



Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde
Departamento de Atenção Especializada e Temática
Coordenação-Geral de Atenção Especializada

NOTA TÉCNICA Nº 264/2022-DAET/CGAE/DAET/SAES/MS

1. **ASSUNTO**

1.1. Trata-se de fundamentação técnica relacionada às minutas de Portarias elaboradas (0026769741) referentes ao Programa de Qualificação da Assistência Cardiovascular – QualiSUS Cardio.

1.2. A primeira minuta diz respeito à proposta de instituição do Programa, e deverá, portanto, ser avaliada com vistas à publicação como alteração da Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, que trata da consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde.

1.3. A segunda minuta, por sua vez, tem por objetivo definir o 1º Ciclo do QualiSUS Cardio, estabelecendo o regramento para participação no Programa nos seus primeiros dois anos.

1.4. As minutas de Portaria em tela foram elaboradas a partir de discussões realizadas junto ao Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC/SAES/MS), ao Gabinete da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (GAB/SAES), ao Fundo Nacional de Saúde (FNS), ao Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), ao Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), a especialistas convidados e a representações das seguintes sociedades médicas: Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular (SBCCV), Sociedade Brasileira de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista (SBHCI), Sociedade Brasileira de Arritmias Cardíacas (SOBRAC) e Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular (SBACV).

1.5. O Programa de Qualificação da Assistência Cardiovascular – Programa QualiSUS Cardio – tem por objetivos (I) “avaliar o desempenho dos estabelecimentos de saúde no âmbito da alta complexidade cardiovascular a partir da análise de indicadores relativos ao volume, à qualidade e à complexidade da assistência ofertada” e (II) “estabelecer incrementos sobre os valores de procedimentos cardiovasculares em conformidade com o desempenho aferido”.

1.6. O seu 1º Ciclo busca avaliar “o desempenho dos estabelecimentos de saúde no âmbito da alta complexidade cardiovascular a partir da análise de indicadores relativos ao volume, à qualidade e à complexidade da assistência ofertada”, assim como estabelecer “incrementos sobre os valores de ações estratégicas da saúde cardiovascular em conformidade com o desempenho aferido”.

1.7. A presente Nota Técnica tem, portanto, a finalidade de esclarecer acerca dos dispositivos das minutas de Portaria, com ênfase no regramento desenvolvido para a classificação e conformidade dos estabelecimentos de saúde que compõem a alta complexidade cardiovascular no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) para habilitação no 1º Ciclo do QualiSUS Cardio. É também objetivo deste expediente informar sobre as etapas utilizadas para compor as expectativas dos limites financeiros relacionados ao Programa junto ao Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC).

2. **ANÁLISE**

Regulamento geral do Programa e regramento do 1º Ciclo

2.1. O mote do Programa QualiSUS Cardio é a instituição de um modelo de financiamento misto e combinado com o potencial de incentivar o aprimoramento do cuidado ofertado pelos

estabelecimentos de saúde. O modelo será inovador na atenção especializada no SUS considerando que representará um instrumento adicional de custeio da atenção à saúde para além do tradicional pagamento por procedimento.

2.2. Além disso, a iniciativa também deverá proporcionar as bases para a disposição de estratégias que busquem considerar o desempenho qualitativo – para além da produção em termos quantitativos – e fornecer elementos para o fortalecimento dos processos de monitoramento e avaliação na alta complexidade cardiovascular.

2.3. O 1º Ciclo do QualiSUS Cardio estará limitado ao monitoramento, à avaliação e ao incremento financeiro das cirurgias cardíacas no adulto, razão pela qual a habilitação dos estabelecimentos de saúde ao Programa QualiSUS Cardio estará condicionada à sua habilitação com o Serviço de Cirurgia Cardiovascular e Procedimentos em Cardiologia Intervencionista (código 08.03 no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES).

2.4. Em conjunto com as sociedades médicas parceiras, ficou definido que o seguinte conjunto de procedimentos cirúrgicos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS é estratégico para o Sistema:

Quadro 01 – Procedimentos estratégicos do 1º Ciclo do QualiSUS Cardio.

Código	Procedimento
04.06.01.080-3	PLÁSTICA VALVAR
04.06.01.081-1	PLÁSTICA VALVAR C/ REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA
04.06.01.082-0	PLÁSTICA VALVAR E/OU TROCA VALVAR MÚLTIPLA
04.06.01.092-7	REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA C/ USO DE EXTRACÓRPOREA
04.06.01.093-5	REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA C/ USO DE EXTRACÓRPOREA (C/ 2 OU MAIS ENXERTOS)
04.06.01.094-3	REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA S/ USO DE EXTRACORPÓREA
04.06.01.095-1	REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA S/ USO DE EXTRACORPÓREA (C/ 2 OU MAIS ENXERTOS)

2.5. A estratégia basilar do 1º Ciclo do Programa envolve a aplicação de incrementos financeiros aos valores dos procedimentos supracitados em conformidade com a classificação dos estabelecimentos de saúde que atendem aos requisitos para habilitação em níveis de desempenho relativos à qualidade da assistência ofertada.

