

Análise da utilização do fator de qualidade para reajuste dos preços dos serviços de saúde

Analysis of the use of quality factor to readjust prices of health service

Glauco Monteiro Cavalcanti Manso Júnior¹,
Maria Cristina Sanches Amorim¹, Jorge Vieira da Silva²

RESUMO

Introdução: O instrumento de avaliação fator de qualidade (FQ), estabelecido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) em 2014, tem sido utilizado como parâmetro do pagamento da correção monetária devida aos prestadores de serviço de saúde suplementar pelas operadoras de planos e seguros. **Objetivo:** O artigo teve o objetivo de analisar as consequências da utilização do FQ como parâmetro de reajuste da correção monetária. **Método:** A metodologia compreendeu pesquisa documental e bibliográfica. **Resultado:** A utilização do FQ é questionável quanto à legalidade, criando risco de passivo jurídico para a União e as operadoras, aumento de conflito entre operadoras e prestadores, evidente benefício financeiro às operadoras e prejuízo aos prestadores, potencial redução da rede de prestadores na saúde suplementar e sua oligopolização. **Palavras-chave:** qualidade da assistência à saúde; indicadores de qualidade em assistência à saúde; regulação e fiscalização em saúde; responsabilidade contratual; saúde suplementar.

ABSTRACT

Introduction: The quality factor (FQ) assessment instrument, established by Brazilian National Health Insurance Agency (ANS) in 2014, has been used as a parameter of monetary correction payment due to providers of supplementary health service by insurance and plan operators. **Objective:** The article aimed at analyzing the consequences of the use of CF as a factor of adjustment. **Method:** The methodology comprised documentary and bibliographic research. **Results:** The use of CF is questionable as to legality, thus creating a risk of legal liabilities for the Union and operators, increasing conflict between operators and providers, creating a clear financial benefit to operators and health providers, including potential reduction of the network of providers in supplementary health and its oligopolization.

Keywords: quality of health care; quality indicators, health care; health care coordination and monitoring; contract liability; supplemental health.

INTRODUÇÃO

O instrumento de avaliação fator de qualidade (FQ) foi instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), por meio da Resolução Normativa nº 364/2014, com o objetivo de estabelecer indicadores de qualidade aos prestadores de serviços de saúde — hospitais e clínicas. A resolução também estabeleceu o FQ como parâmetro de reajuste dos preços dos serviços para reger os contratos celebrados entre operadoras e prestadores de serviços de saúde.

A associação do cumprimento dos critérios do FQ ao pagamento dos serviços aumentou os conflitos entre prestadores e operadoras e acirrou os ânimos nas negociações contratuais, sem qualquer garantia de resultados positivos quanto:

- à qualidade dos serviços prestados ao cidadão;
- às queixas dos usuários quanto à demora de atendimento médico;
- aos preços cobrados dos usuários pelos convênios;
- aos problemas dos prestadores quanto aos valores recebidos das operadoras.

Os conflitos entre operadoras e prestadores acarretam prejuízos para a população, maculando a previsão constitucional do direito do cidadão à saúde e ocasionando a judicialização dos serviços médicos e hospitalares, que resulta em maiores gastos do setor público para o atendimento dos usuários.

O artigo teve o objetivo de analisar as consequências da utilização do FQ como fator de reajuste da correção mo-

¹Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Programa de Pós-Graduação em Administração – São Paulo (SP), Brasil.

²Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Núcleo de Estudos do Futuro – São Paulo (SP), Brasil.

Contato: cris.amorim@pucsp.br

Recebido em 06/07/2017. Aceito para publicação em 30/07/2017.

netária dos contratos de serviços de saúde. A metodologia consistiu na revisão da literatura, pesquisa documental sobre as previsões legais e de observação sobre a realidade das relações entre operadoras e prestadores de serviços de saúde. Trata-se de pesquisa bibliográfico-documental, método compatível com o objetivo declarado.

