

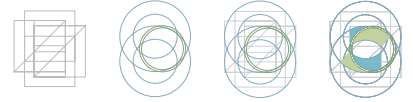
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

RELATÓRIO DE GESTÃO 2011/2014

Abril de 2011 a Março de 2014

Diretoria de Desenvolvimento Setorial



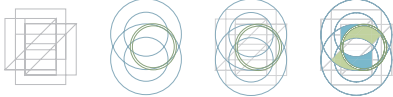


RELATÓRIO DE GESTÃO 2011/2014

Abril de 2011 a Março de 2014

Diretoria de Desenvolvimento Setorial





Diretoria de Desenvolvimento Setorial

04/2011 – 08/2013

Direção interina

08/2013 – 03/2014

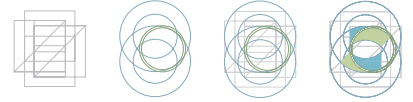
Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras – DIOPE

Direção interina

11/2012 – 07/2013

Diretoria de Fiscalização – DIFIS

08/2013 – 03/2014



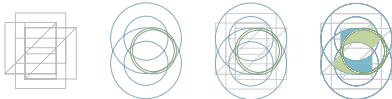
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

RELATÓRIO DE GESTÃO 2011/2014

Abril de 2011 a Março de 2014

Diretoria de Desenvolvimento Setorial





2016. Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial 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 www.ans.gov.br

Versão Online

Elaboração, distribuição e informações

Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS
Av. Augusto Severo, 84 – Glória
CEP 20.021-040
Rio de Janeiro, RJ – Brasil
Tel.: +55(21) 2105-0000
Disque ANS 0800 701 9656
www.ans.gov.br
ouvidoria@ans.gov.br

Diretoria Colegiada da ANS

Diretoria de Desenvolvimento Setorial – DIDES
Diretoria de Fiscalização – DIFIS
Diretoria de Gestão – DIGES
Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras – DIOPE
Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO

Projeto Gráfico
Gerência de Comunicação Social – GCOMS/SEGER/DICOL

Fotografia (capa) – istock photos

Normalização - Biblioteca /COPDI/GEQIN/GGDIN

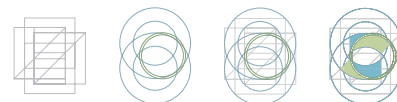
Ficha Catalográfica

A 265r Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). Diretoria de Desenvolvimento Setorial.
Relatório de gestão 2011 – 2014 [recurso eletrônico] : abril de 2011 a março de 2014 : Diretoria de Desenvolvimento Setorial / Agência Nacional de Saúde Suplementar. Diretoria de Desenvolvimento Setorial. – Rio de Janeiro: ANS, 2016
6MB; ePUB.

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

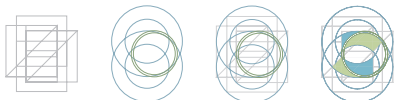
CDD 352.806

Catálogo na fonte – Biblioteca ANS

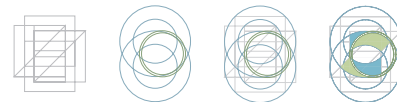


SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| Apresentação | 7 |
| 1 - Introdução | 9 |
| 2 – A Gestão da Diretoria de Desenvolvimento Setorial (DIDES) | 11 |
| 2.1 – Qual a contribuição da DIDES para a ANS? | 12 |
| 2.2 – Implementações na organização de equipes: Valorização dos servidores e estruturação orientada a capacidade e qualidade | 15 |
| 2.3 – Uma Gestão Planejada e Avaliada: Indicadores no Planejamento Estratégico do Ministério da Saúde, no Contrato de Gestão da ANS, no Programa de Qualificação Institucional, na Agenda Regulatória e Indicadores DIDES | 17 |
| 3 – Principais processos de trabalho, projetos implementados e resultados alcançados | 25 |
| 3.1 – Informação, instrumento técnico da regulação | 25 |
| 3.1.1 – Publicações | 25 |
| 3.1.2 – Consolidação, consultas a base de dados, dados abertos para a sociedade e Composição de informações gerenciais | 28 |
| 3.1.3 – Integração entre o Sistema de Informação de Beneficiários (SIB) e o Cartão Nacional de Saúde (CNS): Caminho para identificação unívoca e planejamento integrado das redes pública e privada | 30 |
| 3.1.4 – Padrão de Troca de Informação em Saúde Suplementar: TISS 3.0 – Interoperabilidade ou Como Estimular o Setor a Falar a Mesma Língua | 33 |
| 3.1.5 – Tecnologia da Informação (TI): Implementação de Novos Métodos de Gestão e Incremento da Governança | 41 |
| 3.2 – Relacionamento entre operadoras de planos e prestadores de serviços de saúde | 50 |
| 3.2.1 – Contratualização: levantamento e fiscalização das relações entre operadoras e prestadores | 52 |
| 3.2.2 – Programa QUALISS: Fomento da Qualificação de Prestadores de Serviços | 55 |
| 3.2.3 – Boas Práticas entre Operadoras de Planos e Prestadores de Serviços: Indução da Qualificação das Relações entre Operadoras e Prestadores | 67 |
| 3.3 – Ressarcimento ao SUS: valor recorde de recursos repassados para investimentos na saúde pública | 69 |
| 3.3.1 – Quadro inicial: | 72 |
| 3.3.2 – Medidas implementadas: | 72 |
| 3.3.3 – Normas sobre Ressarcimento editadas no período | 73 |
| 3.3.4 – Outros resultados | 75 |
| 3.3.5 – Perspectivas | 77 |



| | |
|--|------------|
| 4 – Aprimoramento da Construção Regulatória | 79 |
| 4.1 – Elaboração das Normas da Saúde Suplementar e incremento da governança pública | 80 |
| 4.1.1 – Comitês, Câmaras Técnicas e Grupos de Trabalho | 82 |
| 4.1.2 – Consultas Públicas | 86 |
| 4.1.3 – A primeira Audiência Pública da ANS | 87 |
| 4.1.4 – Normas editadas no período | 88 |
| 4.2 – Implementando Boas Práticas de Regulação | 92 |
| 4.2.1 – Aprimoramento das Práticas de Gestão da Produção Normativa | 93 |
| 4.2.2 – Análise Eficiente de Processos (AEP): Colaboração na Formulação | 96 |
| 4.2.3 – A Primeira Consulta Interna Sobre Matéria Regulatória: Hierarquização de Procedimentos Médicos | 101 |
| 4.2.4 – Iniciativas Importantes em Análise de Impacto Regulatório (AIR) | 104 |
| 5 – Ações integradas com outras Diretorias | 106 |
| 5.1 – Em parceria com a Diretoria de Normas e Habilitação de Operadoras (DIOPE) | 106 |
| 5.1.1 – Programa de Conformidade Regulatória | 106 |
| 5.2 – Em parceria com a Diretoria de Fiscalização (DIFIS) | 108 |
| 5.2.1 – Novo modelo de fiscalização: mudança de paradigma | 108 |
| 5.2.2 – Nova NIP: de Notificação de Investigação Preliminar a Intermediação Preliminar | 112 |
| 5.2.3 – Dinamização do juízo de reconsideração | 117 |



APRESENTAÇÃO

Como gestor público, coloquei-me diante do desafio de definir atributos para uma ação regulatória concebida como ideal para o desenvolvimento do setor de saúde suplementar. Esse ideal foi pautado pelos atributos de transparência, eficiência, indução, competitividade e foco em soluções voltadas para a redução de falhas do mercado. Complementaram esse quadro a noção de que a regulação não deve ser aut centrada, de modo a ser capaz de efetivamente intervir na realidade.

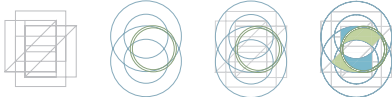
Nesse sentido, as estratégias de gestão implementadas se ocuparam de manter em curso esforços bem sucedidos de gestões anteriores, desde algumas medidas relacionadas ao ressarcimento ao SUS, que permitiram alcançar recordes seguidamente, até a implantação e incentivo a inovações significativas, como no caso do Programa QUALISS, Programa de Divulgação da Qualificação, em seus dois componentes, o Programa de Divulgação dos Atributos de Qualificação e o Programa de Monitoramento da Qualidade dos prestadores de serviços de saúde. Assegurar recursos e garantir sua aplicação eficaz foram esforços essenciais para viabilizar essas estratégias.

Em um setor marcado pela assimetria de informação, inovamos com a publicação FOCO, oferecendo à sociedade uma ferramenta analítica e ágil. Um trabalho diário e intenso permitiu uma substancial evolução qualitativa da base cadastral da ANS, além da atribuição segura de milhões de números do Cartão Nacional de Saúde aos beneficiários nessa base. Outra realização importante foi o lançamento da nova ferramenta (COMPROVA), por meio da qual o próprio consumidor pode verificar seus dados.

Nesse período de gestão, foi fundamental contar com a colaboração e o diálogo entre servidores públicos e agentes do setor no desenvolvimento de iniciativas importantes para a evolução do mercado, como as novas versões do padrão de Troca de Informação em Saúde Suplementar (TISS 3.0) e da Terminologia Única da Saúde Suplementar (TUSS), que constituem políticas públicas estruturantes do setor. Tornou-se evidente a marca da construção coletiva nesse ponto. Destaca-se sobretudo o fato da presença regulatória da ANS ter se feito presente como nunca antes na regulação da relação entre operadoras de planos e prestadores de serviços de saúde.

Outra linha de ação fundamental foi o incremento da governança corporativa, assegurando mais transparência na gestão de recursos públicos, especialmente no caso da tecnologia da informação. A criação de um Comitê Gestor (C2I), a confecção do plano diretor de TI e o desenvolvimento de políticas de segurança permitiram elevar a ANS de penúltima colocada para a 4ª melhor Agência Reguladora na avaliação feita pelo Tribunal de Contas da União (TCU).

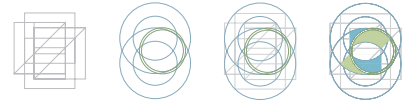
A proposta de uma agência reguladora única, na qual todos os técnicos contribuem na busca de maior sinergia e integração entre as diferentes áreas, foi constante.



Nesse contexto, buscou-se uma atuação fundada em mecanismos de regulação que incluem o aprimoramento do próprio exercício regulatório a partir do fomento de boas práticas, como exemplificam as consultas internas para matérias regulatórias e a primeira audiência pública realizada pela Agência.

Todas essas realizações, se por um lado trazem mais transparência ao processo regulatório, por outro suscitam mais responsabilidade para os agentes públicos, que se constituem em protagonistas das decisões regulatórias estratégicas. As experiências desenvolvidas permitem ter a convicção de que os profissionais da ANS estão plenamente prontos para atuar como servidores públicos capazes de não se aterem às suas atribuições ou ao que lhes é demandado apenas, mas a buscar realizar mais, sempre em benefício do interesse público e do desenvolvimento do setor. Assim, a ANS está cada vez mais madura e pronta para assumir os importantes desafios impostos pela sociedade.

Bruno Sobral de Carvalho



1 - INTRODUÇÃO

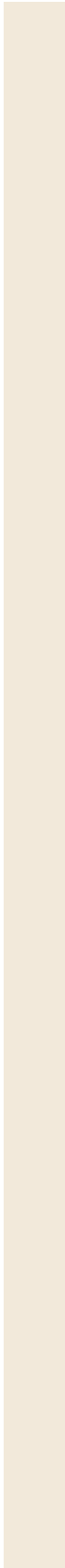
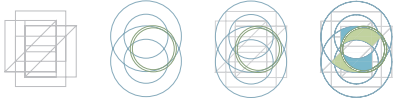
Este Relatório de Gestão foi concebido como um registro das principais realizações alcançadas pela Diretoria de Desenvolvimento Setorial (DIDES) da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) no período de abril de 2011 a março de 2014.

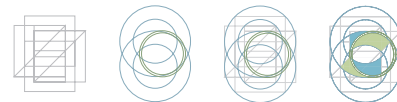
Longe de constituir uma documentação exaustiva, a publicação busca evidenciar os mais importantes avanços alcançados, ressaltando as marcas resultantes da gestão empreendida e destacando inovações e progressos da ANS em matérias de competência da DIDES ou resultantes de sua participação em projetos desenvolvidos em colaboração com outras diretorias da Agência. Esses projetos foram objeto de um planejamento estratégico integrado e detalhado em diferentes níveis e em diversos indicadores e metas, como será exemplificado. A gestão planejada e monitorada dos projetos permitiu identificar necessidades e redirecionar encaminhamentos de acordo com o impacto regulatório observado, compondo uma base de ações integradas da instituição e configurando uma presença regulatória cada vez mais relevante para assegurar a saúde dos beneficiários de planos e garantir o interesse público junto ao setor.

Este documento não é dirigido somente aos atores do setor – trata-se de uma prestação de contas em sua essência dirigida a toda a sociedade. Para abordar um setor onde a assimetria de informação entre os atores desequilibra as relações, parte-se do princípio que este pode ser um primeiro contato com a regulação dos planos de saúde, e que o conteúdo pode ser conhecido no todo ou em trechos apenas. Assim, sempre que possível, os resultados são acompanhados de breves descrições dos processos e dos contextos onde estão envolvidos, além de tabelas, ilustrações e infográficos.

Os resultados alcançados são fruto da iniciativa e do engajamento de um corpo de servidores públicos extremamente especializado, que busca aliar a capacidade técnica ao olhar humano. Afinal, estamos falando de saúde, de pessoas que trabalham por bem-estar e de cidadãos que devem ter acesso a serviços de saúde com qualidade.

De forma complementar, são abordados projetos importantes para a ação regulatória da ANS implementados em parceria com outras diretorias.





2 - A GESTÃO DA DIRETORIA DE DESENVOLVIMENTO SETORIAL (DIDES)

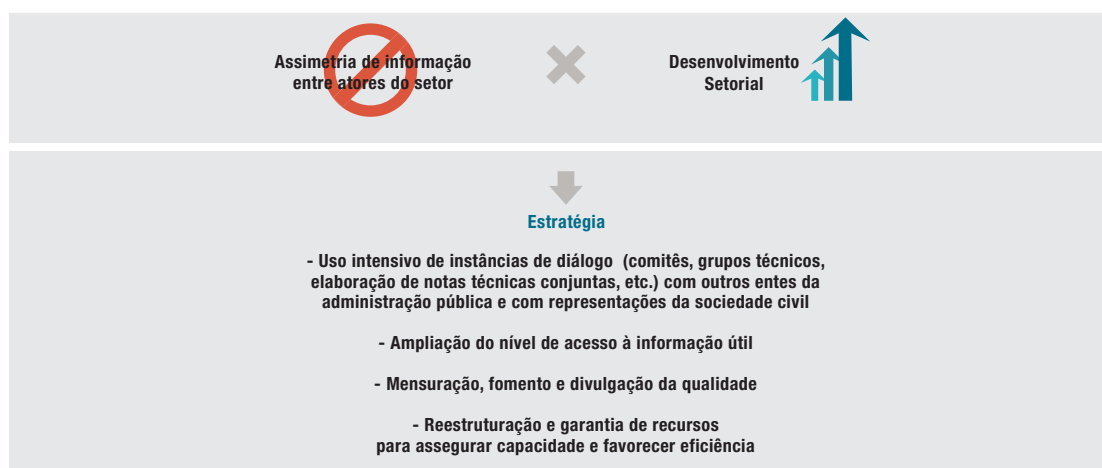
Em síntese, o setor de planos de saúde no Brasil envolve a atuação de operadoras de planos de saúde e de hospitais, clínicas, laboratórios e profissionais da área médica, que oferecem serviços de saúde aos consumidores, tendo registrado uma receita superior a R\$ 78 bilhões nos três primeiros trimestres de 2013¹.

A regulação da saúde demanda um enfoque transdisciplinar, capaz de considerar questões assistenciais, epidemiológicas, sociais e econômico-financeiras. Do ponto de vista econômico, para fundamentar a importância da participação do poder público na regulação das relações entre os entes privados atuantes na saúde suplementar, destaca-se que a regulação econômica se justifica na presença de falhas de mercado² que ameacem o interesse público.

Para contrapor efeitos dessas falhas de mercado e favorecer o desenvolvimento setorial, a criação e o uso intensivo de instâncias de diálogo (comitês, grupos técnicos, elaboração de notas técnicas conjuntas, etc.) com outros órgãos e com representantes da sociedade civil, a ampliação do nível de acesso à informação útil e a mensuração, o fomento e a divulgação de informações relacionadas à qualidade tornaram-se elementos-chave nas estratégias desenvolvidas pela DIDES de 2011 a 2014.

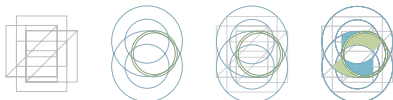
Adicionalmente, uma significativa reestruturação da organização dos recursos (tecnológicos, humanos, financeiros e de prestação de serviços especializados) foi empreendida, de modo a assegurar que a capacidade e a eficiência sejam as melhores possíveis para a realização dos processos de trabalho.

GESTÃO DIDES 2011-2014



¹. Fonte: Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde (DIOPS) – consultado em 07/02/2014.

². ARROW, Kenneth J. Uncertainty and the welfare economics of medical care. **The American economic review**, v. LIII, n. 5, dez. 1963. Disponível em: <<http://www.aeaweb.org/aer/top20/53.5.941-973.pdf>>. Acesso em: 06 de fev. 2014.



2.1 - Qual a contribuição da DIDES para a ANS?

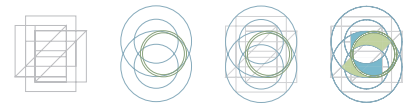
Como diretoria diretamente responsável por projetos relativos ao desenvolvimento do setor de saúde suplementar, as responsabilidades da DIDES incluem tanto funções de base das atividades da Agência, quanto aquelas relacionadas ao fomento de atividades na própria instituição e junto a atores do setor, especialmente operadoras de planos e prestadores de serviços de saúde. Somam-se a esse conjunto iniciativas em parceria com outros órgãos do governo e da sociedade civil³.

O quadro abaixo apresenta uma síntese de algumas das atribuições da DIDES, seguidas de exemplos de ações e resultados desenvolvidos no cumprimento de cada uma delas no período de 2011 a 2014. Algumas dessas ações e resultados serão abordados novamente no detalhamento dos processos de trabalho, projetos implementados e resultados alcançados (capítulo 3).

