



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
INSTITUTO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA

GIOVANNA DE CASTRO MAZOLLI E OLIVEIRA

O PROGRAMA DE MONITORAMENTO DA QUALIDADE HOSPITALAR DA
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR E OS HOSPITAIS
CONVENIADOS AO SUS: explorando o mix público e privado

Rio de Janeiro

2024

GIOVANNA DE CASTRO MAZOLLI E OLIVEIRA

O PROGRAMA DE MONITORAMENTO DA QUALIDADE HOSPITALAR DA
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR E OS HOSPITAIS
CONVENIADOS AO SUS: explorando o mix público e privado

Monografia apresentada ao Instituto de
Estudos em Saúde Coletiva, da
Universidade Federal do Rio de Janeiro,
como requisito parcial para a obtenção do
título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a. Dra. Miriam Ventura da Silva

Rio de Janeiro

2024

FOLHA DE APROVAÇÃO

GIOVANNA DE CASTRO MAZOLLI E OLIVEIRA

O PROGRAMA DE MONITORAMENTO DA QUALIDADE HOSPITALAR DA
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR E OS HOSPITAIS
CONVENIADOS AO SUS: explorando o mix público e privado

Monografia apresentada ao Instituto de
Estudos em Saúde Coletiva, da
Universidade Federal do Rio de Janeiro,
como requisito parcial para a obtenção do
título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Aprovada em: 17 de julho de 2024.

Prof^a. Dra. Miriam Ventura da Silva (Orientadora)
IESC/UFRJ

Prof^a. Dra. Márcia Aparecida Ribeiro de Carvalho
IESC/UFRJ

Prof. Dr. Alexandre San Pedro Siqueira
IESC/UFRJ

À minha mãe, Luciana, pelo seu amor incondicional e por sempre fazer o possível e o impossível por mim. Amo você.

AGRADECIMENTOS

Inicialmente, agradeço a minha mãe, Luciana de Castro, por todo o amor e apoio que sempre me guiaram desde a infância. Você é uma inspiração para mim e, sem você, nada seria possível. Obrigada por sempre acreditar em mim, por sempre lutar pela minha felicidade e por realizar meus sonhos quando nunca achei que eles seriam concretizados.

Ao meu pai, Adonias Mazolli, por me auxiliar e apoiar durante toda a jornada acadêmica e me ensinar desde cedo que a única coisa que “não nos pode ser tirada é o conhecimento”. Não levamos nada nesta vida, se não nossos estudos. Obrigada por toda a ajuda e apoio ao longo da graduação, sem você, ainda estaria em uma sala de estatística!

À toda a minha família, em especial, André Luiz, David de Mattos, Letícia Barata e Véra Lúcia, que sempre estiveram presentes e que sempre me incentivaram ao longo de todas as jornadas de minha vida. Amo todos vocês e espero trazer muito orgulho.

Agradeço ao Diego De Luca, meu namorado e parceiro de vida, que chegou no meio da minha graduação e sempre me apoiou e ajudou em momentos que mais precisava. Feliz em poder te reencontrar nessa vida e ter seu apoio e incentivo infinitos. Você faz meus dias mais leves e coloridos desde uma noite em meados de novembro de 2021!

Não poderia deixar de agradecer às minhas duas primeiras amigas de faculdade, Fabrinni e Rafaela, que passaram pela pandemia comigo e sempre estiveram ali por mim. O início da graduação, em meio ao caos, foi marcado pela paz e eu devo isso a vocês. Aos meus amigos, que chegaram no final da minha graduação, Júlia Slama, Paulo Vítor e Stefany Vieira. Vocês foram imprescindíveis para que eu não desistisse das matérias atrasadas e para dividir todas as angústias das matérias mais difíceis da graduação. E, aos meus presentes da graduação, Bruna Mello, Gabriela Suarez, Marcelle Cassago, Melinda Marcellos e Pedro Mattos, vocês trouxeram luz e muita felicidade para minha jornada. São amigos de faculdade que se tornaram de vida. Amo vocês e obrigada por tornarem tudo muito mais leve.

Agradeço às minhas supervisoras de estágio na ANS, Aline Mesquita e Priscilla Brasileiro, vocês foram as melhores preceptoras que eu poderia ter! Fico muito triste em finalizar o estágio, mas infinitamente grata em ter traçado este

caminho com pessoas tão maravilhosas. Levo comigo todos os aprendizados e ensinamentos que vocês conseguiram me passar ao longo desses anos. Amo vocês e espero dar muito orgulho com esse trabalho que foi baseado no meu período estagiado na ANS.

À todos os professores do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, os quais marcaram minha trajetória de ensino e sou extremamente grata por todo o aprendizado transmitido.

Por fim, gostaria de agradecer à minha orientadora, Miriam Ventura, que desde as primeiras aulas que participei, sempre me incentivou e me fez olhar a Saúde Coletiva com outros olhos. Agradeço incondicionalmente por sua dedicação à minha ideia de trabalho desde o início, por todas as horas que foram utilizadas para me direcionar e por me auxiliar durante a produção. Você sempre será uma inspiração gigante, Miriam! Meu infinito obrigada!

A vida é como andar de bicicleta. Para se manter equilibrado, é preciso seguir em frente.

Albert Einstein

RESUMO

OLIVEIRA, Giovanna de Castro Mazolli e. **O programa de monitoramento da qualidade hospitalar da Agência Nacional de Saúde Suplementar e os hospitais conveniados ao SUS:** explorando o mix público privado. Monografia (Graduação em Saúde Coletiva) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

Introdução: A fim de garantir um sistema de atendimento eficaz e eficiente dentro na saúde suplementar, o Programa de Monitoramento da qualidade Hospitalar (PM-QUALISS Hospitalar) foi criado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, com o objetivo de avaliação de resultados por meio do monitoramento mensal de indicadores hospitalares. É um programa estratégico para a qualificação dos prestadores de serviços hospitalares da saúde suplementar, realizado em ciclos anuais e com adesão voluntária. No projeto, há unidades hospitalares com dupla porta de entrada, evidenciando a importância do estudo para a caracterização desses hospitais e, juntamente, para a compreensão sobre as possíveis repercussões para a rede SUS, tendo em vista a cobertura duplicada e o mix público e privado no sistema de saúde brasileiro. **Objetivo:** O presente trabalho apresentou como objetivo o mapeamento e caracterização dos hospitais que ofertam serviços na rede SUS (complementar) dentro do Programa da ANS e a identificação das possíveis repercussões para a rede SUS. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo e analítico, produzido no período de janeiro a junho de 2024, a fim de estimar a ocorrência de participação dos hospitais conveniados à rede SUS e na rede privada de planos e seguros de saúde no PM-QUALISS Hospitalar no ciclo de 2023. As principais ferramentas de pesquisa utilizadas foram o Buscador do Qualiss e o CNES do Ministério da Saúde. **Resultados:** Verificou-se que cerca de 40% dos hospitais participantes do PM-QUALISS Hospitalar no ciclo de 2023 são dupla porta de entrada, ou seja, atendem SUS. Dentre esses hospitais, a maioria se localiza nas capitais dos estados brasileiros (52,1%) e estão localizados, respectivamente nas macrorregiões Sul (32,4%), Sudeste (32,4%), Nordeste (25,4%), centro-oeste (7,0%) e norte (2,8%). **Considerações finais:** A temática do mix público e privado abrange complexas articulações. Os sistemas de saúde público e privado devem sempre buscar o equilíbrio, objetivando a diminuição das desigualdades e iniquidades, a fim de garantir o bem-estar coletivo para que ambos os sistemas sejam eficazes, eficientes e seguros.

Palavras-chave: Agência Nacional de Saúde Suplementar; programa de monitoramento da qualidade hospitalar; cobertura duplicada; mix público-privado.

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura 1 - Linha do tempo de entregas do Projeto “Consórcio de Indicadores de Qualidade Hospitalar” | 24 |
| Figura 2 - Linha do tempo de elaboração e estruturação do PM-QUALISS Hospitalar | 27 |
| Figura 3 - Cálculo do P-Hosp do hospital..... | 33 |
| Figura 4 - Demonstração do Desempenho dos Hospitais por faixas..... | 33 |
| Figura 5 - Faixas de Desempenho que compõem a classificação global da qualidade hospitalar por grupo de comparabilidade | 34 |
| Figura 6 - Ferramenta buscador QUALISS - Atributos de Qualidade..... | 37 |
| Figura 7 - % de hospitais participantes do Programa de Monitoramento da Qualidade Hospitalar - Ciclo 2023 que atendem ou não SUS | 42 |
| Figura 8 - % de hospitais participantes do Programa de Monitoramento da Qualidade Hospitalar - Ciclo 2023, que atendem SUS, por macrorregião..... | 43 |
| Figura 9 - Taxa de cobertura dos planos de assistência médica por Unidades da Federação (Brasil - fevereiro/2024)..... | 45 |
| Figura 10 - % de hospitais participantes Programa de Monitoramento da Qualidade Hospitalar - Ciclo 2023, conveniados ao SUS, por localização geográfica (capital ou não capital)..... | 48 |
| Figura 11 - Caracterização da rede de hospitais conveniados ao SUS participantes Programa de Monitoramento da Qualidade Hospitalar - Ciclo 2023 | 49 |

LISTA DE QUADROS

| | |
|--|----|
| Quadro 1 - Indicadores do Painel Geral do Programa de Monitoramento da Qualidade Hospitalar - Ciclo 2023..... | 29 |
| Quadro 2 - % e número total de hospitais participantes do Programa de Monitoramento da Qualidade Hospitalar - Ciclo 2023, que atendem SUS, por macrorregião | 43 |
| Quadro 3 - Hospitais participantes do Programa de Monitoramento da Qualidade Hospitalar - Ciclo 2023, conveniados ao SUS, por UF, Município e localização (capital ou não capital) | 46 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|------------|--|
| ANS | Agência Nacional de Saúde Suplementar |
| ANVISA | Agência Nacional de Vigilância Sanitária |
| BVS | Biblioteca Virtual em Saúde |
| CEP | Comitê de Ética em Pesquisa |
| CNES | Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde |
| CNPJ | Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica |
| COAEP | Coordenadoria de avaliação e estímulo à qualificação de prestadores |
| CVC | Cateter venoso central |
| CVD | Cateter vesical de demora |
| ESREs | Entidades de Saúde de Reconhecida Excelência |
| GEPIN | Gerência de padronização, interoperabilidade e análise de informação |
| IBES | Instituto Brasileiro para Excelência em Saúde |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| ICS | Infecção de corrente sanguínea |
| ISC | Infecção do sítio cirúrgico |
| ISQua | <i>International Society For Quality In Health</i> |
| ITU | Infecção do trato urinário |
| MS | Ministério da Saúde |
| NSP | Núcleo de Segurança do Paciente |
| ONA | Organização Nacional de Acreditação |
| OPAS | Organização Pan-Americana da Saúde |
| PA | Profilaxia antibiótica |
| PCR | Paradas cardiorrespiratórias |
| PM-QUALISS | Programa de Monitoramento da Qualidade Hospitalar |
| PREMs | <i>Patient Reported Experience</i> |
| PROADI SUS | Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema |
| PROMs | <i>Patient Reported Outcome Measures</i> |
| QUALISS | Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde Único de Saúde |

| | |
|--------|---|
| SCIELO | <i>Scientific Electronic Library Online</i> |
| SIHOSP | Sistema de Indicadores Hospitalares |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TEV | Tromboembolismo venoso |
| TMI | Taxa de mortalidade institucional |
| UF | Unidade Federativa |
| UI | Unidade de internação |

APRESENTAÇÃO

O presente trabalho de conclusão de curso de graduação foi idealizado e desenvolvido no decorrer do meu estágio extracurricular realizado na Agência Nacional de Saúde Suplementar, na Coordenadoria de avaliação e estímulo à qualificação de prestadores (COAEP), o qual exerci atividades durante o período de dezembro de 2022 a julho de 2024.

Cabe citar que algumas das principais atribuições da COAEP para a saúde suplementar são voltadas para o monitoramento e avaliação da qualidade e do desempenho dos prestadores de serviços de saúde, englobando, principalmente o Programa de Qualificação da Saúde Suplementar. Além do aprimoramento da qualidade da prestação de serviços, tendo em vista a construção de indicadores para avaliação da qualidade setorial.

Nesse sentido, dentre todas as atividades de estágio que foram efetuadas no período estagiado, tive a oportunidade de estar mais próxima do Programa de Monitoramento da Qualidade Hospitalar, acompanhando todas as atividades e o seu crescimento do ano de 2022 ao ano de 2024. Com minha participação, pude notar a importância da existência desse projeto não só para os prestadores de serviços, mas, também, para os beneficiários que usufruem desses serviços. E, diante disso, surgiu uma motivação em me aprofundar nessa temática e analisar os possíveis caminhos para a realização de um trabalho que abordasse essa pauta tão pertinente.

Algumas das atividades que elaborei foram cruciais para que eu me inteirasse na pauta da saúde suplementar e me interessasse por tornar isso uma pesquisa. Foram muitos aprendizados e, atualmente, posso dizer que é muito gratificante ter participado do início desse projeto e ter produzido um trabalho acadêmico relacionado a esse conteúdo tão importante para a saúde no Brasil.

