

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

RELATÓRIO DE GESTÃO DIRETORIA DE DESENVOLVIMENTO SETORIAL

(setembro de 2017
a agosto de 2018)





RELATÓRIO DE GESTÃO

DIRETORIA DE DESENVOLVIMENTO SETORIAL
(SETEMBRO DE 2017 A AGOSTO DE 2018)

Diretoria de Desenvolvimento Setorial (DIDES)

Rodrigo Rodrigues de Aguiar

Diretoria Adjunta de Desenvolvimento Setorial (DIRAD-DIDES)

Daniel Meirelles Fernandes Pereira

Gerência de Assessoramento Normativo e Contratualização com Prestadores (GASNT)

Gustavo de Barros Macieira

Gerência de Estímulo à Inovação e Avaliação da Qualidade Setorial (GEEIQ)

Ana Paula Silva Cavalcante

Gerência de Padronização, Interoperabilidade e Análise de Informação (GEPIN)

Elisabeth Andréa Covre Alves (até 2 de julho de 2018)

Celina Maria Ferro de Oliveira (a partir de 2 de julho de 2018)

Gerência de Integração e Ressarcimento ao SUS (GEIRS)

Fernanda Freire de Araújo

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR
DIRETORIA DE DESENVOLVIMENTO SETORIAL

RELATÓRIO DE GESTÃO

DIRETORIA DE DESENVOLVIMENTO SETORIAL

(SETEMBRO DE 2017 A AGOSTO DE 2018)



Rio de Janeiro | 2018



2018. Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Sem Derivações. Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

O conteúdo desta, e de outras obras da Agência Nacional de Saúde Suplementar, pode ser acessado na página <http://www.ans.gov.br/biblioteca/index.html>

Versão online

ELABORAÇÃO, DISTRIBUIÇÃO E INFORMAÇÕES

Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS

Diretoria de Desenvolvimento Setorial – DIDES

Av. Augusto Severo, 84 – Glória

CEP 20.021-040

Rio de Janeiro, RJ – Brasil

Tel.: +55(21) 2105-0000

Disque ANS 0800 701 9656

www.ans.gov.br

ouvidoria@ans.gov.br

DIRETORIA COLEGIADA DA ANS

Diretoria de Desenvolvimento Setorial – DIDES

Diretoria de Fiscalização – DIFIS

Diretoria de Gestão – DIGES

Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras – DIOPE

Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO

PROJETO GRÁFICO

Gerência de Comunicação Social – GCOMS/SEGER/DICOL

NORMALIZAÇÃO E FICHA CATALOGRÁFICA

Biblioteca/COPDI/GEQIN/GGDIN

Ficha Catalográfica

A 265r

Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). Diretoria de Desenvolvimento Setorial.

Relatório de gestão [recurso eletrônico]: Diretoria de Desenvolvimento Setorial (setembro de 2017 a agosto de 2018) / Agência Nacional de Saúde Suplementar. Diretoria de Desenvolvimento Setorial. – Rio de Janeiro: ANS, 2018.

3.0MB; ePUB.

1.Relatório de atividades. 2. Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). I. Título.

CDD 352.806

Catálogo na fonte – Biblioteca ANS

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Acreditação de operadoras	27
Figura 2	Faixas de avaliação do IDSS	28
Figura 3	Postagens no Twitter sobre Audiência Pública e Consulta Pública realizadas pelas DIDES	74
Figura 4	Print da tela de envio de contribuições a consultas públicas	74
Figura 5	Fotos e print da transmissão via Periscope do evento “Agenda para o Desenvolvimento Setorial: Eixo de Estímulo e Indução à Qualidade	78
Figura 6	Print de transmissão via Periscope e postagem feita no Twitter oficial da Agência	79

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Definições do Planejamento Estratégico DIDES	18
Quadro 2	Projeto Idoso Bem Cuidado: Escopo do projeto dos prestadores participantes	34
Quadro 3	Projeto Idoso Bem Cuidado: Escopo do projeto das operadoras participantes	35
Quadro 4	Eventuais descumprimentos das regras trazidas pela RN 389/15	40
Quadro 5	Estoque processual da COCTT	42
Quadro 6	Estoque processual da COREP	44
Quadro 7	Representação	45
Quadro 8	Produção do Assessoramento Normativo	47

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Pesquisa de satisfação de beneficiários de planos de saúde	30
Gráfico 2	Percentual de partos vaginais dentro todos os partos realizados	32
Gráfico 3	COCTT conforme quadro 4	43
Gráfico 4	COREP conforme quadro 5	44
Gráfico 5	Conforme quadro 6	46
Gráfico 6	Quantidade de demandas de informações recebidas por grau de complexidade, setembro/2017 a agosto/2018	54
Gráfico 7	Valor anual repassado	58
Gráfico 8	Valor encaminhado para inscrição em dívida ativa	59
Gráfico 9	Passivo para inscrição em dívida ativa (em reais)	59
Gráfico 10	Tempo de encaminhamento para inscrição em dívida ativa após vencimento do débito (em dias)	60
Gráfico 11	Atendimento notificados: ABIs lançados	64
Gráfico 12	Quantidade e valor total de atendimentos cobrados	64
Gráfico 13	Evolução do pagamento	65
Gráfico 14	Produtividade anual	65
Gráfico 15	Produtividade média mensal	66
Gráfico 16	Total de AIHs analisadas	67
Gráfico 17	Total de AIHs analisadas pelo Núcleo/MG	68
Gráfico 18	Passivo de análises até 31/08/2018	68
Gráfico 19	Histórico do passivo em papel	69
Gráfico 20	Resultado da Consulta Interna nº 30	71

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Estabelecimentos de saúde acreditados	22
Tabela 2	Estabelecimentos de saúde com atributos de qualidade	22
Tabela 3	Resultados do Fator de Qualidade ano-base 2017	24
Tabela 4	Distribuição (%) de beneficiários em operadoras classificadas com IDSS de 0,5 ou mais, Brasil, ano-base 2011 a ano-base 2016	29
Tabela 5	Produtividade anual do Ressarcimento ao SUS	66
Tabela 6	Produtividade média mensal	66
Tabela 7	Produtividade mensal/total do Núcleo/MG	67
Tabela 8	Passivo em papel em números absolutos	69
Tabela 9	Consultas públicas realizadas entre setembro de 2017 e agosto de 2018	73
Tabela10	Eventos que tiveram transmissão via Perisco	79

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
1 – VISÃO GERAL E ESTRUTURA DA DIDES	15
1.1 – Missão, visão e valores	15
1.2 – Estrutura Organizacional	16
2 – PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO	17
3 – ESTÍMULO E INDUÇÃO À QUALIDADE	21
3.1 – Atenção Primária à Saúde	21
3.2 – Programa de Qualificação de Prestadores de Serviço de Saúde (QUALISS)	22
3.3 – Programa de Monitoramento da Qualidade dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar (PM-QUALISS)	23
3.4 – Fator de Qualidade	23
3.5 – Grupo Técnico de Modelos de Remuneração	25
3.6 – Programa de Acreditação de Operadoras (PAO)	26
3.7 – Programa de Qualificação de Operadoras (PQO)	28
3.8 – Parto Adequado	31
3.9 – OncoRede	33
3.10 – Idoso Bem Cuidado	33
3.11 – Projeto Sua Saúde	36
4 – APRIMORAMENTO E CONTRATUALIZAÇÃO	39
4.1 – Mecanismos Financeiros de Regulação	39
4.2 – Mediação de Conflitos	39

SUMÁRIO

4.3 – Transparência das Informação para os Beneficiários	40
4.4 – Racionalização dos Processos de Representação da DIDES	41
4.4.1 – Do Órgão Responsável pela Análise das Demandas Referentes aos Prestadores de Serviço	42
4.4.2 – Do Órgão Responsável pela Centralização dos Processos Iniciados por Meio de Representação	43
4.5 – Atividades de Assessoria	46
5 – PRODUÇÃO, ANÁLISE E INTEROPERABILIDADE DAS INFORMAÇÕES	49
5.1 – Contribuição para a Implementação do Registro Eletrônico em Saúde (RES)	49
5.1.1 – Estratégia de Saúde Digital (e-Saúde) – DigSUS, Registro Eletrônico de Saúde (RES) e Conjunto Mínimo de Dados (CMD)	49
5.1.2 – Registro Eletrônico de Saúde (RES)	49
5.1.3 – Conjunto Mínimo de Dados (CMD)	49
5.2 – Aprimoramento do Padrão de Troca de Informações de Saúde Suplementar (TISS) e da Terminologia Unificada da Saúde Suplementar (TUSS)	50
5.3 – Estruturação da Área de Análise de Dados e Produção de Informações	51
5.3.1 – Aprimoramento da Governança da Informação na ANS e Subcomitê de Governança Digital e Tecnologia da Informação (SGODITI)	51
5.3.2 – Manutenção e Atualização dos Principais Sistemas de Informação da ANS	52
5.3.2.1 – TabNet	53
5.3.2.2 – Sala de Situação	53
5.3.2.3 – Plano de Dados Abertos (PDA)	53
5.3.2.4 – Demandas Internas de Produção da Informação	53
5.4 – Aprimoramento da Qualidade Cadastral do Sistema de Informações de Beneficiários (SIB)	54
6 – INTEGRAÇÃO E RESSARCIMENTO AO SUS	57

SUMÁRIO

6.1 – Contextualização	57
6.2 – Valores Repassados ao Fundo Nacional de Saúde (FNS)	57
6.3 – Medidas de Aprimoramento Ocorridas no Ressarcimento ao SUS	60
6.3.1 – Novo Protocolo Eletrônico (PERSUS 2.0) e Integração com o SEI	60
6.3.2 – Aprimoramento dos Métodos de Cobrança	61
6.3.3 – Integração com o SUS e formalização do Acordo de Cooperação com o Ministério da Saúde	62
6.3.4 – Edições Periódicas do Boletim do Ressarcimento	62
6.3.5 – Oficinas com as Operadoras	63
6.4 – Processos de Ressarcimento ao SUS	63
6.4.1 – Aviso de Beneficiário Identificado (ABI)	63
6.4.2 – Aumento da Produtividade	65
6.4.3 – Eliminação do Passivo Físico de 1ª e 2ª Instância	68
7 – APRIMORAMENTO DO PROCESSO REGULATÓRIO	71
8 – PARTICIPAÇÃO DA SOCIEDADE	73
8.1 – Consultas Públicas e Audiências	73
8.1.1 – Consulta Pública nº 66 – APS – Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde	75
8.1.2 – Consulta Pública nº 70 – Fator de Qualidade	75
8.2 – Grupos Técnicos e Comitês	75
8.2.1 – Comitê Técnico de Avaliação da Qualidade Setorial (COTAQ)	75
8.2.2 – Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar (COPISS)	76

SUMÁRIO

8.2.3 – Grupo Técnico de Acreditação de Operadoras	76
8.2.4 – Grupo Técnico de Oncologia (OncoRede)	76
8.2.5 – Grupo Técnico do Idoso Bem Cuidado	77
8.2.6 – Grupo Técnico da Lei 13.003/2014	77
8.2.7 – Reuniões do Projeto Parto Adequado	77
8.3 – Outros eventos de Participação da Sociedade	78
8.3.1 – Agenda para o Desenvolvimento Setorial: Eixo de Estímulo e Indução à Qualidade	78
8.3.2 – Ouvindo os Contratantes: Como os Grandes Consumidores de Planos de Saúde Podem Participar das Decisões Regulatórias	78
8.4 – Transmissões dos Eventos Via Periscope	78

INTRODUÇÃO

O presente documento visa apresentar a consolidação das medidas implementadas, os ajustes estruturais e contextuais efetivados, bem como os aprimoramentos observados na gestão da Diretoria de Desenvolvimento Setorial - DIDES durante o 1º (primeiro) ano de mandato do Dr. Diretor Rodrigo Rodrigues Aguiar, assim considerado o período iniciado em 08/09/2017 até 31/08/2018.

Sendo assim, este relatório apresentará cada um dos processos de trabalho conduzidos pela Diretoria de Desenvolvimento Setorial no período, de acordo com sua competência regimental, a situação encontrada no início da gestão, as ações, medidas e aprimoramentos implementados e, por conseguinte, os resultados obtidos, a fim de demonstrar a evolução na qualidade regulatória, bem como a evolução na qualidade da gestão de pessoas, projetos e estruturas.

CAPÍTULO 1 – VISÃO GERAL E ESTRUTURA DA DIDES

1.1 - MISSÃO, VISÃO E VALORES

MISSÃO

Promover o desenvolvimento setorial por meio de ações que incrementem eficiência, conduzindo o mercado regulado às melhores práticas, com o fim de reduzir os desperdícios e otimizar a alocação dos recursos escassos disponíveis.

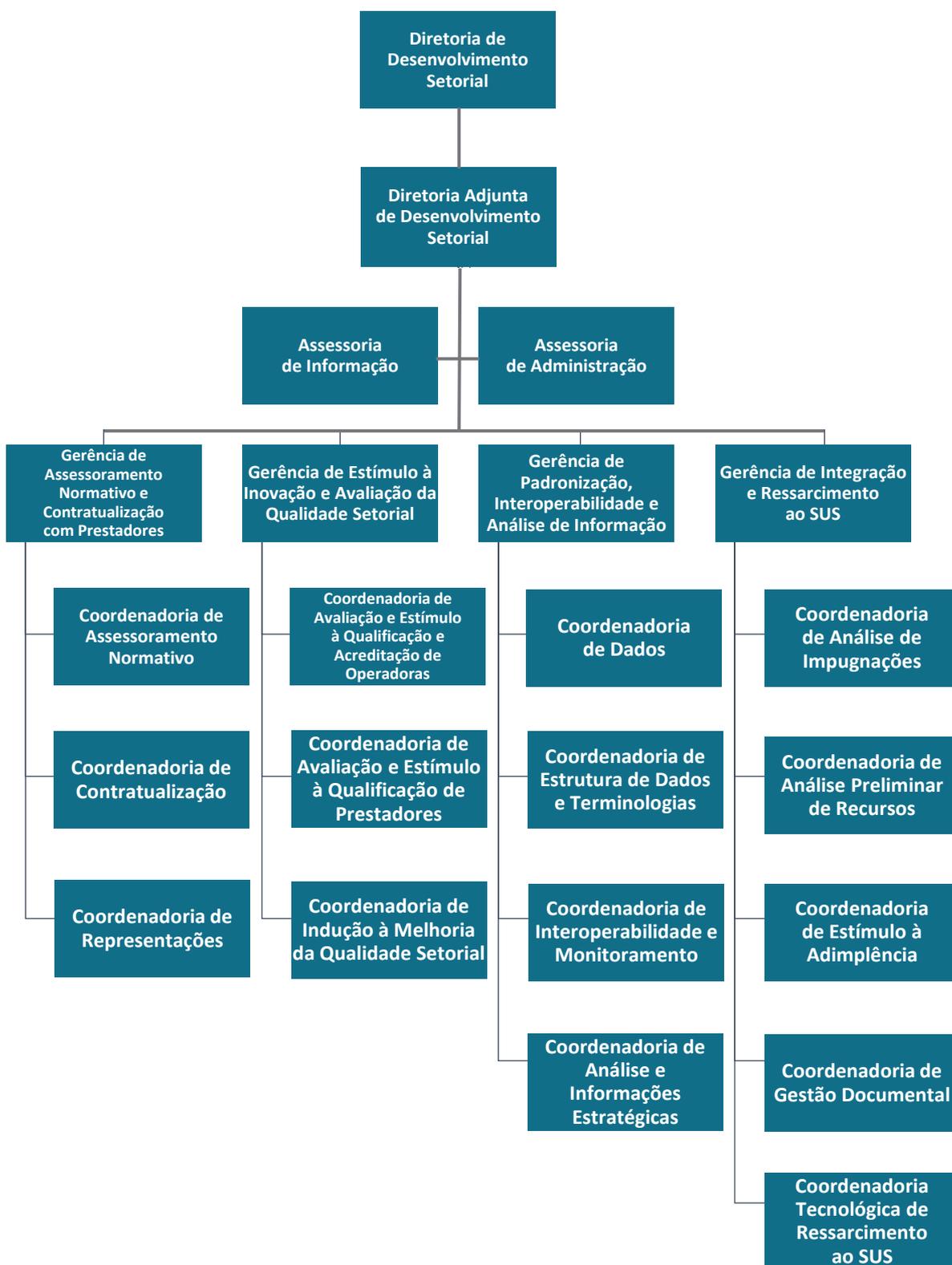
VISÃO

Consolidar uma gestão voltada para a entrega de resultados e conduzir o mercado regulado à utilização eficiente dos recursos, pautados na melhoria da qualidade da assistência à saúde.

VALORES

Atuação conjunta, integrada e solidária; foco em resultados; compartilhamento de responsabilidades; otimização dos recursos disponíveis.

1.2 - ESTRUTURA ORGANIZACIONAL



CAPÍTULO 2 – PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO

Foram realizados dois encontros – o primeiro em outubro/2017 e o segundo, em novembro/2017 - com as participações do diretor e do diretor-adjunto da Diretoria de Desenvolvimento Setorial (DIDES), os gerentes, assessores e alguns coordenadores. Estes encontros tiveram o apoio e a condução da Gerência de Planejamento (GPLAN) da ANS. Todo o processo foi sendo construído à base de muita discussão, interação, questionamentos e aprofundamento sobre o papel da DIDES tanto interna quanto externamente.

Ficou definido que o Planejamento seria organizado em Objetivos Estratégicos por Eixos, Objetivo Específico, Indicador e Ações. Prazos e metas também foram estabelecidos, com as gerências ficando responsáveis pelo acompanhamento, mês a mês, dos pontos elencados como prioritários. De lá para cá, alguns desses itens tiveram alguma mudança ou atualização, sem afetar, no entanto, o fio condutor do processo.



QUADRO 1 – DEFINIÇÕES DO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO DIDES

Objetivos Estratégicos por Eixos	Objetivos Específicos	Ações
Adotar ações para aprimorar as relações entre prestadores de serviços em saúde e operadoras, a fim de reduzir conflitos e incrementar eficiência	Aprimorar a contratualização entre prestadores e operadoras	
	Avaliar critérios e forma de acompanhamento na substituição de prestadores não hospitalares	
	Fomentar mecanismos alternativos de solução de conflitos entre prestadores e operadoras, atualização da norma que trata dos Mecanismos Financeiros de Regulação e transparência das informações para os beneficiários	
	Racionalizar os processos de representação na DIDES	
Avaliar e induzir a melhoria da qualidade da atenção à saúde e contribuir para a sustentabilidade do setor	Estabelecer critérios, monitorar, avaliar e divulgar a qualidade das operadoras de planos privados de assistência à saúde	Acreditação 2018-2019
		Programa de Qualificação das Operadoras (PQO)
	Estabelecer critérios, monitorar, avaliar e divulgar a qualidade dos prestadores de serviços de saúde	Qualiss
		Fator de Qualidade
	Desenvolver projetos de melhoria da qualidade na atenção à saúde	Parto de Adequado
		Atenção Primária à Saúde (APS)
		Modelos de Remuneração
		Oncorede
Aprimorar os procedimentos administrativos relativos à atividade de ressarcir ao SUS, utilizando-se de instrumentos e mecanismos eficientes, que mantenham ou incrementem os resultados esperados com a utilização de menos recursos (sejam humanos, tecnológicos ou materiais)	Racionalizar os processos de trabalho do Ressarcimento de forma a obter o maior resultado e o menor custo operacional	Segurança do Paciente
		Projeto Sua Saúde
		Eliminação do passivo físico - 1ª instância
		Eliminação do passivo físico - 2ª instância
		Eliminar a necessidade de prorrogação sucessiva dos prazos de impugnação a partir da implementação do Projeto de atualização tecnológica do protocolo eletrônico - Persus 2.0
		Reduzir a quantidade de identificações indevidas dos ABIs a partir da revisão do uso do CNS como identificador pessoal

Objetivos Estratégicos por Eixos	Objetivos Específicos	Ações	
Aprimorar os procedimentos administrativos relativos à atividade de ressarcir ao SUS, utilizando-se de instrumentos e mecanismos eficientes, que mantenham ou incrementem os resultados esperados com a utilização de menos recursos (sejam humanos, tecnológicos ou materiais)	Identificar o não cumprimento recorrente dos contratos das operadoras	Estudar as possibilidades de utilização dos dados do ressarcimento ao SUS para controle das redes assistenciais das operadoras e planos, bem como para a autorização de registro de novos planos ou a suspensão dos existentes (projeto e cooperação com a DIPRO)	
		Estudar as possibilidades de utilização dos dados do ressarcimento ao SUS para identificação de infrações (projeto e cooperação com a DIFIS)	
	Realizar ações de integração ao SUS	Ampliação das informações disponíveis sobre o ressarcimento no site da ANS (Ferramentas de dados, publicações e PDA)	
		Participação da equipe da GEIRS em eventos e grupos de trabalho para gestores do SUS, realização de oficinas regionais com espaço para apresentação de dados locais e identificação de situações pelos gestores.	
		Plano de Contingência - PL 7419	
	Tornar mais eficiente a cobrança	Saneamento dos casos de não cobrança por entraves administrativos por meio da revisão das suspensões de cobrança em sistema	
		Saneamento dos casos de não cobrança por entraves administrativos por meio da regularização das inscrições de operadoras no Persus	
	Ser referência na gestão de dados, bem como na produção e disponibilização da informação na saúde suplementar.	Contribuir para a implementação do Registro Eletrônico em Saúde (RES)	
		Aprimorar a interoperabilidade das informações em saúde	
		Monitoramento e usode dados	Uso de dados
Representação			
Estrutura a área de análise de dados e produção de informações			
Aprimorar a Qualidade Cadastral do SIB		Campanha Eletrônica	
		Grupo de Trabalho	
		Representação por não envio do SIB	
	Recomposição da equipe CODAD		

Gerência de Assessoramento Normativo e Contratualização com os Prestadores (GASNT)

Gerência de Estímulo à Inovação e Avaliação da Qualidade Setorial (GEEIQ)

Gerência de Integração e Ressarcimento ao SUS (GEIRS)

Gerência de Padronização, Interoperabilidade e Análise de Informação (GEPIN)

CAPÍTULO 3 – ESTÍMULO E INDUÇÃO À QUALIDADE

3.1 – ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O Programa de Atenção Primária na Saúde Suplementar (Programa APS) objetiva promover a coordenação do cuidado em saúde, tendo a APS como porta de entrada principal e eixo organizativo da rede assistencial na saúde suplementar; fomentar a adoção de boas práticas em APS; monitorar os cuidados primários em saúde por meio de indicadores, em conformidade com evidências; e estimular a implementação de modelos de remuneração inovadores para melhoria da qualidade assistencial e sustentabilidade do setor.

