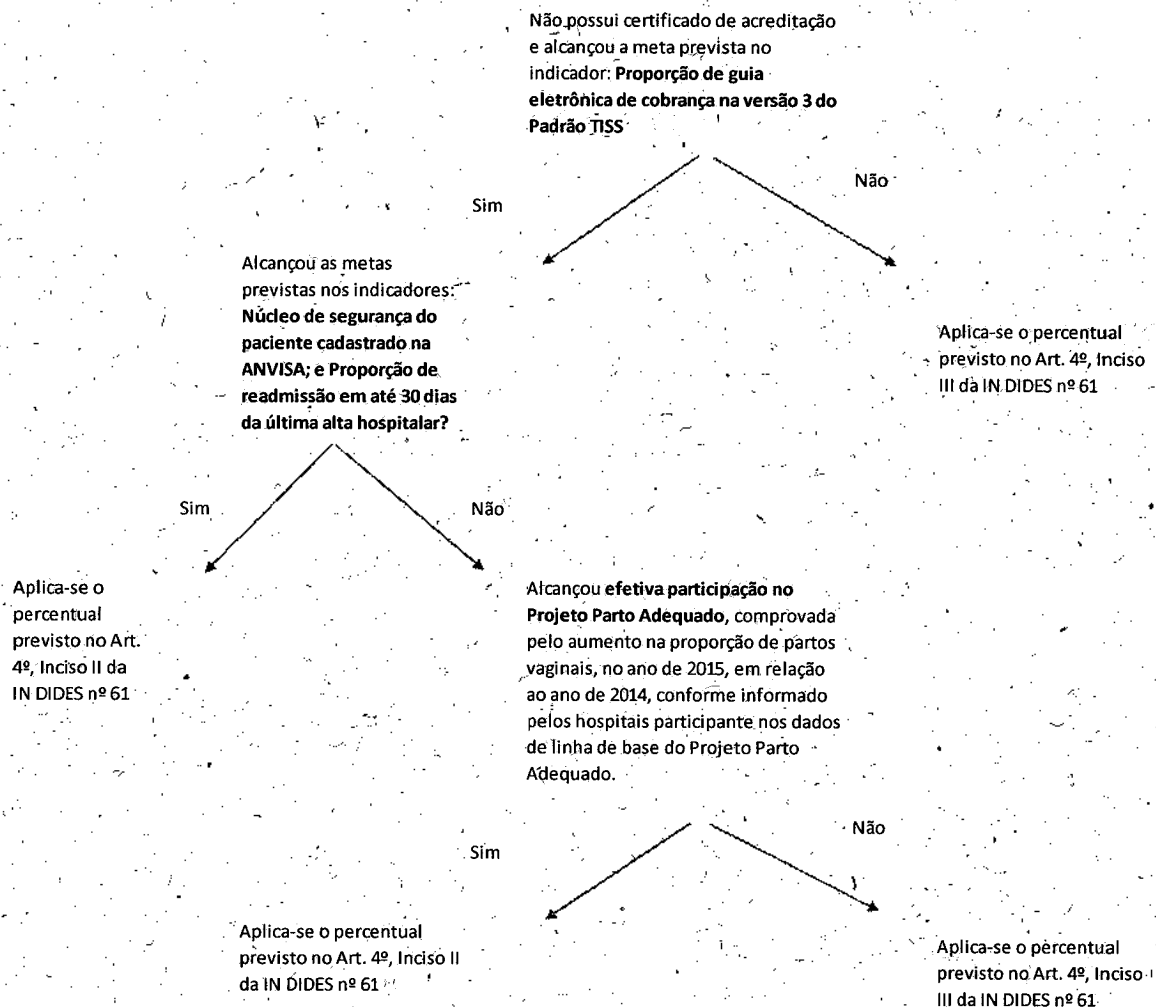
A Instrução Normativa nº 61 propõe:

- Utilizar os programas de acreditação já estabelecidos e reconhecidos no Brasil, bem como critérios estabelecidos nos projetos da DIDES/ANS de indução da qualidade como parâmetros para a aplicação do Fator de Qualidade.
- Estratificação do índice de reajuste definido pela ANS (IPCA) para prestadores de serviços hospitalares em três percentuais: 105% do IPCA; 100% do IPCA e 85% do IPCA.
- Utilizar, nesse primeiro ano, o processo de acreditação como parâmetro máximo (105%) e a participação e cumprimento dos critérios estabelecidos nos projetos da DIDES de indução da qualidade como parâmetro intermediário (100%);
- Definir que hospitais que não possuem acreditação e não atenderem aos critérios definidos pela ANS para aplicação do reajuste serão classificados no parâmetro mínimo (85%);
- Considerar Hospital Acreditado aquele que possui certificado de acreditação em nível máximo emitido por instituições que tenham obtido reconhecimento da competência para atuar como Instituições Acreditoras no âmbito dos serviços de saúde pelo Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia – INMETRO ou pelo The International Society for Quality in Health Care – ISQUA;

Para os reajustes ocorridos no período de 22 de dezembro de 2015 a 31 de dezembro de 2016, conforme dispõe na IN DIDES nº 61, os indicadores e programas de indução da qualidade assistencial utilizados para a elaboração dos critérios de qualidade para fins de aplicação do percentual intermediário definido no art. 4º, inciso II da IN DIDES nº 61 serão:

- **Proporção de guia eletrônica de cobrança na versão 3 do Padrão TISS;**
- **Núcleo de segurança do paciente cadastrado na ANVISA;**
- **Proporção de readmissão em até 30 dias da última alta hospitalar; ou**
- **Efetiva participação no Projeto Parto Adequado, comprovada pela melhoria no indicador proporção de partos vaginais.**

A aplicação do percentual intermediário definido no art. 4º, inciso II da IN DIDES nº 61 seguirá o fluxo a seguir:

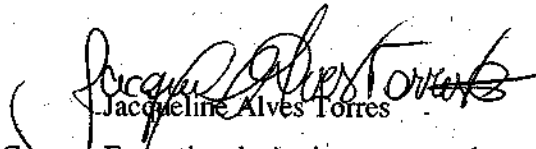


Deste modo, conforme descrito no fluxo acima, aqueles hospitais que não possuem certificado de acreditação em nível máximo, para fazer jus ao percentual de 100% do IPCA previsto no Inciso II, Art. 4º da IN DIDES nº 61, o hospital deverá obrigatoriamente cumprir a meta do indicador **Proporção de guia eletrônica de cobrança na versão 3 do Padrão TISS** e ter **efetiva participação no Projeto Parto Adequado, comprovada pela melhoria no indicador proporção de partos vaginais** ou cumprir a meta dos indicadores: **Núcleo de segurança do paciente cadastrado na ANVISA e Proporção de readmissão em até 30 dias da última alta hospitalar**. As fichas Técnicas dos indicadores mencionados, com as respectivas metas, encontram-se anexas a esta Nota.

Os critérios de qualidade descritos serão revisados anualmente, podendo-se excluir, alterar ou incluir novos parâmetros, considerando as políticas regulatórias do setor e análise de possíveis impactos ou dificuldades para implementação. Espera-se que no médio prazo, com o aprimoramento do Programa de incentivo à Qualificação de Prestadores de Serviços da Saúde Suplementar – Qualiss, em seu componente de Monitoramento da Qualidade dos Prestadores de

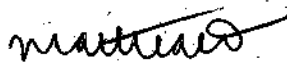


Serviços, avancemos na análise de indicadores de resultado em saúde e esse passe a ser o critério de pontuação máxima para o Fator de Qualidade.

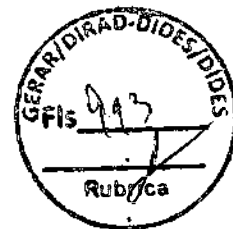

Jacqueline Alves Torres

Gerente-Executiva de Aprimoramento do
Relacionamento entre Prestadores e Operadoras

De acordo. Em 17/12/2015.



Martha Regina de Oliveira
Diretora de Desenvolvimento Setorial



Fichas Técnicas e Nota técnica nº 34/DIDES

Indicadores do Fator de Qualidade

Nota nº: 34/2015/COBPC/GERAR/DIDES.....	3
Proporção de guia eletrônica de cobrança na versão 3 do Padrão TISS.....	33
Indicadores de Segurança do Paciente.....	176
Proporção de readmissão em até 30 dias da última alta hospitalar.....	19



Nota nº: 34/2015/COBPC/GERAR/DIDES

Assunto: Critérios de qualidade considerados para fins de aplicação do inciso II, do art. 4º da Instrução Normativa – IN nº 61, de 4 de dezembro de 2015, da Diretoria de Desenvolvimento Setorial – DIDES, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Contextualização

A lei de criação da ANS (9.961/2000) instituiu em seu artigo 4º, inciso II, que compete à agência “estabelecer as características gerais dos instrumentos contratuais utilizados na atividade das operadoras”. A abordagem específica da relação entre operadoras e prestadores surgiu em 2002, quando a ANS iniciou a discussão sobre a necessidade de regular as relações que eram estabelecidas, no sentido de mediar e amenizar os conflitos e tensões existentes entre esses atores para aprimorar o funcionamento do setor. A fixação de critérios para reajustes de valores pagos nos contratos estabelecidos, bem como de sua forma e periodicidade, foi normatizada no ano de 2003, com as Resoluções Normativas RN nº42/2003 – para serviços hospitalares, RN nº54/2003 – para SADT e RN nº71/2004 – para profissionais de saúde ou pessoas jurídicas que prestam serviços em consultórios.

Em dezembro de 2014, motivada pela Lei nº 13.003 de junho de 2014, que alterou a Lei nº 9.656/1998 visando mudanças na regulamentação dos contratos escritos entre operadoras e prestadores, a ANS publicou as Resoluções Normativas RN nº363, RN nº364, RN nº365, IN nº56. Estas resoluções alteraram as normas vigentes que versavam sobre o tema, com destaque ao índice de reajuste previsto na RN nº364/2014, definido pela ANS como forma de reajuste nos contratos escritos, para casos onde houver previsão contratual de livre negociação como única forma de reajuste e nos casos onde não houver acordo entre as partes ao término do período de negociação previsto na RN nº363/2014. Em 04 de dezembro de 2015, a ANS publicou a Resolução Normativa RN nº 391, alterando os artigos 3º, 9º e 7º da RN 364 e a Instrução Normativa – IN nº 61, que dispõe sobre o Fator de Qualidade para Hospitais.



Ao índice de reajuste definido pela ANS, a RN nº364/2014 previu atrelar a aplicação de um Fator de Qualidade, conforme segue abaixo:

Art. 7º Ao índice de reajuste definido pela ANS será aplicado um Fator de Qualidade a ser descrito através de Instrução Normativa.

§ 1º Para os profissionais de saúde a ANS utilizará na composição do Fator de Qualidade critérios estabelecidos pelos conselhos profissionais correspondentes em parceria com a ANS em grupo a ser constituído para este fim.

§ 2º Para os demais estabelecimentos de saúde a ANS utilizará na composição do fator de qualidade certificados de Acreditação e de Certificação de serviços estabelecidos no setor de saúde suplementar, em grupo a ser constituído para este fim.

§ 3º Na composição do Fator de Qualidade também poderão ser utilizados indicadores selecionados, bem como a participação e o desempenho em projetos e programas de indução da qualidade, conforme a ser definido pela DIDES (redação dada pela RN nº 391).

As dificuldades de negociação para pagamentos e reajustes de serviços de saúde trazem impactos negativos sobre a qualidade da assistência, pois interferem na manutenção de custos compatíveis com a sustentabilidade e o desenvolvimento do setor de saúde suplementar, conseqüentemente afetando a garantia de acesso dos beneficiários e um atendimento centrado em suas necessidades. É nesse bojo que se estabeleceu uma cláusula de arbitragem com a vinculação entre o reajuste concedido anualmente aos prestadores e sua qualidade.

Destaca-se a finalidade institucional da ANS em promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde e, de acordo com a Lei nº 9.961/2000, exercer o controle e a avaliação dos aspectos concernentes à garantia de acesso, manutenção e qualidade dos serviços prestados aos beneficiários, direta ou indiretamente, pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde. Nesse âmbito, sobressaem entre suas competências o estabelecimento de parâmetros e indicadores de qualidade, bem como de critérios de aferição e controle da qualidade dos serviços.

Av. Augusto Severo, 84 | Glória
Rio de Janeiro/RJ | CEP: 20021-040
www.ans.gov.br | Disque-ANS: 0800 701 9656



Avaliação da Qualidade em Saúde

A qualidade pode ser entendida como um atributo ou propriedade do cuidado em saúde que se apresenta em maior ou menor nível e implica, como objeto primário de estudo, um conjunto de atividades que ocorrem entre profissionais e pacientes. A “avaliação da qualidade”, por conseguinte, é uma medida da extensão desse atributo ou propriedade¹. O conceito mais atualmente utilizado para definir “qualidade do cuidado” é o do Instituto de Medicina dos EUA (IOM), e se refere ao grau em que os serviços de saúde voltados para indivíduos e populações aumentam a probabilidade de resultados desejados e são consistentes com o conhecimento profissional corrente².

No campo da prática da avaliação de qualidade, ela tem sido definida segundo dois grandes pólos: por um lado, de maneira genérica, como sinônimo de excelência, zero defeito; por outro, de maneira desagregada, reconhecendo-se sua complexidade e propondo-se abordagens multidimensionais que consideram conjuntos de atributos e, portanto, em geral implicam interpretações e análises parciais e contextualizadas³. O IOM definiu, em 2001, seis dimensões de qualidade, as quais possuem ampla adesão internacional, são elas: segurança, efetividade, centralidade no paciente, oportunidade, eficiência e equidade. Recentemente, no processo de revisão da estrutura do Programa Qualiss Monitoramento, a ANS propôs uma consolidação das dimensões de qualidade em três níveis: organização da segurança, eficiência/resolubilidade, e centralidade no paciente.

Independentemente dos conceitos e abordagens aplicados, desde a década de 1980 discute-se a complexidade dos processos de avaliação da qualidade e sua relação com a própria complexidade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, em que há variações nos produtos esperados e amplo leque de objetivos a serem alcançados. Ainda

¹ DONABEDIAN, A. The definition of quality: a conceptual exploration. Explorations in quality assessment and monitoring. The definition of quality and approaches to its assessment (One). Michigan: Health Administration Press. Ann Arbor, v. I, 1980.

² IOM – Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington, DC: National Academy Press, 2001.

³ CAMPBELL, S. M.; ROLAND, M. O.; BUETOW, A. S. Defining quality of care. Soc. Sci. Med., n. 51, p. 1611-1625, 2000.



assim, é consenso que, considerando a natureza multidimensional do conceito de qualidade, não há um único critério para julgá-la¹.

Inúmeras iniciativas de avaliações comparativas da qualidade de serviços de saúde têm sido implementadas, com propostas metodológicas e uso de indicadores variados, tendo por finalidade utilizar informações sobre a qualidade do cuidado para tomar decisões administrativas, incluindo sistemas de pagamento e de composição de incentivos financeiros baseados na qualidade^{4,5,6,7}. Como por exemplo, pagamento por performance, orçamento global e shared savings program.

