

EDITAL DE INSCRIÇÃO PARA PARTICIPAÇÃO NO PROGRAMA DE MONITORAMENTO DA QUALIDADE HOSPITALAR NA SAÚDE SUPLEMENTAR – PM-QUALISS HOSPITALAR - CICLO 2025

1 INTRODUÇÃO

O Programa de Monitoramento da Qualidade Hospitalar (PM-QUALISS Hospitalar) é parte integrante do Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar (QUALISS) e tem a finalidade de avaliar e divulgar o desempenho dos prestadores de serviços hospitalares que atuam na saúde suplementar, por meio da coleta mensal de indicadores assistenciais. Esses indicadores foram elaborados com base na literatura e no apoio de especialistas.

Desde 2022, cerca de 200 hospitais gerais privados que atuam na saúde suplementar ingressaram no Programa. A lista dos hospitais que ingressaram pode ser consultada no [portal da ANS](#).

Com o objetivo de possibilitar a participação de novos hospitais no Programa, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) lança o 4º Edital de Inscrição para Participação no Programa de Monitoramento da Qualidade Hospitalar (PM-QUALISS Hospitalar).

Para ingressar no Programa, o hospital deve atuar na saúde suplementar, ser classificado como Hospital Geral ou Pronto-Socorro Geral no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), e possuir pelo menos um certificado de acreditação ou certificação de qualidade em saúde, emitido por entidades acreditadoras em saúde participantes do QUALISS, reconhecidas pela *The International Society for Quality in Health Care* (ISQua).

A ANS desenvolve programas de indução à qualidade dos serviços prestados na saúde suplementar de forma permanente, sendo que o uso de indicadores de qualidade configura-se como uma ferramenta importante para a produção de informações relevantes para todo o setor. O PM-QUALISS Hospitalar adota uma metodologia que utiliza indicadores válidos, comparáveis e capazes de discriminar os resultados, de modo a diferenciar e classificar o desempenho dos hospitais.

Os indicadores do Programa dividem-se em três domínios:

- **Efetividade:** Mensura os desfechos associados aos procedimentos, condutas e adesão aos protocolos institucionais;
- **Eficiência:** Avalia a qualidade e agilidade dos processos, buscando o grau máximo de cuidado efetivo com os recursos disponíveis em cada realidade;
- **Segurança:** Reflete a atenção das instituições às suas práticas assistenciais, com o objetivo de evitar danos aos pacientes.

2 OBJETIVOS DO PROGRAMA DE MONITORAMENTO DA QUALIDADE HOSPITALAR

O Programa de Monitoramento da Qualidade Hospitalar na Saúde Suplementar tem os seguintes objetivos:

2.1 Objetivo Geral

Avaliar o desempenho dos hospitais na Saúde Suplementar por meio de indicadores validados e parametrizados científicamente.

2.2 Objetivos Específicos

- Avaliar e monitorar a qualidade assistencial dos hospitais que atuam na saúde suplementar;
- Divulgar à sociedade os resultados da avaliação do desempenho dos hospitais na saúde suplementar;
- Permitir a realização de benchmarking entre os hospitais;
- Induzir a melhoria da qualidade assistencial dos hospitais que atuam na saúde suplementar;
- Produzir informações para apoiar a gestão interna do hospital;
- Empoderar os beneficiários, oferecendo informações de qualidade dos hospitais para apoiar a escolha do seu plano de saúde.

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

3.1 Critérios de Participação do Ciclo Avaluativo 2025

Os hospitais que desejarem se inscrever voluntariamente devem atender a todos os seguintes pré-requisitos:

- a. Atuar na saúde suplementar;
- b. Ser classificados como Hospital Geral ou Pronto-Socorro Geral, segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES);
- c. Possuir Certificado de Acreditação ou Certificação de qualidade em saúde, emitidos por entidades acreditadoras em saúde participantes do QUALISS e reconhecidas pela The International Society for Quality in Health Care (ISQua).

3.2 Da Participação Efetiva no Programa

O hospital participante se compromete a realizar as seguintes ações:

1. Preencher integralmente o Formulário de pré-cadastro;
2. Cadastrar e atualizar os dados no Sistema de Informações Hospitalares (SIHOSP);
3. Concordar com o disposto no Termo de Responsabilidade de Uso no primeiro acesso ao SIHOSP;
4. Preencher anualmente o formulário de perfil do hospital disponível no SIHOSP;
5. Enviar os dados referentes aos indicadores do painel geral, de acordo com os critérios dispostos nas fichas técnicas, para todas as competências de cada ano-base (janeiro a dezembro);
6. Autorizar a divulgação anual dos resultados, conforme a Metodologia de Classificação Global da Qualidade, disponível no portal eletrônico da ANS;
7. Receber a equipe própria ou designada pela ANS para realizar visitas técnicas presenciais ou remotas, disponibilizando as informações necessárias para verificação da confiabilidade dos dados enviados;
8. Participar das atividades vinculadas ao Programa, como reuniões, treinamentos, oficinas, seminários etc.;
9. Assinar o Termo de Compromisso das ações elencadas neste Edital pelo responsável legal do hospital.

Obs.: Além dos indicadores do painel geral, obrigatórios para este ciclo do Programa, o SIHOSP permite o envio opcional de indicadores relativos a 5 (cinco) Linhas de Cuidado: Acidente Vascular Cerebral (AVC), Síndrome Coronariana Aguda (SCA), Sepse e Choque Séptico, Artropatia de Quadril, Câncer de Próstata e Câncer de Mama. Conheça [aqui](#) as fichas técnicas dos indicadores.