As operadoras de planos de saúde poderão aderir ao Programa APS em duas modalidades:

- Submetendo-se, de forma voluntária, à Certificação de Boas Práticas em Atenção Primária à Saúde, que será realizada por uma entidade acreditadora em saúde de sua escolha, dentre as Entidades homologadas pela ANS para esta finalidade; e
- Participação em Projeto-Piloto do Programa APS, como etapa preparatória, caso a operadora identifique a inviabilidade, de naquele momento, pleitear a Certificação em APS, devido à necessidade de melhor estruturação e qualificação para tal.

A Certificação em Boas Práticas em Atenção Primária à Saúde compõe o Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde – PCBP. Em 26 de abril de 2018, houve a realização de evento com a apresentação do novo Programa de Indução da Qualidade dentro da agenda da ANS, incluindo o PCBP e a Certificação em APS. Após este evento, foi elaborada a Proposta do PCBP e da Certificação em APS na Saúde Suplementar, que contemplou documento técnico, minuta de Resolução Normativa e manual com orientações para a certificação (requisitos e itens de verificação).

No período de 5 de junho de 2018 a 19 de julho de 2018, houve a Consulta Pública nº 66, acerca do citado Programa. Tal consulta teve como finalidade reunir informações, subsídios, sugestões e críticas relativas à proposta de Resolução Normativa que visa instituir o PCBP e a Certificação em APS.

A referida Consulta Pública recebeu 338 contribuições, que foram analisadas pela área técnica. Após a análise das 325 contribuições efetivas, foram acatadas 93 (28,6%), acatadas parcialmente 92 (28,3%) e não acatadas 140 (43,1%) contribuições.

A minuta de resolução normativa e seus anexos já foram apreciadas Diretoria Colegiada da ANS, antes da realização da Consulta Pública. No momento, a proposta encontra-se pronta para deliberação definitiva.

3.2 – PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DE PRESTADORES DE SERVIÇO DE SAÚDE (QUALISS)

O Programa Qualiss foi estabelecido pela Resolução Normativa (RN) nº 405, de maio de 2016, e consiste no estabelecimento de atributos de qualificação relevantes para o aprimoramento da qualidade assistencial oferecida pelos prestadores de serviços; na avaliação da qualificação desses prestadores de serviços de saúde; e na divulgação dos atributos de qualificação: Programa de Acreditação, Certificado de Qualidade Monitorada obtido no Programa de Monitoramento de Indicadores da Qualidade de Prestadores de Serviços de Saúde – PM-Qualiss, Certificações de entidades gestoras de outros programas de qualidade, notificação de eventos adversos pelo Notivisa/Anvisa, Certificado ABNT NBR ISO 9001, pós-graduação *latu sensu*, título de especialista, residência em saúde, mestrado e doutorado ou pós-doutorado.

O objetivo do programa é estimular a qualificação dos prestadores de serviços de saúde (hospitais, clínicas, laboratórios e profissionais de saúde) e aumentar a disponibilidade de informações sobre qualidade de prestadores de serviço, de forma a ampliar o poder de avaliação e de escolha por parte dos beneficiários de planos de saúde e da sociedade em geral.

Seguem os principais resultados do Qualiss até o momento, de acordo com a divulgação de atributos de qualidade no portal da ANS:

TABELA 1 – ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE ACREDITADOS

Tipo de estabelecimento de saúde acreditado	Quantitativo
Hospital Geral	142
Hospital Especializado	29
Hospital-dia	9
Clínica ou centro de especialidade	144
Laboratórios/Clínicas de apoio diagnóstico e terapia	1.050
Serviço de atenção domiciliar (HomeCare)	11
Total	1.385

TABELA 2 - ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE COM ATRIBUTOS DE QUALIDADE

Atributo de Qualidade	Quantitativo
Estabelecimentos Acreditados	1.385
Estabelecimentos com Núcleo de Segurança do Paciente	1.943
Estabelecimentos participantes dos projetos de indução à qualidade da ANS	132
Estabelecimentos que informam eventos adversos no Notivisa/Anvisa	447
Estabelecimentos que coletam indicadores de qualidade	2.088
Profissionais de saúde com titulação informada	38.422
Total	44.417

O Qualiss conta com um Comitê Consultivo intitulado Comitê Técnico de Avaliação da Qualidade Setorial – COTAQ. Com o objetivo de reorganizar o grupo, tornando a participação mais paritária e representativa, em 2018 promoveu-se a reestruturação do COTAQ, que passou a tratar de todos os assuntos relacionados à qualidade setorial (Qualiss, Fator de Qualidade, Modelos de Remuneração, IDSS, Acreditação de Operadoras, dentre outros). A composição do COTAQ está descrita na Portaria nº 7, de 31 de julho de 2018. Além dos integrantes fixos do Comitê, a DIDES/ANS poderá convocar outros participantes para as reuniões, caso identifique a necessidade de contribuições específicas de colaboradores internos e externos à ANS, com experiência no tema em discussão.

3.3 – PROGRAMA DE MONITORAMENTO DA QUALIDADE DOS PRESTADORES DE SERVIÇOS NA SAÚDE SUPLEMENTAR (PM-QUALISS)

No ano de 2018, com vistas a aumentar o potencial de aproveitamento do Programa Qualiss, em especial com relação ao Programa de Monitoramento da Qualidade dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar – PM-Qualiss, foi desenvolvido um Projeto via PROADI-SUS, elaborado pelo Hospital de Excelência Moinhos de Vento.

Tal projeto visa construir um consórcio nacional de indicadores de desfecho em saúde para a população brasileira, aproveitando o conhecimento acumulado do Programa Qualiss. Assim, irá possibilitar a implementação de indicadores gerais do PM-Qualiss, além da construção de indicadores específicos por linha de cuidado e permitir a comparabilidade dos diferentes hospitais no âmbito das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Dentre os indicadores gerais previstos no PM – QUALISS estão o domínio segurança do paciente, no qual constam indicadores para o monitoramento da segurança do paciente.

Trata-se de ação inovadora para a Agência, uma vez que é a primeira vez que a ANS participa do Programa como demandante de um projeto. Além dos benefícios para a implementação completa do Programa Qualiss, o projeto trará grande número de informações a respeito da qualidade em saúde para a sociedade em geral, podendo oferecer maior transparência e empoderamento aos beneficiários da saúde suplementar.

O Projeto construirá uma plataforma que será internalizada pela ANS e construirá uma metodologia que permita a comparabilidade entre as instituições participantes, possibilitando maior troca de informações na saúde suplementar. A proposta, apresentada pelo Hospital Moinhos de Vento, foi aprovada pela Diretoria Colegiada em julho de 2018, e está em fase de definição do Comitê Gestor do PROADI no Ministério da Saúde, o qual irá definir a estratégia geral do projeto, os indicadores a serem utilizados e realizar o acompanhamento de resultados e sugestão de ajustes necessários.

3.4 – FATOR DE QUALIDADE

O Fator de Qualidade (FQ) é um fator que compõe o Índice de Reajuste a ser aplicado pelas operadoras de planos de assistência à saúde aos seus prestadores de serviços de atenção à saúde nos contratos escritos firmados entre as partes quando houver previsão contratual de livre negociação como única forma de reajuste e não houver acordo ao término do período de negociação. Seu objetivo é atribuir ao reajuste do prestador alguns requisitos de qualidade na prestação dos seus serviços, de forma

a estimular a busca contínua pela qualificação dos serviços prestados, gerando mais segurança e qualidade de atendimento aos beneficiários.

Até o ano de 2018, o Fator de Qualidade é processado pela ANS e pode atribuir percentuais de 105%, 100% ou 85% do IPCA a depender do cumprimento dos requisitos de qualidade previstos em Nota Técnica atualizada anualmente. Os critérios para classificação do Fator de Qualidade para ano base de 2017 a ser aplicado em 2018 foram descritos na Nota Técnica nº 87, de 2017.

Os resultados do processamento dos critérios para aplicação do Fator de Qualidade - ano base 2017 foram divulgados no portal da ANS:

TABELA 3 – RESULTADOS DO FATOR DE QUALIDADE ANO-BASE 2017

Fator de Qualidade Ano-Base 2017			
Prestador/profissional	105%	100%	TOTAL
Hospitais	189	251	440
Hospitais – dia	20	57	77
SADT	1.551	1.356	2.907
HomeCare	6	22	28
Clínicas	977	132	1.109
Profissionais de saúde	37.608	6.634	44.242

Em 2018, a partir da condução da DIDES e da demanda de diversos atores da saúde suplementar, coletadas a partir de reuniões do COTAQ, foi proposta a reestruturação no Fator de Qualidade, com o objetivo de torná-lo um instrumento mais profícuo de indução à qualidade no setor suplementar de saúde. Foi realizada uma Análise de Impacto Regulatório *ex-post* do mecanismo, a qual avaliou os resultados regulatórios obtidos com o Fator de Qualidade em seus três anos de aplicação, as justificativas para sua criação, as discussões já realizadas acerca de propostas de mudanças do mecanismo e os possíveis cenários de mudança.

A Análise concluiu que o Fator de Qualidade, da forma como é implementado atualmente, demanda enorme esforço regulatório por parte da ANS, sendo que os resultados para o setor não são proporcionais ao esforço despendido para a operacionalização do FQ.

Desta forma, a DIDES apresentou proposta de alteração para o FQ visando alterar a prática da ANS, que deixaria de atuar diretamente na apuração dos critérios de qualidade necessários à obtenção do fator de qualidade, para que esta verificação possa se dar no âmbito da relação prestador/operadora, aumentando a autonomia destes, a partir da utilização de critérios objetivos que possam ser apurados entre as partes. Além disso, consta na proposta, alteração dos critérios a serem utilizados para a aplicação do FQ.

Vale ressaltar ainda, que foi proposta também uma alteração na RN nº 363 de 2014, que estabelece as regras para celebração de contratos escritos firmados entre operadoras e prestadores de serviços, contemplando a possibilidade de utilização, na composição do modelo de remuneração, de critérios de qualidade e desempenho na assistência à saúde previamente discutidos e aceitos pelas partes.

Essas mudanças estão no bojo de uma série de incentivos à indução à qualidade de prestadores de serviços de saúde por parte da DIDES, que objetivam trazer maior clareza e incentivos à qualidade na prestação de serviços na saúde suplementar.

A proposta esteve em consulta pública entre os dias 19 de julho e 17 de agosto de 2018, possibilitando a participação da sociedade na construção da norma. Atualmente, as contribuições recebidas pela Consulta Pública já foram consolidadas e a proposta encontra-se pronta para deliberação definitiva pela Diretoria Colegiada da ANS.

3.5 – GRUPO TÉCNICO DE MODELOS DE REMUNERAÇÃO

O Grupo Técnico destinado a aprofundar o debate sobre os modelos de remuneração na saúde suplementar nasceu no âmbito do LAB-DIDES, em meio à discussão da ANS com o setor de saúde suplementar sobre o tema.

O principal objetivo do GT é de discutir modelos de pagamento alternativos e/ou complementares ao *fee-for-service*, que induzam uma maior qualidade na prestação dos serviços de saúde, maior otimização dos recursos do sistema como um todo e uma maior coordenação do cuidado aos beneficiários, que hoje é bastante fragmentado.

Destaca-se que o escopo deste GT é caracterizado pela transversalidade aos demais Projetos de Indução de Qualidade, como o Idoso Bem Cuidado, OncoRede, Parto Adequado, Sorrir e o Grupo Técnico Externo de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (GTE OPME) – todos fortemente relacionados à indução pela ANS de adoção de boas práticas pelo setor.

O Grupo é composto por representantes das operadoras de planos privados de saúde, prestadores de serviços, entidades representativas, órgãos de governo e instituições de pesquisa. No período de setembro de 2017 a agosto de 2018 foram realizadas quatro reuniões no âmbito do GT, que resultaram na proposta de elaboração de dois documentos: Documento Técnico - Modelos de Remuneração dos Cuidados em Saúde e Relatório Descritivo do Grupo de Trabalho de Modelos de Remuneração na Saúde Suplementar, que estão em fase de revisão técnica, e em breve serão publicados no portal da ANS.

O documento técnico supracitado tem o objetivo de subsidiar às operadoras na implementação de modelos inovadores de remuneração, que privilegiem a qualidade e a geração de valor em saúde marcando a transição de uma discussão teórica nas Fases I e II para discussões práticas na Fase III

Na Fase III do GT de Modelos de remuneração, serão estabelecidos e acompanhados projetos-piloto que contemplem modelos de remuneração que objetivem a melhoria da qualidade do cuidado em saúde. As operadoras poderão solicitar adesão formal à ANS para participar do módulo de Projetos Piloto do Programa de Modelos de Remuneração, com a obrigatoriedade de vincular prestadores de serviços que integram a sua rede assistencial. Ao realizar a inscrição, a operadora assume o compromisso com os critérios estabelecidos pela ANS para participação.

Assim, pretende colocar em prática as discussões que vêm sendo implementadas desde 2016, contribuindo com iniciativas voltadas a superar os desafios da implementação de modelos de remuneração alternativos ao *fee for service* e apoiar estratégias para viabilizar a implementação

efetiva de modelos de remuneração inovadores, centrados na perspectiva da melhoria da qualidade do cuidado em saúde e da sustentabilidade no âmbito da saúde suplementar. A Fase III do GT de Remuneração poderá ser expandida posteriormente, alcançando um número maior de iniciativas.

3.6 – PROGRAMA DE ACREDITAÇÃO DE OPERADORAS (PAO)

O Programa de Acreditação de Operadoras é uma certificação do cumprimento de boas práticas em gestão organizacional e gestão em saúde pelas operadoras, com o objetivo de qualificação da prestação dos serviços e redução de custos, visando a uma melhor experiência para o beneficiário. Trata-se de um processo voluntário instituído pela RN 277 de 2011.

Atualmente o programa conta com 42¹ operadoras médico-hospitalar acreditadas, abrangendo cerca de 21% dos beneficiários². Entre agosto/2017 e setembro/2018 foram 23 operadoras acreditadas, sendo 21 no nível máximo (ouro) e 2 no nível II (prata). O programa, atualmente, também conta com seis entidades acreditadoras reconhecidas pelo INMETRO e homologadas pela ANS.

A partir do diagnóstico realizado sobre a norma vigente, foram identificados os principais problemas e lacunas e a necessidade de reformulação do programa em vigor desde 2011. As discussões com o setor ocorreram ao longo de 2017 até abril de 2018. Conforme divulgado no portal da ANS³, ocorreram 8 (oito) reuniões do Grupo Técnico de Acreditação de Operadoras, bem como 7 (sete) reuniões de subgrupos e com o INMETRO.

Como resultado do trabalho realizado, foi elaborada proposta de modernização da norma para torná-la mais consistente, atualizada às boas práticas, com itens mais objetivos e com a descrição detalhada das interpretações e das formas de obtenção de evidências do cumprimento dos itens de verificação. Foi incluído ainda um glossário com verbetes da norma e uma extensa lista de referências bibliográficas sobre os temas abordados.

Através da nova estrutura, apresentada abaixo, o Programa de Acreditação de Operadoras consegue mensurar e ressaltar a qualidade da prestação dos serviços realizados pelas operadoras de planos de saúde.

1 Conforme consulta realizada em 28/09/2018 em <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/acreditacao-de-operadoras>

2 Conforme dados extraídos do Portal da ANS em ago/2018 e SIB de dez/2017

3 Disponível em <http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/camaras-e-grupos-tecnicos/grupo-tecnico-de-acreditacao-de-operadoras>

FIGURA 1 – ACREDITAÇÃO DE OPERADORAS

I - Gestão Organizacional 72 - itens	II - Gestão de Rede 16 - itens
1. Planejamento e Gestão Estratégica	1. Acesso do Beneficiário à Rede Prestadora de Serviço de Saúde
2. Sistema de Governança Corporativa	2. Estrutura da Rede Prestadora com base em APS
3. Política de Gestão de Pessoas e Desenvolvimento de Lideranças	3. Relação e contratualização com a Rede Prestadora de Serviços
4. Tecnologia da Informação	4. Mecanismos de Regulação
5. Política de Segurança e Privacidade das Informações	
6. Gestão de Riscos Corporativos	
7. Sustentabilidade da Operadora	
8. Programa de Melhoria da Qualidade	
III - Gestão em Saúde 40 - itens	IV - Experiência do Beneficiário 29 - itens
1. Política de Qualidade e Segurança do Paciente	1. Disponibilização de Informações à Sociedade
2. Coordenação e Integração do Cuidado	2. Canais de Comunicação com Beneficiário - resposta à demandas (reativo)
3. Programa de Gestão do Cuidado de Condições Crônicas de saúde	3. Canais de Comunicação com o Beneficiário - disponibilização de informações essenciais (proativo)
4. Assistência Farmacêutica	4. Pesquisa de Satisfação de Beneficiários
5. Modelos de Remuneração Baseado em Valor	

Destaca-se que a proposta já foi apreciada pela Diretoria Colegiada da ANS, na 491ª Reunião Ordinária em 27 de agosto de 2018 e ficou disponibilizada para consulta pública de 06/09/18 até 05/10/2018. Após a consolidação das contribuições, será elaborada proposta definitiva a ser deliberada pela Diretoria Colegiada da ANS.

3.7 – PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DE OPERADORAS (PQO)

O Programa de Qualificação de Operadoras (PQO), por meio do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS), é um programa de avaliação das operadoras de planos de saúde, concebido em 2004, que permite avaliar o desempenho das operadoras por meio de indicadores, com o objetivo de ampliar a transparência e reduzir a assimetria de informação, reduzir falhas de mercado e aumentar a capacidade do consumidor de fazer suas escolhas no momento da contratação de um plano de saúde.

O IDSS varia de zero a um (0 a 1) e cada operadora recebe uma nota que a enquadra em uma faixa de avaliação por ordem crescente de desempenho: nota 0 – pior resultado; e nota 1 – melhor resultado – conforme as faixas de avaliação representadas na figura a seguir:

FIGURA 2



Relativo ao IDSS, destacam-se as seguintes atividades realizadas pela DIDES durante o período de setembro de 2017 a agosto de 2018.

A) PUBLICAÇÃO DO IDSS 2017 (ANO-BASE 2016)

O resultado do IDSS 2017 (ano-base 2016) foi divulgado para a sociedade em 3 de outubro de 2017 e está disponível para consulta no portal da ANS4. Seus resultados revelaram uma certa estabilidade em relação ao período anterior onde o percentual de beneficiários alocados a operadoras com IDSS acima de 0,5 manteve-se acima de 98% para os segmentos médico-hospitalar e odontológico – conforme tabela a seguir:

4 Disponível em : http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/idss/pqo2017_relatorio_da_qualificacao_operadoras.pdf

TABELA 4

Segmentação	Ano-base 2011	Ano-base 2012	Ano-base 2013	Ano-base 2014	Ano-base 2016	Ano-base 2016
Operadoras médico-hospitalares	94,8%	95,2%	93,8%	95,1%	98,9%	99,1%
Operadoras exclusivamente odontológicas	97,1%	97,7%	95,0%	98,4%	99,0%	98,4%
Total	95,3%	95,8%	94,1%	95,9%	98,9%	98,9%

Fonte: Sistema Qualificação da ANS, setembro de 2017.

Nota: O número de beneficiários utilizados para o cálculo foi obtido através da média anual e de acordo com a segmentação da operadora. Operadoras do segmento médico-hospitalar podem incluir beneficiários de planos odontológicos

Durante a fase preliminar de questionamento das operadoras, o número de questionamentos declinou consideravelmente em relação ao ano anterior – de 661 para 223, refletindo entre outros fatores ações de racionalização de processos adotados pela GEEIQ e a divulgação no “Espaço das Operadoras”, no site da ANS, de um documento de perguntas e respostas para o esclarecimento de dúvidas sobre cada indicador (FAQ).

Após a divulgação dos resultados, apenas 16 operadoras apresentaram recursos. De forma a adequar o processo e garantir a ampla defesa e o contraditório, houve mudança do fluxo de recursos, com o encaminhamento à Diretoria Colegiada da ANS para decisão acerca da irresignação quanto à decisão de 1ª instância pela DIDES.

B) IDSS 2018 (ANO-BASE 2017)

O IDSS 2018 (Ano-Base 2017) conta com 29 indicadores e está em fase final de processamento com previsão de divulgação final para a segunda quinzena de novembro de 2018. Trata-se do primeiro processamento que passará a utilizar o Padrão de Troca de Informações em Saúde Suplementar (Padrão TISS) como sistema de informação para coleta de dados.

A utilização do Padrão TISS permitiu a ampliação do escopo dos indicadores, em particular os relativos à área assistencial. Além disso, também houve o desenvolvimento de diversas iniciativas no sentido de tornar o IDSS ano-base 2017 mais atual, mais sensível às diferenças de desempenho entre as operadoras e conectado às outras iniciativas de estímulo à qualidade desenvolvidas no âmbito da ANS, melhor adequando o programa a seus objetivos.