2.6. A classificação dos estabelecimentos de saúde no âmbito do Programa considera a observância combinada a dois conjuntos de critérios.

2.7. Primeiramente, é verificada a situação de cada estabelecimento de saúde quanto ao cumprimento ou não dos parâmetros mínimos de produção definidos de acordo com os Art. 22 a 27 da Portaria de Consolidação SAES/MS nº 1, de 22 de fevereiro de 2022 (origem Portaria SAS/MS nº 210, de 15 de junho de 2004). Esse critério é dicotômico, isto é, o estabelecimento de saúde ou cumpre ou não cumpre o parâmetro mínimo de produção.

2.8. Para tanto, é preciso considerar se o estabelecimento de saúde tem habilitação exclusiva com o Serviço de Cirurgia Cardiovascular e Procedimentos em Cardiologia Intervencionista (código 08.03 no CNES) ou se ele tem habilitação simultânea com o Serviço de Cirurgia Cardiovascular Pediátrica (código 08.04 no CNES). No primeiro caso, o parâmetro mínimo de produção é de 180 (cento e oitenta) atos operatórios de alta complexidade (procedimentos do grupo 04, subgrupo 06 e forma de organização 01) aprovados nas bases RD e SP do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Caso a habilitação seja dupla para os códigos mencionados, o parâmetro mínimo de produção passa a ser de 240 (duzentos e quarenta) atos operatórios de alta complexidade (procedimentos do grupo 04, subgrupo 06 e forma de organização 01) aprovados nas bases RD e SP do SIH/SUS.

2.9. É importante esclarecer que também serão contemplados pelo Programa aqueles estabelecimentos de saúde cuja produção não alcance o parâmetro mínimo de produção, casos nos quais os incrementos aplicáveis serão inferiores àqueles aos quais terão direito os estabelecimentos de saúde com produção igual ou superior ao parâmetro. O propósito por trás do preceito é incentivar a rede a entregar sempre mais em termos de quantidade de procedimentos ofertados.

2.10. O segundo critério diz respeito à análise comparativa entre o desempenho individual de cada estabelecimento de saúde e o desempenho agregado dos estabelecimentos de saúde que compõem seu respectivo território. Neste caso, é realizada uma análise multicritérios com base em indicadores pré-estabelecidos, os quais produzem um índice, denominado Índice Combinado de Assistência Cardiovascular (IC-Cardio). O IC-Cardio é primeiramente determinado para todos os estabelecimentos de saúde a partir da combinação dos dados relativos a cada indicador; é o chamado IC-Cardio hospitalar. A seguir, a agregação por meio de médias ponderadas dos dados, por indicador, de todos os estabelecimentos de saúde que compõem uma Unidade Federativa (UF) produzem o IC-Cardio estadual. A mesma estratégia para os dados de todos os estabelecimentos de saúde do País, por sua vez, dão origem ao IC-Cardio Nacional.

2.11. A premissa do segundo critério é, portanto, a comparação do IC-Cardio hospitalar de determinado estabelecimento de saúde com o IC-Cardio estadual da UF onde se localiza – ou, alternativamente, caso o estabelecimento de saúde seja o único de seu território, com o IC-Cardio nacional. Ou seja, o IC-Cardio hospitalar só tem validade quando analisado em perspectiva com um IC-Cardio estadual ou com o IC-Cardio nacional, sendo que valores individuais inferiores aos valores agregados do território representam desempenho superior do estabelecimento de saúde na comparação com o respectivo território.

2.12. O ano base para a obtenção dos dados relativos à produção por estabelecimento de saúde e dos demais indicadores que compõem o IC-Cardio é 2019, considerando a completude dos dados no SIH/SUS e também no Sistema de Informação de Mortalidade – SIM no período. Por essa razão é que só estão aptos à adesão ao QualiSUS Cardio estabelecimentos de saúde habilitados com o código 0803 minimamente desde a competência de janeiro de 2019 com produção aprovada no SIH/SUS para pelo menos um dos procedimentos estratégicos.

