

# Edital de Participação no Programa de Monitoramento da Qualidade da Assistência Hospitalar na Saúde Suplementar – PM QUALISS Hospitalar - Ano-Base 2023

## 1 INTRODUÇÃO

A Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS lança o Edital de participação dos hospitais que atuam na saúde suplementar no Programa de Monitoramento da Qualidade Hospitalar – PM QUALISS Hospitalar, para o ano base 2023.

A indução à qualidade dos serviços prestados na saúde suplementar é uma atividade permanente da ANS e o uso de indicadores de qualidade configura-se como uma potente ferramenta de produção de informações relevantes para todo o setor.

Este Programa é parte integrante do Programa de Qualificação de Prestadores de Serviços de Saúde – QUALISS, em especial, do Programa de Monitoramento da Qualidade dos Prestadores de Serviços – PM–QUALISS, previsto pela RN nº 510, de 2022, no que diz respeito aos prestadores de serviços hospitalares.

O PM-QUALISS é um sistema de medição para avaliar a qualidade dos prestadores de serviço na saúde suplementar, por meio de indicadores que têm validade, comparabilidade e capacidade de discriminação dos resultados.

O objetivo dos indicadores a serem selecionados é estimular a qualidade e a disseminação de informações sobre o desempenho do setor, tendo como público-alvo:

- I - A sociedade em geral;
- II - Os beneficiários, visando o aumento de sua capacidade de escolha;
- III - Os prestadores de serviços, visando o fomento de iniciativas e estratégias de melhoria de desempenho; e
- IV - As operadoras de planos privados de assistência à saúde, visando a uma melhor qualificação de suas redes assistenciais.

O Programa de Monitoramento foi efetivamente iniciado em janeiro de 2022 e conta atualmente com a participação de 131 hospitais gerais que possuem certificação de acreditação. Os hospitais participantes foram cadastrados no Sistema de Informações Hospitalares - SIHOSP e permanecem submetendo os dados mensalmente para o cálculo dos indicadores do painel geral, conforme o previsto para o primeiro ciclo do Programa.

Para este segundo ciclo, estão sendo convidados os hospitais elegíveis que ainda não ingressaram no Programa, para que componham o conjunto de participantes a partir do ano base de 2023.

Os hospitais que já participam do Programa estão isentos de nova inscrição, desde que mantidas suas condições de elegibilidade, conforme os critérios para participação, permanecendo automaticamente no ciclo avaliativo de 2023, devendo assinar o Termo de Compromisso constante no anexo II deste Edital.

## 2 OBJETIVOS DO PROGRAMA DE MONITORAMENTO DA QUALIDADE HOSPITALAR

O Programa de Monitoramento da Qualidade da Assistência Hospitalar na Saúde Suplementar tem por objetivos:

### 2.1 Objetivo Geral:

2.1.1 Avaliar a qualidade da atenção hospitalar na Saúde Suplementar, por meio de indicadores validados e parametrizados cientificamente.

### 2.2 Objetivos específicos:

2.2.1 Monitorar os resultados dos indicadores gerais dos hospitais participantes;

2.2.2 Divulgar à sociedade os resultados dos indicadores de qualidade assistencial hospitalar na Saúde Suplementar; e

2.2.3 Induzir a melhoria da qualidade dos serviços ofertados aos beneficiários pelos prestadores hospitalares vinculados às Operadoras de Planos de Saúde.

## 3 COMO PARTICIPAR DO PROGRAMA DE MONITORAMENTO DA QUALIDADE HOSPITALAR – PM QUALISS HOSPITALAR

### 3.1 Dos Critérios de Participação no ano base 2023

Poderão se inscrever, por meio do formulário disponível, todos os hospitais interessados e que cumpram os seguintes pré-requisitos:

3.1.1 Hospitais que atuam na Saúde Suplementar, classificados como: Hospital Geral, segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES<sup>1</sup>.

3.1.2 Hospitais que possuam Certificado de Acreditação, conforme os critérios estabelecidos pelo Programa QUALISS, ou Certificado de Acreditação ONA 1 ou ONA 2.

### 3.2 Da Participação Efetiva no Programa

Os hospitais participantes serão cadastrados no SIHOSP pela ANS e receberão acesso ao sistema, para que participem da coleta das informações padronizadas nas fichas técnicas de cada indicador, através da submissão mensal de dados.

Para o ano base de 2023 serão solicitados e considerados somente os indicadores do painel geral, que deverão ser coletados mensalmente.