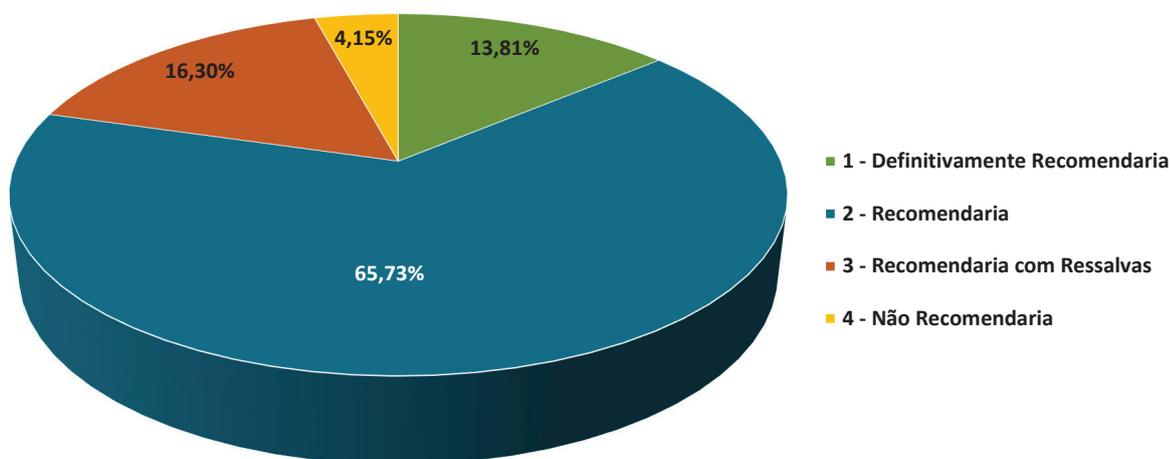
Cabe ressaltar que referente ao ano-base 2017, a base de dados do Padrão TISS se aproximou do número de 2 bilhões de registros de lançamentos de guias de atendimento informadas pelas operadoras de planos de saúde. Para se ter a visão completa do evento de saúde envolvido no contato assistencial do beneficiário, fez-se necessária a composição de todos os lançamentos das guias de atendimento. O projeto teve início em agosto de 2017, com o desenvolvimento da base de guias, e foi concluído em maio de 2018, com a implantação em produção da atualização da base de guias de atendimento. Sendo assim, a data base de corte do IDSS precisou, por decisão da Diretoria Colegiada, ser alterada de 30/04/2018 para 30/06/2018, o que causou um adiamento da divulgação final do IDSS 2018 (Ano-Base 2017).

Todas as alterações realizadas ensejaram na completa revisão das críticas dos indicadores, adaptação na linguagem dos programas que processam os indicadores, adaptação na forma de exibição dos resultados e atualização do perguntas frequentes (FAQ). Ao longo do trabalho, também foi verificada a necessidade de pequenos ajustes nas fichas técnicas para melhor entendimento do tema – aprovadas pela DICOL em 30/07/2018.

Outro ponto de destaque para o IDSS 2018 (Ano-Base 2017) foi a inclusão da Pesquisa de Satisfação de Beneficiários de Planos de Saúde. Trata-se de uma pesquisa voluntária que, para que a operadora seja elegível à pontuação, devem ser observadas as diretrizes estabelecidas em documento técnico específico.

Até a data de corte do programa (30/06/2018) um total de 100 (cem) operadoras encaminharam o link da pesquisa publicada em seus portais. Os resultados preliminares indicam que os cerca de 13,8 milhões de beneficiários destas operadoras têm uma boa percepção do serviço prestado e recomendaria o plano para amigos ou familiares – conforme comprovado no gráfico a seguir:

GRÁFICO 1 – PESQUISA DE SATISFAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE



C) IDSS 2019 (ANO-BASE 2018)

Tendo em vista as recentes reformulações do IDSS e visando à constituição de adequada série histórica, a Diretoria de Desenvolvimento Setorial - DIDES propôs que os indicadores do IDSS 2019 (Ano-Base 2018) deveriam sofrer pequenos ajustes baseados nas seguintes diretrizes:

- Incorporação às fichas técnicas das orientações já previstas no documento Perguntas Frequentes (FAQ);
- Manutenção de indicadores que avaliem qualidade;
- Ampliação do uso de indicadores baseados em resultados regulatórios.

Devido à proposta de reformulação do Programa de Acreditação de Operadoras anteriormente descrita neste relatório, o IDSS 2019 (Ano-Base 2018) traz como recomendação o aumento da pontuação base para as operadoras acreditadas. A previsão de lançamento da Certificação em Atenção Primária à Saúde (APS) também passa a ser contemplada entre os indicadores do IDSS.

Com indicadores baseados em resultados regulatórios, foi criada a proposta de inclusão de dois indicadores referentes a temas atualmente sensíveis no mercado de saúde suplementar. São eles:

- Índice de efetiva Comercialização de planos individuais (Bônus 5% ou 10%)
- Índice de Reajuste Médio Ponderado aplicado aos Planos Coletivos (Peso 0)

A proposta de inclusão desses dois indicadores visa justamente possibilitar o acompanhamento dos resultados de matérias fundamentais para a regulação do setor e atendem à demanda da sociedade para que haja incentivo à venda de planos individuais e ao tema do reajuste, que tanto vem sendo debatido.

Como demonstração de prudência e dada a necessidade de realização de testes empíricos, a proposta desta diretoria é de que, nesse primeiro momento, os resultados apurados para esses dois novos indicadores não penalizem as operadoras. Assim, um indicador será pontuação bônus e o outro terá peso zero na nota final do IDSS da operadora.

3.8 – PARTO ADEQUADO

O projeto desenvolvido pela ANS, o Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE) e o *Institute for Healthcare Improvement* (IHI), com o apoio do Ministério da Saúde, tem o objetivo de identificar modelos inovadores e viáveis de atenção ao parto e nascimento, que valorizem o parto normal e reduzam o percentual de cesarianas sem indicação clínica na saúde suplementar. Essa iniciativa visa ainda oferecer às mulheres e aos bebês o cuidado certo, na hora certa, ao longo da gestação, durante todo o trabalho de parto e pós-parto, considerando a estrutura e o preparo da equipe multiprofissional, os protocolos e as diretrizes clínicas fundamentados na medicina baseada em evidências e as condições socioculturais e afetivas da gestante e da família.

Na **Fase 1**, também denominada “piloto”, o projeto contou com a adesão de 35 hospitais e 19 operadoras, ao longo de 18 meses.

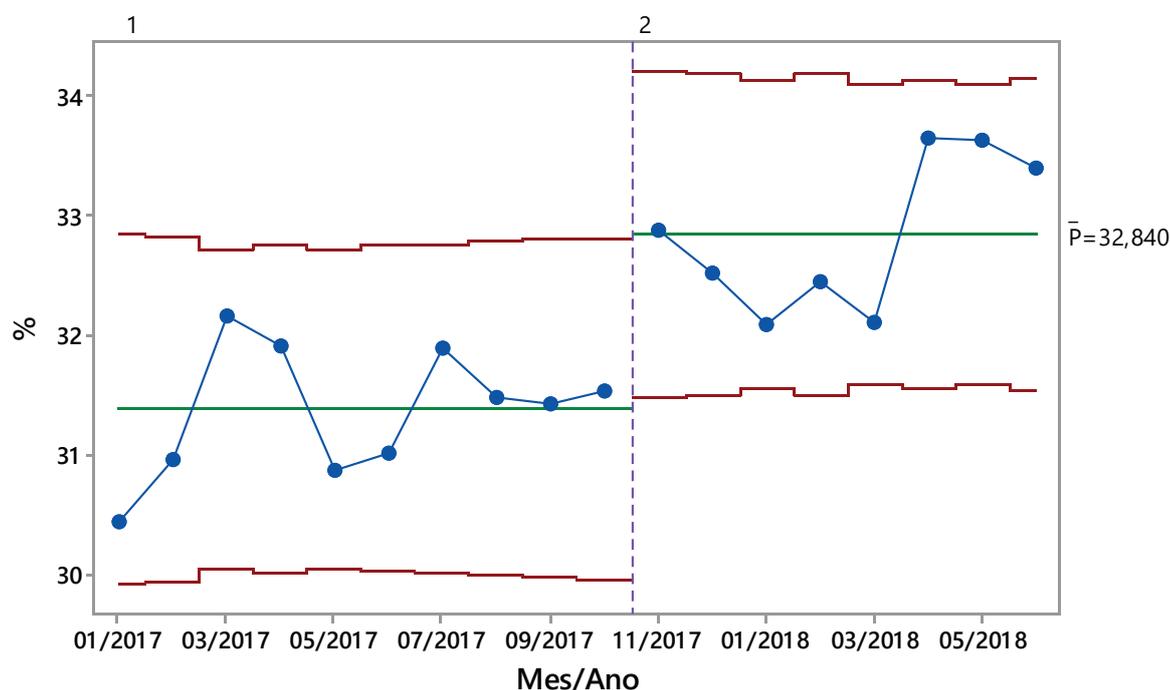
A **Fase 2** do Projeto teve início no segundo semestre de 2017, com a participação voluntária de 135 hospitais. A manutenção e o prosseguimento do projeto foram possíveis através da renovação, em

abril de 2018, do Acordo de Cooperação Técnica entre ANS, IHI e Einstein. Destaca-se que o Parto Adequado é uma iniciativa baseada na colaboração, a qual tem mobilizado lideranças do setor saúde em torno da melhoria do cuidado perinatal.

Em junho de 2018, seguem participando do Parto Adequado 117 hospitais, sendo 26 públicos, e 62 operadoras de planos de saúde. Os dados dos indicadores do projeto são apurados mensalmente. Para a divulgação do resultado consolidado dos hospitais, são incluídos apenas os hospitais que possuem dados completos para o período em análise.

O gráfico a seguir apresenta o resultado consolidado de percentual de partos vaginais totais dos hospitais participantes, o qual inclui não só a população-alvo, mas todos os partos assistidos no hospital. Para esta análise foram considerados 93 hospitais com dados completos para o período compreendido entre janeiro de 2017 e maio de 2018. Observa-se que a média de partos normais na população geral dos hospitais participantes do Parto Adequado foi de 33%, o que representou um aumento de 5% no percentual de partos vaginais em relação ao período anterior. Tal resultado sugere que as maternidades estão mudando de forma sistêmica e duradoura o seu modelo de cuidado.

GRÁFICO 2 - PERCENTUAL DE PARTOS VAGINAIS DENTRE TODOS OS PARTOS REALIZADOS



Para a obtenção desses resultados, o Parto Adequado investe em um processo de educação continuada e promoção do compartilhamento de experiências entre os hospitais participantes, além de tutoria contínua. Assim, entre setembro de 2017 e agosto de 2018 foram realizadas 6 sessões de aprendizagem presencial, com a participação de cerca de 100 profissionais de saúde em cada uma delas e sessões de aprendizagem virtuais mensais.

Por fim, outra inovação da Fase 2 do Parto Adequado é a intensificação da participação das mulheres na elaboração de estratégias e monitoramento das atividades e resultados dos hospitais. Atualmente, duas mães participam regularmente das reuniões de coordenação e de treinamento dos hospitais, o que tem contribuído para o aprimoramento das ações recomendadas. Com isso, estamos buscando formas de melhorar a experiência do cuidado, implementando estratégias a partir da perspectiva de quem tem importância central nesse processo, as mulheres.

3.9 – ONCOREDE

O projeto é uma importante iniciativa da ANS para a implantação de um novo modelo de cuidado a pacientes oncológicos beneficiários de planos privados de saúde. Foi elaborado em parceria com institutos de pesquisa, instituições de referência nacional no tratamento do câncer, representantes de associações de pacientes e demais representantes do setor. O modelo propõe um conjunto de ações integradas capazes de reorganizar, estimular a integração e aprimorar a prestação de serviços de atenção oncológica no País. Na prática, o que se busca é um sistema de saúde organizado e responsivo, com regras claras, com pessoas atentas e capacitadas e informação acessível. Os resultados esperados são um diagnóstico mais preciso da situação atual do cuidado oncológico, o estímulo à adoção de boas práticas na atenção ambulatorial e hospitalar e melhorias nos indicadores de qualidade da atenção ao câncer na saúde suplementar.

Na Fase 1, que se encontra em finalização, houve a coordenação pela ANS das discussões de um Grupo Técnico para o desenho e a elaboração do projeto e a divulgação de documento de referência contendo as ações e diretrizes. A implementação do modelo de cuidado proposto pelo OncoRede envolveu o monitoramento do piloto por meio de indicadores de qualidade relacionados aos níveis de cuidado; o uso de indicadores de qualidade associados à implementação de modelos inovadores de remuneração a prestadores de serviço; e a criação de equipes gestoras do projeto na organização e monitorização dos resultados.

Entre outros objetivos alcançados na Fase 1, destacam-se a realização de reuniões presenciais e virtuais, seminários e do workshop “Cuidados Paliativos” com o professor e pesquisador de Harvard, Robert Janet, sobre o tema para os pilotos do Idoso Bem Cuidado e do Projeto OncoRede; a publicação do livro “A (re)organização da rede de atenção oncológica na saúde suplementar”.

Para a Fase 2 do projeto, embasada na análise dos resultados apurados no monitoramento da Fase 1, está prevista uma iniciativa de mais amplo alcance e com maior sinergia com os demais projetos de indução da qualidade da ANS, com a incorporação do Programa de Certificação da Rede de Atenção Oncológica das Operadoras no escopo do Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde - PCBP, em formato de certificação de requisitos por entidades acreditadoras.

3.10 – IDOSO BEM CUIDADO

O projeto é uma iniciativa desenvolvida pela ANS que propõe um modelo inovador de atenção aos idosos. A ação envolve instituições parceiras e comprometidas com a investigação e a implementação de medidas na área do envelhecimento ativo, da qualidade da atenção à saúde, dos custos e gastos em saúde e da remuneração de prestadores. A ideia do projeto surgiu da necessidade de melhorar

o cuidado aos idosos que possuem planos privados de saúde no Brasil e da necessidade de debater e reorientar os modelos de prestação e remuneração de serviços na saúde suplementar, visando à melhoria da qualidade da atenção e à implementação de estratégias de sustentabilidade do setor.

O modelo proposto é composto por cinco níveis hierarquizados de cuidado: (1) acolhimento, (2) núcleo integrado de cuidado, (3) ambulatório geriátrico, (4) cuidados complexos de curta duração e (5) cuidados de longa duração. Nessa estrutura, há um destaque importante para os três primeiros níveis, nas instâncias leves de cuidado. A identificação do risco e a integralidade da atenção nos diferentes pontos da rede são o cerne deste modelo.

O principal compromisso e meta do projeto é a melhoria da qualidade e da coordenação do atendimento prestado desde a porta de entrada do sistema e ao longo da linha de cuidado. Como consequência, poderemos observar a utilização mais adequada dos recursos do sistema como um todo tanto por profissionais de saúde quanto por usuários e pacientes.

A Fase Piloto foi finalizada com a participação de operadoras de planos privados de saúde e prestadores de serviço, com monitoramento e envio regular à ANS por 12 meses de indicadores de qualidade de atenção ao idoso no modelo proposto pelo Projeto. O lançamento da Fase 2 ocorreu no primeiro semestre de 2018. Nesta etapa, os Pilotos do Idoso Bem Cuidado que atingirem os critérios determinados pela ANS poderão ser incorporados ao Projeto-Piloto de 24 meses do Programa de Boas Práticas em APS na Saúde Suplementar.

Nos quadros 2 e 3, encontram-se listados os prestadores e operadoras que participaram do projeto-piloto e que enviaram informações de seus indicadores por meio do FormSus, por pelo menos seis meses.

QUADRO 2: PROJETO IDOSO BEM CUIDADO - ESCOPO DO PROJETO DOS PRESTADORES PARTICIPANTES

Nº	Prestador	CNES	Início Piloto	População Alvo (anos)	Nº Benef.	Informou (meses)
1	HCOR - SÍRIO	2081288	Fevereiro 2017	> 59	339 - 400	6
2	HOSPITAL SACRECOEUR	6859852	Outubro 2016	> 59	25 - 30	9
3	HOSPITAL PERSONAL	5607442	Janeiro 2017	> 59	80 - 90	7
4	CLÍNICA MAIS 60 SAÚDE	7637853	Julho 2015	> 59	1.000 - 1.200	8
5	MEDSÊNIOR (SAMEDIL)	7960220	Novembro 2016	> 59	400 - 1.000	8
6	SÃO FRANCISCO SAÚDE	3446808	Setembro 2016	> 59	1.000 - 1.400	6

Fonte: FormSus – Idoso Bem Cuidado

QUADRO 3: PROJETO IDOSO BEM CUIDADO – ESCOPO DO PROJETO DAS OPERADORAS PARTICIPANTES

Nº	Operadora	Reg. ANS	Início Piloto	População Alvo (anos)	Nº Benef.	Informou (meses)
1	ASFEB	335754	Janeiro 2016	> 59	1.100	12
2	BIOVIDA SAÚDE	415111	Outubro 2016	60 - 65	300	12
3	CABERJ	324361	Junho 2016	> 59	3.500	9
4	CAFAZ	359122	Agosto 2016	> 59	500	8
5	CAMED SAÚDE	385697	Setembro 2016	> 59	250	9
6	CENTRAL NACIONAL UNIMED	339679	Julho 2015	> 59	3.600 - 4.500	9
7	CLINIPAM	340782	Agosto 2016	> 59	1.500 - 2.000	7
8	ECONOMUS	342611	Janeiro 2017	> 64	430	10
9	FUNDAFFEMG	315567	Março 2017	> 59	387	8
10	GEAP SAÚDE	323080	Fevereiro 2017	> 59	4.000	9
11	NOTRE DAME INTERMÉDICA	359017	Outubro 2016	> 59	1.700 - 5.700	8
12	PASA SAÚDE (VALE)	331988	Setembro 2016	> 59	300 - 600	9
13	PLANO AMAZÔNIA SAÚDE	419052	Setembro 2016	> 59	190	9
14	SANTA HELENA SAÚDE	355097	Setembro 2016	> 59	3.700 - 3.900	9
15	SÃO CRISTÓVÃO SAÚDE	314218	Janeiro 2017	> 59	1.200	9
16	SOBAM	326500	Outubro 2016	> 59	600 - 700	8
17	SUL AMÉRICA SAÚDE	416428	Janeiro 2017	> 64	7.200 - 12.200	10
18	UNIMED BELÉM	303976	Setembro 2016	> 59	381	10
19	UNIMED BELO HORIZONTE	343889	Fevereiro 2016	> 59	23.700	8
20	UNIMED CAMPINAS	335690	Janeiro 2017	> 59	190	9
21	UNIMED CEARÁ	321958	Mai 2016	> 54	2.000	9
22	UNIMED ERECHIM	357022	Setembro 2016	> 64	2.600	9
23	UNIMED FORTALEZA	317144	JUNHO 2016	> 59	3.700	9
24	UNIMED FRANCA	354783	SETEMBRO 2016	> 59	550	9
25	UNIMED GOIÂNIA	382876	NOVEMBRO 2016	> 59	3.700 - 3.900	9
26	UNIMED JUIZ DE FORA	306886	JULHO 2016	> 59	6.000	9
27	UNIMED LITORAL	303356	OUTUBRO 2016	> 64	600 - 700	9
28	UNIMED NOROESTE RS	357260	OUTUBRO 2016	> 59	200 - 300	9
29	UNIMED NORTE DE MINAS	315494	DEZEMBRO 2016	> 59	40 - 70	7
30	UNIMED PARANÁ	312720	NOVEMBRO 2016	> 59	400 - 500	10
31	UNIMED PELOTAS	311375	MARÇO 2017	> 59	558	8
32	UNIMED POÇOS DE CALDAS	316148	OUTUBRO 2016	> 59	620	8
33	UNIMED SÃO CARLOS	354031	JANEIRO 2017	> 59	120 - 200	10
34	UNIMED SETE LAGOAS	349534	FEVEREIRO 2017	> 59	138	10
35	USISAÚDE	339954	DEZEMBRO 2014	> 59	190	7

Fonte: FormSus – Idoso Bem Cuidado

Como pode ser observado no quadro 1, todos os prestadores trabalharam com uma população com mais de 59 anos, por cerca de seis a nove meses, nos seus pilotos. Já no quadro 2, pode ser notado que a maioria dos projetos das operadoras abrangeu a população com mais de 59 anos, com algumas exceções, a saber: BioVida Saúde - 60 a 65 anos; Unimed Ceará - > 54 anos; Economus, Sul América Saúde, Unimed Erechim e Unimed Litoral - > 64 anos.

O Projeto Idoso Bem Cuidado está em processo de integração e terá seus objetivos absorvidos pelo Programa de Atenção Primária à Saúde (APS).

3.11 – PROJETO SUA SAÚDE

O Projeto Sua Saúde busca estimular uma participação mais proativa de pacientes e usuários do sistema de saúde em relação à tomada de decisão nos cuidados em saúde.

É uma iniciativa focada na informação de qualidade, compartilhada com todos os responsáveis pelo cuidado do paciente (médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde). A participação ativa do paciente nas decisões sobre sua saúde, sobretudo quanto à escolha do melhor cuidado prestado frente às suas necessidades, entrou na pauta de organismos internacionais e agências de governo de vários países nas últimas décadas.

Entendeu-se que o melhor cuidado em saúde é aquele que leva em consideração não somente a eficácia e a segurança, mas também a sua adequação às reais necessidades sentidas pelo usuário. A comunicação efetiva tem sido apontada como fonte indispensável à motivação, incentivo e suporte a todas as etapas do cuidado em saúde, que vai desde o diagnóstico ao tratamento, percorrendo dimensões importantes, tais como os cuidados de transição e os cuidados paliativos.

Desse modo, o Projeto Sua Saúde, a partir de uma abordagem centrada no usuário e na experiência do paciente, propõe-se a disseminar informações de qualidade em saúde, que possam ser compartilhadas entre o paciente e os responsáveis pelo seu cuidado (médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde).

O projeto foi livremente inspirado em experiências internacionais semelhantes, tais como duas iniciativas do **Sistema Nacional de Saúde Britânico – NHS Choices⁵** e **Connecting to Patients and People who use services⁶**; o **Projeto de Medicina Lenta da Itália – Slow Medicine⁷**; e o Projeto da **Fundação ABIM (American Board of Internal Medicine)** dos Estados Unidos – **Choosing Wisely International⁸**, estratégia adotada igualmente pelo Canadá, Reino Unido e pela Austrália. Desde o início de 2017, o Projeto Sua Saúde publicou, no portal da ANS, conteúdo sobre vários temas relevantes para os pacientes e beneficiários da saúde suplementar. Estes foram os temas abordados:

- Orientações ao paciente durante a consulta clínica;
- Depressão – diagnóstico e tratamento;
- Medicamentos: uso seguro e cuidados essenciais;
- Dispositivos Médicos Implantáveis (DMI).

5 Reino Unido: National Health Services (NHS) - Choices: <http://www.nhs.uk/pages/home.aspx>

6 Reino Unido: <https://connectingtopatients.blog.gov.uk/>

7 Itália: <https://www.slowmedicine.it/index.php/it/>

8 ABIM FOUNDATION: <http://www.choosingwisely.org/>

No contexto atual, o projeto Sua Saúde deverá ser transversal a todos os Projetos de Indução de Qualidade da ANS, ao trazer para estes a centralidade no paciente/usuário. Como exemplo, pode-se citar a importância do Sua Saúde para o Programa APS, no qual um maior protagonismo e interação continuada do paciente com os serviços e as equipes de saúde aos quais ele está vinculado, é fator fundamental de sucesso.