No contexto em que os sistemas de saúde sofrem pressões de diversas naturezas, as medidas de desempenho têm sido entendidas como importante componente no conjunto de esforços para melhorar a qualidade do cuidado em saúde, promovendo a responsabilização e a transparência na prestação de contas (accountability) e expressando a maior preocupação sobre o controle de custos e a prestação de cuidados equânimes, com menor variação na prática clínica^{6,7}.

As experiências do uso de medidas de qualidade para vinculação a sistemas de pagamento em diversos países baseiam-se no monitoramento de indicadores de desempenho, expressos geralmente na forma de taxas e razões. Em sua maioria, tais indicadores exigem ajustes de risco que visam ponderar os resultados segundo a gravidade dos casos dos pacientes atendidos, a fim de evitar injustiças como desvantagens no pagamento a prestadores que atendem pacientes mais graves cujo risco de maus resultados é maior, ou a seleção intencional de pacientes menos graves pelos prestadores, com o objetivo de obter melhores resultados.

Apesar das vantagens no uso de metodologias de monitoramento do desempenho por meio de indicadores, e mesmo diante do avanço das metodologias estatísticas

⁴ CHASSIN, M. R.; LOEB, J. M.; SCHMALTZ, S. P.; WACHTER, R. M. Accountability measures: using measurement to promote quality improvement. *N Engl. J Med.*, v. 363, n. 7, p. 683-688, 2010.

⁵ FUNG, V.; SCHMITTIDIEL, J. A.; FIREMAN, B.; MEER, A.; THOMAS, S.; SMIDER, N.; HSU, J.; SELBY, J. V. Meaningful variation in performance: a systematic review. *Med. Care*, v. 48, n. 2, p. 140-48, 2010.

⁶ GROENE, O.; SKAU, J. K. H.; FRØLICH, A. An international review of projects on hospital performance assessment. *Int. Journal for Quality in Health Care*, v. 20, n. 3, p.162-171, 2008.

⁷ KONDILIS, E.; GAVANA, M.; GIANNAKOPOULOS, S.; SMYRNAKIS, E.; DOMBROS, N.; BENOS, A. Payments and quality of care in private for-profit and public hospitals in Greece. *BMC Health Serv. Res.*, n. 11, p. 234, 2011.

Av. Augusto Severo, 84 | Glória
Rio de Janeiro/RJ | CEP: 20021-040

www.ans.gov.br | Disque-ANS: 0800 701 9656

**ANS**
Agência Nacional de
Saúde Suplementar

15
anos

empregadas em ajustes nos riscos, seu uso para todo o conjunto de serviços de saúde do país esbarra em alguns desafios. Entre os quais, destaca-se o aprimoramento dos sistemas de informação, uma vez que em regra geral eles são determinantes para a coleta dos dados. Entre os aspectos que precisam ser aprimorados, encontram-se a: cobertura (grau de registro dos eventos), completude (grau de valores não nulos) e consistência (coerência entre variáveis relacionadas). Até que se ultrapasse esse desafio, o uso de indicadores assistências para monitoramento da qualidade do cuidado deverá ocorrer de forma gradual.

A ANS investe na melhoria dos sistemas de informação no setor suplementar com destaque para o padrão de Troca de Informações na Saúde Suplementar – TISS. A TISS foi estabelecida como padrão eletrônico obrigatório para as trocas de dados de atenção à saúde dos beneficiários de planos, entre os agentes da Saúde Suplementar. O objetivo é padronizar as ações administrativas, subsidiar as ações de avaliação e acompanhamento econômico, financeiro e assistencial das operadoras de planos privados de assistência à saúde e compor o Registro Eletrônico de Saúde. Todo o processo de desenvolvimento e aperfeiçoamento do padrão realiza-se de forma participativa, na busca de consenso entre os representantes dos atores do setor no âmbito do COPISS (Comitê de Padronização de Informações em Saúde Suplementar). A ANS entende que estimular o bom uso do Padrão TISS é uma forma de induzir a melhoria dos dados informados e de preparar o setor para a utilização de indicadores assistências, em especial indicadores de resultado, para o monitoramento da qualidade do cuidado.

Outra forma de avaliação dos serviços de saúde é a acreditação. Nesse sistema há maior controle sobre a coleta de dados e é utilizada, em geral, documentação na qual se padroniza os procedimentos de coleta e se justifica cientificamente o uso das medidas. A acreditação é um procedimento de verificação externa dos recursos institucionais e dos processos adotados pelas instituições, que mede indiretamente a qualidade da assistência através de um conjunto de padrões previamente aceitos e consoantes com os atributos de qualidade como aqueles propostos pelo IOM, considerados mínimos (ou base) ou mais



elaborados e exigentes, com diferentes níveis de satisfação e qualificação⁸. Entretanto, a acreditação não avalia indicadores de resultado, sendo esta uma limitação importante para seu uso como único critério para avaliação de qualidade.

Seu caráter voluntário pressupõe que apenas as organizações realmente interessadas na melhoria da qualidade dos seus serviços se habilitem para a avaliação. O caráter periódico garante a melhoria contínua, pois para manter o status de acreditado, todo o processo de avaliação deve ser feito em intervalos de tempo pré-definidos. Quanto ao caráter reservado, significa que os resultados da avaliação só serão tornados públicos se a organização for considerada acreditada, garantindo assim, a confidencialidade das informações^{9,10}.

Projetos de Melhoria da Qualidade em saúde

Para além do investimento na avaliação da qualidade dos serviços de saúde, é imprescindível investir em projetos de melhoria da qualidade dos serviços. Para tal, se faz necessário implantar um novo arranjo organizativo da prestação de serviços de saúde com orientação para a qualidade e que ofereçam cuidados abrangentes, integrados e apropriados ao longo do tempo e assegurem a atenção no primeiro contato. Tal rearranjo requer uma sólida fundamentação legal, institucional e organizacional, bem como recursos humanos, financeiros e tecnológicos adequados e sustentáveis. Além disso, demanda práticas otimizadas de gerenciamento e organização em todos os níveis, para alcançar eficiência e efetividade. Para isso será necessário dar mais atenção às necessidades estruturais e operacionais dos prestadores de serviços de saúde, e desenvolver intervenções com foco no acesso, financiamento apropriado, adequação e sustentabilidade de recursos e no desenvolvimento de estratégias para gerenciar a mudança.

⁸ FELDMAN, L.B.; GATTO, M.A.F.; CUNHA, I.C.K.O. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. *Acta Paul Enferm.*;18(2):213-9, 2005.

⁹ SCHIESARI, L.M.C. Resultados de iniciativas de qualidade em hospitais brasileiros [Tese de Doutorado – Ciências]. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo: USP, 2003.

¹⁰ SEABRA, S.A.K. Acreditação em organizações hospitalares [Dissertação de Mestrado]. Faculdade de Administração, Contabilidade e Economia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: PUC-RS, 2007.

Av. Augusto Severo, 84 | Glória
Rio de Janeiro/RJ | CEP: 20021-040

www.ans.gov.br | Disque-ANS: 0800 701 9656


Agência Nacional de
Saúde Suplementar

15
anos

Trata-se de um processo de médio prazo, no qual a ANS por meio da DIDES está investindo por meio de um Acordo de Cooperação Técnica, a partir da implementação de Projetos Pilotos, com o objetivo de induzir a adoção de boas práticas com vistas à melhoria da qualidade na produção de saúde e segurança do paciente, baseadas em evidência científica, na prestação de serviços de saúde no setor suplementar. O propósito do Acordo é formar uma comunidade de aprendizagem em torno da segurança do paciente e melhorar os indicadores com intervenções orientadas. A metodologia utilizada é a Ciência da Melhoria, que aponta métodos que podem contribuir para melhorar os resultados da saúde e reduzir os custos ao identificar as melhores práticas que não são amplamente seguidas e a criar uma estrutura elaborada para apoiar a sua implementação.

A Regulamentação do Fator de Qualidade

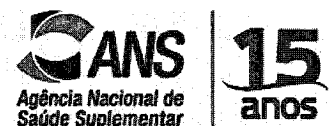
Conforme definido na Resolução Normativa RN nº 364/2014, em seu Art. 7º, §2º, foi proposto na Instrução Normativa nº 61 a utilização de um fator de qualidade estabelecido pela ANS, para hospitais, para a composição do índice de reajuste definido pela ANS, quando couber, conforme Art. 3º desta mesma Resolução.

Considerando:

- O prazo de 1 (um) ano para entidades hospitalares e 2 (dois) anos para os profissionais de saúde, laboratórios, clínicas e outros estabelecimentos de saúde, para o início da aplicação do Fator de Qualidade desde a publicação da RN nº364/2014, conforme instituído no Art. 9º desta RN em redação dada pela RN nº 391, para o início da aplicação do fator de qualidade sobre o reajuste da ANS;
- A existência de um sistema formal de acreditação de serviços, inclusive com certificação internacional, bem como o reconhecimento da utilidade e validade desta forma de avaliação no campo científico da qualidade;
- O investimento e o período de tempo envolvidos com um processo de acreditação de serviços de saúde;
- A necessidade de estímulo ao uso adequado do Padrão TISS, com vistas a melhoria dos dados disponíveis no setor suplementar em níveis adequados de cobertura, completude e consistência, que permitam a construção de um monitoramento a

Av. Augusto Severo, 84 | Glória
Rio de Janeiro/RJ | CEP: 20021-040

www.ans.gov.br | Disque-ANS: 0800 701 9656





partir de indicadores de qualidade, em especial de resultados, com validade e confiança;

- A implementação do Projeto Parto Adequado como o primeiro projeto de melhoria da qualidade dos serviços de saúde instituído pela DIDES/ANS, em uma iniciativa conjunta com o Hospital Israelita Albert Einstein e o Institute for Healthcare Improvement (IHI) e apoio do Ministério da Saúde, o qual tem como objetivo elaborar, testar, avaliar e disseminar modelos de atenção a parto e nascimento que favoreçam qualidade dos serviços, valorizem o parto normal e contribuam para a redução dos riscos decorrentes de cesarianas desnecessárias;
- A necessidade de estímulo a adoção de medidas de segurança do paciente, como parte das ações de melhoria da qualidade dos serviços de saúde;

A Instrução Normativa nº 61 propõe:

- Utilizar os programas de acreditação já estabelecidos e reconhecidos no Brasil, bem como critérios estabelecidos nos projetos da DIDES/ANS de indução da qualidade como parâmetros para a aplicação do Fator de Qualidade.
- Estratificação do índice de reajuste definido pela ANS (IPCA) para prestadores de serviços hospitalares em três percentuais: 105% do IPCA; 100% do IPCA e 85% do IPCA.
- Utilizar, nesse primeiro ano, o processo de acreditação como parâmetro máximo (105%) e a participação e cumprimento dos critérios estabelecidos nos projetos da DIDES de indução da qualidade como parâmetro intermediário (100%);
- Definir que hospitais que não possuem acreditação e não atenderem aos critérios definidos pela ANS para aplicação do reajuste serão classificados no parâmetro mínimo (85%);
- Considerar Hospital Acreditado aquele que possui certificado de acreditação em nível máximo emitido por instituições que tenham obtido reconhecimento da competência para atuar como Instituições Acreditoras no âmbito dos serviços de saúde pelo Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia – INMETRO ou pelo The International Society for Quality in Health Care – ISQUA;

Av. Augusto Severo, 84 | Glória
Rio de Janeiro/RJ | CEP: 20021-040

www.ans.gov.br | Disque-ANS: 0800 701 9656



Para os reajustes ocorridos no período de 22 de dezembro de 2015 a 31 de dezembro de 2016, conforme dispõe na IN DIDES nº 61, os indicadores e programas de indução da qualidade assistencial utilizados para a elaboração dos critérios de qualidade para fins de aplicação do percentual intermediário definido no art. 4º, inciso II da IN DIDES nº 61 serão:

- Proporção de guia eletrônica de cobrança na versão 3 do Padrão TISS;
- Núcleo de segurança do paciente cadastrado na ANVISA;
- Proporção de readmissão em até 30 dias da última alta hospitalar; ou
- Efetiva participação no Projeto Parto Adequado, comprovada pela melhoria no indicador proporção de partos vaginais.

A aplicação do percentual intermediário definido no art. 4º, inciso II da IN DIDES nº 61 seguirá o fluxo a seguir:

Av. Augusto Severo, 84 | Glória
Rio de Janeiro/RJ | CEP: 20021-040
www.ans.gov.br | Disque-ANS: 0800 701 9656





Não possui certificado de acreditação e alcançou a meta prevista no indicador: **Proporção de guia eletrônica de cobrança na versão 3 do Padrão TISS**

Sim

Não

Alcançou as metas previstas nos indicadores: **Núcleo de segurança do paciente cadastrado na ANVISA; e Proporção de readmissão em até 30 dias da última alta hospitalar?** E/ou

Alcançou efetiva participação no **Projeto Parto Adequado**, comprovada pelo aumento na proporção de partos vaginais, no ano de 2015, em relação ao ano de 2014, conforme informado pelos hospitais participante nos dados de linha de base do Projeto Parto Adequado.

Aplica-se o percentual previsto no Art. 4º, Inciso III da IN DIDES nº 61

Sim

Não

Aplica-se o percentual previsto no Art. 4º, Inciso II da IN DIDES nº 61

Aplica-se o percentual previsto no Art. 4º, Inciso III da IN DIDES nº 61

Deste modo, conforme descrito no fluxo acima, aqueles hospitais que não possuem certificado de acreditação em nível máximo, para fazer jus ao percentual de 100% do IPCA previsto no Inciso II, Art. 4º da IN DIDES nº 61, o hospital deverá obrigatoriamente cumprir a meta do indicador Proporção de guia eletrônica de cobrança na versão 3 do Padrão TISS e ter efetiva participação no Projeto Parto Adequado, comprovada pela melhoria no indicador proporção de partos vaginais ou cumprir a meta dos indicadores: Núcleo de segurança do paciente cadastrado na ANVISA e Proporção de readmissão em até 30 dias da última alta hospitalar. As fichas Técnicas dos indicadores mencionados, com as respectivas metas, encontram-se anexas a esta Nota.

Os critérios de qualidade descritos serão revisados anualmente, podendo-se excluir, alterar ou incluir novos parâmetros, considerando as políticas regulatórias do setor e

Av. Augusto Severo, 84 | Glória
Rio de Janeiro/RJ | CEP: 20021-040

www.ans.gov.br | Disque-ANS: 0800 701 9656



15
anos

análise de possíveis impactos ou dificuldades para implementação. Espera-se que no médio prazo, com o aprimoramento do Programa de incentivo à Qualificação de Prestadores de Serviços da Saúde Suplementar – Qualiss, em seu componente de Monitoramento da Qualidade dos Prestadores de Serviços, avancemos na análise de indicadores de resultado em saúde e esse passe a ser o critério de pontuação máxima para o Fator de Qualidade.

Jacqueline Alves Torres
Gerente-Executiva de Aprimoramento do
Relacionamento entre Prestadores e Operadoras

De acordo. Em 17/12 /2015.

MICHELLE MELLO DE SOUZA
Diretora Adjunta de Desenvolvimento Setorial

MARTHA REGINA DE OLIVEIRA
Diretora de Desenvolvimento Setorial

Av. Augusto Severo, 84 | Glória
Rio de Janeiro/RJ | CEP: 20021-040
www.ans.gov.br | Disque-ANS: 0800 701 9656





Proporção de guia eletrônica de cobrança na versão 3 do Padrão TISS

Conceituação

Proporção de guia de cobrança em meio eletrônico recebida pela operadora de plano privado de assistência à saúde, dentre as guias enviadas pelo prestador de serviço de saúde da operadora.