2.13. O IC-Cardio é obtido por estabelecimento de saúde mediante a mensuração de indicadores que respondem pela estrutura, pelo processo e pelo resultado dos serviços. São eles (I) o tempo médio de permanência, em dias, (II) a taxa de mortalidade operatória em até 30 (trinta) dias, (III) a taxa de reinternação em até 30 (trinta) dias, (IV) o percentual de cumprimento do parâmetro mínimo de produção e (V) o percentual de procedimentos estratégicos, sendo sempre a referência para o levantamento desses indicadores os atos operatórios relativos aos procedimentos estratégicos, com a exceção do indicador IV, o qual observa a totalidade dos atos operatórios relativos aos procedimentos do grupo 04, subgrupo 06 e forma de organização 01. Todos os indicadores têm seus respectivos regramentos detalhados em fichas de qualificação apresentadas como fichas técnicas à minuta de Portaria.

2.14. É preciso acrescentar que foi agregada à aferição dos indicadores a análise de aspectos tais como a disponibilidade, a simplicidade, a granularidade, a periodicidade, o baixo custo de obtenção, a adaptabilidade, a estabilidade, a rastreabilidade e a representatividade dos dados utilizados no cálculo.

2.15. Buscando atender a tais premissas, os indicadores selecionados foram pensados de modo que pudessem ser acompanhados de forma sistemática e cujo acesso às informações possibilitasse a avaliação dos dados de forma individualizada por paciente, porém anonimizada, tendo, portanto, prioritariamente, como bases de dados utilizadas o SIH/SUS e o SIM, conforme os registros individuais e anonimizados de pacientes que realizaram procedimentos em 2019, seguindo lista de códigos pareadas através do projeto VinculaSUS. Nesse sistema, as bases de dados de interesse estão vinculadas a partir de rigoroso processo de pareamento. As rotinas implementadas começam com a extração dos dados de cada base, a identificação de cada indivíduo e o tratamento dos dados, visando à limpeza e à padronização, de modo que as bases fiquem com os mesmos caracteres e codificações.

2.16. O IC-Cardio hospitalar é, portanto, obtido a partir da razão entre o produto dos indicadores tempo médio de permanência, taxa de mortalidade operatória e taxa de reinternação e o produto dos indicadores percentual de cumprimento do parâmetro mínimo de produção e percentual de procedimentos estratégicos, enquanto que o IC-Cardio estadual e o IC-Cardio nacional são obtidos a partir das médias ponderadas de cada indicador aplicadas à mesma forma de cálculo descrita para o IC-Cardio hospitalar. A proposta do Programa é a de que os IC-Cardio serão aferidos anualmente, com repercussão financeira para os 24 meses subsequentes.

2.17. Assim, frisa-se que os critérios, parâmetros e indicadores discriminados até o momento serão utilizados para avaliar a qualidade e a segurança de processos assistenciais, bem como condicionar a aplicação de custeio diferenciado mediante a instituição de incrementos financeiros aos procedimentos estratégicos, de modo que os estabelecimentos de saúde são classificados em 4 (quatro) níveis de desempenho e qualidade assistencial, conforme segue:

2.17.1. I – Nível A: estabelecimentos de saúde que cumprem os parâmetros mínimos de produção e apresentam IC-Cardio hospitalar menor do que o IC-Cardio estadual ou do que o IC-Cardio nacional;

2.17.2. II – Nível B: estabelecimentos de saúde que cumprem os parâmetros mínimos de produção e apresentam IC-Cardio hospitalar maior do que o IC-Cardio estadual ou do que o IC-Cardio nacional;

2.17.3. III – Nível C: estabelecimentos de saúde que não cumprem os parâmetros mínimos de produção e apresentam IC-Cardio hospitalar menor do que o IC-Cardio estadual ou do que o IC-Cardio nacional; e

2.17.4. IV – Nível D: estabelecimentos de saúde que não cumprem os parâmetros mínimos de produção e apresentam IC-Cardio hospitalar maior do que o IC-Cardio estadual ou do que o IC-Cardio nacional.

2.18. Ainda no que diz respeito ao IC-Cardio, e levando em conta o contexto de crescente necessidade de controle dos custos na alta complexidade cardiovascular, é importante avaliar os estabelecimentos de saúde habilitados por meio de indicadores de qualidade assistencial de forma sistemática. Por quase duas décadas, os serviços coletaram e analisaram sistematicamente dados, com esforços focados na análise de dados de produção. No entanto, esse tipo de monitoramento expressa apenas uma medida geral para fins de manutenção da habilitação e repasse de recursos financeiros, fazendo-se necessária a implementação de um formato que busque aliar a coleta e análise de uma série de indicadores e metas, inclusive clínicos, à avaliação da qualidade da assistência ofertada e à modelagem de alternativas de financiamento da saúde pública preferencialmente vinculadas à entrega efetivada em termos de qualidade assistencial.