CAPÍTULO 4 – APRIMORAMENTO E CONTRATUALIZAÇÃO

4.1 – MECANISMOS FINANCEIROS DE REGULAÇÃO

As discussões acerca da alteração das regras para os mecanismos financeiros de regulação iniciaram-se ainda no ano de 2016. Em setembro de 2017 já haviam sido realizadas cinco reuniões do Grupo Técnico, uma audiência pública e uma consulta pública ainda pendente de análise. Já haviam sido apresentadas duas minutas na Diretoria Colegiada da ANS.

Com o objetivo de continuar a discussão sobre o tema, a DIDES realizou, em outubro de 2017, pesquisa através da ferramenta FormSUS acerca da minuta do Relatório Preliminar de Análise de Impacto Regulatório. Foram recebidas mais de 600 contribuições em 72 fichas.

De posse das contribuições e feitos os aprimoramentos necessários, foi elaborado o Relatório de Análise de Impacto Regulatório, apresentado em 15/12/2017 à Diretoria Colegiada da ANS. Após a análise e contribuições dos Diretores da ANS a proposta de norma foi novamente apresentada em 02/02/2018, ocasião em que foi considerada apreciada pelos Diretores.

Após ser analisada duas vezes pela Procuradoria Federal com atuação junto à ANS, a norma foi aprovada, resultando na publicação da RN 433/18.

As principais características do normativo aprovado podem ser resumidas no estabelecimento de limites claros para incidência dos mecanismos financeiros de regulação, protegendo os consumidores em relação a gastos exorbitantes advindos da utilização extrema dos planos de saúde e o estabelecimento de procedimentos isentos da coparticipação privilegiando aqueles com viés preventivo em relação a doenças com grande prevalência na população brasileira e procedimentos relacionados a tratamentos de doenças crônicas, como hemodiálise.

Contudo, diante da repercussão da publicação, sobretudo pela não compreensão por parte da sociedade acerca das inovações trazidas pela norma, que importavam em um regramento muito mais rigoroso que o atualmente em vigor, a Diretoria Colegiada entendeu necessário retroceder com o processo normativo, agendando nova Audiência Pública a ser realizada no mês de setembro de 2018.

4.2 – MEDIAÇÃO DE CONFLITOS

No ano de 2017, a Diretoria de Desenvolvimento Setorial - DIDES realizou, por meio de sua Coordenadoria de Boas Práticas de Contratação – COBPC, pesquisa sobre Contratualização com o objetivo de obter um panorama sobre a celebração de contratos estabelecida a partir da edição da Lei nº 13.003/2014, pesquisa que ficou disponível no período de 24 de agosto de 2017 a 30 de setembro de 2017 no portal FormSUS, e cuja a participação foi voluntária.

A partir dos resultados obtidos, e em conjunto com as demais informações obtidas pela ANS por meio de seus canais de interlocução, analisou-se a evolução das questões contratuais a partir do advento da mencionada Lei e passou-se a avaliar e propor aprimoramentos nas ações acerca das relações entre os planos de saúde e seus estabelecimentos ou prestadores conveniados.

Restou demonstrado a necessidade de se rever e aprimorar as regras sobre contratualização e substituição de prestadores, respectivamente as RNs 363 e 365, ambas publicadas no ano de 2014, uma vez que se constatou que as mesmas não haviam obtido grande sucesso na pacificação das relações entre as partes.

Iniciou-se pesquisa sobre o tema “Mediação e Formas Alternativas para Solução de Conflitos”, que analisou diversos cenários para disseminar a consensualidade nas relações entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços de saúde. Atualmente estão sendo feitos levantamentos internos para aferir custos e necessidades em TI para implantação do Projeto.

Em paralelo estão sendo discutidas propostas para aprimoramento das mencionadas Resoluções Normativas e está previsto para o segundo semestre de 2018 a retomada das reuniões do Grupo Técnico que foi formado para discussão das questões relativas à Regulamentação da Lei 13.003/2014.

4.3 – TRANSPARÊNCIA DAS INFORMAÇÕES PARA OS BENEFICIÁRIOS

Após a publicação da IN nº 67, de 9 de março de 2017, no primeiro semestre de 2018 a DIDES iniciou o primeiro período de monitoramento do cumprimento das regras trazidas pela RN 389/15, que dispõe sobre a transparência das informações no âmbito da saúde suplementar, estabelece a obrigatoriedade da disponibilização do conteúdo mínimo obrigatório de informações referentes aos planos privados de saúde no Brasil e dá outras providências.

Foram apurados os seguintes dados referentes a eventual descumprimento de regras trazidas pela RN 389/15:

QUADRO 4: EVENTUAIS DESCUMPRIMENTOS DAS REGRAS TRAZIDAS PELA RN 389/15

Reclamação	Dispositivo relacionado (RN 389/15)	Número de demandas
Erro de cadastro no tipo de contratação.	Art. 7º O Componente Cadastral do PIN-SS deverá conter obrigatoriamente as seguintes informações cadastrais: XII - informação sobre o tipo de contratação do plano privado de assistência à saúde, conforme disposto no inciso VII do art. 16, da Lei 9.656 de 3 de junho de 1998 e pelo art. 2º da Resolução Normativa – RN nº 195, de 14 de julho de 2009	1
Indisponibilidade do extrato de utilização dos serviços ou omissão de procedimentos nos extratos.	Art. 8º O Componente Utilização dos Serviços do PIN-SS deverá conter os eventos reconhecidos pela operadora, independente da ocorrência de glosa de valor, considerando-se todos os eventos realizados na rede própria, credenciada, referenciada, cooperada, na rede indireta ou fora da rede, quando houver cobertura para reembolso.	6
Indisponibilidade do extrato de coparticipação.	Não há obrigação específica na RN 389/15.	8

Reclamação	Dispositivo relacionado (RN 389/15)	Número de demandas
Não fornecimento do extrato pormenorizado contendo os itens considerados para o cálculo do reajuste.	Art. 16. Após a efetiva aplicação do reajuste, os beneficiários, titulares ou dependentes, poderão solicitar formalmente o extrato pormenorizado para a administradora de benefícios ou operadora, que terão o prazo máximo de 10 (dez) dias para seu fornecimento.	1
- Cadastramento do número incorreto de CNS. - Impedimento de inclusão de beneficiário por falta do CNS.	Art. 19. As operadoras são obrigadas a dar ciência aos seus beneficiários, titulares e dependentes, do número do Cartão Nacional de Saúde - CNS, conforme disposto na Portaria Ministério da Saúde nº 940, de 28 de abril de 2011, que regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde.	3
Indisponibilidade de extrato de utilização dos serviços para contratos cancelados.	#	3
Dificuldade de entendimento das informações disponibilizadas.	#	2

Esse monitoramento levou em conta as demandas registradas através dos canais de atendimento da ANS, referentes aos temas tratados pela Resolução Normativa, durante todo o ano de 2017.

De seus resultados a DIDES avalia a necessidade de se aprimorar a regulação existente, sobretudo a necessidade de se estabelecer uma obrigação específica em relação ao extrato de coparticipação. Avaliou-se, ainda, que os dados obtidos não possibilitam o cumprimento da finalidade prevista da IN 67/17 DIDES que, na forma do art. 4º, prevê a divulgação destes no sítio institucional da ANS, uma vez que os mesmos não demonstraram de forma conclusiva a inobservância do disposto na RN 389/15 pelas operadoras.

4.4 – RACIONALIZAÇÃO DOS PROCESSOS DE REPRESENTAÇÃO DA DIDES

De forma a permitir um eficiente e célere tratamento das demandas de competência desta diretoria, foram realizadas as seguintes ações:

- Redistribuição/adequação do pessoal: dada a escassez de pessoal foi adotada uma estrutura transversal em que os servidores de uma coordenação analisavam processos de outra coordenação conforme a demanda;
- Estabelecimento de metas conforme critério de pontuação com finalidade de manter a produção de processos equilibrada, e valorando todo o trabalho empreendido pelo servidor e não apenas aquele que extingue o processo. Tal medida ainda tem potencial para gerar um incremento de qualidade da instrução processual por reduzir incentivos para que a finalização da demanda se dê antes de esgotadas as possibilidades de apuração;
- Adoção do SEI, Sistema Eletrônico de Informações, com todos os processos tramitando por via eletrônica e utilização da ferramenta “Base de Conhecimento” para dar início ao mapeamento dos processos da gerência, com envio das informações para o mapeamento oficial da Agência;
- Estabelecimento de fluxos e critérios de análise para as representações de não envio de informações periódicas;

- Manutenção de órgão específico com atribuição exclusiva de recebimento e tratamento das demandas de relacionamento entre prestadores e operadoras, de forma a permitir uma resposta célere e eficiente aos interessados;
- Centralização de todos os procedimentos de representação e pós-representação, no âmbito da DIDES, em órgão específico e centralizado, de forma a padronizar a instrução, tornando-a mais célere e eficiente.

Os itens abaixo irão descrever os resultados obtidos no período pelos órgãos descritos acima.

4.4.1 – DO ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA ANÁLISE DAS DEMANDAS REFERENTES AOS PRESTADORES DE SERVIÇO

Esta estrutura ficou responsável pelas atividades normativas e de monitoramento referentes ao tema Contratualização, sendo responsável pelo trabalho de revisão dos normativos editados para regulamentação da Lei 13.003/14, bem como pelo trabalho de avaliação e possível implementação da mediação de conflitos acima abordado.

A utilização desta estrutura para realização de estudos sobre temas afetos à regulação foi possibilitada pela redistribuição de atribuições que lhe retirou a de instruir os processos sancionadores, ou seja, com o repasse da atribuição de representar operadoras pela identificação de indícios de infração.

Em setembro de 2017, esta área possuía em seu passivo processual 129 processos tendo esse número sido reduzido para 74 em agosto de 2018. Destaque-se que houve a reavaliação de metas previstas no Plano Plurianual, com o indicador correspondente à atividade “Monitoramento das regras de contratualização entre operadoras e prestadores de serviços assistência à saúde e Relatórios de Ouvidoria Finalizados.” Sua meta foi majorada para 60% de análises iniciais⁹ em 2017, 75% em 2018 e 90% em 2019.

O passivo da coordenação encontra-se demonstrado no quadro e gráfico abaixo:

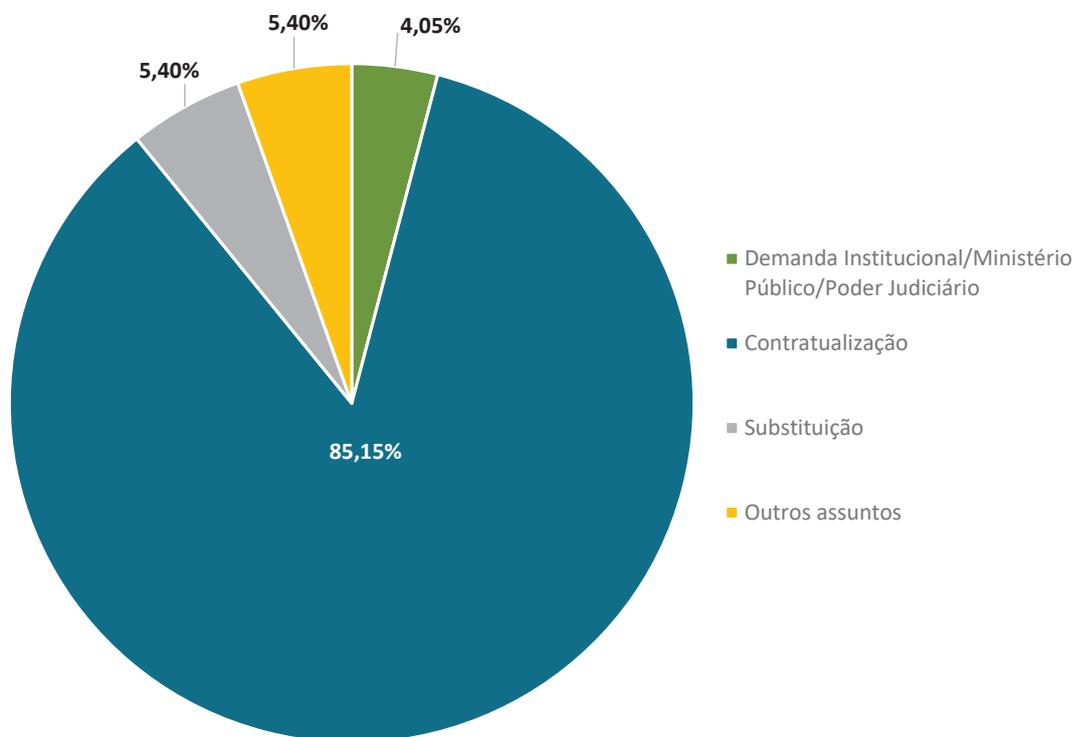
QUADRO 5 – ESTOQUE PROCESSUAL DA COCTT

Processo	Set 2017	Out 2017	Nov 2017	Dez 2017	Jan 2018	Fev 2018	Mar 2018	Abr 2018	Mai 2018	Jun 2018	Jul 2018	Ago 2018
Demanda Institucional/ MP/ Poder Judiciário	2	3	4	5	3	5	7	9	5	9	6	3
Contratuação	96	128	137	130 ¹⁰	65	54	56	55	54	55	64	63
Substituição	27	28	27	32 ¹¹	2	3	7	10	5	4	5	4
Outros assuntos	4	2	2	4	3	5	7	6	6	6	5	4
Total de Processos (passivo)	129	161	170	171	73	67	77	76	69	66	80	74

⁹ O Monitoramento das regras de contratualização entre operadoras e prestadores de serviços objetiva identificar e fazer a apuração inicial das demandas, identificando eventuais descumprimentos às referidas normas, prosseguindo com a instrução processual e notificação das partes, ou em caso de insubsistência de infração concluindo pelo arquivamento do feito. Será analisada a capacidade de resposta da ANS frente às necessidades e reivindicações das operadoras de planos de saúde e dos prestadores de serviços relacionadas à regulamentação da Lei 13.003/2014.

¹⁰ Entre dezembro e janeiro diversos processos foram remanejados de órgãos, dada a reorganização acima descrita.

GRÁFICO 3 – COCTT CONFORME QUADRO 4



4.4.2 – DO ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA CENTRALIZAÇÃO DOS PROCESSOS INICIADOS POR MEIO DE REPRESENTAÇÃO

A legislação processual da ANS prevê que os processos sancionadores podem ser iniciados através da lavratura de auto de infração, o que é feito por fiscais especificamente designados, no âmbito da Diretoria de Fiscalização, ou por Representação, que é lavrada no âmbito das demais diretorias, conforme atribuições regimentais.

A DIDES possui atribuição regimental para lavrar representações nos seguintes tópicos:

- Contratualização entre operadoras e prestadores;
- Substituição irregular de prestadores de serviço de natureza não hospitalar;
- Não envio e/ou envio incorreto de informação periódica SIB – Sistema de Informações de Beneficiários;
- Não envio e/ou envio incorreto de informação periódica do Padrão TISS – Padrão de Troca de Informações entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviço;
- Demandas pontuais pelo descumprimento de normativos relacionados as atribuições regimentais.
-

Essa atribuição de lavrar representação estava espalhada por diversos órgãos da Diretoria, gerando prejuízo para o exercício das atribuições normativas e regulatórias da área, que se via sobrecarregada de atribuições processuais; e atrasos na instauração de processos, por exemplo, com as demandas referentes ao não envio de informações previstas pelo padrão TISS, não tendo gerado qualquer processo desde o início da obrigatoriedade de envio, em setembro de 2014.

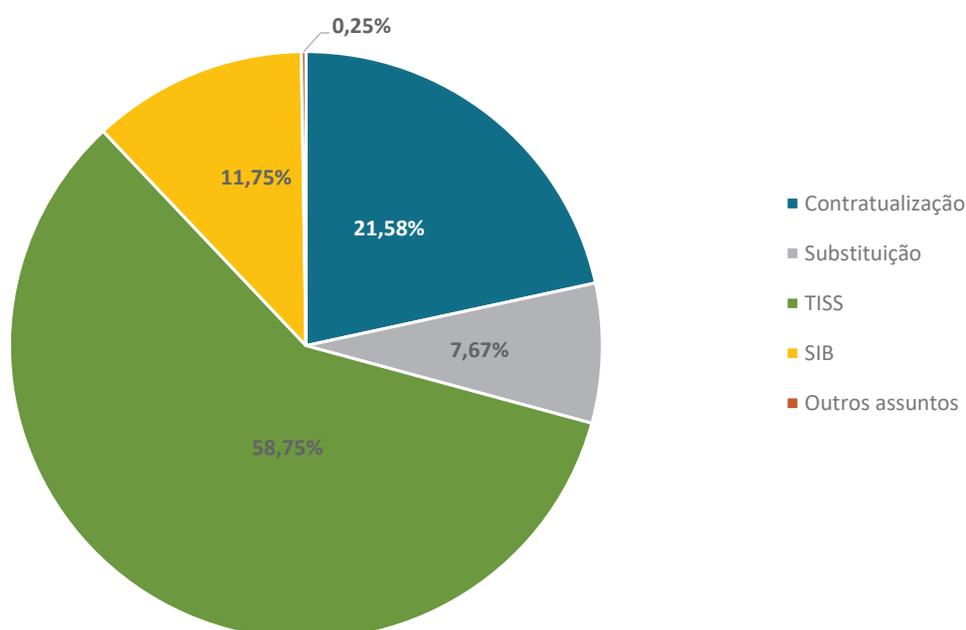
Feito o diagnóstico optou-se por se aglutinar as atribuições processuais em um órgão específico, que somente demanda a área técnica em hipóteses específicas para auxílio em análises de mérito, tais como o reconhecimento do cumprimento de obrigações e configuração do instituto da Reparação Voluntária e Eficaz, conforme previsto na norma processual da ANS.

Observa-se a seguinte evolução do passivo do órgão responsável pelas representações:

QUADRO 6 – ESTOQUE PROCESSUAL DA COREP

Processo	Set a Nov 2018	Dez 2018	Jan 2018	Fev 2018	Mar 2018	Abr 2018	Mai 2018	Jun 2018	Jul 2018	Ago 2018
Contratuação	0	20	95	102	100	99	97	98	94	90
Substituição	0	4	34	31	32	31	34	37	33	32
TISS	0	9	6	10	274	276	270	257	254	245
SIB - Sistema de Informação de Beneficiários	0	16	11	2	2	0	20	26	37	49
Outros assuntos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Total de Processos (passivo)	0	49	146	145	408	406	421	418	418	417

GRÁFICO 4 – COREP CONFORME QUADRO 5



Pontua-se que o órgão foi criado somente em dezembro de 2017, razão pela qual não possuía qualquer processo em seu passivo entre os meses de setembro e novembro.

Em dezembro de 2017, os demais órgãos integrantes da estrutura da diretoria iniciaram a transferência dos processos de representação para a nova estrutura criada, ademais, a própria área passou a receber e iniciar processos conforme as novas atribuições.

Em janeiro de 2018, foram repassadas ao órgão as demandas relacionadas ao tema Contratualização e Substituição de Prestadores, que estavam no órgão que ficou responsável pela análise das demandas referentes aos prestadores de serviço.

Em março de 2018, foram instaurados os primeiros processos para apuração da conduta de não envio de informação obrigatória referente ao Padrão TISS, englobando os indícios de infração no período compreendido entre setembro de 2014 e dezembro de 2016.

Uma vez que a DIDES ainda não havia iniciado a instauração de processos sancionadores relacionados a este tema e considerando, ainda, a necessidade de concluir o recebimento das informações de 2017, optou-se por instaurar os processos pelos indícios de infração referentes às obrigações do ano de 2017 em um momento posterior.

Pondera-se que, ao contrário das Representações de SIB, que já eram lavradas regularmente desde 2014, gerando uma aderência maior do mercado regulado e um número menor de processos, as representações pelo não envio do TISS ainda não haviam sido feitas por questões operacionais e, compreensivelmente, pelo ineditismo da medida e pelo acúmulo de quase quatro anos de competências não representadas, o número de processos e representações gerado foi bastante significativo.

As representações do TISS foram lavradas a partir do mês de maio de 2018. Antes, no mês de março, mais de 250 operadoras foram oficiadas e concedeu-se prazo até o fim do mês de abril para o cumprimento da obrigação.

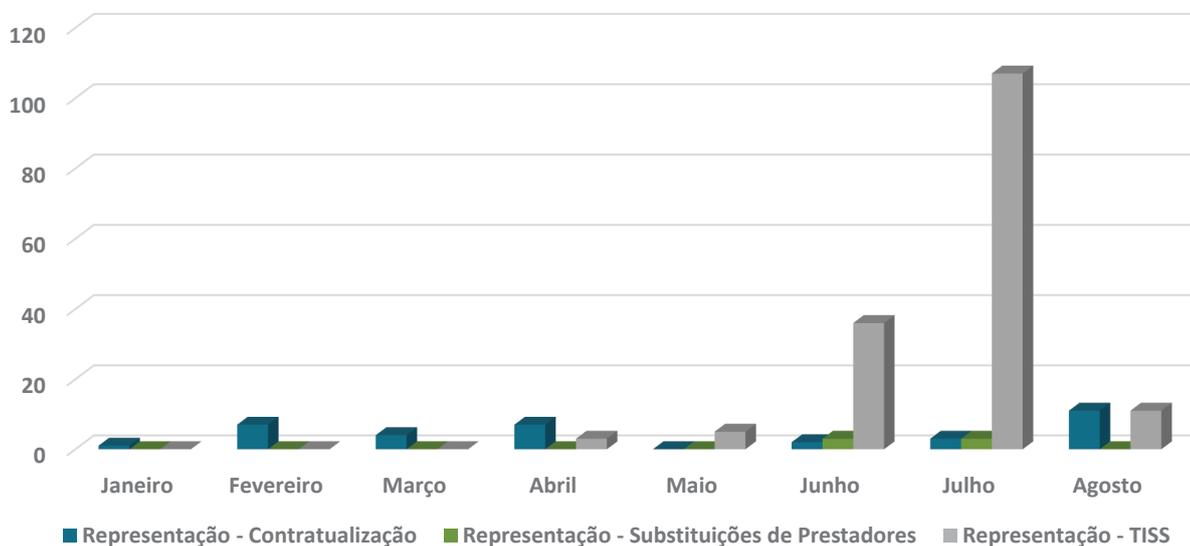
Finalizado o prazo, cerca de 100 operadoras haviam regularizado sua situação, tendo sido as demais representadas.