Ao longo da produção do estudo, constatei a ausência de trabalhos acadêmicos relacionados diretamente ao Programa em questão, o que despertou uma vontade de transformar a minha ideia em uma realidade. O Programa de Monitoramento da Qualidade Hospitalar teve uma estruturação recente e há uma visível tendência de ampliação no número de hospitais participantes, o que acarreta a relevância dessa pesquisa, principalmente no que concerne a temática do mix público e privado no sistema de saúde brasileiro. Acredito e espero que o trabalho

possa contribuir positivamente para a rede SUS, no que diz respeito aos hospitais de dupla porta de entrada, e para a saúde suplementar, se tratando do Programa em questão.

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 15 |
| 1.1 JUSTIFICATIVA | 18 |
| 2 OBJETIVOS | 20 |
| 2.1 OBJETIVO GERAL | 20 |
| 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 20 |
| 3 REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEITUAL | 21 |
| 3.1 PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DOS PRESTADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE..... | 21 |
| 3.2 O PROADI-SUS E A CRIAÇÃO DO PROJETO “CONSÓRCIO DE INDICADORES DE QUALIDADE HOSPITALAR” PARA O PM-QUALISS HOSPITALAR DA ANS | 23 |
| 3.3 PROGRAMA DE MONITORAMENTO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR..... | 25 |
| 3.3.1 Sistema de Indicadores Hospitalares | 27 |
| 3.3.2 Indicadores hospitalares de monitoramento do PM-QUALISS Hospitalar | 28 |
| 3.4 O MIX PÚBLICO E PRIVADO NO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO | 34 |
| 4 METODOLOGIA | 36 |
| 4.1 FONTE E SELEÇÃO DE DADOS | 36 |
| 4.1.1 Instrumento de coleta 1: Buscador do Qualiss da ANS | 36 |
| 4.1.2 Instrumento de coleta 2: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do Ministério da Saúde | 38 |
| 4.1.3 Junção dos dados coletados após os instrumentos de coleta 1 e 2 | 38 |
| 4.1.4 Instrumento de coleta 3: busca bibliográfica e legislativa | 38 |
| 4.2 LIMITAÇÕES DO ESTUDO | 39 |
| 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO | 41 |
| 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 52 |
| REFERÊNCIAS | 54 |
| ANEXOS | 57 |
| ANEXO A – INSTRUMENTO DE COLETA – BUSCADOR DO QUALISS DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR..... | 58 |
| ANEXO B – INSTRUMENTO DE COLETA – CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE..... | 59 |

1 INTRODUÇÃO

É de extrema importância a relação entre a Saúde Suplementar, o Sistema Único de Saúde (SUS) e a cobertura hospitalar no Brasil. A garantia do acesso à atenção de qualidade e efetiva de saúde requer esforços de articulação e regulação adequada dos serviços e equipamentos privados e públicos.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), como o órgão responsável por regular o mercado de planos privados de saúde, e os gestores do SUS, na busca de serviços de saúde que possam prover as necessidades da população, por meio de convênios, possuem objetivos convergentes no sentido de garantir o acesso de qualidade à rede de serviços em saúde e, nesse sentido, podem mutuamente se beneficiarem da atuação da gestão pública e privada da saúde.

A relação entre público e privado na saúde vem de longa data. Após a reforma constituinte do ano de 1988, o sistema de saúde instituído, o SUS, conservou um estável segmento de prestadores e empresas de seguros privados, estruturando um complexo mix público-privado cujos prestadores privados podem vender ao mesmo tempo seus serviços para o sistema público de saúde, aos planos e seguros privados de saúde, diretamente às famílias e diretamente a empresas industriais e comerciais. Vale ressaltar que, em muitas regiões, a insuficiência da oferta/disponibilidade de recursos agrava esse quadro, promovendo grandes desigualdades no acesso a ações e serviços de saúde (Marques; Piola; Roa, 2016).

No que confere o artigo 199 da Constituição Federal de 1988, a assistência à saúde é livre à iniciativa privada, e, dessa forma, as instituições privadas podem atuar de forma complementar ou suplementar ao SUS. Ao longo dos anos, a saúde suplementar, formada por empresas e seguradoras de saúde, teve um crescimento significativo gerando a necessidade de um órgão de regulamentação própria. Nesse sentido, a Agência Nacional de Saúde Suplementar foi criada por meio da Lei nº 9.961 de 28 de janeiro de 2000, que a define como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde.

Cabe citar que, diferentemente da saúde suplementar, em que os serviços de saúde prestados são feitos independentemente, sem possuir vínculos diretos com o SUS, a denominada saúde complementar corresponde à atividade das empresas privadas no SUS, por meio de contratos ou convênios com os gestores do SUS, isto

é, com os entes federativos responsáveis nos três níveis de gestão.

Ambos, seguros e planos de saúde e gestores do SUS compram serviços em uma rede privada local que, não raro, se sobrepõem, o denominado serviço com “dupla porta”. Assim, as empresas contratadas atuam tanto na saúde complementar, com contratos de natureza pública, quanto na suplementar, de natureza privada, sempre de acordo com as disposições do caráter complementar dentro do SUS, dispostas nos artigos 4º § 2º, 8º e 24º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

Ao atuar no controle e na fiscalização das operadoras de saúde, a ANS garante que elas cumpram as obrigações contratuais, que ofereçam uma cobertura adequada aos seus beneficiários, além de também regulamentar inúmeros aspectos contratuais como os reajustes de mensalidades dos planos de saúde, os limites em relação às coberturas, reembolsos ou ressarcimentos de procedimentos realizados pelo SUS a contratantes cobertos por planos de saúde. Nesse sentido, visando sempre a proteção dos consumidores e o equilíbrio entre a assistência à saúde no SUS e na saúde suplementar, a legislação impõe a busca pela transparência de informações tanto dos ressarcimentos ao SUS quanto dos dados das empresas contratadas pela saúde suplementar.

O papel da ANS e dos gestores do SUS na regulação e contratação desses serviços é essencial para a garantia da segurança, transparência, confiabilidade e qualidade do setor de saúde no Brasil. A ANS fiscaliza e protege os direitos dos seus beneficiários, e garante a promoção de um sistema de saúde suplementar mais seguro, justo e eficiente. Por outro aspecto, os gestores do SUS estabelecem diretrizes e licitações que visam prover serviços de saúde que atendam os princípios do SUS, acesso universal e igualitário, com integralidade e equidade na atenção à saúde, por meio de uma rede de serviços de saúde gratuitos e de qualidade do SUS ou conveniados à rede pública.

Essa coexistência entre a ANS e a gestão tripartite do SUS, portanto, deve ser pautada no compartilhamento de informações e na cooperação técnica, de forma a garantir a prestação e melhoria contínua dos serviços de saúde. A promoção de uma articulação adequada entre o chamado “mix público-privado”, não se limita apenas ao caráter contratual suplementar ou complementar dos serviços de saúde, mas engloba também ações conjuntas para o fortalecimento do sistema de saúde brasileiro que atenda aos ditames constitucionais da saúde como um direito social a ser garantido por meio de políticas públicas. Nesse sentido, os chamados hospitais

de dupla porta devem atender a ambos os setores público e privada, com níveis de qualidade e eficiência no acesso aos serviços em conformidade às necessidades da população.

De acordo com Portela *et al.* (2010), o aumento da participação da saúde suplementar no cenário brasileiro pode ser considerado um fator que a transforma em um complemento na assistência à saúde dos brasileiros que é oferecida pelo SUS. Sob outra ótica, os planos e seguros de saúde privados também se tornaram uma alternativa para os cidadãos que buscam um atendimento de forma ágil e diferenciada fora do SUS, gerando a chamada cobertura duplicada¹ de serviços de saúde, com consequências significativas em relação à oferta e à utilização de serviços no SUS e na rede privada (Santos; Ugá; Porto, 2008).

Tal duplicidade tem recebido críticas (Santos; Ugá; Porto, 2008) no sentido que gera certa vantagem, ou mesmo um tipo de iniquidades de saúde, considerando que o usuário, contratante da saúde suplementar, mantém seu direito ao acesso ao SUS, para os mesmos tratamentos, procedimentos e consultas. Nesse sentido, o legislador buscando compartilhar os custos, riscos e um certo equilíbrio que não desincumbisse o SUS do seus deveres relacionados a saúde como um direito de cidadania e, ao mesmo tempo, promovesse uma forma de indenização ao SUS por serviços prestados a usuários que possuam planos e seguros de saúde, incluiu previsão no artigo 32 da Lei nº 9.656/1998, de ressarcimento ao SUS. Assim, prevê que, no caso dos atendimentos prestados aos beneficiários da rede SUS forem cobertos por seus contratos firmados na saúde suplementar, esses devem ser ressarcidos ao SUS. A impugnação por parte das Seguradoras de Saúde do dispositivo legal chegou ao Supremo Tribunal Federal que considerou constitucional a cobrança, encerrando a discussão jurídica a respeito da incompatibilidade da cobrança à vista dos dispositivos constitucional. De alguma forma, o Legislativo e o Judiciário entenderam que o ressarcimento garante um certo equilíbrio à vista da duplicidade de cobertura.

Para além dos aspectos financeiros, é primordial que os indivíduos tenham acesso oportuno, seguro e de qualidade em ambos os serviços, sejam eles por meio de contratação pública ou privada.

¹ Cobertura duplicada é o termo que vem sendo utilizado na literatura científica que se refere à situação em que um determinado usuário conta também com a cobertura de serviços privados de saúde, com base no seu contrato de seguro, e, como cidadão, pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Outrossim, outro conceito importante para a compreensão da temática do trabalho é a “cobertura sobreposta”, que pode ser exemplificada quando a cobertura duplicada ocorre no mesmo serviço ou equipamento. Por exemplo, um hospital que apresente diferenças internas na oferta e disponibilidade de leitos de UTI para o segmento de planos de saúde e outro tipo de leito conveniado pelo SUS, com vantagem para a população do segmento privado sobre os usuários exclusivos do sistema de saúde pública (Machado; Martins; Leite, 2015).

O presente Trabalho de Conclusão de Curso de Saúde Coletiva se situa no tema do mix público e privado na rede hospitalar brasileira, que tem como base os convênios firmados entre os gestores do SUS e empresas privadas de saúde, isto é, a interseção entre saúde suplementar e complementar. Seu objeto é o Programa de Monitoramento da Qualidade Hospitalar da ANS (PM-QUALISS Hospitalar) e o objetivo do estudo, o dimensionamento do alcance deste Programa na rede hospitalar complementar do SUS, por meio da pesquisa documental. Em outras palavras, investigar as “duplas portas” existentes no âmbito do PM-QUALISS Hospitalar.

1.1 JUSTIFICATIVA

Inicialmente, cabe apontar que, nas últimas décadas, o Brasil passou por um processo de transição demográfica e, também, epidemiológica, que repercutiu na mudança de padrões de saúde-doença e na vida dos seus residentes. Observa-se que, junto a essa transição, há uma grande necessidade de mudanças nos aspectos de prevenção, promoção, tratamento e monitoramento das doenças no país, a fim de garantir a saúde para a população.

O monitoramento qualificado, por meio de indicadores, é um tipo de medida adequada e significativa na caracterização do perfil das doenças mais correntes nos hospitais e é uma ferramenta para a gestão à medida que permite a formulação e implementação de medidas preventivas e de controle de infecções, por exemplo. Dessa forma, a criação do Programa de Monitoramento da Qualidade Hospitalar pela ANS encontra extrema relevância para a rede de hospitais privados e para o SUS, tendo em vista que hospitais conveniados ao SUS são participantes desse Projeto.

Enfatiza-se que, no Brasil, segundo dados disponíveis pelo portal oficial da

ANS, a taxa de cobertura por planos privados de saúde, em março de 2024, era de 26,3% (beneficiários em planos privados de assistência médica com ou sem odontologia). Portanto, de acordo com Portela *et al.* (2010), verifica-se que grande parte da população é coberta pela rede privada e que, cerca de, 6.343 hospitais no Brasil, 80,6% eram prestadores de serviços aos SUS, 60,5% prestavam serviços privados e 41,9% atuavam nos setores públicos e privados, em julho de 2006.

Evidencia-se, portanto, a relevância da análise desse Projeto de monitoramento da ANS em meio às mudanças epidemiológicas, com o objetivo de garantir a saúde para a população por meio do monitoramento constante de dados. Outrossim, esse monitoramento é simultaneamente importante para o SUS à vista dos inúmeros hospitais “dupla porta” que participam do PM-QUALISS Hospitalar no ciclo 2023, que de acordo com o presente estudo, alcança cerca de 40% do total de hospitais participantes.

Ademais, a sobreposição de hospitais que atendam ambos os setores, ou seja, a saúde suplementar e complementar, deve ser um objeto de estudo da Saúde Coletiva, visando identificar e intervir nas possíveis iniquidades que essa cobertura duplicada e sobreposta pode acarretar dentro do sistema de saúde brasileiro.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Quantificação e caracterização da rede de hospitais conveniados ao SUS participantes do Programa de Monitoramento da Qualidade Hospitalar da Agência Nacional de Saúde Suplementar, no ano de 2023.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificação da rede total de hospitais gerais participantes do Programa de Monitoramento da Qualidade Hospitalar, no ciclo de 2023, por meio da busca efetuada no Buscador do Qualiss da ANS;

- Identificação do grupo de hospitais conveniados ao SUS que integram o Programa de Monitoramento da Qualidade Hospitalar, no ciclo de 2023, por meio da busca efetuada no CNES do Ministério da Saúde (MS), verificando a existência, ou não, do atendimento de pacientes SUS;

- Mapeamento da participação dos hospitais que ofertam serviços na rede SUS (complementar) que participam do Programa de Monitoramento da Qualidade Hospitalar da Agência Nacional de Saúde Suplementar, no ciclo de 2023.

