

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

RELATÓRIO DE GESTÃO DIRETORIA DE DESENVOLVIMENTO SETORIAL

(setembro de 2018
a agosto de 2019)





RELATÓRIO DE GESTÃO

DIRETORIA DE DESENVOLVIMENTO SETORIAL
(SETEMBRO DE 2018 A AGOSTO DE 2019)

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)**

Celina Maria Ferro de Oliveira

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 2018 A AGOSTO DE 2019)





2019. 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

Diretoria Adjunta-DIRAD

Gerência de Padronização, Interoperabilidade e Análise de Informação- GEPIN

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

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/CÓPDI/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 2018 a agosto de 2019) / Agência Nacional de Saúde Suplementar. Diretoria de Desenvolvimento Setorial. – Rio de Janeiro: ANS, 2019.

7,3MB; 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	Atualização do Programa: Novas dimensões e requisitos	26
Figura 2	Faixas de notas de avaliação	27
Figura 3	Reuniões CATEC	33
Figura 4	Painel Executivo: Data mart beneficiário	46
Figura 5	Mapa de calor da distribuição de beneficiários por município	47
Figura 6	Exemplo de relatório do data mart beneficiário	47
Figura 7	Painel Executivo – data mart financeiro multas	48
Figura 8	Painel de multas aplicadas, suspensas e canceladas por ano de publicação	49
Figura 9	Painel de multas arrecadadas, descontos concedidos por ano de competência	49
Figura 10	Exemplo de relatório do data mart financeiro multas	50
Figura 11	Relatório resumo de atributos do Ri Contratos	51
Figura 12	Faixas de notas de avaliação	52
Figura 13	Exemplo de tabulação disponível no TabnetANS	53
Figura 14	Exemplo de consulta disponível no caderno 2.0	53
Figura 15	Relatório resumo de atributos do Ri Contratos	54
Figura 16	Print da tela de envio de contribuições a consulta pública	78
Figura 17	Transmissão da Audiência Pública nº 14, sobre o Relacionamento e Contratualização entre Prestadores de Serviços de Saúde e Operadoras	80
Figura 18	Foto de divulgação da Audiência Pública	81
Figura 19	Foto de divulgação da Oficina IDSS-TISS	83
Figura 20	Foto de divulgação da campanha “A hora do Bebê”	84
Figura 21	Imagem do Guia	85
Figura 22	Parceiros do Projeto Parto Adequado	85
Figura 23	Foto de divulgação da reunião conclusiva da CATEC	86
Figura 24	Foto de divulgação II Fórum ANS sobre Qualidade	87
Figura 25	Figura 10: Print de transmissão via Periscope	88
Figura 26	Página do Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde	89
Figura 27	Página do Projeto Modelos de Remuneração Baseados em Valor	89
Figura 28	Página do Espaço do Ressarcimento ao SUS	90
Figura 29	Página do Programa de Qualificação de Operadoras	90
Figura 30	Mosaico de campanhas nas mídias sociais	91

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Definições do Planejamento Estratégico DIDES	16
Quadro 2	Solicitações por parte das operadoras - IDSS 2018 (ano-base 2017)	28
Quadro 3	Eventuais descumprimentos das regras trazidas pela RN 389/15	36
Quadro 4	Saída dos processos administrativos por assunto	37
Quadro 5	Estoque Processual	38
Quadro 6	Estoque Processual da Coordenadoria de Representações	40
Quadro 7	Representação	41
Quadro 8	Cronograma	74

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Percentual de Partos Vaginais dentre todos os partos realizados	20
Gráfico 2	Taxa de admissões de neonatos ($\geq 2.5\text{kg}$) em uti neonatal por 1000 nascidos vivos - todas as gestantes exceto RN com malformação “major”	21
Gráfico 3	Percentual de pacientes com laudo completo	22
Gráfico 4	Percentual de beneficiários que realizaram exames de rastreamento para câncer colorretal	22
Gráfico 5	Tempo médio, em dias, entre o diagnóstico anatomopatológico e o início do tratamento	23
Gráfico 6	Evolução do número de operadoras acreditadas	24
Gráfico 7	Total de demandas recepcionadas na Consulta Pública 71, por tipo de solicitação	25
Gráfico 8	Total de demandas recepcionadas na Consulta Pública 71 por Demandante	25
Gráfico 9	Saída dos processos por assunto, conforme Quadro 4	38
Gráfico 10	Estoque processual, conforme Quadro 5	39
Gráfico 11	Estoque processual COREP, conforme Quadro 6	40
Gráfico 12	Representações, conforme quadro 7	41
Gráfico 13	Quantidade de demandas de informações recebidas por grau de complexidade, setembro/2018 a agosto/2019.	56
Gráfico 14	Quantidade de demandas de informações finalizadas por grau de complexidade, setembro/2018 a agosto/2019	56
Gráfico 15	Valor Anual Repassado	60
Gráfico 16	Valor Encaminhado para Inscrição em Dívida Ativa	61
Gráfico 17	Passivo para Inscrição em Dívida Ativa (em Reais)	61
Gráfico 18	Tempo de encaminhamento para inscrição em Dívida Ativa após vencimento do débito (em dias)	62
Gráfico 19	Atendimentos Notificados: ABIs lançados	68
Gráfico 20	Quantidade e Valor Total de Atendimentos Cobrados	68
Gráfico 21	Evolução do Pagamento por ABI	69
Gráfico 22	Produtividade Anual	69

Gráfico 23	Produtividade média mensal	70
Gráfico 24	Total de AIHs Analisadas	71
Gráfico 25	Total de AIHs Analisadas	72
Gráfico 26	Passivo de atendimentos em Análise até 31/08/2019	73
Gráfico 27	Histórico do Passivo em Papel	73
Gráfico 28	Histórico das visualizações via Periscope	88

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Estabelecimentos de Saúde Acreditados	30
Tabela 2	Estabelecimentos de Saúde com Atributos de Qualidade	31
Tabela 3	Distribuição de processos envolvidos no projeto de saneamento segundo situação em agosto de 2019	64
Tabela 4	Distribuição de atendimentos envolvidos no projeto de saneamento segundo situação em agosto de 2019	64
Tabela 5	Processos envolvidos na renotificação de ABIs para regularização de conformidade quanto à ciência da notificação	65
Tabela 6	Produtividade Anual Ressarcimento ao SUS	70
Tabela 7	Produtividade média mensal	70
Tabela 8	Produtividade mensal/total dos Núcleos da ANS	71
Tabela 9	Passivo em Papel de atendimentos em análise até 31/08/2019	73
Tabela 10	Audiências Públicas realizadas entre setembro de 2018 a agosto de 2019	77
Tabela 11	Consultas Públicas realizadas entre setembro de 2018 a agosto de 2019	77
Tabela 12	Eventos que tiveram transmissão via Periscope	87

SUMÁRIO

Introdução	11
Capítulo 1 Visão Geral e Estrutura da DIDES	13
1.1 Missão, visão e valores	13
1.2 Estrutura Organizacional	14
Capítulo 2 Planejamento Estratégico	15
Capítulo 3 Estímulo e Indução à Qualidade	18
3.1 Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde – PCBP	19
3.1.1 Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção Primária à Saúde – APS	19
3.2 Parto Adequado	20
3.3 Projeto OncoRede	21
3.4 Programa de Acreditação de Operadoras (PAO)	24
3.5 Programa de Qualificação de Operadoras (PQO)	26
3.5.1 IDSS – TISS 2018 (Ano-Base 2017)	27
3.5.2 IDSS – TISS 2019 (Ano-Base 2018)	29
3.5.3 IDSS – TISS 2020 (Ano-Base 2019)	30
3.6 Programa de Qualificação de Prestadores de Serviço de Saúde (QUALISS)	30
3.6.1 Programa de Monitoramento da Qualidade dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar (PM-QUALISS) – Projeto Consórcio Nacional para Mensuração de Desfechos em Saúde	31
3.7 Projeto Modelos de Remuneração Baseados em Valor	31
Capítulo 4 Relacionamento entre operadoras e prestadores de serviços de saúde	33
4.1 CATEC	33
4.2 Fator de Qualidade	34
4.3 Transparência das Informações para os Beneficiários	35
4.4 Processos no âmbito da DIDES	37
4.4.1 Da Instrução Processual para processos relativos à Contratualização entre Operadoras e Prestadores de Serviço de Saúde e Processos relativos à Substituição de Prestadores não Hospitalares e demais processos regulatórios.	37
4.4.2 Do tratamento dos processos iniciados por meio de representação	39

Capítulo 5	Assessoramento Normativo	42
5.1	Atividades da Assessoria	42
Capítulo 6	Produção, Análise e Interoperabilidade das Informações	43
6.1	Contribuição para a implementação do Registro Eletrônico em Saúde (RES)	43
6.1.1	Registro Eletrônico de Saúde (RES)	43
6.1.2	Conjunto Mínimo de Dados (CMD)	44
6.2	Aprimoramento do Padrão de Troca de Informações de Saúde Suplementar (TISS) e da Terminologia Unificada da Saúde Suplementar (TUSS)	44
6.3	Estruturação da área de análise de dados e produção de informações	45
6.3.1	aprimoramento da Governança da Informação na ANS e Subcomitê de Governança Digital e Tecnologia da Informação (SGODITI)	45
6.3.2	Manutenção e atualização dos principais sistemas de informação da ANS	52
6.3.2.1	TabNet	52
6.3.2.2	Sala de Situação	53
6.3.2.3	Plano de Dados Abertos (PDA)	55
6.3.2.4	Demandas Internas de Produção da Informação	56
6.4	Aprimoramento da Qualidade Cadastral do Sistema de Informações de Beneficiários (SIB)	57
6.5	Projeto de Aprimoramento do Sistema de Informações de Beneficiários (SIB)	58
Capítulo 7	Integração e Ressarcimento ao SUS	59
7.1	Contextualização	59
7.2	Valores Repassados ao Fundo Nacional de Saúde (FNS)	60
7.3	Medidas de Aprimoramento Ocorridas no Ressarcimento ao SUS	62
7.3.1	Novo Protocolo Eletrônico (PERSUS 2.0) e Integração com o SEI	62
7.3.2	Aprimoramento dos métodos de cobrança	63
7.3.3	Integração com o SUS	65
7.3.4	Adequação do ressarcimento ao CMD	66
7.3.5	Edições Periódicas do Boletim do Ressarcimento	66
7.3.6	Oficinas com as Operadoras	67
7.4	Processos de ressarcimento ao SUS	67
7.4.1	Aviso de Beneficiário Identificado (ABI)	67
7.4.2	Aumento da Produtividade	69
7.4.3	Diminuição do acervo em papel	72
7.5	Projetos de Integração com outras áreas	74
7.5.1	Com DIFIS e DIPRO	74
7.5.2	Com a PROGE	74

7.6	Teletrabalho	75
7.6.1	Adesão dos Núcleos da ANS em regime de teletrabalho	75
Capítulo 8	Aprimoramento do processo regulatório	76
Capítulo 9	Participação da Sociedade	77
9.1	Consultas Públicas e Audiências	77
9.1.1	Consulta Pública sobre Programa de Acreditação de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde	78
9.1.2	Consulta Pública Processo Regulatório no Âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS	79
9.1.3	Audiência Pública sobre Mecanismos Financeiros de Regulação: Coparticipação e Franquia	79
9.1.4	Audiência Pública sobre Relacionamento e Contratualização entre Prestadores de Serviços de Saúde e Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde.	80
9.2	Grupo Técnicos e Comitês realizados no período	81
9.2.1	Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar (COPISS)	81
9.2.2	Grupo Técnico de Oncologia (OncoRede)	82
9.2.3	Reuniões do Projeto Parto Adequado	82
9.3	Eventos de Participação da Sociedade	82
9.3.1	Oficina IDSS – TISS	83
9.3.2	Sessão de Aprendizado Presencial – Lançamento da Campanha “A hora do Bebê”	83
9.3.3	Fórum ANS sobre Qualidade da Atenção na Saúde Suplementar	84
9.3.4	Reuniões da Câmara Técnica de Contratualização e Relacionamento com Prestadores (CATEC)	85
9.3.5	II Fórum ANS sobre Qualidade da Atenção na Saúde Suplementar.	86
9.4	Transmissões dos Eventos Via Periscope	87
Capítulo 10	Ações de disseminação de informações relativas aos temas da DIDES	89

INTRODUÇÃO

Este relatório de gestão tem por objetivo apresentar a continuidade das ações e projetos existentes na DIDES, além da apresentação das novas ações e dos projetos realizados na gestão do Dr. Diretor Rodrigo Rodrigues Aguiar, na Diretoria de Desenvolvimento Setorial – DIDES, durante o período de 01/09/2018 até 31/08/2019.

Sendo assim, este documento apresentará cada um dos processos de trabalho conduzidos pela Diretoria de Desenvolvimento Setorial no período, de acordo com sua competência regimental, além das ações, das medidas e dos aprimoramentos implementados e, por conseguinte, os resultados alcançados, 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

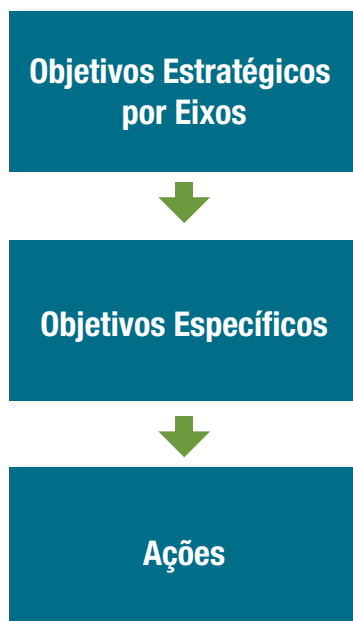


CAPÍTULO 2 – PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO

Como primeira providência de gestão após o início do mandato do Diretor Rodrigo Aguiar, foi realizado um planejamento estratégico da Diretoria de Desenvolvimento Setorial ainda no ano de 2017, o qual, mesmo tendo sofridos pequenos ajustes ou atualizações ao longo dos dois primeiros anos de mandato, permanece em implementação e acompanhamento.

O processo de elaboração do planejamento estratégico foi conduzido através da metodologia clássica do balanced score card, contando com a participação ativa dos principais gestores da Diretoria, baseado em debate, discussão, interação, questionamentos e aprofundamento sobre o papel da DIDES, delimitado às suas competências regimentais, tanto no aspecto interno quanto no externo.

Ficou definido que o Planejamento seria organizado em Objetivos Estratégicos por Eixos, Objetivos Específicos, Indicadores e Ações. Prazos e metas também foram estabelecidos, com as gerências ficando responsáveis pelo acompanhamento, mês a mês, dos pontos elencados como prioritários.



QUADRO 1 – DEFINIÇÕES DO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO DIDES

	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS POR EIXOS	INDICADOR	OBJETIVO ESPECÍFICO
Aprimoramento Normativo e Contratualização	1 - Adotar ações para aprimorar as relações entre prestadores de serviços em saúde e operadoras, a fim de reduzir conflitos e incrementar eficiência.	Reclamações OPS e Prestadores/ desfecho positivo na solução do problema	1.1 - Aprimorar a contratualização entre Prestadores e Operadoras
			1.2 - Avaliar critérios e forma de acompanhamento na substituição de prestadores não hospitalares
Qualidade	2 - Avaliar e induzir a Melhoria da Qualidade da Atenção à Saúde e contribuir para a sustentabilidade do setor.	Reduções específicas nas áreas destacadas: a ser definido em cada área	1.3 - Fomentar mecanismos alternativos de solução de conflitos entre Prestadores e Operadoras,
			1.4 - Racionalizar os processos de Representação na DIDES
			2.1. Estabelecer critérios, monitorar, avaliar e divulgar a qualidade das Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde
Ressarcimento ao SUS	3 - 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).	redução de dias de análise final das demandas do ressarcimento	2.2. Estabelecer critérios, monitorar, avaliar e divulgar a qualidade dos prestadores de serviços de saúde
			2.3. Desenvolver projetos de melhoria da qualidade na atenção à saúde
			3.1 – Racionalizar os processos de trabalho do ressarcimento de forma a obter o maior resultado e menor custo operacional.
			3.2 - Identificar o não cumprimento recorrente dos contratos das OPS
			3.3 - Realizar ações de integração com o SUS
			3.4 - Tornar mais eficiente a cobrança

Informação	4 - Ser referência na gestão de dados, bem como na produção e disponibilização da informação na saúde suplementar.	Índice de divulgação da informação. A ser construído com base na política de gestão da informação	4.1 - Contribuir para a implementação do Registro Eletrônico em Saúde (RES)
			4.2 - Aprimorar a interoperabilidade das informações em saúde
			4.3 - Monitoramento e uso de Dados
			4.4 - Estruturar área de análise de dados e produção de informações
			4.5 - Aprimorar a Qualidade Cadastral do SIB

Fonte: ANS, 2017

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

O estímulo e indução à qualidade em saúde tem sido uma importante estratégia para o desenvolvimento do setor suplementar de saúde.

Isto porque o modelo de atenção à saúde, comumente praticado no setor, apresenta-se:

- **fundamentado na assistência especializada e na atenção às urgências e emergências, o que não garante a coordenação do cuidado e é pouco resolutivo;**
- **baseado no atendimento à demanda espontânea e delegação ao próprio paciente, a organização de seu tratamento;**
- **centrado em modelos de remuneração inadequados por criarem ineficiências, como a utilização excessiva e sobreposta de exames e procedimentos, expondo os pacientes a riscos e efeitos indesejados e aumento de custos.**
- **Não alicerçado na cultura da avaliação sistemática da qualidade dos seus resultados**

Em um cenário de transição demográfica decorrente do aumento da expectativa de vida e transição epidemiológica com o aumento da prevalência de doenças crônicas, esse modelo de atenção fragmentado, desorganizado e cada vez mais oneroso não vem respondendo adequadamente às novas e prementes necessidades de saúde da população.

O Setor de Saúde Suplementar também possui características especiais devido a falhas de mercado, a exemplo da assimetria de informações presente nas relações entre seus principais atores: operadoras; prestadores de serviços; e beneficiários.

É neste contexto que a Diretoria de Desenvolvimento Setorial vem desenvolvendo ações de indução à melhores práticas por meio de Projetos/ Programas de Melhoria da Qualidade da atenção, que possam impactar positivamente todo o setor.

Como uma das formas de induzir a qualidade dos serviços prestados pelas operadoras e minimizar os efeitos da assimetria de informação, bem como outras falhas de mercado, a ANS desenvolveu os seguintes programas/projetos:

Programa de Qualificação de Operadoras;

Programa de Acreditação de Operadoras;

Programa de Certificação de Boas Práticas em Saúde;

Projeto Parto Adequado;

Projeto ONCOREDE

Programa QUALISS;

Projeto de Remuneração Baseado em Valor

3.1 - PROGRAMA DE CERTIFICAÇÃO DE BOAS PRÁTICAS EM ATENÇÃO À SAÚDE – PCBP

Este Programa, instituído pela Resolução Normativa nº 440, de 13 de dezembro de 2018, tem o intuito de incentivar as operadoras a proporcionarem um cuidado cada vez mais qualificado aos seus beneficiários, por meio da implantação de redes de atenção, por exemplo, redes de **Atenção Primária em Saúde**, ou linhas de cuidado como **Parto Adequado e Oncorede**, certificadas por entidades acreditadoras reconhecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

3.1.1 - PROGRAMA DE CERTIFICAÇÃO DE BOAS PRÁTICAS EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE – APS

Foi a primeira iniciativa do PCBP, cujo manual foi publicado como o Anexo IV da RN nº 440/2018. A Certificação de Boas Práticas em APS estimula a adoção de modelos de remuneração para geração de valor, com pagamento das operadoras aos prestadores de serviços de saúde (hospitais, clínicas, profissionais etc.), de acordo com os resultados em saúde alcançados.

O Manual de Certificação em Boas Práticas em Atenção Primária à Saúde foi publicado e encontra-se disponível no Portal da ANS em:

http://www.ans.gov.br/images/ANEXO/RN/RN_440/Anexo_IV_APS_13_12_2018_sem_marca%C3%A7%C3%B5es.pdf

As Entidades Acreditadoras reconhecidas pela ANS para a realização desta Certificação estão disponíveis no Portal da ANS em:

http://www.ans.gov.br/images/stories/gestao_em_saude/boas-praticas/boas-praticas-acreditadoras.pdf

Desde o reconhecimento da primeira Entidade Acreditadora em Saúde pela ANS em fevereiro de 2019 até a presente data, agosto de 2019, nenhuma operadora obteve ainda a Certificação, embora muitas venham procurando a DIDES para obterem mais informações e esclarecer dúvidas sobre o programa, a fim de implementá-lo

O “Manual de Certificação de Boas Práticas em Atenção Primária à Saúde de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde” previu uma outra forma de induzir a implementação do modelo de atenção baseado na APS, denominada “projeto-piloto”, consistente em uma etapa preparatória para que as operadoras setoriais se capacitem a implantar o Programa de Boas Práticas em APS dentro de seus próprios contextos: os Projetos-Piloto. O desenvolvimento desta etapa, denominada projeto-piloto, contará com a participação de parceiros, consignados em acordo de cooperação técnica firmado com a DIDES/ANS.

Foi construída uma área fixa no Portal da ANS (Principal/Gestão em Saúde/Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde), na qual todos os detalhes do Programa de Certificação em Atenção Primária à Saúde podem ser consultados:

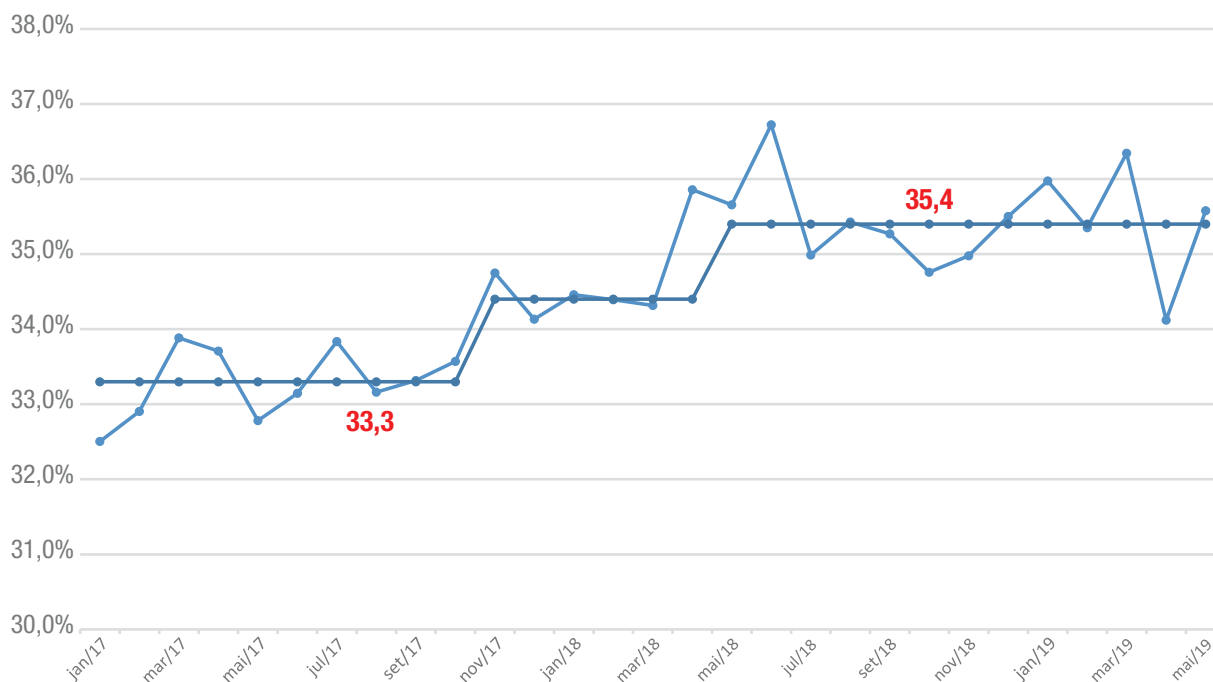
<http://www.ans.gov.br/gestao-em-saude/certificacao-de-boas-praticas>

3.2 - 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 apoiar e instrumentalizar a adoção de medidas baseadas em evidências científicas que ampliem a qualidade e a segurança da atenção ao parto e nascimento, reduzindo a proporção de cesarianas sem indicação clínica e os riscos delas decorrentes.

Em maio de 2019, seguem participando do Parto Adequado 109 hospitais e 62 operadoras de planos de saúde. 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. Observa-se que em maio de 2019 a média de partos normais na população geral dos hospitais participantes do Parto Adequado foi de 35,4%, o que configurou uma melhoria estatística em relação ao período inicial da Fase 2 do Projeto.

GRÁFICO 1 - PERCENTUAL DE PARTOS VAGINAIS DENTRE TODOS OS PARTOS REALIZADOS NOS HOSPITAIS PARTICIPANTES

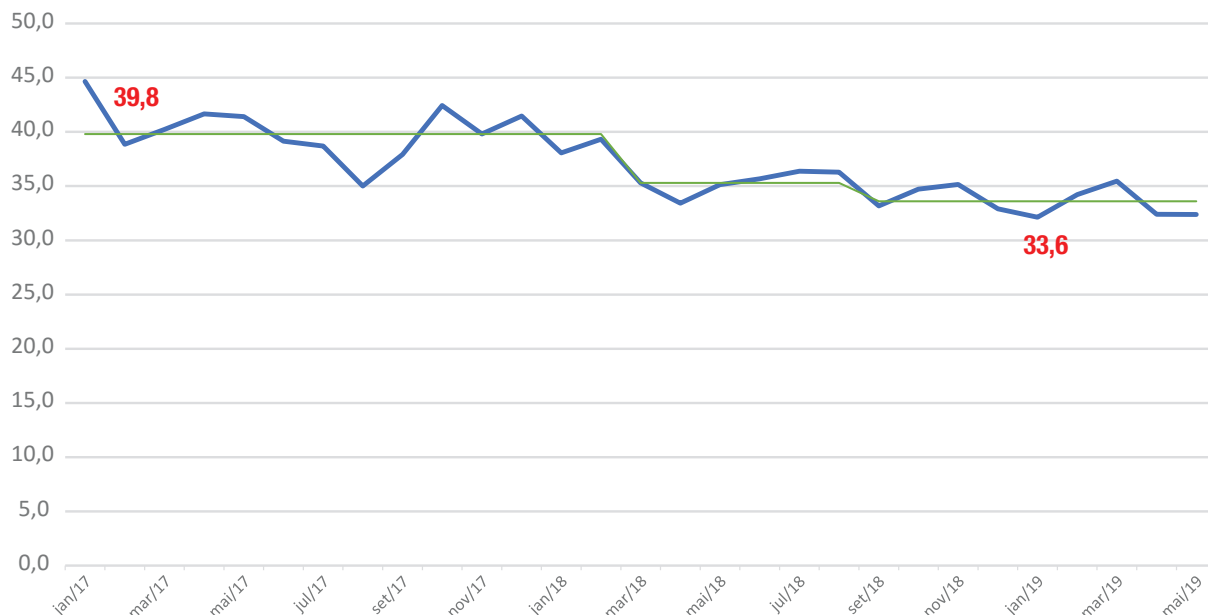


Fonte: Extranet IHI – Parto Adequado, 2019

Considerando as Fases 1 e 2 do Projeto Parto Adequado, estima-se que mais de 20 mil cesarianas desnecessárias foram evitadas.