Destaque-se, pois, que o passivo deste órgão é formado, em sua maioria, por processos iniciados em 2018, sendo mais de 50% referentes às representações pelo não envio das informações do TISS, cujo período inicialmente analisado compreendeu os anos de 2014 e 2016.

QUADRO 7 – REPRESENTAÇÃO

	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Total
Representação - Contratualização	1	7	4	7	-	2	3	11	32
Representação - Substituição de Prestadores	-	-	-	-	-	3	3	-	6
Representação – TISS	-	-	-	3	5	36	107	11	162

GRÁFICO 5 – CONFORME QUADRO 6



As representações pelo não envio ou envio incorreto do SIB, referentes ao ano de 2016, já haviam sido lavradas pela área anteriormente responsável, de forma que os processos passaram a integrar o passivo, mas não aparecem mensurados no quadro com as representações lavradas pela área. Em relação ao ano de 2017, o início da instauração de processos foi postergado para que fossem priorizadas as representações pelo não envio das informações do TISS.

4.5 – ATIVIDADES DE ASSESSORIA

Além dos processos sancionadores, a racionalização de processos ainda incluiu a reorganização das atividades de assessoramento normativo do diretor. Em setembro de 2017, a Assessoria Normativa era formada por dois servidores efetivos e um servidor temporário, cujas atribuições consistiam em auxiliar a diretoria conforme demanda, sendo responsável, por exemplo, por alguns itens normativos, como a elaboração de Resoluções Normativas e Instruções Normativas pontuais, bem como centralizar as respostas de e-sic (Sistema de Informações ao Cidadão) da Diretoria, atribuições estas compartilhadas pelos servidores efetivos, bem como análise dos votos elaborados para a DICOL, atividade supervisionada pelos servidores efetivos e realizada pelo servidor temporário.

Com a reorganização administrativa o setor passou a contar com quatro servidores efetivos e um servidor temporário, aumentando sua capacidade de análise e assessoramento.

No período compreendido entre novembro de 2017 e agosto de 2018, a produção referente ao Assessoramento Normativo totalizou os seguintes números:

QUADRO 8 – PRODUÇÃO DO ACESSORAMENTO NORMATIVO

	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago
Votos de NFLD ¹²	0	16	33	7	11	10	7	0	1	3
Revisão de votos em Processos Sancionadores ¹³	100	83	172	321	511	250	316	428	367	331
Votos em processos diversos e Revisões Administrativas ¹⁴	0	1	0	0	0	2	8	0	2	4
Respostas de e-SIC ¹⁵	12	9	10	1	5	13	11	14	16	12

O passivo da área de Assessoramento ao final do mês de agosto de 2018 resumia-se a dois processos de NFLD e 25 votos de Processos Sancionadores para revisar.

Ressalta-se que, anteriormente, não havia um controle sistematizado dos passivos da área de Assessoria, contudo a nova organização dos processos de trabalho passou a permitir tal controle, que é alimentado mensalmente, desde novembro de 2017.

Por fim, destaque-se que a área também presta Assessoramento a todas as gerências da DIDES, além de seu diretor, no que concerne à análise de propostas normativas, sobretudo relacionadas com as boas práticas preceituadas pela Casa Civil, acerca da elaboração de Relatórios de Análise de Impacto Regulatório.

¹²Tratam-se de Votos de relatoria da Diretoria de Desenvolvimento Setorial para a Diretoria Colegiada sobre o tema Notificação Fiscal de Lançamento de Débito – Taxa de Saúde Suplementar;

¹³Votos revisados pela Assessoria para posterior assinatura do Diretor. Os votos que eram analisados por amostragem passaram a ser analisados em sua totalidade a partir de setembro de 2017;

¹⁴Votos em relatoria sobre temas diversos, como votos em Processos Administrativos Disciplinares, em itens pautados na reunião da Diretoria Colegiada, entre outros, bem como revisões administrativas em processos sancionadores transitados em julgado;

¹⁵Referente a Lei de Acesso à Informação.

5 – PRODUÇÃO, ANÁLISE E INTEROPERABILIDADE DAS INFORMAÇÕES

5.1 – CONTRIBUIÇÃO PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO REGISTRO ELETRÔNICO EM SAÚDE (RES)

5.1.1 – ESTRATÉGIA DE SAÚDE DIGITAL (E-SAÚDE) - DIGISUS, REGISTRO ELETRÔNICO DE SAÚDE (RES) E CONJUNTO MÍNIMO DE DADOS (CMD)

O DigiSUS é a estratégia de saúde digital do Brasil, estabelecida pelo Ministério da Saúde. Instituído pela Resolução CIT nº 5/16 (com alteração pela Resolução CIT nº 38/18), o Comitê Gestor da Estratégia e-Saúde é a instância máxima da gestão de Saúde Digital no Brasil. A ANS, representada pela DIDES, é um dos componentes desse comitê.

Em junho de 2017, foi publicada a Resolução CIT nº 19, que aprova e torna público o documento Estratégia e-Saúde para o Brasil. Esse documento prevê como visão de e-saúde para o Brasil, até 2020, que a saúde digital estará incorporada ao SUS como uma dimensão fundamental, sendo reconhecida como estratégia de melhoria consistente dos serviços de Saúde por meio da disponibilização e uso da informação abrangente, precisa e segura que agilize e melhore a qualidade da atenção e dos processos de saúde, nas três esferas de governo e no setor privado, beneficiando pacientes, cidadãos, profissionais, gestores e organizações de saúde.

5.1.2 – REGISTRO ELETRÔNICO DE SAÚDE (RES)

O RES é um repositório de informações processáveis sobre o cuidado em saúde do indivíduo, armazenadas e transmitidas de forma segura e acessível por múltiplos usuários autorizados. Seu principal objetivo é oferecer apoio a cuidados de saúde de qualidade, eficazes, eficientes, efetivos, seguros e integrados, ao longo de toda a vida do paciente. A ANS participa dos grupos de trabalho do RES desde 2011. Em outubro de 2017 foram publicados os primeiros documentos clínicos que irão compor o RES Nacional, referentes ao Registro de Atendimento Clínico e ao Sumário de Alta, cuja elaboração contou com a participação da GEPIN/DIDES, desde a definição inicial dos modelos de informação até análise das contribuições da consulta pública.

5.1.3 – CONJUNTO MÍNIMO DE DADOS (CMD)

O Conjunto Mínimo de Dados é o documento público que coleta os dados de todos os estabelecimentos de saúde do País em cada contato assistencial, instituído pela Resoluções CIT nº 6, de 25 de agosto de 2016. A resolução prevê que, da esfera privada, as informações da saúde suplementar serão provenientes dos registros do Padrão de Troca de Informações da Saúde Suplementar (Padrão TISS) enviados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

As ações relativas à organização do Conjunto Mínimo de Dados fazem parte da Agenda Regulatória da ANS – biênio 2016/2018, no Eixo 3 – Integração da Saúde Suplementar com o SUS, macro-projeto de Desenvolvimento do Registro Individualizado de Saúde: acesso e portabilidade das informações. A ação prevista é Disponibilizar Registro Individualizado de Saúde da Saúde Suplementar na plataforma do DigiSUS, do Ministério da Saúde, e as ações cumpridas neste período foram a adequação do modelo de informação do Padrão TISS ao modelo de informação do Conjunto Mínimo de Dados (CMD) e a geração da base de eventos de atenção à saúde para composição do Contato Assistencial do CMD, esta última em finalização. Estas ações permitirão que os dados de atendimento da saúde suplementar passem a fazer parte do DigiSUS no ano de 2019,

5.2 – APRIMORAMENTO DO PADRÃO DE TROCA DE INFORMAÇÕES DE SAÚDE SUPLEMENTAR (TISS) E DA TERMINOLOGIA UNIFICADA DA SAÚDE SUPLEMENTAR (TUSS)

O Padrão TISS é o padrão obrigatório para troca de informações, na saúde suplementar, dos dados de atenção à saúde dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde, entre os agentes definidos na Resolução Normativa nº 305/2012, que instituiu a versão 3.0 do Padrão TISS. A citada norma traz ainda as diretrizes, finalidades e abrangência da padronização, destacando-se a interoperabilidade entre os sistemas de informação em saúde preconizados pela ANS e pelo Ministério da Saúde.

A Terminologia Unificada da Saúde Suplementar – TUSS foi ampliada pela Resolução Normativa nº 305/2012, que instituiu o Padrão TISS. Tem como finalidade padronizar os termos utilizados nas trocas de informações entre os diferentes atores do setor de saúde suplementar. A TUSS é dinâmica e está em permanente alteração, seja por inclusões ou exclusões de termos, refletindo a realidade do mercado de saúde. Desse modo, em dezembro de 2017, foram incluídos, aproximadamente, 60.000 termos na TUSS, contemplando a adequação da terminologia ao Rol de Procedimentos e Eventos 2018.

Todas as discussões acerca desses aprimoramentos ocorrem no Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar – COPISS. Trata-se de uma instância colegiada, consultiva, sob a coordenação da Diretoria de Desenvolvimento Setorial da ANS. O COPISS tem por finalidade propor o aprimoramento do Padrão TISS, revisar e manter atualizada a terminologia utilizada no padrão, acompanhar a adoção do padrão no mercado, analisar os sistemas de informação da saúde suplementar e promover, fomentar e recomendar estudos relativos à tecnologia da informação e comunicação em saúde.

Este Comitê é composto por representantes da ANS, do Ministério da Saúde, das operadoras de planos privados de assistência à saúde, dos prestadores de serviços de saúde, das instituições de ensino e pesquisa e das entidades representativas de usuários de planos privados de assistência à saúde. No período considerado, foram realizadas seis reuniões do COPISS coordenador, com a participação de 148 representantes e outras seis reuniões de grupos técnicos com 165 participantes.

Logo, neste período foi retomada, junto ao COPISS, a discussão sobre a obrigatoriedade da TUSS de Materiais e OPME. Atualmente, a utilização dos termos dessa tabela não é obrigatória, devido às dificuldades em padronizar a nomenclatura dos diferentes tipos e modelos de materiais e OPME. No entanto, após um trabalho realizado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), foi estabelecida uma nova metodologia para o registro desses produtos, o que possibilitou à ANS propor uma rotina diferente para a descrição dos termos. A proposta foi consensuada no COPISS e propiciará

a publicação dos termos referentes aos Dispositivos Médicos Implantáveis (DMI) na próxima versão da TUSS, no segundo semestre de 2018.

Ainda em dezembro de 2017, foi implantada a versão 03.03.03 para atender alterações da Resolução Normativa nº 430, 07/12/2017, publicada pela Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras da ANS - DIOPE, que dispõe sobre o envio de informações financeiras das operadoras à Agência, identificando o compartilhamento da gestão de riscos entre operadoras para o atendimento a seus beneficiários, contribuindo para a maior transparência das informações no âmbito da saúde suplementar. Desta forma, a nova versão do Padrão TISS trouxe as mensagens referentes a estes dados, que passaram a ser enviados pelas operadoras à Agência, de forma mais específica, permitindo uma melhor avaliação quanto ao uso dos dados para a regulação do setor, uma das finalidades do Padrão TISS estabelecida no artigo 3º da RN nº 305/2012.

Além desta medida, os dados do Padrão TISS passaram a ser utilizados por diferentes áreas técnicas da ANS para o cálculo de seus indicadores no âmbito do Programa de Qualificação de Operadoras (PQO), para o ano base 2017.

Em 2018, o foco principal de aprimoramento do Padrão foi a padronização para a biometria de impressão digital utilizada no processo de identificação dos beneficiários nos prestadores de serviços de assistência à saúde.

5.3 – ESTRUTURAÇÃO DA ÁREA DE ANÁLISE DE DADOS E PRODUÇÃO DE INFORMAÇÕES

5.3.1 – APRIMORAMENTO DA GOVERNANÇA DA INFORMAÇÃO NA ANS E SUBCOMITÊ DE GOVERNANÇA DIGITAL E TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO (SGODITI)

Considerando os princípios norteadores da Estratégia de Governança Digital do Governo Federal, a DIDES apresentou proposta de estabelecimento de uma estrutura de governança de dados e informação no âmbito da ANS, o que levou à publicação da Portaria nº 9529, de 07 de fevereiro de 2018, alterada pela Portaria nº 9573, de 07 de março de 2018, que instituiu o Subcomitê de Governança Digital, de Tecnologia e Informação – SGODITI. O Subcomitê tem por finalidade acompanhar e executar as diretrizes estratégicas definidas pelo Comitê de Governança, Riscos e Controle – CGRC e pelo Comitê de Tecnologia – CT.

De acordo com a portaria supramencionada, a Gerência de Padronização, Interoperabilidade e Análise de Informação (GEPIN) coordena as atividades do subcomitê, em conjunto com a Gerência de Tecnologia de Informação (GETI).

No período de março a agosto de 2018, foram realizadas 15 reuniões, com participação de 42 colaboradores, onde foram discutidos e encaminhados ao Comitê de Tecnologia a priorização dos projetos de Data Mart a serem desenvolvidos, além do Inventário dos dados da ANS, e as demais questões relativas à governança de dados e informações.

Destacam-se os seguintes produtos:

A) DATA MART BENEFICIÁRIOS

O Data Mart Beneficiários foi um dos elencados, em abril de 2018, pelo SGODITI como um dos grandes projetos a serem desenvolvidos, com o apoio e participação das áreas de negócio, e aprovado pelo Comitê de Tecnologia.

Este Data Mart tem como objetivo dar visibilidade aos dados de beneficiários, por meio de dashboard, permitindo aos usuários realizarem cruzamentos de dados, para a produção de relatórios. Atualmente, está em uma fase de híbrida, terminando a fase de detalhamento de regras e iniciando a fase de modelagem.

Espera-se que após a implantação deste Data Mart, o número de solicitação por informações de beneficiários se reduza significativamente.

B) DATA MART FINANCEIRO MULTAS

O Data Mart Financeiro Multas surgiu como uma recomendação do TCU, há alguns anos, para que a Agência tivesse um repositório no qual as informações prestadas sobre multas fossem de fácil extração e essas informações não apresentassem divergências de um ano para o outro, em relação ao total de valores aplicados e arrecadados, por exemplo.

Este Data Mart trará informações que permitirão obter relatórios consolidados de multas desde a primeira instância até a inscrição em dívida ativa.

O início do projeto data Mart foi abril de 2018, com a fase de levantamento de requisitos. Atualmente, está em uma fase de híbrida, terminando a fase de detalhamento de regras e iniciando a fase de modelagem.

O prazo acordado inicialmente para a entrada em produção, junto ao CT, é dezembro de 2018.

C) INVENTÁRIO DE DADOS

A realização de um inventário de dados da ANS, com vistas ao desenvolvimento de um catálogo de dados institucional, é uma determinação do Governo Federal e, ainda, etapa fundamental para que a instituição consiga organizar suas ações referentes à abertura de dados.

Neste sentido, o projeto foi considerado prioritário pelo SGODITI e vem sendo executado pela DIDES, com o apoio e a participação crucial dos curadores de dados de toda a ANS. Até o momento foram inventariados 69 conjuntos de dados das diversas áreas técnicas.

5.3.2 – MANUTENÇÃO E ATUALIZAÇÃO DOS PRINCIPAIS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO DA ANS

Além disso, no referido período, a DIDES foi responsável pela atualização e manutenção dos principais sistemas de informação da ANS, descritos abaixo:

5.3.2.1 – TABNET

O TabNet é uma ferramenta para realizar tabulação de dados online que permite a execução de consultas sobre alguns assuntos relacionados à saúde suplementar, com atualização trimestral das informações.

5.3.2.2 – SALA DE SITUAÇÃO

A Sala de Situação é um painel online, disponibilizado tanto para os servidores da ANS, via intranet, quanto para a sociedade em geral, por meio do sítio da Agência. O objetivo deste painel é possibilitar ao usuário conhecer o mercado de saúde suplementar e extrair informações para realizar seus próprios estudos.

A Sala de situação é composta por três grandes grupos:

- Setor: dá uma visão geral do mercado em relação à quantidade de beneficiários, reclamações, receita e despesa.
- Operadoras: permite uma visão detalhada da operadora desejada pelo usuário, em relação à quantidade de beneficiários por segmentação, receita e despesa, total de reclamações, composição da carteira e informações sobre ressarcimento.
- Caderno 2.0: permite ao usuário criar sua própria consulta através do cruzamento de algumas dimensões, tais como município, abrangência, faixa etária, modalidade, sexo do beneficiário, tipo de contratação, competência, entre outras.

Nos 12 últimos meses, ocorreram 278.725 visualizações na página da Sala de Situação e 54.484 acessos.

5.3.2.3 – PLANO DE DADOS ABERTOS (PDA)

O Governo Federal iniciou a implementação de um novo paradigma na gestão pública com a Estratégia de Governança Digital (EGD), explorando, potencializando e orquestrando sinergias que promovam maior eficácia, eficiência, efetividade e economicidade do Estado Brasileiro. Como parte da EGD, foi publicado o Decreto nº 8777, de 11 de maio de 2016, que instituiu a Política de Dados Abertos do Poder Executivo Federal.

Sendo assim, em 11 de maio de 2017, a ANS publicou a Portaria nº 8927, na qual instituiu o Plano de Dados Abertos da ANS como documento orientador para as ações de implementação e promoção de abertura de dados da agência, relativas ao biênio de 2017-2019. O Plano de Dados Abertos estabelece que a curadoria é de responsabilidade da Gerência de Padronização, Interoperabilidade e Análise da Informação (GEPIN), juntamente com os agentes de curadoria dos dados setoriais.

No último ano, foram disponibilizados 18 novos conjuntos de dados, relativos à segunda fase do Plano de Dados Abertos. Além desses, a GEPIN mantém atualizados os 19 conjuntos de dados disponibilizados na primeira fase, de acordo com a periodicidade estabelecida.

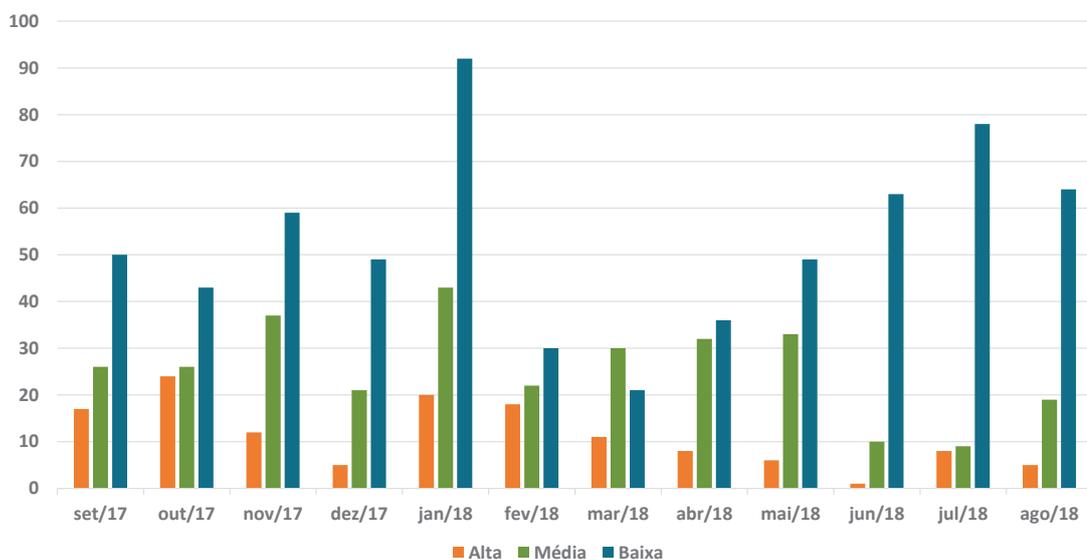
5.3.2.4 – DEMANDAS INTERNAS DE PRODUÇÃO DA INFORMAÇÃO

Além da manutenção e atualização das informações corporativas e setoriais, a gerência é responsável pela gestão e atendimento das demandas pontuais, internas e externas, de extração de dados e geração de informações.

O gráfico abaixo apresenta a quantidade de demandas de informações recebidas mensalmente segundo o grau de complexidade das mesmas. Em média são recebidas 89 solicitações de extração de dados por mês, sendo 11 de alta complexidade.

No período foi implantado, junto à equipe, o Kaban, para o acompanhamento das demandas em andamento, permitindo assim uma melhora e controle do fluxo dessas demandas.

GRÁFICO 6 – QUANTIDADE DE DEMANDAS DE INFORMAÇÕES RECEBIDAS POR GRAU DE COMPLEXIDADE, SETEMBRO/2017 A AGOSTO/2018.



Fonte: ANS

5.4 – APRIMORAMENTO DA QUALIDADE CADASTRAL DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES DE BENEFICIÁRIOS (SIB)

A Resolução Normativa – RN nº 295, de 09 de maio de 2012, regulamentada pela Instrução Normativa da Diretoria de Desenvolvimento Setorial – IN DIDES nº 50, de 25 de setembro de 2012, normatiza o cadastro de beneficiários de planos de saúde, abastecido diretamente pelas operadoras de planos de saúde.

A ANS disponibiliza, na Central de Relatórios, os relatórios detalhados e consolidados de qualidade cadastral. Tais relatórios são disponibilizados para as operadoras de planos de saúde e contêm informações detalhadas sobre falhas em seus cadastros de beneficiários enviados ao Sistema de Informações de Beneficiários (SIB/ANS).

Em abril de 2018, o Relatório Consolidado teve sua metodologia de cálculo revista em busca de necessidades de aprimoramento. Já o Relatório Detalhado foi ampliado, passando a exibir todos os erros detectados (até março de 2018, apenas um conjunto de erros era apontado, devido a limitações técnicas). Os relatórios têm sido ferramentas importantes para a ANS e para as operadoras de planos de saúde na qualificação das informações setoriais.