O artigo está organizado em três partes, além desta introdução. A primeira trata da gestão da qualidade nas organizações (*total quality management – TQM*), sua introdução nos hospitais brasileiros e associação com o negócio da acreditação hospitalar. A segunda, da constituição e aplicação do FQ; e a terceira, das considerações finais dos autores.

A QUALIDADE

No âmbito das organizações, a TQM é um instrumento gerencial para a redução de falhas nos processos de produção a fim de assegurar a qualidade do produto (ou serviço) final. O controle de qualidade é ininterrupto, mas revisado sistematicamente, incidindo sobre rotinas, procedimentos, estruturas, sistemas de informação e aquisição de insumos por meio de técnicas.^{1,2} A sistematização desses, por sua vez, deve levar à melhoria dos padrões de desempenho e da competitividade.³⁻⁵ Sendo instrumento, não é complexo (isto é, não é de natureza criativa e imprevisível), mas certamente sistêmico e profusamente detalhado quanto às técnicas, métricas, documentação e subsistemas de controle.^{4,6,7}

Em nosso país, particularmente no segmento hospitalar, a TQM possibilitou a muitos corrigir problemas “históricos”, tanto os efetivamente causados por deficiências da gestão quanto os de natureza política, cultural, legal ou estrutural do sistema de saúde brasileiro. Ao longo dos anos o modelo sofreu adaptações tanto nas organizações estatais quanto nas privadas.

O tema é considerado atualmente “maduro” (inclusive nas organizações de saúde), isto é, a TQM trará resultados desde que atinja todas as áreas organizacionais, disponha de mão de obra e lideranças qualificadas e motivadas e do real compromisso da direção expresso na adequação dos investimentos.^{3,8} Entre os resultados objetivados estão a rentabilidade do capital investido, ou “sustentabilidade financeira” no caso das instituições sem fins lucrativos, e a satisfação do cliente, ou cidadão.

Paralelamente ao movimento em torno da TQM, nas indústrias, a área de produção, em busca da normatização, passou a elaborar normas de conformidade, como as canadenses Z-299 e as inglesas BS 5750 (que serviram de base para as normas *International Organization for Standardization – ISO* —, série 9000).⁹ A TQM juntou-se às normas da ISO, afinal, processos normatizados eram considerados confiáveis, ou as ferramentas associadas à TQM exigiam normatizações, e “as normas ISO – 9000 representam a certificação de sistema de qualidade, agrupando gestão e garantia da qualidade”.²

Não foi diferente nos hospitais: a utilização de TQM e ISO trouxe a certificação, isto é, os padrões de qualidade não são estabelecidos autonomamente, mas de acordo com parâmetros (nacionais ou internacionais) das organizações certificadoras,¹⁰ as quais participam de um promissor negócio de porte multinacional.

No Brasil, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 312/2002, estabeleceu a Padronização da Nomenclatura no Censo Hospitalar, definindo como indicadores hospitalares as médias de: paciente-dia, permanência, ocupação hospitalar e operacional, ocupação planejada, mortalidade hospitalar e institucional, entre outros. O Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH), programa de adesão voluntária cujo objetivo alegado é contribuir para a melhoria contínua da qualidade hospitalar, estimula a participação e a autoavaliação.¹¹

Segundo o Sistema Nacional de Avaliação em Saúde (SINAS), da Entidade Reguladora da Saúde (ERS), em 2016 foram avaliados 160 prestadores de cuidados de saúde, envolvendo hospitais ou clínicas, dos quais 127, que representam 79% dos avaliados, foram classificados, tendo 106 (66%) conseguido a atribuição da estrela que corresponde ao primeiro nível de avaliação no cumprimento dos parâmetros de qualidade exigidos. No quesito de segurança do paciente, 122 estabelecimentos, representando 75% dos avaliados, cumpriram todos os parâmetros de qualidade. No item adequação e conforto das instalações, 137 unidades, que representam 82% dos avaliados, obtiveram classificação máxima.¹² A ERS, conforme Lei nº 126/2014, que estabeleceu os seus estatutos, tem como objetivo o que está na alínea “a” do art. 14: “promover um sistema de âmbito nacional de classificação dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde quanto à sua qualidade global, de acordo com critérios objetivos e verificáveis, incluindo os índices de satisfação dos usuários”.