Observa-se ainda uma redução na média de internações de neonatos com menos de 2,5 quilos em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), de 39,8 por 1000 nascidos vivos no início da Fase 2 para 33,6 por 1000 nascidos vivos em maio de 2019. Tal resultado deve-se especialmente à diminuição da prematuridade associada a partos cesáreos sem indicação clínica.

GRÁFICO 2 - TAXA DE ADMISSÕES DE NEONATOS (>=2.5KG) EM UTI NEONATAL POR 1000 NASCIDOS VIVOS - TODAS AS GESTANTES – EXCETO RN COM MALFORMAÇÃO “MAJOR”



Fonte: Extranet IHI – Parto Adequado, 2019

Entre setembro de 2018 e agosto de 2019 foram realizadas três sessões de aprendizagem presencial e diversas sessões de aprendizagem virtual com hospitais e operadoras participantes do Projeto. Entre as abordagens que ganharam ênfase está a realização de atividades visando a redução da mortalidade materna.

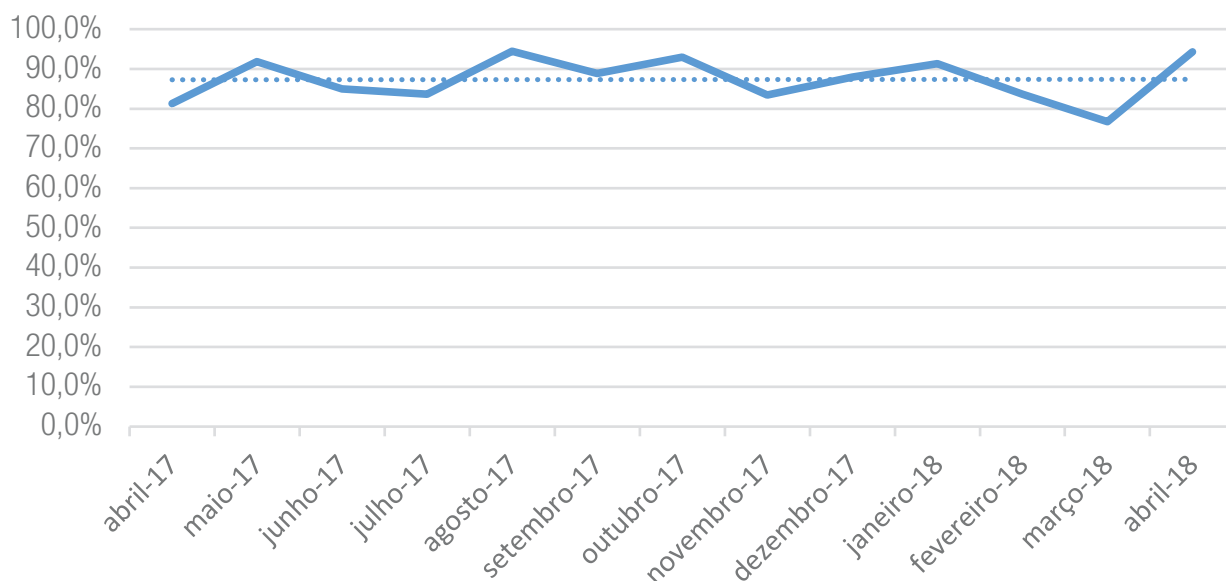
3.3 – PROJETO ONCOREDE

Este Projeto, 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 de saúde suplementar, com a participação de prestadores de serviços e operadoras de planos de saúde, busca induzir a adoção de boas práticas para a melhoria da qualidade da prestação de serviços de saúde e de segurança do paciente na atenção ao paciente oncológico.

Os Pilotos do Projeto OncoRede estiveram ativos de abril de 2017 a abril de 2018. Em março de 2019, uma análise dos resultados dos Pilotos foi publicada no portal da ANS, podendo ser acessada pelo link: http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/relatorio_conclusivo_oncorede.pdf

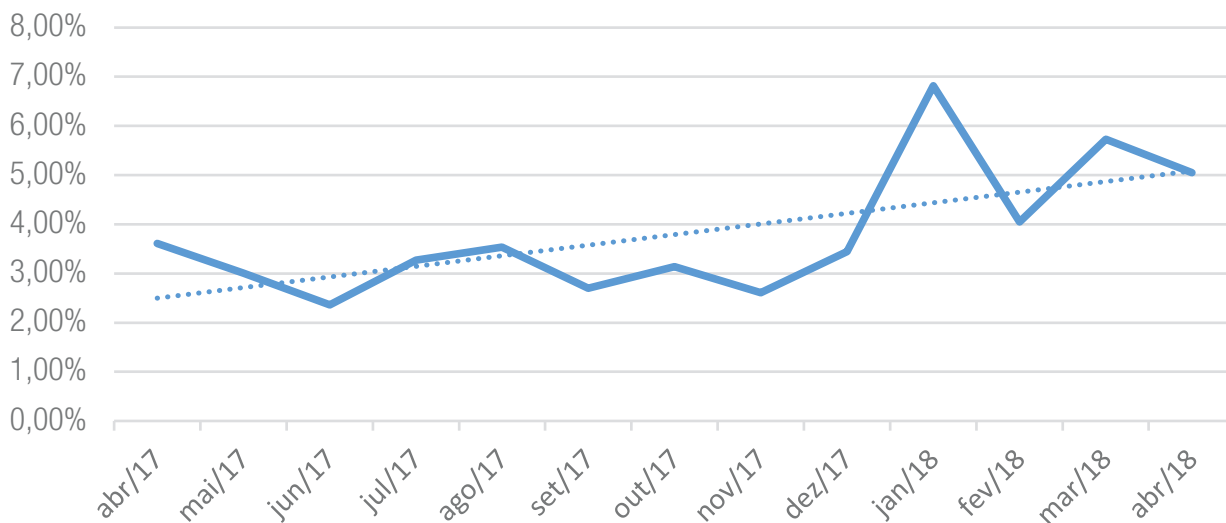
Os gráficos a seguir demonstram os resultados quantitativos mais positivos dos Pilotos:

GRÁFICO 3 - PERCENTUAL DE PACIENTES COM LAUDO COMPLETO



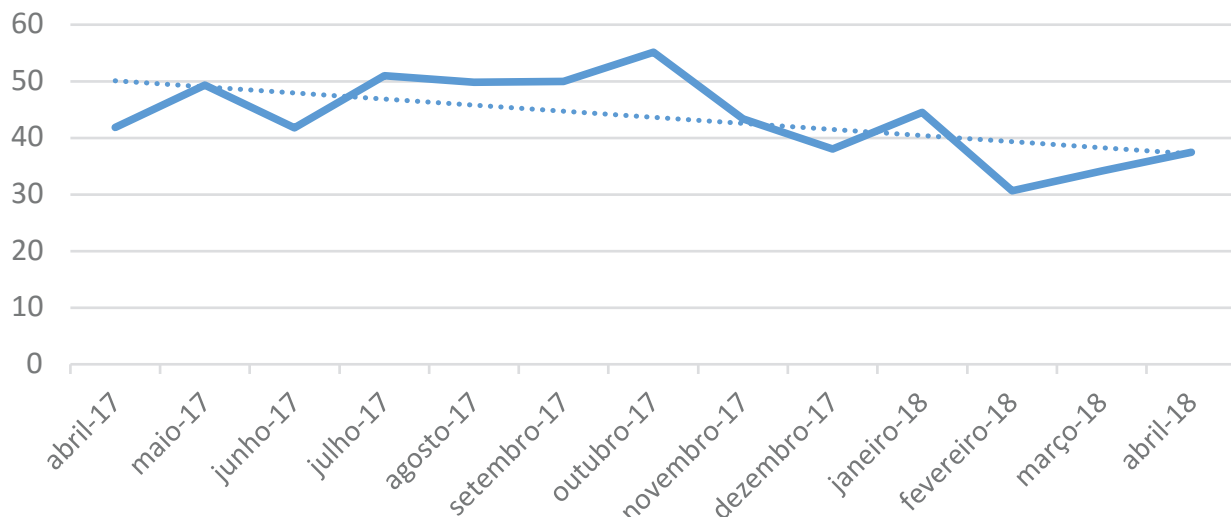
Fonte: ANS, elaboração própria a partir dos dados enviados pelas instituições participantes do Projeto OncoRede. 2018

GRÁFICO 4 - PERCENTUAL DE BENEFICIÁRIOS QUE REALIZARAM EXAMES DE RASTREAMENTO PARA CÂNCER COLORRETAL



Fonte: ANS, elaboração própria a partir dos dados enviados pelas instituições participantes do Projeto OncoRede. 2018

GRÁFICO 5 - TEMPO MÉDIO, EM DIAS, ENTRE O DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO E O INÍCIO DO TRATAMENTO



Fonte: ANS, elaboração própria a partir dos dados enviados pelas instituições participantes do Projeto OncoRede, 2018.

Em fevereiro de 2019 foi constituído o Comitê Consultivo do Projeto OncoRede, para auxiliar na elaboração da Certificação de Boas Práticas em Atenção Oncológica, nos moldes do Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde. O comitê reúne especialistas em oncologia clínica e cirúrgica, radioterapia, métodos diagnósticos, epidemiologia e gestão em atenção oncológica, filiados a diversas instituições.

A primeira reunião do Comitê Consultivo do OncoRede aconteceu em 26 de fevereiro de 2019, tendo ocorrido, até o momento, seis reuniões e foram definidos os oito eixos dos requisitos de Certificação em Atenção Oncológica.

Em 3 de setembro de 2019, o Comitê reuniu-se por ocasião do Congresso de Oncologia “Todos Juntos Contra o Câncer”, na cidade de São Paulo.

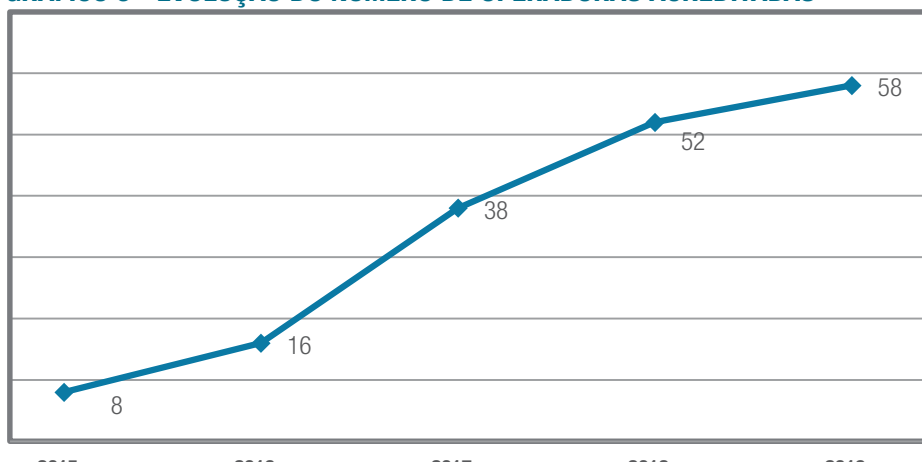
3.4 - PROGRAMA DE ACREDITAÇÃO DE OPERADORAS (PAO)

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.

Entre setembro/2018 e agosto/2019 foram 22 operadoras acreditadas, sendo 18 no nível máximo (ouro)

e 4 no nível II (prata). Atualmente o programa conta com 58 operadoras médico-hospitalar acreditadas, abrangendo cerca de 26,72% dos beneficiários. Entre 2015 e 2019, houve um aumento expressivo em mais de 7 vezes o número de operadoras acreditadas (Gráfico 6). O programa, atualmente, também conta com seis entidades acreditadoras reconhecidas pelo INMETRO e homologadas pela ANS¹.

GRÁFICO 6 - EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE OPERADORAS ACREDITADAS



Fonte: Controle de Operadoras Acreditadas - ANS, 2019.

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, com ampla participação dos stakeholders, garantindo transparência a todo o processo.

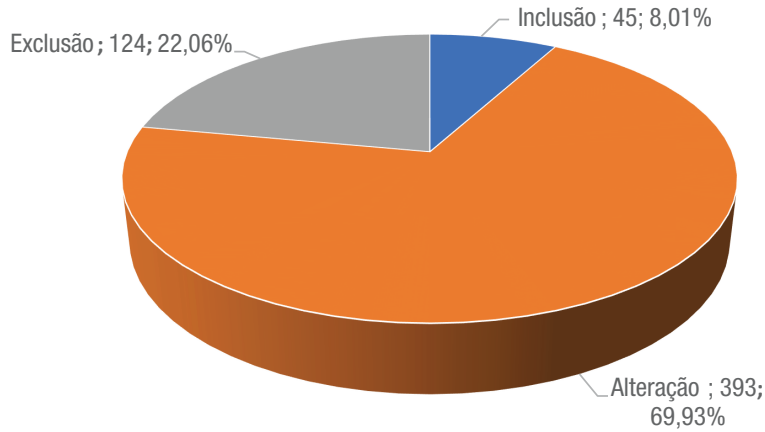
Como resultado do trabalho realizado, foi elaborada proposta de modernização da norma para torná-la mais consistente, atualizada às boas práticas, com itens mais objetivos e com a descrição detalhada das interpretações e das formas de obtenção de evidências do cumprimento dos itens de verificação. Foi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

A proposta do novo programa de acreditação foi submetida à Diretoria Colegiada da ANS na 491ª Reunião Ordinária, em 27 de agosto de 2018, para autorização de realização de consulta pública, a qual vigorou de 06/09/18 até 05/10/2018.

Foram recebidas 706 demandas e classificadas em: aplicáveis; não aplicáveis à proposta da CP nº 71; repetidas pelo demandante e continuação da demanda anterior (por limitação de caracteres do campo texto), restando: 564 contribuições aplicáveis de 37 demandantes, conforme gráficos a seguir:

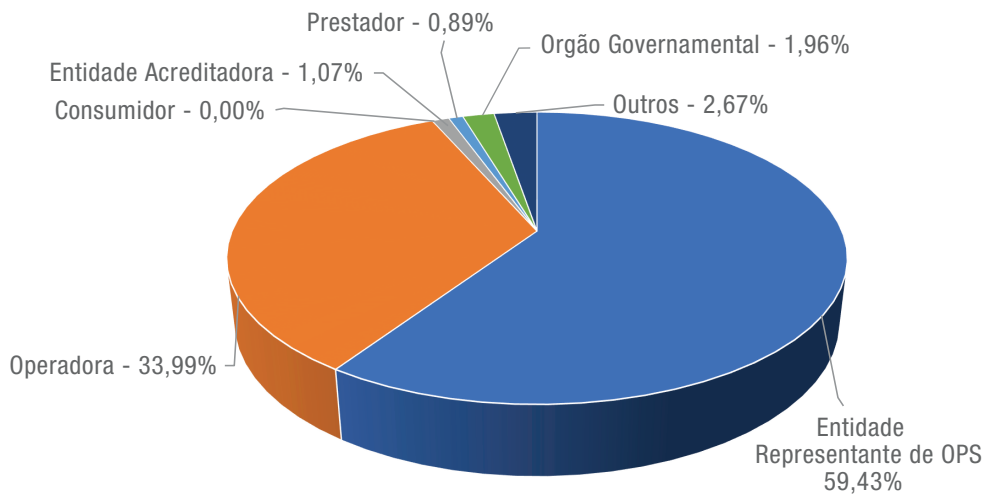
¹ Conforme consulta realizada em 13/09/2019 em <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/acreditacao-de-operadoras> e SIB/ANS/MS - 07/2019.

GRÁFICO 7 - TOTAL DE DEMANDAS RECEPCIONADAS NA CONSULTA PÚBLICA 71, POR TIPO DE SOLICITAÇÃO



Fonte: Contribuições para Consulta Pública 71 - ANS, 2018.

GRÁFICO 8 - TOTAL DE DEMANDAS RECEPCIONADAS NA CONSULTA PÚBLICA 71 POR DEMANDANTE



Fonte: Contribuições para Consulta Pública 71 - ANS, 2018.

As contribuições foram consolidadas e a proposta definitiva de norma, com 4 dimensões, 21 requisitos e 167 itens de verificação, encaminhada à apreciação da Diretoria Colegiada da ANS prevista para outubro de 2019

FIGURA 1 - ATUALIZAÇÃO DO PROGRAMA: NOVAS DIMENSÕES E REQUISITOS



Fonte: Consulta Pública 71 - ANS, 2018.

A lista atualizada das operadoras acreditadas pode ser consultada no portal da ANS, em: <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/acreditacao-de-operadoras>

Os resultados da Consulta Pública 71 poderão ser consultados em: <http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/consultas-e-participacoes-publicas/consultas-publicas-encerradas/consulta-publica-n-71>

3.5 - PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DE OPERADORAS (PQO)

O Programa de Qualificação das Operadoras – PQO - é a iniciativa mais antiga desenvolvida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para o estímulo à qualidade setorial. Atualmente, é regido pelo rito previsto na RN nº 386/2015.

É um instrumento que permite a avaliação anual do desempenho das operadoras por meio de um conjunto de indicadores agrupados em quatro Dimensões:

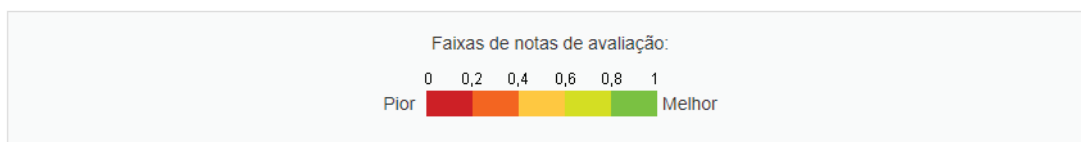
- 1. Qualidade de Atenção à Saúde;**
- 2. Garantia de Acesso;**
- 3. Sustentabilidade no Mercado;**
- 4. Gestão de Processos e Regulação.**

O programa tem como objetivos ampliar a transparência, fornecendo informações detalhadas e periódicas sobre o desempenho do setor; permitir a comparação entre operadoras, induzindo a concorrência baseada em valor; e reduzir a assimetria de informação, que compromete a capacidade do consumidor de fazer suas escolhas no momento da contratação de um plano de saúde.

Os resultados do Programa de Qualificação das Operadoras são traduzidos pelo Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS). Este índice, que varia de zero a um (sendo um o melhor desempenho), é calculado a partir de indicadores definidos pela própria ANS, com base nos dados extraídos dos sistemas de informações gerenciais da Agência ou coletados nos sistemas nacionais de informação em saúde.

FIGURA 2 - FAIXAS DE NOTAS DE AVALIAÇÃO

Faixas de Avaliação do IDSS



Fonte: Elaboração própria - ANS, 2008.

A partir do IDSS ano-base 2017, o programa passou por uma grande reformulação, iniciando uma nova etapa com a introdução do uso do Padrão de Troca de Informações na Saúde Suplementar – Padrão TISS - como fonte de dados para o processamento dos indicadores assistenciais, conferindo maior fidedignidade dos dados e passou a ser chamado de IDSS-TISS.

Sobre o padrão TISS, vide a seção 6.2 do Capítulo 6 deste relatório.

Destacam-se as seguintes atividades realizadas pela DIDES durante o período de setembro de 2018 a agosto de 2019:

3.5.1 - IDSS – TISS 2018 (ANO-BASE 2017)

Pela primeira vez, o IDSS do ano-base 2017 utilizou o Padrão TISS, como fonte de dados. No total, foram compilados 29 indicadores, expressos em 4 dimensões. Dos 29 indicadores, 18 utilizaram dados extraídos do TISS, o que permitiu uma melhor discriminação do desempenho das operadoras em seus aspectos assistenciais, pois foi possível o acesso a dados individuais de assistência em saúde aos beneficiários.

Além da utilização dos dados do TISS, o IDSS ano-base 2017 incorporou várias modificações no seu cálculo:

Em primeiro lugar, o Programa de Acreditação de Operadoras conferiu uma pontuação base de até 0,15 no IDSS final, para as operadoras acreditadas.

Em segundo lugar, foram introduzidos um maior número de indicadores bônus e de pontuação base, como forma de induzir o setor às melhores práticas, diferenciando as operadoras que aderiram aos programas de indução da qualidade estabelecidos pela ANS.

Em terceiro lugar, foi incluída uma pontuação extra às operadoras (pontuação base de 0,25 no IDSS – Dimensão Sustentabilidade no Mercado), caso tenham realizado uma Pesquisa de Satisfação de Beneficiários, seguindo as diretrizes estabelecidas no documento técnico elaborado pela ANS.

Das 1.008 operadoras avaliadas, 89 realizaram a pesquisa de satisfação de beneficiários, de acordo com as diretrizes contidas no manual técnico. As 89 operadoras possuem um total de 29,1 milhões de beneficiários, o que representa 42,19% dos beneficiários da saúde suplementar no ano-base 2017.

Um dos principais resultados da pesquisa de satisfação é que mais de 80% dos beneficiários entrevistados recomendariam o plano de saúde para amigos ou familiares e qualificam seu plano de saúde como: bom ou muito bom.

Os resultados preliminares do IDSS ano-base 2017 foram divulgados para as operadoras em 04/11/2018, conforme previsto na RN 386/2015. Na fase preliminar, a operadora pode solicitar esclarecimentos de dúvidas sobre o processo de cálculo de indicadores, podendo questionar até mesmo o resultado do IDSS. Houve muitas dúvidas quanto à utilização dos dados do TISS. Muitas operadoras relataram dificuldades no adequado preenchimento do TISS, pelo fato de ter sido o primeiro ano em que o TISS foi utilizado para o cálculo de indicadores do IDSS.

Assim, excepcionalmente, devido às alterações substanciais realizadas para o ano-base 2017, ocorreram dois processamentos do Programa. O primeiro processamento com data de corte para busca dos dados em 30 de junho de 2018 e um segundo processamento com data de corte em 28 de fevereiro de 2019, aprovado pela Diretoria Colegiada (DICOL) da ANS, atendendo à solicitação do setor, que alegou que os resultados preliminares observados não correspondiam às práticas assistências das Operadoras, mas decorriam de falhas no envio das informações à ANS. Assim, durante a 498ª reunião, ocorrida em 18 de dezembro de 2018, a ANS aprovou a realização de novo processamento.

A oportunidade conferida às operadoras de retificação dos dados constituiu-se em medida importante para melhorar o processamento do IDSS-TISS, com melhora da qualidade dos dados considerados no cálculo e conseqüentemente, os resultados apurados mais fidedignos à realidade de cada Operadora. Essa medida implementada teve o intuito de permitir a melhor adaptação do setor aos novos critérios de processamento do IDSS.

Os resultados preliminares do IDSS-TISS ano-base de 2017, fruto do segundo processamento, foram divulgados em 11 de julho de 2019 de forma restrita às operadoras, oportunizando o envio de questionamentos. Foram recepcionadas 227 demandas por parte das operadoras, das quais, 53 pedidos de esclarecimentos e 165 questionamentos, conforme quadro a seguir.

QUADRO 2 - SOLICITAÇÕES POR PARTE DAS OPERADORAS - IDSS 2018 (ANO-BASE 2017)

Status dos Questionamentos	Questionamentos no 2º Processamento	Proporção Total
Deferido	31	13,66%
Indeferido	141	62,11%
Informação encaminhada	55	24,23%
TOTAL	227	100,00%

Fonte: Sistema OTRS da ANS, setembro de 2019.

A redução do total de questionamentos em relação ao primeiro processamento (de 1.588 demandas em nov/2018 para 218 em jul/2019) deve-se à divulgação (em agosto de 2018, atualizado em julho de

2019), de um documento de Perguntas Mais Frequentes (FAQ) específico para solucionar as dúvidas pertinentes a cada um dos indicadores do IDSS ano-base 2017.

Finalmente, em agosto de 2019, foram feitos os ajustes finais para divulgação do IDSS ano-base 2017 (homologação de sistema, ajustes dos questionamentos deferidos no processamento) no mês de setembro/2019, tendo sido apurado o IDSS de **1.008** operadoras ativas em 2017. A divulgação do IDSS ano-base 2017 será realizada em outubro/2019.

3.5.2 - IDSS - TISS 2019 (ANO-BASE 2018)

Tendo em vista as reformulações do IDSS em 2017 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) trouxe 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.

Além disso, foram incluídos dois indicadores referentes a temas atualmente sensíveis no mercado de saúde suplementar, relacionados à venda de planos individuais e aos reajustes aplicados aos planos coletivos

Como demonstração de prudência e dada a necessidade de realização de testes empíricos, nesse primeiro momento, os resultados apurados para esses dois novos indicadores não impactam significativamente no resultado do IDSS das operadoras. O indicador Efetiva Comercialização de Planos Individuais terá pontuação bônus (até 10%) e o indicador de Reajuste terá peso zero na nota final do IDSS da operadora.

A ficha técnica dos indicadores IDSS ano-base 2018 foi aprovada em 23 de outubro de 2018, na 494ª DICOL, e estão disponíveis no portal da ANS em:

http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/idss/pqo2019_fichas_tecnicas_dos_indicadores.pdf

Ademais, foi necessário adiar a data de corte do IDSS ano-base 2018 de 30 de abril de 2019 para 30 de junho de 2019. Esta medida se deu pelo fato de o IDSS ano-base 2017 ainda estar em processamento em abril de 2019, por conta do ineditismo da utilização do TISS como base de cálculo dos indicadores, e à impossibilidade operacional de processamento de dois anos-base simultaneamente. Esta medida foi aprovada em 6 de maio de 2019, na 507ª reunião da DICOL.

Em agosto de 2019, os dados do IDSS ano-base 2018 foram processados e a previsão de divulgação dos resultados preliminares é para ainda em 2019.

3.5.3 - IDSS - TISS 2020 (ANO-BASE 2019)

Em 27 de agosto de 2019, na 514ª reunião, a Diretoria Colegiada da ANS aprovou a divulgação dos indicadores do IDSS ano-base 2019. Os indicadores permaneceram os mesmos do ano-base 2018, sofrendo apenas alguns ajustes relativos a aprimoramentos na forma de cálculo, tendo em vista a recente reformulação do programa, e a necessidade de criação de uma série histórica para os indicadores.

Os ajustes realizados foram os descritos na Nota Técnica nº 188/2019/GEEIQ/DIRAD-DIDES/DIDES, disponível no portal da ANS (ver link: http://www.ans.gov.br/sdcol/anexo/71150___SEI_ANS%20-%2014004758%20-%20Nota%20T%C3%A9cnica.pdf), e as fichas técnicas dos indicadores foram disponibilizadas no portal da ANS, na página do programa de qualificação operadoras, em: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/dados-do-programa-de-qualificacao-de-operadoras>

3.6 - PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DE PRESTADORES DE SERVIÇO DE SAÚDE (QUALISS)

O Programa Qualiss, estabelecido pela Resolução Normativa nº 405, de maio de 2016, 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.