Além disso, a DIDES está promovendo uma série de discussões relativas ao Sistema de Informações de Beneficiários (SIB/ANS) tendo como objetivo a detecção de necessidades de aprimoramento estrutural, normativo e tecnológico do sistema. As discussões são realizadas sob a curadoria do Subcomitê de Governança Digital, de Tecnologia e Informação (SGODITI) da ANS e envolve indicados de todas as diretorias da ANS que atuam em processos e procedimentos que fazem uso do SIB/ANS. De 16/06/2018 a 01/08/2018, foram realizadas 11 reuniões de trabalho, nas quais foram travadas cerca de 37 horas de discussão, e produzido farto material de proposta de aprimoramento do SIB/ANS.

Por fim, a DIDES, com o auxílio do órgão responsável pela Comunicação Social da ANS, está formatando uma campanha de cunho técnico e 100% eletrônica relativa à qualidade do cadastro de beneficiários da ANS, a ser realizada logo após o período eleitoral de 2018. Tal campanha utilizará o site da ANS como plataforma e será direcionada aos técnicos das operadoras de planos de saúde que trabalham com os cadastros de beneficiários e com o SIB/ANS, para auxiliá-los a compreender melhor como interpretar as regras definidas na RN nº 295/2012 e na IN DIDES nº 50/2012, e manter ou melhorar a qualidade dos dados enviados à ANS. Serão disponibilizados tutoriais técnicos, textos gerais e vídeos didáticos estimulando que o cadastro de beneficiários seja revisado e corrigido em suas falhas, para que reflitam, da maneira mais fidedigna possível, a composição dos beneficiários e seus vínculos ao setor de saúde suplementar.

CAPÍTULO 6 – INTEGRAÇÃO E RESSARCIMENTO AO SUS

6.1 – CONTEXTUALIZAÇÃO

A DIDES é responsável por gerir o ressarcimento ao SUS e os processos administrativos dele decorrentes, bem como por elaborar estudos e pesquisas relacionadas ao ressarcimento ao SUS, de forma a apoiar a regulação de saúde suplementar e a gestão do ressarcimento ao SUS.

Em 07/02/2018, foi proferida pelo Supremo Tribunal Federal (STF), no bojo da Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 1.931 e do Recurso Extraordinário 597.064 – com repercussão geral, a declaração de constitucionalidade do ressarcimento ao SUS, de modo a reafirmar a importância regulatória do instituto para o mercado de saúde suplementar.

Dessa maneira, no período retratado, o foco principal foi a organização dos trabalhos para proporcionar um aumento nos valores repassados ao Fundo Nacional de Saúde (FNS), o aumento da produtividade de análise das defesas apresentadas pelas operadoras, a diminuição do número de processos em papel e a implementação de um novo Protocolo Eletrônico para impugnações e recursos no ressarcimento ao SUS, como se desenvolverá a seguir.

6.2 – VALORES REPASSADOS AO FUNDO NACIONAL DE SAÚDE (FNS)

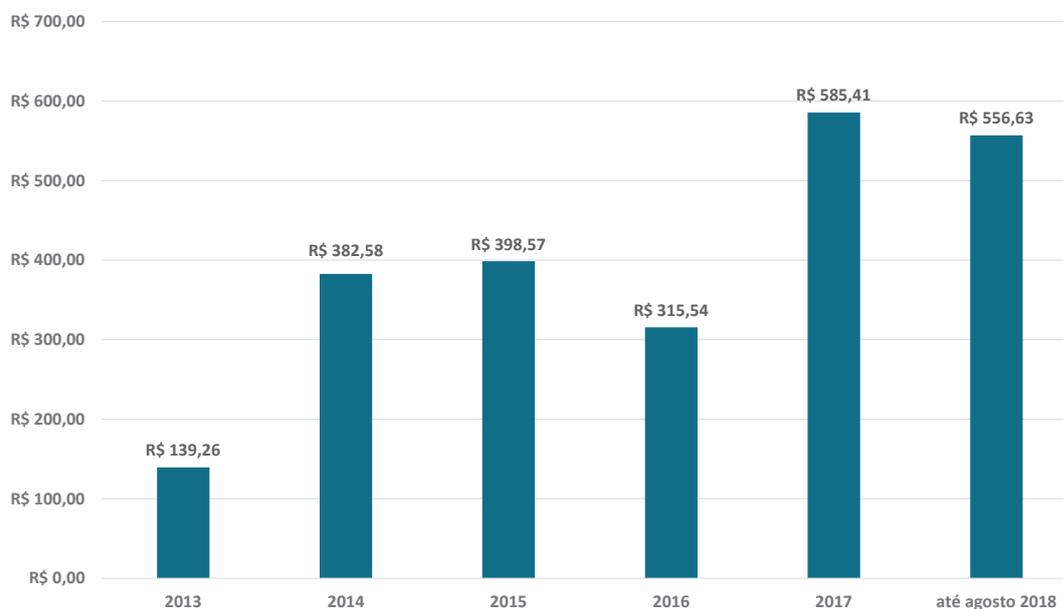
O Fundo Nacional de Saúde (FNS) é o gestor financeiro, no âmbito federal, dos valores que são destinados para o Sistema Único de Saúde (SUS), tendo sido criado pelo Decreto nº 64.867/69.

Com efeito, os valores arrecadados pela agência reguladora no âmbito do ressarcimento ao SUS são encaminhados diretamente ao referido Fundo Nacional de Saúde, nos termos do que preceitua o artigo 32, § 2º, da Lei nº 9.656/98, com redação dada pela Lei nº 12.469/11.

A fim de incrementar o repasse das quantias arrecadadas, a DIDES tem continuamente desenvolvido esforços para tornar o trâmite dessa operação mais célere e eficiente.

Nesse sentido, ao final do ano de 2017, alcançou-se a marca histórica de R\$ 585,41 milhões enviados para o Fundo Nacional de Saúde, montante que representou um aumento de 85,52%, em comparação com o ano anterior. Destaca-se que de setembro de 2017 até agosto de 2018 foram encaminhados aproximadamente R\$ 802,79 milhões ao FNS.

GRÁFICO 7 – VALOR ANUAL REPASSADO



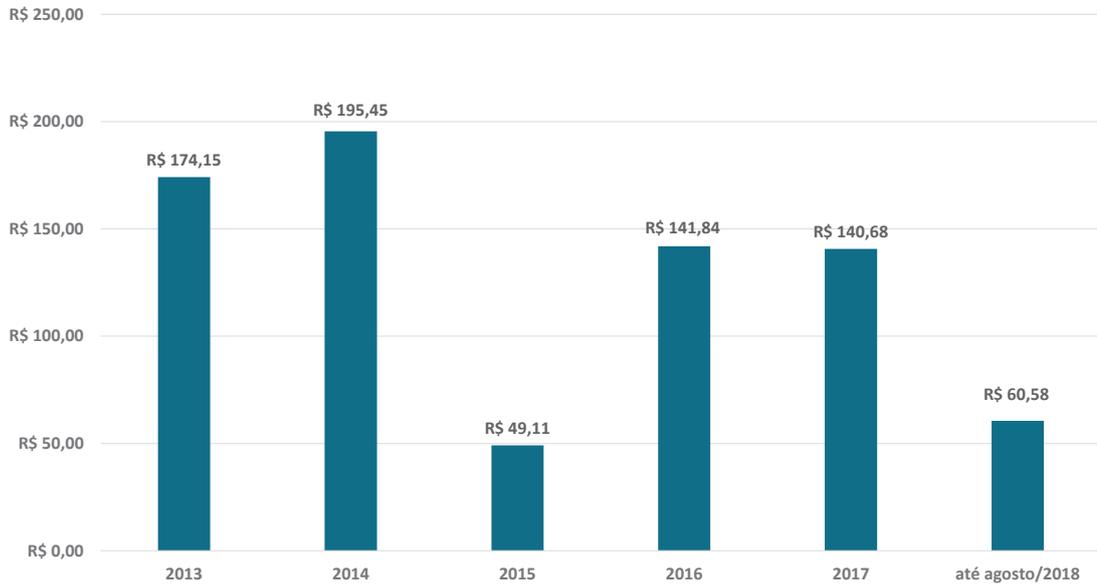
Fonte: ANS

O inadimplemento dos valores tidos como passíveis de serem ressarcidos enseja a inscrição do débito em Dívida Ativa e a inclusão da operadora no CADIN.

Nesse sentido, destaca-se que o passivo de débitos enviados para inscrição em Dívida Ativa vem diminuindo progressivamente, assim como o tempo médio entre o vencimento das GRUs e o encaminhamento à Gerência de Dívida Ativa.

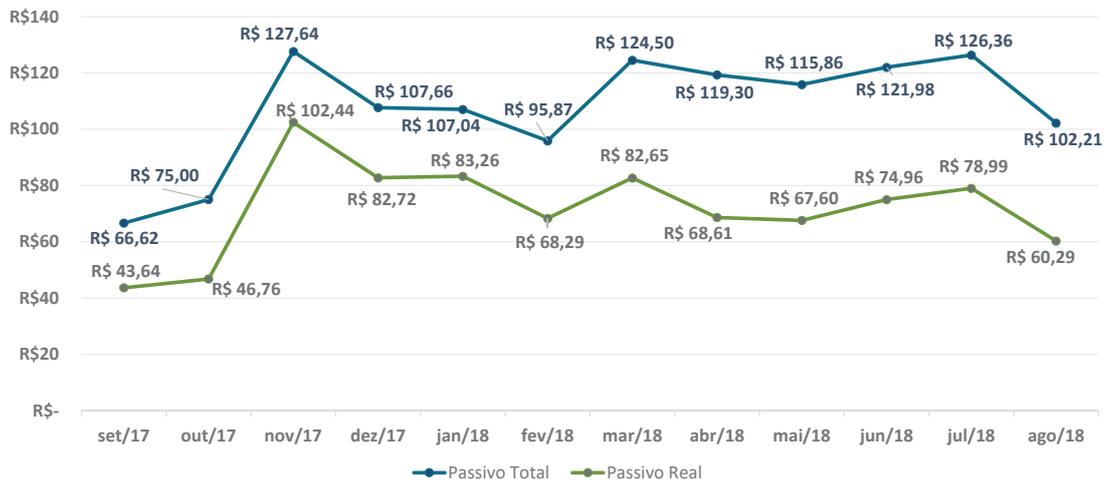
Ressalte-se, ainda, que, com a edição do Decreto nº 9.194, de 7 de novembro de 2017, a ANS passou a ter que observar o prazo de 90 dias após o vencimento do débito para executar-se o encaminhamento para inscrição em dívida ativa. Em razão disso, durante um período aproximado de três meses, as GRUs vencidas não puderam ser enviadas para o setor competente.

GRÁFICO 8 – VALOR ENCAMINHADO PARA INSCRIÇÃO EM DÍVIDA ATIVA



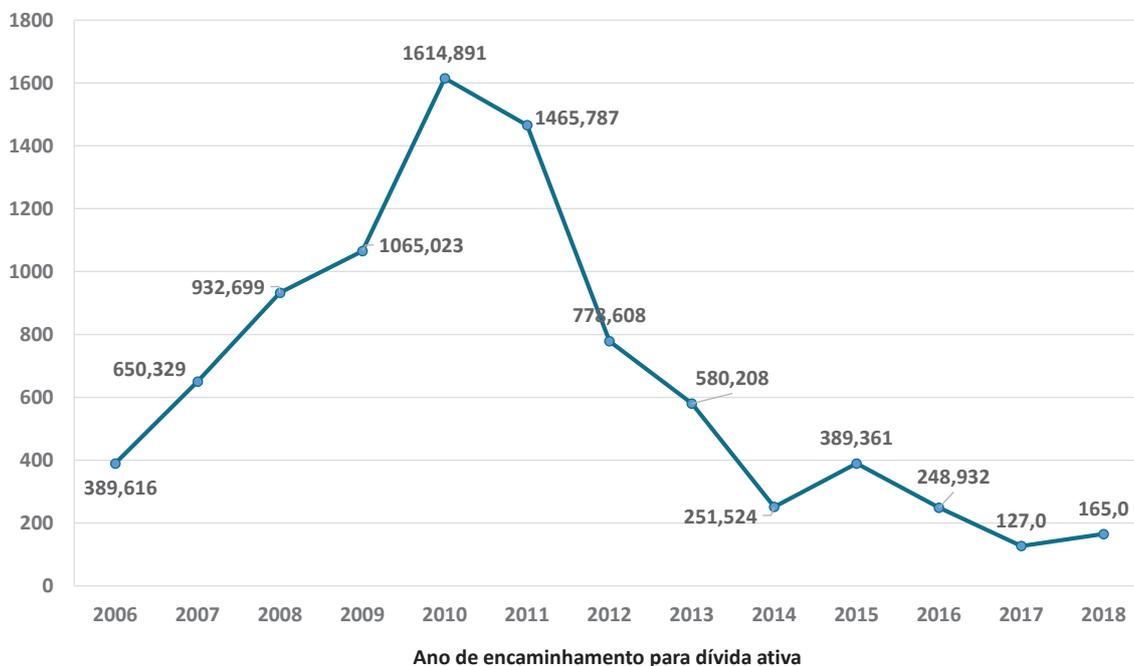
Fonte: ANS

GRÁFICO 9 – PASSIVO PARA INSCRIÇÃO EM DÍVIDA ATIVA (EM REAIS)



Fonte: ANS

GRÁFICO 10 – TEMPO DE ENCAMINHAMENTO PARA INSCRIÇÃO EM DÍVIDA ATIVA APÓS VENCIMENTO DO DÉBITO (EM DIAS)



Fonte: ANS

6.3 – MEDIDAS DE APRIMORAMENTO OCORRIDAS NO RESSARCIMENTO AO SUS

6.3.1 – NOVO PROTOCOLO ELETRÔNICO (PERSUS 2.0) E INTEGRAÇÃO COM O SEI

Desde sua implementação, o Protocolo Eletrônico do Ressarcimento ao SUS (PERSUS) foi adaptado para que todas as notificações fossem feitas por sistema, evitando assim a utilização dos Correios pelo setor de Protocolo, atualmente extinto devido às mudanças ocorridas.

Ocorre que, ainda que tenham significado grande avanço, o PERSUS 1.0 possuía fragilidades quando exposto a grande número de acessos, o que ocasionava a sobrecarga do sistema e erros de conexão. Assim, a fim de solucionar os problemas decorrentes das instabilidades do PERSUS, desde o segundo semestre de 2017, a ANS passou trabalhar na implementação de evolução do sistema de protocolo eletrônico, com o projeto de lançamento dos módulos do sistema PERSUS 2.0.

A vantagem da nova ferramenta situa-se no fato de que, além de possibilitar a integração com outros sistemas utilizados no ressarcimento ao SUS, o PERSUS 2.0 apresenta evolução tecnológica em relação ao sistema superado, sendo mais estável e com performance mais ágil.

Ainda que em um primeiro momento haja a coexistência do PERSUS 1.0 com o novo Protocolo, desde agosto de 2018, entrou em operação a nova interface.

Além disso, para as operadoras interessadas em obter uma maior integração e que possuam uma área de TI apta a absorver a nova tecnologia, foi disponibilizada a Área do Desenvolvedor, que oferece

um conjunto de webservices integrado com os demais sistemas da agência por meio de Application Programming Interfaces (APIs), de modo a propiciar o recebimento de notificações e envio de petições sem que seja necessário sair do sistema de gestão da própria operadora.

Cabe esclarecer que embora nem todas as operadoras tenham a infraestrutura em TI necessária para a utilização de webservice, há previsão de que haja um desafogamento do sistema, em razão da menor quantidade de usuários protocolizando peças processuais individualmente.

Ademais, em continuidade ao empenho para tornar o processo de ressarcimento ao SUS mais eficiente, destaca-se que os processos híbridos instaurados sob a vigência da RN 358/2014, ou seja, aqueles originados do 54º ao 57º ABI, já no PERSUS, foram totalmente integrados ao SEI, sendo encerrados os processos físicos abertos e que desde o 58º ABI, o procedimento de ressarcimento ao SUS é integralmente desenvolvido pelo Sistema Eletrônico de Informações (SEI).

Há, ainda, a tendência progressiva de que os processos anteriores ao 54º ABI possam ser os últimos procedimentos em papel na DIDES, que passará a tramitar processos exclusivamente eletrônicos.

Ressalte-se que mesmo para os processos anteriores ao 54º ABI, nos casos em que ainda restam atendimentos a serem analisados, será feita a migração para o SEI, tornando o processo híbrido e, conseqüentemente, permitindo a inclusão de documentos e notificações via protocolo eletrônico.

6.3.2 – APRIMORAMENTO DOS MÉTODOS DE COBRANÇA

A DIDES, dentro da ideia de observar os melhores métodos de eficiência para com o ressarcimento ao SUS, vem adotando medidas de saneamento de processos administrativos de forma a tornar a cobrança mais eficiente.

Assim, foram mapeados os processos administrativos que estavam suspensos, fazendo-se uma análise criteriosa, caso a caso, possibilitando o saneamento dos processos passíveis de prosseguimento em seu trâmite regular.

Desse modo, importa ressaltar que o total de processos analisados que se encontravam com situação suspensa somou o número de 353, sendo analisadas 18.590 AIHs. Esse total somava o valor de R\$ 30,9 milhões, já tendo sido cobrados R\$ 5,6 milhões, restando ainda como valor estimado de possíveis cobranças R\$ 6,9 milhões.

Além disso, vale ressaltar que algumas operadoras não estavam devidamente inscritas no PERSUS, motivo pelo qual foram notificadas para que procedessem a essa regularização. Assim, com a regular inscrição de algumas operadoras, foi possível a retomada de feitos administrativos que estavam paralisados.

Nesse sentido, destaca-se que 26 operadoras de planos de saúde regularizaram a inscrição no PERSUS durante o período de agosto de 2017 a setembro de 2018, tendo ocorrido a renotificação de 68 ABIs no referido período.

Nota-se, dessa forma, o esforço no sentido de aperfeiçoar e tornar cada vez mais eficiente a cobrança do ressarcimento.

6.3.3 – INTEGRAÇÃO COM O SUS E FORMALIZAÇÃO DO ACORDO DE COOPERAÇÃO COM O MINISTÉRIO DA SAÚDE

Na busca pelo aprimoramento dos dados recebidos do DATASUS, bem como visando à apuração de irregularidades apontadas pontualmente pelas operadoras, houve uma maior articulação da ANS com os órgãos do SUS, especialmente o Ministério da Saúde.

Destaca-se a formalização, em abril de 2018, do Termo de Cooperação entre ANS e o Ministério da Saúde, com o propósito de promover cooperação no que diz respeito ao intercâmbio de dados para fins de Ressarcimento ao SUS e do Registro Eletrônico em Saúde - RES.

Ainda, durante o período abrangido pelo presente relatório, a ANS se correspondeu e esteve presente no Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde (DENASUS).

A aproximação com o órgão de auditorias visa formalizar uma agenda de integração dos interesses compartilhados, sendo de se destacar que, na operacionalização do ressarcimento ao SUS, a agência reguladora se debruça diretamente sobre os atendimentos ocorridos no sistema público a beneficiários de planos privados de assistência à saúde, de modo que, não raro, as operadoras alegam a existência de indícios de irregularidades nos hospitais públicos.

Assim, considerando ainda o grande volume de atendimentos analisados pela ANS, verifica-se que o ressarcimento ao SUS é campo propício para aproximação com o DENASUS.

Além disso, destaca-se que o estreitamento das relações da ANS com os municípios e estados revela-se de extrema importância, pois, em última análise, são estes os gestores responsáveis pela qualidade das informações utilizadas pela autarquia no batimento.

Assim, registre-se que houve, em julho de 2018, a participação da DIDES no CONASEMS, com atuação em estande de atendimento ao público, tendo como principais objetivos: estreitar as relações entre a atividade regulatória desenvolvida na GEIRS e a gestão municipal em saúde; conhecer experiências locais e trocar informações com gestores do SUS e outros profissionais participantes, de forma a tornar a atuação desta autarquia mais alinhada às reais necessidades locais em saúde; dar publicidade ao trabalho da ANS no setor suplementar e aos seus canais de contato para dúvidas e reclamações.

Por fim, cumpre esclarecer que, em cumprimento ao estabelecido no cronograma da agência reguladora, em 30 de julho de 2018, a DIDES divulgou o segundo conjunto de informações do ressarcimento ao SUS para o Plano de Dados Abertos. Nesse momento, foram disponibilizados dados acerca da identificação dos beneficiários atendidos no sistema público, bem como sobre o processo de cobrança, com números relativos ao pagamento, recursividade e instâncias de julgamento, por operadora de planos de saúde.

6.3.4 – EDIÇÕES PERIÓDICAS DO BOLETIM DO RESSARCIMENTO

No que se refere à finalidade regulatória do ressarcimento, considerando a necessidade de difundir dados e análises sobre o atendimento no SUS a beneficiários de planos de saúde, iniciou-se o projeto para criação de relatórios e boletins periódicos, compostos de informações relativas aos atendimentos identificados.

Assim, dando continuidade, foi lançada a 5ª edição do Boletim Informativo - Utilização do Sistema Público por Beneficiários de Planos de Saúde e Ressarcimento ao SUS, o qual além de atualizar as informações anteriormente apresentadas, com a finalidade não apenas de levar ao conhecimento da sociedade em geral informações sobre a utilização do SUS por beneficiários de planos de saúde, mas também difundir, no âmbito da própria agência, dados a respeito do ressarcimento, possibilitando interdisciplinaridade na análise das bases existentes.

6.3.5 – OFICINAS COM AS OPERADORAS

De outro giro, merece destaque o fato de que de setembro de 2017 até a data de elaboração do presente relatório foram promovidas diversas oficinas de treinamentos com as operadoras de planos de saúde, tendo como tópicos principais os seguintes temas: quantidade e valor de atendimentos identificados; status dos atendimentos; passivos identificados, tanto físico quanto eletrônico; projeções de débitos para o ano de 2018; taxa de impugnações e deferimento de 1ª e 2ª instância; histórico de produtividade da DIDES; índice de efetivo pagamento; cronograma de lançamento de ABIs; e outros temas relevantes ao ressarcimento.

Foram realizadas aproximadamente 25 reuniões durante o referido período, englobando-se, aproximadamente, 400 operadoras, em um ostensivo trabalho de conscientização quanto às obrigações relativas ao ressarcimento e transparência relativa aos processos de trabalho que foram aprimorados.