Vê-se que, com o tempo, a TQM foi se aproximando de um conjunto de indicadores financeiros, de produtividade e desempenho de mão de obra, distanciando-se da natureza sistêmica original.

DA QUALIDADE E INDICADORES DO FATOR DE QUALIDADE

A Lei nº 13.003/2014 foi editada com o objetivo de estipular a obrigatoriedade contratual de forma escrita, com a finalidade de garantir equilíbrio e maior transparência na relação entre as operadoras de planos de saúde e os prestadores de serviços médico-hospitalares; prevê a ocorrência de casos em que a operadora de plano de saúde efetuará a suspensão do pagamento de serviços contratados (consultas, medicamentos, atendimentos, taxas ou materiais que foram cobrados por hospitais, laboratórios, clínicas e outros serviços ou profissionais de saúde conveniados). Esses casos são identificados como “glosa”, previstos no âmbito dos contratos celebrados na área da saúde suplementar, juntamente com a definição de prazos para contestação e estabelecimento do tempo de resposta da operadora à questão.⁶

Para prevenir a possibilidade de abusos das operadoras, a ANS publicou uma “cartilha” de contratualização com orientações a respeito da glosa, observando que não há permissão para estabelecer contratualmente regras que venham a causar impedimento ao prestador de serviços de contestar e ter acesso às justificativas apresentadas pelas glosas. Caso não exista contrato por escrito, é facultada à ANS a aplicação das pena-

lidades dispostas na Resolução Normativa (RN) nº 124/2006 para infrações à legislação dos planos privados de assistência à saúde. Além do mais, os contratos devem trazer o estabelecimento claro das condições de execução, que deverão ser expressas por meio de cláusulas com a definição de responsabilidades, obrigações e direitos entre as partes.¹²

Adicionalmente à Lei nº 13.003/2014, há a RN nº 364/2014 e a Instrução Normativa (IN) nº 61/2015, que instituíram o FQ, instrumento a partir do qual é definido o índice de reajuste a ser aplicado pelas operadoras de planos de assistência à saúde aos prestadores de serviços hospitalares, calculado pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). O FQ submete os prestadores a percentuais estratificados a partir de parâmetros relativos à qualidade dos serviços.¹²

Em tese, o FQ procura estimular a adoção de práticas que levem à melhoria da qualidade do serviço de saúde e segurança do paciente no âmbito da prestação de serviços no setor suplementar, definindo a utilização de programas de acreditação e de critérios da qualidade para sua aplicação. De fato, opera como patamar de reajuste aplicado aos contratos entre prestadores e operadoras, instituindo uma regra de remuneração para hospitais, clínicas, laboratórios e profissionais da saúde suplementar.^{9,13}

O FQ passou a ser a ferramenta aplicável aos contratos em que não há negociação exitosa entre operadoras e prestadores e índice previsto entre as partes.⁹ A ANS estabeleceu, com a edição da RN nº 364/2014, critérios para a composição do FQ para o setor de saúde suplementar; considerando que a instituição hospitalar acreditada é aquela que possui certificado de acreditação em nível máximo, emitido por instituições que tenham obtido reconhecimento da competência para atuar como acreditadoras no âmbito dos serviços de saúde pelo Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia (Inmetro) ou pelo *International Society for Quality in Health Care* (ISQUA).⁹

De acordo com a IN nº 61/2015, expedida pela Diretoria de Desenvolvimento Setorial (DIDES) da ANS, o FQ será aplicado ao reajuste dos contratos da seguinte forma: 105% do IPCA para os hospitais acreditados; 100% para os hospitais não acreditados, mas que participam e cumprem critérios estabelecidos nos projetos prioritários da agência e em indicadores selecionados (como a proporção de readmissão hospitalar); e 85% para os prestadores que não atendem a nenhum desses critérios.