Método de cálculo

Total de guias eletrônicas de cobrança na versão 3 do Padrão TISS

Total de guias de cobrança

Definições de termos utilizados

Guia de cobrança eletrônica é a mensagem enviada pelo prestador de serviço de saúde à Operadora solicitando pagamento de atenção à saúde prestada a beneficiários da operadora.

O prestador de serviço de saúde será identificado pelo Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) e tipo de estabelecimento igual a hospital geral, hospital especializado e hospital dia.

O Plano de Contingência é o conjunto de regras e formulários estabelecidos para dar continuidade ao processo de trabalho na interrupção temporária das trocas eletrônicas.

Interpretação

A totalidade de guias eletrônicas de cobrança na versão 3 do Padrão TISS indica atendimento aos normativos da ANS e estabilidade do meio de comunicação.

Uso

O indicador possibilita avaliar a conformidade do relacionamento prestador de serviço de saúde com a operadora de plano privado de assistência à saúde, com um ato regulatório emitido pela ANS.

Indicadores de Segurança do Paciente

1 –NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE CADASTRADO NA ANVISA

Conceituação

Hospitais que compõem a rede assistencial dos planos privados de assistência à saúde que possuem núcleo de segurança do paciente (NSP) cadastrado na Agência Nacional de Vigilância Sanitária, de acordo com orientação dada na Nota Técnica ANVISA nº01/2015, no período de análise.

Definição de termos utilizados no Indicador

Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) - instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente.

Crítérios de Exclusão

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

Interpretação do Indicador

Mede o número de hospitais com NSP cadastrados na ANVISA com vistas a estimular a melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso seguro de tecnologias da saúde; a disseminação sistemática da cultura de segurança; a articulação e a integração dos processos de gestão de risco e a garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde.

Usos

Estimular as ações voltadas à segurança do paciente no setor suplementar de saúde, conforme previsto nas atribuições da Gerência-Executiva de Aprimoramento do Relacionamento entre Prestadores e Operadoras – GERAR, de acordo com o inciso II do



art. 23C da Resolução Normativa-RN nº 366, de 15 de dezembro de 2014: planejar, desenvolver e executar ações relacionadas à Política Nacional de Segurança do Paciente no âmbito da saúde suplementar.

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

A Resolução - RDC nº 36/2013 estabelece que todos os serviços de saúde abrangidos pela norma devem constituir núcleos de segurança do paciente- NSP e que estes devem proceder à notificação de eventos adversos associados à assistência à saúde – EAs. De 2014 até hoje temos 1.283 NSP cadastrados na ANVISA e, portanto aptos a notificarem EAs pelo sistema Notivisa 2.0. Considerando que no país existem cerca de 6.000 estabelecimentos hospitalares verifica-se que o número de NSP cadastrados está aquém do esperado.

Meta

A meta é ter 100% dos hospitais que compõem a rede assistencial dos planos privados de assistência à saúde com NSP cadastrados na ANVISA.

Para atingi-la, cada estabelecimento de saúde será mensurado individualmente, quanto à presença de NSP cadastrado.

Pontuação

Resultado Obtido Pelo Prestador	Pontuação	
	Valor de 0 a 1	Peso 1
NSP cadastrado		
NÃO	0	0
SIM	1	1

Fonte

MS/ANVISA

MS/DATASUS/CNES

Av. Augusto Severo, 84 | Glória
Rio de Janeiro/RJ | CEP: 20021-040

www.ans.gov.br | Disque-ANS: 0800 701 9656



Ações esperadas para causar impacto no Indicador

Estimular a criação de NSP nos estabelecimentos de saúde através da disseminação da importância da cultura de segurança e melhoria da qualidade nos serviços de saúde.

Limitações e Vieses

Problemas referentes à qualidade de preenchimento do cadastro ou existência do núcleo não cadastrado na ANVISA.

Referências

1. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 01/2015 Orientações gerais para a notificação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde. 12 jan 2015.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União, 2 abr. 2013.
3. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, 26 jul 2013.
4. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Resolução Normativa-RN nº 366, de 15 de dezembro de 2014. Altera o Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, instituído pela Resolução Normativa - RN nº 197, de 16 de julho de 2009, e a RN nº 198, de 16 de julho de 2009, que define o quadro de cargos comissionados e cargos comissionados técnicos da ANS. Diário Oficial da União, 16 dez 2014.



Proporção de readmissão em até 30 dias da última alta hospitalar

Nome

Proporção de readmissão em até 30 dias da última alta hospitalar.

Conceituação

Proporção de readmissões ocorridas em até 30 dias após a última alta hospitalar

Importância

As readmissões hospitalares, quando não planejadas, podem representar deficiências no atendimento das necessidades correspondentes a determinada doença (Borges e Turrini, 2011).

As readmissões hospitalares podem ser classificadas em planejadas e eventuais. As planejadas são aquelas necessárias para a continuidade da avaliação diagnóstica ou terapêuticas. As eventuais podem ser agrupadas em potencialmente evitáveis e não evitáveis. Quanto menor o intervalo entre a primeira admissão e a readmissão, maior a possibilidade do retorno por complicação ter sido potencialmente evitável (Kossovsky e col., 1999).

A readmissão quando potencialmente evitável poderia ter sido evitada com melhor gerenciamento do quadro clínico do paciente, adequado planejamento de alta, e provisão de recursos no domicílio para atender às necessidades do paciente. As readmissões também são um reflexo da potencialidade do paciente em se auto cuidar, de seus comportamentos de saúde, incluindo as condições biopsicossociais e culturais que interferem nesse processo (Kirby e col., 2010).

A maioria das readmissões potencialmente evitáveis é causada por complicações de um procedimento cirúrgico e de doenças crônicas, que dependem da adesão do paciente ao tratamento para a estabilidade do quadro clínico. O fenômeno das readmissões hospitalares é importante, pois a partir de sua observação, e conseqüentemente dos

fatores de risco envolvidos em sua ocorrência, é possível identificar a gravidade dos pacientes atendidos em um determinado serviço de saúde (Borges e Turrini, 2011).

Método de cálculo

Número total de readmissões em qualquer hospital em até 30 dias da última alta hospitalar	X 100
Número total de internações	

Definição de termos utilizados no indicador:

a) Numerador:

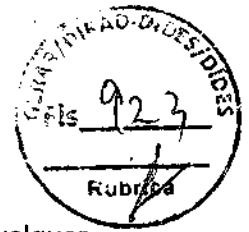
Número de pacientes readmitidos entre 0 e 29 dias da última alta hospitalar.

1. Admissões por questões de saúde mental não são excluídos.
2. As crianças estão incluídas neste indicador.
3. Internações por câncer e obstetria devem ser excluídas

b) Denominador:

Número total de internações hospitalares, respeitando os critérios de exclusão a seguir:

1. Todas as condições de internação, com exceção de câncer e obstetria. Casos de um dia, alta por morte, admissões na maternidade (com base na especialidade, tipo de episódio, diagnóstico), e aqueles com menção de um diagnóstico de câncer ou quimioterapia para o câncer são excluídos.



2. Pacientes com menção de um diagnóstico de câncer ou quimioterapia em qualquer lugar nos 365 dias antes da admissão também serão excluídos.
3. Quando houver mais do que uma readmissão no prazo de 30 dias, cada readmissão é contada uma vez.
4. Readmissões que terminam em morte também estarão incluídas no numerador.

Interpretação

1. O indicador mede a taxa de internações de pessoas que retornaram ao hospital no prazo de 30 dias desde a última vez que deixaram o hospital depois de uma admissão.
2. Internações por câncer e obstetrícia são excluídos, pois, podem ser parte do plano de cuidado do paciente.

Periodicidade de envio de dados

Anual

Público-alvo

Pacientes readmitidos até 30 dias da última alta hospitalar.

Usos

1. Este indicador mede a capacidade progressiva do prestador em ajudar as pessoas a se recuperarem de forma tão eficaz quanto possível.
2. Há uma série de fatores, incluindo cuidados de saúde, acompanhamento social e de reabilitação que contribuem para a recuperação efetiva depois de períodos de doença ou lesão. Se uma pessoa não se recupera bem, é mais provável que o tratamento hospitalar posterior seja necessário dentro de até 30 dias, que é a razão pela qual este indicador é utilizado para mensurar capacidade resolutiva na recuperação do paciente (NHS,2014).

Parâmetros, Dados e Recomendações

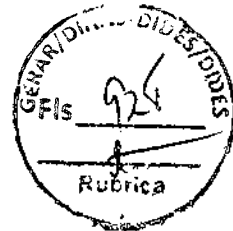
Em um estudo retrospectivo com registros de base hospitalar do ano de 2003, no Brasil, identificou-se que, do total das admissões, 714 (12,6%) eram readmissões. As readmissões ocorreram em todas as faixas etárias, aumentando a partir dos 40 anos, mas principalmente após os 80 anos. De todas as readmissões, em 57% delas os pacientes tinham o mesmo diagnóstico da primeira admissão e a maioria, 21,8%, teve como diagnóstico uma doença do aparelho circulatório, principalmente a insuficiência cardíaca congestiva e hipertensão arterial. As demais condições relacionadas às anemias, doenças endócrinas e neoplasias foram as principais causas de readmissão. Dos pacientes, 25,8% foram readmitidos até sete dias após a admissão anterior, 11,5% entre 8 e 15 dias, 13,8% entre 16 a 30 dias e 18,9% em um intervalo de 31 a 60 dias após a alta hospitalar. O diagnóstico da primeira readmissão foi o mesmo que o da admissão anterior em 57,0% dos pacientes, seguido pela não relação entre eles com 37,0% (Borges e Turrini, 2011).

A frequente readmissão em pacientes com doenças obstrutivas pulmonares, dispneias e insuficiências cardíacas crônicas é consistente com a noção de que pacientes que apresentam sintomas associados a essas afecções estão mais propensos a acreditar que sua condição é séria o suficiente para procurar um serviço de emergência ao invés de um atendimento ambulatorial ou um serviço de atenção primária a saúde (Kirby e col., 2010).

Nos Estados Unidos, os dados do NCHS para 2012 indicam que houve, em até 30 dias da última alta hospitalar, 18,7% readmissões hospitalares entre pacientes com pneumonia, 18,6% entre pacientes que apresentavam alguma condição aguda e 19,1% entre os que apresentaram ataque cardíaco (NCHS, 2012).

Metas

Pretende-se que o uso deste indicador diminua o número de readmissões em emergência após alta hospitalar, uma vez que vários estudos (Moreira, 2010; van Walraven e colaboradores, 2011; Souza-Pinto e col., 2013; Fischer e col. 2014) apontam que a proporção de readmissão hospitalar é um indicador frequentemente utilizado como



parâmetro para qualidade assistencial. Estudo realizado no Brasil (Moreira, 2010) indica que há, em termos globais, uma proporção de readmissões hospitalares no país de 19,8%, com variações significativas entre as regiões brasileiras (variação de 11,7 % na região Norte até 25,4% na região Sul). Assim, considerando-se os resultados e as exclusões admitidas, propõe-se uma meta objetiva de $\leq 20\%$.

Fontes de dados

Prontuário médico

Ações esperadas para causar impacto no indicador

1. Melhoria no gerenciamento do quadro clínico dos pacientes, adequado planejamento de alta, e provisão de recursos no domicílio para atender às necessidades do paciente.
2. Capacitação constante da equipe que compõe o quadro de profissionais do hospital.
3. Identificação de falhas em fluxos/protocolos de atendimento, para prover o cuidado efetivo ao paciente, a fim de que haja a desejada redução de readmissões hospitalares.

Limitações e vieses

1. Diferenças na gravidade da doença, co-morbidades e outros fatores de risco potencial podem contribuir para uma variação nos resultados.
2. Uma série de fatores fora do controle dos hospitais, como nível socioeconômico das populações e eventos anteriores à hospitalização local, podem contribuir para a variação encontrada.
3. Variação entre hospitais em relação ao tempo médio de permanência pode levar a diferentes proporções de complicações que ocorrem nos hospitais, ao contrário do que ocorre normalmente após a alta hospitalar.
4. As readmissões podem não estar ligadas clinicamente à condição que levou à internação anterior, requerendo cuidado clínico diferenciado para o paciente.

5. Hospitais especializados exclusivamente em oncologia ou obstetrícia deverão informar sua condição quando do envio dos dados.

Auditoria

A ANS verificará, por intermédio dos dados da Troca de Informações na Saúde Suplementar (TISS) ou Comunicação de Informação Hospitalar (CIH), valores divergentes aos informados para fins de auditoria.

Referências

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

FISCHER, C. et al. Is the readmission rate a valid quality Indicator? A review of the evidence. PLoS ONE, v.9, n.11, e112282, 2014.

KIRBY, S.E. et al.. Patient related factors in frequent readmissions: the influence of condition, access to services and patient choice. BMC Health Services Research, v.10, n.6, 2010.

KOSSOVSKY, M.P. et al. Comparison between planned and unplanned readmissions to a Department of Internal Medicine. Journal of Clinical Epidemiology, v.52, n.2, p.151-156, 1999.

MOREIRA, M.L. Readmissões no sistema de serviços hospitalares no Brasil. 2010. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva)- Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

NCHS - NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS. HEALTH INDICATORS WAREHOUSE. 2012. Disponível em:

<http://www.healthindicators.gov/App_Resources/Documents/HIW%20Indicator%20List.pdf>. Acesso em: 30 set. 2015.

Av. Augusto Severo, 84 | Glória
Rio de Janeiro/RJ | CEP: 20021-040
www.ans.gov.br | Disque-ANS: 0800 701 9656





NHS, Health & Social Care Information Centre – hscic. Compendium of Population Health Indicators. The Health and Social Care Information Centre Crown Copyright, January, 2015.

RIPSA – REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE . Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

SOUZA-PINTO B. et al. Reinternamentos hospitalares em Portugal na última década. Acta Médica Portuguesa, v. 26, n.6, p. 711-720, 2013.

Van WALRAVEN, C et al. Proportion of hospital readmissions deemed avoidable: a systematic review. Canadian Medical Association Journal, v. 183, n.7, E391–E402, 2011.

Av. Augusto Severo, 84 | Glória
Rio de Janeiro/RJ | CEP: 20021-040
www.ans.gov.br | Disque-ANS: 0800 701 9656



Nota Técnica

87/2017

Indicadores e Critérios do

Fator de Qualidade

(ano-base 2017)

Dezembro de 2017
GEEIQ/DIDES/
DIRAD-DIDES/DIDES

Sumário

Nota Técnica nº. 87/2017/GEEIQ/DIDES/DIRAD-DIDES/DIDES	3
Conformidade com a utilização do padrão TISS	19
Taxa de retorno não planejado à sala de cirurgia	21
Percentual de Partos Vaginais	23
Proporção de readmissão em até 30 dias da última alta hospitalar	30
Núcleo de Segurança do Paciente cadastrado na Anvisa	35

Nota Técnica nº 87/2017/GEEIQ/DIDES/DIRAD-DIDES/DIDES

Assunto: Critérios de qualidade considerados para fins de aplicação do Fator de Qualidade aos reajustes dos contratos dos Prestadores de Serviços de Saúde, ano-base de 2017 a ser aplicado em 2018.