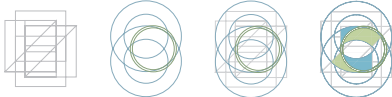
Tabela 1 - Funções DIDES

| Atribuição da DIDES | Ação destacada | Resultado |
|--|--|--|
| Desenvolver a integração de informações e o ressarcimento das operadoras ao SUS | Nova metodologia para o repasse dos recursos, que passou a ser feito diretamente para o Ministério da Saúde a partir de setembro de 2011, graças à alteração do artigo 32 da Lei nº 9.656, de 1998 pelo art. 4º da Lei 12.469, de 2011 | Contribuição fundamental para o aumento da efetividade e a redução dos custos operacionais do repasse do ressarcimento ao SUS, que reverteu mais de R\$ 322 milhões de 2011 a 2014 ao Fundo Nacional de Saúde (FNS) para investimentos na saúde pública, cerca de 3 vezes mais que os valores alcançados nos 10 anos anteriores. |
| Planejar, coordenar, administrar e divulgar a informação corporativa, incluindo: os sítios internos (intranet) e externos (internet) da ANS, a mineração e a organização (armazém de dados) da informação, o cadastro de beneficiários de planos de saúde e o relacionamento de bases de dados | Reestruturação profunda dos recursos de tecnologia de informação, incluindo a aquisição de novo equipamento servidor de banco de dados e a ampliação da capacidade de tráfego de dados | Capacidade para armazenar e processar bancos de dados de forma eficiente pelos próximos 5 anos e ampliação de 6 vezes da capacidade de tráfego, favorecendo acesso rápido a informações no sítio da ANS para toda a sociedade e facilitando a rotina de trabalho dos servidores públicos, especialmente aqueles lotados fora da Sede, nos 13 Núcleos da ANS. |

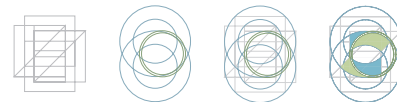
³. Regimento Interno da ANS: Resolução Normativa RN nº 197, de 16/07/2009, atualizado pela RN nº 221, de 24/06/2010; Resolução Normativa RN nº 273, de 21/10/2011; Resolução Normativa RN nº 301, de 07/08/2012; Resolução Normativa RN nº 332, de 02/07/2013; Resolução Normativa RN nº 336, de 07/10/2013.



| Atribuição da DIDES | Ação destacada | Resultado |
|---|---|--|
| Propor, acompanhar e coordenar os Padrões de Trocas de Informações entre prestadores de serviços de saúde e operadoras de planos de saúde | Atualização do Padrão de Troca de Informação na Saúde Suplementar (Padrão TISS), desenvolvido em processo de construção normativa com diferentes instâncias de participação da sociedade | Edição da RN nº 305, de 09 de outubro de 2012, cujo processo de elaboração incluiu 19 reuniões em comitês e grupos técnicos e consulta pública que alcançou cerca de 20.000 contribuições. |
| Divulgar boas práticas de gestão | Edição do Manual de Contratualização entre Operadoras de Planos de Saúde e Prestadores de Serviços de Saúde | 2.000 exemplares impressos distribuídos, além de versão digital disponível na internet. |
| Treinar as operadoras de planos de saúde para inovar e melhorar o setor | Série de 7 Oficinas sobre o Sistema de Informação de Beneficiários (SIB) realizadas em 2012 para aprimorar operação de envio de dados à ANS pelas operadoras, posteriormente multiplicadas através da cooperação com entidades representativas do setor (Abramge, Unidas e Fenasaúde, entre outras), capacitadas para difundir as orientações para seus associados. | Diretamente, cerca de 150 operadoras participantes, responsáveis por atender a mais de 48 milhões de beneficiários de planos; potencialmente, todo o setor. |
| Articular-se com as demais diretorias para definir os sistemas de informações da ANS | Instituição do Comitê de Informação e Informática (C2-i), presidido e secretariado pela DIDES e composto pelos Diretores Adjuntos de todas as Diretorias da ANS, com a responsabilidade de propor, acompanhar e avaliar a execução do Plano Diretor de Tecnologia de Informação (PDTI). | Maior transparência no planejamento e execução das contratações de TI e dos projetos de melhorias de infra-estrutura e de desenvolvimento de sistemas, que somaram um orçamento global de cerca de R\$ 102 milhões entre 2011 e 2014. |
| Formular e coordenar a política de gestão da informação | Instituição do Plano de Diretor de Tecnologia da Informação (PDTI) 2012 – 2015, o planejamento estratégico que prevê diretrizes, ações, riscos e orçamento para a TI da Agência, desenvolvido segundo metodologia preconizada pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG) | No Levantamento de Governança de Tecnologia da Informação 2012, realizado pelo Tribunal de Contas da União (TCU), a ANS foi a 4ª colocada entre as agências reguladoras, passando de 0,24 (inicial) em 2010 para 0,57 (intermediário) em 2012. |



| Atribuição da DIDES | Ação destacada | Resultado |
|--|--|---|
| <p>Pesquisar, estudar e avaliar possibilidades de desenvolvimento institucional e desenvolvimento e gestão de sistemas de informação no país e no exterior para aplicá-los na ANS</p> | <p>Construção do Projeto e-ANS, de conversão da ANS em uma agência reguladora eletrônica, com base teórica na proposta da norma ISO TR 14639 Health informatics - Capacity-based ehealth architecture roadmap, um guia para a arquitetura dos sistemas de informação em saúde concebido pelo Comitê Internacional ISO TC 215 Health Informatics.</p> | <p>O e-ANS gera a possibilidade de maior agilidade, eficiência e segurança de processos e de redução do consumo de papel e de espaço físico. O referencial teórico do Comitê Internacional ISO TC 215 Health Informatics serve de apoio para análise de investimentos de organizações financiadoras internacionais e permite avaliar o grau de maturidade em relação ao ideal.</p> |
| <p>Incentivar a melhoria da qualidade dos serviços de assistência à saúde dos planos de saúde</p> | <p>Instituição do Programa de Monitoramento da Qualidade Assistencial dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar - QUALISS</p> | <p>Módulo Indicadores Hospitalares em estágio avançado de implementação, com um conjunto de 26 indicadores de qualidade testados em 59 hospitais durante 6 meses, constituindo uma base inicial para criação de padrões e <i>benchmark</i>.</p> |
| <p>Articular a ANS com organismos nacionais, internacionais ou multilaterais para cooperação técnica e financeira com o objetivo de aprimorar o setor</p> | <p>Convênio de Cooperação nº 02/12, de 01/04/2012 entre a Casa Civil e a Embaixada do Reino Unido, tendo como objeto o projeto "Consolidando a Gestão da Regulação no Brasil", para emprego de ferramentas de Análise de Impacto Regulatório (PRO_REG).</p> | <p>Diversas agências reguladoras figuram nos produtos e atividades do convênio. A ANS participa com o projeto Registro Eletrônico em Saúde (RES), em desenvolvimento pela DIDES.</p> |
| <p>Planejar, produzir, analisar e divulgar informações dos sistemas e bases de dados da ANS para desenvolver relatórios técnicos e gerenciais e estudos sobre o setor de planos de saúde</p> | <p>Implementação de sistemas de acesso à informação rápido e em diferentes níveis, em especial o SIB-Web, versão disponível para toda a ANS do Sistema de Informação de Beneficiários (anteriormente restrito a uma gerência apenas) e a Sala de Situação (em desenvolvimento)</p> | <p>Pelo SIB-Web (implementado), mais agilidade na produção de relatórios técnicos e gerenciais e de estudos do setor a partir das consultas diretas aos dados, sobretudo para os 13 Núcleos da ANS espalhados pelo país. A Sala de Situação (em desenvolvimento) permitirá visualizar e consolidar extratos para diagnóstico de tendências e antecipação de riscos, especialmente pela Diretoria.</p> |



| Atribuição da DIDES | Ação destacada | Resultado |
|--|---|---|
| Definir diretrizes de Segurança e Tecnologia de Informação | Realização de campanha interna sobre Segurança da Informação, com treinamentos para servidores sobre o tema | Série de 12 treinamentos em andamento, com capacidade para atingir cerca de 40% da força de trabalho da ANS. |
| Monitorar os prestadores de serviços da saúde suplementar | Programa de Monitoramento da Contratualização | Contratos das 30 maiores operadoras avaliados (equivalentes a mais de 60% do mercado), gerando: evidências dos principais pontos de conflito na relação entre operadoras e prestadores; representações contra operadoras de planos por descumprimento de normas que levarão operadoras infratoras a serem punidas com pagamento de multas; uma nova estratégia de regulação, menos restrita à punições e mais voltada para a indução de boas práticas e qualidade para os consumidores. |

2.2 - Implementações na organização de equipes: valorização dos servidores e estruturação orientada a capacidade e qualidade

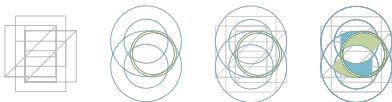
A Lei nº 9.986, de 18 de julho de 2000, prevê a organização da distribuição de cargos na ANS. Ao longo dos anos, fazendo uso de seu poder discricionário, a ANS alterou seu Regimento Interno e redistribuiu os cargos existentes segundo critérios que terminaram por não seguir a proporção originalmente prevista nesta Lei.

Em 2011, o Tribunal de Contas da União (TCU)⁴ recomendou que a ANS retomasse a organização da distribuição de cargos originalmente prevista quanto ao número de cargos privativos de servidores públicos concursados e o número de cargos de livre nomeação. Durante o período de 2011 a 2014, a Agência reviu seu Regimento Interno para se adaptar a essa recomendação.

Na DIDES, além da retomada da distribuição proporcional originalmente prevista entre cargos privativos de servidores públicos concursados e cargos de livre nomeação, as revisões de regimento interno⁵ e de alocação e contratação de recursos humanos obedeceram às

⁴. Acórdão nº 2510/2011 – TCU – Plenário, de 21 de setembro de 2011.

⁵. Regimento Interno da ANS: Resolução Normativa RN nº 197, de 16/07/2009, atualizado pela RN nº 221, de 24/06/2010; Resolução Normativa RN nº 273, de 21/10/2011; Resolução Normativa RN nº 301, de 07/08/2012; Resolução Normativa RN nº 332, de 02/07/2013; Resolução Normativa RN nº 336, de 07/10/2013.

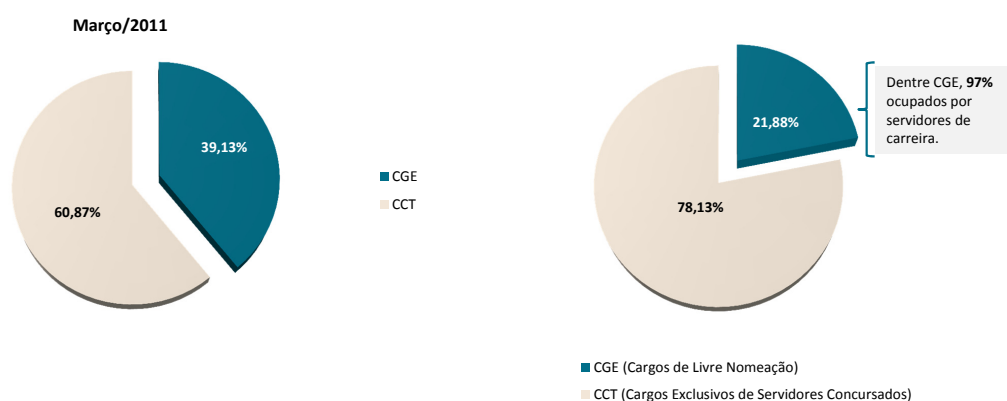


seguintes diretrizes:

- valorizar os servidores públicos concursados da Agência, altamente experientes e especializados;
- ampliar a disponibilidade de pessoal especializado por intermédio da aquisição de recursos humanos cedidos de outros órgãos da administração, fazendo face à necessidade de ampliação de recursos e como alternativa à realização de concursos públicos, que depende de autorização do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MP);
- especificamente quanto às áreas de Tecnologia da Informação e de Ressarcimento ao SUS, assegurar coordenações equivalentes à variedade e diversidade dos processos de trabalho desenvolvidos;
- especificamente quanto à gestão dos projetos ligados à qualidade no relacionamento entre operadoras de planos e prestadores de serviços, refletir expressamente na organização da equipe o enfoque sobre a qualidade, com vistas à melhoria dos serviços prestados aos beneficiários (por exemplo, renomeando áreas e prevendo e esclarecendo atribuições).

Esse conjunto de orientações foi acompanhado de um quarto critério: o mérito, evidentemente indispensável para favorecer a eficiência de pessoal.

Gráfico 1 - Gestão de Recursos Humanos na DIDES - 2014:
Evolução da Alocação de Cargos Comissionados e Proporção CGE X CCT (Quantidade)



O gráfico demonstra a mudança na proporção de cargos de livre nomeação (CGE) e de cargos exclusivos de servidores concursados (CCT) de março de 2011 para janeiro 2014, indicando que houve crescimento de cargos exclusivos de servidores concursados e redução dos cargos de livre nomeação, o que indica uma **crecente valorização dos servidores públicos** e retomada da distribuição originalmente prevista em Lei, conforme recomendação do Tribunal de Contas da União (TCU). Os dados incluem apenas os cargos comissionados efetivamente ocupados.

Fonte: Diretoria de Gestão, 2014.

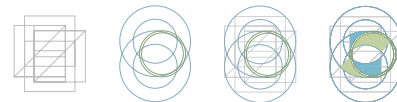
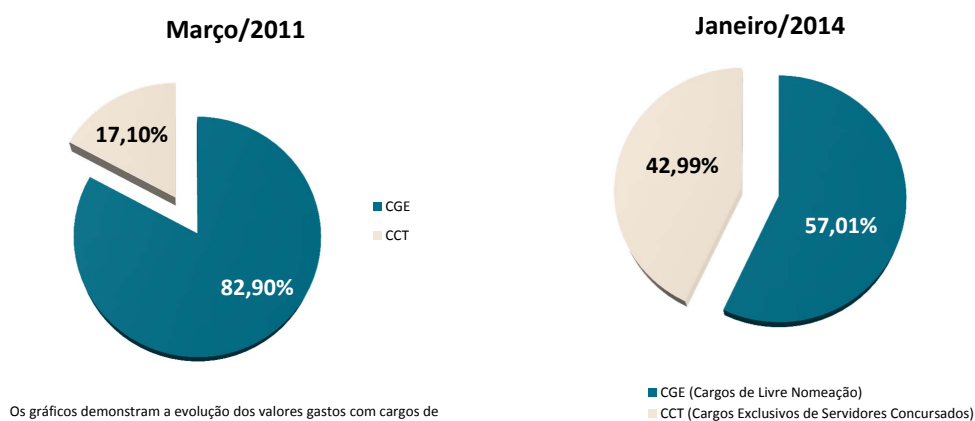


Gráfico 2 – Gestão de Recursos Humanos na DIDES:
Proporção de Cargos Comissionados (em Valores de Remuneração)



Os gráficos demonstram a evolução dos valores gastos com cargos de livre nomeação (CGE) e cargos exclusivos de servidores concursados (CCT), indicando que houve aumento na proporção de valores gastos com cargos exclusivos de servidores concursados (áreas em areia) e redução na proporção de cargos de livre nomeação (áreas em azul), o que indica uma crescente valorização dos servidores públicos. Os dados incluem apenas os cargos comissionados efetivamente ocupados.

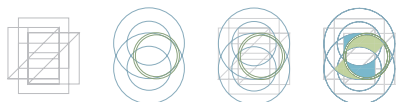
Fonte: Diretoria de Gestão, 2014.

2.3 - Uma Gestão Planejada e Avaliada: Indicadores no Planejamento Estratégico do Ministério da Saúde, no Contrato de Gestão da ANS, no Programa de Qualificação Institucional, na Agenda Regulatória e Indicadores DIDES

A ANS faz uso das seguintes ferramentas institucionais de planejamento estratégico:

- Planejamento Estratégico do Ministério da Saúde (PE/MS), que prevê metas e indicadores plurianuais para o Ministério e os órgãos vinculados;
- Planejamento Estratégico integrado ao Contrato de Gestão, assinado anualmente com o Ministério da Saúde;
- Programa de Qualificação Institucional, componente institucional do Programa de Qualificação que busca medir anualmente o desempenho da ANS diante de sua missão institucional, avaliando o desenvolvimento das competências de regulação, normatização, controle, fiscalização, avaliação e monitoramento da assistência suplementar à saúde;
- Agenda Regulatória, um instrumento de planejamento que agrega o conjunto de temas estratégicos e prioritários necessários para o equilíbrio do setor que serão objeto de atuação da ANS no período de dois anos, com o objetivo de estabelecer cronogramas para garantir maior transparência e previsibilidade na atuação regulatória, possibilitando o acompanhamento pela sociedade dos compromissos pré-estabelecidos pela ANS.

Como exemplo, detalhamos abaixo a distribuição dos indicadores estabelecidos para o ano de 2014 para projetos ou processos de trabalho da DIDES nas ferramentas de planejamento

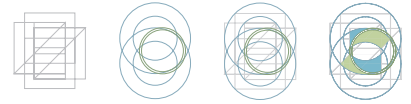


estratégico previstas para o período.

Tabela 2 - Distribuição dos Indicadores por Projetos ou Processos de Trabalho nas Ferramentas de Planejamento Estratégico – 2014

| Indicadores por Projetos ou Processos de Trabalho | PE/MS | Contrato de Gestão | Agenda Regulatória |
|--|-------|--------------------|--------------------|
| Disponibilização de informações de contratos e documentos de beneficiários | - | - | ✓ |
| Registro Eletrônico em Saúde (RES) | ✓ | - | ✓ |
| Acesso a dados de beneficiários | - | ✓ | - |
| Padrão TISS | - | ✓ | - |
| Governança em TI | - | ✓ | - |
| Sistema de remuneração de hospitais | - | - | ✓ |
| Hierarquização de procedimentos médicos | - | - | ✓ |
| QUALISS | - | - | ✓ |
| Relacionamento com prestadores | - | ✓ | ✓ |
| Ressarcimento de APAC | - | ✓ | - |
| Mapa de utilização do SUS | - | - | ✓ |
| Certificação de operadoras (pagamento do ressarcimento ao SUS) | - | - | ✓ |
| Ressarcimento ao SUS | ✓ | ✓ | ✓ |

Como técnica de gestão, a DIDES adotou entre 2011 e 2012 um planejamento estratégico da Diretoria elaborado com a colaboração de gestores e equipes, organizado em diferentes



níveis de pactuação e integrado às demais ferramentas da ANS. O objetivo foi acompanhar de forma próxima projetos previstos em abordagem mais ampla em outras ferramentas, através do estabelecimento de metas menores ou de indicadores por etapas necessárias ao cumprimento das metas previstas nas demais ferramentas.