Os serviços hospitalares no Brasil apresentam grande heterogeneidade: dos 6.305 hospitais do país, apenas 4,25% estão acreditados. São Paulo concentra 38,79% dos hospitais acreditados, e Acre, Mato Grosso do Sul, Rio Grande do Norte, Roraima e Rondônia não possuem instituições hospitalares acreditadas.⁷ Diante do incipiente quadro de instituições acreditadas e aptas a obter 105% do IPCA, a DIDES/ANS expediu a Nota Técnica (NT) nº 34/2015, estabelecendo indicadores a aplicar nos percentuais do FQ para o cálculo de reajustes a contratos firmados entre operadores de planos e prestadores de serviço.¹²

A NT nº 34/2015 (DIDES/ANS) estabelece que “os indicadores e programas de indução da qualidade assistencial utilizados para a elaboração dos critérios de qualidade para fins de aplicação do percentual intermediário”, qual seja 100% do IPCA, definido no art. 4º, inciso II da IN DIDES nº 61, serão:

- proporção de guia eletrônica de cobrança na versão 3 do padrão Troca de Informações em Saúde Suplementar (TISS);
- Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) cadastrado na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);
- proporção de readmissão em até 30 dias da última alta hospitalar ou efetiva participação no Projeto Parto Adequado, comprovada pela melhoria no indicador proporção de partos vaginais.

Os hospitais não acreditados devem instituir o NSP para assegurar o reajuste de 100% do IPCA, conforme preceitua a RN nº 364/2014, regulamentada pela IN nº 61/2015, ambas expedidas pela DIDES/ANS. Porém, essa garantia no reajuste traz inexoravelmente outro aspecto ainda mais importante: o aumento da segurança/proteção dos pacientes pelos serviços hospitalares prestados.

As ações para a segurança do paciente em serviços de saúde foram instituídas pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/2013, da ANVISA, definindo a implantação do NSP e o desenvolvimento do Plano de Segurança do Paciente (PSP), cujos princípios básicos são o foco na segurança do paciente e a melhoria contínua dos processos de cuidado.

Desde que a IN nº 61/2015 da DIDES/ANS entrou em vigor, os critérios de qualidade levados em consideração para fins de aplicação do percentual intermediário são definidos a partir do alcance da meta do indicador proporção de guia eletrônica de cobrança na versão 3 do padrão TISS e ter efetiva participação no Projeto Parto Adequado, comprovada pela melhoria no indicador de partos normais ou cumprir a meta dos indicadores identificados no NSP cadastrado na ANVISA e proporção de readmissão em até 30 dias da última alta hospitalar.⁷

Entre as organizações hospitalares privadas, surgem reclamações de que a instituição que ainda estiver em avaliação receberá pouco menos do total: 90% do índice; e os prestadores sem selo ou certificação de qualidade ficarão com 80%, diferentemente do especificado na normatização específica.¹⁴ No Brasil, os custos com a acreditação variam, em média, de R\$ 60 mil a R\$ 80 mil.³

A Associação Nacional dos Hospitais Privados (ANAHP) registra que a Confederação Nacional da Saúde (CNS) ingressou com ação judicial contra a ANS com o objetivo de reconhecer a ilegalidade presente no artigo 4º, incisos II e III, da IN nº 61/2015, que limita a aplicação do IPCA para hospitais que não atenderem aos requisitos estabelecidos pela agência reguladora, no FQ.¹⁴

Várias instituições e órgãos classistas da área têm se manifestado contrários ao disposto nos artigos da IN nº 61/2015,

resultando na propositura de ação judicial pela CNS contra a ANS, salientando que o índice de reajuste de preços deve ser igual ao IPCA para todos os estabelecimentos de saúde, independentemente de qualquer condição.¹⁴