I - Introdução:

1. Os critérios para a aplicação do Fator de Qualidade (FQ) ao reajuste dos contratos dos prestadores de serviços de saúde (ano-base 2017) a ser aplicado em 2018, são descritos na presente nota técnica.

2. A Lei 13.003/2014 alterou a Lei 9656/1998, tornando obrigatória a existência de contratos escritos, firmados entre as operadoras de planos de saúde privados e todas as categorias de prestadores de serviços de saúde, sejam serviços hospitalares, sejam clínicas e laboratórios, sejam profissionais de saúde. Nesses contratos devem constar cláusulas prevendo o índice que será empregado para o reajuste dos contratos e a periodicidade em que estes devem ser reajustados.

3. Com a finalidade de estabelecer regras claras para a assinatura de contratos entre os entes regulados, a ANS publicou as Resoluções Normativas nº 363 e nº 364, em fins de 2014. A RN 363/2014 estabeleceu as regras gerais para a celebração dos contratos escritos firmados entre as operadoras de planos de assistência à saúde e os prestadores de serviços de atenção à saúde. A RN 364/2014, complementando o disposto na RN 363/2014, estipulou que a ANS deveria definir um índice de reajuste, a ser aplicado pelas operadoras de planos de assistência à saúde aos seus prestadores de serviços de atenção à saúde, em situações específicas.

4. O índice de reajuste escolhido pela ANS foi o IPCA, como estabelecido no Artigo 3º da RN 364/2014, alterada pela RN 391/2015:

*“Art. 3º O índice de reajuste definido pela ANS, a que alude o § 4º do art. 17-A da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, incluído pela Lei nº 13.003, de 24 de junho de 2014, é o **Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA**”.*

5. No Artigo 4º da RN 364/2014, explica-se, por conseguinte, em quais situações específicas este índice deverá ser aplicado:

*“Art. 4º A operadora deverá utilizar o índice de reajuste definido pela ANS como forma de reajuste nos contratos escritos firmados com seus Prestadores quando preenchidos ambos os critérios abaixo:
I - houver previsão contratual de livre negociação como única forma de reajuste; e
II - não houver acordo entre as partes ao término do período de negociação, conforme estabelecido na Resolução Normativa - RN nº 363, de 11 de dezembro de 2014, art. 12, § 3º”.*

6. No artigo 7º da RN 364/2014, por outro lado, foi estipulado que haveria um Fator de Qualidade (FQ) a ser aplicado ao índice de reajuste anual dos contratos:

*“Art. 7º Ao índice de reajuste definido pela ANS será aplicado um Fator de Qualidade a ser **descrito através de Instrução Normativa**.
§ 1º Para os profissionais de saúde a ANS utilizará na composição do Fator de Qualidade critérios estabelecidos pelos conselhos profissionais correspondentes, em parceria com a ANS, em grupo a ser constituído para este fim.
§ 2º Para os demais estabelecimentos de saúde, a ANS utilizará, na composição do fator de qualidade, certificados de Acreditação e de Certificação de serviços estabelecidos no setor de saúde suplementar, em grupo a ser constituído para este fim.
§ 3º Na composição do Fator de Qualidade também poderão ser utilizados indicadores selecionados, bem como a participação e o desempenho em projetos e programas de indução da qualidade, conforme a ser definido pela DIDES. (Incluído pela RN nº 391, de 04/12/2015)”.*

7. Em síntese, a RN 364/2014 estabeleceu que o IPCA seria o índice de reajuste estipulado pela ANS, mas que este só seria utilizado quando preenchidas duas condições: quando o contrato possuísse cláusula de livre negociação de reajuste entre as partes, e quando estas não chegassem a um acordo nos primeiros 90 dias do ano. A RN 364/2014

estabeleceu igualmente a importância da aplicação de um fator de qualidade como modulador do índice de reajuste, e que estes critérios seriam estabelecidos por Instrução Normativa da Diretoria de Desenvolvimento Setorial (DIDES), após discussão em grupo consultivo constituído por representantes dos prestadores, representantes de entidades acreditadoras, conselhos profissionais e representantes de operadoras de planos de saúde privados.

8. Desta forma, nos anos subsequentes, a DIDES/ANS publicou duas Instruções Normativas (IN), onde estão descritos os critérios para a aplicação do FQ: IN n.º 61/2015 e IN n.º 63/2016 e suas alterações.

II- Comitê Técnico de Avaliação da Qualidade Setorial (COTAQ)

9. O Comitê Técnico de Avaliação da Qualidade Setorial (COTAQ) foi instituído pela RN nº 405/2016, que dispõe sobre o Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar – QUALISS. O COTAQ substituiu o Comitê Gestor do Programa de Divulgação da Qualificação de Prestadores de Serviço na Saúde Suplementar (COGEP), instituído pela RN nº 267/2011, norma revogada pela RN nº 405/2016.

10. A finalidade do COTAQ está descrita no artigo 4º da RN 405/2016:

Art. 4º O Comitê Técnico de Avaliação da Qualidade Setorial - COTAQ é uma instância consultiva coordenada pela Diretoria de Desenvolvimento Setorial - DIDES com a finalidade de auxiliar a ANS no estabelecimento de critérios de aferição e controle da qualidade da prestação de serviços na saúde suplementar.

11. No âmbito do COTAQ foram instituídos subgrupos divididos de acordo com o tipo de prestadores de serviços de saúde. A finalidade da reunião nos subgrupos é o de discutir de forma mais aprofundada e diretamente com os interessados, os critérios para a qualificação de prestadores e, em especial, para a aferição do FQ de cada ano-base.

III- Instruções Normativas da DIDES especificando as regras para aferição do FQ dos Prestadores de Serviços de Saúde:

12. Como mencionado anteriormente, a DIDES publicou duas Instruções Normativas (IN), especificando as regras para a aferição do FQ, uma em 2015 e outra em 2016:

- **IN nº 61/2015**, com os critérios do **FQ para os estabelecimentos Hospitalares**;
- **IN nº 63**, alterada pela IN nº 64/2016, com os critérios do FQ para os **estabelecimentos não hospitalares e para os profissionais de saúde**.

13. De acordo com o artigo 4º da IN nº 61/DIDES/2015, são estes os critérios para a aplicação do FQ ao reajuste dos estabelecimentos hospitalares:

“Art. 4º O fator de qualidade será aplicado ao reajuste dos contratos escritos firmados pelas Operadoras com seus Prestadores, nas situações previstas nesta Instrução Normativa, em que couber a utilização do índice de reajuste definido pela ANS conforme previsto na RN nº 364, de 2014, de acordo com os seguintes percentuais:

I - 105% do IPCA para os Hospitais Acreditados;

II - 100% do IPCA para hospitais não acreditados que participarem e cumprirem os critérios estabelecidos nos projetos da DIDES de indução da qualidade; e

III – 85% do IPCA para hospitais que não atenderem ao disposto nos incisos I e II, deste artigo”.

14. Já, para os prestadores de serviços de saúde não hospitalares, o artigo 3º da IN nº 63/2016, alterada pela IN nº 64/2016, dispôs que o FQ seria aplicado desta forma:

“Art. 3º O Fator de Qualidade será aplicado ao reajuste dos contratos escritos firmados pelas operadoras com seus prestadores de serviços de atenção à saúde não hospitalares, nas situações previstas nesta Instrução Normativa, em que couber a utilização do índice de reajuste definido pela ANS conforme previsto na RN nº 364, de 2014. (Redação dada pela IN nº 64, de 2016).

Parágrafo único: O Fator de Qualidade será aplicado de acordo com os seguintes percentuais:

I - 105% (cento e cinco por cento) do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA para os prestadores de serviços de saúde que se enquadrem nos critérios estabelecidos para o Nível A do Fator de Qualidade;

*II - 100% (cem por cento) do IPCA para os prestadores de serviços de saúde que se enquadrem nos critérios estabelecidos para o Nível B do Fator de Qualidade; e
III – 85% (oitenta e cinco por cento) do IPCA para os prestadores de serviços de saúde que não atenderem ao disposto nos incisos I e II deste artigo”.*

15. Aqui cabe assinalar que os critérios para a aferição e aplicação do FQ, foram estabelecidos de forma ampla, nas Instruções Normativas, isto é, sem especificação de que tipo de dados seriam apurados para determinar os níveis A e B do FQ para os diferentes tipos de prestadores de serviços de saúde, nem de como estes dados de qualidade seriam compilados para fins de classificação no FQ. Assim, foi estabelecido, no artigo 6º da IN nº 63, alterada pela IN nº 64/2016, que a ANS divulgaria, em seu portal institucional na internet, uma nota técnica com os critérios para a aferição e aplicação do FQ dos prestadores.

16. A DIDES/ANS publicou, em novembro de 2015, a Nota Técnica nº 34, referente aos critérios do FQ para prestadores hospitalares, ano-base 2015. Em 2016, foi publicada a Nota Técnica nº 45 e uma Nota Explicativa, detalhando os critérios para a coleta de dados e para a aferição do FQ, ano-base 2016.

17. A NT nº 34 pode ser consultada aqui:

http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano_de_saude_e_Operadoras/Area_do_prestador/contrato_entre_operadoras_e_prestadores/indicadores-e-nota.pdf

18. A NT nº 45 pode ser consultada aqui:

http://answeb-producao/images/stories/prestadores/contrato/fator_qualidade/2016/fator_de_qualidade_e_notatecnica_45_2016.pdf

19. A nota Explicativa pode ser consultada aqui:

http://answeb-producao/images/stories/prestadores/contrato/fator_qualidade/2016/fator_de_qualidade_e_notatecnica_12_12_2016.pdf

IV- Publicação de Nota Técnica para definição de critérios para o FQ ano-base 2017:

20. O FQ é o percentual aplicado ao índice de reajuste anual dos prestadores de serviços de saúde, estabelecido pela ANS (Índice de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA) nos casos previstos na RN n.º 364/2014, condicionado ao cumprimento de critérios de qualidade.

21. O FQ deverá ser aplicado como modulador do IPCA, incidindo sobre o reajuste dos contratos firmados entre os prestadores de serviços de saúde e as operadoras de planos privados de assistência à saúde, quando há previsão de livre negociação entre as partes, como única forma de reajuste, e não há acordo após a negociação, nos primeiros noventa dias do ano. O FQ poderá ser de 105%, 100% ou 85% do IPCA, a depender do cumprimento dos requisitos de qualidade.

22. Os Conselhos Profissionais, ou entidades por eles indicadas, participaram da elaboração dos critérios para aplicação do FQ em parceria com a ANS. Estes critérios foram detalhados nas Instruções Normativas nº 61/2015 e nº 63/2016, que complementam a Resolução Normativa nº 364/2014, e na Nota Técnica 45/2016/DIDES/ANS, que trata dos critérios para aplicação do FQ ano-base 2016, como relatado nas seções anteriores da presente nota técnica.

23. Após as discussões no âmbito do COTAQ e seus subgrupos, a ANS optou por manter os mesmos critérios para a classificação dos prestadores em níveis A e B do FQ para o ano base de 2017 a ser aplicado em 2018, fazendo somente pequenos ajustes operacionais, abrindo a discussão para reestruturação do FQ em 2018.

24. Desta forma, para o ano base de 2017, prestadores continuarão a ser classificados nos níveis A (105%), B (100%), ou 85% do IPCA, conforme aconteceu para o ano base de 2016.

25. Os critérios para a aferição e aplicação do FQ para cada tipo de prestador de serviços de saúde, ano-base 2017, encontram-se detalhados a seguir, considerando:

26. A existência de um sistema formal de acreditação de serviços, inclusive com certificação internacional, bem como o reconhecimento da utilidade e validade desta forma de avaliação no campo científico da qualidade;

27. O investimento e o período de tempo envolvidos com um processo de acreditação de serviços de saúde;

28. A necessidade de estímulo ao uso adequado do Padrão TISS, com vistas a melhoria dos dados disponíveis no setor suplementar em níveis adequados de cobertura, completitude e consistência, que permitam a construção de um monitoramento a partir de indicadores de qualidade, em especial de resultados, com validade e confiança;

29. A implementação do Projeto Parto Adequado como o primeiro projeto de melhoria da qualidade dos serviços de saúde instituído pela DIDES/ANS, em uma iniciativa conjunta com o Hospital Israelita Albert Einstein e o *Institute for Healthcare Improvement* (IHI) e apoio do Ministério da Saúde, o qual tem como objetivo elaborar, testar, avaliar e disseminar modelos de atenção ao parto e nascimento que favoreçam a qualidade dos serviços, valorizem o parto normal e contribuam para a redução dos riscos decorrentes de cesarianas desnecessárias;

30. A implementação do Projeto Idoso bem cuidado, que surgiu da necessidade de melhorar o cuidado aos idosos que possuem planos privados de saúde no Brasil e da necessidade de debater e reorientar os modelos de prestação e remuneração de serviços na saúde suplementar, visando a melhoria da qualidade da atenção e a implementação de estratégias de sustentabilidade do setor;

31. A implementação do Projeto ONCOREDE, que busca a implantação de um novo modelo de cuidado a pacientes oncológicos beneficiários de planos privados de saúde;

32. A necessidade de estímulo à adoção de medidas de segurança do paciente, como parte das ações de melhoria da qualidade dos serviços de saúde.

4.1- Critérios do FQ para Prestadores Hospitalares

33. O programa de acreditação de Hospitais já está bastante consolidado no Brasil, assim, para este tipo de prestador, a acreditação continua sendo o padrão-ouro, garantindo a classificação do hospital no Nível A, isto é, garantindo 105% do FQ. Para a classificação dos hospitais no nível B, isto é, em 100% do FQ, será utilizada a mesma metodologia para a coleta dos dados de qualidade utilizadas para o ano-base 2016, com pequenos ajustes nos indicadores utilizados.

34. Em síntese, estes serão os critérios do FQ para a classificação dos Hospitais, ano-base 2017:

Nível A: 105% do IPCA

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

Nível B: 100% do IPCA

- Cumprir os critérios estabelecidos para o indicador *“Conformidade com a utilização do padrão TISS”*; e
- Ter Núcleo de segurança do paciente cadastrado na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); e
- Informar o resultado de um dos seguintes indicadores de acordo com o perfil do hospital. Indicador: *“Proporção de readmissão em até 30 dias da última alta hospitalar”* ou *“Percentual de Partos Vaginais”*.

OU ENTÃO:

- Cumprir os critérios estabelecidos para o indicador “*Conformidade com a utilização do padrão TISS*”; e
- Efetiva participação em um dos Projetos da DIDES para melhoria da qualidade no ano de 2017:
 - Parto Adequado; ou
 - Idoso Bem Cuidado; ou
 - OncoRede.