4 PERÍODO DE INSCRIÇÃO PARA PARTICIPAÇÃO

Os hospitais interessados deverão efetuar as inscrições entre os dias 12/03/2025 e 30/05/2025, preenchendo o formulário de pré-cadastro disponível em: <https://forms.office.com/r/DZnExMTXqt>.

5 DA ANÁLISE DAS INSCRIÇÕES

Serão considerados participantes os hospitais que:

1. Realizarem a inscrição por meio do Formulário de pré-cadastro;
2. Cumprirem os critérios de elegibilidade para participação previstos no item 3.1 deste Edital;
3. Enviarem o Termo de Compromisso, conforme previsto no Anexo I, assinado pelo responsável legal.

6 COMPROMISSOS ASSUMIDOS PELOS HOSPITAIS PARTICIPANTES DO PROGRAMA

Para a participação efetiva no Programa de Monitoramento da Qualidade Hospitalar na Saúde Suplementar, o representante do hospital deverá assinar o Termo de Compromisso, previsto no Anexo I deste Edital. Somente após o envio do Termo de Compromisso, o hospital receberá acesso ao SIHOSP.

7 DISPOSIÇÕES FINAIS

Os hospitais participantes do ciclo avaliativo 2025 deverão reportar os dados dos indicadores desde a competência de janeiro/2025, retroativamente, se for o caso, independentemente da data de entrada no Programa.

O Termo de Compromisso deverá ser assinado pelo responsável legal e encaminhado à ANS, através de correspondência eletrônica, para o endereço monitoramento.qualidade@ans.gov.br, após o recebimento da confirmação da participação do hospital no Programa.

Os hospitais que já se encontram cadastrados no Programa estão isentos de nova inscrição, permanecendo automaticamente no ciclo avaliativo de 2025.

Para mais informações sobre o PM-QUALISS Hospitalar, acesse o [portal eletrônico da ANS](#).

8 CRONOGRAMA

Etapa	Prazo
Inscrições dos hospitais via formulário eletrônico	12/03/2025 a 30/05/2025
Assinatura e envio dos termos de compromisso pelos participantes após recebimento da confirmação da participação	Até 20 dias corridos a partir da confirmação da ANS

ANEXO I

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

Eu, _____ (telefone) _____, (e-mail) _____, inscrito(a) no CPF sob o nº _____, responsável legal pelo Hospital participante (Razão Social) _____ e Nome Fantasia _____, registrado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) sob o nº _____, declaro ciência e concordância com os seguintes termos:

- Cumprir os critérios gerais de participação efetiva no Programa;
- Autorizar a divulgação anual dos seus resultados de acordo com a [Metodologia de Classificação Global da Qualidade](#) disponibilizada no portal eletrônico da ANS;
- Designar um colaborador para ser o Gestor Hospitalar no SIHOSP*, que submeterá os dados para o cálculo dos indicadores mensalmente no sistema;
- Zelar pelo cumprimento das regras dispostas quanto à utilização do sistema SIHOSP, presentes no Termo de Responsabilidade de Uso, aceito na ocasião do primeiro acesso ao sistema;
- Manter atualizado o cadastro dos usuários do SIHOSP: gestor hospitalar e operador hospitalar e proceder à comunicação formal à ANS de eventuais substituições;
- Disponibilizar equipe do hospital para participação nas atividades vinculadas ao Programa, tais como reuniões, treinamentos e oficinas etc.;
- Autorizar a participação da equipe do hospital em eventos públicos vinculadas ao Programa, tais como Simpósios, Seminários, Webinários;
- Cumprir com o que estabelece a Lei Geral de Proteção de Dados no âmbito do PM-QUALISS
- Recepcionar a ANS em visitas técnicas periódicas, presenciais ou remotas, para o devido acompanhamento do Programa ou com vistas a checar os procedimentos, testar a base de dados e comprovar a fidedignidade das informações disponibilizadas e enviadas para a ANS.
- Permitir, inclusive auditoria in loco, a ser efetuada por auditores ou peritos independentes, a critério da ANS, atestando a confiabilidade dos dados enviados, avaliando a metodologia aplicada pela Entidade Participante.
- Formalizar junto à ANS eventual desligamento do Hospital do Programa.

*Designe aqui um ou mais colaboradores que serão os Gestor(es) Hospitalar(es) do Programa no SIHOSP:

O Gestor Hospitalar é um usuário indicado pelo representante legal do hospital participante, com autorização para inserir dados para o cálculo de indicadores no SIHOSP e indicar e cadastrar outros usuários operacionais, operadores hospitalares. Tem a permissão de visualizar dados da sua instituição por meio do dashboard do Sistema; solicitar reabertura de competência; verificar relatórios de operação e é, ainda, o responsável por enviar, uma vez ao ano, os dados de perfil hospitalar da sua instituição.

O Operador Hospitalar é um usuário indicado pelo Gestor Hospitalar, que trabalha sob sua coordenação, responsáveis por inserir dados para cálculo de indicadores e visualizar dados de sua instituição via dashboard.

Nome completo:	
CPF:	
Cargo na Instituição:	
E-mail	
Celular com DDD:	

Local e data:

Nome do responsável:

Assinatura do representante legal do Hospital

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



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



Atendimento
exclusivo para
deficientes auditivos
0800 021 2105



[ans.reguladora](#)



[@ANS_reguladora](#)



[company/ans_reguladora](#)



[@ans.reguladora](#)



[ansreguladoraoficial](#)