6.4 – PROCESSOS DE RESSARCIMENTO AO SUS

6.4.1 – AVISO DE BENEFICIÁRIO IDENTIFICADO (ABI)

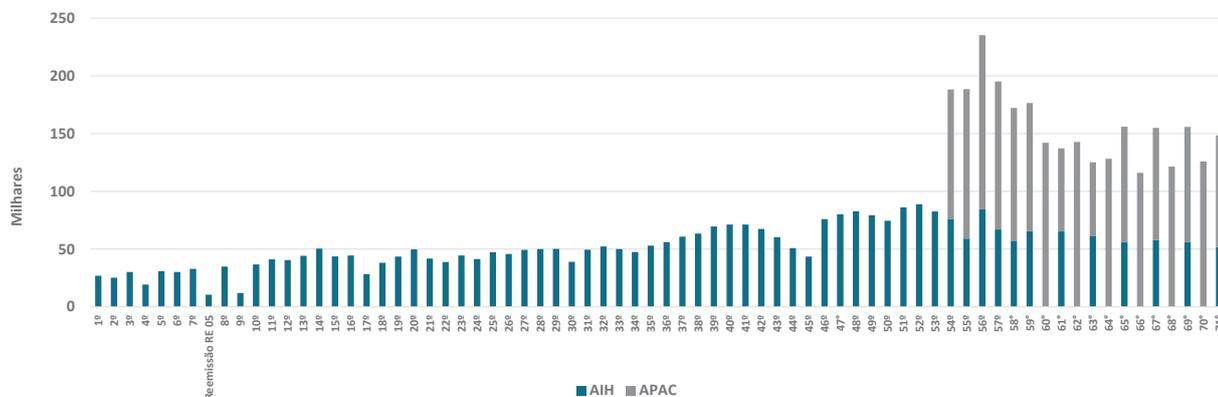
O Aviso de Beneficiário Identificado (ABI) é a notificação encaminhada às operadoras de planos de saúde contendo um conjunto de atendimentos realizados pelos seus beneficiários no Sistema Único de Saúde dentro de um determinado período. Em regra, cada ABI compreende três competências (meses).

Ao lançar o ABI, as operadoras de planos de saúde podem optar por fazer o pagamento de todo o valor notificado, ou podem apresentar impugnação, dando início ao processo de defesa.

Em relação a todo o período em que o ressarcimento ao SUS passou a ser de competência da ANS, o ano de 2017 foi também marcado pelo lançamento do maior número de Avisos de Beneficiários Identificados pela Agência.

Ressalte-se que, apenas no período entre setembro de 2017 a agosto de 2018, foram lançados sete ABIs para as operadoras de planos de saúde. Em cumprimento às determinações do Tribunal de Contas da União (TCU), a ANS promoveu o lançamento de quatro ABIs contendo exclusivamente APACs retroativas e três compreendendo tanto AIHs e APACs mais recentes.

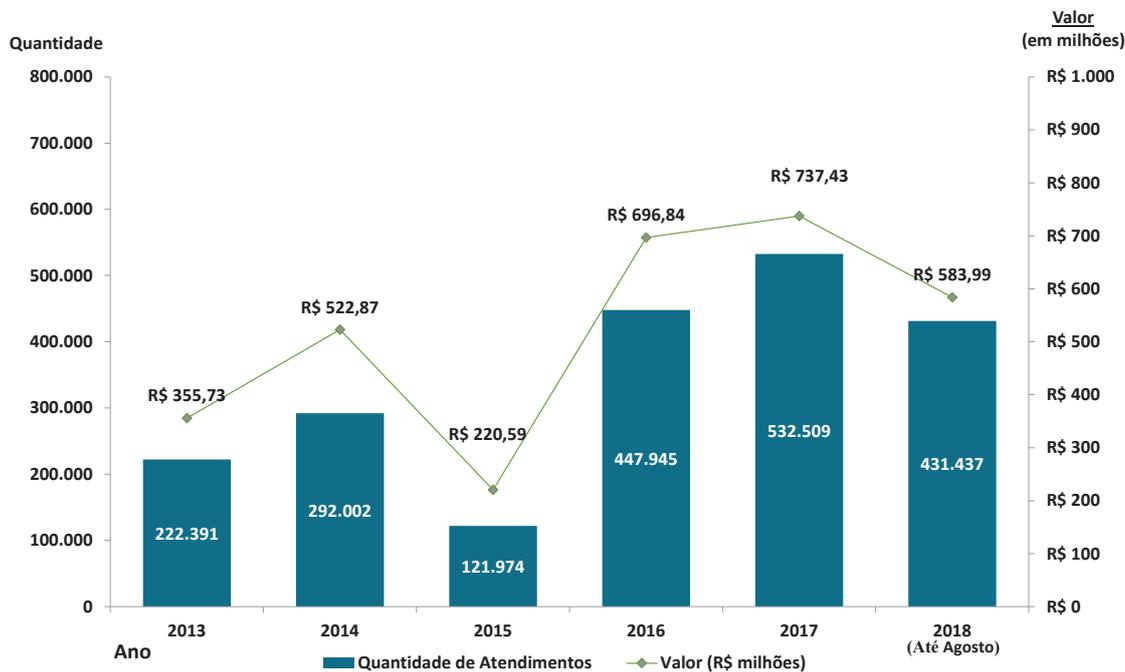
GRÁFICO 11 – ATENDIMENTOS NOTIFICADOS: ABIS LANÇADOS



Fonte: ANS

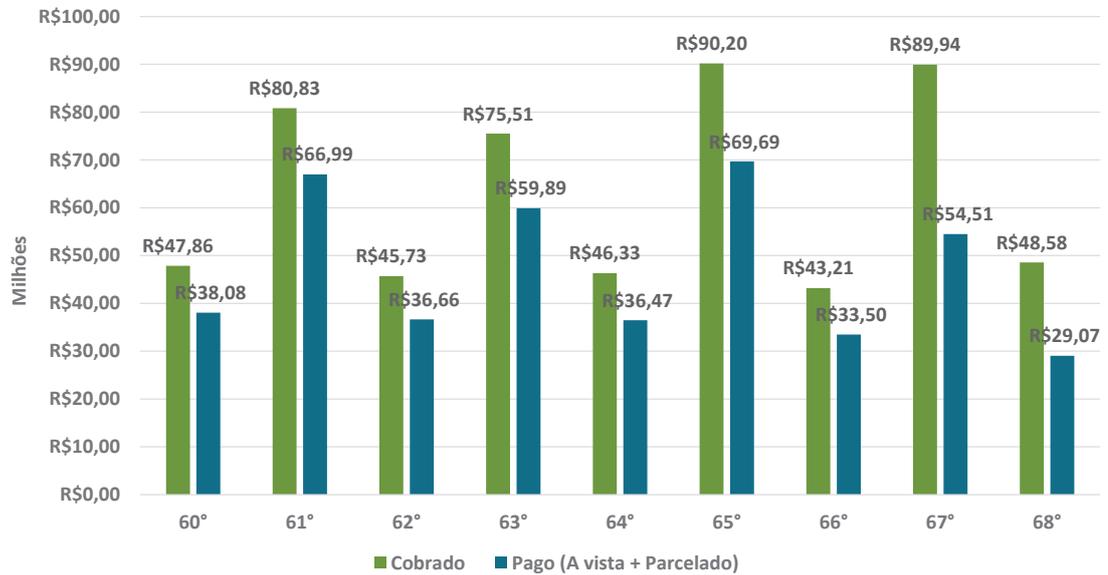
Além disso, de janeiro a agosto de 2018 obteve-se 79,19% do valor total dos atendimentos cobrados em relação a todo o ano de 2017, correspondendo a 81,02% da quantidade de atendimentos notificados no mesmo período.

GRÁFICO 12 – QUANTIDADE E VALOR TOTAL DE ATENDIMENTOS COBRADOS



Fonte: ANS

GRÁFICO 13 – EVOLUÇÃO DO PAGAMENTO

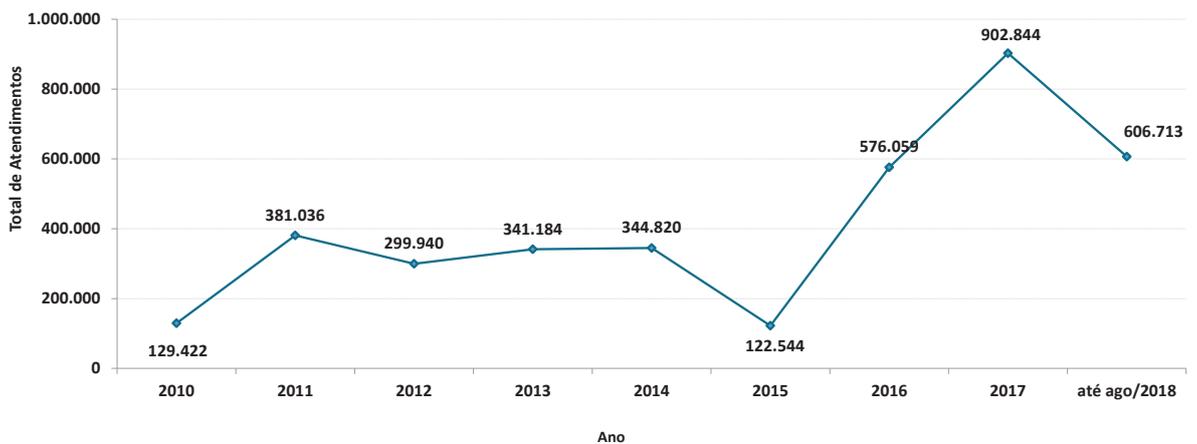


Fonte: ANS

6.4.2 – AUMENTO DA PRODUTIVIDADE

No que tange à produtividade da gerência e à redução do passivo de processos pendentes de análise no ressarcimento ao SUS, cumpre destacar a ocorrência de grandes avanços no período ora analisado, em especial, no que se refere à média de análises, que alcançou números sem precedentes

GRÁFICO 14 – PRODUTIVIDADE ANUAL



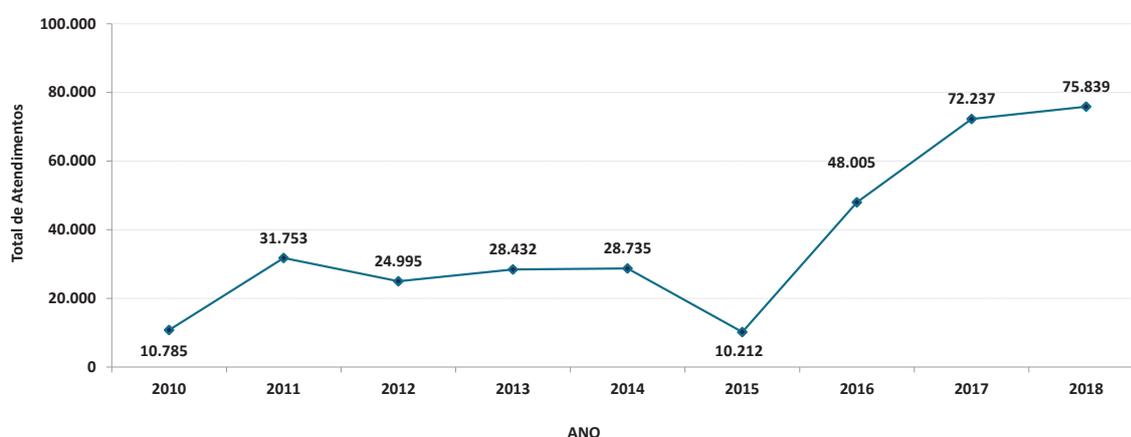
Fonte: ANS

TABELA 5 – PRODUTIVIDADE ANUAL DO RESSARCIMENTO AO SUS

ANO	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	até ago/ 2018
PRODUTIVIDADE ANUAL	129.422	381.036	299.940	341.184	344.820	122.544	576.059	902.844	606.713

Fonte: ANS

GRÁFICO 15 – PRODUTIVIDADE MÉDIA MENSAL



Fonte: ANS

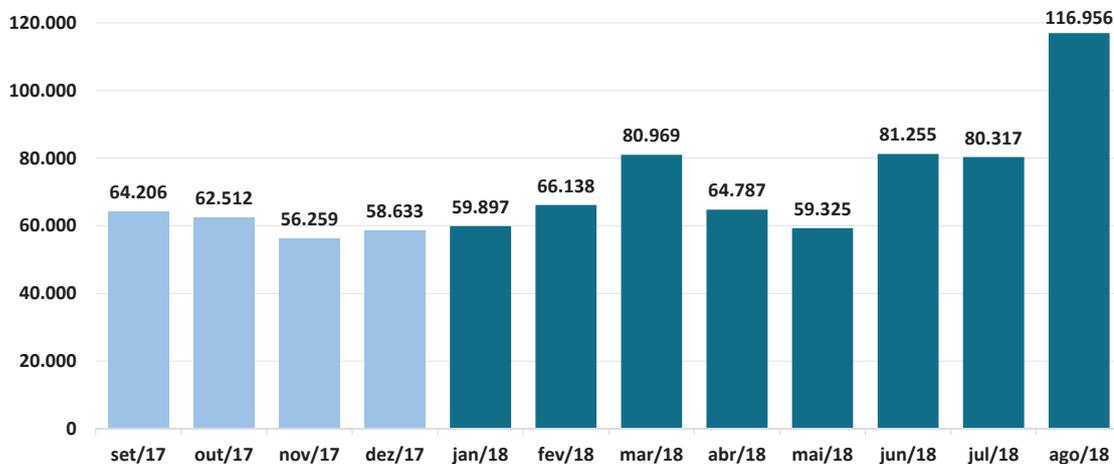
TABELA 6 – PRODUTIVIDADE MÉDIA MENSAL

ANO	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
PRODUTIVIDADE MÉDIA MENSAL	10.785	31.753	24.995	28.432	28.735	10.212	48.005	75.237	75.839

Fonte: ANS

No que se refere à quantidade total de atendimentos analisados, verifica-se que houve um significativo aumento de atendimentos examinados em 1ª e 2ª instância dentro do período de setembro de 2017 a agosto de 2018.

GRÁFICO 16 – TOTAL DE AIHS ANALISADAS



Fonte: ANS

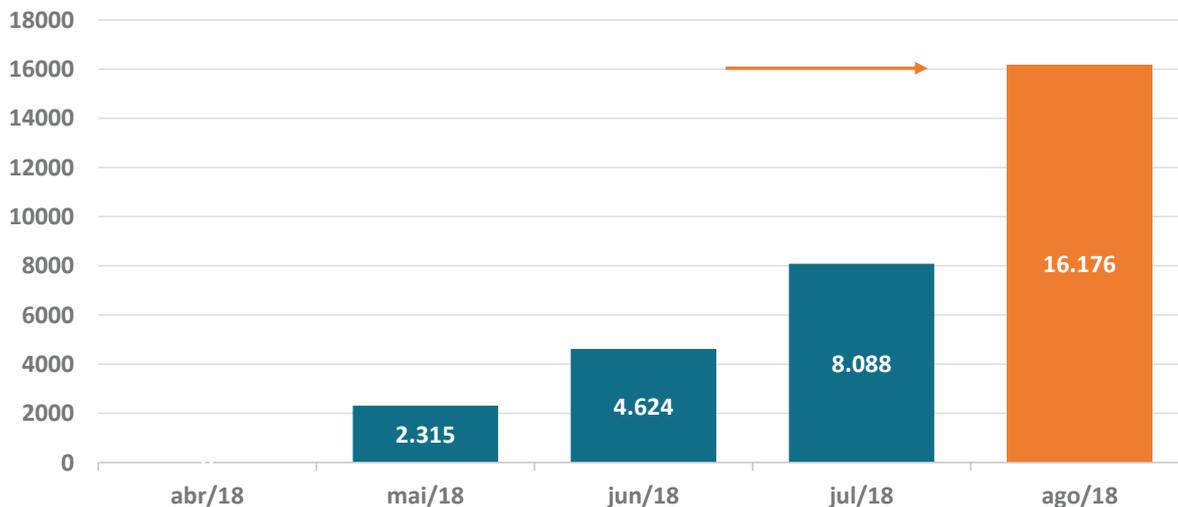
O aumento da produtividade dos servidores pode ser explicado por fatores como o aprimoramento do processo de julgamento, a consolidação de entendimentos entre as coordenadorias envolvidas no exame das impugnações e recursos, a atualização do manual interno de análise e a nova divisão de trabalho, mecanismos determinantes para otimizar a análise dos processos de acordo com a natureza das alegações das operadoras.

Ressalte-se, ainda, a participação de servidores efetivos lotados no Núcleo de Minas Gerais no procedimento do ressarcimento ao SUS, medida inovadora que vem contribuindo para o aumento da produtividade. O grupo tem se adaptado às metas impostas, evoluindo gradativamente nesse trimestre de 2018 que ainda não considera a meta total para cada servidor, ou seja, podemos chegar em agosto a mais de 16 mil análises consoante se pode verificar abaixo:

TABELA 7 – PRODUTIVIDADE MENSAL/TOTAL DO NÚCLEO/MG

UNIDADE ADMINISTRATIVA	Mês	Nº de Servidores Participantes	2012
NÚCLEO - MG	abr/18	0	0
	mai/18	13	2.315
	jun/18	14	4.624
	jul/18	13	8.088

GRÁFICO 17 – TOTAL DE AIHS ANALISADAS PELO NÚCLEO/MG

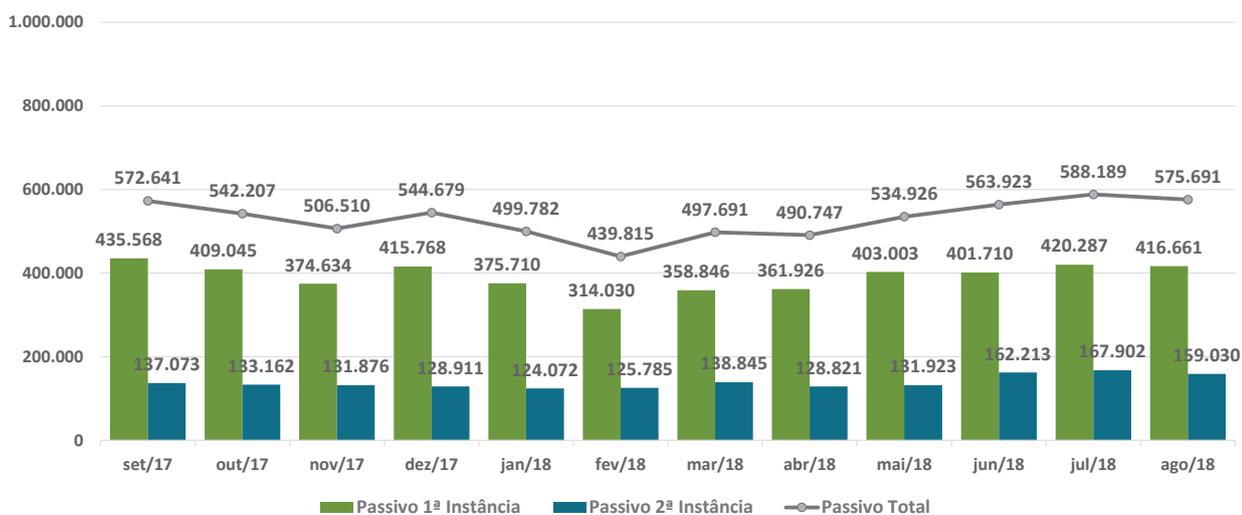


6.4.3 – ELIMINAÇÃO DO PASSIVO FÍSICO DE 1ª E 2ª INSTÂNCIA

No ano de 2017, o passivo em papel do ressarcimento diminuiu consideravelmente, de modo que a Agência, seguindo o cronograma estipulado, tem como previsão o saneamento completo do passivo em papel.

Assim, veja-se abaixo o gráfico com o passivo de análise entre setembro de 2017 até agosto de 2018.

GRÁFICO 18 – PASSIVO DE ANÁLISES ATÉ 31/08/2018



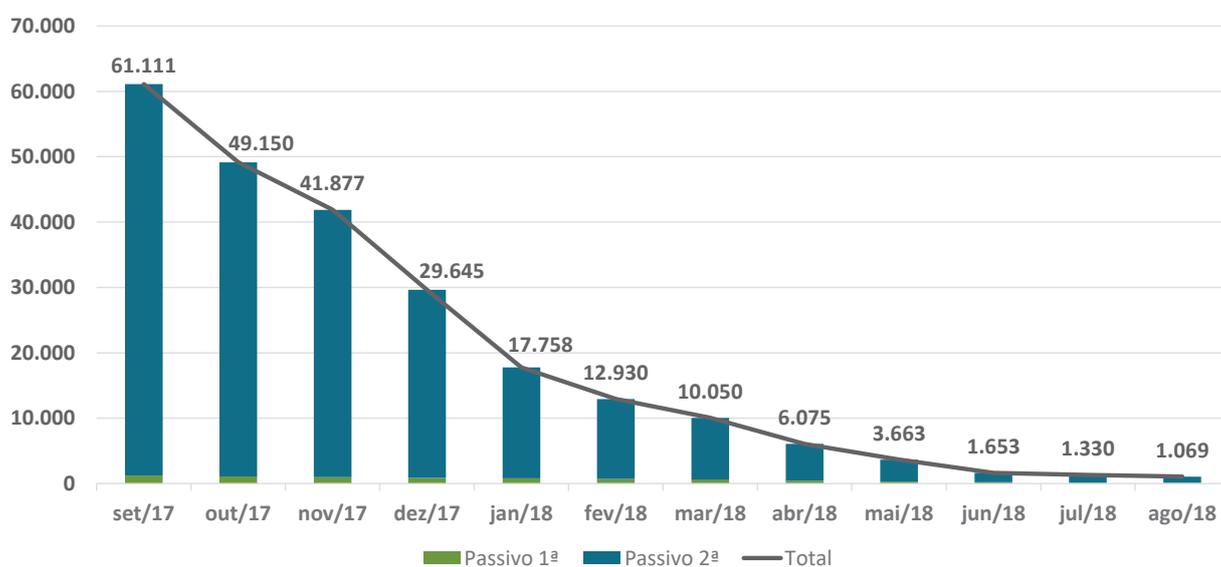
Fonte: ANS

TABELA 8 – PASSIVO EM PAPEL EM NÚMEROS ABSOLUTOS

Agosto de 2014	Agosto de 2018
688.738	1.069

Fonte: ANS

Assim, conforme se observa acima, entre agosto de 2014 e agosto de 2018, houve redução de 99,84% no passivo do ressarcimento em papel. A evolução no passivo dos procedimentos de ressarcimento ao SUS pode ser acompanhada no gráfico a seguir.