Assim, além das ferramentas institucionais, a DIDES realizou em setembro de 2011 o Seminário de Planejamento da DIDES, que contou com a participação de todas as unidades funcionais da Diretoria. O conjunto de indicadores de projetos e processos estabelecidos na ocasião passaram a ter monitoramento quadrimestral.

Em 2012 foi feita a adequação dos indicadores quanto à fórmula de cálculo, aos parâmetros de base e às metas estabelecidas. Foram criados novos indicadores cujo monitoramento foi realizado pela GGISS ao longo do ano. As reuniões de acompanhamento, entretanto, não ocorreram da mesma forma; houve apenas prestação de contas dos resultados.

Em 2013, o Planejamento DIDES foi descontinuado.

Esse processo mostrou-se válido em alguns casos, permitindo administrar melhor a evolução de certas metas. Em outras situações, tornou-se excessivamente complexo e laborioso face aos ganhos possíveis. Como é natural em planejamento estratégico, as metas e indicadores estabelecidos devem ser instrumentos de gestão dos processos de trabalho, informando sobre a evolução de sua execução. O sucesso no cumprimento dessa função pode variar dependendo da habilidade e da pertinência no momento de estabelecer a meta e o indicador, bem como de sua evolução ao longo do processo, afetando, portanto, o valor que a ferramenta pode agregar à Administração. A descontinuação da iniciativa não representa uma falha, pois a capacidade de propor, testar e rever instrumentos de gestão é essencial a um gerenciamento eficiente.

Serão destacados a seguir alguns resultados alcançados e mensurados por meio de indicadores estabelecidos nas diferentes ferramentas de planejamento estratégico elencadas.

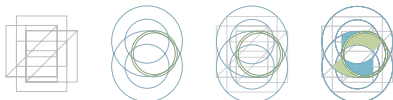
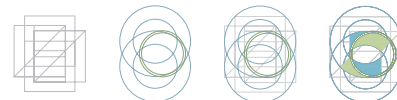


Tabela 3 - Exemplos de Metas e Indicadores Programados e Monitorados em Ferramentas de Planejamento Estratégico da ANS - DIDES – 2011 a 2014¹

| Ferramenta | Planejamento Estratégico do Ministério da Saúde (PE/MS) |
|------------------|---|
| Período | 2013 |
| Estratégia 3 | Relação Público-privado |
| Resultado | Agilizado o processo de ressarcimento das operadoras ao SUS (estratégia 3.1) |
| Meta | 100% |
| Alcance | 114% (meta superada no 2º quadrimestre de 2013) |
| Descrição | Avisos de Internação Hospitalar (AIH) são os registros de atendimentos de beneficiários de planos de saúde em unidades de saúde pública que constituem a base dos processos de ressarcimento ao SUS, que permitem à ANS reverter para o Fundo Nacional de Saúde verbas para aplicação na saúde pública. Foram concluídos mais de 237.400 processos em 2013, ou seja, mais de 114% da meta estipulada, o que demonstra produtividade. |
| Ferramenta | Contrato de Gestão |
| Período | 2013 |
| Indicador | Índice de Acompanhamento do Passivo de Processamento dos Atendimentos Identificados para fins de Ressarcimento ao SUS |
| Meta | 1,50 |
| Resultado | 1,50 (meta alcançada) |
| Descrição | Avisos de Beneficiário Identificado (ABI) divulgam para as operadoras os atendimentos de beneficiários de planos de saúde em unidades do Sistema Único de Saúde para serviços a princípio previstos nos contratos dos planos. O indicador demonstra que o lançamento dos ABI está dentro do cronograma estabelecido, mantendo a tendência de decréscimo do passivo registrada em 2012. Em relação aos últimos lançamentos, os últimos ABI foram lançados nas datas previstas ou em datas próximas, o que demonstra uma melhoria de processo. Manter os lançamentos de ABI em dia é importante porque essa é a fase inicial do ressarcimento ao SUS. |

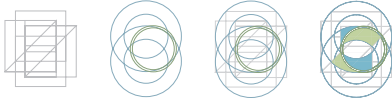
1. A organização da exposição dos resultados obedece ao modelo adotado em cada ferramenta.



| Ferramenta | Qualificação Institucional |
|--------------------------------|---|
| Período | 2012 ² |
| Eixo Direcional | Articulação e Aprimoramento Institucional |
| Indicador | Ressarcimento ao SUS (RESUS) |
| Conceituação | Média ponderada das cinco etapas do processo de trabalho do ressarcimento ao SUS |
| Macroprocesso associado | Regulação assistencial/padrão de qualidade |
| Objetivo estratégico associado | Aprimorar a capacidade regulatória |
| Meta do indicador | 95% (pontuação 1,00) |
| Pontuação obtida | 0,97 (próximo da meta) |
| Visão do Gestor | Houve êxito na elaboração de um indicador composto, que abarca algumas das principais atividades realizadas na Gerência, seu resultado é comumente analisado e utilizado em conjunto com outras ferramentas (como relatórios de produtividade, por exemplo). Essa ferramenta, em conjunto com outros indicadores internos, fornece uma visão objetiva, permitindo que o gestor tome as medidas necessárias para alcançar as metas propostas. A partir da avaliação propiciada pelo indicador, as melhorias implementadas foram a alteração de fluxos de trabalho e, especialmente, a realocação de pessoal nas áreas cujo resultado foi aquém do esperado inicialmente. |
| Ferramenta | Agenda Regulatória |
| Período | 2011-2012 ³ |
| Eixo | Garantia de Acesso e Qualidade Assistencial |
| Ações concluídas | Implantar o programa de qualificação de prestadores de serviços de assistência à saúde que integram o mercado de saúde suplementar. ⁴ |

continua

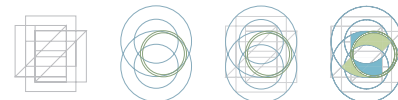
2. Os resultados do Programa de Qualificação Institucional em 2013 ainda não haviam sido divulgados até a conclusão deste relatório.
 3. Como a Agenda Regulatória 2013-2014 ainda está em andamento, optou-se por um exemplo da Agenda anterior. Acesso aos documentos listados como resultados da Agenda Regulatória 2011-2012 e informações sobre a evolução da Agenda 2013-2014 em www.ans.gov.br, menu A ANS/Transparência Institucional/Agenda Regulatória.
 4. O Programa QUALISS é detalhado no capítulo 3.



continuação

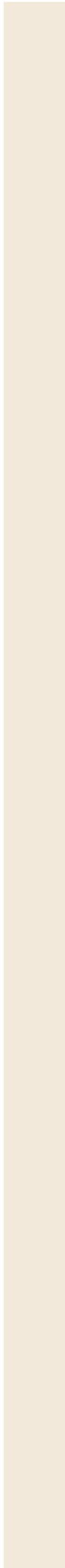
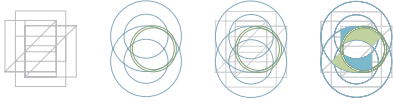
| | |
|-------------------------|--|
| Resultados | Implantados o Programa de Divulgação da Qualificação dos Prestadores de Serviço na Saúde Suplementar (QUALISS Divulgação) e o Programa de Monitoramento da Qualidade dos Prestadores de Serviço na Saúde Suplementar (QUALISS Monitoramento). Para cada um dos programas, foi realizada a Consulta Pública nº 38, no período de 25/02/2011 a 27/03/2011, e a Consulta Pública nº 44, no período de 24/06/2011 a 23/07/2011, resultando na publicação da Resolução Normativa nº 267, de 2011 e da Resolução Normativa nº 275, de 2011, respectivamente. |
| Produtos | Consulta Pública nº 38, de 2011, Consulta Pública nº 44, de 2011, Resolução Normativa nº 267, de 2011, Resolução Normativa nº 275, de 2011, Programa de Divulgação da Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar (QUALISS Divulgação), Programa de Monitoramento da Qualidade dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar (QUALISS Monitoramento) e Comitê Gestor do QUALISS – COGEP. |
| Eixo | Modelo de Pagamento a Prestadores |
| Ação concluída 1 | Implementar o conjunto de termos que identificam os eventos e itens assistenciais na Saúde Suplementar. |
| Resultado | Realizada a Consulta Pública nº 43, no período de 07/06/2011 a 05/08/2011. Publicada a RN nº 305, de 2012, que estabelece o Padrão obrigatório para Troca de Informações na Saúde Suplementar (Padrão TISS) dos dados de atenção à saúde dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde. Publicada também Instrução Normativa nº 51, de 2012, que regulamenta a RN nº 305, de 2012, e institui o Sistema de Gestão do Padrão TISS. |
| Produtos | Consulta Pública nº 43, de 2011, Resolução Normativa nº 305, de 2012, Instrução Normativa nº 51, de 2012, Padrão de Troca de Informações em Saúde Suplementar (TISS) e COPISS - Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar. |
| Ação concluída 2 | Promover pacto setorial para a definição/criação de estímulos e mecanismos indutores para nova sistemática de remuneração dos hospitais, conforme previamente acordado. |

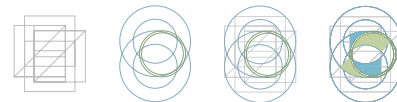
continua



continuação

| | |
|-------------------|--|
| Resultado | Assinado em 6/12/2012, por ANS, representantes dos hospitais e dos planos de saúde, o acordo para adoção de novos modelos de remuneração dos atendimentos feitos aos clientes dos planos de saúde. Concluído também Pacto sobre remuneração de medicamentos (orientação geral sobre implementação da Resolução Normativa nº 241, de 2010, e Resolução Normativa nº 03, de 2009, da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos – CMED). |
| Produtos | Documento Sistemáticas de Remuneração dos Hospitais que atuam na Saúde Suplementar: Conta Aberta Aprimorada / Tabela Compacta; documento “Sistemáticas de Remuneração dos Hospitais que atuam na Saúde Suplementar: Procedimentos Gerenciados”; Documento “Rodada do Rio de Janeiro Orientação Geral sobre a implementação da RN nº 241, de 2010”, Orientação Geral sobre a implementação da RN nº 241 de 2010. |
| Ferramenta | Planejamento Estratégico DIDES |
| Período | 2012 |
| Indicador | iBEN3 |
| Meta | 100% |
| Resultado | 100% (meta alcançada) |
| Descrição | Desenvolvimento e implantação do módulo SIB Transferência, responsável pela transferência automática (sem intervenção manual) dos beneficiários da operadora cedente para a operadora adquirente do plano em operações de transferência de carteira de beneficiários entre operadoras, assim que informado no Sistema RPS. A intenção foi desonerar operadoras da trabalhosa operação de incluir/cancelar beneficiários no SIB nessas situações, que poderia dificultar a adesão delas ao procedimento e prejudicar a confiabilidade dos dados informados pelas operadoras à ANS, prejudicando a integração com a base de dados do Cartão Nacional de Saúde. A medida desonerou as operadoras e assegurou controle e autonomia à ANS para gerir essas informações, aprimorando o processo de trabalho. A Agência pôde assumir a transferência de cerca de 3 milhões de registros de beneficiários desde a implementação da iniciativa. |





3 - PRINCIPAIS PROCESSOS DE TRABALHO, PROJETOS IMPLEMENTADOS E RESULTADOS ALCANÇADOS

3.1 - Informação, instrumento técnico da regulação

Na saúde suplementar, uma das falhas de mercado mais graves afeta diretamente o desenvolvimento setorial, objeto da atuação da DIDES: a assimetria de informação entre os atores do setor.

Operadoras de planos, por exemplo, detêm um conjunto de informações sobre sua rede assistencial e sua massa de beneficiários e conseguem analisar e projetar alternativas, mas têm dificuldade de assegurar que seus investimentos estejam vinculados a uma melhoria da qualidade do serviço prestado aos consumidores, pois esse serviço é prestado por terceiros (hospitais, clínicas, profissionais de saúde, etc.), sendo difícil controlar informação nesse contexto.

Prestadores de serviços, por sua vez, ainda que detenham informações sobre os pacientes e suas necessidades a partir da reputação e de um conhecimento técnico especializado, podem assumir uma postura pouco acessível aos consumidores e por vezes não conseguem manter relações equilibradas com as operadoras de planos, o que significa uma rede assistencial menos estável para os beneficiários.

Quanto aos beneficiários, frequentemente tornam-se inseguros ou inconscientes diante das diversas variáveis envolvidas na aquisição e no consumo de serviços de saúde.

Portanto, uma linha de ação fundamental para o desenvolvimento setorial é a apuração e a divulgação de informação precisa e disponível da forma mais ampla e útil possível.

A seguir, são apresentados os principais resultados dos projetos desenvolvidos pela DIDES nessa direção.

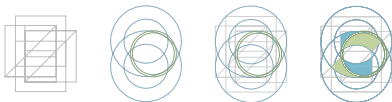
3.1.1 – Publicações

As publicações da ANS são um produto reconhecido e esperado por especialistas e interessados no setor.

A seguir, destacamos duas publicações técnicas periódicas produzidas pela DIDES.

3.1.1.1 - Caderno de Informação da Saúde Suplementar: base da informação

Unidade técnica responsável: Coordenação de Informação da Gerência de Produção de Informação (COINF/GEPIN)



O *Caderno de Informação da Saúde Suplementar* é a publicação da ANS mais perene em produção. Sua primeira edição foi em 2004, com o nome de Caderno de Informação de beneficiários, operadoras e planos: dados do setor. Publicado em edições trimestrais, em formato digital e/ou impresso, a publicação constitui referência primordial para dados do setor.

O *Caderno de Informação da Saúde Suplementar* tem uma importância histórica no setor, pois contribuiu para estabelecer padrões de dados e públicos de interesse.

No período considerado neste relatório, foram publicadas 12 edições do *Caderno*. Não se trata de uma inovação, mas de continuidade de um produto que, com o tempo, se constituiu em algo percebido como útil e valorizado pelos atores do setor.



Confira a produção do Caderno de Informação no período:

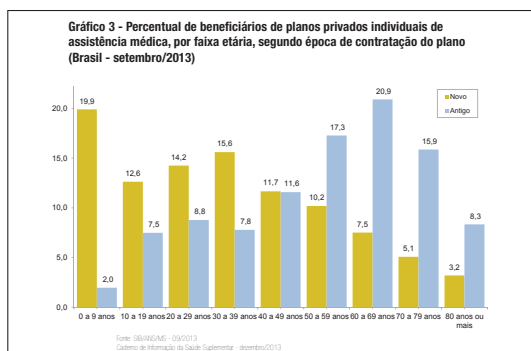
Caderno de Informação:

março de 2011 a janeiro de 2014

Edições: 12

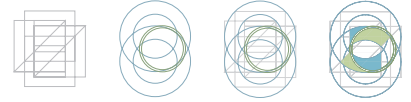
Periodicidade: Trimestral

Versão impressa: 4.350 exemplares distribuídos



Versão digital⁷ : A página Periódicos em www.ans.gov.br totalizou 50.680 visualizações ou 0,1% do total de visualizações do site (um número relevante, para uma página que não está em destaque). Estima-se que a maior parte das visualizações sejam destinadas a acessos ao Caderno de Saúde Suplementar e ao Foco Saúde Suplementar, as duas primeiras publicações nela listadas.

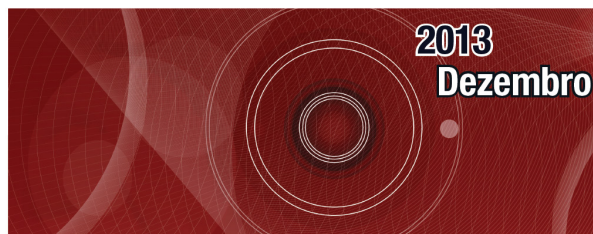
⁷. Versões digitais disponíveis para *download* em www.ans.gov.br, Publicações, Periódicos, Caderno de Informação Saúde Suplementar.



3.1.1.2 - Foco Saúde Suplementar: uma nova perspectiva sobre o setor

Área técnica responsável: Coordenação de Informação da Gerência de Produção da Informação (COINF/GEPIN).

A publicação trimestral Foco Saúde Suplementar foi lançada pela DIDES em março de 2012. Considerado o padrão de publicações editadas pela ANS até então, constituiu-se em um produto inovador, tanto na forma quanto no conteúdo. Em formato reduzido e leve o suficiente para “se ter à mão”, contém informações sintéticas que englobam os dados do setor no período e uma abordagem técnica e precisa do contexto e das tendências resultantes sobre a conjuntura econômica, os beneficiários, as operadoras e os planos de saúde, a atenção à saúde, além de uma seção temática especial a cada edição, como Regiões Metropolitanas no Contexto da Saúde Suplementar e Perfil de Empresas Contratantes de Planos de Saúde. Seu diferencial mais importante é acrescentar aos dados o valor da análise sintética do órgão regulador sobre o cenário e as perspectivas. Editado em versões digital e impressa, a cada edição o Foco é distribuído para diversas instituições do setor nos eventos produzidos pela ANS ou sob demanda.