Durante o ano de 2019, o Programa foi mantido e foram realizadas as atualizações na divulgação dos atributos de qualidade, periodicamente. O quantitativo de prestadores de serviços participantes do QUALISS, por tipo de estabelecimento e por atributos de qualidade até o momento, de acordo com a divulgação de atributos de qualidade no portal da ANS, está descrito a seguir:

TABELA 1 - ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE ACREDITADOS

Tipo de estabelecimento de saúde acreditado	Quantitativo
Hospital Geral	160
Hospital Especializado	28
Hospital-dia	9
Clínica ou centro de especialidade	167
Laboratórios/Clínicas de apoio diagnóstico e terapia	951
Serviço de atenção domiciliar (HomeCare)	9
Total	1.324

Fonte: Qualiss – ANS. Data de extração: 16/09/2019. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/gestao-em-saude/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude-2>

TABELA 2 - ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE COM ATRIBUTOS DE QUALIDADE

Atributo de Qualidade	Quantitativo
Estabelecimentos Acreditados	1.324
Estabelecimentos com Núcleo de Segurança do Paciente	2.326
Estabelecimentos participantes dos projetos de indução à qualidade da ANS	129
Estabelecimentos que informam eventos adversos no Notivisa/Anvisa	530
Estabelecimentos que coletam indicadores de qualidade	596
Profissionais de saúde com titulação informada	36.591
Total	41.496

Fonte: Qualiss – ANS. Data de extração: 16/09/2019. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/gestao-em-saude/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude-2>

3.6.1 - PROGRAMA DE MONITORAMENTO DA QUALIDADE DOS PRESTADORES DE SERVIÇOS NA SAÚDE SUPLEMENTAR (PM-QUALISS) – PROJETO CONSÓRCIO NACIONAL PARA MENSURAÇÃO DE DESFECHOS EM SAÚDE

No ano de 2018, para a implementação do PM-Qualiss, foi desenvolvido o Projeto intitulado “Consórcio Nacional para Mensuração de Desfechos em Saúde”, em parceria com o Hospital de Excelência Moinhos de Vento, no âmbito do PROADI-SUS. O projeto objetiva construir um consórcio nacional de indicadores, que será operacionalizado através de uma plataforma para coleta e monitoramento de indicadores gerais e por linhas de cuidado.

No período de setembro de 2018 a agosto de 2019, foi possível finalizar a seleção dos indicadores gerais, bem como construir a ficha técnica de cada um dos indicadores. Os indicadores por linha de cuidado estão em fase final de construção pelos subcomitês formados por especialistas nas respectivas áreas de conhecimento.

Ainda neste período, foram selecionados 12 hospitais, em todas as cinco regiões do país para participação na fase piloto do projeto, a iniciar no fim de 2019. A seleção levou em consideração a população de beneficiários em cada região, além do cumprimento dos critérios de seleção dos hospitais, elaborados pela ANS em parceria com o HMV.

3.7 - PROJETO MODELOS DE REMUNERAÇÃO BASEADOS EM VALOR

Entre o fim de 2018 e o início de 2019, foi finalizada a fase 2 do GT de Remuneração e foram publicados dois documentos: o Relatório Descritivo das discussões realizadas nas Fases 1 e 2 do GT de Remuneração e o Guia para a Implementação de Modelos de Remuneração Baseados em Valor, que objetiva orientar o setor para a elaboração de projetos que busquem implementar modelos inovadores de remuneração na saúde suplementar.

Já na Fase 3 do GT de Remuneração, que teve início em 29 de agosto de 2019, a ANS irá testar a implementação de Modelos de Remuneração baseados em valor por meio de Projetos-Piloto.

A iniciativa busca identificar, selecionar e acompanhar as operadoras de planos de saúde, em conjunto com seus prestadores de serviços de saúde, que já trabalhem ou que estejam implementando modelos de remuneração inovadores e baseados em valor.

Todas as operadoras com projetos aprovados receberão um bônus no resultado do IDSS a partir do ano-base 2019. Dentre os projetos aprovados, **10 (dez)** serão selecionados para serem acompanhados pela ANS. As inscrições para participação no projeto tiveram início em setembro de 2019, e foram recebidos 61 projetos de 40 operadoras.

Ademais, em 2019, foi criada uma área fixa no Portal da ANS para agregar todas as informações referentes à Fase 3 do GT de Remuneração, também denominada Projeto Modelos de Remuneração. Para verificar este campo no Portal da ANS, basta acessar:

<http://www.ans.gov.br/gestao-em-saude/projeto-modelos-de-remuneracao-baseados-em-valor>

CAPÍTULO 4 – RELACIONAMENTO ENTRE OPERADORAS E PRESTADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE

4.1 - CATEC

Como prosseguimento dos trabalhos iniciados em 2017/2018, a Diretoria de Desenvolvimento Setorial atua em diversas frentes para buscar o melhor relacionamento entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviço.

Como principal iniciativa, destaca-se a instauração da CATEC – Câmara Técnica de Contratualização e Relacionamento com Prestadores, em outubro de 2018, bem como a Audiência Pública nº 14, sobre Relacionamento e Contratualização entre Prestadores de Serviços de Saúde e Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde, realizada em 22/03/2019.

A CATEC realizou 5 (cinco) reuniões entre 2018 e 2019, nas quais foram colocadas para discussão do setor diversos pontos de divergência para, ao final, chegar a um encaminhamento em busca de soluções que poderiam se dar por meio de entendimentos ou, até mesmo, pela alteração normativa, após passar por todo o devido processo normativo.

FIGURA 3 - REUNIÕES CATEC

CATEC

CÂMARA TÉCNICA DE CONTRATUALIZAÇÃO E RELACIONAMENTO COM PRESTADORES

- **1ª Reunião – 30/10/2018**
 - Remuneração de materiais e medicamentos de uso hospitalar;
- **2ª Reunião – 20/12/2018**
 - Remuneração por Pacotes em consultas de Oftalmologia;
 - Inadimplência Contratual
- **3ª Reunião – 07/02/2019**
 - Aplicação Irregular do Reajuste;
 - Não adoção da tabela TUSS na Contratualização;
 - Rescisão Contratual
 - Subnotificação das Irregularidades por Prestadores;
 - Questões envolvendo OPME
- **4ª Reunião – 21/03/2019**
- **5ª Reunião – 05/06/2019**
 - Encaminhamentos

2

ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar

Fonte: ANS, 2019

Diversos encaminhamentos apresentados e discutidos na CATEC já estão sendo colocados em prática, como a elaboração de novos indicadores sobre a glosa, um dos problemas comumente relatados na relação entre operadoras e prestadores, que se pretende, sejam expostos no site da ANS, como forma de expandir o universo de informações disponíveis à sociedade.

Para elaboração de novos indicadores a DIDES enviou ofícios para entidades representativas de prestadores de serviço, bem como operadoras de planos de saúde, concedendo prazo para que apresentassem contribuições. Sobre estas vem sendo desenvolvido o trabalho de elaboração dos indicadores.

Outra ação desenvolvida como consequência da Câmara Técnica e que também se encontra em consonância com o disposto no Decreto Presidencial nº 9.739/2019, que “Estabelece medidas de eficiência organizacional para o aprimoramento da administração pública federal direta, autárquica e fundacional, estabelece normas sobre concursos públicos e dispõe sobre o Sistema de Organização e Inovação Institucional do Governo Federal - SIOIG”, que prega, entre outras coisas, a racionalização de métodos e processos administrativos, é o desenvolvimento de uma plataforma eletrônica para recebimento e tratamento dos processos administrativos.

Ademais, já consta de iniciativas passadas do Estado Brasileiro, desde a edição do Decreto nº 8.539/2015, que “Dispõe sobre o uso do meio eletrônico para a realização do processo administrativo no âmbito dos órgãos e das entidades da administração pública federal direta, autárquica e fundacional.” a eliminação do papel na Administração Pública Federal, o que também ganha força com a disponibilização de ferramenta eletrônica para apresentação de demandas junto à Diretoria de Desenvolvimento Setorial.

A ideia da ferramenta foi apresentada na CATEC, bem como em oficinas com operadoras e em Evento da ANS na cidade de Campo Grande/MS, consistindo em uma ferramenta sistematizada para recebimento de reclamações das partes e que facilitará o recebimento e resposta das demandas pelas mesmas, colocando-as em contato, antes mesmo de a DIDES analisar a questão, de forma a incentivar a autocomposição das lides.

Pretende-se, ainda, que a ferramenta possibilite uma análise mais célere por parte da Administração Pública, reduzindo o tempo de resposta à sociedade. Atualmente a DIDES consegue analisar de forma preliminar cerca de 85% das demandas recebidas em um trimestre dentro do mesmo período, percentual que se espera seja aumentado com a sistematização do recebimento de denúncias.

4.2 - 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.

No ano de 2018, a ANS atualizou a Resolução Normativa que trata do assunto, com o objetivo de tornar o FQ um instrumento mais profícuo de indução à qualidade no setor suplementar de saúde. Essa mudança está 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 partir desta modificação, a verificação do cumprimento dos critérios de qualidade poderá ser feita a qualquer tempo no âmbito da relação entre operadora e prestador de serviço de saúde. Modificando, assim, a apuração e divulgação de listas de prestadores que cumpriram os critérios de qualidade, até então realizadas pela ANS.

Ademais, o Fator de Qualidade é escalonado em níveis e, após a alteração normativa, passaram a ser de 115%, 110%, 105% ou 100% sobre o Índice de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA, a depender do cumprimento de requisitos de qualidade previstos no anexo da Resolução Normativa nº 364/2014. Os critérios podem ser verificados em:

http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/contrato/fator_qualidade/2018/criterios_do_fator_de_qualidade.pdf

4.3 - TRANSPARÊNCIA DAS INFORMAÇÕES PARA OS BENEFICIÁRIOS

Com o fim de mitigar a assimetria de informação característica do setor de saúde suplementar, e a fim de municiar os beneficiários de planos de saúde de informações relevantes, em linguagem de fácil entendimento, a DIDES propôs e a Diretoria Colegiada da ANS aprovou a edição da Resolução Normativa nº 389/2015.

Após pouco mais de 3 anos de vigência, entre setembro de 2018 e agosto de 2019, iniciou-se análise de resultado regulatório ex-post desta norma, a fim de identificar se os objetivos traçados ao se propor a norma foram atingidos.

Assim, a DIDES estuda formas mais eficientes de realizar o monitoramento em relação a RN 389/15, de forma a depender menos de denúncias de beneficiários que, por vezes, são difíceis de se obter considerando que o monitoramento atual sofre com o viés pelo qual as denúncias só são feitas pelos consumidores quando a conduta praticada pela operadora apresenta viés assistencial.

Apesar de detectado pelo monitoramento do ano de 2017 a necessidade de aprimoramento da regulação existente, não foi possível implementar alterações para o ano de 2018, havendo previsão de revisão para se iniciar em dezembro de 2019.

No ano de 2018 foram apurados os seguintes dados referentes a eventual descumprimento de regras trazidas pela RN 389/15:

QUADRO 3 - EVENTUAIS DESCUMPRIMENTOS DAS REGRAS TRAZIDAS PELA RN 389/15

Reclamação/Informações	Dispositivo relacionado (RN 389/15)	Número de demandas
Erro de cadastro no tipo de contratação/Informações sobre PIN-SS	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	57
Indisponibilidade do extrato de utilização dos serviços ou omissão de procedimentos nos extratos/Informações sobre o Extrato de Utilização	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.	65
Indisponibilidade/incorreção do extrato de coparticipação.	Não há obrigação específica na RN 389/15.	20
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.	-
- Cadastramento do número incorreto de CNS. - Impedimento de inclusão de beneficiário por falta do CNS. - Informações sobre o nº 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.	17
Indisponibilidade de extrato de utilização dos serviços para contratos cancelados.	#	-
Dificuldade de entendimento das informações disponibilizadas.	#	-

Fonte: ANS, 2018

Ainda, outro foco da análise de resultado regulatório ex post está relacionada à relação entre operadoras e pessoas jurídicas contratantes de planos privados de assistência à saúde. Busca-se analisar os atuais mecanismos de interação entre operadoras e contratantes e identificar oportunidades de aprimoramento.

Nesse sentido, foi realizado o evento “Ouvindo os contratantes: como os grandes consumidores de planos de saúde podem participar das decisões regulatórias”, no dia 30 de agosto de 2018. Mais informações em <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/sobre-a-ans/4608-evento-sobre-contratacao-de-planos-coletivos>.

Por fim, destaca-se a inclusão do tema “Mecanismos de Interação entre Operadoras e Contratantes”, pela primeira vez, na Agenda Regulatória da ANS.

4.4 - PROCESSOS NO ÂMBITO DA DIDES

4.4.1 – DA INSTRUÇÃO PROCESSUAL PARA PROCESSOS RELATIVOS À CONTRATUALIZAÇÃO ENTRE OPERADORAS E PRESTADORES DE SERVIÇO DE SAÚDE E PROCESSOS RELATIVOS À SUBSTITUIÇÃO DE PRESTADORES NÃO HOSPITALARES E DEMAIS PROCESSOS REGULATÓRIOS.

Os processos da DIDES acerca dos temas acima mencionados dão entrada por meio dos canais de atendimento da ANS, oriundo de reclamações de Prestadores de Serviço e Órgãos estatais e representativos, sendo imediatamente encaminhados à coordenadoria responsável pela análise inicial dos processos.

Outra forma de entrada de processos consistiu na abertura de processos para denúncias extraídas de queixas de beneficiários apresentadas à DIFIS e que integravam o chamado EIXO REDE DIDES do Sistema Integrado de Fiscalização - SIF.

Destaca-se que em julho de 2019 foram abertos processos administrativos para apurar condutas extraídas de denúncias de beneficiários até o final do primeiro semestre de 2018, resultando do crescimento do passivo de 131 para 280 processos em curso. Até esse mês somente as denúncias apresentadas diretamente por prestadores ou entidades geravam processos no âmbito da DIDES.

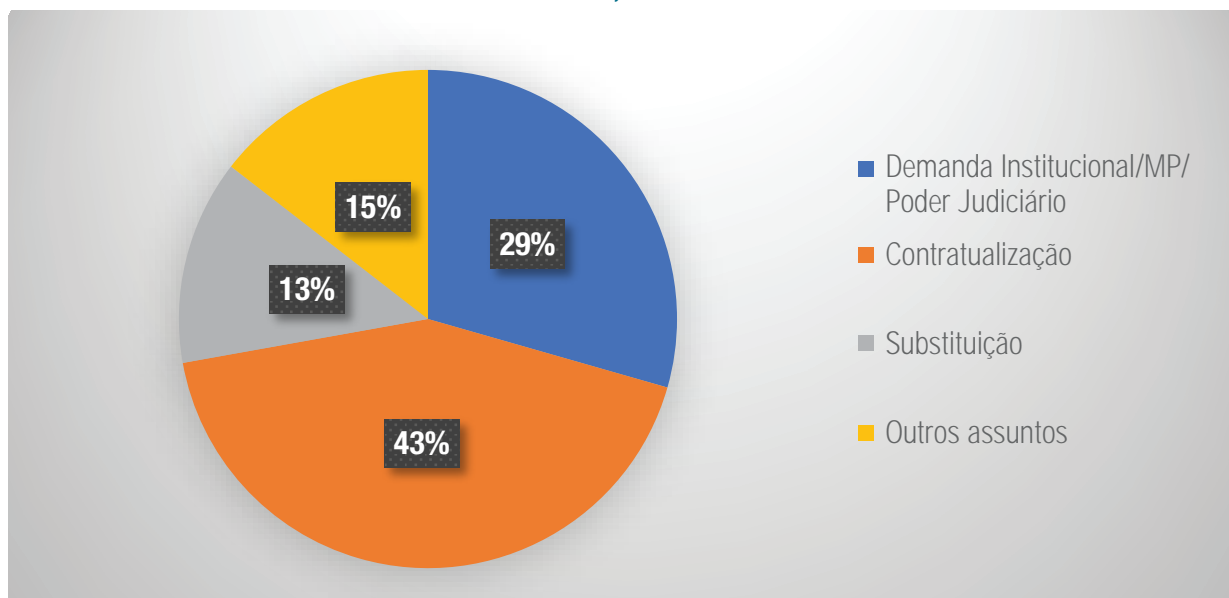
Entre os meses de setembro de 2018 e agosto de 2019, a coordenadoria responsável pela análise inicial dos processos finalizou ou encaminhou para a Coordenadoria de Representações o total de 248 processos, conforme quadro abaixo:

QUADRO 4 - SAÍDA DOS PROCESSOS ADMINISTRATIVOS POR ASSUNTO

Processo	Set 2018	Out 2018	Nov 2018	Dez 2018	Jan 2019	Fev 2019	Mar 2019	Abr 2019	Mai 2019	Jun 2019	Jul 2019	Ago 2019	Total
Demanda Institucional/MP/ Poder Judiciário	7	5	4	3	8	4	6	11	5	5	7	8	73
Contratualização	1	2	8	0	6	6	3	8	21	3	10	38	106
Substituição	0	1	2	0	2	1	3	5	1	2	3	13	33
Outros assuntos	5	0	1	2	3	1	7	4	2	2	2	7	36
Total de saída de processos	13	8	15	5	19	12	19	28	29	12	22	66	248

Fonte: ANS, 2019

GRÁFICO 9 - SAÍDA DOS PROCESSOS POR ASSUNTO, CONFORME QUADRO 4



Fonte: ANS, 2019

O gerenciamento do Passivo, desde o ano de 2017, vem permitindo à equipe técnica trabalhar em novos projetos e assimilar processos de trabalho antes não incorporados no dia a dia da Coordenação. Tanto o projeto de mediação/intermediação quando a apuração de demandas do Eixo-DIDES do SIF foram possibilitadas pela gestão do estoque processual e melhorias de fluxo implementadas no ano de 2017/2018.

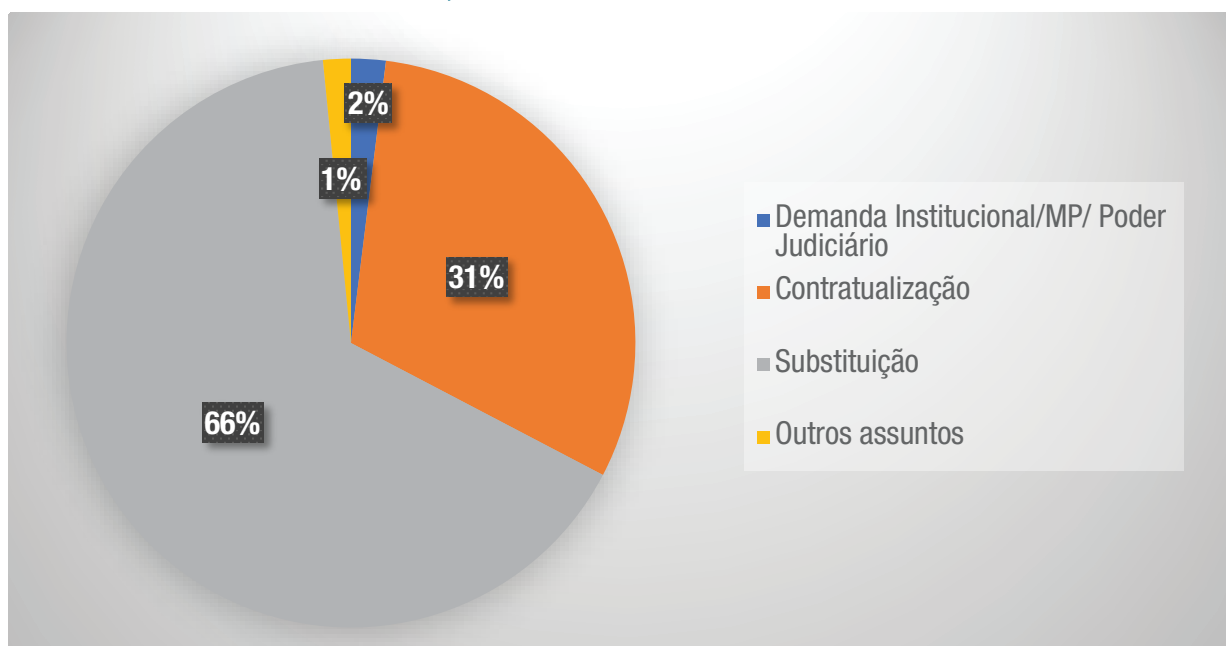
O passivo da coordenação encontra-se demonstrado no quadro e gráfico abaixo:

QUADRO 5 – ESTOQUE PROCESSUAL

Processo	Set 2018	Out 2018	Nov 2018	Dez 2018	Jan 2019	Fev 2019	Mar 2019	Abr 2019	Mai 2019	Jun 2019	Jul 2019	Ago 2019
Demanda Institucional/MP/ Poder Judiciário	2	3	3	6	1	2	10	3	1	2	1	5
Contratualização	73	82	78	80	88	94	94	106	94	99	100	78
Substituição	4	5	5	6	5	8	5	1	2	26	174	167
Outros assuntos	4	4	3	3	1	2	2	6	4	4	5	4
Total de processos (passivo)	83	94	89	95	95	106	111	116	101	131	280	254

Fonte: ANS, 2019

GRÁFICO 10 - ESTOQUE PROCESSUAL, CONFORME QUADRO 5



Fonte: ANS, 2019

4.4.2 – DO TRATAMENTO DOS PROCESSOS INICIADOS POR MEIO DE REPRESENTAÇÃO

A legislação processual da ANS prevê que os processos sancionadores podem ser iniciados por meio 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 às atribuições regimentais.**

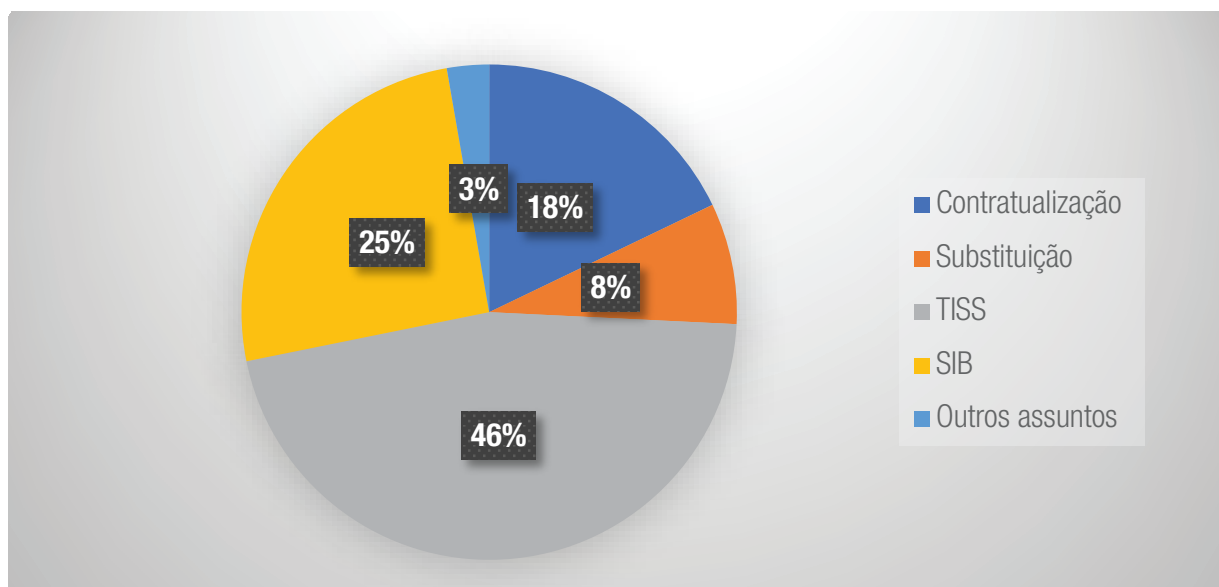
Observa-se a seguinte evolução do passivo do órgão responsável pelas representações:

QUADRO 6 - ESTOQUE PROCESSUAL DA COORDENADORIA DE REPRESENTAÇÕES

Processo	Set 2018	Out 2018	Nov 2018	Dez 2018	Jan 2019	Fev 2019	Mar 2019	Abr 2019	Mai 2019	Jun 2019	Jul 2019	Ago 2019
Contratualização	88	87	87	82	84	81	75	70	81	76	71	52
Substituição	30	24	24	23	26	24	24	24	22	21	18	23
TISS	153	60	30	18	19	13	7	5	116	144	114	134
SIB	84	174	216	206	205	140	126	120	109	110	111	74
Outros assuntos	0	3	3	5	6	2	2	1	2	2	4	8
Total de processos (passivo)	355	348	360	334	340	260	234	220	330	353	318	291

Fonte: ANS, 2019

GRÁFICO 11 - ESTOQUE PROCESSUAL COREP, CONFORME QUADRO 6



Fonte: ANS, 2019

A distribuição de processos de representação por assuntos observa uma sazonalidade em relação aos assuntos pertinentes ao não envio de informações periódicas, uma vez que pelo calendário implementado os processos pelo não envio de informações do Padrão TISS são abertos no primeiro semestre de cada ano, ao passo que os processos pelo não envio de SIB são abertos no segundo semestre.

Em relação aos Processos de SIB, acrescenta-se que existem demandas contínuas referentes à qualidade cadastral, abertas todas as vezes que a Fiscalização ou mesmo a DIDES detecta em suas demandas e processos, informações individuais prestadas em desacordo com as existentes na base de dados.

Em relação aos processos de substituição de prestadores não hospitalares e no que diz respeito às regras de contratualização existe um fluxo contínuo alimentado pelo trabalho da coordenação que realiza a instrução processual destas.