GRÁFICO 19 – HISTÓRICO DO PASSIVO EM PAPEL

Fonte: ANS

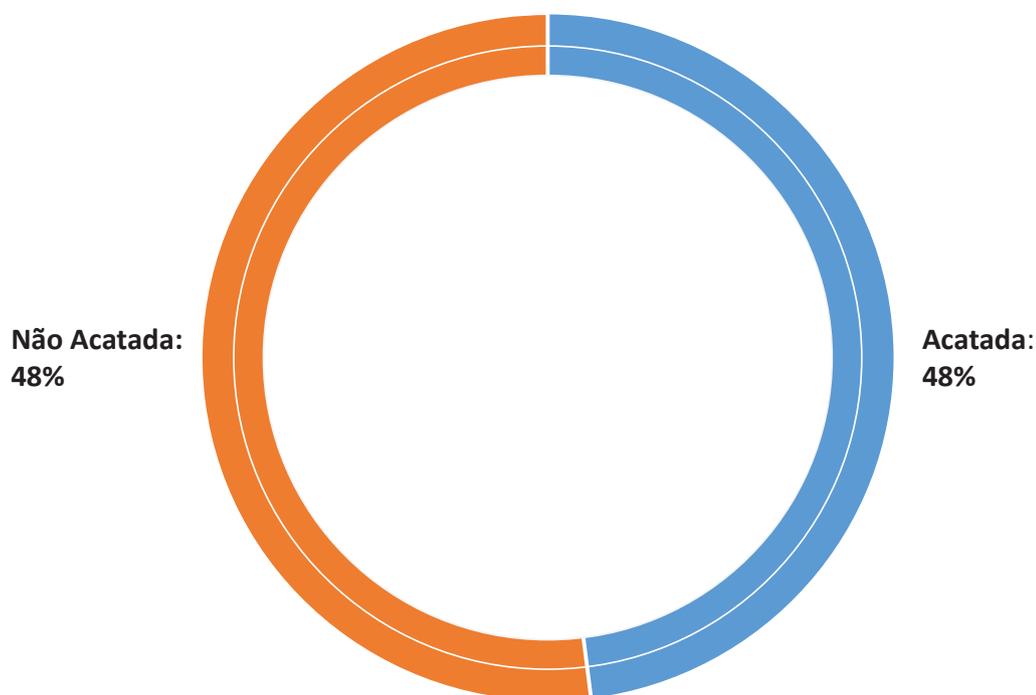
CAPÍTULO 7 – APRIMORAMENTO DO PROCESSO REGULATÓRIO

Tendo em vista o foco da DIDES no constante aperfeiçoamento e melhoria das suas ações e processos de trabalho, esta diretoria assumiu, em fevereiro de 2018, a relatoria do processo normativo que dispõe sobre o processo decisório para a resolução de problema regulatório, assim como os formatos de participação social no fluxo de tomadas de decisão no âmbito da ANS.

A regulamentação acerca da utilização obrigatória da Análise de Impacto Regulatório nos processos decisórios da ANS, bem como a modernização da regulamentação vigente acerca da participação da sociedade nesses processos, visa à melhoria da qualidade regulatória por meio de decisões dotadas de maior tecnicidade e previsibilidade.

Nesse sentido, foi realizada a Consulta Interna nº 30, entre 13 de março e 11 de abril, que contou com 23 contribuições e um percentual de acatamento de 48%:

GRÁFICO 20 – RESULTADO DA CONSULTA INTERNA Nº 30



Fonte: ANS

Após a incorporação das sugestões da Consulta Interna, foi elaborada proposta de ato normativo que seguiu em 30/08/2018 para análise formal e jurídica da Procuradoria Geral junto à ANS – PROGE/ANS, órgão da Advocacia Geral da União – AGU.

CAPÍTULO 8 – PARTICIPAÇÃO DA SOCIEDADE

A Participação social é ponto fundamental para as ações da Diretoria de Desenvolvimento Setorial (DIDES). Entre os instrumentos utilizados para fortalecimento do debate com a sociedade, destacam-se as Audiências e Consultas públicas, regulamentadas pela ANS, os grupos técnicos e comitês, que têm a finalidade de debater temas específicos diretamente com os públicos de interesse da ANS (operadoras, prestadores e entidades de defesa do consumidor) e os eventos temáticos, que têm o objetivo de apresentar novas normas ou propostas de atuação da diretoria que trarão impacto para a sociedade.

8.1 – CONSULTAS PÚBLICAS E AUDIÊNCIAS

No Período de setembro de 2017 a agosto de 2018 foram realizadas as seguintes consultas públicas:

TABELA 9: CONSULTAS PÚBLICAS REALIZADAS ENTRE SETEMBRO DE 2017 E AGOSTO DE 2018

Consulta	Número	Período
Fator de Qualidade	70	19/07/2018 A 17/08/2018
Consulta Pública sobre Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde.	66	05/06/2018 A 19/07/2018

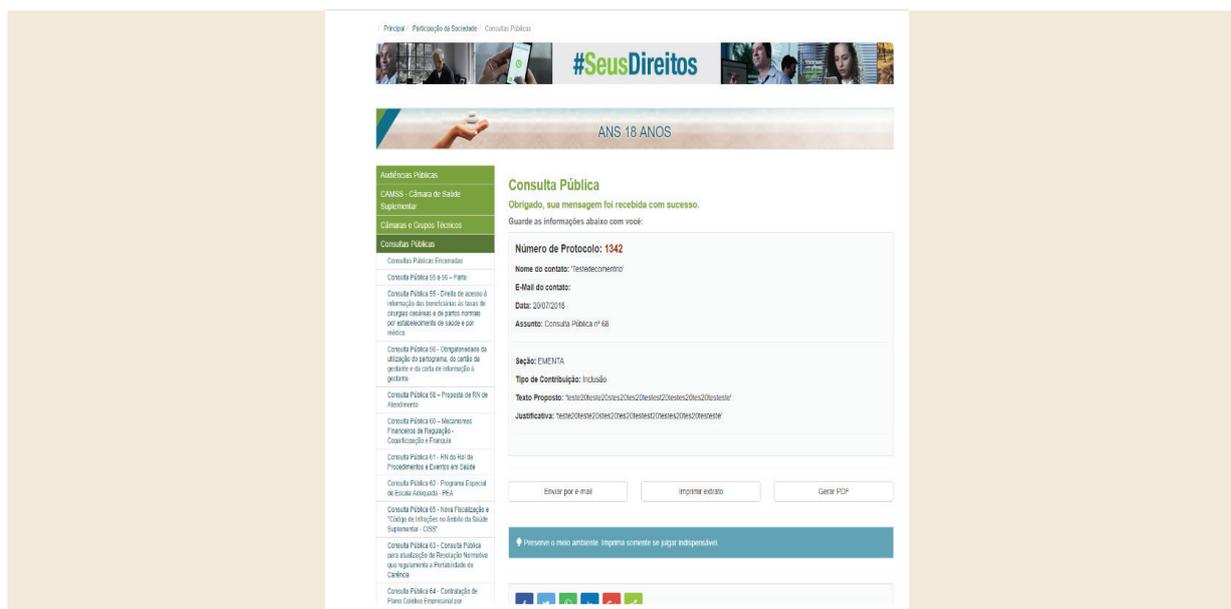
Todas as audiências e consultas públicas realizadas pela Diretoria de Desenvolvimento Setorial - DIDES são autorizadas pela Diretoria Colegiada da ANS, em reuniões transmitidas ao vivo via internet. Posteriormente, o edital com as regras de participação é divulgado no Diário Oficial da União (DOU) e no portal da ANS. Os documentos referentes às consultas e audiências são publicados no portal, em página específica. Os mecanismos de participação popular também são divulgados nas mídias sociais oficiais da ANS, que são o Twitter, Facebook e LinkedIn.

FIGURA 3: POSTAGENS NO TWITTER SOBRE AUDIÊNCIA PÚBLICA E CONSULTA PÚBLICA REALIZADAS PELA DIDES



Os participantes que enviam contribuições para as consultas públicas recebem um número de protocolo referente ao envio, conforme figura abaixo:

FIGURA 4: PRINT DA TELA DE ENVIO DE CONTRIBUIÇÕES A CONSULTAS PÚBLICAS



Os arquivos das consultas e audiências públicas permanecem publicados no portal da ANS, dessa forma, o histórico de discussões fica disponível para a sociedade.

8.1.1 – CONSULTA PÚBLICA Nº 66 – APS - PROGRAMA DE CERTIFICAÇÃO DE BOAS PRÁTICAS EM ATENÇÃO À SAÚDE DE OPERADORAS DE PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Descrição: A Consulta Pública teve como finalidade reunir informações, subsídios, sugestões ou críticas relativas à proposta de Resolução Normativa que visa instituir o Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde.

Formato: Minuta e anexos disponíveis para contribuição no período de 05/06/2018 a 19/07/2018.

Convocação: Diário Oficial da União (DOU), divulgação no portal da ANS.

Página da consulta: Está disponível o edital, a minuta de norma e a nota técnica relativa ao tema (<http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/consultas-e-participacoes-publicas/cp-66>).

Total de contribuições: 300

8.1.2 – CONSULTA PÚBLICA Nº 70 – FATOR DE QUALIDADE

Descrição: Teve a finalidade de reunir informações, subsídios, sugestões ou críticas relativas à Resolução Normativa que altera a RN nº 363/2014, que dispõe sobre as regras para celebração de contratos escritos firmados entre as operadoras de planos de assistência à saúde e os prestadores de serviços de atenção à saúde e a RN nº 364/2014, que dispõe sobre a definição de índice de reajuste pela ANS a ser aplicado pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde aos seus prestadores de serviço de atenção à saúde, em situações específicas, a saber, quando o contrato previr livre negociação como única forma de reajuste e as partes não chegarem a um acordo até os primeiros 90 dias do ano.

Formato: Minuta e anexos disponíveis para contribuição no período de 19/07/2018 a 17/08/2018.

Convocação: Diário Oficial da União (DOU), divulgação no portal da ANS.

Página da consulta: está disponível o edital, a minuta de norma e a nota técnica relativa ao tema (<http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/consultas-e-participacoes-publicas/consulta-publica-n-70-fator-de-qualidade>).

8.2 – GRUPO TÉCNICOS E COMITÊS

8.2.1 – COMITÊ TÉCNICO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE SETORIAL (COTAQ)

Descrição: É uma instância consultiva coordenada pela Diretoria de Desenvolvimento Setorial (DIDES) com a finalidade de auxiliar a ANS no estabelecimento de critérios de aferição e controle da qualidade da prestação de serviços na saúde suplementar. Além do seu coordenador, o COTAQ será composto por membros internos e externos à ANS, nomeados pelo Diretor-Adjunto da DIDES.

Formato: São realizadas reuniões presenciais com transmissão on-line.

Convocação: Divulgação no portal da ANS, convites por e-mail, seleção de participantes por meio de edital e convidados eventuais por e-mail.

Público-Alvo: Representantes de operadoras, prestadores e entidades acreditadoras.

Página do COTAQ: Na página é possível encontrar todas as gravações dos eventos, listas de presença

e documentos apresentados durante os encontros. (<http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/comites-e-comissoes/cotaq>)

8.2.2 – COMITÊ DE PADRONIZAÇÃO DAS INFORMAÇÕES EM SAÚDE SUPLEMENTAR (COPISS)

Descrição: O COPISS é um grupo fixo, que tem por finalidade propor à ANS o aprimoramento do Padrão de Troca de Informação em Saúde Suplementar (TISS); revisar os termos integrantes do componente de representação de conceitos em saúde e analisar as solicitações de inclusões na TUISS, promover a divulgação e acompanhar a adoção do Padrão TISS; analisar os sistemas de informação da saúde suplementar, coordenados pela ANS, visando à adequação do Padrão TISS, promover, fomentar e recomendar estudos relativos à tecnologia de informação e comunicação em saúde.

Formato: São realizadas reuniões presenciais.

Convocação: Convidados pré-selecionados por portaria.

Público-alvo: O COPISS é composto por representantes da ANS, do Ministério da Saúde, das operadoras de planos privados de assistência à saúde, dos prestadores de serviços de saúde, das instituições de ensino e pesquisa e das entidades representativas de usuários de planos privados de assistência à saúde. Para o desenvolvimento de suas atividades, o COPISS poderá contar com a participação de convidados, escolhidos entre entidades, cientistas e técnicos com conhecimentos na área, e poderá ainda constituir Grupos Técnicos para a elaboração de estudos e pareceres temáticos.

Página do COPISS: Na página é possível encontrar a relação de Participantes e as Atas das reuniões. (<http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/comites-e-comissoes/copiss-comite-de-padronizacao-das-informacoes>).

8.2.3 – GRUPO TÉCNICO DE ACREDITAÇÃO DE OPERADORAS

Descrição: Grupo Técnico destinado a discutir as mudanças na Resolução Normativa (RN) nº 277 de 04 de novembro de 2011, que trata do Programa de Acreditação de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde.

Formato: São realizadas reuniões presenciais com transmissão ao vivo.

Convocação: Divulgação no portal da ANS, convites por e-mail.

Público-alvo: Operadoras, prestadores e entidades acreditadoras.

Página do GT: Na página é possível encontrar todas as gravações dos eventos, listas de presença e documentos apresentados durante os encontros. (<http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/camaras-e-grupos-tecnicos/grupo-tecnico-de-acreditacao-de-operadoras>)

8.2.4 – GRUPO TÉCNICO DE ONCOLOGIA (ONCOREDE)

Descrição: Destina-se a discutir a atenção integral em Oncologia na saúde suplementar.

Formato: Reuniões predominantemente virtuais.

Convocação: Convites por e-mail.

Público-alvo: Operadoras e prestadores inscritos no projeto e pesquisadores relacionados ao tema.

Página do GT: Na página é possível encontrar todas as apresentações das reuniões virtuais e o histórico de reuniões presenciais.

(<http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/camaras-e-grupos-tecnicos/grupo-tecnico-de-oncologia>).

8.2.5 – GRUPO TÉCNICO DO IDOSO BEM CUIDADO

Descrição: Grupo Técnico destinado a reunir participantes do projeto Idoso Bem Cuidado, que tem o objetivo de identificar e debater a necessária mudança do sistema de cuidado em saúde da pessoa idosa.

Convocação: Convites por e-mail.

Formato: Reuniões predominantemente virtuais.

Público-alvo: Operadoras e prestadores inscritos no projeto e pesquisadores relacionados ao tema.

Página do GT: Na página é possível encontrar todas as apresentações das reuniões virtuais e o histórico de reuniões presenciais.

(<http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/camaras-e-grupos-tecnicos/grupo-tecnico-do-idoso-bem-cuidado>)

8.2.6 – GRUPO TÉCNICO DA LEI 13.003/2014

Descrição: O GT Lei 13.003/14 tem o objetivo de identificar e debater, com representantes do setor, oportunidades para melhorar o relacionamento entre operadoras e prestadores, a partir da regulamentação da Lei 13.003/14 (RNs 363, 364 e 365).

Público-alvo: Representantes de prestadores.

Reuniões: Presenciais.

Página do GT: Na página é possível encontrar todas as apresentações das reuniões. (<http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/camaras-e-grupos-tecnicos/grupo-tecnico-lei-13-003-14>).

8.2.7 – REUNIÕES DO PROJETO PARTO ADEQUADO

Descrição: O projeto Parto Adequado, desenvolvido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE) e o Institute for Healthcare Improvement (IHI), com o apoio do Ministério da Saúde, tem o objetivo de identificar modelos inovadores e viáveis de atenção ao parto e nascimento, que valorizem o parto normal e reduzam o percentual de cesarianas sem indicação clínica na saúde suplementar.

Formato: São realizadas reuniões virtuais e presenciais intituladas “Sessão de Aprendizado Presencial do Projeto Parto Adequado (SAP)”.

Convocação: Divulgação no portal da ANS, convites por e-mail, seleção de participantes por meio de edital.

Público-Alvo: Na segunda fase participam 137 hospitais e 65 operadoras. Também são convidados especialistas no tema parto e representantes de conselhos profissionais.

Página do projeto: Na página é possível encontrar todas as gravações dos eventos, listas de presença e documentos apresentados durante os encontros. (<http://www.ans.gov.br/gestao-em-saude/projeto-parto-adequado>)

8.3 – OUTROS EVENTOS DE PARTICIPAÇÃO DA SOCIEDADE

8.3.1 – AGENDA PARA O DESENVOLVIMENTO SETORIAL: EIXO DE ESTÍMULO E INDUÇÃO À QUALIDADE

Em abril de 2018, a DIDES apresentou a Agenda para o Desenvolvimento Setorial: Eixo de Estímulo e Indução à Qualidade, que teve o objetivo de apresentar os projetos de indução às boas práticas no mercado de saúde suplementar. No encontro, foi lançado o Projeto de Atenção Primária à Saúde (APS) e foram apresentadas as mudanças no Programa de Acreditação de Operadoras e a proposta de ajustes no Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS). Todo o histórico do evento pode ser acessado na página do evento, no portal da ANS.

FIGURA 5: FOTOS E PRINT DA TRANSMISSÃO VIA PERISCOPE DO EVENTO “AGENDA PARA O DESENVOLVIMENTO SETORIAL: EIXO DE ESTÍMULO E INDUÇÃO À QUALIDADE”



8.3.2 – OUVINDO OS CONTRATANTES: COMO OS GRANDES CONSUMIDORES DE PLANOS DE SAÚDE PODEM PARTICIPAR DAS DECISÕES REGULATÓRIAS?

O encontro destina-se a pessoas jurídicas interessadas em conhecer as regras relacionadas aos planos coletivos empresariais e por adesão.

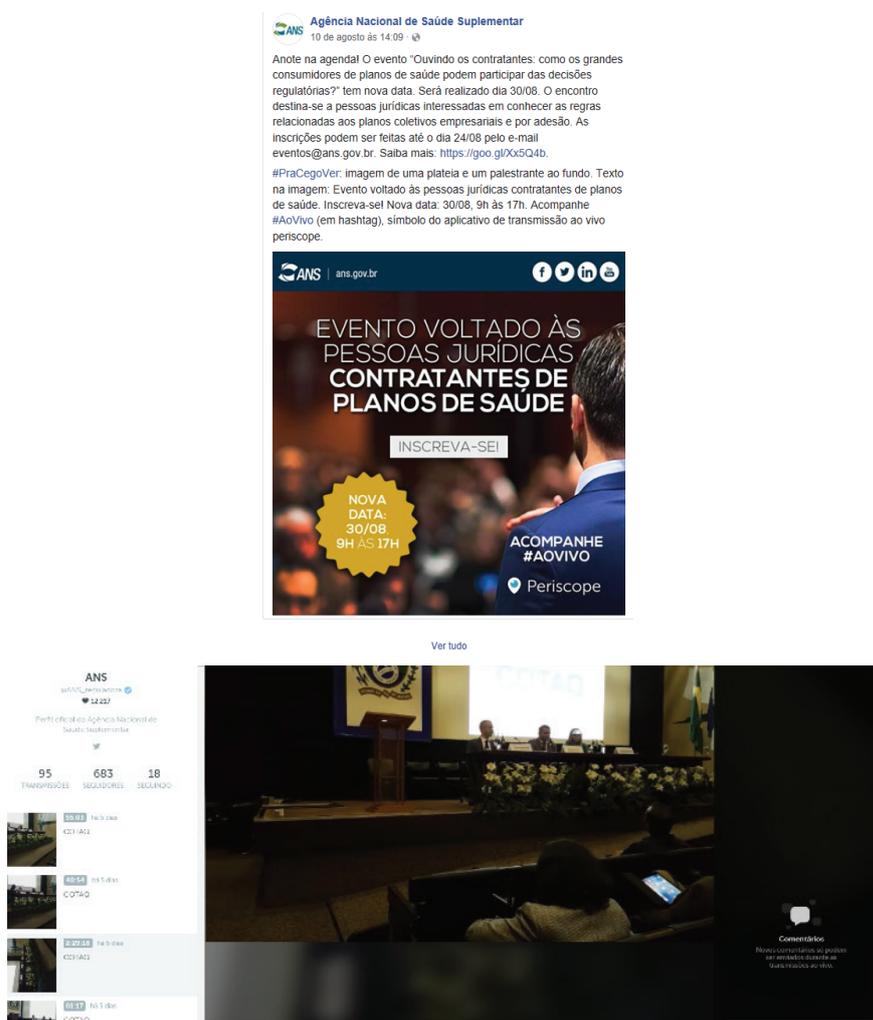
8.4 – TRANSMISSÕES DOS EVENTOS VIA PERISCOPE

Com intuito de aumentar a participação social, as Audiências, Grupos Técnicos e Comitês organizados pela DIDES são transmitidos, ao vivo, pelo aplicativo Periscope. Dessa forma, qualquer cidadão, independente de prévia inscrição, tem acesso ao debate e pode enviar perguntas on-line durante o evento. No período de setembro de 2017 a agosto de 2018 foram realizadas oito transmissões, que totalizaram 3.300 visualizações, conforme lista a seguir:

TABELA 10: EVENTOS QUE TIVERAM TRANSMISSÃO VIA PERISCOPE

Evento	Data	Visualizações
Reunião do COTAQ	18/10/2017	102
Reunião do COTAQ	30/11/2017	90
Remuneração	05/12/2017	99
Acreditação	24/01/2018	225
Modelos de Remuneração	15/03/2018	396
Parto adequado	2 E 3/04/2018	1196
Agenda	26/04/2018	839
Reunião do COTAQ	10/08/2018	353

FIGURA 6: PRINT DE TRANSMISSÃO VIA PERISCOPE E POSTAGEM FEITA NO TWITTER OFICIAL DA AGÊNCIA



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



Disque ANS
0800 701 9656



Central de
Atendimento
www.ans.gov.br



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



Atendimento
exclusivo para
deficientes auditivos
0800 021 2105



*Use a opção do código
para ir ao portal da ANS*



[ans.reguladora](https://www.facebook.com/ans.reguladora)



[@ANS_reguladora](https://twitter.com/ANS_reguladora)



[ansreguladoraoficial](https://www.youtube.com/ansreguladoraoficial)



[company/ans_reguladora](https://www.linkedin.com/company/ans_reguladora)



Av. Augusto Severo, 84 - Glória , 20021-040 - Rio de Janeiro/RJ