2.19. Sem dúvida, o volume é a medida estrutural de qualidade mais extensivamente estudada em toda área da saúde, em especial na assistência cirúrgica. A força da relação volume-resultado varia muito. Medidas estruturais podem ser *proxies* úteis para resultados quando os últimos dados não estão disponíveis. Por outro lado, sua utilidade relativa diminui quando resultados confiáveis são acessíveis.

2.20. As medidas de processo refletem até que ponto determinado serviço de saúde está em conformidade com as diretrizes de cuidados baseadas em consensos de especialistas ou em evidências ainda mais robustas. Idealmente, o uso de medidas de processo deve ser demonstrado para correlacionar diretamente com os resultados relativos ao cuidado ofertado. Compõem a métrica de qualidade dominante utilizada em muitas iniciativas de pagamento por desempenho. Existe a preocupação, porém, de que os estabelecimentos de saúde direcionem esforços para maximizar sua atuação apenas para melhorar os indicadores aos quais o pagamento está condicionado, marginalizando os demais componentes do cuidado.

2.21. Além disso, é importante considerar que os indicadores selecionados para toda e qualquer avaliação de desempenho raramente apresentam a mesma relevância e o mesmo peso na composição do resultado final. No caso em tela, foram estipulados, como base para se determinar a magnitude da força da relação entre o escore de risco e a presença do indicador na construção do peso na composição do IC-Cardio, os seguintes valores: 0,50 para o indicador taxa de mortalidade operatória, 0,25 para o indicador taxa de reinternação em até 30 (trinta) dias e 0,10 para o indicador tempo de permanência.

2.22. Levando-se em conta que os hospitais não são integralmente comparáveis por terem objetivos, escopos, perfis e vocações diferentes, a escolha foi por compará-los também com eles próprios. O resultado é fruto do produto das variáveis consideradas, todos com a mesma direção (quanto menor, melhor). Foi previsto o índice a partir da variação das taxas do período de 2019. Com uso de simulações de Monte Carlo foi estimada a classificação com uma precisão de + 2 e - 2 desvios padrões para cada cenário e para cada um dos indicadores, e aferida a predição do IC-Cardio para cada um dos hospitais, considerando o cálculo do desvio padrão e a classificação em oito níveis de simulação de dados aleatórios de replicações desse cenário para cada um dos hospitais habilitados. Tendo com base a

realização de oito simulações com volume de dados referente aos indicadores selecionados, medindo as mudanças marginais dos indicadores que são produzidas pelo funcionamento dos hospitais, foi calculado o desvio padrão médio da classificação dos três indicadores e o desvio padrão médio da classificação do indicador ordinal composto nacional.

2.23. O **indicador tempo médio de permanência** diz respeito à mensuração do tempo médio de permanência dos pacientes admitidos nos estabelecimentos de saúde, em dias, tendo como ano base 2019. O resultado do indicador representa a média de tempo que os pacientes permaneceram internados nos estabelecimentos de saúde, a partir dos registros aprovados relativos aos procedimentos estratégicos. Médias de tempo de internação tão inferiores quanto possíveis são as mais desejáveis.

2.24. O **indicador taxa de mortalidade operatória** em até 30 (trinta) dias refere-se à mensuração dos totais de óbitos ocorridos durante o ato operatório ou no pós-operatório (até 30 dias) relativos aos procedimentos estratégicos. É obtido a partir da relação percentual entre o número de óbitos e o número de atos operatórios realizados no período. O resultado do indicador reflete o percentual de pacientes que foram a óbito após serem submetidos a uma cirurgia cardíaca relacionada ao procedimento dentro do período de 30 dias. Quanto menor a taxa de mortalidade, melhor.

2.25. O indicador supracitado foi selecionado e incluído como componente do IC-Cardio por ser um dos mais conhecidos e amplamente utilizados, tendo o maior peso na análise combinada proposta. A sua aferição inclui todas as mortes ocorridas no hospital, independentemente do momento, bem como todas as mortes que ocorrem em até 30 dias da cirurgia, independentemente do local, a menos que claramente não relacionado com os atos operatórios relativos aos procedimentos estratégicos. Em razão da complexidade desta medida, foi incluído um pacote de medidas de morbidade como um domínio de resultados separado, sendo, pois, ponderada por um modelo de risco hierárquico com variáveis *dummy* (1 – presença de qualquer uma das cinco complicações maiores, identificadas pelos códigos da Classificação Estatística Internacional de Doenças 10ª edição – CID 10 – e 0 – nenhuma complicação). Para aferição do indicador foi utilizado pareamento de bases de dados a partir da base integrada dos sistemas de informação do SUS (VinculaSUS), etapa necessária para se averiguar a completitude dos dados em ambas bases (SIH/SUS e SIM).