A referida ação judicial transcorreu na 24ª Vara da Justiça Federal do Rio de Janeiro, resultando na improcedência da demanda proposta pela CNS contra a ANS, sob o argumento do juiz de primeiro grau de que a ANS atuou dentro dos limites da competência atribuída pela Lei nº 9.656/1998 e que o art. 17-A da citada lei deve ser aplicado até que, eventualmente, seja afastada sua vigência por ordem judicial, cuja sentença foi lastreada no argumento precípua de que apenas nos casos de ausência de negociação a ANS aplicará o percentual alusivo ao IPCA. A CNS recorreu da sentença do juiz federal e, atualmente, o recurso aguarda decisão judicial da 6ª Turma Especializada do Tribunal Regional Federal da 2ª Região para eventual reforma da sentença de 1º grau.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A observância da TQM nos serviços de saúde é de tal forma imprescindível que a legislação pertinente a institui. Assim, a pergunta fundamental é: como incentivar e garantir a qualidade dos serviços hospitalares?

A teoria geral das organizações oferece farta literatura sobre TQM. Nos anos 1950/1960, Deming difundiu os ditames da qualidade organizacional com a regra do “defeito zero” e, a partir da década de 1970, TQM tornou-se a base da reorganização da produção.

A ANS, no entanto, tão somente impõe um conjunto de indicadores e os associa ao pagamento integral ou parcial do reajuste da correção monetária para os prestadores de serviços. E o faz na intermediação entre organizações cujas relações comerciais são assimétricas: de um lado as operadoras, segmento concentrado em poucas empresas atendendo a quase totalidade do mercado da saúde suplementar, de outro, os prestadores, segmento pulverizado formado por instituições distribuídas no território nacional.

No campo jurídico, o FQ implica no risco de não contemplação de cláusulas de livre negociação entre as partes, ou que os contratos tragam propostas de fracionamento do índice aplicado sobre o reajuste dos honorários profissionais. A definição do FQ tem sido um dos óbices que mais incidem na relação já conflituosa entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviço. Dados os princípios constitucionais de direito à vida e à saúde do cidadão, a adoção do FQ é inconstitucional, por feri-los. Mesmo não havendo manifestação na doutrina ou no corpo jurisprudencial, o tema deve ser mais bem discutido.

No campo da gestão das organizações e das políticas de saúde pertinentes ao Estado brasileiro, a indução — ou até mesmo a obrigatoriedade — às práticas de utilização de guias eletrônicas de cobrança, realização de parto sem intervenção cirúrgica (chamado de parto adequado) e segurança do paciente não promove alterações substanciais que, por sua vez, promovam a qualidade do atendimento. O incentivo à

qualidade nos serviços hospitalares pode considerar diferentes entendimentos sobre TQM: as perspectivas da ANS, das operadoras de planos de saúde, dos provedores de serviços e da população. Mas deve pautar-se pelos aspectos fundamentais do modelo: as perspectivas do cidadão-paciente e da organização prestadora de serviços. Para o primeiro, conta a percepção da qualidade dos serviços hospitalares, que não é constituída pelos três critérios impostos pela ANS; para a segunda, tampouco.

A teoria da administração tem discutido qualidade como algo subjetivo, variável de acordo com a percepção de quem a avalia, apontando as diferentes percepções de qualidade (*gaps*):

- dos consumidores e dos gestores (de serviços);
- dos gestores e das especificações de qualidade das empresas em que atuam;
- das especificações de qualidade da empresa e dos serviços entregues;
- dos serviços entregues aos consumidores e do que foi comunicado pela empresa que seria entregue;
- da expectativa de serviços dos consumidores e do que foi efetivamente entregue.¹⁵

Ao impor padrões de qualidade, reguladores e operadoras optam por um caminho de conflito com provedores e, provavelmente, com a população, distanciando-se de uma solução cooperada. Isso, é claro, pode implicar em maiores lucros para um grupo em detrimento de outros. No caso da população brasileira que recebe serviços hospitalares, sem a sua percepção de que esses serviços têm qualidade, pode configurar inclusive violência simbólica.

Do exposto sobre a TQM e suas derivações em normas outorgadas por outras instituições, vê-se que o objetivo do FQ não guarda relação com a primeira sigla. Se a pergunta fundamental é “como incentivar e garantir a qualidade dos serviços hospitalares?”, a implantação do modelo gerencial sacramentado ao longo de décadas, tanto na academia como nas organizações, não se resume à imposição, por vias legais questionáveis, de três indicadores.