3 REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEITUAL

3.1 PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DOS PRESTADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE

O chamado Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde (QUALISS), da ANS, é atualmente regulamentado pela Resolução Normativa ANS nº 510, de março de 2022, e tem como finalidade estimular a qualificação dos prestadores de serviços de saúde e disponibilizar suas informações sobre a qualidade dos seus serviços.

Ampliar a capacidade de avaliação e de escolha por parte dos beneficiários de planos de saúde é um dos escopos do projeto, e consiste no estabelecimento e divulgação de atributos de qualificação para o aprimoramento da qualidade de assistência oferecida pelos prestadores da saúde. Além disso, através da divulgação dos atributos de qualidade, o QUALISS visa atestar a segurança dos serviços prestados aos usuários do sistema, acarretando a maior sustentabilidade e a transparência desse setor.

Os atributos de qualificação do Programa QUALISS, que estão disponíveis atualmente no portal oficial do QUALISS da ANS, são: a acreditação e certificação de Prestadores de Serviços de Saúde, Projetos de indução da qualidade; Núcleo de Segurança do Paciente, Notificação de Eventos Adversos e a Qualidade Monitorada.

De acordo com dados disponíveis no portal oficial da Organização Nacional de Acreditação (ONA), a Acreditação é um método de avaliação e de certificação que tem como finalidade promover a qualidade e a segurança da assistência no setor de saúde, por meio de padrões e requisitos previamente definidos. Para o QUALISS, somente são aceitas entidades acreditadoras e metodologias que sejam reconhecidas pela *International Society For Quality In Health* (ISQua), e por meio da divulgação desse atributo, é possível visualizar os estabelecimentos acreditados em nível máximo.

No Programa, de acordo com seus portais oficiais da ANS, também são aceitos certificados de acreditação em níveis inferiores ao nível máximo, quando utilizadas metodologias escalonadas. Além disso, tal qual para as acreditações, o reconhecimento pela ISQua também é necessário para que a Certificação seja reconhecida.

Já o atributo de Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), no QUALISS, permite a verificação dos prestadores de saúde com Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) cadastrado na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Cabe citar que esse atributo indica uma estruturação de diretrizes e procedimentos a fim de garantir a segurança dos pacientes dentro da unidade de atendimento.

No atributo “Projetos de indução da qualidade”, é possível verificar os projetos de indução de qualidade os quais os prestadores de serviço do segmento privado fazem parte como, por exemplo, o Projeto Cuidado Integral à Saúde, disponível para verificação dentro do portal do QUALISS.

O atributo de qualidade do QUALISS, “Notificação de Eventos Adversos”, consiste no atributo que permite a verificação da participação de uma unidade de saúde na comunicação, por meio do Sistema informatizado nacional NOTIVISA, da ANVISA.

Por fim, o atributo da “qualidade monitorada” constitui o atributo que consiste na participação do prestador de serviço no Programa de Monitoramento da Qualidade (PM-QUALISS Hospitalar) da ANS, anteriormente citado.

Com o QUALISS e o PM-QUALISS Hospitalar são almejados aprimoramentos na gestão dos prestadores, na transparência de informações para os beneficiários, na qualidade, no monitoramento, na capacidade de escolha dos prestadores de serviços pelos seus beneficiários. Além desses benefícios esperados, também foi esperado que o projeto gerasse o aumento da concorrência e da competitividade positiva entre os prestadores de saúde participantes.

Vale ressaltar que a acreditação é um pré-requisito para a participação de um hospital no PM-QUALISS Hospitalar. De acordo com a ONA, ela é realizada de forma voluntária e periódica, e refere-se a uma certificação atribuída por uma entidade acreditadora a um determinado serviço de saúde que atende aos padrões de qualidade e segurança. Atualmente, para um hospital, há vantagens em obter uma acreditação como, por exemplo, aumentar a confiabilidade por parte dos pacientes nos serviços prestados pelos hospitais e manter um padrão em seus serviços.

Além disso, de acordo com o Grupo IBES, constituído pelo Instituto Brasileiro para Excelência em Saúde (IBES), IBES International e Be Solutions, alguns dos benefícios da acreditação para os hospitais são a melhoria contínua da Segurança do paciente e dos resultados assistenciais, integração entre os setores e processos,

maior controle dos processos e organização dos resultados, visibilidade no mercado, identificação de riscos e oportunidades e, por fim, ao seguir corretamente a metodologia da ONA, a instituição tende a diminuir possíveis erros.

Dessa forma, a necessidade de obter uma acreditação/certificação para participar do Programa de Monitoramento da ANS, já indica que a instituição hospitalar está preocupada com sua qualidade e seus processos de trabalho, aumentando a confiabilidade por parte de seus pacientes, além de promover o aumento da qualidade assistencial. À vista disso, cabe citar como ocorreu e como se estruturou o Programa dentro da ANS.

3.2 O PROADI-SUS E A CRIAÇÃO DO PROJETO “CONSÓRCIO DE INDICADORES DE QUALIDADE HOSPITALAR” PARA O PM-QUALISS HOSPITALAR DA ANS

Em sumo, o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS) é um projeto elaborado pelo Ministério da Saúde do Brasil que apresenta como um de seus principais objetivos a promoção de parcerias com instituições privadas de saúde, para fins de fortalecimento do SUS.

O SUS, como supracitado, é o sistema que apresenta a responsabilidade de oferecer serviços de saúde gratuitamente à toda a população brasileira através de uma rede que é composta por níveis de atendimento com diferentes funções. Além disso, ele é responsável também por promover ações de prevenção e promoção da saúde. Nesse sentido, o PROADI-SUS é uma estratégia importante para aprimorar o SUS por meio da colaboração mútua entre o setor público e o setor privado, visando melhorar o acesso e a qualidade dos serviços de saúde oferecidos.

Criado a fim de fortalecer e apoiar o sistema na promoção da melhoria das condições de saúde da população, o PROADI-SUS permite que instituições privadas de excelência de saúde desenvolvam projetos e ações em benefício do SUS, recebendo incentivos financeiros do MS para a implementação e execução desses projetos em questão, que visam ampliar o acesso a serviços de saúde, reduzir as filas de espera para procedimentos, fortalecer a capacidade de atendimento e promover a inovação e a eficiência na gestão dos serviços de saúde.

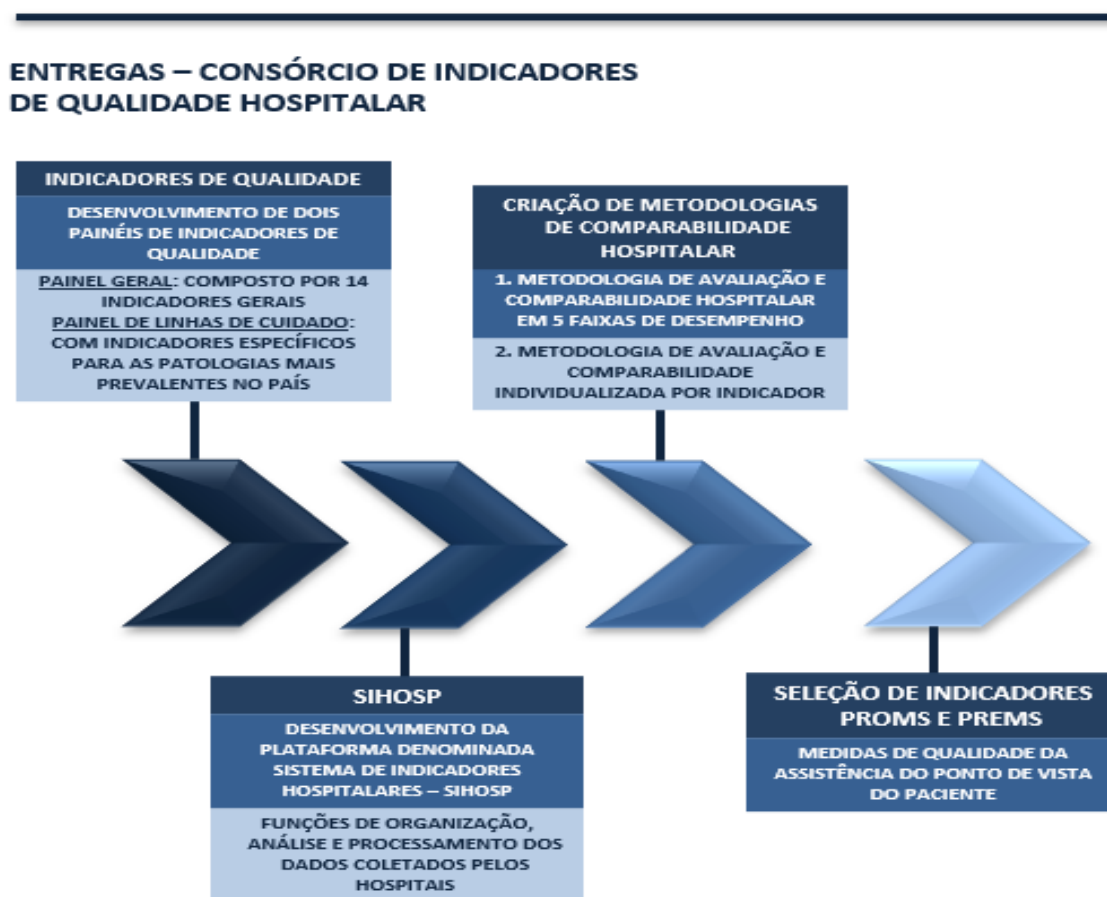
Com a finalidade de dar continuidade nas metas estabelecidas para o Programa de Monitoramento da ANS, foi criada uma parceria com o Hospital de

Excelência Moinhos de Vento, uma das Entidades de Saúde de Reconhecida Excelência (ESREs), com o objetivo de elaborar um Projeto chamado “Consórcio de indicadores de Qualidade Hospitalar”, um projeto do PROADI-SUS, e que dispôs da participação de outros hospitais ESREs, o Hospital Alemão Oswaldo Cruz, o Hospital do Coração e o Hospital Israelita Albert Einstein.

Inicialmente, o Projeto teve como metas o desenvolvimento de um conjunto de indicadores em saúde, com fins de avaliação e de monitoramento da atenção hospitalar, a realização de um piloto para os testes dos indicadores hospitalares com alguns hospitais selecionados, a produção de um sistema de dados para coletar e processar os envios pelos hospitais; e a construção de uma metodologia de comparabilidade entre os participantes.

Com a finalização do Projeto “Consórcio de Indicadores de Qualidade Hospitalar”, foram entregues alguns produtos, conforme Figura 1.

Figura 1 - Linha do tempo de entregas do Projeto “Consórcio de Indicadores de Qualidade Hospitalar”



Fonte: Elaboração própria com dados extraídos do Manual Metodológico do Programa de Monitoramento da Qualidade Hospitalar da ANS (2024a).

No que diz respeito ao desenvolvimento e elaboração do Programa de Monitoramento da Qualidade Hospitalar na Saúde Suplementar, cabe citar que foi iniciado após a finalização do Projeto “Consórcio de Indicadores de Qualidade Hospitalar” e que toda a produção gerada no consórcio foi utilizada como fonte e base para a sua estruturação, de acordo com o Manual Metodológico do Programa de Monitoramento da Qualidade Hospitalar da ANS no ano de 2024.

Nesse sentido, com participação voluntária para os Hospitais, o primeiro ciclo avaliativo anual do PM-QUALISS Hospitalar foi iniciado em janeiro de 2022, após o ano de teste “piloto”, que ocorreu em 2021. No total, 136 hospitais participaram do ciclo 2022, e, por ser o primeiro ano efetivo de teste, não houve divulgação dos resultados dos hospitais. Porém, para o ciclo de 2023, os resultados já foram coletados e serão divulgados, como esperado, ainda em 2024.

3.3 PROGRAMA DE MONITORAMENTO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

O Programa de Monitoramento da Qualidade da Assistência Hospitalar (PM-QUALISS Hospitalar), da ANS, é um projeto que avalia e monitora a qualidade dos serviços oferecidos pelos hospitais da saúde suplementar no Brasil. Ele surgiu com base na necessidade de acompanhamento e avaliação do desempenho e qualidade assistencial dos prestadores, tendo em vista que os beneficiários ainda não tinham muitas alternativas de parâmetros de qualidade, e, pela reduzida quantidade de dados transparentes sobre a qualidade dos hospitais particulares.