2.26. O **indicador taxa de reinternação em até 30 (trinta) dias**, por sua vez, busca contemplar as readmissões hospitalares – ou reinternações –, as quais, quando não planejadas, podem representar deficiências no atendimento das necessidades correspondentes a determinada doença. A maioria das readmissões potencialmente evitáveis é causada por complicações de procedimentos cirúrgicos nos quais é importante a adesão do paciente ao tratamento prescrito para a estabilidade do quadro clínico.

2.27. A partir da observação deste indicador, é possível identificar a gravidade dos pacientes atendidos em um determinado serviço de saúde, além de ser mensurável a capacidade progressiva do hospital em ajudar as pessoas a se recuperarem de forma tão eficaz quanto possível, principalmente se considerados fatores tais como o acompanhamento social e a instituição de reabilitação, os quais contribuem para a recuperação efetiva no pós-operatório de uma cirurgia cardíaca. Se uma pessoa não se recupera bem, é mais provável que determinado tratamento hospitalar sequencial seja necessário no prazo de até 30 dias, razão pela qual este indicador é utilizado para mensurar capacidade resolutiva na recuperação do paciente.

2.28. O indicador captura todas as readmissões de pacientes em 30 dias após alta hospitalar por causas específicas, que muito diz sobre a efetividade e resolutividade da rede, o que até há pouco tempo não era uma análise facilmente realizada, quando feita apenas a partir do SIH/SUS. Seu resultado reflete o percentual de pacientes que retornam ao hospital no prazo de 30 dias desde a data da saída após um procedimento de cirurgia cardíaca no estabelecimento de saúde onde foi realizado o primeiro procedimento ou em outro, desde que em condições relacionadas ao procedimento na admissão. Foi calculado a partir da base de registros individualizados e anonimizados - VinculaSUS com dados de origem do SIH/SUS, considerando-se os pacientes com registros de AIH para os quais foram realizados os procedimentos estratégicos com dados de identificação unívocos, com identificação do tipo de AIH normal, com saída até 31 de dezembro de 2019, na modalidade de internação tipo 2, hospitalar. Também foram analisados e incluídos dados de pacientes que foram readmitidos em hospitais do SUS dentro do

período igual ou inferior a 30 dias com dados de identificação unívocos que tiveram uma saída entre 1º de janeiro de 2019 à 31 de dezembro de 2019 e uma internação subsequente até 30 de janeiro de 2020.

2.29. Por fim, para a obtenção do IC-Cardio por estabelecimento de saúde foi formulada a seguinte forma de cálculo – (taxa de mortalidade operatória * 0,50) x (taxa de reinternação em até 30 [trinta] dias * 0,25) x (tempo médio de permanência * 0,10) / (percentual de cumprimento do parâmetro mínimo de produção) * (percentual de procedimentos estratégicos). Os indicadores percentual de cumprimento do parâmetro mínimo de produção e percentual de procedimentos estratégicos correspondem a um fator de correção que busca contemplar o volume e a complexidade da assistência ofertada na classificação dos estabelecimentos de saúde.

Financiamento do 1º Ciclo

2.30. O Programa QualiSUS Cardio deverá ser implementado tendo como fundamentos alguns eixos de ações, entre os quais “a definição de modelos inovadores de aporte de recursos adicionais condicionado ao desempenho aferido por estabelecimento de saúde participante”, de modo que busca, inclusive, a contribuir para o debate do financiamento por desempenho no âmbito dos sistemas universais de saúde, caso do SUS.

2.31. Para além do pagamento por procedimentos, considerando o que o componente federal do SUS repassa com base na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS, o Sistema se sustenta também por uma infinidade de fontes de financiamento. O desempenho e a qualidade assistencial como critérios para o repasse são, contudo, ainda muito incipientemente utilizados no Brasil, não só no cenário da saúde pública, onde começa a acelerar seus passos, mas inclusive no âmbito da saúde suplementar.

2.32. O QualiSUS Cardio lança luz sobre o potencial do SUS em termos de inovação no que diz respeito ao monitoramento e à avaliação de desempenho dos serviços e ao condicionamento de repasses adicionais de recursos ao alcance de patamares de qualidade assistencial selecionados.

2.33. Assim sendo, os alicerces do Programa são compostos, primariamente, pela análise de critérios, indicadores e parâmetros pré-estabelecidos, preferencialmente aqueles que estejam vinculados à qualidade da assistência ofertada, e pela subsequente aplicação de recursos financeiros adicionais capazes de fazerem jus às entregas e aos resultados em saúde alcançados serviço a serviço.