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

OBS: A apuração dos dados do FQ dos Hospitais se dará desta forma:

- As informações sobre Acreditação serão enviadas diretamente para a ANS pelas entidades acreditadoras, cadastradas no Programa QUALISS da ANS, como definido na RN nº 405/2016, considerando que o prestador esteja acreditado no mês de dezembro de 2017 ou em processo de renovação de sua acreditação, caso esta tenha expirado.
- As informações sobre o Núcleo de Segurança do Paciente serão enviadas diretamente para a ANS pela ANVISA.
- O formulário *FormSUS* para informação dos indicadores “*Proporção de readmissão em até 30 dias da última alta hospitalar*” e “*Proporção de Partos Vaginais*” estarão disponíveis para preenchimento no portal da ANS, na área destinada aos prestadores, de 8 de janeiro de 2018 até 9 de março de 2018.
- O indicador “*Proporção de Partos Vaginais*” deverá ser preenchido somente pelas maternidades.
- A lista de hospitais que informarem o indicador “*Conformidade com a utilização do Padrão TISS*” será apurado pela própria ANS a partir das informações na base do TISS.
- A informação sobre a efetiva participação dos Hospitais em um dos Projetos da DIDES para melhoria da qualidade – Parto Adequado, Idoso Bem Cuidado e OncoRede – será também apurada pela própria ANS. Serão considerados para este indicador os hospitais que participaram dos projetos no ano de 2017.
- Para a identificação dos hospitais é necessário a utilização do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e do CNPJ válidos.

4.2- Critérios do FQ para Hospital-dia:

35. Com relação ao hospital-dia, os critérios para a aplicação do FQ serão praticamente os mesmos dos hospitais. No entanto, pela natureza do serviço, com permanência do paciente por até 12 horas na unidade, não serão considerados os projetos de programa de qualidade da ANS, por não se aplicarem ao tipo de serviço prestado nestes estabelecimentos, pois requerem acompanhamento e/ou tratamento à médio e longo prazo, o que não é o caso do hospital-dia.

36. Portanto, ficou estabelecido que o FQ para o hospital-dia será aplicado da seguinte forma:

Nível A: 105% do IPCA

- Possuir selo de acreditação ou certificação emitido por entidade acreditadora/Certificadoras que tenha obtido reconhecimento da competência para atuar no âmbito dos prestadores de serviços de saúde pelo Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia – INMETRO ou pelo *The International Society for Quality in Health Care* – ISQUA.
- Para os casos em que forem apresentadas certificações, é necessário que estas considerem a totalidade da prestação da assistência à saúde do prestador de serviços.

Nível B: 100% do IPCA:

- Cumprir os critérios estabelecidos para o indicador “*Conformidade com a utilização do Padrão TISS*”; e
- Ter Núcleo de segurança do paciente cadastrado na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

OU ENTÃO:

- Cumprir os critérios estabelecidos para o indicador “*Conformidade com a utilização do Padrão TISS*”; e
- Informar o Indicador: “*Taxa de retorno não planejado para a sala de cirurgia*”, para os hospitais-dia cirúrgicos.

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

OBS: A apuração dos dados do FQ dos Hospitais-dia se dará desta forma:

- As informações sobre Acreditação e Certificação serão enviadas diretamente para a ANS pelas entidades acreditadoras, cadastradas no Programa QUALISS da ANS, como definido na RN nº 405/2016
- As informações sobre o Núcleo de Segurança do Paciente serão enviadas diretamente para a ANS pela ANVISA.
- O formulário *FormSUS* com o indicador “Taxa de retorno não planejado à sala de cirurgia” (para hospital-dia cirúrgico) estará disponível no portal da ANS na área destinada aos prestadores, de 8 de janeiro de 2018 até 9 de março de 2018.
- O indicador “Conformidade com a utilização do Padrão TISS” será apurada pela própria ANS a partir das informações na base do TISS.
- Para a identificação dos hospitais-dia é necessário a utilização do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e do CNPJ válidos.

4.3- Critérios do FQ para Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapia (SADT) e para Serviços de Atenção Domiciliar (*Home care*):

37. No caso do SADT e dos serviços de atenção domiciliar (*Home care*), além do critério já mencionado acima, considerando a acreditação e a certificação (Nível A – 105% do IPCA) ficou definido que para obter 100% do IPCA o prestador deverá responder ao questionário proposto pela ANS que ficará disponível no portal eletrônico da entidade representante do prestador.

Nível A: 105% do IPCA:

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

- Para os casos em que forem apresentadas certificações, é necessário que estas considerem a totalidade da prestação da assistência à saúde do prestador de serviços.

Nível B: 100% do IPCA

- Responder ao questionário sobre qualidade, elaborado pela equipe da ANS, disponível no Portal eletrônico da entidade representante do prestador.

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

OBS: A apuração dos dados do FQ dos SADT se dará desta forma:

- As informações sobre Acreditação e Certificação serão enviadas diretamente para a ANS pelas entidades Acreditoras/Certificadoras, cadastradas no Programa QUALISS da ANS, como definido na RN nº 405/2016.
- O questionário de qualidade, a ser preenchido pelo SADT e pelos serviços de atenção domiciliares (*home care*), estarão disponíveis no site da associação representativa da categoria:
 - a) Para grande parte dos Serviços de SADT e serviços de atenção domiciliares (*home care*), o questionário estará disponível no portal da Associação Médica Brasileira – AMB, com algumas exceções, descritas a seguir.
 - b) Para os laboratórios de Análises Clínicas/Patologia Clínica, o questionário será disponibilizado pela Sociedade Brasileira de Análises Clínicas – SBAC e pela Sociedade Brasileira de Patologia Clínica – SBPC.
 - c) Para os Serviços relacionados à Radiologia, o questionário será disponibilizado pelo Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem - CBR.
 - d) Para os Laboratórios de Patologia, o questionário será disponibilizado pela Sociedade Brasileira de Patologia – SBP.
 - e) Os laboratórios também poderão preencher o questionário disponibilizado pelo Conselho Federal de Biomedicina ou pelo Conselho Federal de Farmácia.
- Para a identificação dos SADT e dos Serviços de atenção domiciliares (*Home care*) é necessário a utilização do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e do CNPJ válidos.

4.4- Critérios do FQ para Clínicas que não sejam classificadas como SADT ou consultórios isolados:

38. Para a apuração do FQ das Clínicas, composta de várias especialidades médicas, e dos consultórios, optou-se por uma forma simples para aferir as ações que podem influenciar na qualidade do serviço prestado ao usuário, considerando que o debate sobre a qualidade dos serviços de saúde exige aprimoramento.

39. Deve ser levada igualmente em conta a estrutura organizada para receber essas informações em colaboração com os Conselhos Profissionais ou outras entidades colaboradoras que possuem diferentes níveis de infraestrutura.

40. Portanto, será solicitada informação sobre a titulação dos profissionais de saúde, que atuam nas clínicas ou consultórios isolados, pois presume-se que o período e o nível de formação, influenciam na qualificação profissional. Além disso, deverão ser respondidos questionários de qualidade, que serão disponibilizados no Portal dos respectivos Conselhos Profissionais.

41. Ressalte-se que as informações a respeito da titulação dos profissionais serão fornecidas à ANS pelos conselhos profissionais e entidades designadas, ou seja, os prestadores de serviços de saúde deverão fornecer essas informações aos seus respectivos conselhos e estes por sua vez, repassarão à ANS.

a) Clínicas:

42. Quanto às clínicas, para que sejam classificadas como Nível A e, portanto, façam jus a receberem 105% do IPCA de reajuste, o critério será a proporção de 50% ou mais de profissionais de saúde com uma das titulações informadas (Residência/Título de Especialização/Pós Graduação *latu Senso* e *Stricto Senso*).

43. Para que obtenham 100% do IPCA de reajuste, deverão responder ao questionário proposto pela ANS, que ficará disponível no portal eletrônico da entidade representante do prestador perante a ANS.

NÍVEL A: 105% do IPCA

- O critério será a proporção de 50% ou mais de profissionais de saúde com uma ou mais das titulações informadas: Residência, Título de Especialista, Pós-Graduação *latu senso e stricto senso*.

NÍVEL B: 100% do IPCA

- O Responsável técnico da Clínica deverá responder ao questionário sobre qualidade, disponível no Portal da entidade representativa do prestador.

OBS: A apuração dos dados do FQ das Clínicas, não classificadas como SADT, se dará desta forma:

- A informação sobre a titulação do corpo profissional das clínicas deverá ser disponibilizada pelo Responsável Técnico da Clínica ao responder o questionário;
- No caso das clínicas será considerada a sua finalidade principal;
- Para clínicas multiprofissionais, será considerada a categoria profissional de saúde em maior número;
- O questionário sobre qualidade estará disponível no portal do Conselho Profissional, representativo da profissão de saúde. Para aquelas com igual quantitativo de profissionais por categoria, a clínica poderá escolher o Conselho Profissional pelo qual o questionário será acessado.
- As clínicas classificadas como SADT deverão seguir os critérios previstos no item 4.3 desta Nota.
- Para a identificação das Clínicas multiprofissionais é necessário informar CNPJ válido.

b) Consultórios Isolados:

44. Em colaboração com os Conselhos das profissões de saúde, será solicitada informação sobre a titulação dos profissionais afiliados aos Conselhos, que atuam na saúde suplementar, pois presume-se que o período e o nível de formação, influenciam na

qualificação profissional. Em síntese, as informações a respeito da titulação dos profissionais serão fornecidas à ANS pelos conselhos profissionais e entidades designadas, ou seja, os prestadores de serviços de saúde deverão fornecer essas informações aos seus respectivos conselhos e estes por sua vez repassarão à ANS.

45. Além da informação sobre sua titulação, o profissional de saúde deverá responder a um questionário sobre qualidade em saúde. O questionário tem por objetivo, conhecer melhor a forma de atuação dos prestadores de serviços da saúde suplementar, possibilitando, através de um debate multidisciplinar, o aprimoramento e melhoria nos resultados.

46. Caso o profissional não possua a titulação exigida para obter o percentual máximo de 105 % do IPCA de reajuste definido na norma, poderá ainda obter 100% do IPCA, respondendo o questionário sobre qualidade disponibilizado para esse fim.

Nível A: 105% do IPCA

- O profissional deverá ter um dos seguintes títulos de formação profissional/acadêmica: Residência, Título de Especialista, Pós-Graduação *latu Sensu* ou *Stricto Sensu*; e
- O profissional deverá responder ao questionário sobre qualidade disponível no portal da internet de sua entidade representativa.

Nível B: 100% do IPCA:

- O profissional deverá responder ao questionário sobre qualidade disponível no Portal da internet de sua entidade representativa.

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

OBS: A apuração dos dados do FQ para consultórios isolados se dará desta forma:

- A informação sobre o Título deverá ser encaminhada para a ANS pela entidade representativa de cada categoria profissional;

- O Profissional de Saúde deverá responder ao questionário disponível no portal eletrônico da sua entidade representativa.

V- Considerações Finais

47. Para fins da utilização do FQ, é facultada à operadora de planos de saúde solicitar os documentos comprobatórios relativos à certificação/acreditação e formação profissional/acadêmica dos seus prestadores de saúde conveniados.

48. Os critérios de qualidade descritos na presente nota técnica referem-se ao ano base de 2017, a ser aplicado em 2018 e poderão ser revisados anualmente, podendo-se excluir, alterar ou incluir novos parâmetros, considerando as políticas regulatórias do setor e análise de possíveis impactos ou dificuldades para sua implementação.

49. Ao final do período de apuração dos dados que compõem o FQ, a ANS divulgará a lista de prestadores que preenchem os critérios relativos a parte de envio de dados e informações no espaço destinado aos prestadores no portal institucional da ANS.

Fichas técnicas

Conformidade com a utilização do padrão TISS

Conceituação

Proporção de guia de cobrança em meio eletrônico, na versão 3 do padrão TISS, recebida pela operadora de plano privado de assistência à saúde, dentre as guias enviadas pelo prestador de serviço de saúde da operadora.

Método de cálculo

Total de guias eletrônicas de cobrança na versão 3 do padrão TISS

Total de guias de cobrança

Definição dos termos utilizados no indicador

Guia de cobrança eletrônica é a mensagem enviada pelo prestador de serviço de saúde à Operadora solicitando pagamento de atenção à saúde prestada a beneficiários da operadora.

O prestador de serviço de saúde será identificado pelo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e tipo de estabelecimento igual a hospital geral, hospital especializado ou hospital dia.

Interpretação

A totalidade de guias eletrônicas de cobrança na versão 3 do Padrão TISS indica atendimento aos normativos da ANS e estabilidade no meio de comunicação.

Usos

O indicador possibilita avaliar a conformidade do relacionamento do prestador de serviços de saúde com a operadora de plano privado de assistência à saúde, com um ato regulatório emitido pela ANS.

Parâmetros e dados estatísticos

O parâmetro é a obrigatoriedade estabelecida no ato regulatório emitido pela ANS.

Meta

0,75 – das guias enviadas pelo prestador de serviço de saúde à operadora de plano privado de assistência à saúde, no formato eletrônico e versão 3 do Padrão TISS.

Pontuação

0 a 1 – Valor obtido no resultado do cálculo.

Fonte dos dados

Base de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde.

Base de dados do Padrão TISS enviados pela Operadora para a ANS.

Ações esperadas para causar impacto no indicador

Adequação da rotina operacional do prestador de serviço de saúde para cobrança da atenção à saúde prestada aos beneficiários da Operadora.

Limitações e vieses

Falhas no processo de recepção das contas na Operadora, ou no processo de envio dos dados à ANS pela Operadora.

Referências

Resolução Normativa RN nº 305 de 09 de outubro de 2012 e Instrução Normativa nº 51 de 09 de outubro de 2012.

Taxa de retorno não planejado à sala de cirurgia

Conceituação

Representa a proporção de pacientes que necessitam retornar à sala de cirurgia, após uma cirurgia eletiva, em função de intercorrência relacionada à cirurgia.

Importância

Como na maioria das vezes, retornos não planejados para a sala de cirurgia refletem problemas relacionados com o procedimento em si, as taxas de reoperação podem ser úteis no monitoramento da qualidade entre os hospitais e para identificar aquilo que pode melhorar (Connoly).

Método de cálculo:

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

Definição dos termos utilizados no indicador

- a) Numerador: Número de retornos não planejados à sala de cirurgia
- b) Denominador: Número total de cirurgias realizadas.

Interpretação

Uma taxa elevada de retorno nos primeiros sete dias pode estar relacionada à estrutura (ex: conformação do centro cirúrgico) ou ao processo (p. ex a perícia da equipe cirúrgica).

Periodicidade de envio dos dados

Mensal

Público alvo

Pacientes submetidos a cirurgia.

Usos

Avaliar se há alta taxa de retorno à sala de cirurgia que pode estar relacionada, por exemplo, a deficiências estruturais no centro cirúrgico ou a erros na execução do procedimento.

Parâmetros, dados e recomendações

O retorno do paciente à sala de cirurgia denota defeitos de estrutura ou de processo, que devem ser corrigidos.

Meta

Proporção média anual de pacientes que retornam < 20%.

Fonte dos dados

Prontuários

Ações esperadas para causar impacto no indicador

Adoção de boas práticas no centro cirúrgico.

Limitações e vieses

1. Depende da especialidade e do tipo de cirurgia.
2. Hospitais especializados podem apresentar fatores que influenciem no indicador.