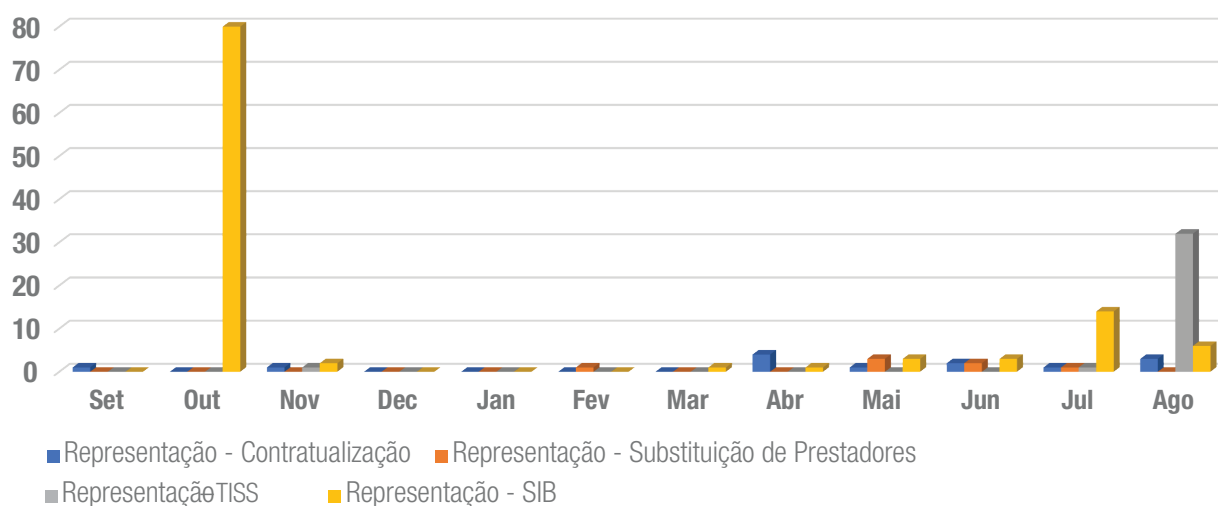
QUADRO 7- REPRESENTAÇÃO

	Set	Out	Nov	Dec	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Total
Representação - Contratualização	1	0	1	0	0	1	0	4	1	2	1	3	14
Representação - Substituição de Prestadores	0	0	0	0	0	1	0	6	3	2	1	1	14
Representação - TISS	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	32	162
Representação - SIB	0	80	2	0	0	0	1	1	3	3	14	6	110
TOTAL	1	80	4	0	0	2	1	12	7	7	17	42	173

Fonte: ANS, 2019

GRÁFICO 12 - REPRESENTAÇÕES, CONFORME QUADRO 7

Representações lavradas mês a mês



Fonte: ANS, 2019

Importante destacar que a DIDES não possui mais passivo de Representações a serem instauradas relativamente às informações periódicas. Conforme o planejamento a ser seguido, as representações pelo não envio do SIB de 2018 serão instauradas no segundo semestre de 2019, ao passo que as representações do TISS, referentes aos anos de 2017 e 2018 foram instauradas no primeiro semestre de 2019.

Destaca-se, ainda, que em razão da nova Metodologia de aferição do IDSS, bem como a divulgação dos resultados em 2019, verificou-se uma inconformidade bem inferior em relação ao não envio das informações do TISS, resultando na lavratura de menos representações, se comparado com o ano anterior.

CAPÍTULO 5 – ASSESSORAMENTO NORMATIVO

5.1 – ATIVIDADES DA ASSESSORIA

As atividades da ASSNT/DIRAD-DIDES/DIDES, durante o período de setembro de 2018 a agosto de 2019, foram deslocadas regimentalmente para a estrutura da Diretoria-Adjunta por **questões estratégicas** correlatas às demandas do Diretor, principalmente nas formulações de suas manifestações em deliberações colegiadas.

Considerando-se que todo o trabalho da ASSNT está sendo elaborado via SEI, um levantamento estatístico demonstra que tramitaram na unidade 1.353 processos, tendo sido produzidos 973 votos e 23 análises de pauta de deliberações colegiadas.

Esses números foram possíveis em virtude de um incremento de mais um servidor efetivo e, por conta de um mutirão realizado no início do ano de 2019, a fim de esgotar o passivo de processos sancionadores.

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 e uma assistência jurídico-formal para saneamento dos processos a serem pautados.

CAPÍTULO 6 – PRODUÇÃO, ANÁLISE E INTEROPERABILIDADE DAS INFORMAÇÕES

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

6.1.1 – REGISTRO ELETRÔNICO EM SAÚDE (RES)

O Registro Eletrônico em Saúde (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 2018, a partir de uma iniciativa do Comitê Gestor da Estratégia de Saúde Digital visando fortalecer a consolidação da Estratégia de e-Saúde no país, foi iniciada a elaboração do Plano de Ação, Monitoramento e Avaliação de Saúde Digital para o Brasil (PAM&A).

Para tanto, foram instituídos quatro grupos técnicos referentes às linhas de ação: Governança e Recursos Organizacionais; Serviços, Sistemas, Padrões e Interoperabilidade; Infraestrutura; e Recursos Humanos. Todos os grupos contaram com a participação de representantes da DIDES. A GEPIN/DIDES foi uma das coordenadoras do grupo de Governança.

Após a realização de diversas reuniões ao longo do primeiro semestre de 2019, a primeira versão do PAM&A foi apresentada em um Fórum de Ampla Participação, composto por representantes de diversos setores da sociedade, da área de saúde. O PAM&A está sendo alinhado à nova estratégia de saúde digital do Ministério da Saúde, a Rede Nacional de Dados em Saúde.

A Rede Nacional de Dados em Saúde, tem por objetivo a criação de um Prontuário Único do Paciente, por meio da troca de informações entre os diversos níveis de atenção à Saúde, visando a continuidade do cuidado nos setores público e privado.

A iniciativa abrange a utilização dos modelos de informação já pactuados na Comissão Intergestores Tripartite (CIT): Registro de Atendimento Clínico e Sumário de Alta, cuja elaboração contou com a participação da GEPIN/DIDES; Dispensação de Medicamentos e Imunização, ainda não elaborados; e Conjunto Mínimo de Dados (CMD), que inclui os dados do Padrão TISS enviados pela ANS/DIDES para o Ministério da Saúde.

A implantação do projeto-piloto da Rede Nacional de Dados em Saúde está prevista para o primeiro semestre de 2020 com perspectiva de expansão até 2022.

6.1.2 - 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 Resolução 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 faziam parte da Agenda Regulatória da ANS – biênio 2016/2018, no Eixo 3 – Integração da Saúde Suplementar com o SUS, macroprojeto de Desenvolvimento do Registro Individualizado de Saúde: acesso e portabilidade das informações. A ação prevista era disponibilizar Registro Individualizado de Saúde da Saúde Suplementar na plataforma do DigiSUS, do Ministério da Saúde.

No período entre setembro de 2018 e agosto de 2019, as atividades realizadas visaram garantir o envio dos dados da saúde suplementar para o Ministério da Saúde no ano de 2019.

Nesse sentido, em julho de 2019 foi finalizada a geração da base de eventos de atenção à saúde, com as informações enviadas pelas operadoras para a ANS, conforme estabelecido no Padrão TISS. A partir desse mês, a base de eventos passou a ser atualizada diariamente. Após a adequação do modelo de informação do Padrão TISS ao modelo de informação do CMD, foram desenvolvidas as aplicações necessárias à extração dos eventos e geração dos contatos assistenciais para o CMD.

Em seguida, foram realizados ajustes e adaptações nos dispositivos utilizados na transmissão dos dados entre ANS e Ministério da Saúde, visando garantir a proteção destes dados. Os primeiros eventos assistenciais da saúde suplementar, referentes a janeiro de 2017, foram enviados para a plataforma do CMD no Ministério da Saúde em agosto de 2019.

6.2 – 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 suplementar .

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.

De setembro de 2018 a agosto de 2019 foram realizadas seis reuniões do COPISS coordenador, com a participação de 154 representantes e outras cinco reuniões de grupos técnicos com 113 participantes.

Nesse período ficou definido pelo COPISS e estabelecida pela ANS a obrigatoriedade da utilização da TUSS de Materiais e OPME, especificamente, a partir de 14 de fevereiro de 2019; no entanto com um prazo máximo de um ano para as operadoras implantá-la em suas trocas, definitivamente; essa medida aproveita, oportunamente, a nova metodologia estabelecida pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) para o registro desses produtos, possibilitando a proposição de uma rotina para a descrição dos termos pela ANS referentes aos Dispositivos Médicos Implantáveis (DMI), incluídos nos 1.246.042 termos das 57 Terminologias das versões das TUSS publicadas em fevereiro, maio e julho de 2019.

Ainda em fevereiro de 2019, foram implantadas e publicadas as versões 03.04.00 e 01.00.00 do Componente de Comunicação do Padrão TISS. Trata-se da desvinculação dos versionamentos, um novo modelo do Componente, para a troca entre prestadores de saúde e operadoras e para o envio de dados à ANS, respectivamente.

Para o segundo semestre de 2019, os focos principais para o aprimoramento do Padrão TISS passaram a ser, além de novas formas de publicação dos Componentes do Padrão TISS, o estudo do impacto da Lei Geral de Proteção dos Dados Pessoais (LGPD) sobre o Componente de Segurança, e o estudo da pertinência de novas mensagens para contemplar outros modelos de remuneração.

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

6.3.1 – 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 9.529, de 07 de fevereiro de 2018, alterada pela Portaria nº 9.573, 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/DIGES).

No período de setembro de 2018 a agosto de 2019, foram realizadas 14 reuniões, com participação de 42 colaboradores, onde foram discutidos e encaminhados ao Comitê de Tecnologia a priorização dos projetos de *Data Marts* a serem desenvolvidos, bem como o inventário dos dados da ANS, e as demais questões relativas à governança de dados e informações.

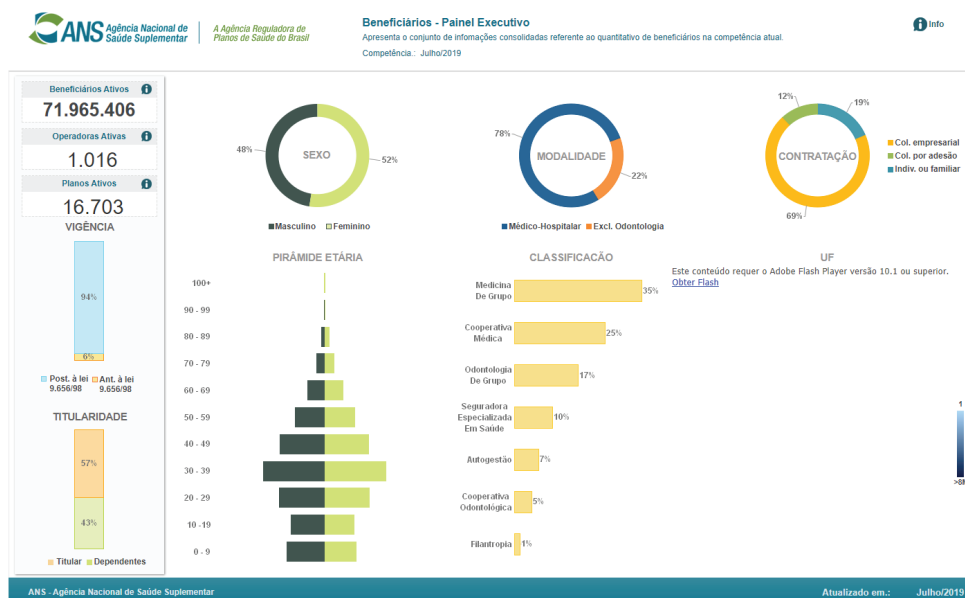
Destacam-se os seguintes produtos:

a. Data Marts Beneficiários

O *Data Mart* Beneficiários está em fase final de desenvolvimento, com previsão de disponibilização para os usuários até o fim de outubro de 2019.

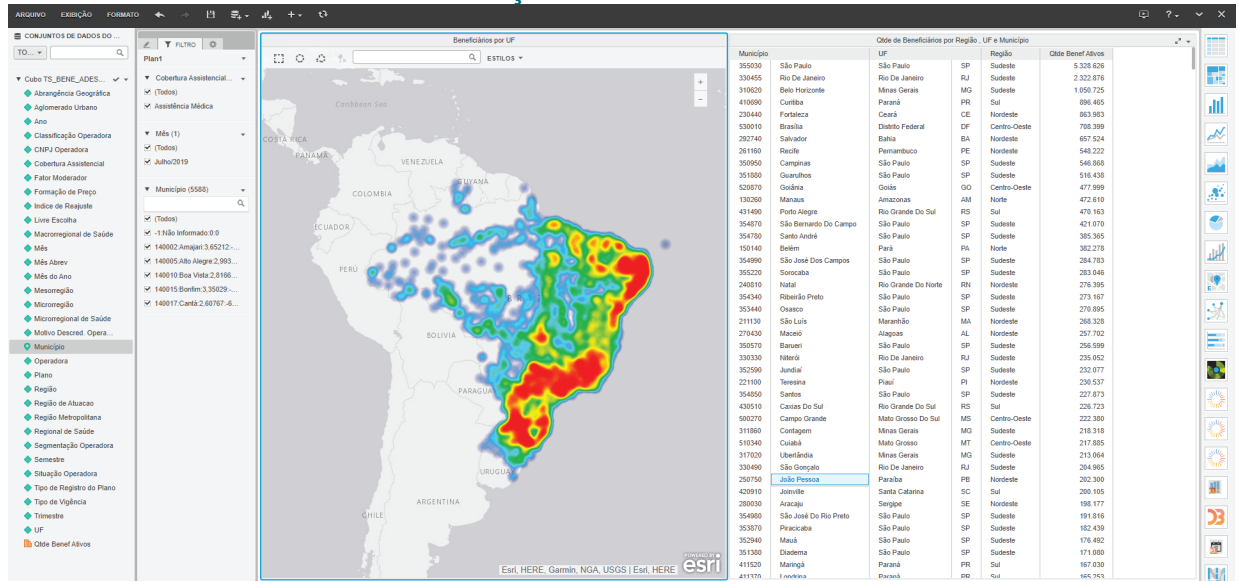
Com sua disponibilização, os usuários com acesso à ferramenta de Business Intelligence (BI) poderão consultar dashboards com gráficos interativos, bem como poderão gerar seus próprios relatórios por meio de cruzamentos e consolidações entre os atributos e as métricas disponíveis. Por exemplo, sobre o total de beneficiários por município, a cobertura assistencial e o fator moderador e a formação de preço do plano, entre outros.

FIGURA 4 - PAINEL EXECUTIVO: DATA MART BENEFICIÁRIO



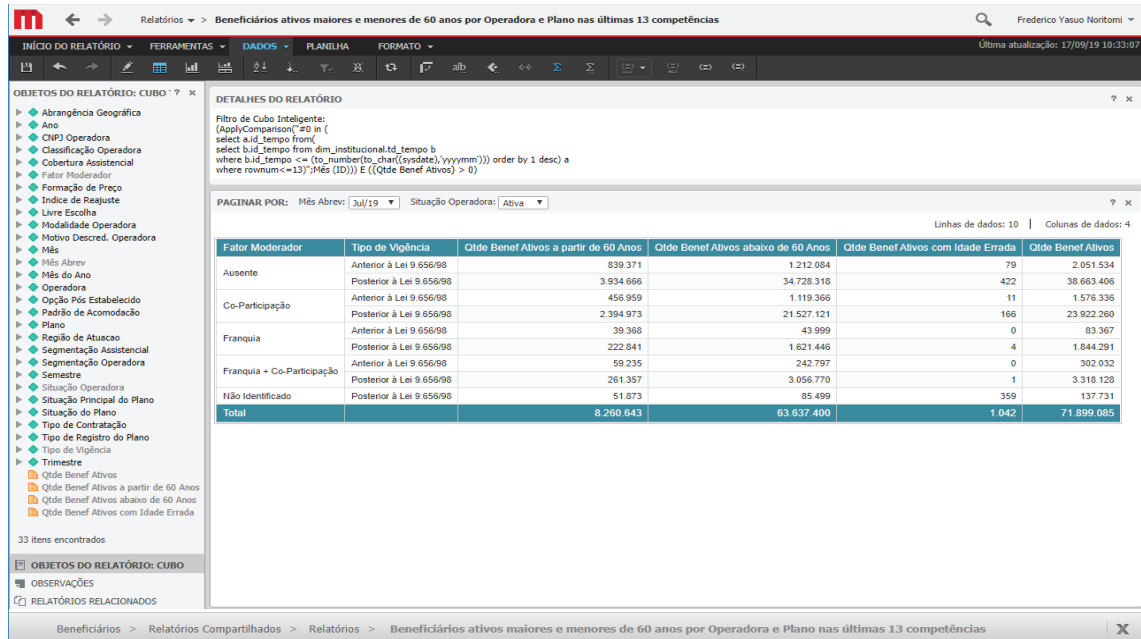
Fonte: Data mart beneficiário/ANS, 2019.

FIGURA 5 – MAPA DE CALOR DA DISTRIBUIÇÃO DE BENEFICIÁRIOS POR MUNICÍPIO



Fonte: Data mart beneficiários/ANS, 2019.

FIGURA 6 – EXEMPLO DE RELATÓRIO DO DATA MART BENEFICIÁRIO



Fonte: Data mart beneficiários/ANS, 2019.

Conforme mencionado no Relatório de Gestão de 2017-2018, é esperada uma redução significativa do número de solicitações de informações sobre o tema após a implantação deste *Data Mart*.

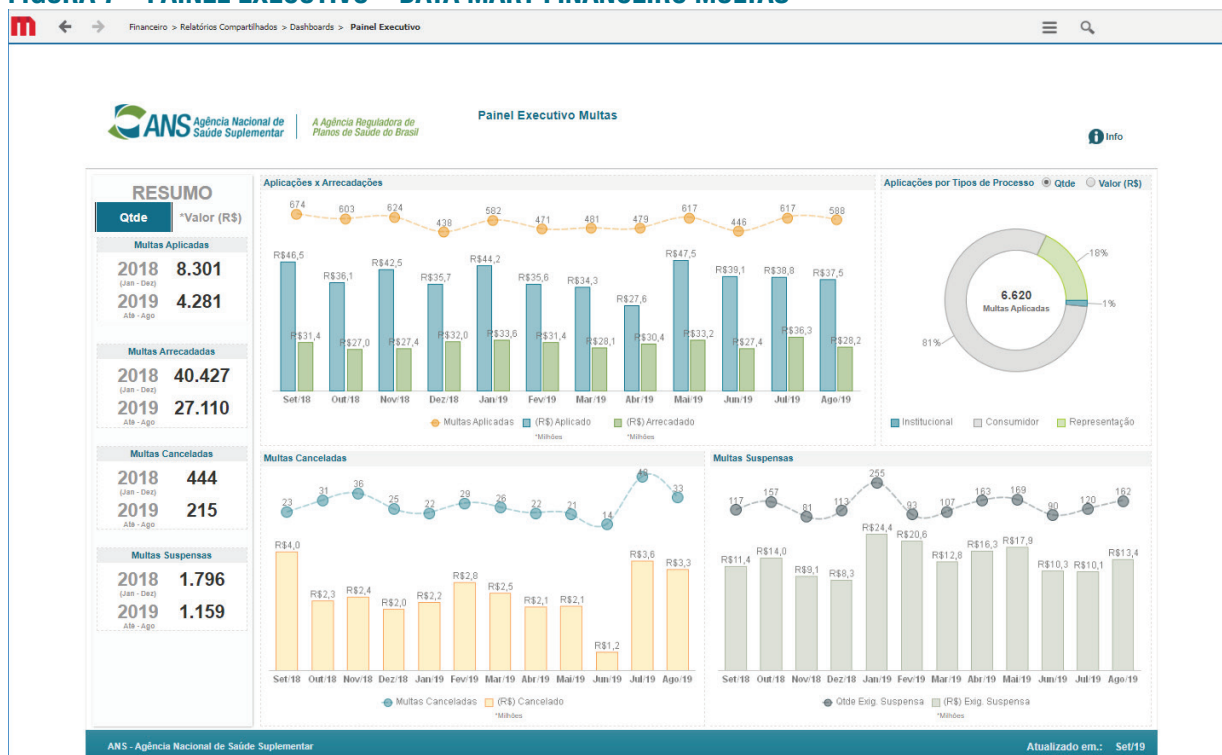
b. Data Mart Financeiro Multas

O *Data Mart* Financeiro Multas foi implementado, inicialmente, em atendimento a uma recomendação do Tribunal de Contas da União (TCU) de que a Agência desenvolvesse um repositório com informações

sobre multas. Esse repositório deveria possibilitar o acesso e a extração facilitada de informações, de maneira que pudessem ser encaminhadas anualmente ao TCU. Essas informações não deveriam apresentar divergências, por exemplo, caso se referissem ao mesmo período ou ao mesmo assunto, nem ao total de valores aplicados, arrecadados ou cancelados.

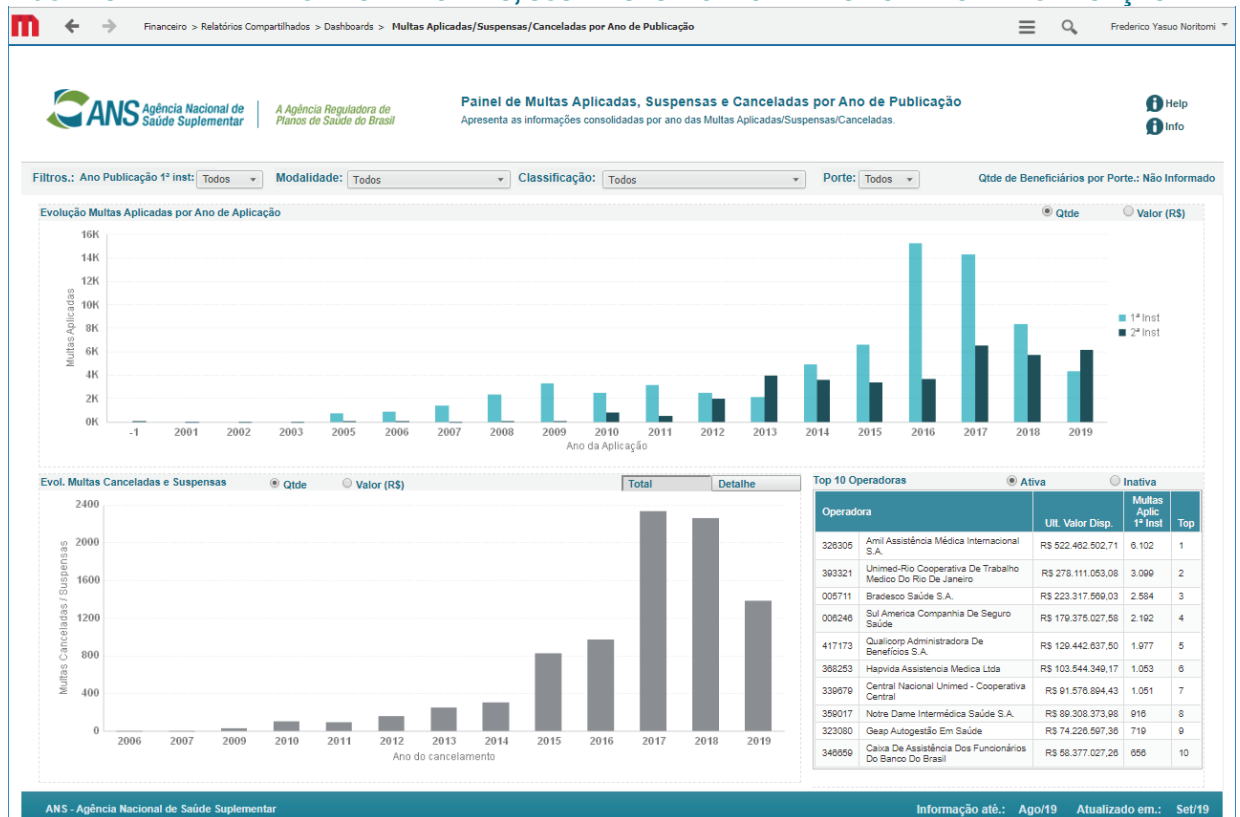
Este *Data Mart* entrou em produção em abril de 2019, permitindo aos usuários terem visões consolidadas e analíticas das multas aplicadas, canceladas, suspensas e arrecadadas na ANS, bem como do total de multas com exigibilidade suspensa por motivo administrativo ou judicial. Essas visões são disponibilizadas por meio de dashboards e relatórios dinâmicos, os quais permitem consultas detalhadas ou consolidadas por dimensões e métricas.

FIGURA 7 – PAINEL EXECUTIVO – DATA MART FINANCEIRO MULTAS



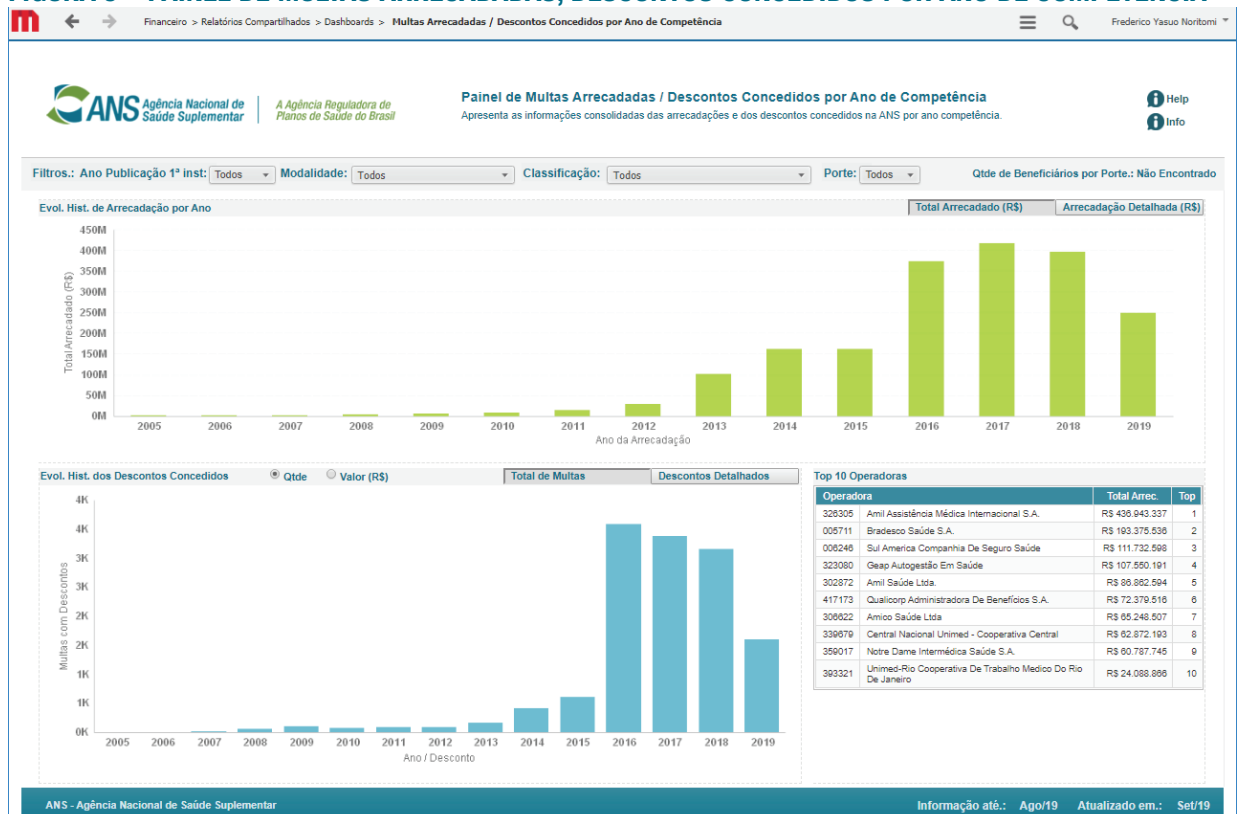
Fonte: Data mart financeiro multas/ANS, 2019.