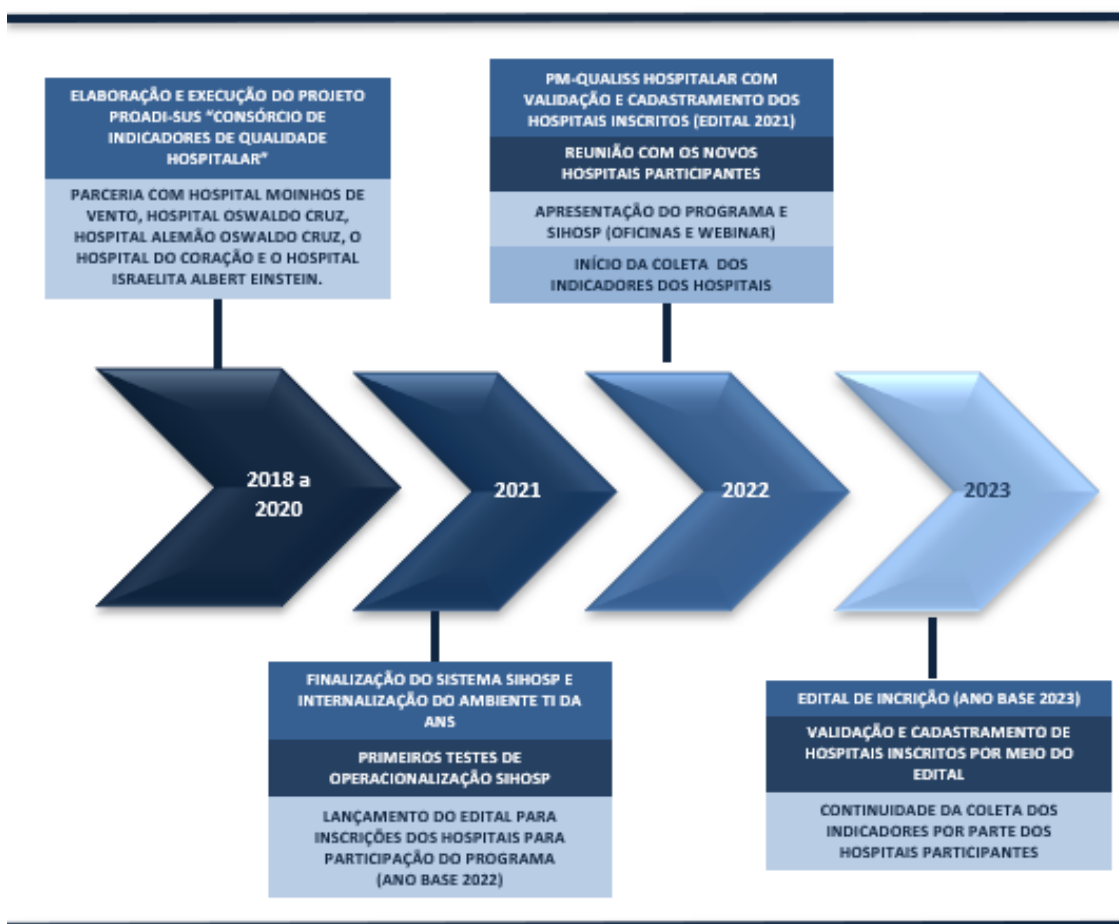
Com o objetivo de garantir a qualidade e segurança dos serviços de saúde oferecidos aos beneficiários de planos de saúde do país, o PM-QUALISS Hospitalar visa a proteção dos direitos dos pacientes, a promoção da transparência no sistema de saúde, e o estímulo à melhoria contínua dos serviços hospitalares. Dessa forma, fortalecendo a regulação do setor, onde é realizada uma avaliação periódica da qualidade da assistência, por meio desse monitoramento de indicadores e divulgação de resultados após o ciclo avaliativo anual.

Em vista disso, é possível notar que essa pode ser considerada uma maneira de assegurar que os pacientes tenham acesso às informações dos hospitais particulares, além de aprimorar a regulação do setor da saúde suplementar, o que também contribui para o aumento da confiança dos consumidores no sistema.

No Programa, a avaliação da qualidade é realizada através dos Indicadores Gerais relacionados aos serviços hospitalares e das linhas de cuidado específicas, onde os resultados das avaliações e do monitoramento são divulgados, permitindo que os beneficiários tenham acesso aos resultados anuais dos serviços de saúde através de faixas de classificação de desempenho que estão disponíveis no Manual Metodológico do Programa de Monitoramento da Qualidade Hospitalar da ANS divulgado no ano de 2024. Além disso, o Programa incentiva os hospitais a adotarem medidas para o constante aprimoramento de sua qualidade da assistência prestada, o que, por consequência, acarreta uma “competitividade positiva” e incita a busca de melhores resultados anuais.

Em sumo, o PM-QUALISS Hospitalar é um programa estratégico para qualificação dos prestadores de serviços hospitalares da saúde suplementar, com avaliação da qualidade dos serviços por meio de 14 Indicadores Gerais e de Linhas de Cuidado específicas, que tem realização em ciclos anuais com adesão voluntária por parte dos hospitais. Conforme Figura 2, pode-se notar o seu processo de implementação resumido e estruturado.

Figura 2 - Linha do tempo de elaboração e estruturação do PM-QUALISS Hospitalar



Fonte: Elaboração própria com dados extraídos do Manual Metodológico do Programa de Monitoramento da Qualidade Hospitalar da ANS (2024a).

Após a estruturação completa do PM-QUALISS Hospitalar, seus critérios para participação, que estão atualmente disponíveis nos portais oficiais do Programa, foram definidos como:

- Atuar na Saúde Suplementar;
- Ser classificado como Hospital Geral ou Pronto socorro geral no CNES;
- Possuir acreditação ou certificação reconhecida pela ISQua (International Society for Quality in Health Care); e
- Adesão Voluntária por meio da assinatura de termo de Compromisso.

3.3.1 Sistema de Indicadores Hospitalares

Para a avaliação de seu desempenho mensal e anual, os hospitais fazem um reporte de seus dados dos indicadores coletados mensalmente por meio de uma

planilha em formato “.csv”, que é armazenada pelo Sistema de Indicadores Hospitalares (SIHOSP), que é o sistema do Programa, desenvolvido com finalidade de coletar e processar todos os dados enviados.

Além disso, o encaminhamento desses dados é feito através de arquivo em formato ‘.csv’ e o sistema permite a demonstração de resultados dos hospitais por meio de *dashboards*, facilitando o uso do sistema de dados para gestão interna e para favorecer a visualização de seus resultados e desempenho.

3.3.2 Indicadores hospitalares de monitoramento do PM-QUALISS Hospitalar

Acerca dos indicadores de monitoramento, a metodologia do Programa utiliza um conjunto de Indicadores Gerais divididos em três domínios: Efetividade, Eficiência e Segurança. De acordo com a descrição dos indicadores pela ANS, disponível no Manual Metodológico do Programa de Monitoramento da Qualidade Hospitalar (2024a) e nos portais oficiais da Agência, os domínios podem ser definidos como:

1. Efetividade: mensura os desfechos associados aos procedimentos, condutas e adesão aos protocolos institucionais;
2. Eficiência: avalia a qualidade e agilidade dos processos, buscando grau máximo de cuidado efetivo com os recursos disponíveis em cada realidade;
3. Segurança: reflete a atenção das instituições às suas práticas assistenciais com o objetivo de evitar danos aos pacientes (ANS, 2024a).

Vale ressaltar que:

Os indicadores são medidas-síntese que contêm informação relevante sobre determinados atributos, dimensões do estado de saúde e do desempenho do sistema de saúde. Os indicadores de saúde procuram descrever e monitorar a situação em saúde de uma população (Organização Pan-Americana da Saúde, 2008, p. 7).

Os 14 indicadores gerais utilizados no monitoramento e avaliação hospitalar no PM-QUALISS Hospitalar são, conforme Quadro 1:

Quadro 1 - Indicadores do Painel Geral do Programa de Monitoramento da Qualidade Hospitalar - Ciclo 2023

| CONCEITO DO INDICADOR | FÓRMULA DE CÁLCULO |
|--|--|
| Indicador 1. Proporção de partos vaginais Domínio: Efetividade | |
| Avaliação da proporção de partos vaginais em relação ao número total de partos realizados. | $\frac{\text{(total de partos vaginais)}}{\text{(total de partos (vaginal+cesáreo))}} \times 100$ |
| Indicador 2. Proporção de reinternações em até 30 dias da saída hospitalar Domínio: Efetividade | |
| Mensuração da proporção de reinternações de pacientes em um período menor ou igual a 30 dias após a saída hospitalar em relação ao total de pacientes internados no mesmo período. | $\frac{\text{(total de internações que ocorreram em até 30 dias a partir das saídas que constam no denominador)}}{\text{(total de saídas no mês anterior ao mês de competência)}} \times 100$ <p>*Estratificar os dados da fórmula em: Saídas de internações clínicas; e Saídas de internações cirúrgicas.</p> |
| Indicador 3. Taxa de parada cardiorrespiratória em unidade de internação Domínio: Efetividade | |
| Mensuração da taxa de paradas cardiorrespiratórias (PCR) que ocorreram em pacientes da unidade de internação (UI). | $\frac{\text{(total de PCRs na UI)}}{\text{(total de pacientes-dia na UI)}} \times 1.000$ |
| Indicador 4. Taxa de mortalidade institucional Domínio: Efetividade | |
| A taxa de mortalidade institucional (TMI) mede os óbitos que ocorreram no hospital após as primeiras 24 horas de internação sobre o total de saídas em um determinado período. | $\frac{\text{(total de óbitos de pacientes internados)}}{\text{(total de saídas)}} \times 100$ <p>*Estratificar os dados da fórmula em: Neonatal precoce em saídas clínicas e cirúrgicas; Neonatal tardio em saídas clínicas e cirúrgicas; Pediátrico em saídas clínicas e cirúrgicas; Adulto em saídas clínicas e cirúrgicas; e Idosos em saídas clínicas e cirúrgicas.</p> |
| Indicador 5. Tempo médio de internação Domínio: Eficiência | |
| Mensuração do tempo médio, em dias, de permanência dos pacientes admitidos na instituição em determinado período. | $\frac{\text{(total de pacientes -dia no período)}}{\text{(total de saídas no período)}}$ <p>*Estratificar os dados da fórmula em: Pediátrico em internações clínicas e cirúrgicas; Adulto em internações clínicas e cirúrgicas; e Idosos em internações clínicas e cirúrgicas.</p> |

| | |
|--|---|
| Indicador 6. Tempo médio de permanência na emergência | |
| Domínio: Eficiência | |
| Mensuração do tempo médio, em horas, de permanência dos pacientes admitidos na unidade de emergência do hospital, considerando o tempo a partir da chegada até o término do atendimento na emergência. | $(\text{total de tempo da entrada dos pacientes na emergência até o término dos atendimentos}) / (\text{total de pacientes que buscaram atendimento na unidade})$ |
| Indicador 7. Tempo médio de espera na emergência para primeiro atendimento | |
| Domínio: Eficiência | |
| Mensuração do tempo médio decorrido desde o registro da triagem até a avaliação inicial por um médico para todos os pacientes na unidade de emergência que foram classificados como nível 2 e nível 3. | $(\text{total de tempo de espera para o primeiro atendimento}) / (\text{total de pacientes que buscaram atendimento na emergência})$ *Estratificar os dados da fórmula em: Classificação de risco nível 2; e Classificação de risco nível 3. |
| Indicador 8. Taxa de início de antibiótico intravenoso profilático | |
| Domínio: Eficiência | |
| Mensuração da adequação de profilaxia antibiótica (PA) pré-cirúrgica em pacientes submetidos a cirurgias limpas. | $(\text{total de cirurgias limpas com PA pré-cirúrgica em até 60m da incisão}) / (\text{total de cirurgias limpas}) \times 100$ |
| Indicador 9. Taxa de infecção de sítio cirúrgico em cirurgia limpa | |
| Domínio: Segurança | |
| Mensuração da taxa de cirurgias limpas que apresentaram infecção do sítio cirúrgico (ISC) relacionada ao procedimento dentro do período de 30 dias. | $\text{total de casos de ISC que ocorreram em até 30 dias de cirurgias limpas que constam no denominador}) / (\text{total de cirurgias limpas no mês anterior ao mês de competência}) \times 100$ |
| Indicador 10. Densidade de incidência de infecção primária de corrente sanguínea (IPCS) em pacientes em uso de cateter venoso central (CVC) | |
| Domínio: Segurança | |
| Avaliação da incidência de infecção primária de corrente sanguínea (ICS) associada a cateter venoso central (CVC) no período em que os pacientes estiveram sob o risco de adquirir a infecção pelo uso do cateter. | $(\text{total de ICS em pacientes com CVC}) / (\text{total de pacientes com CVC-dia}) \times 1.000$ *Estratificar os dados da fórmula em: Unidade de internação neonatal, pediátrica e adulta; e Unidade de terapia intensiva (UTI) neonatal, pediátrica e adulta. |

| | |
|--|---|
| Indicador 11. Densidade de incidência de infecção do trato urinário (ITU) associada a um cateter vesical de demora (CVD) | |
| Domínio: Segurança | |
| Avaliação da incidência de infecção do trato urinário (ITU) associada a cateter vesical de demora (CVD) no período em que os pacientes estiveram sob o risco de adquirir a infecção pelo uso do cateter. | $(\text{total de ITUs em pacientes com CVD}) / (\text{total de pacientes com CVD-dia}) \times 1.000$ *Estratificar os dados da fórmula em: Unidade de internação (UI) neonatal, pediátrica e adulta; e Unidade de terapia intensiva (UTI) neonatal, pediátrica e adulta. |
| Indicador 12. Taxa de profilaxia de tromboembolismo venoso | |
| Domínio: Efetividade | |
| Avaliação da taxa de pacientes em risco trombótico não baixo que receberam profilaxia para tromboembolismo venoso (TEV). | $(\text{total de pacientes com risco trombótico não baixo que receberam profilaxia TEV}) / (\text{total de pacientes com risco trombótico não baixo internados na instituição}) \times 100$ *Estratificar os dados da fórmula em: Clínico; Cirúrgico ortopédico; e Cirúrgico não-ortopédico. |
| Indicador 13. Incidência de quedas com dano | |
| Domínio: Segurança | |
| Mensuração da incidência de quedas com dano em pacientes internados na instituição. | $(\text{total de quedas com dano em pacientes}) / (\text{total de pacientes-dia}) \times 1.000.$ |
| Indicador 14. Evento sentinela | |
| Domínio: Segurança | |
| Mensuração de eventos sentinela que ocorrem no hospital em um determinado período. | $(\text{total de eventos sentinela no período}) / (\text{total de pacientes-dia}) \times 1.000$ |

Fonte: Elaboração própria com dados extraídos do Manual Metodológico do Programa de Monitoramento da Qualidade Hospitalar da ANS (2024a).