FOCO
Saúde Suplementar



Confira a produção do Foco Saúde Suplementar no período:

Foco Saúde Suplementar:

março de 2012 a janeiro de 2014:

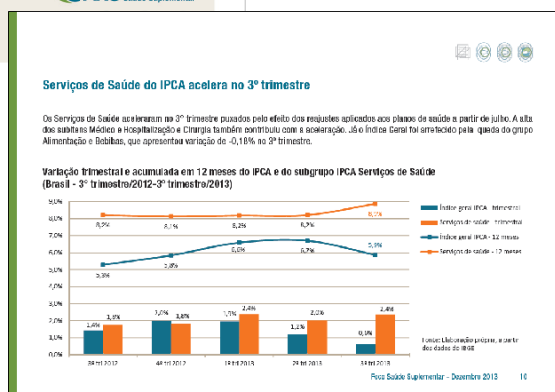
Edições: 6

Periodicidade: Trimestral

Versão impressa:

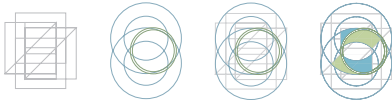
2.100 exemplares distribuídos

Versão digital⁸ : A página Periódicos em www.ans.gov.br totalizou 50.680 visualizações ou 0,1% do total de visualizações do site (um número relevante, para uma página que não está em destaque). Estima-se que a maior parte das visualizações seja destinada a acessos ao Caderno de Saúde Suplementar e ao Foco Saúde Suplementar, as duas primeiras publicações listadas.



1 Conjuntura econômica

⁸. Versões digitais disponíveis para *download* em www.ans.gov.br, Publicações, Periódicos, Caderno de Informação Saúde Suplementar.




3.1.2 – Consolidação, consultas a base de dados, dados abertos para a sociedade e composição de informações gerenciais

Área técnica responsável: Coordenação de Informação da Gerência de Produção da Informação (COINF/GEPIN/DIDES) e Coordenação de Beneficiários da Gerência de Produção da Informação (COBEN/GEPIN/DIDES)

A oferta de dados abertos constitui uma boa prática na área de produção de informação e uma diretriz do Governo Eletrônico (E-Gov) adotada pela ANS, sobretudo por intermédio de uma série de consultas na internet. Segundo a definição de dados abertos aplicada pelo Governo Federal, “dados são abertos quando qualquer pessoa pode livremente usá-los, reutilizá-los e redistribuí-los, estando sujeito a, no máximo, a exigência de creditar a sua autoria e compartilhar pela mesma licença.” Em termos mais genéricos, todo dado divulgado para a sociedade sem restrição de acesso (*login* e senha) é um dado aberto. Tipicamente, esse tipo de serviço pode ser prestado por consultas ou pela disponibilização de uma base de dados para download.

Os serviços de dados abertos favorecem a transparência na instituição, disponibilizam informação para a sociedade e são com frequência utilizados por pesquisadores, especialistas do setor, representações da sociedade civil e imprensa. Entre 2011 e 2014, foram atualizadas e ampliadas as consultas disponíveis via *web* e *download* de arquivos. A ANS disponibiliza uma ferramenta de tabulação, o Tabnet, para acesso a consultas *online* a base de dados, bem como bases de dados para download em formato compatível com Tabwin.

A seguir, métricas de acesso a alguns dos serviços de dados abertos disponibilizados pela DIDES no período considerado:



www.ans.gov.br/anstabnet/

ANS TABNET Informações em Saúde Suplementar

Início Consultas Ajuda

Como parte da sua política de transparência e em consonância com a finalidade institucional de promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS tem como um de seus desafios desenvolver e aperfeiçoar tecnologias de geração e divulgação de informações a fim de disponibilizá-las ao seu público-alvo. Entre estas está o ANS TabNet, que faz uso da ferramenta TabNet, desenvolvida pelo Datasus – MS, com objetivo de possibilitar a tabulação dos dados dos diversos sistemas de informação da ANS.

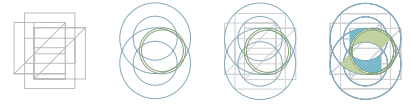
O ANS Tabnet permite a realização de diversos tipos de consultas sobre beneficiários, operadoras e planos privados de saúde pelo acesso a diversos sistemas de informações da ANS. Estão disponíveis para consultas os dados a partir de março de 2000, em intervalos de atualização trimestral (março, junho, setembro e dezembro), com exceção dos dados sobre mortalidade que têm periodicidade com dados a partir de 2004.

Estas e outras informações sobre saúde suplementar estão disponíveis também no Caderno de Informação da Saúde Suplementar no link Informação

Tabnet:
cerca de 25.000 acessos

- Dados e Indicadores do Setor, em www.ans.gov.br - página que dá acesso ao Tabnet (consultas) e ao Caderno Saúde Suplementar (baixar base de dados): 143.839 visualizações de página ou 0,3% do total do site no período⁹.

⁹ ANS, abril de 2011 a fevereiro de 2014.



BRASIL Acesso à informação Participe Serviços Legislação Canais

Ir para o conteúdo Ir para o menu Ir para a busca Ir para o rodapé

Acessibilidade A A- A A+

Acesso à Informação DISQUE ANS 0800 7019656 Central de Atendimento Sala de Imprensa English Español

ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar **15 anos** A agência reguladora de planos de saúde do Brasil

Buscar no site da ANS

Principal A ANS Planos e Operadoras Legislação Participação da Sociedade Prestadores Perfil do Setor Espaço da Qualidade

/ Principal / Perfil do Setor / Dados e Indicadores do setor

Dados e Indicadores do Setor

Demonstrações Contábeis
Baixar base de dados

Dados Gerais
Normas mais acessadas

Dados e Indicadores do Setor

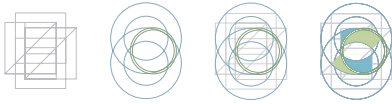
Informações gerais

[Caderno de informação \(.xls\)](#)

Uma relevante inovação implementada no período foi o COMPROVA (Comprovante de Dados Cadastrais de Consumidor), um serviço disponível no site da ANS que se insere na categoria de *e-Serviços Públicos* - referente àquelas iniciativas no campo do governo eletrônico voltadas para o provimento de informações e serviços aos cidadãos (G2C). Por lei, as operadoras de planos de saúde são obrigadas a informar para a ANS os dados cadastrais dos consumidores de planos de saúde, além dos dados do plano contratado pelo consumidor. O COMPROVA permite que os consumidores visualizem os seus dados cadastrais e os dados do seu plano de saúde informados pela operadora à ANS, bem como informar se há algum dado incorreto e emitir um comprovante para cada plano de saúde que possua. O COMPROVA permitiu incluir o consumidor no ciclo de atualizações de dados do setor. Como dono da informação, ele é a melhor fonte para sua validação. Como interessado em proteger seus direitos, ele se destaca como ator fundamental na fiscalização das operadoras junto à ANS. Nesse sentido, o desenvolvimento do COMPROVA foi uma medida encontrada pela ANS para tornar o consumidor um protagonista nesse processo. No período de 13 de março a 5 de maio, o COMPROVA teve 14.820 acessos.

Se é importante divulgar informações úteis para a sociedade, é também essencial produzir acesso à informação para o público interno da Agência, como suporte aos processos de trabalho e à tomada de decisões gerenciais. Nesse outro sentido, uma perspectiva positiva que tende a constituir uma inovação relevante nos processos de tomada de decisão é a elaboração da Sala de Situação, um sistema recentemente demandado pela alta direção da ANS e a ser desenvolvido internamente, com custos reduzidos face aos cobrados por consultorias especializadas, que consolidará as principais informações econômico-financeiras e assistenciais, sinalizando tendências e pontos de atenção para possíveis intervenções regulatórias. O sistema propiciará à alta gestão um panorama do setor, capaz de gerar insumos que permitirão à ANS antecipar medidas e evitar riscos.

Quanto ao estágio de desenvolvimento da iniciativa, no momento da produção deste relatório, o protótipo e o projeto haviam sido concluídos.



Tanto para o público interno quanto para a sociedade, a organização das bases de dados para consultas, com levantamento de requisitos e modelagem para facilitar extração de dados, tem sido incrementada. No futuro, essas bases serão convertidas em *datamarts*¹⁰, essenciais ao *Business Intelligence* (BI)¹¹.

Vale destacar também o Sistema de Informações Gerenciais, um sistema corporativo de grande capilaridade, que alcança usuários de toda a Agência, inclusive dos Núcleos da ANS, e possibilita a divulgação horizontal das informações, contribuindo para o aumento da integração, produtividade e eficiência. O SIG conta com cerca de 90 mil acessos por ano. Além disso, são atendidos anualmente centenas de solicitações de dados tanto para o público externo como para o público interno, subsidiando importantes processos de trabalho da ANS, como o Monitoramento da Garantia de Atendimento, o Monitoramento Assistencial, o Programa de Conformidade Regulatória (PCR) e a comunicação com a imprensa, entre outros.

3.1.3 – Integração entre o Sistema de Informação de Beneficiários (SIB) e o Cartão Nacional de Saúde (CNS): caminho para identificação unívoca e planejamento integrado das redes pública e privada

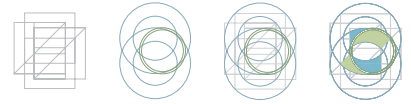
Unidade técnica responsável: Gerência de Produção de Informação (GEPIN/DIDES)

O Cartão Nacional de Saúde é um documento numerado que possibilita a identificação de qualquer pessoa no Brasil ao utilizar os serviços de saúde. Ele pode ser considerado uma “identidade da saúde”.

Desde a sua criação, pressupõe-se a integração da ANS à Política Nacional de Saúde (PNS).

¹⁰. Seções organizadas de armazéns de dados.

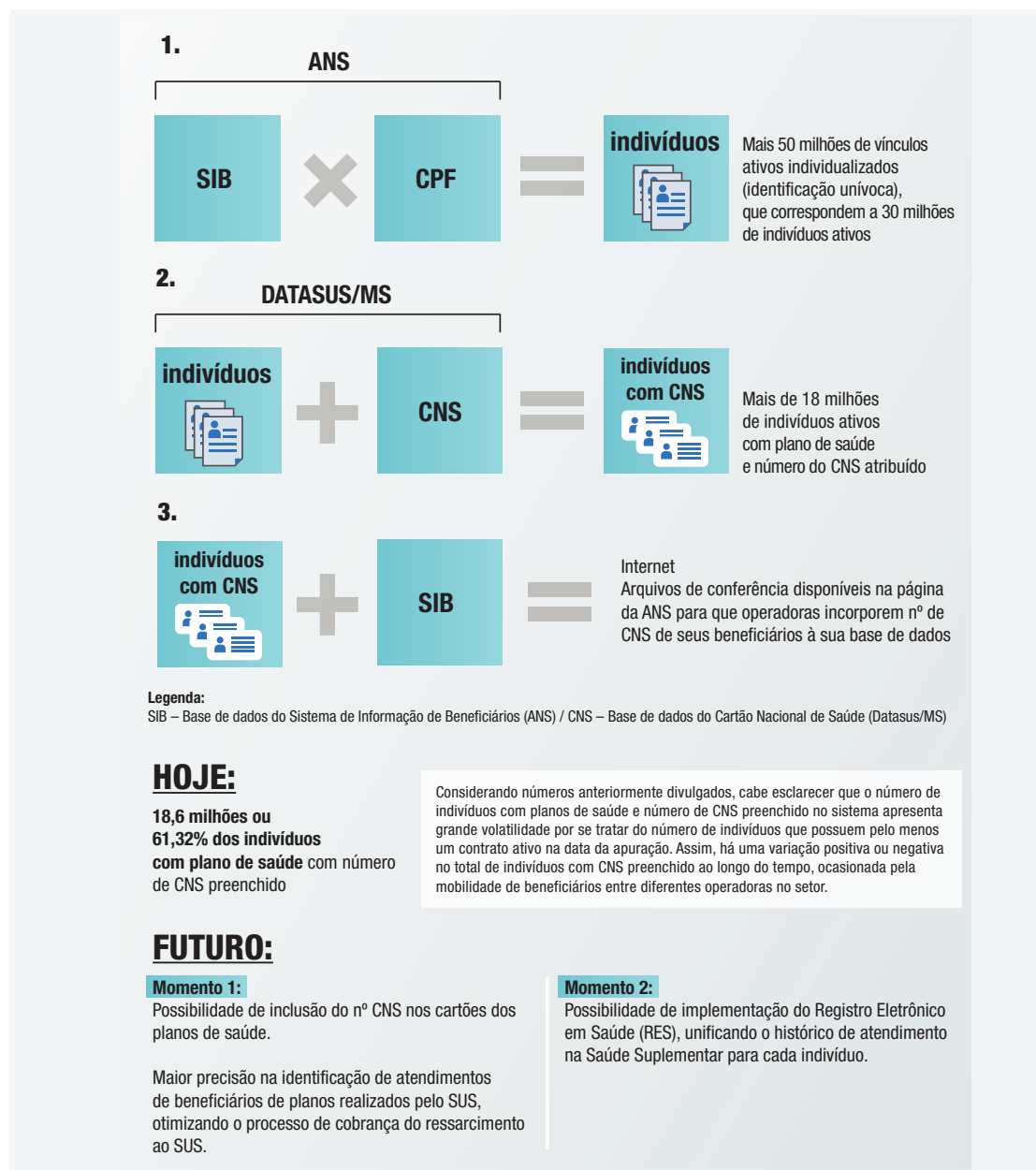
¹¹. Gestão inteligente de dados.



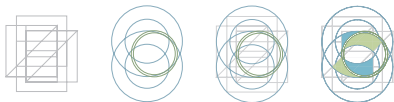
Em 2012, a ANS recebeu do Ministério da Saúde a atribuição de cadastrar e difundir o uso do número do CNS na saúde suplementar. A partir de uma ação integrada entre ANS e Ministério da Saúde, foi desenvolvida a Integração entre as bases de dados da Saúde Suplementar (SIB) e da saúde pública (CNS).

Confira abaixo as fases do projeto, os resultados de cada etapa e as possibilidades viabilizadas pela iniciativa.

Figura 1 - Integração entre bases de dados da Saúde Suplementar e do Cartão Nacional de Saúde (CNS)



Fonte: SIB/ANS, dados de dezembro/2013, extraídos em fevereiro/2014.



Numa primeira fase, a ANS gravou, em seu Cadastro de Beneficiários, os números do CNS dos beneficiários de planos de saúde e disponibilizou arquivos com os números do Cartão para as empresas operadoras destes planos. Nesse primeiro momento, bastou às operadoras de planos enviarem à ANS, com periodicidade mensal, as informações referentes ao SIB já exigidas anteriormente pela ANS, conforme definidas na Resolução Normativa nº 295/2012. A partir de junho de 2013, todas as empresas operadoras de planos de saúde com registro na ANS passaram a acessar o Cadastro Nacional de Saúde para obter os números de CNS de beneficiários novos ou daqueles sem número associado pela Agência. Desta data em diante, a informação do número do Cartão Nacional de Saúde tornou-se obrigatória para o envio dos dados de um beneficiário pela operadora para a ANS.

Quem não possui plano de saúde pode se cadastrar no momento do primeiro atendimento em saúde na rede pública ou conforme o planejamento do Secretário de Saúde responsável pela região de moradia da pessoa. O cadastramento resulta na obtenção de um número de cartão a ser amplamente utilizado nos momentos de atendimento em saúde, independentemente da emissão de cartões em plástico.

O uso do CNS por todos os cidadãos brasileiros, mesmo por aqueles que têm plano de saúde, traz benefícios à gestão do sistema de saúde do país, contribuindo tanto para o planejamento das ações como para o acompanhamento dos resultados obtidos.

É importante destacar: seja no SUS ou na rede privada, ninguém pode ter seu atendimento negado por não portar o cartão ou seu número. Da mesma forma, nenhum beneficiário de plano de saúde pode ter seu plano cancelado devido à ausência deste número.

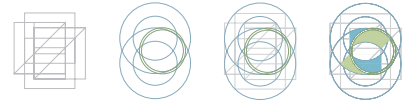
3.1.3.1 – Perspectivas

Na esfera de ação direta da ANS, a integração do número do CNS aos dados do SIB permitirá aprimorar a metodologia do batimento do ressarcimento ao SUS.

Em um âmbito mais amplo, o cadastramento de cada pessoa na base nacional do Cartão Nacional de Saúde foi uma medida importante para viabilizar um melhor planejamento integrado em saúde no futuro. Para os gestores e prestadores de serviços de saúde (consultórios, clínicas, hospitais, entre outros), a implementação do Cartão Nacional de Saúde pode ser vista como o primeiro passo para a criação de uma única base nacional de dados, interligada e disponível para todos, respeitados os limites do direito à privacidade.

Em breve, o número do CNS deverá constar nos cartões de plano¹². Para o cidadão, possibilitará o registro em prontuários eletrônicos únicos a serem utilizados em serviços públicos e privados de saúde, ou seja, os dados de saúde poderão ser consultados por profissionais autorizados para isso, sem que se percam informações importantes para o tratamento da

¹². Minuta de norma elaborada, restando pendente o encaminhamento para consulta interna e/ou consulta pública.



pessoa. Assim, cada cidadão terá acesso ao seu histórico de saúde, independentemente de utilizar o serviço público ou o plano de saúde.

Desta forma, a expectativa é de que, em médio prazo, haja no país uma base de dados em saúde onde cada indivíduo possui seu número único de identificação. Em termos técnicos, trata-se do Registro Eletrônico em Saúde (RES), a partir da identificação unívoca.

3.1.4 – Padrão de Troca de Informação em Saúde Suplementar: TISS 3.0 – Interoperabilidade ou Como Estimular o Setor a Falar a Mesma Língua

Unidade técnica responsável: Gerência de Padronização e Interoperabilidade (GERPI/GGISE/DIDES)

No setor de saúde e especificamente na saúde suplementar brasileira, a ampliação das possibilidades de aplicações e dados a partir do uso intensivo de sistemas de informação enfrenta inúmeros desafios. O Brasil tem o segundo maior sistema privado de saúde do mundo, portanto, trata-se de um grande volume de informações, o que gera um cenário complexo, em decorrência de vários fatores: diversidade de trocas de dados praticadas no setor, elevado número de prestadores de saúde envolvidos, necessidade de dispêndio vultoso de recursos em tecnologias de comunicação, além do desafio de *compliance*¹³. Uma via primordial para solucionar os principais dentre esses desafios foi aberta pela ANS com o Padrão de Troca de Informação da Saúde Suplementar, conhecido como padrão TISS.