A associação entre o FQ e o reajuste dos pagamentos devidos aos prestadores beneficia:

- as operadoras que efetivamente negociam com empresas aquém dos parâmetros do FQ e podem reduzir os pagamentos às primeiras;
- as empresas certificadoras que ganharam um mercado cativo;
- os hospitais de maior porte que atendem aos parâmetros do FQ.

Cabe a pergunta: por que a ANS escolheu privilegiar esses atores?

As ações judiciais movidas pelos representantes dos hospitais contra a ANS são a evidência de que, ao invés de pacificar as relações entre os agentes, a utilização do FQ como condição para o reajuste dos preços dos serviços de saúde pagos pelas operadoras tão somente acirrou a animosidade.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira J, Matsuda, I. Vantagens e dificuldades da acreditação hospitalar: a voz dos gestores da qualidade. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [Internet]. 2016 [acesso em 11 maio 2017];20(1):63-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/1414-8145-ean-20-01-0063.pdf>
2. Feldman I, Gatto M, Cunha, I. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2005 [acesso em 10 maio 2017];18(2):213-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n2/a15v18n2.pdf/>
3. Bonato V. Gestão de qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente. *Mundo Saúde* [Internet]. 2011 [acesso em 11 maio 2017];35(5):319-31. Disponível em: http://www.saocamillo-sp.br/pdf/mundo_saude/86/319a331.pdf
4. Araújo C. Fatores a serem gerenciados para o alcance da qualidade para os clientes internos: um estudo em um conjunto de hospitais brasileiros [tese]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2005.
5. Machado J, Martins A, Martins M. Avaliação da qualidade do cuidado hospitalar no Brasil: uma revisão sistemática. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2013 [acesso em 11 maio 2017];29 (6):1063-82. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n6/a04v29n6.pdf>
6. Salu E. Administração hospitalar no Brasil. Barueri: Manole; 2013. p. 53-4.
7. Malik A, Schiesari I. Qualidade e acreditação. In: Vecina G, Malik A, editores. *Gestão em saúde*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2016. p. 126-7.
8. Bomfim D, Trivellato L, Hasternreiter F. Aceitação e resistência ao processo de acreditação hospitalar sob a perspectiva dos profissionais que atuam em instituições hospitalares. *RPCA* [Internet]. 2013 [acesso em 11 maio 2017];7(2):116-33. Disponível em: <http://www.uff.br/pae/index.php/pca/article/download/206/181>
9. Ramires R. Modelo acertado de gestão pode reduzir os desperdícios na saúde. *Rev Visão Hosp*. 2016;5:123-4.
10. Gurgel G, Vieira M. Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2002 [acesso em 20 maio 2017];7(2):325-34. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n2/10251.pdf>
11. Moreira L. Melhorando indicadores de desempenho de serviços hospitalares através da educação permanente [monografia] [Internet]. Rio de Janeiro: Universidade Candido Mendes; 2014. [acesso em 20 maio 2017]. Disponível em: https://www.avm.edu.br/docpdf/monografias_publicadas/posdistancia/51873.pdf
12. Zapparoli D. Nova forma de negociar contratos: instituições estudam novo modelo de remuneração e criam grupos de compra para enfrentar queda de rentabilidade. *Rev Valor Econ*. 2015;8:66-9.
13. Porto R. Operadoras e hospitais em debate. *Rev Visão Hosp*. 2016;5:51.
14. Associação Nacional dos Hospitais Privados. *Rev Observ Anahp* [Internet]. 2016. [acesso em 27 jun. 2017]. Disponível em: <http://anahp.com.br/produtos-anahp/observatorio/observatorio-2016>
15. Parasuraman A, Zeithami V, Berry L. Problems and strategies in services marketing. *J Mark* [Internet]. 1985 [acesso em 01 maio 2017];49(2):33-46. Disponível em: https://www.jstor.org/stable/1251563?seq=1#page_scan_tab_contents