Os indicadores trabalhados no Programa, portanto, ajudam a monitorar e avaliar aspectos relacionados à saúde dos pacientes nas unidades hospitalares e fornecem uma visão geral do estado de qualidade e da eficiência do hospital. O monitoramento é essencial para identificar possíveis padrões ou erros hospitalares, além de servir como uma ferramenta de direcionamento para a gestão interna a fim de resolutividade ou aprimoramento, tendo em vista que os indicadores do painel geral também podem ser usados para uma possível comparação mensal dos dados e resultados dos hospitais.

Ou seja, ao comparar os seus próprios indicadores mensalmente, é possível determinar mudanças necessárias e, além disso, ainda é possível realizar uma comparação do desempenho dos indicadores com os resultados dos hospitais

considerados de excelência participantes, o que pode auxiliar a identificar necessidades de aprimoramento, tendo em vista que sempre buscam atrair mais beneficiários e estar entre os destaques do mercado de saúde.

Dessa forma, verifica-se que todos os objetivos do Programa são voltados para a qualificação hospitalar, buscando sempre garantir a qualidade da assistência. E, além disso, por meio da divulgação dos resultados anuais, como supracitado, o Programa busca promover a transparência para seus usuários e, o incentivo da melhoria contínua também é uma consequência da divulgação dos resultados, tendo como objetivo o estímulo aos participantes a manterem seus números mensais positivos.

Após o processamento dos indicadores é gerada uma medida síntese e os hospitais recebem uma pontuação global (P-hosp), sendo classificados nas faixas de desempenho, que são evidenciadas na divulgação de resultados após o ano base participante. Atualmente, em 2024, será feita a primeira divulgação pela ANS do Ciclo avaliativo de 2023, após a consolidação total do Programa.

A metodologia de avaliação e classificação, de acordo com o Manual Metodológico do PM-QUALISS Hospitalar da ANS (2024a), utiliza uma sumarização dos indicadores, que gera um índice único para cada hospital, a fim de comparabilidade e classificação de desempenho para a divulgação citada acima. Dessa forma, o “P-Hosp” é calculado a partir da soma da Pontuação de cada indicador dividido pelo número total de indicadores.

Segundo a ANS (2024a), deve-se criar um padrão da escala, o “escore Z”, que deve ser calculado para cada indicador mensal trabalhado. Em síntese, o valor do Escore Z do indicador de cada hospital é obtido a partir do seguinte cálculo: a diferença entre o resultado do indicador de um hospital no período e o resultado médio geral do indicador do conjunto dos hospitais participantes do grupo que o hospital faz parte, dividindo essa diferença pelo desvio padrão dos resultados do indicador dos hospitais do mesmo grupo.

Ademais, ainda de acordo com a ANS (2024a), para o cálculo da Pontuação Sumarizada (P-Hosp), é realizada uma média simples das pontuações de cada um dos indicadores (Escore Z padronizado) do hospital, conforme exposto na Figura 3 abaixo.

Figura 3 - Cálculo do P-Hosp do hospital

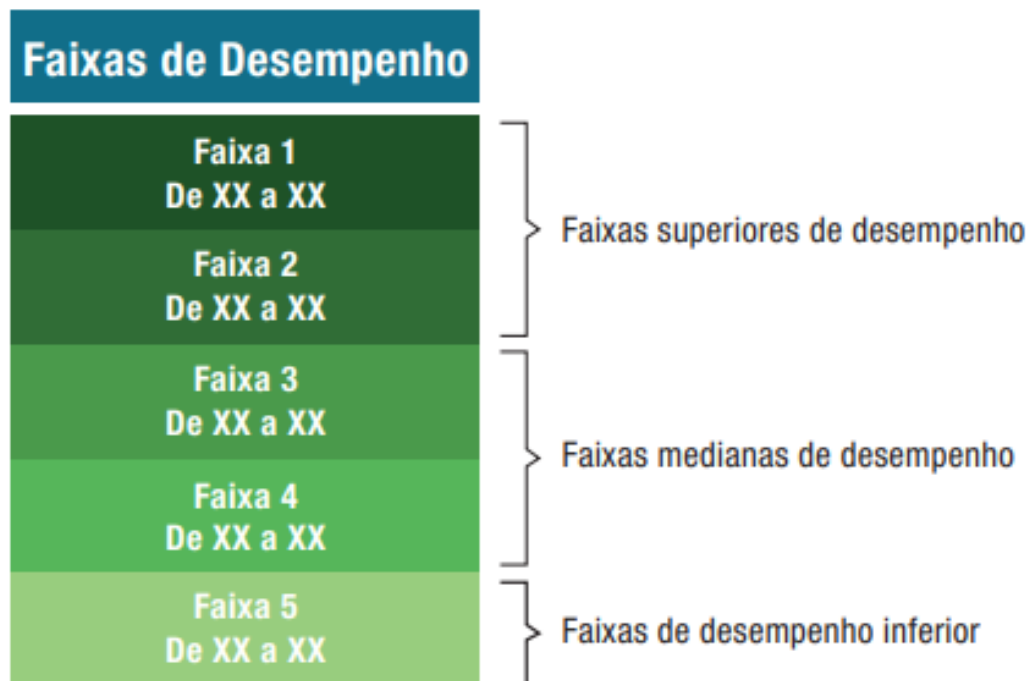
$$PHosp = \frac{(Z1 + Z2 + Z3 + Z4 + Z5 + Z6)}{6} \quad \text{ou seja} \quad PHosp = \frac{\sum_{i=1}^6 Z}{6}$$

Fonte: ANS (2024).

Existem ainda algumas exceções como, hospitais sem UTI, por exemplo. Esses cálculos específicos encontram-se descritos detalhadamente no Manual do Programa (ANS, 2024a).

Cabe citar que, também de acordo com o Manual do Programa (ANS, 2024a), as Faixas Classificatórias de Desempenho são apresentadas para fins de comparabilidade, em um degradê em diferentes tons de verde e identificadas por números de 1 a 5, comparando o desempenho dos hospitais, conforme as Figuras 4 e 5 abaixo.

Figura 4 - Demonstração do Desempenho dos Hospitais por faixas



Fonte: ANS (2024a).

Figura 5 - Faixas de Desempenho que compõem a classificação global da qualidade hospitalar por grupo de comparabilidade

| GRUPO 1 | GRUPO 2 | GRUPO 3 |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Faixas de Desempenho | Faixas de Desempenho | Faixas de Desempenho |
| Faixa 1 De XX a XX | Faixa 1 De XX a XX | Faixa 1 De XX a XX |
| Faixa 2 De XX a XX | Faixa 2 De XX a XX | Faixa 2 De XX a XX |
| Faixa 3 De XX a XX | Faixa 3 De XX a XX | Faixa 3 De XX a XX |
| Faixa 4 De XX a XX | Faixa 4 De XX a XX | Faixa 4 De XX a XX |
| Faixa 5 De XX a XX | Faixa 5 De XX a XX | Faixa 5 De XX a XX |

Fonte: ANS (2024a).

3.4 O MIX PÚBLICO E PRIVADO NO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

Para dar continuidade ao presente trabalho, cabe salientar que o Mix Público e Privado no Brasil pode ser conceituado como:

[...] a construção do sistema nacional de saúde brasileiro a partir de uma base fortemente privatizada - que era a existente em 1988 - resultou em um modelo absolutamente peculiar, no qual há uma imbricação do estatal e do privado nos principais elementos estruturantes do sistema (Santos; Ugá; Porto, 2008, p. 1433).

Sob o viés político, de acordo com Márcia Cardoso *et al.* (2017), a relação do mix público e privado na saúde não deve ser tratada de forma desmembrada no âmbito das políticas de saúde e das ofertas de ações e serviços de cuidado às pessoas e às coletividades. À vista disso, o presente estudo sobre o PM-QUALISS Hospitalar torna-se necessário tanto para a saúde suplementar, quanto para o SUS, tendo em vista os hospitais conveniados que fazem parte do Programa, e exemplificam o mix público-privado na saúde brasileira. Dessa maneira, além de garantir a saúde e a proteção dos beneficiários de planos privados, o PM-QUALISS também visa a qualidade para os usuários do sistema público de saúde no país.

Tendo em vista que, no presente trabalho, verificou-se que cerca de 40% dos participantes no ciclo avaliativo de 2023 são dupla porta de entrada, o estudo torna-se necessário para a caracterização desses hospitais e, juntamente, para a compreensão sobre as possíveis repercussões para a rede SUS, tendo em vista a cobertura duplicada e sobreposta, com base na pesquisa documental que essa presença no Programa pode gerar.

4 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo e analítico, com objetivo de estimar a ocorrência de participação dos hospitais conveniados à rede SUS e na rede privada de planos e seguros de saúde no PM-QUALISS Hospitalar. A partir da descrição, foi feita uma análise, por meio de dados informações disponíveis, dimensionando-se a participação dos hospitais com dupla porta no conjunto de hospitais do Programa, buscando-se levantar hipóteses relacionadas às possíveis repercussões para a melhoria da qualidade da rede SUS, que podem ser objeto de estudos futuros.

O período de realização do presente estudo foi do mês de janeiro a junho de 2024, tendo em vista as pesquisas acerca do PM-QUALISS Hospitalar da ANS e a busca de dados relacionados aos hospitais de dupla porta na rede de hospitais privados participantes no Programa no ano base de 2023.

Inicialmente, cabe destacar que o presente trabalho foi elaborado por meio de 3 instrumentos de coleta:

1. Buscador do Qualiss;
2. Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde (CNES);
3. Busca bibliográfica e legislativa - Biblioteca virtual em saúde (BVS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Portais Oficiais da Agência Nacional de Saúde Suplementar, e Legislações Brasileiras que dizem respeito à temática abordada.

4.1 FONTE E SELEÇÃO DE DADOS

4.1.1 Instrumento de coleta 1: Buscador do Qualiss da ANS

A primeira etapa da pesquisa foi feita por meio do Buscador do Qualiss, ferramenta disponível no portal oficial da ANS, para coletar os hospitais participantes do PM-QUALISS Hospitalar no ciclo de 2023. As variáveis disponíveis utilizadas para a seleção foram a “Qualidade Monitorada” em “atributo”. Obtendo assim, toda a lista de hospitais participantes do Programa e seus respectivos dados cadastrais, que são: nome, endereço, Unidades Federativas do Brasil, municípios, CNES, CNPJ, os atributos de qualidade de cada hospital, seu tipo de estabelecimento de saúde e, por fim, sua razão social. Todos esses dados foram organizados e

armazenados em uma planilha Excel, retirada diretamente do sistema, reduzindo, portanto, a possibilidade de erros de digitação.

O Buscador do QUALISS, é uma ferramenta própria da ANS, que permite que o usuário encontre o prestador pelo seu nome, tipo de estabelecimento (hospital, hospital-dia, clínica ou Serviço de Apoio à Diagnose e Terapia), sua região, seus atributos de qualidade, creditações, certificações etc.

Essa ferramenta divulga e apresenta todos os prestadores com os atributos de qualificação do QUALISS, conforme Figura 6. Ou seja, por meio desse sistema, é viável obter informações sobre os atributos de determinados estabelecimentos de saúde da rede privada, incluindo os participantes do PM-QUALISS Hospitalar.

Figura 6 - Ferramenta buscador QUALISS - Atributos de Qualidade



Fonte: ANS (2024a). Buscador do QUALISS.

4.1.2 Instrumento de coleta 2: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do Ministério da Saúde

A segunda coleta foi realizada com a busca de hospitais conveniados ao SUS, a partir da lista obtida na etapa anterior, no portal oficial do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do Ministério da Saúde. O objetivo dessa etapa foi a identificação dos hospitais que apresentam dupla porta de entrada que participam do Programa.

Para essa busca dentro do CNES, foi utilizado o número de cadastro (CNES) de cada hospital participante do PM-QUALISS Hospitalar, retirado do Buscador, e foi selecionada a variável “Atende SUS” dentro do sistema CNES. Para essa variável, as opções de resposta eram “Sim” ou “Não”, identificando quais hospitais atendiam ao SUS ou não. Os dados coletados via CNES, foi realizada uma transferência para o sistema do Google Planilhas e, aumentou, assim, a possibilidade de possíveis erros manuais, apesar da revisão.

4.1.3 Junção dos dados coletados após os instrumentos de coleta 1 e 2

Com a finalização dessas duas buscas, foi possível obter o quantitativo de hospitais gerais do PM-QUALISS Hospitalar que são conveniados SUS e, a partir disso, foram executadas divisões desses por suas macrorregiões, com fontes divisão do território nacional segundo o órgão responsável pela regionalização do Brasil, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), sendo elas: Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul. Dessa forma, foi possível averiguar as regiões em que essas unidades hospitalares mais se localizam.

Por fim, para a finalização da caracterização da rede de hospitais conveniados ao SUS participantes do Programa, foi feita uma divisão desses hospitais pelas suas regiões geográficas, sendo elas “Capital” ou “Não capital”, para analisar se essas unidades se localizavam dentro das capitais ou não.