2.34. O 1º Ciclo do QualiSUS Cardio terá como rol de procedimentos estratégicos alguns daqueles relacionados à cirurgia cardíaca – as revascularizações miocárdicas e as plásticas valvares, conjunto de procedimentos que corresponde às principais necessidades da alta complexidade cardiovascular cirúrgica no SUS. Os sete procedimentos da Tabela do SUS serão beneficiados por uma série de medidas, as quais incluem (I) a majoração em 36,22% dos valores relativos aos Serviços Profissionais (SP), (II) a sua migração para o Tipo de Financiamento Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC) e (III) a aplicação de incrementos diferenciados sobre seus valores Totais Hospitalares de acordo com o nível de desempenho do estabelecimento de saúde segundo o QualiSUS Cardio.

2.35. As duas primeiras estratégias supracitadas serão dispostas por instrumento normativo simultâneo, conforme detalhado no processo de número 25000.063868/2022-65. A respectiva Nota Técnica incluída nesse processo detalha o racional e os cálculos relativos à migração dos procedimentos para o FAEC e à alteração dos seus valores na Tabela do SUS. A terceira medida, por sua vez, comporá a expectativa de recursos financeiros a serem disponibilizados pelo Ministério da Saúde no âmbito do FAEC relativamente aos incrementos aplicados conforme o regramento do QualiSUS Cardio.

2.36. O 1º Ciclo do QualiSUS Cardio deverá estabelecer incrementos financeiros sobre os valores relativos ao Total Hospitalar (Serviços Hospitalares – SH e Serviços Profissionais – SP) em percentuais distintos, conforme o nível de desempenho aferido – 75% (setenta e cinco por cento) de incremento no caso dos estabelecimentos de saúde de Nível A, 60% (sessenta por cento) de incremento no caso dos estabelecimentos de saúde de Nível B, 45% (quarenta e cinco por cento) de incremento no caso dos estabelecimentos de saúde de Nível C e 30% (trinta por cento) de incremento no caso dos estabelecimentos de saúde de Nível D.

2.37. Cumpre acrescentar que os incrementos deverão ser aplicados aos sete procedimentos estratégicos do 1º Ciclo não somente caso componham o procedimento principal das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH), mas também quando se apresentarem à primeira linha de AIH abertas com os procedimentos 04.15.01.001-2 – TRATAMENTO C/ CIRURGIAS MULTIPLAS e 04.15.02.003-4 – OUTROS PROCEDIMENTOS COM CIRURGIAS SEQUENCIAIS. Esse dispositivo é importante porque as AIH abertas com os procedimentos mencionados de cirurgias múltiplas e de cirurgias sequenciais compõem fração relevante do total de AIH em alguns estabelecimentos de saúde.

2.38. A composição da expectativa de recursos financeiros do FAEC relativa aos incrementos dispostos pelo 1º Ciclo do QualiSUS Cardio tem como base a produção dos sete procedimentos no ano de 2019 dos estabelecimentos de saúde aptos a participar do Programa, os quais somam 215 (duzentos e quinze) hospitais categorizados por esta Coordenação-Geral de Atenção Especializada (CGAE/DAET/SAES/MS) em níveis de desempenho a partir do regramento definido.

2.39. Há a expectativa de que os recursos a serem consumidos no âmbito do 1º Ciclo transitem em torno de R\$ 150 milhões (cento e cinquenta milhões de reais) e R\$ 200 milhões (duzentos milhões de reais), no período de 12 (doze) meses. O alcance de tais montantes, frisa-se, está condicionado à habilitação dos estabelecimentos de saúde, a qual dar-se-á mediante provocação dos próprios hospitais, cadastro da proposta de habilitação por parte das respectivas gestões em saúde e deferimento pela CGAE, etapa após a qual será publicado ato normativo único assinado pelo Ministro da Saúde homologando as habilitações. Isto é, há uma probabilidade de que os recursos investidos no 1º Ciclo sejam bastante inferiores às cifras supracitadas, não sendo possível no momento apontar com mais exatidão os valores nem tampouco indicar os totais por Unidade da Federação ou por gestão em saúde.

Habilitação no QualiSUS Cardio e transparência na divulgação da pré-classificação dos estabelecimentos

2.40. O pedido de habilitação no QualiSUS Cardio deverá ser formalizado pelos estabelecimentos de saúde interessados em participar do 1º Ciclo do QualiSUS Cardio juntamente às respectivas gestões em saúde, às quais competirá o cadastramento e a instrução da proposta de habilitação por meio do Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde – SAIPS ou qualquer outro que venha a substituí-lo, disponível em www.saiips.saude.gov.br

2.41. O Componente/Serviço do SAIPS relativo ao 1º Ciclo do QualiSUS Cardio, o qual conterá os critérios, informações e requisitos mínimos para habilitação, deverá ser desenvolvido e implementado em até 30 (trinta) dias da publicação desta Portaria, juntamente com o respectivo Manual de Uso do Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde – Programa de Qualificação da Assistência Cardiovascular – QualiSUS Cardio, e seguirá aberto para o recebimento de propostas de habilitação por até 90 (noventa) dias a partir da sua implantação.