FIGURA 8 – PAINEL DE MULTAS APLICADAS, SUSPENSAS E CANCELADAS POR ANO DE PUBLICAÇÃO



Fonte: Data mart financeiro multas/ANS, 2019.

FIGURA 9 – PAINEL DE MULTAS ARRECADADAS, DESCONTOS CONCEDIDOS POR ANO DE COMPETÊNCIA



Fonte: Data mart financeiro multas/ANS, 2019.

FIGURA 10 – EXEMPLO DE RELATÓRIO DO DATA MART FINANCEIRO MULTAS

DETALHES DO RELATÓRIO

Filtro do relatório:
ApplyComparison("#0 = to_number(to_char(sysdate,'YYYYMM'))';{Mês da Carga} (ID))

PAGINAR POR: Mês Abrev da Competência: Nov/18 Região: Sudeste UFI: SP:São Paulo

Linhas de dados: 1 - 50 de 134 | Colunas de dados: 2

Subtema	Município	Qtde total de multas aplicadas (fixa + diária) em 1ª instância	Qtde total de multas aplicadas (fixa + diária) em 2ª instância
Carência	353440 Osasco	0	1
	355030 São Paulo	0	1
Contratação/Adesão, Vigência, Manutenção e Renovação	353440 Osasco	0	1
	351300 Cotia	0	1
	351570 Ferraz De Vasconcelos	1	0
	351880 Guarulhos	0	1
	355030 São Paulo	0	1
	355540 Ubatuba	1	0
	352690 Limeira	1	0
	350320 Araraquara	0	1
Documentos de Entrega Obrigatória ao Consumidor	350840 Cajuru	0	1
	355030 São Paulo	0	1
	355220 Sorocaba	0	1
Doença ou Lesão Preexistente, Cobertura Parcial Temporária e Agravado	353440 Osasco	0	1
	350850 Campinas	0	1
	354780 Santa Rosa De Viterbo	0	1
	355030 São Paulo	0	1
	355220 Sorocaba	1	0
	353030 Mirassol	0	1
Gerenciamento das Ações de Saúde por Parte da Operadora (autorizações prévias, franquia, co-participação e outros)	350570 Barueri	0	1
	350800 Bauru	2	0
	350700 Boituva	0	1
	350850 Campinas	0	1
	351380 Diadema	0	1
	355030 São Paulo	0	2
	353440 Osasco	1	2
	350190 Amparo	0	1
	350320 Araraquara	2	1
	350410 Atibaia	2	0
	350570 Barueri	0	1
	350800 Bauru	1	1

Fonte: Data Mart financeiro multa/ ANS, 2019.

Na próxima versão desse *Data Mart* serão incluídas informações sobre arrecadação de créditos inscritos em Dívida Ativa extraídas do sistema SAPIENS, as quais não estavam disponíveis e homologadas até a conclusão do projeto, bem como visões de créditos em aberto.

c. Data Mart Financeiro Taxas

Em agosto de 2019, iniciou-se o projeto do *Data Mart* Financeiro módulo Taxa, com previsão de entrega para outubro de 2019.

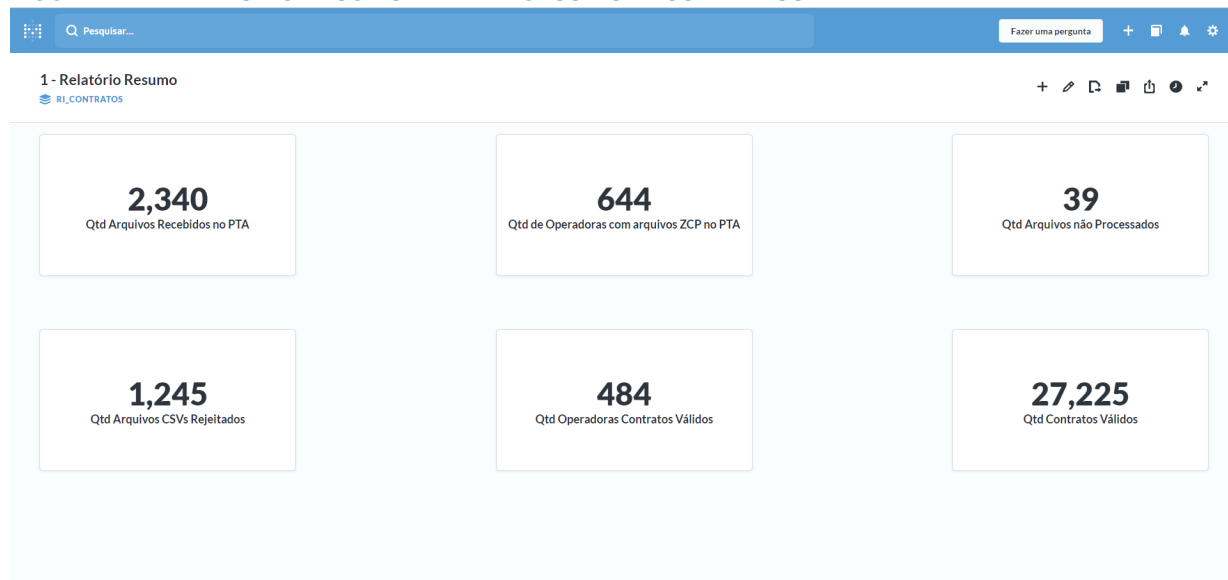
Neste projeto, serão tratadas somente as Taxas por Atos e as Taxas por Plano de Assistência à Saúde, com a criação de painéis executivos em que serão disponibilizadas informações em nível macro (gerencial) e operacionais, com informações sumarizadas por mês/ano e atributos de operadoras, bem como relatórios detalhados.

d. RI Informações Contratos

Durante os meses de maio de 2019 a agosto de 2019 foi desenvolvido o projeto “RI Informações Contratos”, que teve como finalidade captar dados sobre contratos entre operadoras e prestadores hospitalares, conforme as requisições de informações de contratos, encaminhadas pela GASNT às operadoras.

Foi criado um banco dos contratos entre as operadoras e os prestadores hospitalares, bem como foram desenvolvidos painéis e consultas de informações sobre o recebimento, processamento e críticas dos arquivos encaminhados pelas operadoras e sobre os contratos validados.

FIGURA 11 – RELATÓRIO RESUMO DE ATRIBUTOS DO RI CONTRATOS



Fonte: RI Contratos/ANS,2019

e. Inventário de Dados

A GEPIN iniciou o processo de catalogação das bases e dos conjuntos de dados da ANS. O produto desse trabalho serviu para o atendimento de requisição de informações sobre as bases de dados da ANS pelo TCU e pela Coordenação-Geral de Arquitetura de Dados e Informações do Ministério da Economia, além de integrar o Plano de Dados Abertos de 2019-2021.

f. Data Mart do TISS

Em fevereiro de 2019, a GEPIN iniciou o projeto do *Data Mart* do TISS. O escopo inicial desse projeto é estruturar as bases de consulta do TISS para racionalizar o consumo dos recursos da base de dados da ANS em processamentos de Extração, Transformação e Carga (ETL) onerosos como as atualizações do painel D-TISS, dos conjuntos de dados do TISS no Portal Brasileiro de Dados Abertos, a produção dos arquivos do CMD, os relatórios de monitoramento de redução e substituição de rede hospitalar, os relatórios de Batimento do TISS X DIOPS.

A primeira entrega desse projeto será a reformulação do D-TISS, que é o painel mantido no site da ANS com gráficos de visões epidemiológica, financeira, por prestador e OCDE dos dados dos atendimentos hospitalares e ambulatoriais coletados por meio da Troca de Informações da Saúde Suplementar (TISS) entre operadoras de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviço. Nessa reformulação, o painel utilizará tecnologia interativa e responsiva com menor tempo de latência, interface mais limpa e intuitiva. Além disso, os dados contemplarão todas competências de 2017 e 2018 (o painel atual só tem dados de 2015 e 2016) e todos os procedimentos da TISS informados.

O painel D-TISS reformulado está previsto para ser publicado em outubro de 2019.

FIGURA 12 – VISÃO DO NOVO PAINEL D-TISS



Fonte: D-TISS/ANS, 2019.

Adicionalmente, a GEPIN já iniciou o levantamento junto às demais unidades da ANS de outras necessidades que podem ser atendidas pelos dados do TISS. Essas necessidades serão avaliadas, agrupadas e classificadas por prioridade e subsidiarão a definição do escopo das próximas iterações do desenvolvimento do DM-TISS.

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

No referido período, a DIDES foi responsável pela atualização e manutenção dos principais sistemas de informação da ANS, conforme descrito abaixo:

6.3.2.1 – TABNET

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

FIGURA 13 – EXEMPLO DE TABULAÇÃO DISPONÍVEL NO TABNETANS

Beneficiários por UFs, Regiões Metropolitanas (RM) e Capitais

Assistência Médica por Tipo de contratação segundo Competência

Período: Mar/2000, Jun/2000, Set/2000, Dez/2000, Mar/2001, Jun/2001, Set/2001, Dez/2001, Mar/2002, Jun/2002, Set/2002, Dez/2002, Mar/2003, Jun/2003, Set/2003, Dez/2003, Mar/2004, Jun/2004, Set/2004, Dez/2004, Mar/2005, Jun/2005, Set/2005, Dez/2005, Mar/2006, Jun/2006

Competência	Individual ou Familiar	Coletivo Empresarial	Coletivo por adesão	Coletivo não identificado	Não Informado	Total
jun/19	9.036.063	31.632.092	6.358.948	1.103	97.644	47.125.850
mar/19	9.035.189	31.540.961	6.342.418	1.107	100.956	47.020.631
dez/18	9.107.150	31.662.476	6.338.725	1.144	104.024	47.213.519
set/18	9.094.297	31.612.574	6.347.905	1.151	137.825	47.193.752
jun/18	9.136.059	31.508.236	6.367.490	1.161	140.167	47.153.113
mar/18	9.149.321	31.373.435	6.336.313	1.241	144.099	47.004.409
dez/17	9.192.358	31.436.032	6.348.301	1.245	146.657	47.124.593
set/17	9.248.494	31.388.505	6.377.411	1.251	152.479	47.168.140
jun/17	9.296.718	31.402.200	6.408.459	1.261	161.618	47.270.256

Fonte: ANS Tabnet, 2019.

6.3.2.2 – SALA DE SITUAÇÃO

A Sala de Situação é um painel online, disponibilizado tanto para os servidores da ANS, via intranet, como para a sociedade em geral, por meio do site da Agência. Por meio deste painel, o usuário pode realizar consultas sobre o mercado de saúde suplementar, de acordo com as informações que julgar relevantes.

FIGURA 14 – EXEMPLO DE CONSULTA DISPONÍVEL NO CADERNO 2.0

Sala de Situação

Setor
Operadoras
Caderno 2.0

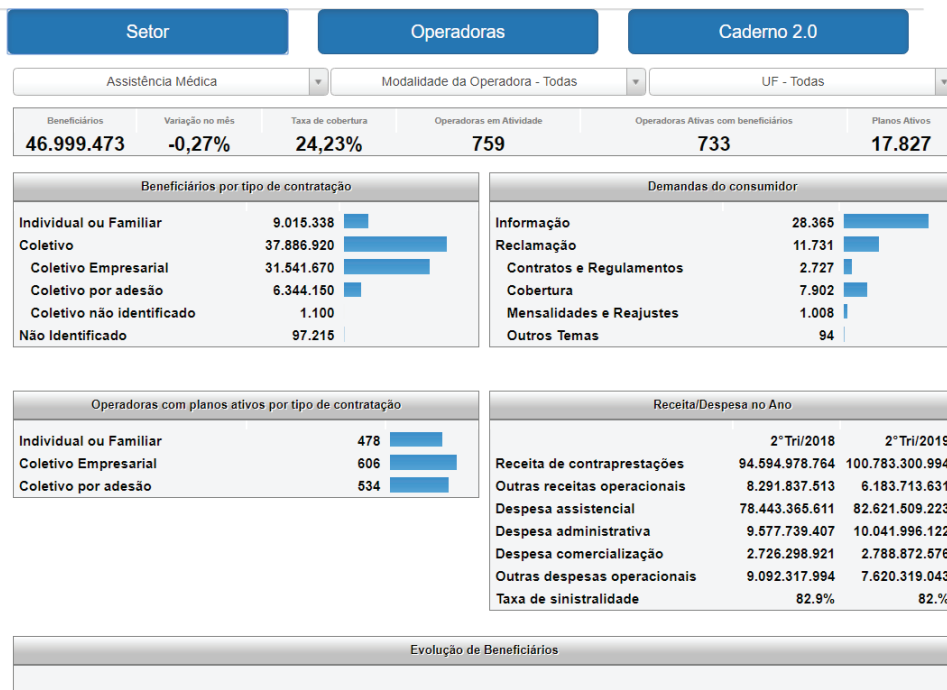
Info: 18

Mes Competencia	Coletivo Empresarial	Coletivo Não Identificado	Coletivo por Adesão	Individual ou Familiar	Não Informado
	Quantidade de Beneficiarios	Quantidade de Beneficiarios	Quantidade de Beneficiarios	Quantidade de Beneficiarios	Quantidade de Beneficiarios
Julho/2018	48.847.974	3.710	8.398.680	13.229.806	160.656
Agosto/2018	49.042.010	3.691	8.395.020	13.248.747	159.815
Setembro/2018	49.188.778	3.682	8.619.296	13.278.570	156.843
Outubro/2018	49.231.334	3.669	8.613.191	13.341.133	154.249
Novembro/2018	49.348.565	3.640	8.625.893	13.381.018	122.058
Dezembro/2018	49.405.918	3.639	8.522.966	13.420.879	120.975
Janeiro/2019	49.347.625	3.632	8.619.490	13.397.847	116.931
Fevereiro/2019	49.287.326	3.628	8.603.795	13.421.494	115.537
Março/2019	49.320.440	3.586	8.654.514	13.386.529	114.883
Abril/2019	49.443.896	3.580	8.531.285	13.403.373	114.148
Maior/2019	49.510.811	3.571	8.568.810	13.420.001	113.097
Junho/2019	49.771.105	3.561	8.597.870	13.413.766	111.395

Fonte: Caderno 2.0 -Sala de Situação/ANS, 2019.

FIGURA 15 – PÁGINA INICIAL DA SALA DE SITUAÇÃO COM INFORMAÇÕES DO SETOR

Sala de Situação



Fonte: Sala de Situação/ANS, 2019.

A Sala de situação é composta por três grandes grupos:

- **Setor:** fornece uma visão geral do mercado em relação à quantidade de beneficiários, reclamações, receita e despesa.
- **Operadoras:** permite uma visão detalhada da operadora selecionada 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 por meio do cruzamento de diferentes dimensões, tais como município, abrangência, faixa etária, modalidade, sexo do beneficiário, tipo de contratação, competência, entre outras. Para melhorar a performance do Caderno 2.0, passou-se a disponibilizar somente a última competência dos dados referentes a beneficiários, em vez das treze últimas competências, e a exibir somente as 100 primeiras linhas do resultado da consulta, sendo, contudo, possível realizar o download do resultado completo das pesquisas.

Nos 12 últimos meses, ocorreram 381.107 visualizações da Sala de Situação em 70.776 acessos, um aumento de 36,7% em relação ao período de setembro de 2017 a agosto de 2018, no qual houve 278.725 visualizações em 54.484 acessos.

6.3.2.3 – PLANO DE DADOS ABERTOS (PDA)

Em continuidade às ações de abertura de dados, entre setembro de 2018 e agosto de 2019, a Agência publicou oito novos conjuntos de dados:

- **Reajuste de Planos coletivos;**
- **Penalidades aplicadas a operadoras;**
- **Informações consolidadas de Beneficiários;**
- **Beneficiários com vínculos ativos em planos posteriores à Lei 9.656/98, de cobertura médico-hospitalar preço pré-estabelecido, por tipo de contratação para cálculo da VDA;**
- **Abrangência Geográfica de comercialização dos planos de saúde (NTRP);**
- **Planos de Saúde e Operadoras (NTRP);**
- **Procedimentos Ambulatoriais por UF;**
- **Procedimentos Hospitalares por UF;**

A GEPIN procedeu ainda à atualização dos 43 (quarenta e três) conjuntos de dados disponibilizados, de acordo com a periodicidade estabelecida.

Durante este período, a GEPIN elaborou e publicou no sítio da ANS os seguintes documentos:

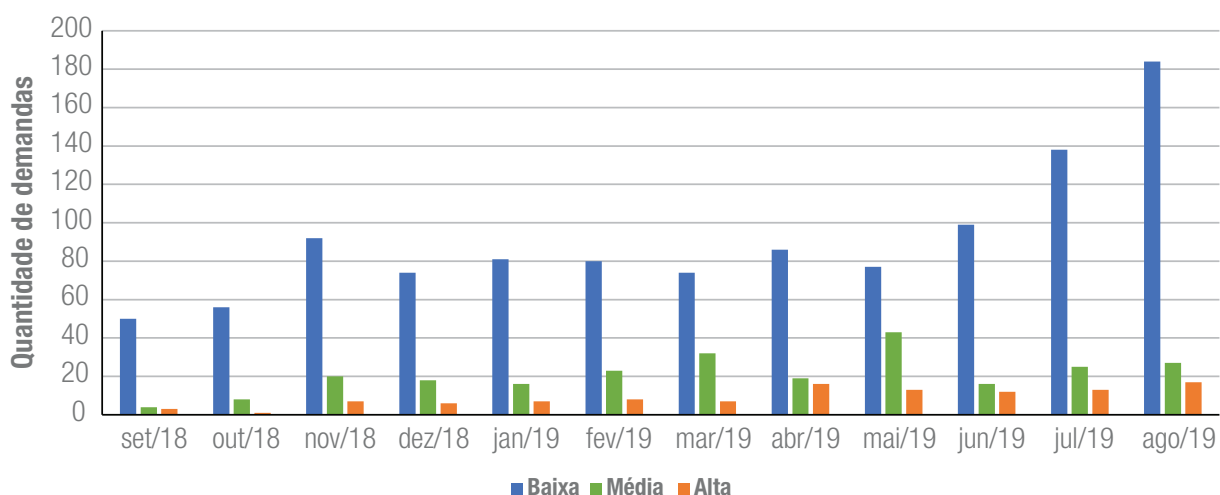
- **Relatório de Monitoramento do PDA do biênio 2017/2019 (<http://www.ans.gov.br/images/stories/acessoinformacao/dados-abertos/pda-relatorio-de-monitoramento-gepin.pdf>);**
- **Relatório de Aprimoramento dos Dados Abertos, (http://www.ans.gov.br/images/stories/acessoinformacao/dados-abertos/pda_dados_abertos_forma_continua.pdf), no qual são descritas as melhorias implementadas na página de Dados Abertos da ANS:**
 - rotina de atualização;
 - automatização das atualizações;
 - particionamento dos dados nos conjuntos de dados divulgados;
 - alterações nos conteúdos dos arquivos;
 - alterações nos metadados dos conjuntos de dados;
 - exclusão de conjuntos de dados;
- **Cronograma dos conjuntos de dados a serem divulgados na 3º fase do biênio 2017/2019;**
- **Plano de Dados Abertos (PDA) referente ao biênio 2019/2021;**
- **Cronograma dos conjuntos de dados a serem divulgados na 1º fase do biênio 2019/2021.**

6.3.2.4 - DEMANDAS INTERNAS DE PRODUÇÃO DA INFORMAÇÃO

A GEPIN atua na manutenção e atualização das informações corporativas e setoriais e é responsável pela gestão e pelo atendimento de demandas específicas, internas e externas, de extração de dados e geração de informações.

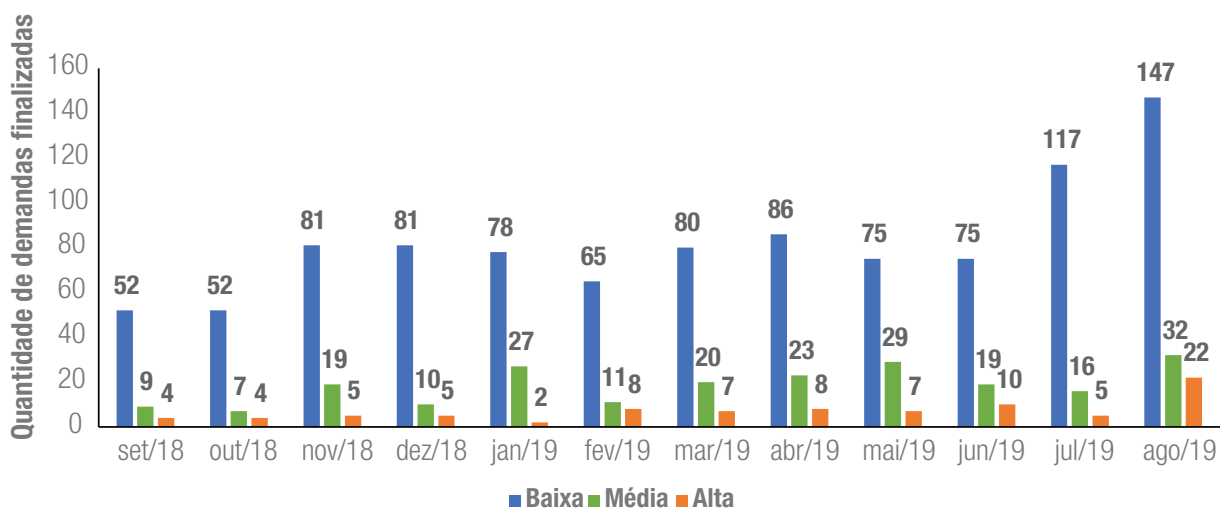
O Gráfico abaixo apresenta a quantidade de demandas de informações recebidas mensalmente segundo o grau de complexidade dessas demandas. Em média, foram recebidas, no período analisado, 121 solicitações de extração de dados por mês, um aumento de 36,0% em relação ao período de setembro de 2017 a agosto de 2018, no qual a média foi de 89 demandas por mês.

GRÁFICO 13- QUANTIDADE DE DEMANDAS DE INFORMAÇÕES RECEBIDAS POR GRAU DE COMPLEXIDADE, SETEMBRO/2018 A AGOSTO/2019.



Fonte: ANS, 2019.

GRÁFICO 14 - QUANTIDADE DE DEMANDAS DE INFORMAÇÕES FINALIZADAS POR GRAU DE COMPLEXIDADE, SETEMBRO/2018 A AGOSTO/2019



Fonte: ANS, 2019.

6.4 - 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 enviadas ao Sistema de Informações de Beneficiários (SIB/ANS).

Outra importante medida implementada pela DIDES, em parceria com a Gerência de Comunicação Social da ANS, foi o lançamento da campanha de cunho técnico e 100% eletrônica relativa à qualidade do cadastro de beneficiários da ANS denominada “SIB DE QUALIDADE”. A campanha, direcionada aos técnicos das operadoras que trabalham diretamente com o cadastro de beneficiários do SIB, está disponível no site ANS no seguinte endereço eletrônico <http://www.ans.gov.br/sib-de-qualidade/>.

Em resumo, a campanha teve por objetivo demonstrar os ganhos advindos da manutenção de um cadastro de beneficiários de qualidade pela operadora, como forma de fortalecimento da imagem no mercado, melhoria da produtividade, da fidedignidade da informação nas movimentações que envolvem transferência de carteira ou portabilidade, além da economia financeira ao evitar custos relacionados às infrações.

Foram disponibilizados tutoriais para a retirada de dúvidas sobre os principais campos do SIB. Além disso, foram prestadas explicações minuciosas sobre os relatórios do sistema, com ênfase ao relatório de diagnóstico de qualidade cadastral, que apresenta, de forma consolidada ou detalhada, as

inconsistências dos dados de beneficiários encaminhados pelas operadoras, que afetam o desempenho destas na avaliação do IDSS por meio do Indicador 4.1 - Índice composto de Qualidade Cadastral (SIB).

6.5 - PROJETO DE APRIMORAMENTO DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES DE BENEFICIÁRIOS (SIB)

No período de junho a agosto de 2018, a DIDES promoveu uma série de discussões, com técnicos de todas as diretorias da ANS, relativas ao Sistema de Informações de Beneficiários (SIB/ANS), tendo como objetivo a detecção de necessidades de aprimoramento estrutural, normativo e tecnológico do sistema.

Partindo de premissas que envolviam desde a menor alteração possível do sistema, com a modernização tecnológica necessária, pela economia de dados e menor oneração pela manutenção dos dados na ANS, pela suficiência de dados para identificação unívoca do beneficiário. Foram feitas, ainda, importantes considerações que dizem respeito à função precípua do SIB de identificação unívoca dos beneficiários, que favoreçam o processo de Ressarcimento ao SUS.

O resultado desse trabalho foi consolidado na Nota Técnica nº 13/2018/CODAD/GEPIN/DIRAD-DIDES/DIDES e apresentado ao Subcomitê de Governança Digital, de Tecnologia e Informação – SGODITI da ANS. Neste documento são apresentados cenários, propostas e o resumo das discussões entre os representantes de cada uma das diretorias da ANS, cujo objetivo era a formulação de uma proposta conjunta única para o aperfeiçoamento do SIB.

No ano de 2019, a área de tecnologia da ANS, em conjunto com o SGODITI, indicou o SIB como projeto piloto para implementação de nova tecnologia orientada a serviços, possibilitando assim o aperfeiçoamento no contexto do negócio, bem como na tecnologia utilizada.

A partir de maio deste ano, a equipe CODAD/GEPIN empenhou esforços para definição das regras de negócio do SIB, que servirão de base para a implementação do novo sistema após os trâmites internos e externos necessários. O projeto foi dividido em etapas e encontra-se em andamento.

CAPÍTULO 7 – INTEGRAÇÃO E RESSARCIMENTO AO SUS

7.1 – CONTEXTUALIZAÇÃO

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

De acordo com o que preceitua o artigo 32 da Lei nº 9.656/98, serão ressarcidos todos os serviços de atendimento previstos nos contratos de planos privados de assistência à saúde que tenham sido prestados aos consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do SUS em todo o território nacional.

A atividade de promover o ressarcimento ao SUS encontra-se inserida no contexto de regulação das relações privadas e de mediação dos impactos oriundos dessa interação no sistema público de saúde, de modo que seja concretizada a finalidade institucional da agência.

A importância do ressarcimento ao SUS reside, portanto, na promoção da tutela preventiva dos beneficiários de planos de saúde, na medida em que desestimula o não cumprimento dos contratos celebrados e impede o subsídio, ainda que indireto, de atividades lucrativas com recursos públicos. Ressalte-se que, embora o Sistema Único de Saúde seja guiado pelo princípio da universalidade, nos termos do artigo 7º, inciso I, da Lei 8.080/90, não se pode permitir o uso da malha pública de saúde como complemento da rede assistencial que deveria ser oferecida pelas próprias operadoras.