4.1.4 Instrumento de coleta 3: busca bibliográfica e legislativa

Para a terceira etapa de coleta do trabalho, foi realizada uma busca virtual em bases de pesquisa de periódicos nacionais, o SciELO e no Portal Regional da BVS. Além de algumas páginas de portais oficiais da ANS e legislações brasileiras que

abordam a temática do mix público e privado e a saúde suplementar. Para a realização dessa busca foram utilizadas as principais palavras-chave: “saúde suplementar”, “o mix público e privado na saúde”; “qualidade hospitalar” e “saúde pública e saúde suplementar”. Nesse sentido, houve uma busca sistemática em artigos científicos, dissertações, capítulos de livros e teses que foram publicados em português e que possuem a temática de cobertura duplicada, saúde suplementar e a qualidade hospitalar.

Considerando que foram utilizados somente dados públicos de acesso livre nos sites institucionais da ANS referentes ao PM-QUALISS Hospitalar e do CNES, o presente estudo não necessitou submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) para sua elaboração.

4.2 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Como uma das limitações para o presente estudo foi considerada uma possível não atualização dos dados dentro do sistema do CNES, podendo afetar os resultados do estudo sobre os hospitais que atendem, ou não, o SUS.

Além disso, também no CNES, vale ressaltar que não é possível filtrar, por Estado sem necessariamente ter que selecionar um município, limitando a possibilidade de análise somente por macrorregião. E, outro fator é a limitação de filtro por Hospital Geral, afetando as buscas da quantidade total de hospitais gerais por região, tendo em vista que o CNES traz os dados não somente dos hospitais, mas de todos os tipos de estabelecimentos de saúde, como laboratórios e hospitais-dia, por exemplo. Nesse sentido, dentro da busca do CNES, há essas limitações das fontes, que afetam a análise e representatividade hospitalar na pesquisa.

A variável “tipo de gestão”, dentro do CNES, foi cogitada para utilização dentro do presente estudo, porém, foram encontradas possíveis inconsistências para a sua utilização. Isso porque, de acordo com as especificações do TabNet do CNES, do DATASUS, o tipo de gestão pode ser definido como “Identifica a qual gestor (Estadual, Municipal ou Dupla) o estabelecimento tem contrato/convênio, e que é responsável pelo cadastro, programação, autorização e pagamento dos serviços prestados SUS”. Entretanto, foi possível ver que essa variável também estava disponível para os hospitais privados que não atendem o SUS, gerando uma incógnita acerca de sua definição e uma possível inconsistência. Tal visto que, um

hospital que não atende a rede SUS, não deveria ter a aba de “Tipo de gestão” preenchida, de acordo com o que foi interpretado para o conceito que consta dentro do portal oficial do TabNet do CNES do DATASUS.

Por fim, além dessas limitações, não foi encontrado, ao longo das pesquisas para o presente estudo, um sistema ou plataforma de dados públicos e externos que continha todos os hospitais gerais que participam da saúde suplementar no Brasil, por macrorregião. Para a obtenção dessa rede total de hospitais gerais da rede suplementar por estado, deveria ser solicitado à Gerência de padronização, interoperabilidade e análise de informação (GEPIN) da ANS. Porém, devido ao curto período de pesquisa, foi optado pela utilização de apenas dados externos e públicos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

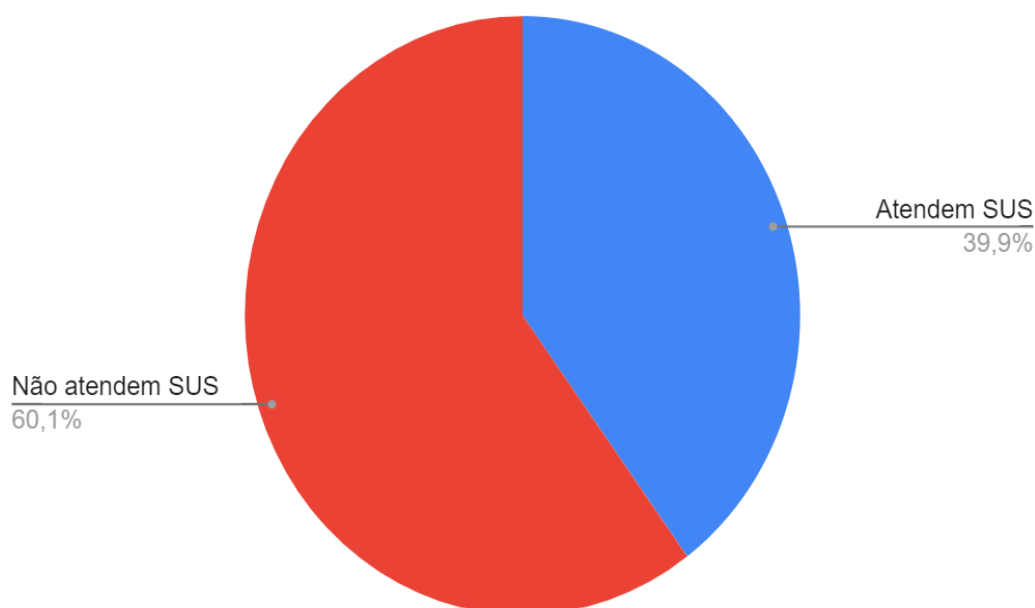
A amostra, após a busca bibliográfica, foi constituída por artigos e teses selecionados que se relacionam diretamente com o tema do presente estudo, excluindo os trabalhos acadêmicos que não convergem com a temática. Em pesquisa na BVS, com os descritores “mix público e privado e saúde suplementar”, foram encontradas 11 referências, contendo artigos e teses, sobre a pauta pesquisada e foram selecionadas 5 referências convergentes ao objetivo do trabalho.

Além disso, com o fim da busca legislativa, foram selecionadas as legislações que dispõem sobre as pautas da assistência à saúde no país, saúde complementar, saúde suplementar e dos planos e seguros privados de assistência à saúde. Dentre as legislações encontradas e utilizadas para a produção do estudo, pode-se citar: Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, *art. 4º § 2º, art. 8º e art. 24.*; Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998; e a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, *art. 199º § 1º*.

Após a finalização da coleta no Buscador do Qualiss, para o Programa de Monitoramento da Qualidade Hospitalar, foi encontrada uma base de dados contendo um total de 178 hospitais participantes no ano base de 2023. Dentre esse número total, foram encontrados 71 hospitais que atendem pacientes SUS, segundo pesquisa feita dentro do sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde, no mês de abril de 2024.

Tendo como base os resultados obtidos, cerca de 39,9% dos participantes do Programa são hospitais conveniados ao SUS, evidenciando a importância do monitoramento da qualidade dos indicadores hospitalares, igualmente, para a saúde pública no país. A Figura 7 demonstra esse percentual de participação, o qual indica que o monitoramento realizado pela ANS constitui participações que podem também servir ao gestor público para a qualificação da sua rede de atenção à saúde.

Figura 7 - % de hospitais participantes do Programa de Monitoramento da Qualidade Hospitalar - Ciclo 2023 que atendem ou não SUS



Fonte: Elaboração Própria com base nos dados coletados no CNES e no Buscador Qualiss (ANS, 2024b).

Essa alta porcentagem de participação no Programa evidencia que os hospitais conveniados demonstram preocupação com sua qualidade e sua eficiência, assim como o desejo em melhorar e divulgar seus resultados para os beneficiários do segmento privado. Já para os gestores do SUS, também existem benefícios, haja vista que uma contratação com unidades hospitalares participantes do projeto, evidencia a possibilidade de melhoria de resultados e da melhor qualificação dos serviços efetuados para os usuários do SUS, tendo em consideração que esse é um dos principais objetivos do PM-QUALISS Hospitalar.

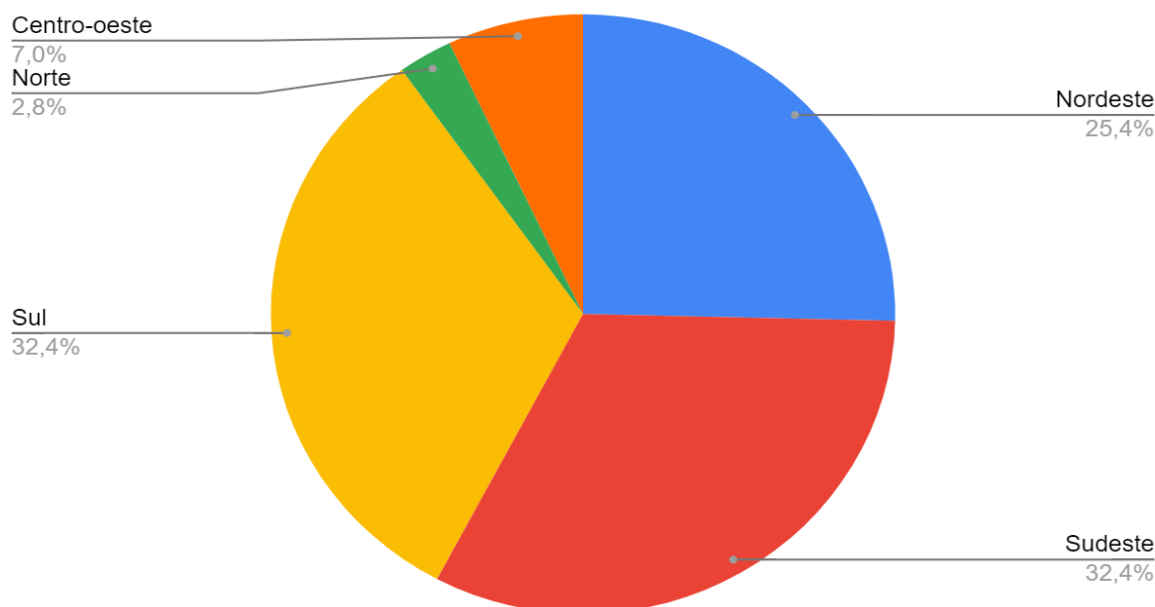
Sob outra perspectiva, após a primeira análise da porcentagem de hospitais conveniados ao SUS, foi realizada uma divisão por macrorregião, baseada na divisão do território nacional segundo o órgão responsável pela regionalização do Brasil, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que é exemplificada pelo Quadro 2 e a Figura 8.

Quadro 2 - % e número total de hospitais participantes do Programa de Monitoramento da Qualidade Hospitalar - Ciclo 2023, que atendem SUS, por macrorregião

| Total de hospitais atendem SUS por região | | |
|---|--------|-------|
| Região | Número | % |
| Sul | 23 | 32,4% |
| Sudeste | 23 | 32,4% |
| Nordeste | 18 | 25,4% |
| Centro-oeste | 5 | 7,0% |
| Norte | 2 | 2,8% |

Fonte: Elaboração Própria com base nos dados coletados no CNES e no Buscador Qualiss (ANS, 2024b).

Figura 8 - % de hospitais participantes do Programa de Monitoramento da Qualidade Hospitalar - Ciclo 2023, que atendem SUS, por macrorregião



Fonte: Elaboração Própria com base nos dados coletados no CNES e no Buscador Qualiss (ANS, 2024b).

Apesar de utilizar fontes metodológicas distintas, de acordo com Portela *et al.* (2010), os prestadores de serviços hospitalares na saúde suplementar têm uma concentração predominante na Região Sudeste, seguida pelas regiões Sul, Nordeste, Centro-Oeste e Norte, respectivamente. Ao observar os dados obtidos, pode-se dizer que esse padrão, mesmo após anos passados da pesquisa de Portela

et al. (2010), e embora o uso de metodologias diferentes de estudo, manteve-se similar nos resultados do presente trabalho sobre o PM-QUALISS Hospitalar e esse parâmetro esteve presente no ciclo de 2023, tendo o Sul e Sudeste com os maiores números.

Outrossim, sob outro aspecto, a chamada “taxa de cobertura dos planos de saúde privados no país” corresponde a razão expressa em porcentagem, entre o número de beneficiários e a população em uma área geográfica, de acordo com o Caderno de Informação da Saúde Suplementar da ANS (2019). Portanto, vale ressaltar que, no território brasileiro, de acordo com o portal oficial da ANS, em fevereiro de 2024, a taxa de cobertura de beneficiários em planos privados de assistência médica, com ou sem odontologia, é maior nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste, como evidenciado na Figura 9 abaixo.

Figura 9 - Taxa de cobertura dos planos de assistência médica por Unidades da Federação (Brasil - fevereiro/2024)



Fonte: ANS (2024b). Sistema de Informações de Beneficiários, Dados gerais.

Por conseguinte, ao correlacionar as informações do artigo científico de Portela *et al.* (2010), os dados disponibilizados pela ANS em fevereiro de 2024 e os dados coletados para o presente estudo sobre os hospitais participantes do PM-QUALISS Hospitalar, há semelhante distribuição, apesar das diferentes abordagens metodológicas. Há certo “padrão” observado, isto é, as regiões com um número maior de hospitais “dupla porta” estão, respectivamente, nas regiões sudeste (32,4%), sul (32,4%), nordeste (25,4%), centro-oeste (7,0%) e norte (2,8%).

Sob outro enfoque, foi interessante realizar uma análise dos hospitais conveniados ao SUS de acordo com a sua localização geográfica dentro dos Estados, ou seja, se estão localizados na capital ou não. Ao final desse diagnóstico, foi verificado que, em maio de 2024, 37 hospitais de dupla porta estão localizados

nas capitais, enquanto 34 não estão localizados nas capitais, em conformidade com o Quadro 3 e a Figura 10.