Referências

1. ANAHP – Associação Nacional de Hospitais Privados. Observatório ANAHP 2015 Birkmeyer JD et al Is unplanned return to the operating room a useful quality indicator in general surgery Arch Surg. 2001 Apr;136(4):405-11.
2. Connolly, P. Unplanned return to operating room in a community hospitalbased obstetrics and gynecology residency. The Journal of the American Osteopathic Association Vol 103 No 3 March 2003 Unplanned return to the operating room. Aust N Z J Surg. 1998 Feb;68(2):143- 6.
3. Ansari MZ, Collopy BT. The risk of an unplanned return to the operating room in Australian hospitals. Aust N Z J Surg. 1996 Jan;66(1):10-3.

Percentual de Partos Vaginais

Conceituação

Percentual de Partos Vaginais dentre todos os partos realizados

Importância

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), mais de 900 mil cesarianas sem indicação clínica foram realizadas no Brasil, no ano de 2008, a um custo estimado em 227 milhões de dólares (Gibbons *et al.* 2010).

O Brasil é destaque negativo na realização excessiva deste procedimento, com um percentual de 56% de cesarianas, sendo ainda maior no setor privado, com percentual de 88%, maior percentual entre os países da América Latina (Betran *et al.* 2016).

Trata-se de um grave problema de saúde pública, pois de acordo com evidências científicas, percentuais de cesariana acima de 10% não reduzem a mortalidade materna e neonatal (Betran *et al.*, 2015; Ye J *et al.*, 2016). Por outro lado, estudos transversais (Grönlund *et al.*, 1999; Mesquita *et al.*, Horta *et al.*, 2013; Cardwell *et al.*, 2008; Thavagnanam *et al.*, 2008) têm demonstrado que neonatos nascidos por parto vaginal apresentam uma maior diversificação da microbiota intestinal do que os nascidos por cesariana, o que pode redundar no menor risco do desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis a longo prazo. O início precoce do aleitamento materno também é favorecido pelo do nascimento por parto vaginal (Zanardo *et al.*, 2010.).

Por tudo isso, a ANS tem investido no estímulo ao parto normal e na realização de cesarianas somente quando há indicação clínica, com destaque para o Projeto Parto Adequado

Método de cálculo

Número de partos vaginais (inclui parto vaginal operatório) no período

X 100

Número total de partos no período

Definição de termos utilizados no indicador:

a) Numerador:

Número de partos vaginais (inclui parto vaginal operatório) no período

b) Denominador:

Número total de partos no período (inclui parto vaginal, parto vaginal operatório e cesariana)

O Denominador é o total de partos ocorridos no período incluindo partos vaginais, vaginais operatórios e cesarianas. O Numerador é o total de partos vaginais ou vaginais operatórios ocorrido no período. Em caso de gestação gemelar conta-se apenas 1 parto. Em caso de nascimento do 1º gemelar via vaginal e o segundo via alta, conta-se uma cesariana. Considera-se parto quando o resultado é um ou mais nascidos vivos ou natimorto (feto acima de 20 semanas de gestação ou com peso igual ou maior que 500 g)

Parto vaginal - Procedimento no qual o concepto nasce por via vaginal.

Parto vaginal operatório - Procedimento no qual o concepto nasce por via vaginal com auxílio de um extrator a vácuo ou fórceps.

Cesariana - Procedimento cirúrgico no qual o concepto é extraído mediante incisão das paredes abdominal e uterina.

Interpretação

Permite apurar a ocorrência de partos vaginais em relação ao total de partos realizados em um determinado hospital no período considerado.

É um dos instrumentos utilizados para avaliar a qualidade da assistência perinatal, uma vez que percentual muito baixo de partos vaginais pode indicar má qualidade da assistência obstétrica, por uso excessivo de cesarianas, em geral, sem indicação clínica. Conforme

evidências já citadas, percentual de cesarianas acima de 10% não foram associados a menor mortalidade materna e neonatal.

Periodicidade de envio de dados

Anual

Público-alvo

Gestantes admitidas para assistência ao parto de fetos com idade gestacional acima de 20 semanas de gestação ou com peso igual ou maior que 500 g.

Usos

Avaliar, indiretamente, o acesso e a qualidade da assistência pré-natal e ao parto, supondo que uma assistência adequada possa causar impacto positivo no aumento do percentual de partos vaginais.

Permite avaliar, de forma indireta, o modelo de atenção obstétrica praticado pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde e o modelo de atenção ao parto do hospital.

Subsidiar elaboração e a avaliação de políticas e ações de saúde voltadas para a atenção à saúde da mulher e da criança prestada aos beneficiários de planos de saúde.

Permite ao órgão regulador ter subsídios para elaboração de estratégias de mudança do atual modelo de atenção obstétrica no setor suplementar.

Parâmetros, Dados e Recomendações

Artigos publicados com dados da Pesquisa Nascer no Brasil (Torres *et al.*, 2014; Nakamura-Pereira *et al.*, 2016) demonstram que o grupo de mulheres com gestações de nulíparas, a termo, com apresentação cefálica, com idade gestacional igual ou maior que 37 semanas e cesariana realizada antes do trabalho de parto é aquele que mais contribui para o

percentual global de cesarianas no Brasil, seguido pelo grupo de multíparas com cesariana anterior. Essa situação gera um círculo vicioso, uma vez que uma cesariana realizada em uma primeira gestação aumenta o número de mulheres com cesárea anterior nas gestações subsequentes, o que por sua vez aumenta a chance de cesariana de repetição.

Assim, investir em ações para aumentar o número de mulheres que entram em trabalho de parto, com foco especial nas nulíparas, reduzindo o agendamento de cesarianas eletivas e aumentar o percentual de partos normais em mulheres com cesariana anterior, são ações recomendadas.

Nesse sentido, de acordo com dados da pesquisa Nascer no Brasil (Gama et al, 2016) enfermeiras obstétricas utilizam em torno de 2 vezes mais boas práticas na atenção ao parto, como medidas não farmacológicas para alívio da dor, estímulo a deambulação e ingestão de líquidos durante o parto e, ainda, em maternidades nas quais enfermeiras têm autonomia para assistir partos a percentagem de cesarianas é menor. Contudo, somente 16% dos partos vaginais no Brasil são assistidos por enfermeiras obstétricas. Inserir esse profissional na equipe multidisciplinar responsável pela assistência ao parto pode contribuir para o aumento de partos vaginais nos hospitais privados brasileiros. Os autores do artigo (Gama et al, 2016) destacam que é mais fácil introduzir novas abordagens do que eliminar as antigas.

A adoção de boas práticas no manejo do trabalho e parto pode ser o primeiro passo em direção à melhoria da qualidade da assistência obstétrica no Brasil

Metas

O Projeto Parto Adequado (PPA) demonstrou em sua Fase 1 que foi possível o aumento do percentual de parto vaginais em um conjunto de hospitais empenhados em realizar mudanças em prol da melhoria da qualidade da atenção obstétrica, nesse sentido, propõe-se como meta a mesma da Fase 1 do PPA, de 40% de partos vaginais.

Fontes de dados

Prontuário de internação hospitalar da paciente

Ações esperadas para causar impacto no indicador

1. Liderança - Formar uma coalisão entre lideranças do setor saúde alinhada em torno da qualidade e segurança na atenção ao parto e nascimento;
2. Participação - Empoderar mulheres e famílias para que participem ativamente de todo o processo de cuidado à gestação, parto e puerpério;
3. Reorganização da atenção - Reorganizar estrutura e processo de cuidado perinatal, baseado em equipe multidisciplinar, de modo a favorecer a evolução fisiológica do trabalho de parto e à indicação de cesarianas com base em critérios clínicos;
4. Aprendizagem - Estruturar sistemas de informação que permitam o aprendizado contínuo.

Limitações e vieses

O indicador não deve ser utilizado como único instrumento de avaliação da qualidade da assistência obstétrica do hospital, aspectos como satisfação das mulheres e uso rotineiro de intervenções, sem base em evidências científicas, como episiotomia de rotina, manobra de Kristeller, uso rotineiro de ocitocina, dieta zero durante o trabalho de parto entre outras, são aspectos não mensurados nesse indicador que podem impactar negativamente a qualidade da assistência.

Auditoria

A ANS poderá, por intermédio dos dados da Troca de Informações na Saúde Suplementar (TISS) ou Comunicação de Informação Hospitalar (CIH) verificar valores divergentes aos informados para fins de auditoria.

Referências

Betran AP, Ye J, Moller A-B, Zhang J, Gülmezoglu AM, Torloni MR. The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014. PLOS ONE. 2016;11:e0148343.

Betran AP, Torloni MR, Zhang J, Ye J, Mikolajczyk R, Deneux-Tharaux C, et al. What is the optimal rate of caesarean section at population level? A systematic review of ecologic studies. *Reprod Health*. 2015;12. doi:10.1186/s12978-015-0043-6.

Cardwell CR, Stene LC, Joner G, Cinek O, Svensson J, Goldacre MJ, et al. Caesarean section is associated with an increased risk of childhood-onset type 1 diabetes mellitus: a meta-analysis of observational studies. *Diabetologia*. 2008;51:726–35.

Gama SGN da, Viellas EF, Torres JA, Bastos MH, Brüggemann OM, Theme Filha MM, et al. Labor and birth care by nurse with midwifery skills in Brazil. *Reprod Health*. 2016;13. doi:10.1186/s12978-016-0236-7.

Gibbons L, Belizan JM, Lauer JA, Betran AP, Merialdi M, Althabe F. Inequities in the use of cesarean section deliveries in the world. *Am J Obstet Gynecol*. 2012 Apr;206(4):331.e1-19

Grönlund MM, Lehtonen OP, Eerola E, Kero P. Fecal microflora in healthy infants born by different methods of delivery: permanent changes in intestinal flora after cesarean delivery. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 1999;28:19–25.

Horta BL, Gigante DP, Lima RC, Barros FC, Victora CG. Birth by Caesarean Section and Prevalence of Risk Factors for Non-Communicable Diseases in Young Adults: A Birth Cohort Study. PLoS ONE. 2013;8:e74301.

Mesquita DN, Barbieri MA, Goldani HAS, Cardoso VC, Goldani MZ, Kac G, et al. Cesarean Section Is Associated with Increased Peripheral and Central Adiposity in Young Adulthood: Cohort Study. PLoS ONE. 2013;8:e66827.

Nakamura-Pereira M, do Carmo Leal M, Esteves-Pereira AP, Domingues RMSM, Torres JA, Dias MAB, et al. Use of Robson classification to assess cesarean section rate in Brazil: the

role of source of payment for childbirth. *Reprod Health*. 2016;13. doi:10.1186/s12978-016-0228-7.

Thavagnanam S, Fleming J, Bromley A, Shields MD, Cardwell CR. A meta-analysis of the association between Caesarean section and childhood asthma. *Clin Exp Allergy*. 2008;38:629–33.

Torres JA, Domingues RMSM, Sandall J, Hartz Z, Gama SGN da, Theme Filha MM, et al. Caesarean section and neonatal outcomes in private hospitals in Brazil: comparative study of two different perinatal models of care. *Cad Saúde Pública*. 2014;30 Suppl 1:S1-12.

Ye J, Zhang J, Mikolajczyk R, Torloni M, Gülmezoglu A, Betran A. Association between rates of caesarean section and maternal and neonatal mortality in the 21st century: a worldwide population-based ecological study with longitudinal data. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 2016;123:745–53.

Zanardo V, Svegliado G, Cavallin F, Giustardi A, Cosmi E, Litta P, et al. Elective Cesarean Delivery: Does It Have a Negative Effect on Breastfeeding? *Birth*. 2010;37:275–9.

Proporção de readmissão em até 30 dias da última alta hospitalar

Conceituação

Proporção de readmissões ocorridas em até 30 dias após a última alta hospitalar

Importância

As readmissões hospitalares, quando não planejadas, podem representar deficiências no atendimento das necessidades correspondentes a determinada doença (Borges e Turrini, 2011).

As readmissões hospitalares podem ser classificadas em planejadas e eventuais. As planejadas são aquelas necessárias para a continuidade da avaliação diagnóstica ou terapêuticas. As eventuais podem ser agrupadas em potencialmente evitáveis e não evitáveis. Quanto menor o intervalo entre a primeira admissão e a readmissão, maior a possibilidade do retorno por complicação ter sido potencialmente evitável (Kossovsky e col., 1999).

A readmissão quando potencialmente evitável poderia ter sido evitada com melhor gerenciamento do quadro clínico do paciente, adequado planejamento de alta, e provisão de recursos no domicílio para atender às necessidades do paciente. As readmissões também são um reflexo da potencialidade do paciente em se auto-cuidar, de seus comportamentos de saúde, incluindo as condições biopsicossociais e culturais que interferem nesse processo (Kirby e col., 2010).

A maioria das readmissões potencialmente evitáveis é causada por complicações de um procedimento cirúrgico e de doenças crônicas, que dependem da adesão do paciente ao tratamento para a estabilidade do quadro clínico. O fenômeno das readmissões hospitalares é importante, pois a partir de sua observação, e conseqüentemente dos fatores de risco envolvidos em sua ocorrência, é possível identificar a gravidade dos pacientes atendidos em um determinado serviço de saúde (Borges e Turrini, 2011).

Método de cálculo

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

X 100

Número total de internações

Definição de termos utilizados no indicador:**a) Numerador:**

Número de pacientes readmitidos entre 0 e 29 dias da última alta hospitalar.

1. Admissões por questões de saúde mental não são excluídas.
2. As crianças estão incluídas neste indicador.
3. Internações por câncer e obstetrícia devem ser excluídas

b) Denominador:

Número total de internações hospitalares, respeitando os critérios de exclusão a seguir:

1. Todas as condições de internação, com exceção de câncer e obstetrícia. Casos de um dia, alta por morte, admissões na maternidade (com base na especialidade, tipo de episódio, diagnóstico), e aqueles com menção de um diagnóstico de câncer ou quimioterapia para o câncer são excluídos.
2. Pacientes com menção de um diagnóstico de câncer ou quimioterapia em qualquer sítio nos 365 dias antes da admissão também serão excluídos.
3. Quando houver mais do que uma readmissão no prazo de 30 dias, cada readmissão é contada uma vez.
4. Readmissões que terminam em morte também estarão incluídas no numerador.

Interpretação

1. O indicador mede a taxa de internações de pessoas que retornaram ao hospital no prazo de 30 dias desde a última vez que deixaram o hospital depois de uma admissão.
2. Internações por câncer e obstetrícia são excluídos, pois, podem ser parte do plano de cuidado do paciente.

Periodicidade de envio de dados

Anual

Público alvo

Pacientes readmitidos até 30 dias da última alta hospitalar.

Usos

1. Este indicador mede a capacidade progressiva do prestador em ajudar as pessoas a se recuperarem de forma tão eficaz quanto possível.

2. Há uma série de fatores, incluindo cuidados de saúde, acompanhamento social e de reabilitação que contribuem para a recuperação efetiva depois de períodos de doença ou lesão. Se uma pessoa não se recupera bem, é mais provável que o tratamento hospitalar posterior seja necessário dentro de até 30 dias, que é a razão pela qual este indicador é utilizado para mensurar capacidade resolutiva na recuperação do paciente (NHS,2014).