O padrão TISS foi estabelecido como um padrão obrigatório para a troca de dados de atenção à saúde dos beneficiários de planos, entre todos os agentes da saúde suplementar. O TISS encontra-se organizado em cinco componentes: organizacional, conteúdo e estrutura; representação de conceitos de saúde (terminologias); comunicação; e segurança e privacidade dos dados e sua construção.

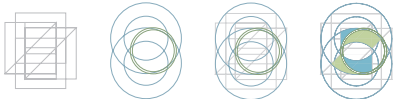
As diretrizes do projeto são a interoperabilidade entre os sistemas de informação em saúde preconizados pela ANS e pelo Ministério da Saúde, e, ainda, a redução da assimetria de informação para os beneficiários.

Para tanto, são finalidades do TISS padronizar as ações administrativas, subsidiar as ações de avaliação e acompanhamento econômico, financeiro e assistencial das operadoras de planos, e futuramente compor o Registro Eletrônico de Saúde (RES).

Instituído pela Resolução Normativa RN nº 114, de 2005, o Padrão TISS tornou-se uma linha de ação e um processo de trabalho contínuo, e foi revisto posteriormente pela Resolução Normativa RN nº 153, de 2007, que instituiu o TISS 2.0.

Já na gestão 2011-2014 da DIDES, foi editada a Resolução Normativa RN nº 305, de 2013,

¹³. Do inglês *to comply*, agir de acordo com regras.



que lançou a versão 3.00, fruto justamente do uso do TISS pelos atores do setor e do reconhecimento de que alguns ajustes eram necessários, além de novos padrões que deveriam ser estabelecidos justamente para completar o ciclo da troca de informações.

3.1.4.1 – Ações Desenvolvidas

3.1.4.1.1 – Modelo de Governança Colaborativo: COPISS

É essencial para a construção e evolução do Padrão TISS o modelo de governança colaborativo adotado por intermédio do Comitê de Padronização das Informações da Saúde Suplementar (COPISS) – comitê técnico consultivo permanente que favorece o consenso como base ideal para atingir o melhor grau de ordenação das trocas de informações.

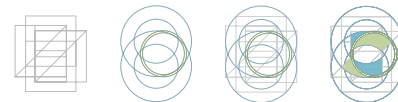
O COPISS atua em reuniões ordinárias e mensais¹⁴, contribuindo para estabelecer prioridades e propor modificações e melhorias no padrão TISS, além de metodologias para proteger e melhorar a confidencialidade, integralidade e disponibilidade da informação em saúde. A composição do COPISS é interinstitucional, com representações da ANS e das seguintes instituições: Departamento de Informações do Sistema Único de Saúde (Datasus), ANVISA, operadoras, prestadores de serviços de saúde, consumidores, entidades públicas de ensino e pesquisa e entidades convidadas.

Além do COPISS Coordenador – grupo com todas as entidades integrantes representadas, que faz as avaliações mais estratégicas com relação ao Padrão TISS – o Comitê conta ainda com grupos de trabalho compostos por técnicos indicados pelas representações e por entidades de referência que auxiliam nos trabalhos de unificação das terminologias a serem adotadas.

Durante a Gestão atual, o COPISS e seus grupos de trabalho constituíram uma Câmara Técnica de pré-consulta, cujo objetivo era a elaboração de uma proposta de atualização do Padrão TISS, conforme o fluxo de atividades apresentado a seguir, abaixo. Para as atividades de aprimoramento do Padrão TISS, os grupos são organizados em dez temas, abrangendo todos os componentes do Padrão, sendo:

1. Conteúdo e estrutura – geral
2. Conteúdo e estrutura – odontologia
3. Terminologia – geral
4. Terminologia – medicina
5. Terminologia – odontologia
6. Terminologia – diárias, taxas e gases medicinais
7. Terminologia – medicamentos
8. Terminologia – Materiais e OPME
9. Privacidade e Segurança
10. Comunicação – meios e métodos de transmissão de dados

¹⁴. Atas disponíveis em www.ans.gov.br, menu Prestadores, COPISS.



Embora não seja possível garantir a construção de consenso, em que pese o fato da composição do COPISS contemplar representações por modalidade de operadora e por diferentes categorias de prestadores de serviços, cujo conjunto é bastante diversificado, o Comitê é essencial para a implementação bem sucedida do padrão TISS.

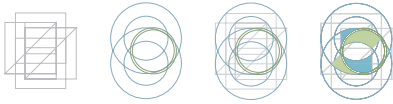
Reuniões de instâncias de participação da sociedade relativas ao TISS 3.0 em 2013

| Reuniões | N. |
|--|-----------|
| COPISS | 9 |
| GT Representação de Conceitos em Saúde | 7 |
| GT Terminologias gerais | 3 |
| GT Material e OPME | 4 |
| GT Conteúdo e Estrutura | 3 |
| Total | 19 |

Tabela 4 - Reuniões de instâncias de participação da sociedade relativas ao TISS 3.0 em 2013

| | |
|----------|---|
| 1 | Há uma versão do Padrão TISS publicada. A ANS, um prestador de serviços médicos ou uma operadora de planos identifica uma necessidade de alteração, seja uma correção, uma melhoria, seja um novo código para um novo medicamento ou qualquer novo termo que precisa ser incorporado ao Padrão. |
| 2 | Identificada essa necessidade, deve ser encaminhada uma solicitação à ANS preferencialmente pelas entidades representadas ⁵ no COPISS. |
| 3 | Uma vez essa solicitação chegada à ANS, a DIDES avalia sua pertinência. |
| 4 | Feita essa avaliação, a DIDES identifica, categoriza e repassa essa solicitação para o COPISS e aciona o grupo técnico específico para cada tipo de solicitação. |
| 5 | Feita a avaliação do grupo técnico, essa análise volta para o COPISS coordenador, que aprecia a solicitação e o parecer do grupo técnico. |
| 6 | COPISS encaminha sua análise à ANS. |
| 7 | ANS atualiza o Padrão TISS, considerando as proposições do COPISS. |

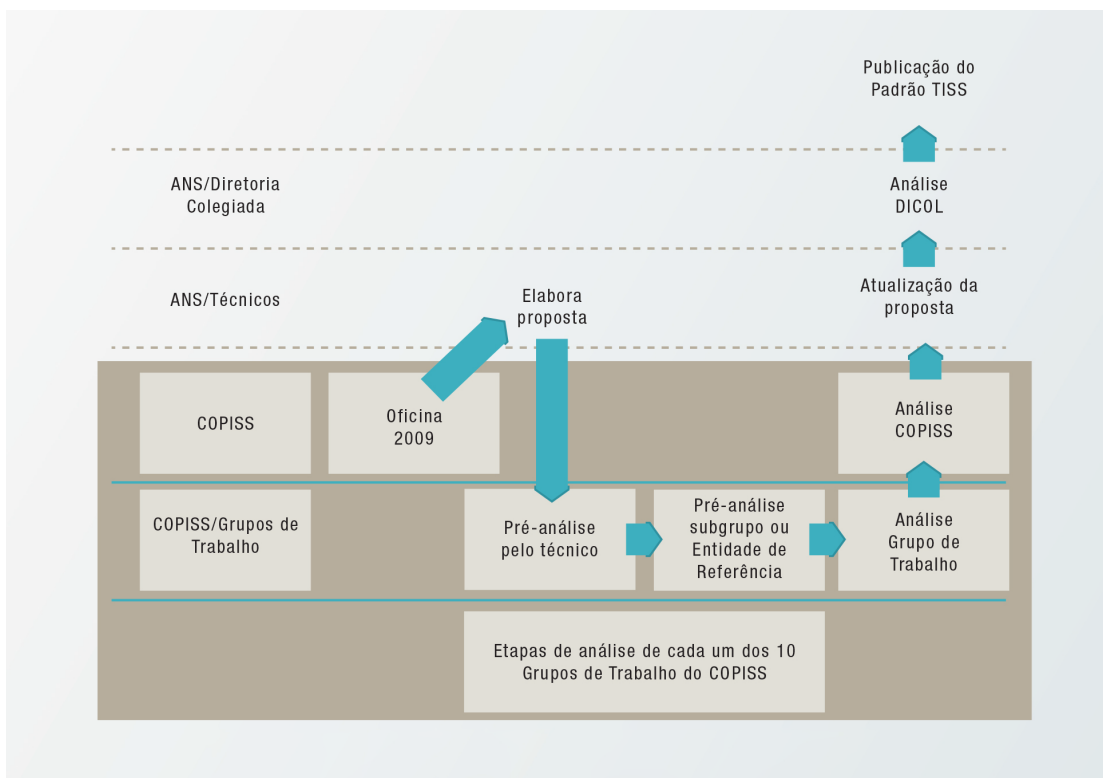
⁵ No componente organizacional do Padrão, orienta-se para que essas solicitações sejam encaminhadas preferencialmente pelas entidades de representação, pois, como elas já fazem parte do COPISS, podem fazer uma pré-avaliação.



3.1.4.1.2 – Consulta Pública nº 43

A proposta da nova versão do Padrão TISS foi apresentada à sociedade por meio da Consulta Pública nº 43, pelo período de 60 dias (07/06/11 a 05/08/2011). Nesse processo, o COPISS também serviu como um fórum auxiliar de análise das contribuições recebidas pela ANS, que permitiram evoluir do diagrama 1, proposto na minuta de norma, para o 2, resultante na resolução normativa, após consulta pública¹⁶.

Figura 2 – Diagrama do fluxo de atividades para aprimoramento do Padrão TISS, disposto na Consulta Pública



¹⁶. LIMA, Tatiana; MOREIRA, Marizelia; CARVALHO, Bruno Sobral de; Implantação de better regulation na Agência Nacional de Saúde Suplementar. In: PROENÇA, Jadir Dias; PAULO, Carla Beatriz de (orgs.). *Experiências exitosa em regulação na América Latina e Caribe*. Brasília, DF: Editora Alia Opera, 2012. p. 89-99.

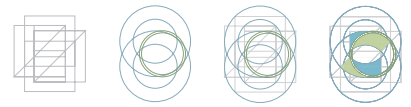
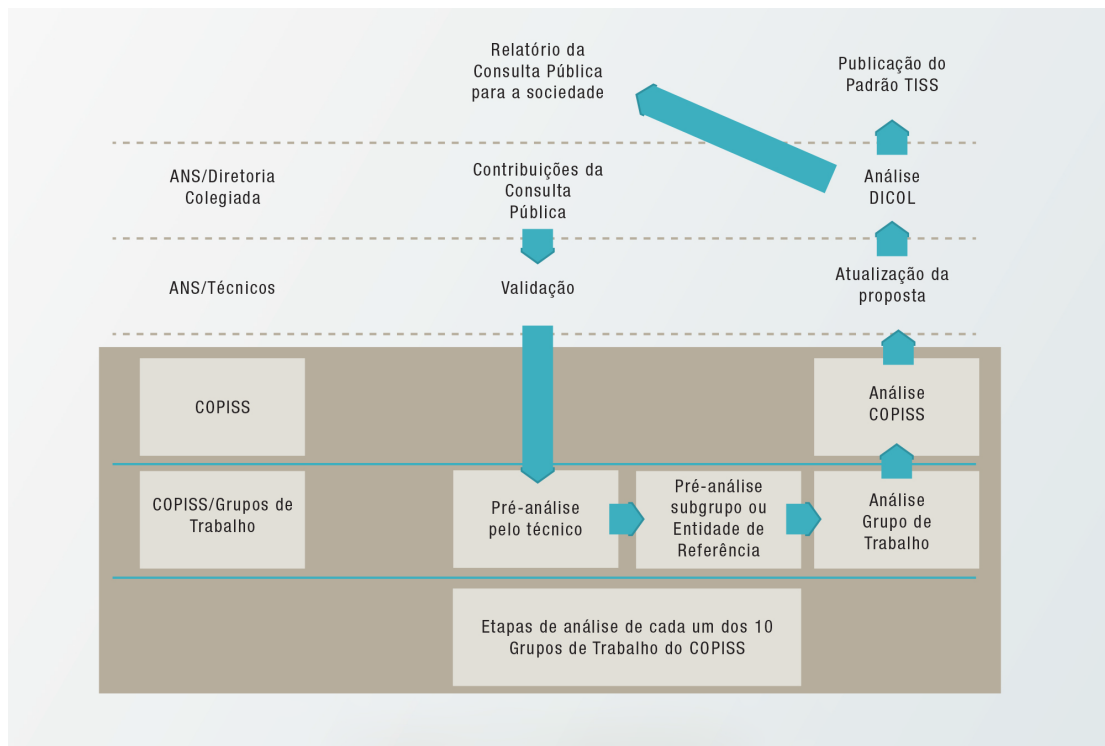
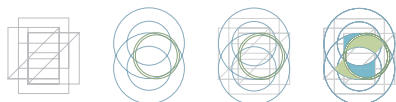


Figura 3 – Diagrama do fluxo de atividades para aprimoramento do Padrão TISS, versão 3.0



3.1.4.1.3 – Participação da Sociedade

Ainda que a discussão seja extremamente técnica, foi essencial na elaboração do TISS 3.0 a abertura de formas de participação da sociedade, incluindo a consulta pública, que atingiu quase 20 mil contribuições, um recorde de participações. Não só as entidades de representação puderam participar do processo, mas toda a sociedade, em especial os profissionais de saúde e os prestadores de serviços individualmente, independentemente de sua localização no país – eles são os usuários do padrão TISS 3.0 no cotidiano.



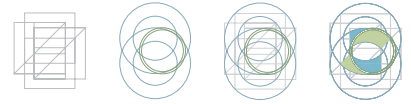
3.1.4.1.4 – Normas Editadas

Tabela 5 - Normas Publicadas sobre o TISS - 2011 a 2014 - DIDES

| Tipo | Nº | Data | Descrição | Avanço gerado |
|--------------------------|-----|-----------|--|---|
| IN - Instrução Normativa | 51 | 10-out-12 | Regulamenta a RN nº 305, de 09 de outubro de 2012, e institui o Sistema de Gestão do Padrão TISS. | Incremento da transparência e da segurança regulatórias, em especial entre operadoras e prestadores de serviços de saúde, |
| RN - Resolução Normativa | 305 | 9-out-12 | Esta Resolução estabelece o Padrão obrigatório para Troca de Informações na Saúde Suplementar - Padrão TISS dos dados de atenção à saúde dos beneficiários de Plano Privado de Assistência à Saúde; revoga a Resolução Normativa - RN nº 153, de 28 de maio de 2007 e os artigos 6º e 9º da RN nº 190, de 30 de abril de 2009. | favorecendo a ordenação das trocas de informações de atenção à saúde, diminuindo barreiras, facilitando o |
| RN - Resolução Normativa | 341 | 28/nov/13 | Implantar um programa para avaliar o desempenho e os resultados assistenciais dos prestadores de serviços na saúde suplementar, com vistas à seleção de indicadores que tenham validade e comparabilidade e que contribuam para diferenciar as organizações avaliadas segundo qualidade. | entendimento, simplificando procedimentos e ampliando a segurança dos beneficiários. Prazo de implantação: 30/05/2014. |

3.1.4.1.5 – Divulgando o Projeto no Setor

Como se trata de um projeto que atinge prestadores e operadoras em todo o país e que envolve certa mudança de cultura no setor, o Padrão TISS requer um amplo esforço de divulgação e capacitação em oficinas em todo o Brasil. Para os técnicos da ANS envolvidos, é uma rica oportunidade de contato prático com os agentes do setor, permitindo enriquecer o conhecimento sobre as trocas de informação realizadas. Na nova versão, as oficinas regionais foram dirigidas, sobretudo, aos prestadores de serviços hospitalares, que se



mobilizaram bastante para compreender as mudanças propostas devido às adaptações demandadas em suas rotinas.

3.1.4.2 – RESULTADOS

- Garantia da padronização a interoperabilidade, facilitando a troca de informações e viabilizando uma visão ampla e detalhada do setor.
- Na edição mais recente da pesquisa de acompanhamento da implementação do Padrão (Radar TISS), observou-se que, entre as operadoras participantes (1.199 = 74,2%), transitaram 45.771.856 guias, das quais 77,2% envolviam transação eletrônica.
- Criação do índice do Padrão TISS, que permite o acompanhamento da adoção do padrão.
- Conclusão da padronização da troca de informações dos processos administrativos, apesar de a cobertura da transferência de dados por meio eletrônico entre operadoras e sua rede prestadora não ser total e nem uniforme entre as modalidades de operadora. Até a versão anterior, a padronização incluía apenas solicitações de autorização, de resposta da operadora e de cobrança de conta por parte dos prestadores; com o TISS 3.0, engloba até a parte final do processo, que é a recepção pelo prestador da análise da conta cobrada da operadora, incluindo recurso de glosa.
- Implementação, em parceria com as entidades de referência¹⁷, de 103 mil termos que compõem a Terminologia Unificada da Saúde Suplementar (TUSS), conjunto de termos relativos a procedimentos e itens assistenciais utilizados entre prestadores e operadoras de planos de saúde; o uso dessa terminologia padronizada possibilita mais agilidade administrativa, atendimento mais rápido ao consumidor, além de viabilizar comparação na saúde suplementar, o que facilita vencer a diversidade de termos utilizados, favorece a criação de modelos novos de remuneração para os prestadores e subsidia a implantação do Registro Eletrônico de Saúde (RES).

¹⁷ LIMA, Tatiana; MOREIRA, Marizelia; CARVALHO, Bruno Sobral de; Implantação de better regulation na Agência Nacional de Saúde Suplementar. In: PROENÇA, Jadir Dias; PAULO, Carla Beatriz de (orgs.). **Experiências exitosa em regulação na América Latina e Caribe**. Brasília, DF: Editora Alia Opera, 2012. p. 89-99.