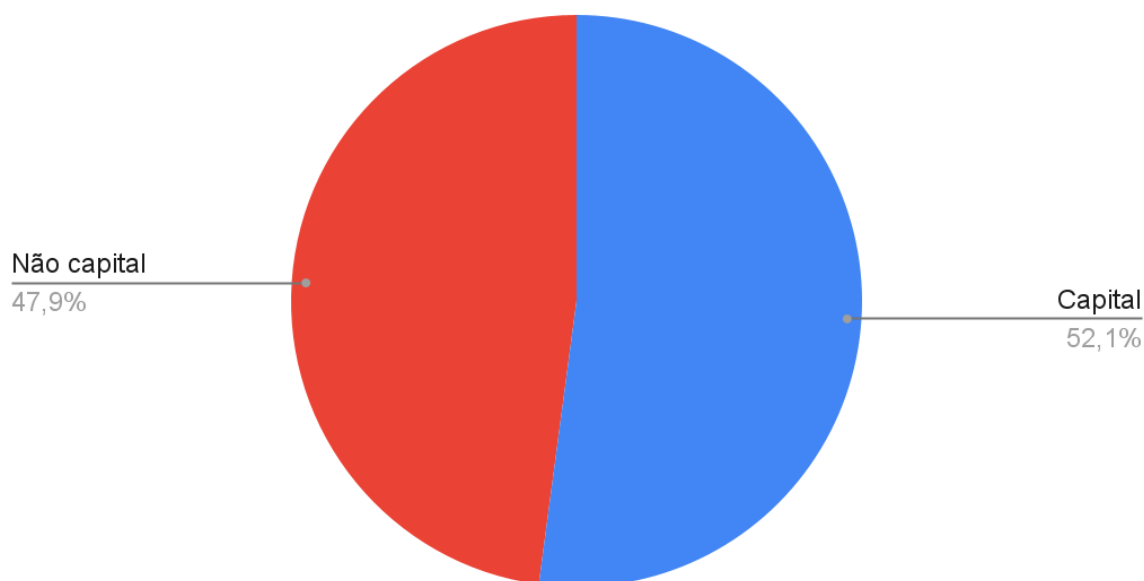
Quadro 3 - Hospitais participantes do Programa de Monitoramento da Qualidade Hospitalar - Ciclo 2023, conveniados ao SUS, por UF, Município e localização (capital ou não capital)

| HOSPITAL | UF | ESTADO | MUNICÍPIO | LOCALIZAÇÃO |
|-------------|----|--------------------|----------------------|-------------|
| HOSPITAL 1 | AL | ALAGOAS | MACEIÓ | CAPITAL |
| HOSPITAL 2 | AL | ALAGOAS | MACEIÓ | CAPITAL |
| HOSPITAL 3 | AM | AMAZONAS | MANAUS | CAPITAL |
| HOSPITAL 4 | AP | AMAPÁ | MACAPÁ | CAPITAL |
| HOSPITAL 5 | BA | BAHIA | SALVADOR | CAPITAL |
| HOSPITAL 6 | BA | BAHIA | ITABUNA | NÃO CAPITAL |
| HOSPITAL 7 | BA | BAHIA | SALVADOR | CAPITAL |
| HOSPITAL 8 | BA | BAHIA | SALVADOR | CAPITAL |
| HOSPITAL 9 | BA | BAHIA | SALVADOR | CAPITAL |
| HOSPITAL 10 | BA | BAHIA | VITÓRIA DA CONQUISTA | NÃO CAPITAL |
| HOSPITAL 11 | CE | CEARÁ | FORTALEZA | CAPITAL |
| HOSPITAL 12 | CE | CEARÁ | FORTALEZA | CAPITAL |
| HOSPITAL 13 | CE | CEARÁ | FORTALEZA | CAPITAL |
| HOSPITAL 14 | DF | DISTRITO FEDERAL | BRASÍLIA | CAPITAL |
| HOSPITAL 15 | DF | DISTRITO FEDERAL | BRASÍLIA | CAPITAL |
| HOSPITAL 16 | DF | DISTRITO FEDERAL | BRASÍLIA | CAPITAL |
| HOSPITAL 17 | ES | ESPÍRITO SANTO | VILA VELHA | NÃO CAPITAL |
| HOSPITAL 18 | MG | MINAS GERAIS | UBERABA | NÃO CAPITAL |
| HOSPITAL 19 | MG | MINAS GERAIS | IPATINGA | NÃO CAPITAL |
| HOSPITAL 20 | MG | MINAS GERAIS | BELO HORIZONTE | CAPITAL |
| HOSPITAL 21 | MG | MINAS GERAIS | BELO HORIZONTE | CAPITAL |
| HOSPITAL 22 | MG | MINAS GERAIS | JUIZ DE FORA | NÃO CAPITAL |
| HOSPITAL 23 | MG | MINAS GERAIS | CONTAGEM | NÃO CAPITAL |
| HOSPITAL 24 | MG | MINAS GERAIS | DIVINÓPOLIS | NÃO CAPITAL |
| HOSPITAL 25 | MG | MINAS GERAIS | JUIZ DE FORA | NÃO CAPITAL |
| HOSPITAL 26 | MS | MATO GROSSO DO SUL | CAMPO GRANDE | CAPITAL |
| HOSPITAL 27 | MT | MATO GROSSO | CUIABÁ | CAPITAL |
| HOSPITAL 28 | PB | PARAÍBA | JOÃO PESSOA | CAPITAL |
| HOSPITAL 29 | PB | PARAÍBA | JOÃO PESSOA | CAPITAL |
| HOSPITAL 30 | PE | PERNAMBUCO | RECIFE | CAPITAL |
| HOSPITAL 31 | PE | PERNAMBUCO | RECIFE | CAPITAL |
| HOSPITAL 32 | PE | PERNAMBUCO | RECIFE | CAPITAL |
| HOSPITAL 33 | PE | PERNAMBUCO | RECIFE | CAPITAL |

| | | | | |
|-------------|----|-------------------|-----------------------|-------------|
| HOSPITAL 34 | PR | PARANÁ | LONDRINA | NÃO CAPITAL |
| HOSPITAL 35 | PR | PARANÁ | CURITIBA | CAPITAL |
| HOSPITAL 36 | PR | PARANÁ | MARINGÁ | NÃO CAPITAL |
| HOSPITAL 37 | RJ | RIO DE JANEIRO | RIO DE JANEIRO | CAPITAL |
| HOSPITAL 38 | RJ | RIO DE JANEIRO | VOLTA REDONDA | NÃO CAPITAL |
| HOSPITAL 39 | RS | RIO GRANDE DO SUL | LAJEADO | NÃO CAPITAL |
| HOSPITAL 40 | RS | RIO GRANDE DO SUL | PASSO FUNDO | NÃO CAPITAL |
| HOSPITAL 41 | RS | RIO GRANDE DO SUL | CAXIAS DO SUL | NÃO CAPITAL |
| HOSPITAL 42 | RS | RIO GRANDE DO SUL | ESTRELA | NÃO CAPITAL |
| HOSPITAL 43 | RS | RIO GRANDE DO SUL | SANTA CRUZ DO SUL | NÃO CAPITAL |
| HOSPITAL 44 | RS | RIO GRANDE DO SUL | PORTO ALEGRE | CAPITAL |
| HOSPITAL 45 | RS | RIO GRANDE DO SUL | PORTO ALEGRE | CAPITAL |
| HOSPITAL 46 | RS | RIO GRANDE DO SUL | PORTO ALEGRE | CAPITAL |
| HOSPITAL 47 | RS | RIO GRANDE DO SUL | PORTO ALEGRE | CAPITAL |
| HOSPITAL 48 | RS | RIO GRANDE DO SUL | PORTO ALEGRE | CAPITAL |
| HOSPITAL 49 | RS | RIO GRANDE DO SUL | VENÂNCIO AIRES | NÃO CAPITAL |
| HOSPITAL 50 | RS | RIO GRANDE DO SUL | SAPIRANGA | NÃO CAPITAL |
| HOSPITAL 51 | RS | RIO GRANDE DO SUL | SANTA ROSA | NÃO CAPITAL |
| HOSPITAL 52 | RS | RIO GRANDE DO SUL | CAXIAS DO SUL | NÃO CAPITAL |
| HOSPITAL 53 | SC | SANTA CATARINA | PERITIBA | NÃO CAPITAL |
| HOSPITAL 54 | SC | SANTA CATARINA | JOINVILLE | NÃO CAPITAL |
| HOSPITAL 55 | SC | SANTA CATARINA | JOINVILLE | NÃO CAPITAL |
| HOSPITAL 56 | SC | SANTA CATARINA | LAGES | NÃO CAPITAL |
| HOSPITAL 57 | SC | SANTA CATARINA | CRICIÚMA | NÃO CAPITAL |
| HOSPITAL 58 | SC | SANTA CATARINA | CRICIÚMA | NÃO CAPITAL |
| HOSPITAL 59 | SE | SERGIPE | ARACAJU | CAPITAL |
| HOSPITAL 60 | SP | SÃO PAULO | PIRACICABA | NÃO CAPITAL |
| HOSPITAL 61 | SP | SÃO PAULO | SÃO JOSÉ DO RIO PRETO | NÃO CAPITAL |
| HOSPITAL 62 | SP | SÃO PAULO | RIBEIRÃO PRETO | NÃO CAPITAL |
| HOSPITAL 63 | SP | SÃO PAULO | SOROCABA | NÃO CAPITAL |
| HOSPITAL 64 | SP | SÃO PAULO | SÃO PAULO | CAPITAL |
| HOSPITAL 65 | SP | SÃO PAULO | PIRACICABA | NÃO CAPITAL |
| HOSPITAL 66 | SP | SÃO PAULO | SÃO PAULO | CAPITAL |
| HOSPITAL 67 | SP | SÃO PAULO | VALINHOS | NÃO CAPITAL |
| HOSPITAL 68 | SP | SÃO PAULO | SÃO PAULO | CAPITAL |
| HOSPITAL 69 | SP | SÃO PAULO | SÃO JOSÉ DOS CAMPOS | NÃO CAPITAL |
| HOSPITAL 70 | SP | SÃO PAULO | SÃO PAULO | CAPITAL |
| HOSPITAL 71 | SP | SÃO PAULO | SÃO PAULO | CAPITAL |

Fonte: Elaboração Própria com base nos dados coletados no CNES e no Buscador Qualiss (ANS, 2024b).

Figura 10 - % de hospitais participantes Programa de Monitoramento da Qualidade Hospitalar - Ciclo 2023, conveniados ao SUS, por localização geográfica (capital ou não capital)



Fonte: Elaboração própria.

Nesse sentido, de acordo com os resultados obtidos nesse estudo, há um percentual maior de hospitais conveniados SUS e a Saúde Suplementar na capital dos Estados brasileiros, com cerca de 52,1%, resultado não tão distante da distribuição de hospitais que não se situam nas capitais, que é cerca de 47,9%.

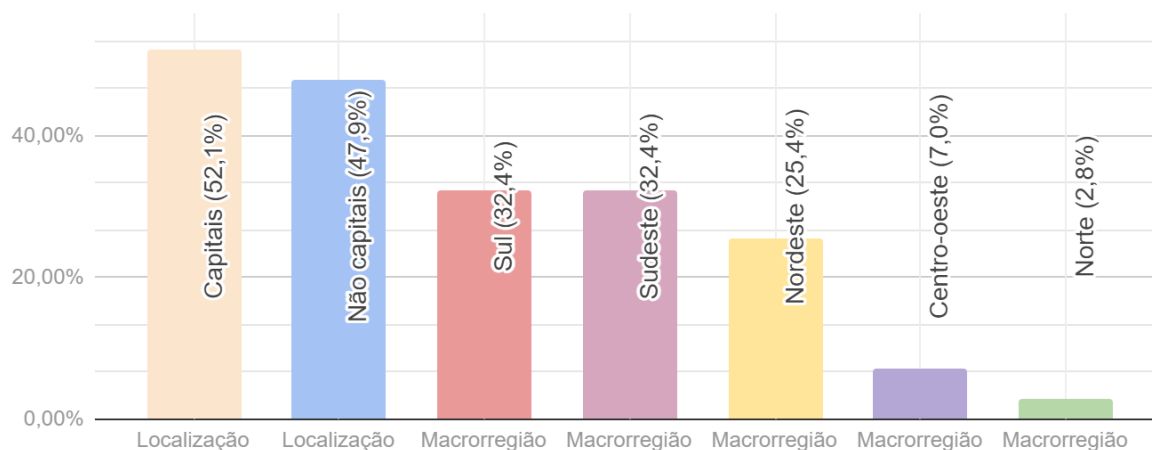
Com base nos resultados, sugere-se que a quantidade de hospitais “dupla porta”, nas capitais dos Estados, tem tido um aumento gradativo ao longo dos anos, talvez devido à expansão populacional nesses territórios, no decorrer das últimas décadas.

Já nas “não capitais”, pode ser que essa motivação de hospitais conveniados ao SUS seja decorrente da falta de unidades hospitalares públicas nessas regiões, demandando a provisão pelo gestor por meio da rede privada de saúde para suprir a necessidade de atendimento.

Em síntese, o estudo desenvolvido resultou em uma caracterização da rede de hospitais conveniados ao SUS participantes do PM-QUALISS Hospitalar, no ciclo de 2023 que corrobora com estudos sobre o tema. Esses hospitais, em sua maior parte, se localizam nas capitais dos estados brasileiros (52,1%) e estão localizados, principalmente, nas macrorregiões Sul (32,4%), Sudeste (32,4%) e Nordeste

(25,4%), em conformidade com a Figura 11.