Parâmetros, Dados e Recomendações

Em um estudo retrospectivo com registros de base hospitalar do ano de 2003, no Brasil, identificou-se que, do total das admissões, 714 (12,6%) eram readmissões. As readmissões ocorreram em todas as faixas etárias, aumentando a partir dos 40 anos, mas principalmente após os 80 anos. De todas as readmissões, em 57% delas os pacientes tinham o mesmo diagnóstico da primeira admissão e a maioria, 21,8%, teve como diagnóstico uma doença do aparelho circulatório, principalmente a insuficiência cardíaca congestiva e hipertensão arterial. As demais condições relacionadas às anemias, doenças endócrinas e neoplasias foram as principais causas de readmissão. Dos pacientes, 25,8% foram readmitidos até sete dias após a admissão anterior, 11,5% entre 8 e 15 dias, 13,8% entre 16 a 30 dias e 18,9% em um intervalo de 31 a 60 dias após a alta hospitalar. O diagnóstico da primeira readmissão foi o mesmo que o da admissão anterior em 57,0% dos pacientes, seguido pela não relação entre eles com 37,0% (Borges e Turrini, 2011).

A frequente readmissão em pacientes com doenças obstrutivas pulmonares, dispnéias e insuficiências cardíacas crônicas é consistente com a noção de que pacientes que apresentam sintomas associados a essas afecções estão mais propensos a acreditar que sua condição é séria o suficiente para procurar um serviço de emergência ao invés de um atendimento ambulatorial ou um serviço de atenção primária a saúde (Kirby e col., 2010). Nos Estados Unidos, os dados do NCHS para 2012 indicam que houve, em até 30 dias da última alta hospitalar, 18,7% readmissões hospitalares entre pacientes com pneumonia, 18,6% entre pacientes que apresentavam alguma condição aguda e 19,1% entre os que apresentaram ataque cardíaco (NCHS, 2012).

Metas

Pretende-se que o uso deste indicador diminua o número de readmissões em emergência após alta hospitalar, uma vez que vários estudos (Moreira, 2010; van Walraven e colaboradores, 2011; Souza-Pinto e col., 2013; Fischer e col. 2014) apontam que a proporção de readmissão hospitalar é um indicador frequentemente utilizado como parâmetro para qualidade assistencial. Estudo realizado no Brasil (Moreira, 2010) indica que

há, em termos globais, uma proporção de readmissões hospitalares no país de 19,8%, com variações significativas entre as regiões brasileiras (variação de 11,7 % na região Norte até 25,4% na região Sul). Assim, considerando-se os resultados e as exclusões admitidas, propõe-se uma meta objetiva de $\leq 20\%$.

Fontes de dados

Prontuário médico

Ações esperadas para causar impacto no indicador

1. Melhoria no gerenciamento do quadro clínico dos pacientes, adequado planejamento de alta, e provisão de recursos no domicílio para atender às necessidades do paciente.
2. Capacitação constante da equipe que compõe o quadro de profissionais do hospital.
3. Identificação de falhas em fluxos/protocolos de atendimento, para prover o cuidado efetivo ao paciente, a fim de que haja a desejada redução de readmissões hospitalares.

Limitações e vieses

1. Diferenças na gravidade da doença, co-morbidades e outros fatores de risco potencial podem contribuir para uma variação nos resultados.
2. Uma série de fatores fora do controle dos hospitais, como nível sócio-econômico das populações e eventos anteriores à hospitalização local, podem contribuir para a variação encontrada.
3. Variação entre hospitais em relação ao tempo médio de permanência pode levar a diferentes proporções de complicações que ocorrem nos hospitais, ao contrário do que ocorre normalmente após a alta hospitalar.
4. As readmissões podem não estar ligadas clinicamente à condição que levou à internação anterior, requerendo cuidado clínico diferenciado para o paciente.
5. Hospitais especializados exclusivamente em oncologia deverão informar sua condição quando do envio dos dados.

Auditoria

A ANS poderá, por intermédio dos dados da Troca de informações na Saúde Suplementar (TISS) ou Comunicação de Informação Hospitalar (CIH) verificar valores divergentes aos informados para fins de auditoria.

Referências

- BORGES, M.F.; TURRINI, R.N.T. Readmissão em serviço de emergência: perfil de morbidade dos pacientes. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, Fortaleza, v. 12, n.3, p. 453-461, 2011.
- FISCHER, C. et al. Is the readmission rate a valid quality Indicator? A review of the evidence. *PLoS ONE*, v.9, n.11, e112282, 2014.
- KIRBY, S.E. et al.. Patient related factors in frequent readmissions: the influence of condition, access to services and patient choice. *BMC Health Services Research*, v.10, n.6, 2010.
- KOSSOVSKY, M.P. et al. Comparison between planned and unplanned readmissions to a Department of Internal Medicine. *Journal of Clinical Epidemiology*, v.52, n.2, p.151-156, 1999.
- MOREIRA, M.L. *Readmissões no sistema de serviços hospitalares no Brasil*. 2010. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva)- Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.
- NCHS - NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS. HEALTH INDICATORS WAREHOUSE. 2012. Disponível em: <http://www.healthindicators.gov/App_Resources/Documents/HIW%20Indicator%20List.pdf>. Acesso em: 30 set. 2015.
- NHS, Health & Social Care Information Centre – hscic. Compendium of Population Health Indicators. The Health and Social Care Information Centre Crown Copyright, January, 2015.
- RIPSA – REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE . *Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações*. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.
- SOUZA-PINTO B. et al. Reinternamentos hospitalares em Portugal na última década. *Acta Médica Portuguesa*, v. 26, n.6, p. 711-720, 2013.
- Van WALRAVEN, C et al. Proportion of hospital readmissions deemed avoidable: a systematic review. *Canadian Medical Association Journal*, v. 183, n.7, E391–E402, 2011.

Núcleo de Segurança do Paciente cadastrado na Anvisa

Conceituação

Hospitais que compõem a rede assistencial dos planos privados de assistência à saúde que possuem núcleo de segurança do paciente (NSP) cadastrado na Agência Nacional de Vigilância Sanitária, de acordo com orientação dada na Nota Técnica ANVISA nº01/2015, no período de análise.

Definição de termos utilizados no Indicador

Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) - instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente.

Critérios de Exclusão

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

Interpretação do Indicador

Mede o número de hospitais com NSP cadastrados na ANVISA com vistas a estimular a melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso seguro de tecnologias da saúde; a disseminação sistemática da cultura de segurança; a articulação e a integração dos processos de gestão de risco e a garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde.

Usos

Estimular as ações voltadas à segurança do paciente no setor suplementar de saúde, conforme previsto nas atribuições da Diretoria de Desenvolvimento Setorial - DIDES, de acordo com o inciso XVII do Art. 6º da Resolução Regimental nº 3, de 5 de dezembro de 2017: planejar, desenvolver e executar ações relacionadas à Política Nacional de Segurança do Paciente no âmbito da saúde suplementar.

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

A Resolução - RDC nº 36/2013 estabelece que todos os serviços de saúde abrangidos pela norma devem constituir núcleos de segurança do paciente- NSP e que estes devem proceder à notificação de eventos adversos associados à assistência à saúde – EAs. De 2014 até hoje temos 1.283 NSP cadastrados na ANVISA e, portanto aptos a notificarem EAs pelo sistema Notivisa 2.0. Considerando que no país existem cerca de 6.000 estabelecimentos hospitalares verifica-se que o número de NSP cadastrados está aquém do esperado.

Meta

A meta é ter 100% dos hospitais que compõem a rede assistencial dos planos privados de assistência à saúde com NSP cadastrados na ANVISA. Para atingi-la, cada estabelecimento de saúde será mensurado individualmente, quanto à presença de NSP cadastrado.

Pontuação

Resultado Obtido pelo Prestador	Pontuação	
	Valor de 0 a 1	Peso 1
NSP cadastrado	0	0
NÃO	0	0
SIM	1	1

Fonte

MS/ANVISA

MS/DATASUS/CNES

Ações esperadas para causar impacto no Indicador

Estimular a criação de NSP nos estabelecimentos de saúde através da disseminação da importância da cultura de segurança e melhoria da qualidade nos serviços de saúde.

Limitações e Vieses

Problemas referentes à qualidade de preenchimento do cadastro ou existência do núcleo não cadastrado na ANVISA.

Referências

1. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 01/2015 Orientações gerais para a notificação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde. 12 jan 2015.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União, 2 abr. 2013.
3. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, 26 jul 2013.
4. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Resolução Regimental nº 3, de 5 de dezembro de 2017. Altera os Anexos I e III da Resolução Regimental – RR nº 1, de 17 de

março de 2017, que institui o Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. Diário Oficial da União, 07 dez 2017.

Av. Augusto Severo, 84 | Glória
Rio de Janeiro/RJ | CEP: 20021-040
www.ans.gov.br | Disque-ANS: 0800 701 9656



Gerência/Diretoria: GEEIQ/DIDES
Prot. nº. 33902.546580/2016-48
Data: 01/11/2016 Hora: 10h05min
Assinatura: Ana Paiva

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

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

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

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

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

“Art. 4º A operadora deverá utilizar o índice de reajuste definido pela ANS como forma de reajuste nos contratos escritos firmados com seus Prestadores quando preenchidos ambos os critérios abaixo:

I - houver previsão contratual de livre negociação como única forma de reajuste; e

II - não houver acordo entre as partes ao término do período de negociação, conforme estabelecido na [Resolução Normativa - RN nº 363](#), de 11 de dezembro de 2014, art. 12, § 3º”.

Conforme definido na Resolução Normativa RN nº 364/2014, em seu art. 7º, §2º e regulamentado pela Instrução Normativa – IN/DIDES nº 61/2015, e pela

IN/DIDES n.º 63/2016 foi instituído um fator de qualidade a ser aplicado ao índice de reajuste definido pela ANS, qual seja, o IPCA, para hospitais e para os demais prestadores de serviços não hospitalares.

Considerando:

- O prazo de 1 (um) ano para entidades hospitalares e 2 (dois) anos para os profissionais de saúde, laboratórios, clínicas e outros estabelecimentos de saúde, para o início da aplicação do Fator de Qualidade conforme instituído pela RN nº364/2014, alterada pelo Art. 9º da RN nº 391, de 2015;
- A existência de um sistema formal de acreditação de serviços, inclusive com certificação internacional, bem como o reconhecimento da utilidade e validade desta forma de avaliação no campo científico da qualidade;
- O investimento e o período de tempo envolvidos com um processo de acreditação de serviços de saúde;
- A necessidade de estímulo ao uso adequado do Padrão TISS, com vistas a melhoria dos dados disponíveis no setor suplementar em níveis adequados de cobertura, completitude e consistência, que permitam a construção de um monitoramento a partir de indicadores de qualidade, em especial de resultados, com validade e confiança;
- A implementação do Projeto Parto Adequado como o primeiro projeto de melhoria da qualidade dos serviços de saúde instituído pela DIDES/ANS, em uma iniciativa conjunta com o Hospital Israelita Albert Einstein e o *Institute for Healthcare Improvement* (IHI) e apoio do Ministério da Saúde, o qual tem como objetivo elaborar, testar, avaliar e disseminar modelos de atenção ao parto e nascimento que favoreçam a qualidade dos serviços, valorizem o parto normal e contribuam para a redução dos riscos decorrentes de cesarianas desnecessárias;
- A implementação do Projeto Idoso bem cuidado, que surgiu da necessidade de melhorar o cuidado aos idosos que possuem planos privados de saúde no Brasil e da necessidade de debater e reorientar os modelos de prestação e remuneração de serviços na saúde suplementar, visando à melhoria da qualidade da atenção e à implementação de estratégias de sustentabilidade do setor;
- A implementação do Projeto ONCOREDE, que busca a implantação de um novo modelo de cuidado a pacientes oncológicos beneficiários de planos privados de saúde;
- A necessidade de estímulo à adoção de medidas de segurança do paciente, como parte das ações de melhoria da qualidade dos serviços de saúde.

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

I - FATOR DE QUALIDADE - HOSPITAL

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

- Utilizar os programas de acreditação (Nível máximo) já estabelecidos e reconhecidos no Brasil, bem como critérios estabelecidos nos projetos da DIDES/ANS de indução da qualidade como parâmetros para a aplicação do Fator de Qualidade.
- Definir que entidades hospitalares que não possuem acreditação (nível máximo) e que não atendam aos critérios definidos pela ANS para aplicação do reajuste, serão classificadas no parâmetro mínimo (85%);

Critérios:

- **Nível A: 105% do IPCA:**

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

- **Nível B: 100% do IPCA:**

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

OU

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

- b) Idoso Bem Cuidado; ou
 - c) OncoRede.
- **85% do IPCA:** para aqueles hospitais que não atenderem os requisitos dos níveis A ou B.

II - FATOR DE QUALIDADE - HOSPITAL-DIA

Com relação ao hospital-dia, os critérios para a aplicação do Fator de Qualidade serão praticamente os mesmos dos hospitais. No entanto, pela natureza do serviço, com permanência do paciente por até 12 horas na unidade, não serão considerados os projetos de programa de qualidade da ANS, por não se aplicarem ao tipo de serviço prestado nestes estabelecimentos, pois requerem acompanhamento e/ou tratamento à médio e longo prazo, o que não é o caso do hospital-dia. Portanto, ficou estabelecido que o Fator de Qualidade para o hospital-dia será aplicado da seguinte forma:

Critérios:

- **Nível A: 105% do IPCA:**

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

- **Nível B: 100% do IPCA:**

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

OU

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

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

III - FATOR DE QUALIDADE – SADT

No caso do SADT, além do critério já mencionado acima, considerando a acreditação e a certificação no nível máximo (Nível A – 105% do IPCA) ficou definido que para obter 100% do IPCA, o prestador deverá responder ao questionário proposto pela ANS, que ficará disponível no portal eletrônico da entidade representante do prestador.

Critérios:

- **Nível A: 105% do IPCA:**

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

- **Nível B: 100% do IPCA:**

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

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

CLÍNICAS E CONSULTÓRIOS

Para clínicas e consultórios optou-se, neste primeiro ano, por uma forma mais simplificada para aferir as ações que podem influenciar na qualidade do serviço prestado ao usuário, considerando que o debate sobre a qualidade dos serviços de saúde exige mais aprimoramento. Deve ser levado em conta também, a estrutura organizada para receber essas informações em colaboração com os conselhos ou outras entidades colaboradoras que possuem em diferentes níveis de infraestrutura.

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

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

Ressalte-se que as informações a respeito da titulação dos profissionais serão fornecidas à ANS pelos conselhos profissionais e entidades designadas, ou seja, os prestadores de serviços de saúde deverão fornecer essas informações aos seus respectivos conselhos e estes por sua vez repassarão à ANS.

IV - FATOR DE QUALIDADE – CLÍNICAS

Quanto as clínicas, para que tenham o Nível A, e portanto 105% do IPCA de reajuste, o critério será a proporção de 50% ou mais de profissionais de saúde com uma das titulações informadas (Residência/Título de Especialista/Pós Graduação *latu Senso e Stricto Senso*).

Para que obtenham 100% do IPCA de reajuste, deverão responder ao questionário proposto pela ANS, que ficará disponível no portal eletrônico da entidade representante do prestador na ANS.

Critérios:

- **Nível A: 105% do IPCA:**

A clínica deverá ter uma proporção de 50% ou mais de Profissionais de saúde com 01 Titulação ou Mais (Residência/Título de Especialista/Pós Graduação *latu Senso e Stricto Senso*)

- **Nível B: 100% do IPCA:**

O Responsável técnico da Clínica deverá responder ao questionário sobre qualidade disponível no Portal da entidade representativa.