Além disso, através do ressarcimento busca-se a devolução aos cofres públicos dos valores utilizados no Sistema Único de Saúde, atendendo ao princípio da vedação ao enriquecimento sem causa.

Nesse contexto, vale esclarecer que o procedimento de ressarcimento ao SUS se inicia quando a ANS recebe do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) a base de dados com informações sobre os atendimentos ocorridos na rede pública/privada conveniada ao SUS e faz a conferência dessas informações com o seu Sistema de Informação de Beneficiários (SIB).

Em um primeiro momento, o ressarcimento abarcava apenas os procedimentos registrados por meio de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), passando, a partir do ano de 2015, a contemplar os atendimentos faturados por meio de Autorização de Procedimento Ambulatorial (APAC).

Após um cruzamento de dados, uma vez identificado que consumidores de planos de saúde utilizaram os serviços do SUS, são encaminhadas às operadoras notificações, por meio de Aviso de Beneficiário Identificado (ABI), para efetuarem o pagamento dos valores apurados ou apresentarem defesa, na forma da Resolução Normativa nº 358/2014.

O procedimento de defesa instaurado no âmbito da ANS é composto por duas instâncias. A primeira é inaugurada com o protocolo de uma impugnação, em que a operadora poderá alegar o motivo pelo

qual o ressarcimento não é devido. A segunda somente tem início se for apresentado um recurso contra a decisão anteriormente proferida.

Repare-se que nem todo beneficiário de plano de saúde atendido na rede pública dará ensejo ao ressarcimento ao SUS, tendo em vista a possibilidade de afastamento da obrigação das operadoras, como ocorre, por exemplo, nos seguintes casos: i) carência contratual; ii) atendimento fora da área de abrangência geográfica do contrato; iii) contrato anterior à Lei 9.656/1998 não regulado; iv) procedimento fora do rol de cobertura obrigatória; v) entre outras hipóteses.

Em observância ao devido processo legal, no momento da apresentação de peças de insurgência pelas operadoras, os servidores da autarquia verificam cada argumento formulado e examinam todos os documentos anexados, a fim de que se possa concluir pelo débito ou pela inexistência do dever de ressarcir.

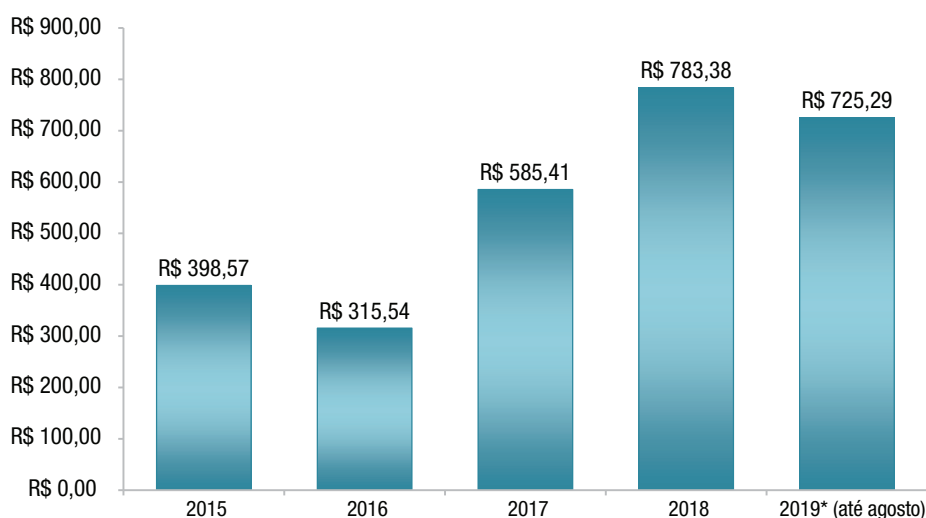
7.2 – VALORES REPASSADOS AO FUNDO NACIONAL DE SAÚDE (FNS)

Os valores arrecadados pela ANS na execução do ressarcimento são integralmente encaminhados ao Fundo Nacional de Saúde (FNS), nos termos do que preceitua o artigo 32, § 2º, da Lei nº 9.656/98, com redação dada pela Lei nº 12.469/11. O aludido fundo é o gestor financeiro, no âmbito federal, dos valores que são destinados para o Sistema Único de Saúde (SUS).

Considerando a relevância social das verbas destinadas à saúde pública, esforços constantes têm sido empregados pela DIDES para que haja um incremento dos montantes repassados. Tornar o ressarcimento cada vez mais célere e eficiente vem sendo o foco nos últimos anos.

Assim, ao final do ano de 2018, alcançou-se a marca histórica de R\$ 783,38 milhões enviados para o Fundo Nacional de Saúde, montante que representou um aumento 33,82%, em comparação com o ano anterior, que era a maior quantia enviada até então. Destaca-se que de janeiro a agosto de 2019 já foram encaminhados aproximadamente R\$ 725,29 milhões ao FNS. No período de setembro de 2018 a agosto de 2019, enviou-se R\$ 1.024,20 milhões (> 1 bilhão).

GRÁFICO 15 - VALOR ANUAL REPASSADO



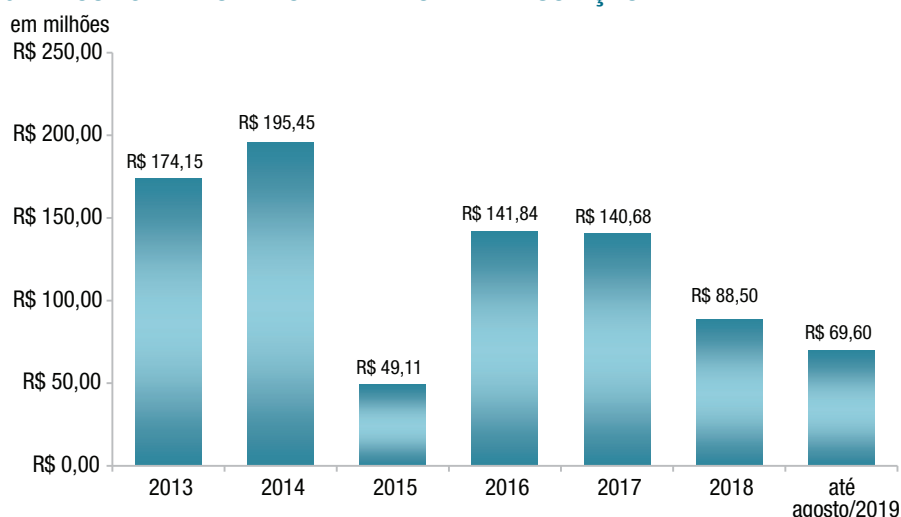
Fonte: ANS, 2019.

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. Em 2019, conforme se observa abaixo, já foram encaminhados para a Gerência de Dívida Ativa, aproximadamente, R\$ 69,60 milhões.

Nesse ponto, não se pode olvidar que, a partir da 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 o encaminhamento para inscrição em dívida. Em razão disso, na sistemática atual, durante um período aproximado de três meses, as GRUs vencidas não podem ser enviadas para o setor competente.

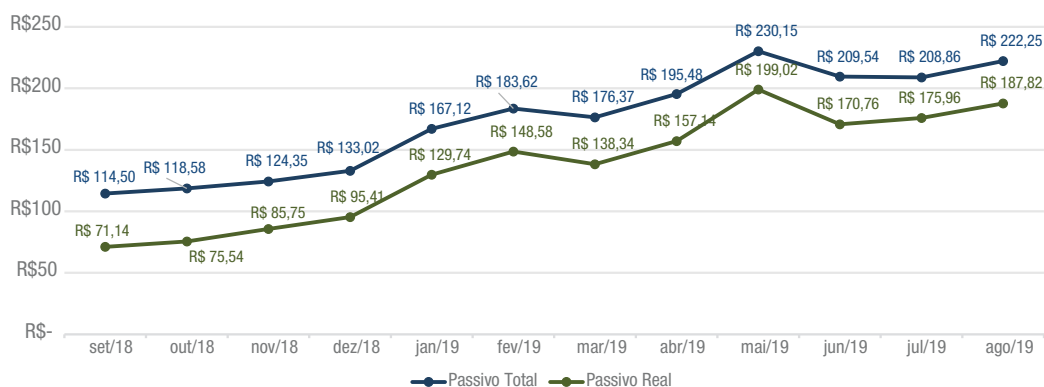
Não obstante o novo procedimento, tem-se que em 2019 ocorreu uma redução do número de dias para o encaminhamento para inscrição em Dívida Ativa após vencimento do débito.

GRÁFICO 16 - VALOR ENCAMINHADO PARA INSCRIÇÃO EM DÍVIDA ATIVA



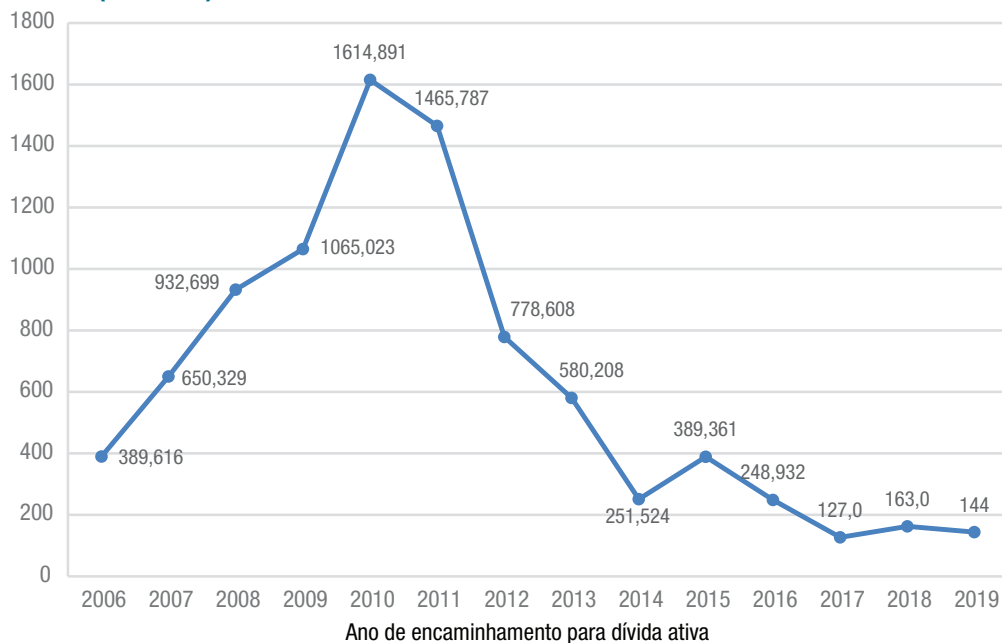
Fonte: ANS, 2019.

GRÁFICO 17 - PASSIVO PARA INSCRIÇÃO EM DÍVIDA ATIVA (EM REAIS)



Fonte: ANS, 2019.

GRÁFICO 18 - TEMPO DE ENCAMINHAMENTO PARA INSCRIÇÃO EM DÍVIDA ATIVA APÓS VENCIMENTO DO DÉBITO (EM DIAS)



Fonte: ANS, 2019.

7.3 – MEDIDAS DE APRIMORAMENTO OCORRIDAS NO RESSARCIMENTO AO SUS

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

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

Ocorre que, ainda que tenha significado grande avanço, o PERSUS 1.0 possuía fragilidades quando exposto a grande número de acessos, o que ocasionava a sobrecarga do sistema, a ocorrência de erros de conexão e a consequente prorrogação de prazos processuais para que o exercício do contraditório e ampla defesa das operadoras não restasse prejudicado.

Assim, a fim de solucionar os problemas verificados, no segundo semestre de 2018, a ANS lançou a evolução do PERSUS, com a disponibilização de módulos do Protocolo Eletrônico no Portal Operadoras (PERSUS 2.0).

O projeto de modificação do sistema foi sendo implementado paulatinamente para que fosse possível a homologação de todas as novas etapas, bem como o recebimento de colaborações das operadoras usuárias da ferramenta.

A vantagem da modificação situa-se no fato de que, além de possibilitar a integração com outros sistemas utilizados no ressarcimento ao SUS, o PERSUS 2.0 apresenta inovação tecnológica em relação ao sistema anterior, sendo um sistema de protocolo de performance mais ágil.

Além disso, também foi disponibilizada uma 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 pela operadora sem que seja necessário sair do respectivo ambiente de gestão da pessoa jurídica participante do ressarcimento.

Ademais, o serviço de “Petição Online” do PERSUS 2.0 possibilita o protocolo de impugnações e recursos em lote, o que é um grande avanço no que diz respeito ao tempo dispendido na protocolização das peças de defesa e dos anexos instrutórios.

Embora nem todas as operadoras disponham de infraestrutura em TI necessária para a utilização de webservice, há previsão de que haja um progressivo desafogamento do sistema, em razão da menor quantidade de usuários protocolizando peças processuais individualmente por meio do uso da aplicação.

Em 15/04/2019, dando continuidade ao aperfeiçoamento das ferramentas tecnológicas utilizadas na interposição de peças de insurgência, foram disponibilizadas novas funcionalidades no módulo de protocolo do Portal Operadoras.

Dentre os novos itens oferecidos, destacam-se a possibilidade de peticionamento pela seleção de atendimentos disponíveis para impugnação ou recurso, com o preenchimento automático dos respectivos campos, bem como a inclusão de filtros adicionais para busca de protocolos por informações, além da mudança no layout da apresentação das mensagens do sistema.

As novidades atendem às sugestões enviadas pelas operadoras e tornam a protocolização mais célere e eficiente, de modo a melhorar a relação da autarquia com o setor regulado. Acrescente-se que a consolidação das melhorias do PERSUS 2.0 vem permitindo, desde o 74º ABI, que os prazos de impugnação não sejam prorrogados, o que era recorrente antes do novo sistema.

7.3.2 – APRIMORAMENTO DOS MÉTODOS DE COBRANÇA

Ainda com o propósito de tornar a cobrança mais eficiente, a DIDES tem atuado no sentido de buscar melhores métodos para promover resultados racionais e potencializados no processamento do ressarcimento ao SUS.

Nessa toada, foram mapeados os feitos administrativos do 1º ao 53º ABI (processos físicos ou híbridos, anteriores ao PERSUS e ao protocolo eletrônico no Portal Operadoras) que, apesar de estarem supostamente aptos a serem cobrados, não o foram por motivos diversos, dentre os quais: ausência de data de retorno de AR/expedição de decisão; suspensão judicial; suspensão administrativa por devolução de correspondência de cobrança; e erro de sistema.

No levantamento em questão, foi realizada uma análise criteriosa, caso a caso, para viabilizar o saneamento dos processos passíveis de prosseguimento em seu trâmite regular. Foram priorizados para ordenamento do tratamento, os processos com maiores valores financeiros envolvidos.

TABELA 3 - DISTRIBUIÇÃO DE PROCESSOS ENVOLVIDOS NO PROJETO DE SANEAMENTO SEGUNDO SITUAÇÃO EM AGOSTO DE 2019

PROCESSOS								
Não iniciados	Pendências administrativas	Pendências administrativas TI	Pendências judiciais	Aguardando cobrança	Finalizados sem cobrança	Finalizados com cobrança	Sobrestados	Total (R\$)
527	768	294	62	954	138	248	1.025	4.016
13,12%	19,12%	7,32%	1,54%	23,75%	3,44%	6,18%	25,52%	100,00%

Fonte: ANS, 2019.

TABELA 4 - DISTRIBUIÇÃO DE ATENDIMENTOS ENVOLVIDOS NO PROJETO DE SANEAMENTO SEGUNDO SITUAÇÃO EM AGOSTO DE 2019

ATENDIMENTOS								
Não iniciados	Pendências administrativas	Pendências administrativas TI	Pendências judiciais	Aguardando cobrança	Finalizados sem cobrança	Finalizados com cobrança	Sobrestados	Total (R\$)
13.723	43.267	12.942	1.177	25.642	7.410	20.866	25.897	150.924
9,09%	28,67%	8,58%	0,78%	16,99%	4,91%	13,83%	17,16%	100,00%

Fonte: ANS, 2019.

Assim, os processos e atendimentos foram classificados segundo a situação em que se encontram:

- **Não inicialização decorrente de problemas de acesso aos autos: constante mudança de contratos de guarda remota de processos;**
- **Pendências administrativas: envolvem renotificações de decisões;**
- **Pendências administrativas TI: referem-se aos casos que serão resolvidos por chamado;**
- **Pendências judiciais: processos que estão sendo discutidos judicialmente, cujos atendimentos estão com a exigibilidade suspensa. Para esses casos, a GECON é contatada com o objetivo de informar o andamento das ações judiciais correlatas;**
- **Aguardando cobrança: são os casos que estão aptos a serem cobrados, seja pelo Protocolo Eletrônico, notificação postal ou publicação no DOU;**
- **Sobrestados: processos não priorizados até a manifestação definitiva do TCU sobre a imprescritibilidade.**

Ademais, com o levantamento da situação geral dos processos pendentes, verificou-se a existência de atendimentos inaptos para cobrança em razão da ausência de notificação da operadora acerca do procedimento administrativo instaurado, seja pelo não retorno de correspondência postal ou pelo não cadastramento no protocolo eletrônico.

A ciência dos atos processuais, como se sabe, é requisito de validade para a perfeita formação das decisões administrativas, pois torna viável o exercício do contraditório e ampla defesa. Assim, a fim de sanear a situação verificada, foi iniciado outro projeto que inclui a renotificação de ofícios de ABIs posteriores ao 54º ABI, em função da ausência de cadastro de algumas operadoras no PERSUS à época de cada lançamento de ABI, bem como o acompanhamento do cadastramento no protocolo eletrônico. Já foram concluídas 147 renotificações de ABI e encontram-se aguardando operacionalização do chamado de renotificação junto à TI outros 192 casos.

TABELA 5 - PROCESSOS ENVOLVIDOS NA RENOTIFICAÇÃO DE ABIS PARA REGULARIZAÇÃO DE CONFORMIDADE QUANTO À CIÊNCIA DA NOTIFICAÇÃO

Data NT	Nota técnica	N.º de Processos
14/09/2018	165 /2018/COEAD	11
16/11/2018	363/2018/COEAD	34
24/01/2019	4/2019/COEAD	54
12/02/2019	18/2019/COEAD	38
28/03/2019	41/2019/COEAD	2
22/05/2019	69/2019/COEAD	8
Total concluído		147
24/05/2019	70/2019/COEAD	27
16/07/2019	104/2019/COEAD	127
26/07/2019	141/2019/COEAD	14
21/08/2019	153/2019/COEAD	24
Total aguardando chamado		192

Fonte: ANS, 2019.

Em relação ao cadastro de operadoras, registra-se que, entre setembro de 2018 e agosto de 2019, houve a plena migração do PERSUS para o Portal Operadoras. Em acompanhamento, verifica-se que há 1.452 operadoras regularmente inscritas na plataforma eletrônica.

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

7.3.3 – INTEGRAÇÃO COM O SUS

Em continuidade ao projeto de estreitamento das relações com os órgãos do SUS, no período em análise foram conduzidas reuniões com representantes do Ministério da Saúde e com gestores locais do SUS. Para além do desenvolvimento de uma interlocução eficiente que auxilie na adaptação da agência ao Conjunto Mínimo de Dados da Atenção à Saúde (CMD), que é objeto de projeto específico (tópico a seguir), a integração com o SUS tem por escopo a harmonização da ANS com os responsáveis diretos pela promoção da saúde pública no país, bem como a divulgação do importante mecanismo regulatório que é o ressarcimento.

A aproximação também 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, por vezes, as operadoras alegam a existência de indícios de irregularidades nos hospitais públicos.

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

Nessa toada, realizadas apresentações junto à Secretaria de Saúde do Município do Rio de Janeiro, bem como à Secretaria de Saúde do Município de Belo Horizonte, a GEIRS está desenvolvendo

um processo modelo que atenda tanto às expectativas dos entes quanto aos dados gerados na apuração do ressarcimento. A experiência com os contatos já realizados mostra-se proveitosa para o aperfeiçoamento da inteiração.

Por fim, registre-se que houve a participação da DIDES no Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). O envio de representantes teve 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; e dar publicidade ao trabalho da ANS no setor suplementar e aos seus canais de contato para dúvidas e reclamações.

7.3.4 – ADEQUAÇÃO DO RESSARCIMENTO AO CMD

Diante das inovações tecnológicas, mudanças conjunturais e avanços no tratamento das informações na área da saúde, encontra-se em curso a transição para a adoção do Conjunto Mínimo de Dados da Atenção à Saúde (CMD), instituído pela Resolução CIT nº 6, de 25 de agosto de 2016, e regulamentado pelo Decreto s/n, de 29 de novembro de 2017. Trata-se de projeto nacional, de cunho estratégico-estrutural, que afetará o núcleo do ressarcimento, enquanto atividade alimentada pelos dados oriundos do SUS.

Embora a implantação do CMD no país ainda esteja na fase de construção do webservice que carregará os dados coletados por prestadores para a base do CMD, sequer se operando a fase de testes, a DIDES iniciou os estudos necessários para a adequação do ressarcimento à nova sistemática.

Após as tratativas preliminares, em julho de 2019 foi realizada uma reunião com a Coordenação de Disseminação de Dados em Saúde do DATASUS, restando estabelecido, entre outros aspectos, que novas reuniões para atualização do projeto serão realizadas periodicamente.

Com o primeiro levantamento realizado pela GEIRS, sabe-se de antemão que será necessário um período de transição em que devem ser usados, para fins de ressarcimento, dados oriundos de duas fontes simultaneamente: CMD, para os prestadores que não faturam procedimentos por serviço, e AIH/APAC, para os casos em que há tal tipo de registro. Foi aberto um processo administrativo para consolidar os conteúdos de cada aspecto da migração.

Espera-se que, em 2020, os prestadores que faturam por serviço ainda devam usar AIHs/APACs e, apesar da orientação de envio de dados também no formato CMD, supõe-se que ainda não o façam perfeitamente.

7.3.5 – 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, manteve-se o projeto para criação de relatórios e boletins periódicos, compostos de informações relativas aos atendimentos identificados.

Assim, dando continuidade, foram lançadas a 6ª e a 7ª edições do Boletim Informativo - Utilização do Sistema Público por Beneficiários de Planos de Saúde e Ressarcimento ao SUS, com dados encerrando

o primeiro semestre e o ano de 2018, respectivamente. A publicação tem por finalidade não apenas levar ao conhecimento da sociedade em geral informações atualizadas 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.

Além disso, a GEIRS lançou a 3ª edição do Mapa de Utilização do SUS por Beneficiários de Planos Privados de Saúde, detalhando os atendimentos públicos realizados de 2011 a 2015 com dados nacionais e informações de relativas a cada região do país.

7.3.6 – OFICINAS COM AS OPERADORAS

Ao longo dos últimos anos, a GEIRS vem promovendo diversas oficinas de treinamentos com as operadoras de planos de saúde, em um ostensivo trabalho de conscientização quanto às obrigações relativas ao ressarcimento e transparência relativa aos processos de trabalho que foram aprimorados, envolvendo também orientações quanto às melhores práticas para a qualificação do procedimento de peticionamento pelas operadoras, que deve se reverter em qualificação e celeridade do processo administrativo como um todo.

Estima-se que as apresentações já tenham englobado 400 operadoras, sendo tratados 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.

7.4 – PROCESSOS DE RESSARCIMENTO AO SUS

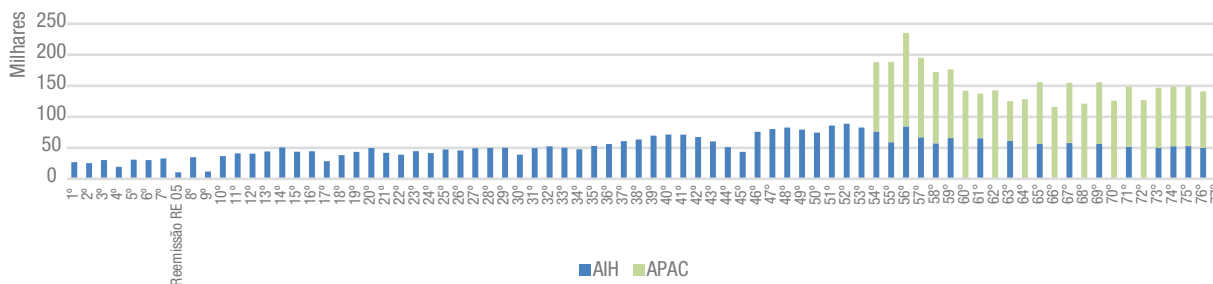
7.4.1 - AVISO DE BENEFICIÁRIO IDENTIFICADO (ABI)

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.

No período entre setembro de 2018 a agosto de 2019, foram notificados seis ABIs, dos quais, um relativo a APACs retroativas, em pleno cumprimento às determinações do Tribunal de Contas da União (TCU), e outros cinco ABIs compreendendo tanto AIHs como APACs mais recentes. Apesar de compreender períodos trimestrais, o lançamento de mais de 4 ABIs nos últimos anos vem se dando com o objetivo de reduzir o tempo decorrido entre o evento no SUS e a notificação de identificação no ressarcimento, de modo a se alcançar o período de 1 ano acordado com o TCU. Esse período compreende o mínimo razoável para que se encerre todo o procedimento de cobrança no SUS, com delimitação do universo a ser pesquisado para fins de ressarcimento.

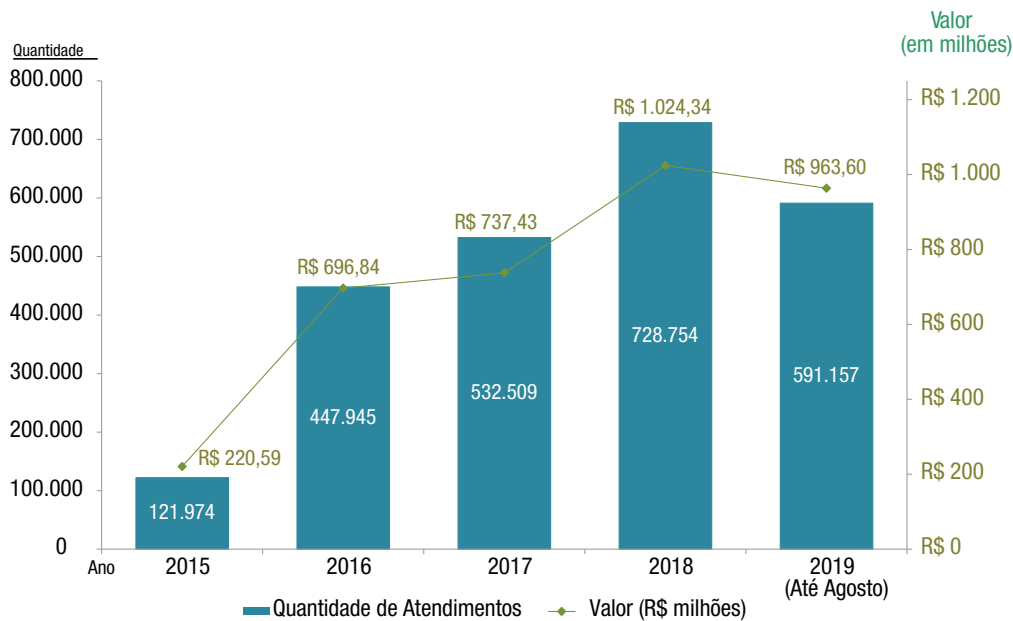
GRÁFICO 19 - ATENDIMENTOS NOTIFICADOS: ABIS LANÇADOS



Fonte: ANS, 2019.