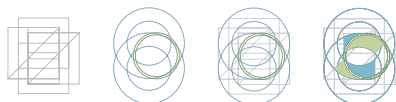
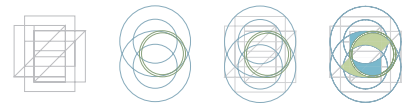


Tabela 6 - Balanço das contribuições para revisão da Terminologia Unificada da Saúde Suplementar (TUSS) em 2013

| Categorias do Padrão | Solicitações Analisadas | | | |
|---|-------------------------|----------------------|--------------|---------------|
| | Acatada | Acatada parcialmente | Não acatada | Total |
| Componente de Comunicação | 33 | 4 | 9 | 46 |
| Componente de Conteúdo e Estrutura | 49 | 12 | 23 | 84 |
| Componente Organizacional | 15 | | 4 | 19 |
| Componente de Representação de Conceitos em Saúde | 15.114 | | 4.414 | 19.528 |
| Terminologias gerais | 117 | | 243 | 360 |
| Terminologia de Materiais e OPME | 14.345 | | 3.280 | 17.625 |
| Terminologia de Medicamentos | 647 | | 891 | 1.538 |
| Terminologia de procedimentos e eventos em saúde | 5 | | | 5 |
| Total | 15.211 | 16 | 4.450 | 19.677 |

- Viabilização do potencial para formulação de políticas públicas de saúde, já que a diversificação dos códigos relacionados a procedimentos impedia a consolidação de informações por itens de assistência à saúde, necessários para tal formulação.
- Ampliação da abrangência e do escopo do Padrão TISS, passando-se a identificar a partir da Resolução Normativa RN nº 305 como agentes de troca, além de prestadores e operadoras, outros agentes, como a própria ANS e o próprio beneficiário. Essa inovação delimita melhor a obrigação estabelecida pela ANS e pode ser aplicada por outras áreas da Agência.
- Incremento do poder de diagnóstico da ANS de pontos a intervir como agente regulador do setor.
- Identificação da necessidade de implantação da unificação de todas as terminologias utilizadas na atenção à saúde dos beneficiários, a fim de subsidiar o desenvolvimento do projeto de Registro Eletrônico de Saúde (RES), em colaboração com o Ministério da Saúde.



3.1.4.3 – Perspectivas

O Padrão TISS, além de constituir um processo contínuo de evolução da troca de informações no setor, tem impacto sobre o projeto do Registro Eletrônico em Saúde (RES), para o qual foram concluídos três relatórios:

1. Análise do ambiente interno e externo à ANS.
2. Análise de cenário de RES.
3. Análise das opções de arquitetura para o RES.

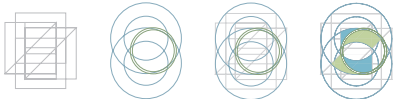
Estes relatórios serão utilizados no desenvolvimento do projeto de RES para a Saúde Suplementar. Com esse Registro, o beneficiário terá a posse de seus dados assistenciais e poderá subsidiar a melhoria da qualidade de seu atendimento, dispondo dos mesmos para seu acompanhamento clínico.

3.1.5 - Tecnologia da Informação (TI): Implementação de Novos Métodos de Gestão e Incremento da Governança

- Unidade técnica responsável: Gerência-Geral de Informação em Saúde Suplementar – GGISS. No Governo Federal, a gestão de políticas públicas setoriais – saúde, educação, assistência social, entre outras – depende de sistemas informatizados que coletam, tratam e disseminam dados e informações.

Os gastos crescentes com tecnologia aliados a um modelo de gestão intensivo em contratação de terceiros e também à necessidade de incorporação de tecnologias para prover serviços levaram os órgãos federais de controle, em particular o Tribunal de Contas da União (TCU), a ampliarem o escopo de suas análises para sugerir a implantação de iniciativas e normativos que levassem a administração pública federal a executar melhor as tarefas de planejamento, coordenação, supervisão e controle das atividades executadas indiretamente. Essa busca por melhorias visa assegurar não só bons resultados dos investimentos feitos em TI, como também que os riscos associados à sua aplicação sejam mitigados.

A governança de TI refere-se à implantação de um conjunto de boas práticas, padrões e processos estruturados que permitem à área de TI dar suporte aos objetivos estratégicos da instituição. Estabelece a formalização de processos e procedimentos e o gerenciamento dos riscos de negócio relacionados, possibilitando a continuidade e a disponibilidade dos serviços, além da melhoria da produtividade operacional e da criação de métricas para controle de gestão e obtenção de informações confiáveis e úteis para a tomada de decisões estratégicas. Algumas iniciativas complementares do Governo Federal normatizam, promovem e medem os esforços para a implantação da governança de TI, dentre as quais destacam-se: o Sistema de Administração de Recursos de Informação e Informática do Governo Federal (SISP), a Instrução Normativa nº 04/2010 e o índice de governança de TI – iGovTi.



No Levantamento de Governança de Tecnologia da Informação 2012, realizado pelo TCU para mensurar e acompanhar o índice iGovTi, a ANS foi a 4ª colocada entre as agências reguladoras, passando de 0,24 (inicial) em 2010 para 0,57 (intermediário) em 2012.

Esse incremento é reflexo de uma série de projetos e medidas implementados na área de Tecnologia da Informação para aderir às diretrizes governamentais em relação à governança de TI. A seguir, serão descritos os principais deles.

3.1.5.1 - Plano de Desenvolvimento de Tecnologia da Informação (PDTI)

Unidade técnica responsável: Gerência-Geral de Informação e Sistemas (GGISS)

O Plano Diretor de Tecnologia da Informação (PDTI)¹⁸ é um instrumento de diagnóstico, planejamento e gestão dos recursos e processos de Tecnologia da Informação, que visa atender às necessidades tecnológicas e de informação de um órgão ou entidade por um determinado período.

Na ANS, a primeira versão do PDTI abrangeu o período 2009-2011.

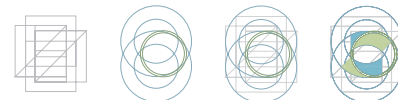
O PDTI 2012–2015 é a versão ampliada, atualizada e revista do documento de planejamento estratégico que prevê diretrizes, ações, riscos e orçamento para a TI da Agência, desenvolvido segundo metodologia preconizada pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Sua elaboração é de responsabilidade da GGISS, ao passo que sua proposição à Diretoria Colegiada, seu monitoramento e avaliação de sua execução são atribuições do Comitê de Informação e Informática (C2i).

3.1.5.1.1 – Quadro inicial:

Em 2010, o Governo Federal normatizou na Instrução Normativa MP/SLTI nº 04, de 2010, alguns elementos de governança de TI necessários à melhoria dos processos internos das instituições públicas, particularmente aqueles relativos à contratação de soluções de TI. O desafio em questão era mitigar riscos envolvidos tanto nessas contratações quanto aqueles decorrentes da dependência do negócio de cada instituição em relação à TI, relativos à segurança da informação e à continuidade de negócio.

O normativo estabelece definições e procedimentos que abrangem desde o planejamento até a gestão dos contratos. Na ocasião, a DIDES já havia fortalecido os papéis de fiscalização e gestão de contratos mediante a capacitação dos servidores das áreas de TI e de gestão. Em seguida, adequou os contratos de soluções de TI à norma, com a constituição de equipes de planejamento e de gestão de contratos e com a implantação dos artefatos recomendados pelo normativo.

¹⁸. O PDTI é previsto no art. 2º, inc. XXII, da Instrução Normativa IN MP/SLTI 04/2010.



3.1.5.1.3 – Normas sobre Tecnologia da Informação editadas

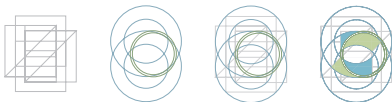
No período de 2011 a 2014 foram editadas as seguintes resoluções normativas sobre tecnologia da informação, todas elas importantes no processo de incremento de governança na área:

| Tipo de Norma | Nº | Data | Descrição | Avanço gerado |
|-------------------------------|----|-----------|--|--|
| Resolução Administrativa (RA) | 43 | 22-jun-11 | Institui o Comitê de Informação e Informática - C2i da Agência Nacional de Saúde Suplementar. | Aderência à orientação dos órgãos de controle (CGU e TCU) e da gestão centralizada dos recursos de TI do Administração Pública Federal (SISP/SLTI/Ministério do Planejamento); governança mais bem estruturada, desde o planejamento e a execução das contratações de TI, até os projetos de melhorias de infraestrutura e de desenvolvimento de sistemas, conferindo maior transparência à gestão do orçamento global que totalizou cerca de R\$ 102 milhões entre 2011 e 2014. |
| Resolução Administrativa (RA) | 48 | 10-fev-12 | Altera a Resolução Administrativa – RA nº 43, de 22 de junho de 2011, que instituiu o Comitê de Informação e Informática - C2i da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. | |

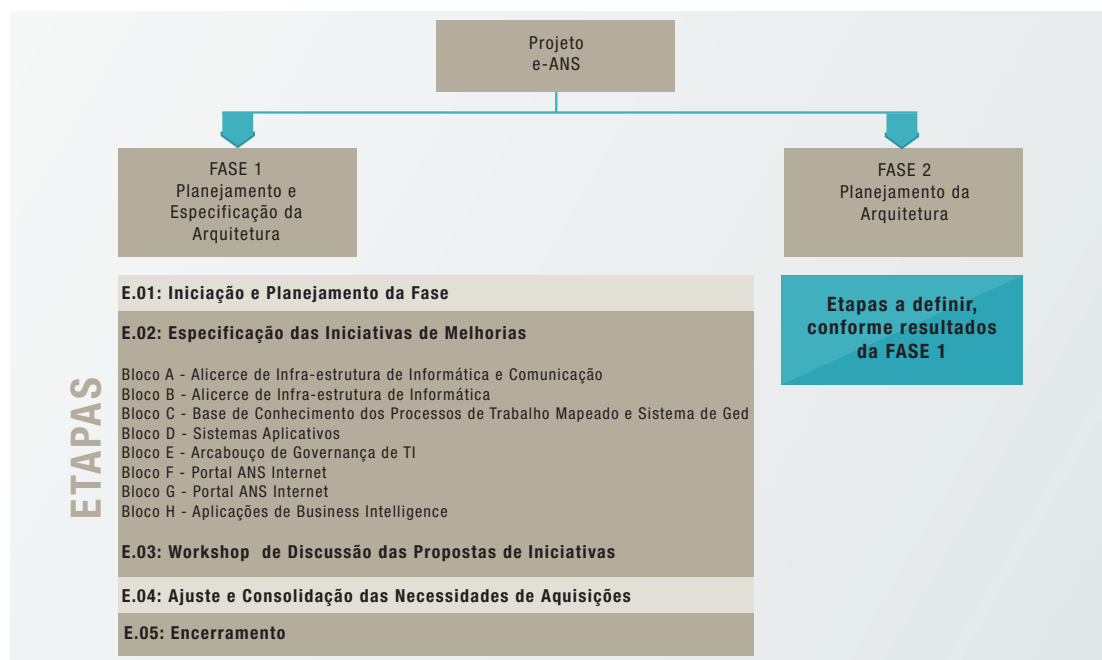
3.1.5.1.4 – PERSPECTIVAS

O e-ANS é o projeto de tornar a ANS uma agência reguladora eletrônica, gerando a possibilidade de maior agilidade, eficiência e segurança de processos e de redução do consumo de papel e de espaço físico. Neste sentido, o e-ANS é um subproduto do Plano de Diretor de Tecnologia da Informação (PDTI) 2012–2015, o planejamento estratégico que prevê diretrizes, ações, riscos e orçamento para a TI da Agência, desenvolvido segundo metodologia preconizada pelo MPOG.

O projeto e-ANS foi refletido em outro importante documento envolvendo o planejamento estratégico da Agência: o Plano Estratégico do Ministério da Saúde (PE-MS) para o ano de 2012, onde a ANS pactuou a consolidação do e-ANS como plano estratégico de TI e Informação, ou seja, o desenvolvimento de um documento delimitando escopo e objetivos do projeto. O documento foi concluído, sendo a continuidade do projeto dependente da disponibilidade de recursos humanos, o que só ocorreu em janeiro de 2014 e prejudicou o andamento do projeto ao longo de 2013.



O gráfico abaixo detalha as fases previstas para o e-ANS



Hoje, está em andamento a ação de acompanhamento dos resultados do PDTI em 2013, com conclusão prevista para início de março de 2014. Este esforço resultará numa revisão completa deste Plano, com replanejamento de ações e metas, incluindo as de 2014.

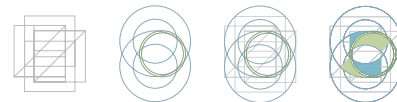
3.1.5.2 – Comitê Diretor de Tecnologia da Informação

Unidade técnica responsável: Diretoria Adjunta de Desenvolvimento Setorial (DIRAD/DIDES) - coordenação

O Comitê de Informação e Informática (C2i) é o Comitê Diretor de Tecnologia da Informação. Previsto no Plano de Diretor de Tecnologia da Informação 2012–2015, o C2i é responsável por propor, acompanhar e avaliar a execução do PDTI pela GGISS.

O C2i é presidido pela Diretoria Adjunta da Diretoria de Desenvolvimento Setorial (DIDES), sendo secretariado pela Gerência-Geral de Informação e Informática (GGISS/DIDES) e tendo por componentes os Diretores-Adjuntos das diretorias da ANS. Com previsão de reuniões trimestrais, o Comitê de fato se reúne mensal ou bimensalmente e promove a articulação entre as diretorias para definir os sistemas de informações da ANS.

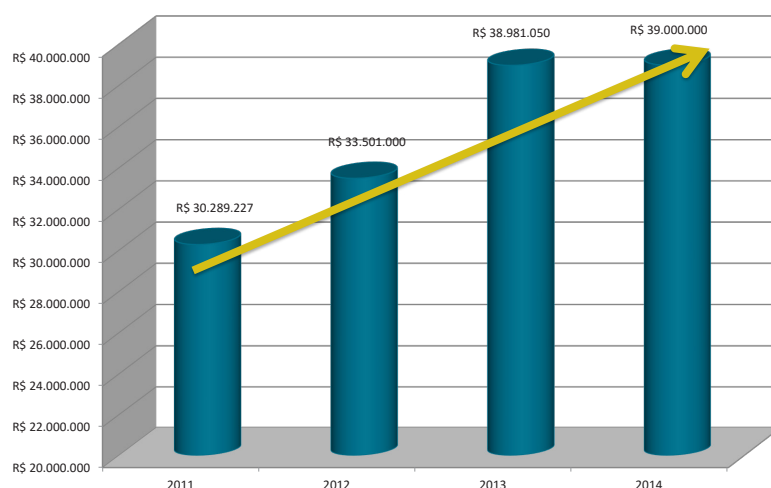
A criação do C2i obedeceu a uma orientação dos órgãos de controle (CGU e TCU) e da gestão centralizada dos recursos de Tecnologia da Informação da Administração Pública Federal (SISP/SLTI/Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão).



As principais vantagens na governança de TI propiciadas pela instituição do C2i são:

- Quanto à priorização de desenvolvimento de projetos e sistemas: os critérios, antes pouco claros, são agora compartilhados entre todas as diretorias. Parte dessas demandas é direcionada para as fábricas de software, num total de 45 projetos hoje. Dentre esses projetos, destacam-se aplicativos para o Programa QUALISS, o novo RPS e também para o TISS.
- Quanto ao planejamento e execução de contratos e orçamentos de TI: mais transparência na gestão de um orçamento global de cerca R\$ 34 milhões por ano no período e que foi expressivamente incrementado, passando de R\$ 30 milhões em 2011 para R\$ 39 milhões em 2014.

Gráfico 4 - Evolução dos Orçamento Global Anual de TI



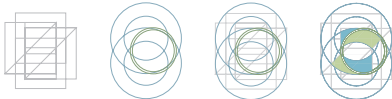
de 30 milhões em 2011 até 34 milhões em 2014

Fonte: Diretoria de Desenvolvimento Setorial, 2014.

3.1.5.3 – CONTRATAÇÕES IMPORTANTES

- Unidade técnica responsável: Gerência-Geral de Informação em Saúde Suplementar – GGISS. Tradicionalmente, o modelo de gestão da tecnologia da informação no Governo Federal tem duas vertentes: uma baseada em estruturas com quadros próprios especializados em TI vinculados a órgãos da Administração Direta (ex.: DATAPREV, DATASUS), e outra, mais amplamente adotada, baseada na prática de execução indireta de muitos dos serviços que dão suporte às áreas-fins, através da “terceirização de serviços”. Essas vertentes não são excludentes, já que mesmo órgãos com quadros próprios de TI contratam bens e serviços de terceiros.

Como referido no item 3.1.4, a Instrução Normativa MP/SLTI nº 04, de 12 de novembro de 2010, estabelece definições e procedimentos que abrangem desde o contexto do planejamento das contratações de TI até a gestão dos contratos propriamente dita.



O normativo constituiu um dos instrumentos do Governo Federal para promover o incremento da governança de tecnologia da informação e levou a DIDES a empreender um amplo trabalho para estabelecer novos contratos de TI, adequados ao modelo recomendado pela IN supracitada.

Assim, atualmente, os quadros próprios de TI da ANS estão voltados para decisões estratégicas, gestão e fiscalização dos contratos por meio dos quais são executados os serviços de TI.

Para assegurar capacidade operacional, as novas contratações foram acompanhadas de reorganização da estrutura operacional e de ampliação da força de trabalho, como será detalhado a seguir.

3.1.5.3.1 - Capacidade Operacional: organizando a casa e otimizando recursos

Até dezembro de 2012, foram realizadas licitações para a contratação de serviços de sustentação operacional. Ao longo de 2013, as mudanças decorrentes dessas novas contratações foram implementadas e começaram a surtir efeitos.

Contratos de Serviços de Sustentação Operacional de TI na ANS

**Entre 2008 e
1º semestre de 2012:**

1 só contrato e 1 só empresa contratada para todos os serviços.

Vantagem: rotina de gestão de contrato reduzida.

Risco: dependência de um só fornecedor, desfavorecendo o poder de negociação da ANS na gestão contratual e constituindo grave ameaça para a governança de TI.

A partir de 2012:

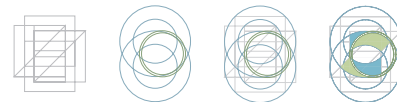
5 contratos, segmentados por tipo de serviço, com 3 fornecedores distintos: Banco de Dados, Sustentação Operacional, Segurança da Informação, BI/Produção de Informação, Rede/Infraestrutura, Fábrica de Software.

Troca de 69% da força de trabalho, o que gerou esforço de documentação e passagem de conhecimento.

Ampliação da força de trabalho de alguns processos graças aos novos contratos.

Vantagem: processos formalizados; maior nível de especialidade dos serviços.