- **85% do IPCA:** Para aqueles que não atenderem os requisitos dos níveis A ou B
- Observação:
 - 1 - No caso das clínicas será considerada a sua finalidade principal;
 - 2 - Para clínicas multiprofissionais, será considerada a categoria profissional de saúde em maior número;

3 - Para aquelas com igual quantitativo de profissionais por categoria, a clínica poderá escolher o conselho profissional pelo qual o questionário será acessado.

4 – As clínicas classificadas como SADT deverão seguir os critérios previstos no item III desta nota.

V - FATOR DE QUALIDADE – CONSULTÓRIO

Quanto aos profissionais dos consultórios, para que obtenham o Nível A, e portanto 105% do IPCA de reajuste dos valores dos serviços prestados, será considerada a titulação (Residência/Título de Especialista/Pós Graduação *latu Senso e Stricto Senso*), a resposta ao questionário e assistir a um vídeo sobre qualidade em saúde. O questionário tem por objetivo, conhecer melhor a forma de atuação dos prestadores de serviços da saúde suplementar, possibilitando, através de um debate multidisciplinar, o aprimoramento e melhoria nos resultados.

Caso o profissional não possua a titulação exigida para obter o percentual máximo de 105 % do IPCA de reajuste definido na norma, poderá ainda obter 100% do IPCA, respondendo o questionário elaborado pela ANS em conjunto com conselhos e outros representantes de prestadores de serviços de saúde e assistindo o vídeo, que trata da introdução ao tema "cuidado centrado no paciente", que está disponível no endereço eletrônico:

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

Critérios:

- **Nível A: 105% do IPCA:**

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

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

Nível B: 100% do IPCA:

1. O profissional deverá responder ao questionário sobre qualidade disponível no Portal de sua entidade representativa; e

2. O profissional de verá assistir ao vídeo "cuidado centrado no paciente", que está disponível no endereço eletrônico:
<http://proqualis.net/video/video-sobre-cuidado-centrado-na-pessoa>.
- **85% do IPCA:** Para aqueles que não atenderem os requisitos dos níveis A ou B

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

Os critérios de qualidade descritos serão revisados anualmente, podendo-se excluir, alterar ou incluir novos parâmetros, considerando as políticas regulatórias do setor e análise de possíveis impactos ou dificuldades para implementação. Espera-se que no médio prazo, com o aprimoramento do Programa de incentivo à Qualificação de Prestadores de Serviços da Saúde Suplementar – Qualiss, em seu componente de Monitoramento da Qualidade dos Prestadores de Serviços, avancemos na análise de indicadores de qualidade em saúde e esse passe a ser o critério de pontuação máxima para o Fator de Qualidade.

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

ANA PAULA SILVA CAVALCANTE
Gerente-Executiva da GEEIQ/DIDES

De acordo. Em 1º/11/2016.

MICHELLE MELLO DE SOUZA
Diretora Adjunta de Desenvolvimento Setorial

MARTHA REGINA DE OLIVEIRA
Diretora de Desenvolvimento Setorial

Anexo 5 – Comparativo dos critérios propostos para o Fator de Qualidade

Critérios Fator de Qualidade – Minuta de RN		
Atualmente	Proposta	Justificativa
Hospitais 105% - Acreditação em Nível Máximo, emitido por Entidades Acreditoras reconhecidas pela ANS para o programa Qualiss.	Manter o critério.	1. A acreditação é um critério de qualidade robusto e disseminado no setor, compatível com o percentual mais alto do Fator de Qualidade.
Hospitais-dia 105% - Acreditação em Nível Máximo, emitido por Entidades Acreditoras reconhecidas pela ANS para o programa Qualiss/Certificação (que englobe todo o escopo da assistência)	Hospitais-dia 105% - Manter acreditação em nível máximo, emitido por Entidades Acreditoras reconhecidas pela ANS para o programa Qualiss. Retirar previsão de aceitar certificação.	1. A acreditação é um critério de qualidade robusto e disseminado no setor, compatível com o percentual mais alto do Fator de Qualidade. 2. O critério de Certificação foi transferido para 100%, por não ser equivalente à Acreditação.
SADT/HomeCare 105% - Acreditação em Nível Máximo, emitido por Entidades Acreditoras reconhecidas pela ANS para o programa Qualiss /Certificação (que englobe todo o escopo da assistência)	SADT/HomeCare 105% - Manter acreditação em nível máximo, emitido por Entidades Acreditoras reconhecidas pela ANS para o programa Qualiss. Retirar previsão de aceitar certificação.	
Clínicas 105% - 50% ou mais de profissionais de saúde com uma ou mais titulações (Residência, Título de Especialista, Pós-Graduação <i>latu sensu</i> e <i>stricto sensu</i> ; e Responder a questionário proposto pela ANS	Clínicas 105% - Aumentar a proporção para 60% de profissionais com titulação. Retirar previsão de responder a questionário. Retirar previsão de aceitar pós graduação <i>Lato sensu</i> . Incluir: Para aferição deste item, o responsável técnico pela clínica deve levantar os dados de seus profissionais de saúde, e comprovar junto à OPS.	1. O questionário é elaborado pela ANS, divulgado amplamente para o setor, o que tornaria de difícil aferição pelas operadoras de planos de saúde. Além disso, o prestador estaria submetido à resposta a diversos questionários, tantas quantas sejam as operadoras para as quais presta serviços. 2. Apenas para clínicas, foi reforçada a necessidade de o responsável técnico informar os dados de seus profissionais junto à operadora.
Consultórios profissionais de saúde 105% - Comprovar possuir titulação (residência, título de	Consultórios profissionais de saúde 105%- Manter previsão de comprovar possuir titulação	

Anexo 5 – Comparativo dos critérios propostos para o Fator de Qualidade

Critérios Fator de Qualidade – Minuta de RN		
Atualmente	Proposta	Justificativa
especialista, pós-graduação <i>Latu Sensu</i> e <i>Stricto Sensu</i>); e Responder ao questionário proposto pela ANS.	(residência, título de especialista, pós-graduação <i>Stricto Sensu</i>) Retirar a previsão de responder a questionário Retirar previsão de aceitar pós-graduação <i>Lato sensu</i> .	
Hospitais 100% - Conformidade com a utilização do padrão TISS; Possuir Núcleo de Segurança cadastrado na ANVISA; Informar indicador de qualidade à ANS; Participar de um dos projetos de indução à qualidade da ANS.	Hospitais 100% - Retirar previsões anteriores; Incluir: Possuir um dos atributos de qualidade previstos no Qualiss e elencados abaixo: <ul style="list-style-type: none"> • Certificação (em nível inferior ao máximo) emitida por Entidade Acreditadora reconhecida pela ANS para o Programa Qualiss, desde que englobe todo o escopo da assistência; ou • Participação em um dos projetos de indução à qualidade da DIDES/ANS; ou • Núcleo de Segurança do Paciente cadastrado na ANVISA e ter realizado pelo menos uma notificação via NOTIVISA a cada trimestre, no último ano. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Foram retirados os critérios que necessitariam de coleta e tratamento de dados pela ANS. Mantendo-se os critérios de fácil comprovação pelo prestador de serviços de saúde e aferição pelas operadoras. 2. Os critérios sugeridos estão bem consolidados no setor, por serem atributos de qualidade do Programa Qualiss e por já serem utilizados para fins do Fator de Qualidade.
Hospitais-dia 100% - Conformidade com a utilização do padrão TISS; Informar indicador de qualidade à ANS; Participar de um dos projetos de indução à qualidade da ANS.	Hospitais-dia 100% - Retirar previsões anteriores; Incluir: Possuir um dos atributos de qualidade previstos no Qualiss e elencados abaixo: <ul style="list-style-type: none"> • Certificação (em nível inferior ao máximo) emitida por Entidade Acreditadora reconhecida pela ANS para 	

Anexo 5 – Comparativo dos critérios propostos para o Fator de Qualidade

Critérios Fator de Qualidade – Minuta de RN		
Atualmente	Proposta	Justificativa
	<p>o Programa Qualiss, desde que englobe todo o escopo da assistência; ou</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participação em um dos projetos de indução à qualidade da DIDES/ANS; ou • Núcleo de Segurança do Paciente cadastrado na ANVISA e ter realizado pelo menos uma notificação via NOTIVISA a cada trimestre, no último ano. 	
<p>SADT/HomeCare 100% - Responder a questionário proposto pela ANS.</p>	<p>SADT/HomeCare 100% - Retirar previsões anteriores;</p> <p>Incluir: Possuir um dos atributos de qualidade previstos no Qualiss e elencados abaixo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Certificação (em nível inferior ao máximo) emitida por Entidade Acreditadora reconhecida pela ANS para o Programa Qualiss, desde que englobe todo o escopo da assistência; ou • Participação em um dos projetos de indução à qualidade da DIDES/ANS; ou • Núcleo de Segurança do Paciente cadastrado na ANVISA e ter realizado pelo menos uma notificação via NOTIVISA a cada trimestre, no último ano. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Foram retirados os critérios que necessitariam de coleta e tratamento de dados pela ANS. Mantendo-se os critérios de fácil comprovação pelo prestador de serviços de saúde e aferição pelas operadoras. 2. Os critérios sugeridos estão bem consolidados no setor, por serem atributos de qualidade do Programa Qualiss e por já serem utilizados para fins do Fator de Qualidade.

Anexo 5 – Comparativo dos critérios propostos para o Fator de Qualidade

Critérios Fator de Qualidade – Minuta de RN		
Atualmente	Proposta	Justificativa
Clínicas 100% - Responder a questionário proposto pela ANS.	Clínicas 100% - Retirar previsões anteriores. Incluir: Capacitação em cursos na área de atuação, de no mínimo 40h por ano-calendário, para ao menos de pelo menos 60% dos profissionais da clínicas; e O responsável técnico pela clínica deve levantar os dados dos seus profissionais e comprovar junto à OPS que, ao menos 60% dos profissionais realizaram a capacitação em suas áreas de atuação	<ol style="list-style-type: none"> 1. Foi retirada a previsão de responder a questionário proposto pela ANS, pois o questionário é elaborado pela ANS, divulgado amplamente para o setor, o que tornaria de difícil aferição pelas operadoras de planos de saúde. Além disso, o prestador estaria submetido à resposta a diversos questionários, tantas quantas sejam as operadoras para as quais presta serviços. 2. A proposta de capacitação em cursos na área de atuação foi sugerida por já ter sido previamente discutida com o setor e por ser um critério de fácil comprovação e aferição.
Consultórios profissionais de saúde 100% - Responder a questionário proposto pela ANS.	Profissionais de saúde 100% - Retirar previsões anteriores. Incluir: Capacitação em cursos na área de atuação, de no mínimo 40h por ano-calendário.	
85% - Demais casos	Manter o critério.	<ol style="list-style-type: none"> 1. A manutenção da previsão de manter 85% do IPCA para os demais casos, foi justificada na Nota Técnica nº 30/2018.

Observações:

Anexo 5 – Comparativo dos critérios propostos para o Fator de Qualidade

1. Para fins desta Resolução, considera-se Certificado de Acreditação o documento emitido por Entidade Acreditadora, com prazo de validade, reconhecendo formalmente que um prestador de serviços de saúde atende a requisitos associados ao aprimoramento da gestão e a melhoria na qualidade da atenção à saúde. Serão considerados aqueles certificados obtidos em metodologia:
 - a. Por níveis, ou seja, com escalonamento dentro da metodologia, desde que atingido o nível máximo,
 - b. Sem níveis.
2. Para fins dessa resolução, considera-se Entidade Acreditadora, aquelas que tenham obtido reconhecimento da competência para atuar no âmbito dos prestadores de serviços de saúde e cadastradas no Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar – QUALISS, da ANS, como definido na RN nº 405/2016;
3. Para fins desta Resolução, considera-se Certificação o reconhecimento de competência com emissão de certificado realizado por Entidade Acreditadora reconhecida pelo QUALISS, desde que contemple a totalidade da prestação da assistência à saúde do prestador de serviço. Desse modo, não serão consideradas Certificações que considerem apenas parte do escopo do serviço de saúde prestado ou equipamentos do estabelecimento de saúde;
4. Para fins dessa resolução, considera-se titulação:
 - a. Residência em Saúde reconhecida pelo Ministério da Educação - MEC;
 - b. Título de especialista outorgado pela sociedade de especialidade e/ou Conselho Profissional da categoria;
 - c. Mestrado em Saúde reconhecido pelo MEC;
 - d. Doutorado ou Pós-Doutorado em saúde reconhecido pelo MEC.
5. Para fins dessa resolução, considera-se capacitação de profissionais de saúde, cursos realizados na área de atuação do profissional de saúde, com carga horária mínima de 40 h/ano calendário, consecutivas ou não. Dessa forma, não serão consideradas, para este fim, a participação em Congressos da área de atuação do profissional;
6. Para fins dessa resolução, a comprovação de titulação e da capacitação de profissionais de saúde pelas clínicas multiprofissionais deve ser realizada pelo responsável técnico do estabelecimento, que deve coletar e consolidar os dados de seus profissionais de saúde e apresenta-los à operadora de serviços de saúde;
7. Para todos os casos, o Prestador de Serviços de Saúde deve comprovar o enquadramento nos critérios para aplicação do Fator de Qualidade, junto à Operadora de Planos de Serviços de Assistência à Saúde.

FQ	FQ ALIMENTA O QUALISS	QUALISS	Impacto com a mudança da Norma do FQ
Coleta da informação de titulação de profissionais	→	Divulgação da titulação de profissionais	As OPS passarão a coletar esta informação diretamente com os prestadores. Impacto: Opção 1: ANS coletar a informação no MEC; Opção 2: Solicitar às OPS o envio da informação à ANS (para consolidação); Opção 3: Continuar a relação com os conselhos para coleta com os prestadores.
Indicadores de Hospitais DIA e Maternidades (coletados via formulário)	→	Divulgação da lista de Entidades que informaram o indicador	Não divulgar a lista, tendo em vista que não traz o resultado dos indicadores, que é a informação mais relevante. A informação também não será coletada pela OPS. Esses indicadores poderão ser coletados quando da implantação do PM-QUALISS.
QUALISS	QUALISS ALIMENTA O FQ	FQ	Impacto com a mudança da Norma do FQ
Accreditação de Prestadores	→	Lista de prestadores com 105%	Nenhum impacto. As informações continuarão a ser divulgadas no âmbito do QUALISS, pela ANS.
Núcleo de Segurança do Paciente/ANVISA	→	Lista de prestadores com 100%	A ANS continuará a coletar as informações de NOTIVISA E NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE junto à ANVISA, e de ACREDITAÇÃO junto às Acreditoras. Os projetos de indução da qualidade continuarão sob a gestão da ANS, e serão informados no site da ANS.
NOTIVISA/ANVISA	→		
Projetos de Indução à Qualidade da ANS	→		
Quanto ao Certificado ISO 9001 e a Certificação que abranja todo o escopo da assistência (Exemplo: ONA Níveis I e II), a ANS não coleta e nem divulga esta informação no QUALISS. Por este motivo, as OPS deverão coletá-la diretamente junto aos prestadores, sem impactos para a mudança da norma do FQ.			