Os critérios de obrigatoriedade a serem considerados para cada indicador, a periodicidade da coleta e outros detalhes estão dispostos nas fichas técnicas, cujo acesso encontra-se disponível no link: <https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude-1/fichas-tecnicas-dos-indicadores-monitoramento-da-qualidade-hospitalar.pdf>

### 3.3 Da Inscrição para participação

Os interessados em participar deverão efetuar as inscrições até o dia 31/03/2023 preenchendo o formulário eletrônico de inscrição (link anexo I) disponível em: [Microsoft Forms](#)



## 4 COMPROMISSOS ASSUMIDOS PELOS HOSPITAIS PARTICIPANTES DO PROGRAMA

Para a participação efetiva no Programa de Monitoramento da Qualidade da Assistência Hospitalar na Saúde Suplementar, os representantes dos hospitais (Responsáveis técnicos/gestores) deverão assinar Termo de Compromisso em até 15 dias após seu cadastramento no SIHOSP e enviá-lo por meio do endereço eletrônico: [monitoramento.qualidade@ans.gov.br](mailto:monitoramento.qualidade@ans.gov.br).

O Termo de Compromisso deve contemplar o teor apresentado no anexo II deste Edital e ser assinado pelo respectivo representante/gestor hospitalar responsável pelo Programa no hospital.

## 5 DISPOSIÇÕES FINAIS

Uma vez inscrito no Programa, o representante/gestor do hospital participante deverá manter seu cadastro atualizado no sistema SIHOSP para fins de contato e comunicar também à ANS qualquer alteração quanto aos usuários do sistema para que seja mantida a segurança dos acessos.

## 6 CRONOGRAMA

Etapa	Prazo
Inscrições dos hospitais via formulário eletrônico	Até 31/03/2023
Assinatura e envio dos termos de responsabilidade pelos participantes após recebimento da confirmação da participação	15 dias



## ANEXO I

### FORMULÁRIO PARA INSCRIÇÃO NO PROGRAMA

LINK FORMULÁRIO ELETRÔNICO MICROSOFT FORMS:

<https://forms.office.com/Pages/ResponsePage.aspx?id=DEi6nadP9EK7ow-xN1--Xy-0vyNNrbhPkqHjzD-EsvZUMIBZOTBQQ09TWDY30TZMVUI2TTBWSzIDWi4u>



## ANEXO II

### TERMO DE COMPROMISSO DE PARTICIPAÇÃO NO PROGRAMA DE MONITORAMENTO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR NA SAÚDE SUPLEMENTAR

Eu, \_\_\_\_\_, (telefone), (e-mail), inscrito(a) no CPF sob o nº \_\_\_\_\_, responsável técnico/GESTOR do Hospital participante (Razão Social) \_\_\_\_\_, registrado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) sob o nº \_\_\_\_\_, declaro:

- Que concordo com os critérios gerais de participação efetiva no Programa;
- Que submeterei os dados para o cálculo dos indicadores mensalmente no sistema SIHOSP, conforme as competências demandadas, procedendo ao pedido de reabertura de competências sempre que necessário para a submissão dos dados fora do período da competência disponível no sistema;
- Que observarei as regras dispostas quanto à utilização do sistema SIHOSP, presentes no Termo de Responsabilidade de Uso, aceito na ocasião do primeiro acesso ao sistema;
- Que concordo com a obrigatoriedade de manter atualizado o cadastro dos usuários do hospital no SIHOSP e proceder à comunicação formal à ANS de eventuais desligamentos de usuários do hospital cadastrados no sistema;
- Que me comprometo com a formalização junto à ANS do desligamento do Hospital, caso este esteja impossibilitado por algum motivo, de participar do Programa;
- Que estarei disponível para participação nas atividades vinculadas ao Programa, tais como reuniões, treinamentos e oficinas;
- Que estarei disponível para eventual participação em eventos públicos para apresentação sobre o Programa, tais como seminários e webinários, sempre que convidado pela ANS, devendo encaminhar justificativa no caso de eventual impossibilidade;
- Que estarei disponível, para a recepção de visitas técnicas de acompanhamento do Programa realizadas por equipe da ANS ou por pessoas indicadas pela ANS. Tais visitas poderão ser realizadas de maneira presencial ou remota, sendo o hospital notificado pela ANS com antecedência mínima de 15 dias corridos à data estabelecida para a visita, me responsabilizando pela recepção da equipe do órgão regulador e disponibilização de informações necessárias vinculadas ao Programa; e
- Que estou ciente que o resultado obtido em cada um dos indicadores poderá ser objeto de auditoria ou outro método de verificação, inclusive in loco, pela ANS ou por ente por ela designado, com base em parâmetros elaborados pela ANS.

PARA MAIS INFORMAÇÕES E OUTROS ESCLARECIMENTOS, ENTRE EM CONTATO COM A ANS.  
VEJA ABAIXO NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO:



0800 701 9656



**Formulário  
Eletrônico**  
[www.gov.br/ans](http://www.gov.br/ans)



**Atendimento presencial**  
**12 Núcleos da ANS**  
Acesse o portal e  
confira os endereços



**Atendimento  
exclusivo para  
deficientes auditivos**  
0800 021 2105