Figura 11 - Caracterização da rede de hospitais conveniados ao SUS participantes Programa de Monitoramento da Qualidade Hospitalar - Ciclo 2023



Fonte: Elaboração própria.

Observa-se que há grande relevância em se aprofundar nas pesquisas acerca dos hospitais de dupla entrada no âmbito do atual Programa da ANS para os gestores do SUS, como informação importante e colaborativa no monitoramento da rede hospitalar. A caracterização da rede de hospitais conveniados ao SUS pode auxiliar no âmbito do planejamento e gestão, e, simultaneamente, na avaliação do desempenho dos serviços prestados aos usuários do sistema.

Cabe salientar que a existência de uma cobertura duplicada de serviços de saúde ainda gera desigualdades na utilização de serviços. No Brasil, pode-se dizer que os cidadãos com planos e seguros privados de saúde tendem a utilizar mais serviços relacionados à saúde quando comparados com a população que depende exclusivamente do SUS, gerando, assim, possíveis discrepâncias e iniquidades na utilização de recursos e, também, na demanda por serviços de saúde (Santos; Ugá; Porto, 2008).

Além disso, a população coberta pela Saúde Suplementar tem acesso a uma oferta de serviços hospitalares e equipamentos de alta complexidade que é considerada superior aos disponíveis no SUS, resultando em diferenças tanto na qualidade quanto na disponibilidade de serviços de saúde entre os beneficiários do setor privado e os usuários exclusivos do sistema público e, portanto, gera uma distribuição desigual dos recursos de saúde (Santos; Ugá; Porto, 2008).

Outrossim, outro aspecto importante para a análise do mix público e privado na saúde é a diferença no financiamento público que é destinado ao SUS, que é considerado inferior aos recursos dirigidos ao setor de saúde suplementar (Santos; Ugá; Porto, 2008). Apesar do ressarcimento ao SUS, a distinção no financiamento pode ser retratada na discrepância das tabelas específicas de preços de procedimentos e serviços de saúde, por exemplo. Além disso, existem subsídios públicos para o setor privado, que o favorecem em detrimento do financiamento público do sistema de saúde e, conseqüentemente, não contribuem para o financiamento adequado desse sistema, o que acaba afetando a capacidade de atendimento e a universalidade dos serviços de saúde do sistema público.

Conforme exposto por Oliveira (2009, p. 103), “a posse de planos privados de saúde é um fator capacitante que interfere na utilização dos serviços de saúde no Brasil e impacta a equidade do sistema”. Nesse sentido, pode-se considerar que a cobertura duplicada contribui consideravelmente para o aumento das desigualdades e disparidades no acesso e na utilização dos serviços de saúde no país, observando-se uma necessidade de estratégia para que esse processo não se perpetue na sociedade.

No entanto, sob outra ótica, o mix público e privado constituído na contratação pela gestão pública de Hospitais privados e que atendem também a Saúde Suplementar - “dupla porta” - permite atender a demanda de serviços de saúde do SUS, como é exemplificado nos hospitais conveniados participantes do Programa da ANS. Nesse sentido, é plausível inferir-se que o SUS tem buscado atender a alta demanda por serviços por meio desses contratos e convênios com os prestadores de serviços privados. No ano de 2007, cerca de 72% dos prestadores hospitalares, que atuavam para a saúde suplementar, também prestavam serviços ao SUS (Portela *et al.*, 2010).

Atualmente, há poucos artigos acadêmicos e teses disponíveis sobre a temática do Programa de Monitoramento da Qualidade Hospitalar da ANS, talvez devido a sua estruturação e concretização recente. Todavia, vale enfatizar a necessidade de ter em consideração a existência do projeto e sua devida importância para a rede de hospitais particulares que atendem ao SUS, haja vista a probabilidade de ampliação dessa rede ao decorrer dos anos.

Ainda há necessidade de ressaltar a importância de buscas mais profundas por sistemas e bancos de dados que demonstrem a representatividade dos hospitais

gerais dupla porta de entrada, no Brasil, por macrorregião, tendo em vista que para a produção e desenvolvimento do presente trabalho não foi encontrado um sistema que englobasse esse grupo de hospitais por macrorregião. O que, por sua vez, afeta diretamente a discussão dos dados coletados e gera limitações para a sua continuidade, que pode servir como ferramenta para pesquisas futuras.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Inicialmente, cabe citar que todos os objetivos iniciais do estudo foram alcançados. E, com base em todos os dados coletados e analisados ao longo da pesquisa, uma possível hipótese é que talvez haja uma tendência a terceirização dos serviços de saúde, principalmente, no que diz respeito a rede hospitalar e, com isso, se reduza o interesse na estruturação e construção de novas unidades hospitalares públicas. Nesse sentido, os contratos e convênios com os hospitais privados poderiam servir como opções mais interessantes, ocasionando, possivelmente, o aumento dessas unidades dupla porta no país.

Outrossim, ao longo do presente estudo, foi observado que a presença da alta porcentagem de hospitais conveniados SUS participantes do PM-QUALISS Hospitalar (cerca de 40%) pode beneficiar os usuários do SUS na medida que estão buscando a acreditação da qualidade por parte desses hospitais. Tanto o Programa quanto a Acreditação/Certificação hospitalar apresentam adesão voluntária, indicando que esses prestadores estão procurando qualificar sua unidade e estão dispostos a monitorar e avaliar seus serviços de saúde mensalmente. Nesse sentido, o PM-QUALISS Hospitalar é um projeto da ANS que acarreta tanto melhorias internas, para os prestadores de serviços de saúde, quanto para seus beneficiários e usuários do sistema de saúde.

O PM-QUALISS Hospitalar incentiva os hospitais a aprimorarem seus serviços e a reduzirem os seus erros e eventos adversos, portanto, o resultado esperado para a qualidade hospitalar é o aumento dos níveis de atendimento oferecido aos pacientes das unidades hospitalares participantes. À vista disso, os hospitais privados conveniados ao SUS participantes do Programa fazem parte de todo o processo e, conseqüentemente, devem alcançar todas as metas de aprimoramento e aperfeiçoamento de serviços. Os dados e possíveis experiências ocorridas ao longo da participação do Programa podem servir como base para o aprimoramento desses serviços hospitalares tanto na rede conveniada ao SUS quanto na Saúde Suplementar.

Diante disso, a interação entre os setores de saúde suplementar e complementar pública se beneficiam do PM-QUALISS Hospitalar. Ao longo dos anos, há uma grande probabilidade de expansão e ampliação do Programa, e no sentido de alcançar um maior número de participantes, espera-se que também

ocorra o aumento do número de hospitais participantes dupla porta e, por conseguinte, o monitoramento e avaliação de resultados repercutirão de forma positiva para os usuários do SUS atendidos nessas unidades contratadas.

O Programa, por ser uma iniciativa da ANS, voltada para a melhoria da qualidade assistencial hospitalar, evidencia a importância da continuidade das pesquisas, para que sejam sempre atualizadas e que possam aperfeiçoar o andamento e a estruturação do Programa. Assim como aprimorar os resultados de metas desse órgão regulador da saúde suplementar, qualificando os serviços prestados pelos hospitais participantes do projeto, cooperando, conseqüentemente, com a melhoria da qualidade da rede SUS.

Cabe destacar que o conceito mix público e privado ainda acarreta possíveis dúvidas decorrentes de certa polissemia sobre os seus usos e termos. Assim, espera-se que as formas de articulação entre eles sejam muito complexas e que devem ser vistas sempre em conjunto (Cardoso *et al.*, 2017). A temática do mix público e privado exige complexas articulações, abrangentes e integradas, a fim de aprimorar a capacidade do SUS de contratar, conveniar e de manter os seus serviços hospitalares de qualidade em cooperação com o segmento privado de saúde.

Por fim, conclui-se que os sistemas de saúde público e privado devem sempre buscar o equilíbrio, visando diminuir as desigualdades e iniquidades ainda existentes, a fim de garantir o bem-estar coletivo da população e para que esses usuários possam sempre usufruir de ambos os sistemas, por escolhas pessoais, de maneira eficaz, eficiente e com toda a segurança necessária para a prestação de serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Manual metodológico do programa de monitoramento da qualidade hospitalar – PM QUALISS**. Rio de Janeiro: ANS, 2024a. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/prestadores/manual-metodologico-qualiss.pdf>. Acesso em: 10 maio 2024.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). QUALISS - Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde. **ANS**, Rio de Janeiro, 1 ago. 2024b. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude-1>. Acesso em: 10 jun. 2024.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). Dados gerais. **ANS**, Rio de Janeiro, 5 jul. 2024c. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/acao-a-informacao/perfil-do-setor/dados-gerais>. Acesso em: 10 jun. 2024.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). Monitoramento da Qualidade Hospitalar **ANS**, Rio de Janeiro, 31 jul. 2024d. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude-1/monitoramento-da-qualidade-hospitalar>. Acesso em: 10 jun. 2024.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). Espaço Ressarcimento ao SUS. **ANS**, Rio de Janeiro, 4 jun. 2024e. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/operadoras/compromissos-e-interacoes-com-a-ans-1/espaco-ressarcimento-ao-sus-1>. Acesso em: 10 jun. 2024.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Caderno de Informação da Saúde Suplementar: Beneficiários, Operadoras e Planos**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/acao-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/informacoes-gerais/total-cad-info-jun-2019.pdf>. Acesso em: 10 maio 2024.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Nota Técnica nº 143/2018/GEEIQ/DIRAD-DIDES/DIDES** /// Interessado: Ministério da Saúde - Coordenação de Projetos de Cooperação Nacional – CPCN. Processo SEI Nº: 33910.017234/2018-10. Rio de Janeiro: ANS, 2018.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). Projeto de Apoio / Consórcio Nacional para Mensuração de Desfechos em Saúde. In: 490ª Reunião Ordinária de Diretoria Colegiada. Data: 30/07/2018 Horário: 09:30. Aprovação do Projeto "Consórcio Nacional para Mensuração de Desfechos em Saúde", visando ao aprimoramento da regulação em saúde suplementar e à indução da qualidade na prestação de serviços de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: ANS, 2018. Disponível em: https://www.ans.gov.br/index.php?option=com_dicol&view=reunioes/. Acesso em: 10 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.823, de 29 de dezembro de 2020. Dispõe sobre projetos de apoio e prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares executados no âmbito do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi-SUS) autorizados a terem sua execução mantida a partir de 1º de janeiro de 2021. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 29 de dez. 2020. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt3823_30_12_2020.html Acesso em: 01 abr. 2024.

BRASIL. Lei Federal nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 29 jan. 2000.

BRASIL. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 4 jun. 1998.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, Sendo Federal, 1988.

CARDOSO, M. R. O. *et al.* O mix público e privado no sistema de saúde brasileiro: coexistência em evidência. **Saúde em Redes**, Porto Alegre, v. 3, n. 2, p. 107-118, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.v3n2p107-118>.

GERSCHMAN, S. *et al.* O papel necessário da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação das relações entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços. **Physis**: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 463-476, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312012000200004>.

LISBÔA, R. M. **Regulação e qualidade assistencial**: o Programa QUALISS da ANS na perspectiva das operadoras de planos de saúde. 2015. 132 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.

LOBATO, L. V. C.; GIOVANELLA, L. Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica. *In*: GIOVANELLA, L. *et al.* (org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. cap. 3, p. 89-120.

MACHADO, J. P.; MARTINS, M.; LEITE, I. C. O mix público-privado e os arranjos de financiamento hospitalar no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. esp., p. 39-50, 2015. DOI: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2015S005245>.

MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; ROA, A. C. (org.). **Sistema de saúde no Brasil**: organização e financiamento. 2016. 260 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude_brasil_organizacao_financiamento.pdf. Acesso em: 10 de maio de 2024.

OLIVEIRA, C. M. F. **Utilização de serviços do Sistema Único de Saúde por beneficiários de planos de saúde**. 2009. 114 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. O que é acreditação. **ONA**, São Paulo, c2024. Disponível em: <https://www.ona.org.br/>. Acesso em: 20 jun. 2024.

PORTELA, M. C. *et al.* Estrutura e qualidade assistencial dos prestadores de serviços hospitalares à saúde suplementar no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 399-408, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000200019>.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Indicadores de saúde**: elementos conceituais e práticos. Washington, DC: OPAS, 2018. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49057/%209789275720059_por.pdf?sequence=5. Acesso em: 01 jul. 2024.

SANTOS, F. P.; MERHY, E. E. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro: uma revisão. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 25-41, 2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832006000100003>.

SANTOS, I. S. Evidência sobre o mix público-privado em países com cobertura duplicada: agravamento das iniquidades e da segmentação em sistemas nacionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2743-2752, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000600013>.

SANTOS, I. S.; UGÁ, M. A. D.; PORTO, S. M. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1431-1440, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000500009>.

ANEXOS

ANEXO A – INSTRUMENTO DE COLETA – BUSCADOR DO QUALISS DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Hospitais, Clínicas/Hospitais Dia e Laboratórios

Preencha pelo menos um dos campos abaixo:

| | |
|--|--|
| Tipo: Selecione o tipo | |
| UF: Selecione a UF | Município: Selecione o Município |
| Nome: <input type="text"/> | |
| CNPJ: <input type="text"/> | CNES: <input type="text"/> |
| Atributo: QUALIDADE MONITORADA | Programa: Programa de Monitoramento da Qualidade da Assistência Hospitalar |

Clique no Prestador para exibir as suas informações:

| CNPJ | Nome | UF | Município | Atributos |
|------|------|----|-----------|-----------|
|------|------|----|-----------|-----------|