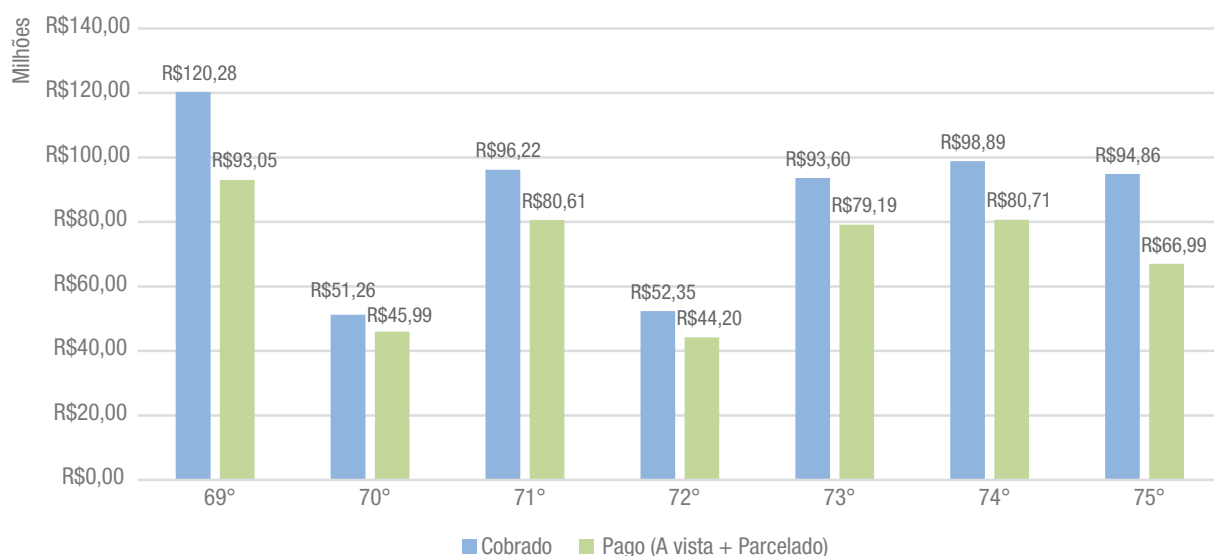
Entre janeiro e agosto de 2019, obteve-se 94,07% do valor total dos atendimentos cobrados em relação a todo o ano de 2018, correspondendo a 81,12% da quantidade de atendimentos notificados no mesmo período.

GRÁFICO 20 - QUANTIDADE E VALOR TOTAL DE ATENDIMENTOS COBRADOS



Fonte: ANS, 2019.

GRÁFICO 21 - EVOLUÇÃO DO PAGAMENTO POR ABI

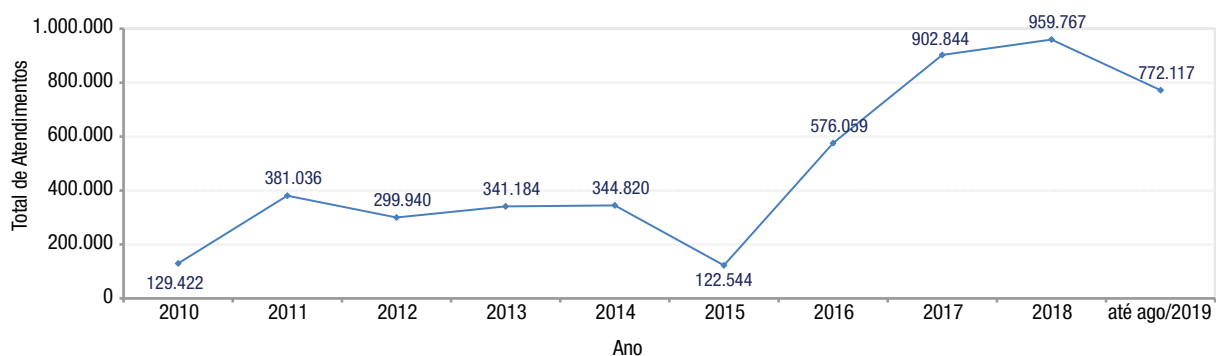


Fonte: ANS, 2019.

7.4.2 – 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 22 - PRODUTIVIDADE ANUAL

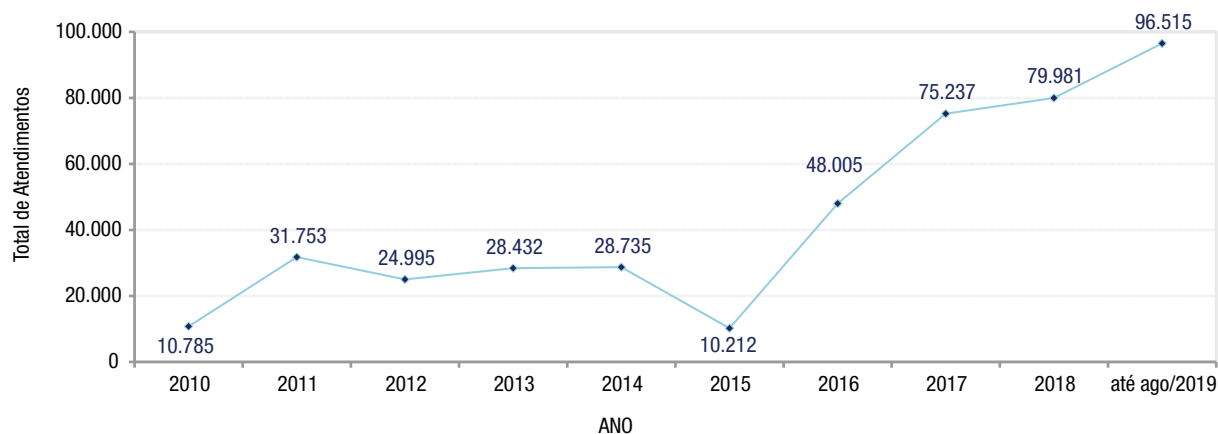


Fonte: ANS, 2019.

TABELA 6 - PRODUTIVIDADE ANUAL RESSARCIMENTO AO SUS

ANO	PRODUTIVIDADE ANUAL
2010	129.422
2011	381.036
2012	299.940
2013	341.184
2014	344.820
2015	122.544
2016	576.059
2017	902.844
2018	959.767
2019 (até agosto)	772.117

Fonte: ANS, 2019.

GRÁFICO 23 - PRODUTIVIDADE MÉDIA MENSAL

Fonte: ANS, 2019.

TABELA 7- PRODUTIVIDADE MÉDIA MENSAL

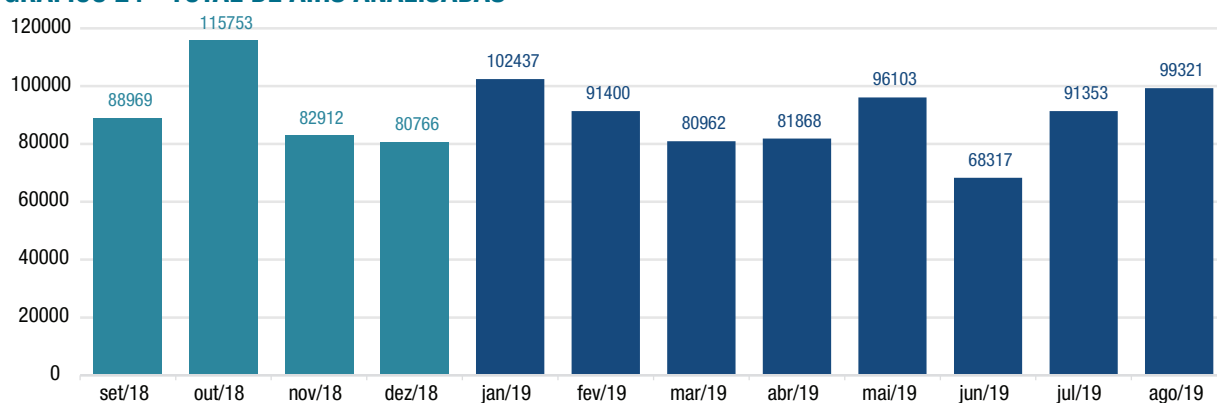
ANO	PRODUTIVIDADE MÉDIA MENSAL
2010	10.785
2011	31.753
2012	24.995
2013	28.432
2014	28.735
2015	10.212
2016	48.005
2017	75.237
2018	79.981
2019 (até agosto)	96.515

Fonte: ANS, 2019.

No que se refere à quantidade total de atendimentos analisados, verifica-se que o mês de outubro de

2018 foi o mais produtivo em análises de 1ª e 2ª instância dentro do período tratado, sendo seguido por janeiro de 2019.

GRÁFICO 24 - TOTAL DE AIHS ANALISADAS



Fonte: ANS, 2019.

De forma geral, a elevada produtividade pode ser explicada 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.

Nesse ponto, cabe destacar que os patamares de produtividade contaram com a contribuição de servidores efetivos dos núcleos da ANS. O projeto foi iniciado com o núcleo de Minas Geais e conta atualmente com mais de 20 colaboradores. O grupo tem se adaptado às metas impostas, evoluindo gradativamente.

TABELA 8 - PRODUTIVIDADE MENSAL/TOTAL DOS NÚCLEOS DA ANS

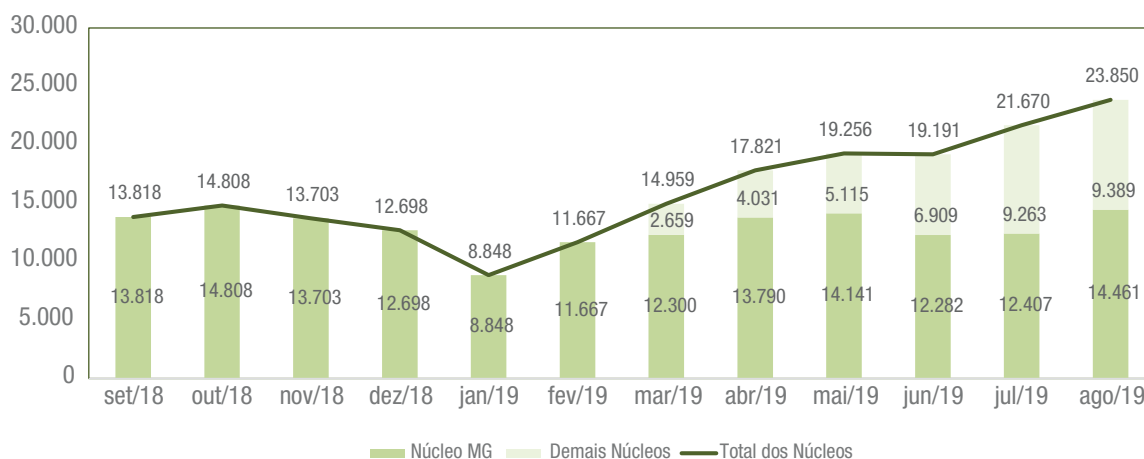
Unidade Administrativa	Mês	Nº Servidores Fazendo Análise	Produção
Núcleo - MG	set/18	15	13.818
	out/18	13	14.808
	nov/18	11	13.703
	dez/18	14	12.698
	jan/19	12	8.848
	fev/19	12	11.667
	mar/19	11	12.300
	abr/19	11	13.790
	mai/19	12	14.141
	jun/19	13	12.282
	jul/19	12	12.407
	ago/19	13	14.461

Fonte: ANS, 2019.

Unidade Administrativa	Mês	Nº Servidores Fazendo Análise	Produção
Demais Núcleos	fev/19	0	0
	mar/19	7	2.659
	abr/19	9	4.031
	mai/19	8	5.115
	jun/19	9	6.909
	jul/19	9	9.263
	ago/19	9	9.389

Fonte: ANS, 2019.

GRÁFICO 25 - TOTAL DE AIHS ANALISADAS



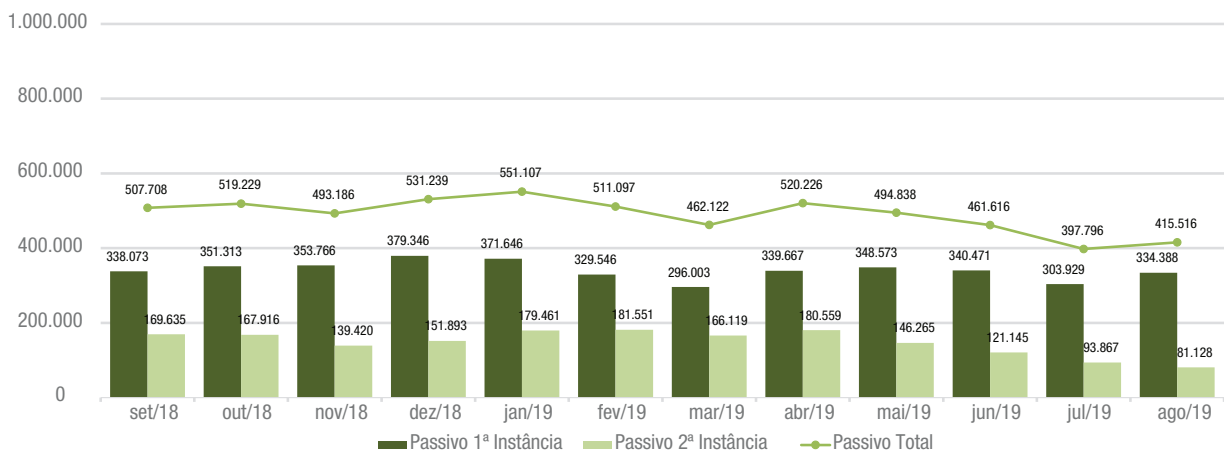
Fonte: ANS, 2019.

7.4.3 - DIMINUIÇÃO DO ACERVO EM PAPEL

A redução do acervo em papel é uma das frentes sobre as quais a ANS tem trabalhado. A agência, seguindo o cronograma estipulado, pretende sanear por completo o passivo em papel, podendo dedicar-se, posteriormente, exclusivamente aos processos eletrônicos, que tem tramitação mais célere.

Assim, veja-se abaixo o gráfico com o passivo de atendimentos em análise entre setembro de 2018 até agosto de 2019.

GRÁFICO 26 - PASSIVO DE ATENDIMENTOS EM ANÁLISE ATÉ 31/08/2019



Fonte: ANS, 2019.

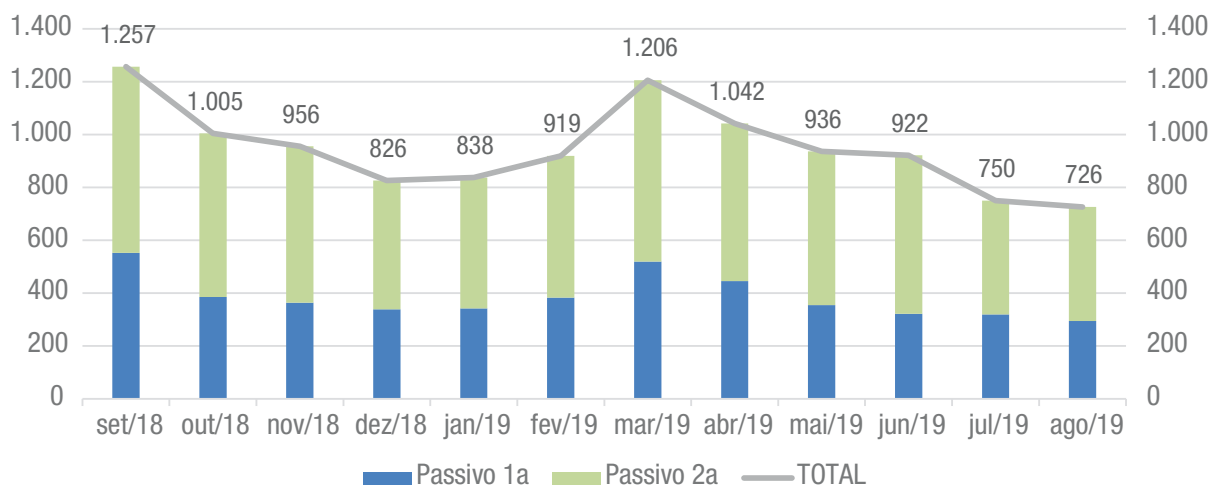
TABELA 9- PASSIVO EM PAPEL DE ATENDIMENTOS EM ANÁLISE ATÉ 31/08/2019

Agosto de 2014	Agosto 2019
688.738	726

Fonte: ANS, 2019.

Assim, conforme se observa acima, entre agosto de 2014 e agosto de 2019, houve redução de 99,89% no passivo do ressarcimento em papel. A modificação do passivo dos procedimentos de ressarcimento ao SUS pode ser acompanhada no gráfico a seguir. Eventualmente, no trabalho de saneamento processual, são identificadas situações que levam à revisão de status de análise de atendimentos, o que pode levar ao crescimento do número de casos que compõem o passivo em papel a ser analisado.

GRÁFICO 27 - HISTÓRICO DO PASSIVO EM PAPEL



Fonte: ANS, 2019.

7.5 – PROJETOS DE INTEGRAÇÃO COM OUTRAS ÁREAS

7.5.1 – COM DIFIS E DIPRO

Na linha das ações de utilização do ressarcimento para fins regulatórios, a DIDES tem trabalhado no tratamento das informações manejadas na gerência para que os dados levantados nos processos administrativos sejam aproveitados nas demais áreas da agência, sobretudo na Diretoria de Fiscalização - DIFIS e na Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO.

Com efeito, o processamento do ressarcimento ao SUS, para além da mera atividade de cobrança, permite o contato da ANS com uma vasta quantidade de informações relativas aos contratos firmados entre operadoras e consumidores e à prestação assistencial oferecida pelos planos, sendo um mecanismo profícuo para o aperfeiçoamento da regulação do mercado de saúde suplementar.

Diversas são as razões pelas quais os beneficiários de planos buscam a saúde pública. A elevada qualidade técnica de profissionais em certas especialidades e a extensão da rede oferecida, por exemplo. Sucede que, entretanto, o uso reiterado do SUS por diversos consumidores de uma mesma operadora pode sinalizar a existência de falhas a serem investigadas pela autarquia federal.

Assim, a tônica do uso de informações oriundas de ressarcimento é auxiliar na identificação de possíveis anormalidades administrativas que constituam risco à qualidade ou à continuidade do atendimento à saúde dos beneficiários. Isso porque, paralelamente à cobertura universal oferecida pelo SUS, o uso frequente do sistema público por pessoas beneficiárias de planos de saúde denota questões relacionadas à cobertura assistencial privada.

Em andamento ao projeto, a DIDES já realizou reunião com a GEDIT/DIPRO para a análise da situação de uma operadora específica. A troca de dados e a mútua cooperação permite o aperfeiçoamento do conjunto de informações reunidas para melhor satisfazer aos interesses das áreas.

7.5.2 – COM A PROGE

Com o intuito de aprimorar ainda mais a interação com a PROGE, a DIDES realizou nos últimos meses diversas reuniões com os Procuradores Federais. Na oportunidade, a gerência vem destacando o fluxo de trabalho desenvolvido no setor desde o recebimento dos dados pelo DATASUS até a cobrança administrativa das operadoras, os critérios utilizados para a formação do Índice de Valoração do Ressarcimento ao SUS (IVR), bem como a forma de cálculos de juros a partir das modificações implementadas pela Resolução Normativa nº 377/2015. Além disso, foram marcados encontros específicos para debater a questão dos grandes litigantes do ressarcimento ao SUS.

QUADRO 8 - CRONOGRAMA

DATA	ATIVIDADE DESENVOLVIDA
Abril/19	Reunião para delimitação de expectativas e propostas, negociação sobre a viabilidade do projeto.
Maió- Junho/19	Reunião com a AGU/MG

Julho/2019	Reuniões com as Procuradorias Regionais Ceará, Minas Gerais e São Paulo, com foco na situação das operadoras maiores devedoras.
Agosto/2019	Troca de informações de interesse das procuradorias contactadas em julho sobre as operadoras maiores devedoras e a própria composição desta lista.
Próximas etapas	Definição de cronograma de atividades e primeiros testes.

Fonte: ANS, 2019.

7.6 – TELETRABALHO

A matriz do projeto de ampliação do teletrabalho surgiu diante da escassez de recursos humanos frente ao passivo de análises a serem realizadas, diante das condições técnico-operacionais do processo de trabalho, e objetivando, principalmente, aumentar a produtividade da equipe.

A entrada em produção do PERSUS viabilizou que as análises das impugnações e recursos das operadoras não mais dependesse de contato físico com os processos a que se referiam, tendo em vista que o sistema funciona via web e armazena não apenas as impugnações e recursos apresentados, mas também todos os documentos encaminhados pelas operadoras.

Assim, com a possibilidade de visualização de documentos em ambiente externo à ANS e com o amplo acesso à legislação de saúde suplementar pela internet, vislumbrou-se o potencial de operacionalização do teletrabalho, tendo como contrapartida o aumento da produtividade dos servidores aderentes ao projeto.

Uma vez regulamentado o projeto, cada vez mais servidores efetivos da autarquia têm manifestado interesse em aderir à nova forma de trabalho, observando-se que as metas de análises vêm sendo alcançadas, conforme relatórios periódicos que analisam o andamento da produtividade.

7.6.1 – ADEÇÃO DOS NÚCLEOS DA ANS EM REGIME DE TELETRABALHO

Considerando a necessidade de mitigar os possíveis impactos, no processo do ressarcimento ao SUS, causados pelo término do contrato temporário em dezembro de 2020, a GEIRS iniciou o projeto de capacitação dos servidores dos núcleos da ANS para exercerem as atividades do ressarcimento ao SUS, sob sua supervisão técnica.

Inicialmente, o projeto contou com a adesão de 15 profissionais do núcleo de MG, os quais, após a curva de aprendizagem, passaram a contribuir com a produtividade dos setores de análise da Gerência. Em seguida, com a conclusão de mais uma turma de capacitação e treinamento de servidores efetivos de MG e outros núcleos, a GEIRS passou a contar com novos 11 colaboradores em teletrabalho.

Sendo assim, com a racionalização em andamento dos fluxos de trabalho de fiscalização, espera-se que, gradativamente, outros servidores efetivos lotados nesses Núcleos sejam também envolvidos na atividade de ressarcimento ao SUS.

CAPÍTULO 8 – 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 dada continuidade ao mencionado processo normativo, no ano de 2019, tendo sido realizada uma Consulta Pública de nº 72 que contou com 206 contribuições de 25 participantes e 21 instituições informadas por meio do portal da Agência. Além disso, o Sindicato Nacional das Empresas de Odontologia de Grupo e o Ministério da Economia enviaram suas sugestões por meio de documentos físicos.

Após a análise das sugestões da Consulta Pública, foi elaborada proposta de ato normativo que foi submetida à aprovação da Diretoria Colegiada, na 510ª Reunião Ordinária de 28 de junho de 2019, tendo sido suspensa a deliberação da proposta por solicitação de vistas do Diretor-Presidente que, por sua vez, submeteu a uma nova avaliação jurídica da Procuradoria Geral junto à ANS – PROGE/ANS, órgão da Advocacia Geral da União – AGU.

O cerne da controvérsia entre os membros da Diretoria Colegiada está associada à conveniência e oportunidade de se aguardar o regulamento previsto na Lei Geral das Agências acerca da metodologia, quesitos mínimos e a (des)obrigatoriedade de sua formulação. Sendo certo que a visão da Diretoria de Desenvolvimento Setorial sempre foi pela possibilidade e necessidade de implementação imediata dessa medida de melhoria do processo regulatório, aumentando a qualidade das decisões e da participação social.

CAPÍTULO 9 – PARTICIPAÇÃO DA SOCIEDADE

A Participação social é uma das prioridades da Diretoria de Desenvolvimento Setorial (DIDES). Entre os instrumentos utilizados para fortalecimento do debate com a sociedade, destacam-se: as audiências e consultas públicas, os grupos técnicos e comitês; e eventos temáticos. A DIDES, tradicionalmente, preocupa-se em ouvir todos os públicos da ANS. É por meio das ações de participação social que a DIDES tem a possibilidade de conhecer o setor de perto e, assim, desenvolver projetos inovadores e de grande adesão do mercado de planos de saúde.

9.1 – CONSULTAS PÚBLICAS E AUDIÊNCIAS

As consultas e audiências públicas são regulamentadas pela ANS por meio da Resolução Normativa nº 242/2010. No Período de setembro de 2018 a agosto de 2019 foram realizadas as seguintes audiências e consultas públicas:

TABELA 10 - AUDIÊNCIAS PÚBLICAS REALIZADAS ENTRE SETEMBRO DE 2018 A AGOSTO DE 2019

AUDIÊNCIAS	NÚMERO	PERÍODO
Audiência Pública sobre Mecanismos Financeiros de Regulação: Coparticipação e Franquia (link)	11	04/09/2018, das 08h30 às 17h.
Audiência Pública sobre Relacionamento e Contratualização entre Prestadores de Serviços de Saúde e Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde. (link)	14	22/03/2019, das 9h às 18h.

Fonte: ANS, 2019.