2.42. A homologação da habilitação dos estabelecimentos de saúde que tiverem propostas de habilitação cadastradas e aprovadas dar-se-á mediante a publicação de ato normativo único assinado pelo Ministro da Saúde em até 15 (quinze) dias após o fechamento do Componente/Serviço do SAIPS relativo ao 1º Ciclo do QualiSUS Cardio.

2.43. A lista de pré-classificação dos estabelecimentos de saúde considerados aptos a participar do 1º Ciclo do QualiSUS Cardio, será publicada no sítio eletrônico do Ministério da Saúde em até 15 (quinze) dias após a publicação da Portaria referente ao 1º Ciclo. Até o momento, de todo modo, ante a expectativa de que a classificação final conte com 69 (sessenta e nove) estabelecimentos de saúde de Nível A, 17 (dezesete) de Nível B, 80 (oitenta) de Nível C e 49 (quarenta e nove) de Nível D.

Câmara Técnica Assessora – CTA-QualiSUS Cardio

2.44. A Portaria que instituirá o QualiSUS Cardio também deverá dispor acerca de sua Câmara Técnica Assessora.

2.45. A CTA-QualiSUS Cardio, de "caráter consultivo, técnico-científico, interinstitucional e multidisciplinar", contará com representantes titulares e suplentes de representantes do Ministério da Saúde e das sociedades médicas da área cardiovascular, e terá como objetivos "contribuir com o desenvolvimento, a implementação e o aprimoramento do Programa, bem como colaborar em matérias

estratégicas à temática de acordo com o interesse da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES)".

2.46. A instituição e manutenção da CTA-QualiSUS Cardio é fundamental para o êxito na implementação, monitoramento e avaliação do 1º Ciclo do Programa, bem como no planejamento e desenvolvimento dos ciclos e etapas vindouros.

2.47. Foi observado, nesse sentido, o Decreto nº 9.759, de 11 de abril de 2019, o qual estabelece diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal, bem como outros conjuntos de regimentos que dizem respeito à constituição de grupos de trabalho e similares na esfera da União.

Avaliação de Impacto Regulatório (AIR)

2.48. Decreto nº 10.411, de 30 de junho de 2020, regulamenta a análise de impacto regulatório (AIR), dispondo sobre o seu conteúdo e quesitos mínimos e as hipóteses em que é obrigatória ou dispensável.

2.49. A presente proposta ampla, estabelecida por meio de ambas as minutas de Portaria, não configura ato normativo aos quais não se aplica o que estabelece o Art. 3º do Decreto, que dispõe que a “edição, a alteração ou a revogação de atos normativos de interesse geral de agentes econômicos ou de usuários dos serviços prestados, por órgãos e entidades da administração pública federal direta, autárquica e fundacional será precedida de AIR”. Contudo, o contexto de urgência para a publicação de ambas as Portarias deve justificar a dispensa da AIR, com respaldo no Art. 4º do Decreto.

2.50. A urgência da publicação de ambas as Portarias reside no fato de que elas têm origem fática a partir da publicação da Portaria GM/MS nº 3.693, de 17 de dezembro de 2021 (<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.693-de-17-de-dezembro-de-2021-368989925>). A referida Portaria alterou atributos, incluindo os valores, de 58 (cinquenta e oito) procedimentos da Tabela do SUS, todos eles órteses, próteses e materiais especiais (OPME) em assistência cardiovascular. Muito embora apenas 12 (doze) desses itens tenham tido os seus valores de repasse reduzidos, com base na Tabela, os cálculos de impacto financeiro-orçamentário da medida representaram, em verdade, uma economia de recursos para o Ministério da Saúde, de modo que a Portaria preconizou a dedução de recursos no montante de R\$ 292.653.490,61 (duzentos e noventa e dois milhões, seiscentos e cinquenta e três mil, quatrocentos e noventa reais e sessenta e um centavos) do teto MAC de estados, Distrito Federal e municípios. Embora todo o disposto tenha sido pautado em estudo econômico conduzido pela CGAE com estrita observância às instruções normativas afetas estabelecidas pelo Ministério da Economia, o Ministério da Saúde, reconhecendo o potencial prejuízo da dedução desse montante dos tetos das gestões em saúde, optou por reinvestir os valores – e até mesmo alocar recursos adicionais – no próprio setor da saúde cardiovascular de alta complexidade.