Risco: custo de gestão - rotina de gestão contratual laboriosa, impactando o andamento dos processos de trabalho, em alguns casos.



O quadro comparativo anterior resume as alterações implementadas no modelo de gestão contratual. Ainda que haja algumas desvantagens no novo modelo, por um lado, é possível que esses impactos se limitem a um momento inicial, um período de adaptação da cultura dos clientes internos, ou que o novo modelo sofra adaptações ao longo do tempo. De qualquer modo, os riscos observados são muito inferiores aos riscos trazidos pelo modelo anterior.

Por uma questão de coerência e de gestão adequada, os novos contratos de estrutura operacional de TI foram acompanhados de alterações na estrutura organizacional (gerências, coordenações e atribuições), efetuadas por meio de mudanças no Regimento Interno. Hoje, os processos de trabalho estão organizados e distribuídos em unidades funcionais responsáveis por: segurança e infraestrutura tecnológica; sistemas aplicativos; monitoramento e apoio à gestão. Essas mudanças objetivaram direcionar as ações para o provimento de serviços de tecnologia da informação e concentrar atividades em coordenações mais especializadas.

Quanto à força de trabalho, ainda que tenha ocorrido uma redução no momento de reestruturação (2012), ao final do período, constata-se que a equipe foi significativamente ampliada por meio de aquisição de servidores cedidos de outros órgãos públicos e da contratação de servidores temporários e efetivos: **o número de servidores em 2014 é o dobro de 2011 e é o triplo de 2012.**

3.1.5.3.2 - Processos de Trabalho e Projetos

Como em qualquer mudança ampla, o processo de divisão de equipes e redistribuição de atividades consumiu reflexão, tempo e esforço para adaptação, chegando a impactar o andamento dos projetos em curso. Após esse aparente prejuízo inicial, os efeitos positivos mais evidentes nos processos de trabalho são:

- segregação das funções de segurança de informação em uma equipe independente, gerando maior confiabilidade às operações;
- criação de uma equipe específica para produção de informação e Business Intelligence (BI), com maior especialidade e produtividade, liberando outras equipes para projetos de sistemas, infraestrutura e contratações;
- constituição de servidores recém-ingressos (temporários e efetivos) em líderes de projetos estratégicos, o que possibilitou a retomada de diversos projetos anteriormente lentos ou suspensos devido à falta desses recursos, sobretudo o E-SIB¹⁹, Sister²⁰, E-Rec²¹, Nova NIP²², GEDANS²³ e Gestão de Identidades²⁴;

¹⁹. E-SIB: nova versão do Sistema de Informação de Beneficiários.

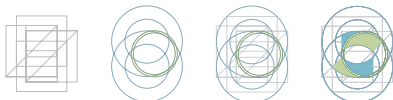
²⁰. Sister: Sistema de Processos Eletrônicos de Ressarcimento ao SUS. Vide capítulo sobre Ressarcimento ao SUS.

²¹. E-Rec: Novo Sistema de Recolhimento do Ressarcimento ao SUS.

²². Nova NIP: Vide capítulo sobre Notificação de Investigação Preliminar.

²³. GEDANS: Projeto para Gerenciamento Eletrônico de Documentos.

²⁴. Gestão de Identidades: single sign on para acessos a sistemas.



- recomposição de equipes de Gestão e Contratação para execução do Plano de Contratações de TI 2014.

3.1.5.3.3 - Aquisições e Contratações Essenciais

Um conjunto de aquisições e contratações essenciais foi realizado para assegurar melhoria de desempenho dos serviços de TI, tanto para o público interno da Agência quanto para a sociedade nas interações eletrônicas com a Agência.

Todas as aquisições e contratações enumeradas, assim como as melhorias geradas, só foram possíveis graças à negociação de recursos financeiros para viabilizá-las e à gestão eficiente desses valores.

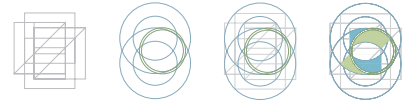
O quadro abaixo sintetiza as contratações e aquisições mais significativas realizadas entre 2011 e 2014 e os benefícios gerados por esses recursos, cujo orçamento global somou cerca de R\$ 102 milhões.

| Insumo adquirido/ Serviço contratado | Benefício |
|--|--|
| Fitas LTO para robô de backup | incremento da capacidade de armazenamento de dados para backup (maior segurança) |
| Manutenção de sala-cofre | mais segurança das máquinas e das operações realizadas |
| Novos links de internet entre Sede e Núcleos ²⁵ | incremento das bandas de conexão em 433% em média , sendo 300% para escritórios de pequeno porte e 1.100% para escritórios de grande porte ²⁶ ; a melhoria ampliou a conexão de redundância em 4 vezes , resultando em melhor tráfego entre Núcleos e Sede, agilizando rotinas e criando condições para a implementação futura do Projeto de Web-conferência |
| Novo equipamento servidor de banco de dados | capacidade para armazenar e processar bancos de dados ²⁷ de forma eficiente pelos próximos 5 anos |
| Capacidade de tráfego de dados ampliada em 6 vezes | acesso mais rápido a informações no sítio da ANS para toda a sociedade e mais agilidade na rotina de trabalho dos servidores públicos, especialmente aqueles lotados fora da Sede, nos Núcleos da ANS. |
| Duas Fábricas de Software | total de 45 projetos em desenvolvimento , dentre os quais destacam-se aplicativos para Programa QUALISS, TISS e o novo RPS. |
| Renovação de 2/3 das estações de trabalho da rede interna | melhores condições de trabalho para servidores e colaboradores. |

²⁵. Em termos técnicos, links MPLS.

²⁶. Grande porte: Sede, Gabinete DF e Gabinete SP. Pequeno porte: Núcleos da ANS. A distribuição obedeceu ao diagnóstico das necessidades de cada perfil de localidade, considerando número de servidores e colaboradores lotados e complexidade e volume de recursos adequados aos processos de trabalho.

²⁷. Oracle X-Data.



3.1.5.3.4 - PERSPECTIVAS

Algumas ações de melhorias de processos de trabalho estão em andamento e em breve resultarão em entregas. Entre essas entregas, serão destaques:

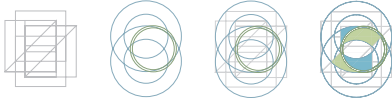
- elaboração da metodologia de gerenciamento de projetos de sistemas, com padronização de conceitos e modelo de relatório para áreas solicitantes;
- elaboração de metodologia de desenvolvimento de sistemas;
- estudos preliminares envolvendo o mapeamento de processos e de recursos humanos para o Projeto de Gerenciamento Eletrônico de Documentos (GED), integrado ao PDTI 2012–2015 e ao e-ANS;
- redistribuição das tarefas de pesquisas mercadológicas das contratações de TI para desafogar coordenadorias técnicas de tarefas administrativas;
- elaboração do Manual do Gestor dos Contratos de TI, que compartilha conhecimento sobre tarefas de fiscais e gestores, para documentação e treinamento de servidores;
- avanço no Programa de Segurança da Informação, incluindo campanha de conscientização e capacitação de usuários, com treinamentos que abrangerão cerca de 40% da força de trabalho da Agência.

Além das contratações e aquisições enumeradas, estão em desenvolvimento contratações e aquisições dos seguintes insumos: solução wireless; firewall; ferramenta de análise de risco; ferramenta de análise de vulnerabilidade de ambiente de TI; ferramenta de análise de código-fonte; software integrado de monitoramento de análise de ambiente de TI; e equipamentos para videoconferência (headsets e câmeras). Essas contratações somam **investimentos de cerca de R\$ 3 milhões**.

Atendendo à necessidade de maior integração entre Sede e Núcleos da ANS, o Projeto de Videoconferência visa disponibilizar serviços de reuniões virtuais com qualidade, incluindo videoconferências, web conferências e telefonia pela web – VOIP²⁸. Hoje, a etapa de testes está concluída e as especificações de contratações e aquisições de equipamentos estão em andamento. A implantação está prevista em duas etapas: chat e videoconferência com webcam até julho de 2014 e videoconferência em sala de reunião até dezembro de 2014.

Em suma, uma atenta negociação e gestão da aplicação dos recursos financeiros, uma série de contratações fundamentais para a infraestrutura, além de mudanças estruturais e do ingresso de novos servidores (requisitados, temporários e efetivos) acompanhado de

²⁸. Ferramenta *Lync*, disponível no portfólio de ferramentas *Microsoft*.



mudanças de equipes terceirizadas propiciaram melhor organização da divisão de trabalho e melhores condições para desenvolvimento de projetos. Esse conjunto de condições sintetiza as melhorias de gestão que resultaram no incremento do índice da governança de TI, como registrado na introdução deste capítulo.

3.2 – Relacionamento entre operadoras de planos e prestadores de serviços de saúde

Unidade técnica responsável: até 2013, Gerência de Relacionamento com Prestadores de Serviços (GERPI/DIDES); a partir de 2014, Gerência de Avaliação da Qualidade Setorial (GEAQS/DIDES)

Em termos legais, é finalidade da ANS²⁹, detalhada em diversas atribuições da DIDES³⁰, regular as operadoras de planos de saúde, inclusive quanto às suas relações com prestadores. O texto legal, portanto, se não prevê regulação direta sobre os prestadores de serviços de saúde, tampouco permite regulação que ignore a importância dos hospitais, laboratórios, clínicas e profissionais da área na oferta de saúde suplementar.

No início de suas atividades, enquanto se ocupava da organização de sua própria estrutura, da criação de um arcabouço normativo inicial e de compreender e esclarecer seu papel como ente regulador, a Agência pouco pôde se ocupar deste tema. Ao rever o histórico de ações da ao longo dos últimos anos, porém, fica claro um incremento cada vez maior da presença da ANS na regulação da relação das operadoras de planos e prestadores de serviços de saúde, numa evolução coerente com o impacto observado a cada iniciativa implementada.

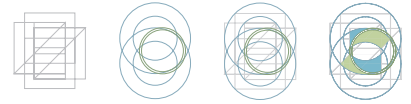
Os primeiros esforços da Agência relacionados à regulação da relação entre operadoras de planos e prestadores de serviços de saúde se iniciaram no intuito de estabelecer as “regras do jogo”, com uma série de normas estipulando cláusulas obrigatórias nos contratos entre as partes – as Resoluções Normativas RN n° 42/03, RN n° 54/03 e RN n° 71/04.

A partir de 2010, a ANS passou a monitorar essas relações contratuais através do Programa de Monitoramento da Contratualização (PMC), que analisou em duas fases contratos das 30 maiores operadoras de planos em número de vínculos com prestadores de serviços de saúde em todo o país (responsáveis à época por 32% dos beneficiários).

A marca do período de 2011 a 2014 nesse tema foi o diálogo estabelecido com os prestadores de serviços em diversas câmaras e grupos técnicos, o que permitiu aliar à regulação coercitiva a indução da competição com base em qualidade. O Programa QUALISS, Programa de Divulgação da Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde, marca o início desse enfoque, desenvolvido em dois componentes: o QUALISS Divulgação,

²⁹. Lei n° 9.961, de 28 de janeiro de 2000, art. 3°.

³⁰. Regimento Interno – Resolução Normativa RN n° 197, de 16/07/2009, atualizado por RN n° 221, de 24/06/2010, RN n° 273, de 21/10/2011, RN n° 301, de 07/08/2012, RN n° 332, de 02/07/2013 e RN n° 336, de 07/10/2013, art. 23, incisos V, VII, XII, XIII, XIV, XVI, XVII.

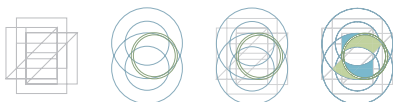


que objetiva aumentar a disponibilidade de informações sobre a qualificação dos prestadores de serviços para os consumidores objetiva aumentar a disponibilidade de informações sobre a qualificação para os consumidores de planos, de modo a ampliar o poder de avaliação e escolha de prestadores de serviços por parte dos beneficiários; e o QUALISS Indicadores, Programa de Monitoramento da Qualidade Assistencial, que visa avaliar, monitorar e fomentar a qualidade da assistência à saúde, em especial, a atenção hospitalar. A resolução normativa que institui o COBOP, Comitê de Boas Práticas na relação entre operadoras de planos e prestadores de serviços de saúde, é mais uma ação em direção ao fomento da qualidade.

Em lugar do embate de forças ou do silêncio frente a discussões que tendem a se pautar pelo tema honorários médicos, a DIDES desenvolveu ações regulatórias estruturantes e atuou como facilitadora em diversos fóruns de discussão sobre revisão e atualização dos honorários. Como exemplo, podem-se citar as discussões sobre o tema na Procuradoria Geral do Trabalho (PGT), junto com as entidades médicas³¹, no Conselho Administrativo de Defesa Econômica (CADE) e nas Secretarias de Direito Econômico (SDE) e de Acompanhamento Econômico (SEAE); a definição conjunta e o compromisso público firmado com operadoras e prestadores sobre premissas técnicas para o novo modelo de remuneração enfocando a conta aberta aprimorada e os procedimentos gerenciados cirúrgicos, com pareamento para projetos-piloto entre operadoras e prestadores; a Câmara Técnica que apresentou através de Nota Técnica um conjunto de possibilidades para definição de fórmulas que privilegiassem investimentos em qualificação, qualidade e modelos mais racionais de pagamento, entre outros; e a nota técnica sobre hospitais com enfoque na defesa técnica da abertura para capital estrangeiro, encaminhada a outros órgãos de governo.

Por conseguinte, a Gestão da DIDES consolidou uma atuação onde a presença regulatória intensiva e disponível para o diálogo e a busca de relações mais equilibradas para todos os envolvidos mostraram-se o caminho mais acertado para chegar a vincular melhores honorários para os profissionais da saúde a mais qualidade para o consumidor. Os projetos desenvolvidos nesse percurso foram previstos e integrados nas ferramentas de planejamento estratégico da ANS, sobretudo na Agenda Regulatória, onde a criação de um eixo específico para tratar do assunto, tanto em 2011–2012 quanto em 2013–2014, evidencia a importância do tema para o setor. Neste capítulo, serão destacados os principais resultados destes projetos.

³¹. Lei n° 9.961, de 28 de janeiro de 2000, art. 3º.



3.2.1 – Contratualização: levantamento e fiscalização das relações entre operadoras e prestadores

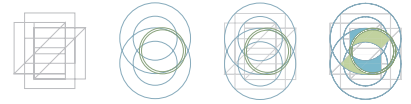
3.2.1.1 – Histórico

A linha do tempo abaixo sintetiza os principais marcos relacionados ao tema nas gestões anteriores e no período de 2011 a 2012.

Breve Histórico do Programa de Monitoramento da Contratualização (PMC)

| | | |
|-------------------------------|------------------|--|
| Gestões anteriores | 2002 | Criada a Câmara Técnica da Contratualização com representantes das operadoras de planos, dos prestadores de serviços de saúde e da sociedade civil organizada. Elaboradas as primeiras minutas das normas da contratualização. |
| | 2003 | Consultas Públicas nº 9 (RN nº 42), nº 12 (RN nº 54) e nº 16 (RN nº 71). Publicadas as RN nº 42 (define as cláusulas obrigatórias nos contratos firmados entre operadoras e hospitais) e RN nº 54 (define as cláusulas obrigatórias nos contratos firmados entre operadoras e SADT). |
| | 2004/2005 | Programa Olho Vivo - itens fiscalizados incluíram os contratos entre operadoras e prestadores para verificar o cumprimento das normas da contratualização. A DIFIS identificou que 100% dos contratos estavam em desacordo com as normas e propôs às operadoras firmar TCAC para adequarem os instrumentos jurídicos; Publicada RN nº 71 (profissionais de saúde). |
| | 2007 | Criada gerência específica para trabalhar sobre o tema, a Gerência de Relações com Prestadores de Serviços (GERPS - RN nº 163), dando início a duas linhas de trabalho: contratualização e qualificação. |
| | 2008 | GERPS auxilia DIFIS na análise dos TCAC da contratualização. |
| | 2009 | Enviadas as primeiras representações à DIFIS por descumprimento das normas da contratualização. |
| Gestão DIDES 2011-2014 | 2010 | Criado o Grupo Técnico de Honorários Médicos (mais tarde, GT da Hierarquização). Criado o Grupo Técnico do Modelo de Remuneração. Criado o Programa de Monitoramento da Contratualização (PMC) - ação proativa para monitorar as 30 maiores operadoras (em número de beneficiários) ao longo de 2010, 2011 e 2012. Publicada a RN nº 241 (critérios para remunerar medicamentos de uso exclusivo de hospitais e clínicas). |
| | 2011 | Publicada a Súmula nº 16 (veda a utilização de parâmetros estatísticos). Publicada a Súmula nº 20 (regras para aplicação da RN nº 71 na relação entre cooperados e cooperativas). 2º ano do PMC. |
| | 2012 | 3º ano do PMC. Iniciadas as discussões para revisão das normas da contratualização (grupo interno - GERPS). Publicada a RN nº 286 - obrigatoriedade das operadoras arcarem com custos em razão de acomodação superior, conforme dispõe o art. 33 da Lei nº 9.656/98. Publicada a IN/DIDES nº 49 (critérios de reajuste nos contratos firmados entre operadoras e prestadores). |

A Gerência de Relações com Prestadores de Serviços (GERPS) desde 07 de outubro de 2013 passou a ser chamada de Gerência de Avaliação da Qualidade Setorial (GEAQS).



O Programa de Monitoramento da Contratualização (PMC) foi iniciado em 2010, antes do período considerado neste relatório, e finalizado em 2012.

O PMC teve como objetivo monitorar as 30 maiores operadoras de planos de saúde em número de vínculos com prestadores de serviços de saúde no país quanto ao cumprimento das normas da ANS sobre contratualização (as Resoluções Normativas RN nº 42/03, RN nº 54/03 e RN nº 71/04) naquele período.