TABELA 11- CONSULTAS PÚBLICAS REALIZADAS ENTRE SETEMBRO DE 2018 A AGOSTO DE 2019

CONSULTA	NÚMERO	PERÍODO
Consulta Pública sobre Programa de Acreditação de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde (link)	71	De 06/09/2018 a 05/10/2018
Processo Regulatório no Âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS	72	De 18/02/2019 a 19/03/2019

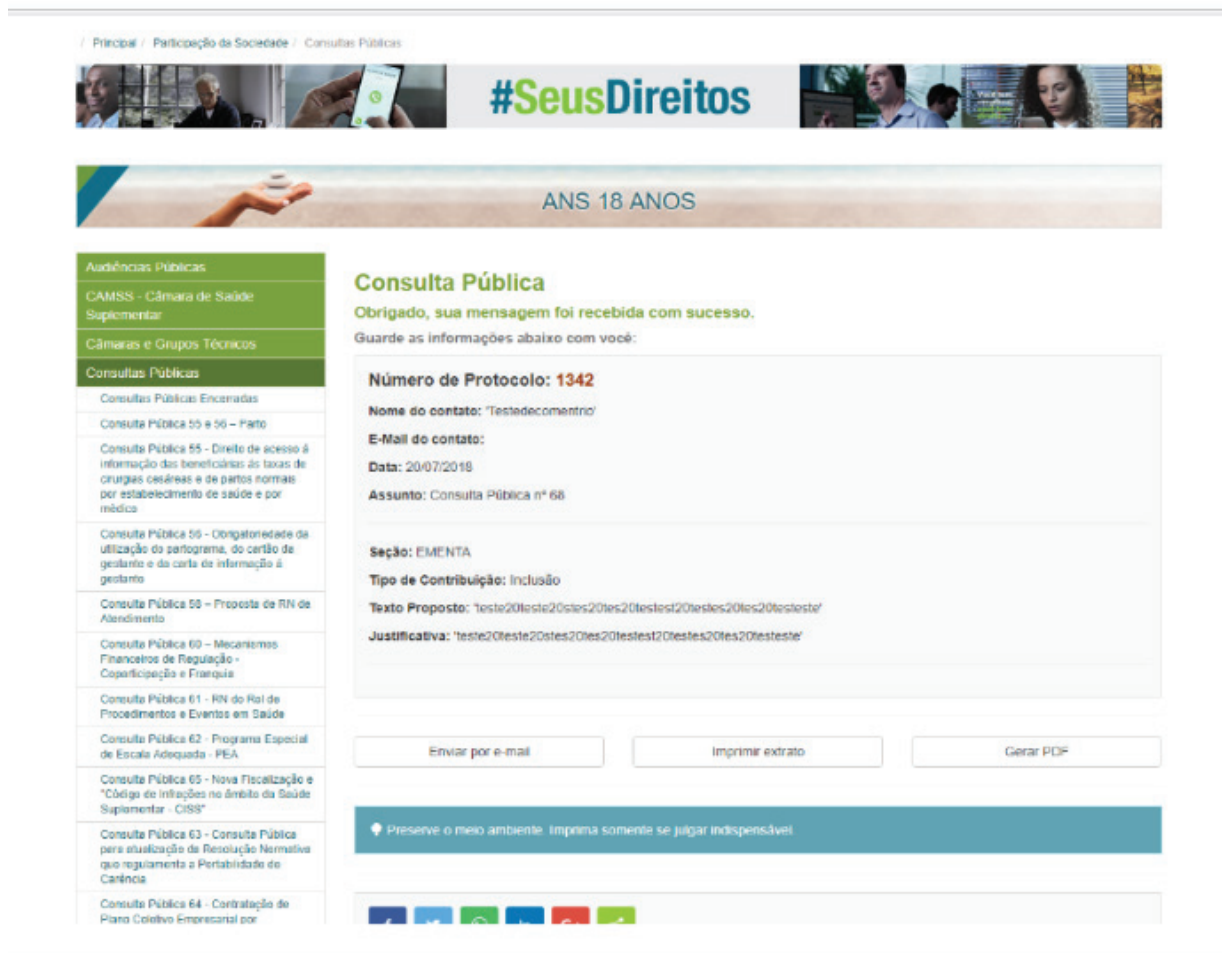
Fonte: ANS, 2019.

Todas as audiências e consultas públicas realizadas pela 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 públicas são publicados no site da ANS, em página específica. Os mecanismos de participação popular também são divulgados nas mídias sociais oficiais da ANS, que são o Twitter, Facebook e LinkedIn.

Durante a realização das audiências públicas, a ANS transmite todo o evento, ao vivo, por meio do aplicativo Periscope. Desta forma, é possível que mais pessoas, de diferentes partes do Brasil, tenham acesso às discussões e propostas de alteração normativa de temas da saúde suplementar.

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

FIGURA 16 - PRINT DA TELA DE ENVIO DE CONTRIBUIÇÕES A CONSULTA PÚBLICA



Fonte: ANS, 2019.

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

9.1.1 - CONSULTA PÚBLICA SOBRE PROGRAMA DE ACREDITAÇÃO DE OPERADORAS DE PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Descrição: A consulta pública teve como finalidade reunir informações, subsídios, sugestões ou críticas relativas à revisão do Programa de Acreditação de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde.

Formato: Minuta e anexos disponíveis para contribuição no período de 06/09/2018 a 05/10/2018.

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

Página da consulta: Estão disponíveis o edital, a minuta de norma e a nota técnica relativa ao tema

em <http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/consultas-e-participacoes-publicas/consultas-publicas-encerradas/consulta-publica-n-71>.

Total de contribuições: 562

9.1.2 - CONSULTA PÚBLICA PROCESSO REGULATÓRIO NO ÂMBITO DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS

Descrição: A consulta pública tem como finalidade reunir informações, subsídios, sugestões ou críticas relativas à Resolução Normativa que dispõe sobre o processo regulatório, relativo à análise de impacto regulatório, à avaliação de resultado regulatório e aos meios de participação social e de tomada de decisão, no âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Formato: Minuta e anexos disponíveis para contribuição no período de 18/02/2019 a 19/03/2019.

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

Página da consulta: Estão disponíveis o edital, a minuta de norma e a nota técnica relativa ao tema em <http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/consultas-e-participacoes-publicas/consultas-publicas-encerradas/consulta-publica-n-72-processo-regulatorio-no-ambito-da-agencia-nacional-de-saude-suplementar-ans>.

Total de contribuições: 206

9.1.3 - AUDIÊNCIA PÚBLICA SOBRE MECANISMOS FINANCEIROS DE REGULAÇÃO: COPARTICIPAÇÃO E FRANQUIA

Descrição: A audiência teve a finalidade de obter subsídios, informações, sugestões e críticas relativas à proposta de regulamentação dos mecanismos financeiros de regulação: coparticipação e franquia. O assunto já havia sido tratado na Audiência Pública nº 06, realizada em 20 de março de 2017. Além destas audiências, o tema também foi submetido, anteriormente, a uma consulta pública (março/abril de 2017) e a uma pesquisa para coletar contribuições (outubro de 2017), ambas por meio do sítio da ANS. O tema vinha sendo discutido em grupo técnico específico desde julho de 2016. Os mecanismos financeiros de regulação já haviam sido objeto de consulta pública, no âmbito do processo nº 33902.150914.2005-11, na câmara técnica no âmbito do processo nº 33902.227509.2012-35 e no grupo de trabalho interno no âmbito do processo 33902.270680.2015-15. A realização de uma nova audiência pública foi aprovada por unanimidade na 490ª Reunião de Diretoria Colegiada, em 30/07/2018. Na oportunidade, também por unanimidade, os diretores revogaram a decisão de aprovação da RN 433, tornando sem efeito o ato de publicação da Resolução Normativa nº 433, de 27 de junho de 2018.

Formato: Minuta e anexos disponíveis para consulta prévia. Data/hora: 04/09/2018, das 08h30 às 17h

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

Página da consulta: estão disponíveis o edital, a minuta de norma e a nota técnica relativa ao tema em <http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/audiencias-publicas/audiencias-publicas-realizadas/audiencia-publica-11>.

9.1.4 - AUDIÊNCIA PÚBLICA SOBRE RELACIONAMENTO E CONTRATUALIZAÇÃO ENTRE PRESTADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE E OPERADORAS DE PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE.

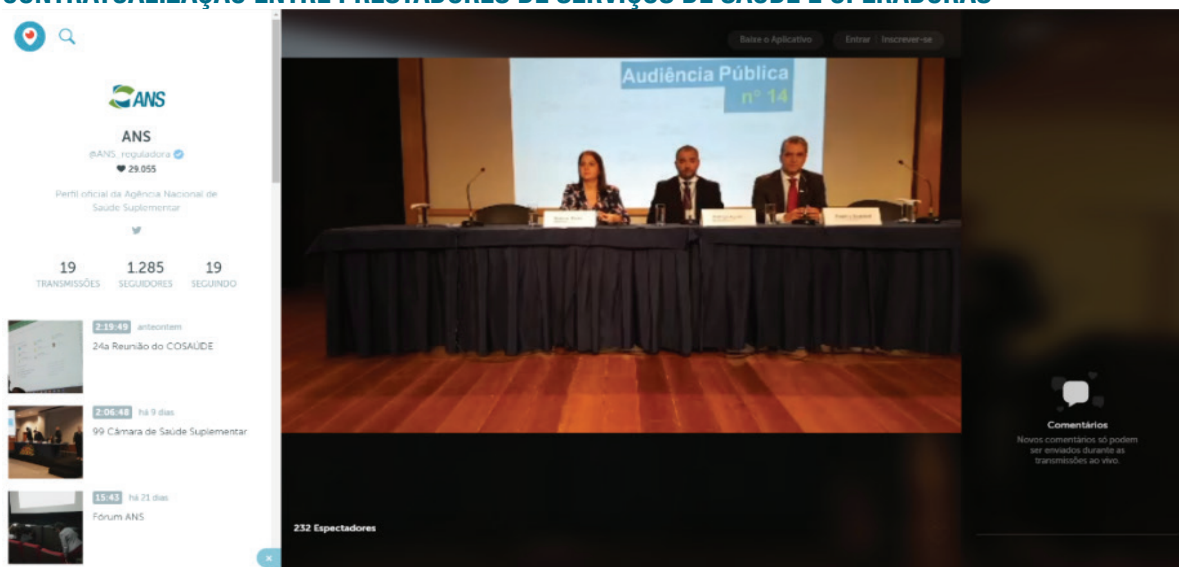
Descrição: A audiência teve a finalidade de debater a relação contratual entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviço. No evento, foram apresentados problemas regulatórios identificados na contratualização entre as partes e sugestões de encaminhamentos da agência reguladora para solucionar conflitos, com foco na boa prestação de serviço ao beneficiário de plano de saúde. O tema vinha sendo discutido nas reuniões da Câmara Técnica de Contratualização e Relacionamento com Prestadores (CATEC), espaço técnico da ANS, que realizou cinco reuniões com representantes de operadoras, prestadores e entidades de defesa do consumidor.

Formato: Minuta e anexos disponíveis para consulta prévia. Data/hora: 22 de março de 2019, 9h às 18h.

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

Página da consulta: estão disponíveis o edital, a minuta de norma e a nota técnica relativa ao tema em <http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/audiencias-publicas/audiencias-publicas-realizadas/audiencia-publica-n-14>.

FIGURA 17 - TRANSMISSÃO DA AUDIÊNCIA PÚBLICA Nº 14, SOBRE O RELACIONAMENTO E CONTRATUALIZAÇÃO ENTRE PRESTADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE E OPERADORAS



Fonte: ANS, 2019.

FIGURA 18 - FOTO DE DIVULGAÇÃO DA AUDIÊNCIA PÚBLICA



Fonte: ANS, 2019.

9.2 – GRUPO TÉCNICOS E COMITÊS REALIZADOS NO PERÍODO

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). Os grupos e comitês possibilitam, devido a troca de experiências com o setor, que os programas e projetos desenvolvidos pela DIDES estejam cada vez mais adaptados às realidades de cada ente do mercado de saúde suplementar e tenham cada vez mais adesão.

9.2.1 – 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 TUSS; 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, promovendo, fomentando e recomendando 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>.

9.2.2 – GRUPO TÉCNICO DE ONCOLOGIA (ONCOREDE)

Descrição: Passou por uma reformulação e, atualmente, realiza as reuniões do Comitê Consultivo do Projeto. Nesta fase, este grupo está formado apenas por profissionais vinculados à oncologia, estudando formas de estabelecer os critérios para a certificação em Oncologia, que integrará o projeto de Certificação e Boas Práticas de Atenção Primária à Saúde (APS).

Formato: Reuniões presenciais com participações virtuais.

Convocação: Convites por e-mail.

Público-alvo: Pesquisadores relacionados ao tema, conselhos profissionais e entidades ligadas à oncologia,

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>.

9.2.3 – 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 113 hospitais e 62 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>.

9.3 – EVENTOS DE PARTICIPAÇÃO DA SOCIEDADE

Os eventos realizados pela DIDES têm o objetivo de apresentar as propostas ou novidades relativas às ações da diretoria. Nos eventos, a DIDES coloca-se a disposição da sociedade para esclarecer normas que trarão impacto para a sociedade. A seguir estão listados todos os eventos realizados no período.

9.3.1 – OFICINA IDSS – TISS

Realizada em 23/11/2018, a oficina teve o objetivo de esclarecer dúvidas das operadoras de planos de saúde sobre o Índice de Desempenho de Saúde Suplementar (IDSS). O evento contou com a presença de 170 representantes de quase 100 operadoras e teve transmissão ao vivo via Periscope para cerca de 1.200 expectadores. Na parte da manhã, os técnicos da agência fizeram apresentações sobre o tema e, na parte da tarde, os participantes puderam tirar dúvidas sobre os resultados preliminares do IDSS ano-base 2017.

FIGURA 19 - FOTO DE DIVULGAÇÃO DA OFICINA IDSS-TISS



Equipe da Diretoria de Desenvolvimento Setorial conduziu a Oficina sobre IDSS

Fonte: ANS, 2019.

9.3.2 – SESSÃO DE APRENDIZADO PRESENCIAL – LANÇAMENTO DA CAMPANHA “A HORA DO BEBÊ”

Nos dias 29 e 30/11, foi realizada em São Paulo mais uma Sessão de Aprendizado Presencial (SAP) do Projeto Parto Adequado, desenvolvido pela ANS em parceria com a Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein e o Institute for Healthcare Improvement (IHI). O evento contou com cerca de 450 profissionais de saúde e de operadoras de planos de assistência médica.

O objetivo da SAP foi promover a troca de experiências e estimular o aperfeiçoamento do plano de trabalho das operadoras e dos hospitais participantes do Parto Adequado. Na ocasião, a ANS lançou a campanha “A hora do bebê: Pelo direito de nascer no tempo certo”, um alerta contra a tendência de antecipação de cesarianas nos finais de ano, em razão das festas de Natal e de Ano Novo. A proposta da campanha é ressaltar às gestantes e aos profissionais de saúde que o bebê tem seu tempo e que as fases da gestação devem ser respeitadas, portanto, o parto não deve ser antecipado.

FIGURA 20 - FOTO DE DIVULGAÇÃO DA CAMPANHA “A HORA DO BEBÊ”



Fonte: ANS, 2019.

9.3.3 – FÓRUM ANS SOBRE QUALIDADE DA ATENÇÃO NA SAÚDE SUPLEMENTAR

O fórum ANS foi realizado em 20/03/2019 e durante o evento houve o lançamento do Guia para a Implementação de Modelos de Remuneração Baseados em Valor e a assinatura de Acordo de Cooperação Técnica com a Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras (ABENFO) e Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo). O Fórum, que contou com a participação de quase 150 pessoas de mais de 80 entidades e abordou assuntos como: modelos de remuneração baseados em valor na saúde suplementar; programas de indução da qualidade (projetos Parto Adequado, Atenção Primária em Saúde e Idoso Bem Cuidado); e rede de atenção oncológica na saúde suplementar (Projeto OncoRede). Na ocasião também foi apresentado o projeto Consórcio

Nacional para Mensuração de Desfechos em Saúde, em parceria com o Hospital Moinhos de Ventos (no Rio Grande do Sul), por meio do programa PROADI-SUS, com o objetivo de avaliar o desempenho das instituições hospitalares privadas do Brasil.

FIGURA 21 - IMAGEM DO GUIA



Fonte: ANS, 2019.

FIGURA 22 - PARCEIROS DO PROJETO PARTO ADEQUADO



Fonte: ANS, 2019.

9.3.4 – REUNIÕES DA CÂMARA TÉCNICA DE CONTRATUALIZAÇÃO E RELACIONAMENTO COM PRESTADORES (CATEC)

A ANS realizou cinco reuniões da CATEC, nas seguintes datas: 30/10/2018, 20/12/2018, 07/02/2019, 21/03/2019 e 05/06/2019. Ao longo dos encontros, a ANS abordou temas como remuneração de procedimentos, pagamentos por pacotes e tabelas, casos de glosa (cobrança contestada) e não pagamento e outras dificuldades relacionadas à negociação contratual.

A Câmara Técnica teve a finalidade de colher subsídios para avaliação da necessidade de revisão e aprimoramento da regulação setorial acerca da contratualização entre as operadoras e prestadores de serviços.

Na reunião conclusiva, realizada em junho de 2019, foram apresentadas opções propostas pelo grupo e consideradas viáveis pela equipe técnica da ANS, dentre as quais será escolhida, após avaliação de cada um dos impactos, aquela a ser incluída na proposta final da CATEC. Uma das propostas oriundas da CATEC é a atualização do canal de relacionamento entre prestadores e operadoras. O canal já existe, mas hoje é executado de forma analógica.

FIGURA 23 - FOTO DE DIVULGAÇÃO DA REUNIÃO CONCLUSIVA DA CATEC



Fonte: ANS, 2019.

9.3.5 – II FÓRUM ANS SOBRE QUALIDADE DA ATENÇÃO NA SAÚDE SUPLEMENTAR.

Durante o II Fórum sobre Qualidade da Atenção, realizado em 29/08/2019, a DIDES lançou o projeto “Modelos de Remuneração Baseados em Valor”. A iniciativa selecionará 10 projetos-pilotos de operadoras que deverão seguir as diretrizes apresentadas no Guia para a Implementação de Modelos de Remuneração Baseados em Valor.

No encontro, também foram realizadas palestras sobre o Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde, o Projeto OncoRede, as conquistas do Projeto Parto Adequado e os indicadores do Índice de Desempenho de Saúde Suplementar (IDSS) ano-base 2019.

O Fórum contou com convidados, que apresentaram temas relativos à análise de dados de saúde em prol da saúde baseada em valor e ao uso de indicadores para melhoria da qualidade em saúde. O Projeto Consórcio de Indicadores de Qualidade Hospitalar, uma parceria do Hospital Moinhos de Vento com a ANS, também foi apresentado no evento.

FIGURA 24 - FOTO DE DIVULGAÇÃO II FÓRUM ANS SOBRE QUALIDADE



Fonte: ANS, 2019.

9.4 – TRANSMISSÕES DOS EVENTOS VIA *PERISCOPE*

Com intuito de aumentar a participação social, as audiências públicas, os grupos técnicos, os comitês e eventos 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 2018 a agosto de 2019 foram realizadas onze transmissões, que totalizaram 8.523 visualizações. Conforme lista a seguir:

TABELA 12 - EVENTOS QUE TIVERAM TRANSMISSÃO VIA PERISCOPE

Evento	Data	Visualizações
Oficina IDSS-TISS	23/11/2018	1.000
SAP Parto	29/11/2018	465
SAP Parto	30/11/2018	519
Reuniões da Câmara Técnica de Contratualização e Relacionamento com Prestadores (CATEC)	30/10/2018, 20/12/2018, 07/02/2019, 21/03/2019 e 05/06/2019.	2.756
Fórum ANS sobre Qualidade da Atenção na Saúde Suplementar	20/03/2018	1.491
Audiência Pública sobre Mecanismos Financeiros de Regulação: Coparticipação e Franquia	4/09/2018	1.123
Audiência Pública sobre Relacionamento e Contratualização entre Prestadores de Serviços de Saúde e Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde	22/03/2019	453
II Fórum ANS- Qualidade da Atenção na Saúde Suplementar	29/08/2019	716

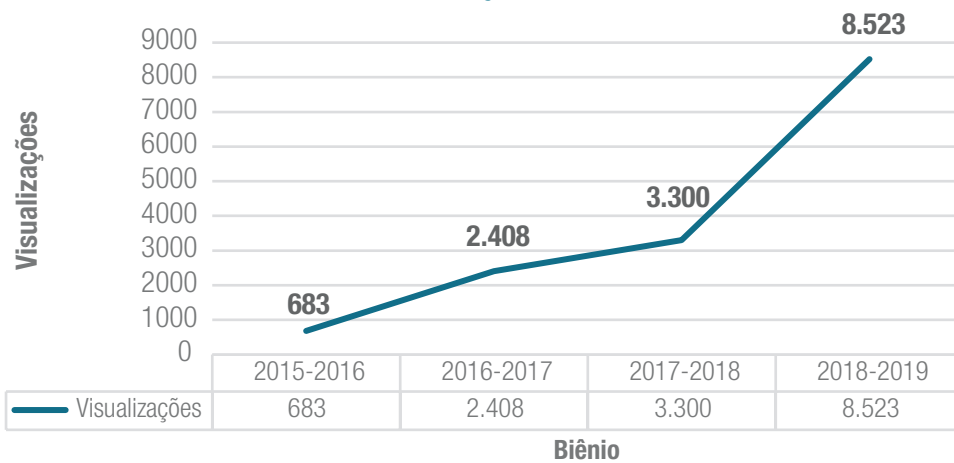
Fonte: ANS, 2019.

FIGURA 25 - FIGURA 10: PRINT DE TRANSMISSÃO VIA PERISCOPE



Fonte: ANS, 2019.

GRÁFICO 28- HISTÓRICO DAS VISUALIZAÇÕES VIA PERISCOPE



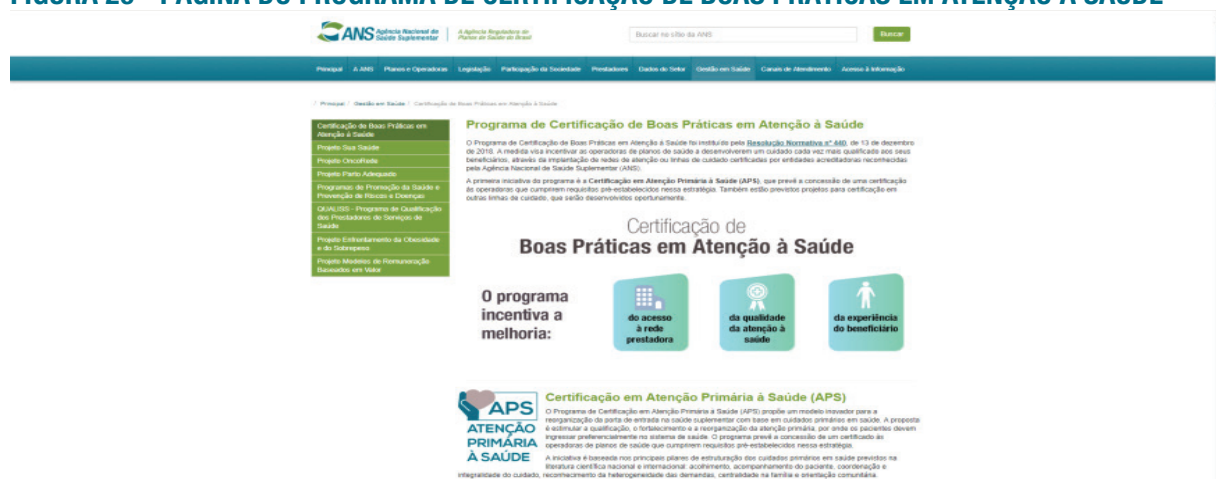
Fonte: ANS, 2019.

CAPÍTULO 10 – AÇÕES DE DISSEMINAÇÃO

INFORMAÇÕES RELATIVAS AOS TEMAS DA DIDES

A DIDES prioriza a atualização permanente das informações relacionadas aos temas de competência da Diretoria que são publicados no sítio da ANS. Também tem atuação frequente nas mídias sociais da ANS. No período analisado, os temas da diretoria foram citados em 40 posts do LinkedIn e 41 posts do Facebook. Além disso, duas áreas fixas foram criadas: a do “Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde” e a do “Projeto Modelos de Remuneração Baseados em Valor”. Também foram realizadas reestruturações na área do Ressarcimento ao SUS e do Programa de Qualificação de Operadoras. Todas estas ações têm o objetivo de levar conhecimento aos usuários do sítio da ANS e consequentemente a sociedade.

FIGURA 26 - PÁGINA DO PROGRAMA DE CERTIFICAÇÃO DE BOAS PRÁTICAS EM ATENÇÃO À SAÚDE



Fonte: ANS, 2019.

FIGURA 27 - PÁGINA DO PROJETO MODELOS DE REMUNERAÇÃO BASEADOS EM VALOR



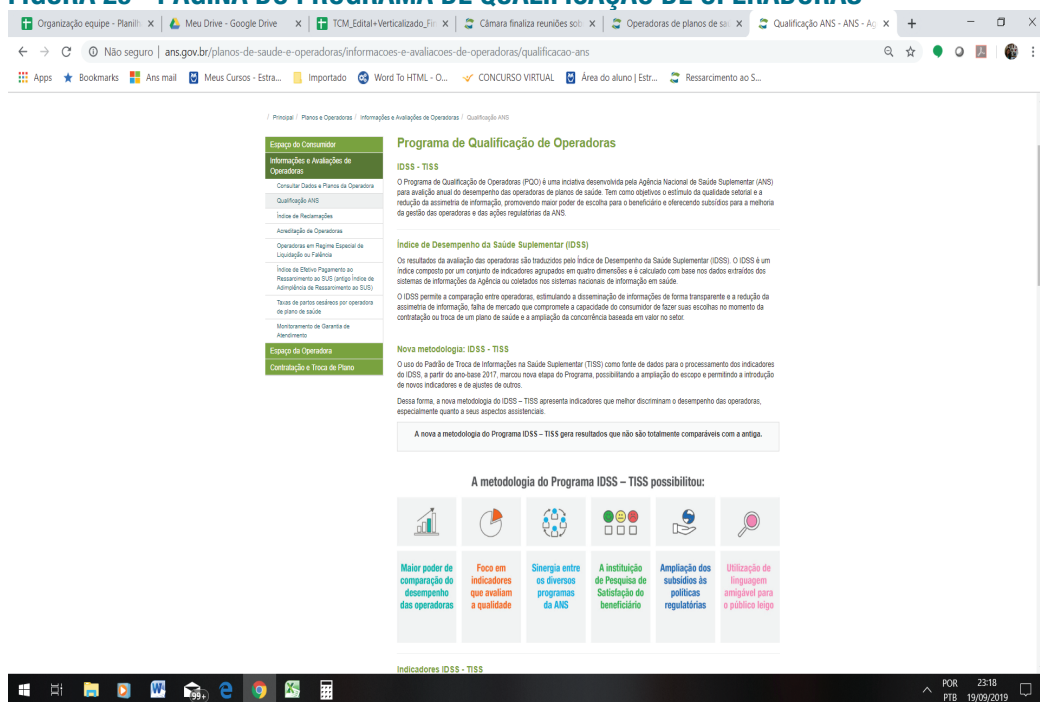
Fonte: ANS, 2019.

FIGURA 28 – PÁGINA DO ESPAÇO DO RESSARCIMENTO AO SUS



Fonte: ANS, 2019.

FIGURA 29 - PÁGINA DO PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DE OPERADORAS



Fonte: ANS, 2019.

As principais postagens sobre os temas da diretoria nas mídias sociais da ANS:

FIGURA 30 - MOSAICO DE CAMPANHAS NAS MÍDIAS SOCIAIS



Fonte: ANS, 2019.

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



0800 701 9656



**Formulário
Eletrônico**
www.ans.gov.br



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



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