2.51. No sentido do que foi relatado, os efeitos financeiros da Portaria GM/MS nº 3.693/2021, os quais deveriam correr desde a competência de janeiro deste ano, têm sido reiteradamente prorrogados, mês após mês, a fim de coincidir com a publicação destas Portarias e da proposta efetivada por meio do processo de número 25000.063868/2022-65. Em outras palavras, a alterações dos valores das OPME em assistência cardiovascular – fundamentadas sobre instruções do Ministério da Economia –, estão condicionadas à publicação desse conjunto de Portarias, as quais deverão assegurar, e, ainda mais, qualificar os repasses feitos pelo Ministério da Saúde para a alta complexidade cardiovascular.

2.52. Esta CGAE defende que a argumentação que detalha na presente seção atende aos pressupostos de urgência que tornam dispensável, no presente contexto, a elaboração de AIR para as medidas referidas.

Tempestividade das publicações

2.53. No que diz respeito aos tempos ideais para a publicação das Portarias a que se refere esta Nota Técnica e aquela que está proposta no âmbito do processo de número 25000.063868/2022-65, esta CGAE sugere que a Portaria referente à instituição do Programa QualiSUS Cardio e a Portaria referente à alteração de atributos, em especial valores, dos procedimentos cardiovasculares sejam publicadas previamente à Portaria que define o 1º Ciclo do QualiSUS Cardio.

2.54. A publicação da Portaria referente à alteração de atributos dos procedimentos cardiovasculares (processo de número 25000.063868/2022-65) deve se dar antes porque nela estará disposta a alteração do Tipo de Financiamento dos sete procedimentos estratégicos para o 1º Ciclo do QualiSUS Cardio. A Nota Técnica que acompanha o processo inclusive fará referência ao montante de recursos do limite financeiro de Média e Alta Complexidade (teto MAC) que deverá ser reservada, por gestão, em razão da migração dos procedimentos para o FAEC, além de estimar o impacto em razão das alterações de valores (36,22% de aumento no SP desses procedimentos estratégicos, no caso).

3. CONCLUSÃO

3.1. Procedeu-se, nesta Nota Técnica, à fundamentação técnica referente às minutas de Portaria elaboradas (0026769741) referentes ao Programa de Qualificação da Assistência Cardiovascular – QualiSUS Cardio.

3.2. Deverão ser duas as Portarias publicadas, em caso de aprovação, uma das quais referentes à instituição do Programa e a outra relativa à definição do seu 1º Ciclo, que terá dois anos de duração a partir da homologação das habilitações mediante publicação de Portaria do Ministro da Saúde.

3.3. A presente Nota Técnica lança luz sobre o regulamento geral do Programa e detalha o regramento específico estabelecido para o 1º Ciclo, incluindo aspectos relacionados ao conjunto de critérios, indicadores e parâmetros que comporão o monitoramento e a avaliação e condizionarão o repasse de recursos adicionais, expressos por meio de incrementos.

3.4. O documento ainda traz elementos relativos ao cronograma de habilitações do 1º Ciclo do QualiSUS e aborda a expectativa de impacto financeiro-orçamentário da estratégia no âmbito do FAEC, a qual está estimada em R\$ 150 milhões a R\$ 200 milhões para o período de um ano.

3.5. Encaminhe-se o expediente ao Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC/SAES) para conhecimento, avaliação e providências necessárias, e posterior envio ao GAB/SAES.

PATRÍCIA PERES DE SOUZA

Coordenadora-Geral Substituta

Coordenação-Geral de Atenção Especializada - CGAE/DAET/SAES/MS
Departamento de Atenção Especializada e Temática - DAET/SAES/MS

Ciente. De acordo. Encaminhe-se conforme proposto.

ANA PATRÍCIA DE PAULA

Diretora Substituta

Departamento de Atenção Especializada e Temática - DAET/SAES/MS
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde - SAES/MS



Documento assinado eletronicamente por **Patrícia Peres de Souza, Coordenador(a)-Geral de Atenção Especializada substituto(a)**, em 11/05/2022, às 12:03, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Ana Patrícia de Paula, Diretor(a) do Departamento de Atenção Especializada e Temática substituto(a)**, em 11/05/2022, às 13:13, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0026769935** e o código CRC **ACE430DC**.



Referência: Processo nº 25000.063548/2022-13

SEI nº 0026769935

Coordenação-Geral de Atenção Especializada - CGAE/DAET
Esplanada dos Ministérios, Bloco G - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP 70058-900
Site - saude.gov.br