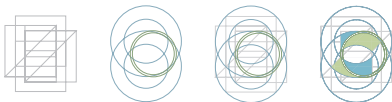
Amostra do Programa de Monitoramento da Contratualização*:
30 operadoras = cerca de 20 milhões de beneficiários (32% do setor) e 981.180 vínculos contratuais com prestadores de serviços de saúde

*Números considerados no momento do recorte à época do Monitoramento

Foram excluídas da amostra as operadoras de planos que estavam negociando Termo de Compromisso de Ajuste de Conduta (TCAC) junto à Diretoria de Fiscalização (DIFIS), pois o cumprimento das normas de contratualização já era objeto desses acordos.³² **Somadas as operadoras monitoradas e as operadoras em negociação de TCAC, chega-se a 60% dos beneficiários à época.**

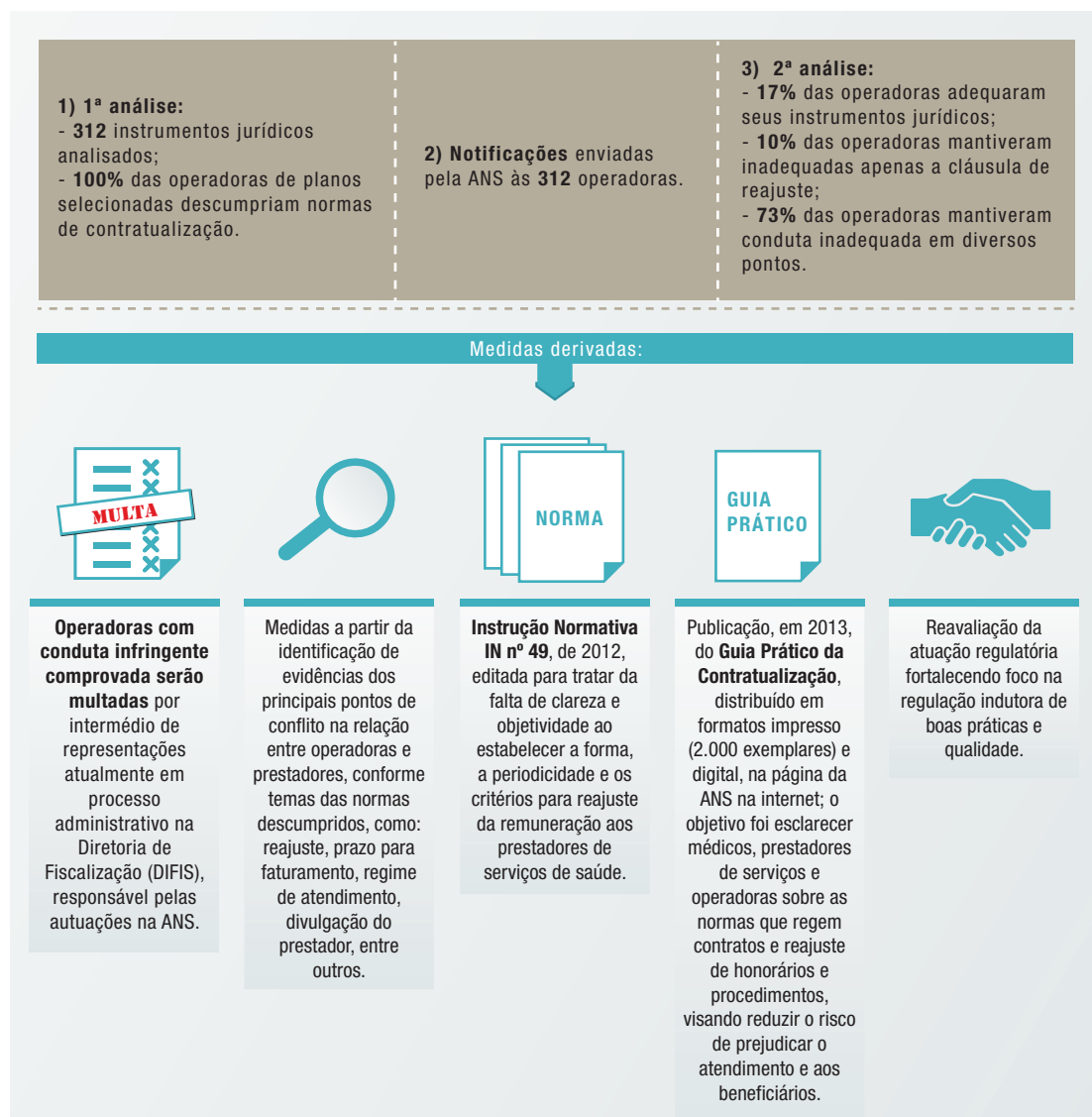
A ANS solicitou a esse grupo de operadoras uma amostra dos instrumentos jurídicos, com todos os aditivos e anexos, firmados com os principais prestadores de serviços de saúde integrantes de sua rede assistencial (hospitais, clínicas, laboratórios e profissionais da área de saúde). A seleção dessa amostra obedeceu a diversos critérios técnicos de distribuição (por Estado, por modalidade de operadora, por tipo de prestador de serviços de saúde - entre hospitais, clínicas ambulatoriais, serviços de diagnóstico e terapia (SADT) e profissionais de saúde/consultórios) e a análise foi realizada em dois momentos.

³². O Termo de Compromisso de Ajuste de Conduta (TCAC) é um documento firmado entre a operadora de planos e a ANS, onde a operadora assume obrigações para se ajustar às normas da Agência, em troca do afastamento da penalidade de multa. Se mesmo o TCAC for descumprido, a operadora pagará a multa original, acrescida de multa pelo descumprimento pelo TCAC. (vide Resolução da Diretoria Colegiada RDC Nº 57/2011 e Instrução Normativa IN Nº 10/2010, DIFIS).



O quadro a seguir sintetiza os resultados do monitoramento:

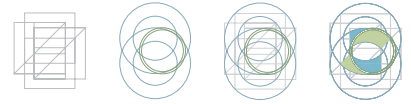
Etapas e Principais Resultados do Programa de Monitoramento da Contratualização (PMC):



Os resultados do PMC mostraram que as operadoras da amostra ainda não cumpriam as normas de contratualização em sua totalidade. Ainda que o PMC tenha verificado avanços, os números reiteraram o que já fora apontado nas edições de 2005 e 2006 do Programa Olho Vivo³³, quando a ANS verificou que 100% das operadoras fiscalizadas à época não cumpriam os normativos de contratualização.

Pode-se dizer que o descumprimento das normas de contratualização é decorrente da prática predominante no setor, segundo a qual operadoras e prestadores mantêm relações

³³. Programa de fiscalização proativa, sob responsabilidade da Diretoria de Fiscalização (DIFIS).



onde predominam tentativas de solução de conflitos cotidianas e informais, o que gera insegurança e eleva os custos de transação.

3.2.1.2 – Perspectivas

O PMC foi um importante passo para aprofundar e sistematizar as ações da ANS na regulação das relações entre operadoras de planos e prestadores de serviços de saúde.

O resultado mais importante do projeto foi o conhecimento gerado para a própria Agência sobre essas relações. Ao identificar os pontos de maior conflito e os anseios e comportamentos de operadoras e prestadores de serviços, a ANS pôde rever sua estratégia de regulação sobre o assunto e identificar que ações normativas e punitivas não seriam suficientes para favorecer nem a harmonia entre as partes, nem a prestação de serviços de saúde de com mais qualidade para os beneficiários.

Assim, tornou-se essencial incrementar a regulação indutora em benefício da qualidade, estratégia que já havia sido iniciada com o Programa QUALISS e que ganhou novo fôlego com o normativo sobre boas práticas na relação entre operadoras de planos e prestadores de serviços de saúde.

3.2.2 – Programa QUALISS: Fomento da Qualificação de Prestadores de Serviços

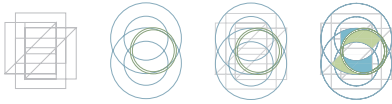
O Programa QUALISS constituiu a iniciativa inaugural da ação regulatória sobre a relação entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços médicos com foco no incentivo à qualidade.

A qualidade da prestação de serviços médicos é de difícil avaliação e mensuração por parte de não-especialistas, mas os efeitos nocivos da carência de qualidade se fazem sentir. Estudos internacionais³⁴ registram:

- cerca de 30 a 45% dos pacientes não recebem o tratamento recomendado (com base em protocolos e melhores práticas);
- cerca de 20 a 25% dos exames solicitados ou remédios prescritos não possuem evidência científica: são desnecessários ou potencialmente perigosos.

No Brasil, situações com pacientes afetados por erros ou eventos adversos, muitos dos quais poderiam ser prevenidos, além de grandes diferenças de qualidade entre prestadores, são abordadas com frequência na imprensa.

³⁴. ISQua - University of Amsterdam (2007).



Na prática, os consumidores costumam buscar indicações e recomendações, em geral tomando por base opiniões de pessoas próximas, segundo critérios bastante subjetivos e imprecisos. Sem a pretensão de substituir critérios pessoais, o Programa QUALISS estabeleceu um sistema de mensuração e monitoramento do desempenho dos prestadores de serviços da saúde suplementar, de modo a fornecer um painel de indicadores para ajudar a tornar mais clara e segura a avaliação de qualidade pelos consumidores.

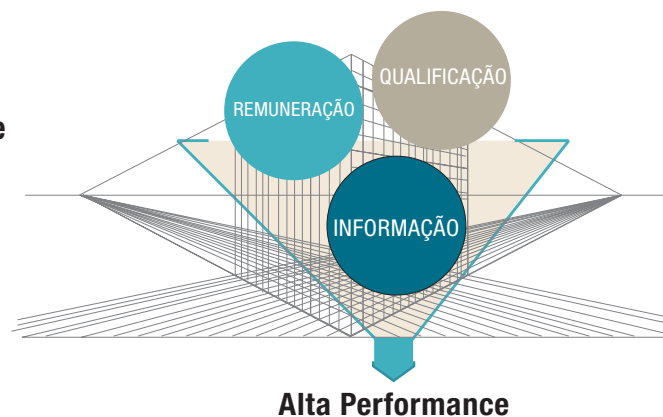
Instituído pela Resolução Normativa RN nº 275, de 1º de novembro de 2011, o Programa QUALISS, de Monitoramento da Qualidade dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar, visa implementar um sistema de mensuração para avaliar a qualidade dos prestadores e disseminar informações sobre a qualidade assistencial.

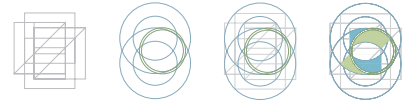
O Programa beneficia a todos os envolvidos:

- para as operadoras de planos, constitui uma ferramenta para avaliar e divulgar a qualificação da própria rede credenciada de modo a incrementar ganhos financeiros e assistenciais;
- para os prestadores de serviços, o programa é um incentivo à qualificação, pois estimula a comparação entre competidores e induz à medição e ao gerenciamento dos resultados financeiros e assistenciais;
- para os consumidores, a proposta é ampliar o poder de avaliação e escolha de prestadores de serviços e, por extensão, de escolha dos planos de saúde, de acordo com a qualidade da rede oferecida.

O Programa de Divulgação da Qualificação abarca três eixos estratégicos para indução da melhoria da qualidade dos prestadores: qualificação, informação e, como consequência, remuneração.

Componentes para incrementar Qualidade dos Prestadores de Serviços de Saúde





3.2.2.1 – Diálogo com o setor, base essencial da construção do Programa QUALISS

O Comitê Gestor do QUALISS (COGEP) foi uma instância colegiada, de caráter consultivo, constituída com a finalidade de promover o desenvolvimento e o aperfeiçoamento do QUALISS, Programa de Divulgação da Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde, no qual se insere o Programa de Monitoramento da Qualidade Assistencial. Dessa forma, amplia-se a participação democrática dos diversos agentes econômicos na defesa do interesse público.

O Comitê foi composto com representantes da ANS, do Ministério da Saúde, da ANVISA, de entidades nacionais de defesa dos consumidores, de operadoras de planos de saúde, de prestadores de serviços de saúde e de instituições públicas de ensino e pesquisa com experiência na área.

Em síntese, as competências do Comitê eram propor modificações e melhorias nos programas, rever e aperfeiçoar a metodologia e os atributos de qualificação definidos pela ANS e participar da construção de um banco de dados e referências de excelência para avaliação comparativa entre as instituições de saúde. Esse banco de dados e referências era algo até então inédito no setor no país.

A construção dialogada em reuniões bimestrais, ainda que tenha demandado tempo, foi uma estratégia essencial ao desenvolvimento do Programa, pois favoreceu a aproximação entre a ANS e o setor, facilitando a adesão à iniciativa ou, pelo menos, a identificação de posturas resistentes dos prestadores de serviços e das operadoras. Essa estratégia favoreceu o conhecimento dos interesses e o direcionamento da discussão para os pontos mais centrais ao aprimoramento do setor. Aos poucos, a DIDES pôde conduzir os participantes de monólogos a diálogos, com uma visão técnica cada vez mais apurada.

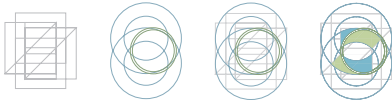
Todas as atas de reuniões, listas de presença e apresentações estão disponíveis na página da ANS na internet³⁵, o que garante transparência ao que foi desenvolvido no COGEP e à suas contribuições na construção do Programa Programa de Divulgação da Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde (QUALISS).

3.2.2.2 – QUALISS Divulgação e QUALISS Indicadores

O Programa QUALISS é organizado em dois componentes:

- QUALISS Indicadores, o Programa de Monitoramento da Qualidade dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar; e

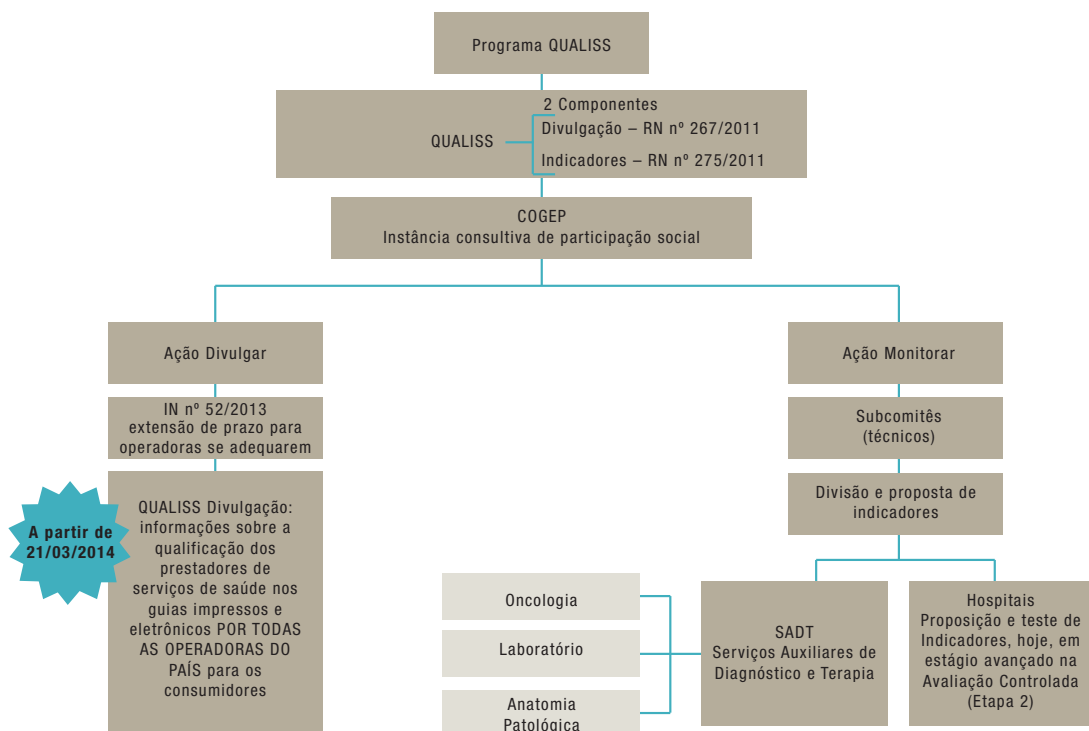
³⁵. Em www.ans.gov.br, Participação da Sociedade, Comitê da Qualificação de Prestadores.



- QUALISS Divulgação, o Programa de Divulgação da Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar, acrescentado pela Resolução Normativa RN nº 267, de 2011.

A ilustração a seguir sintetiza o desenvolvimento e o estágio atual do Programa QUALISS em seus dois componentes, que serão descritos com mais detalhes em seguida.

Componentes programa Qualiss

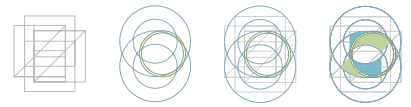


3.2.2.3 – QUALISS Divulgação: Mais Informação para Aumentar o Poder de Escolha do Consumidor pela Qualidade

O QUALISS Divulgação, Programa de Divulgação da Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar, foi instituído pela Resolução Normativa RN nº 267, de 2011, e prevê a obrigatoriedade de divulgação, por parte das operadoras, de diversos atributos de qualificação de sua rede de hospitais, clínicas, laboratórios e profissionais de saúde, tais como acreditação de serviços de saúde, pós-graduação e título de especialista.

O escopo do QUALISS Divulgação é:

- aumentar o poder de avaliação e escolha por parte dos beneficiários por meio da disponibilização de informação sobre qualificação da rede de profissionais e unidades de saúde; e

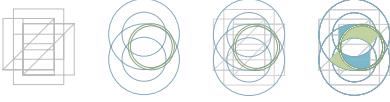


- estimular a adesão dos prestadores de serviços de saúde a programas que melhorem seu desempenho e os qualifiquem.

As regras para a divulgação desses atributos foram estabelecidas na Instrução Normativa IN DIDES nº 52/2013, incluindo a padronização de ícones para facilitar o entendimento por parte do beneficiário. A ANS orientou as operadoras de planos quanto ao padrão para divulgação por intermédio da publicação do *Manual de Uso dos Ícones dos Atributos de Qualificação*, previsto no normativo e disponível para *download* na página da Agência na internet³⁶, onde também é possível conhecer e identificar todos os ícones. Alguns deles são exemplificados abaixo:



³⁶. Manual disponível em www.ans.gov.br, menu Prestadores/QUALISS/Divulgação.



Exemplos de atributos para prestadores de serviços hospitalares:

Acreditação de serviços de saúde com identificação da entidade acreditadora: Certificação dos serviços de saúde que avalia o desempenho da instituição como um todo, reconhecendo que o hospital respeita padrões de qualidade e desempenho adequados ao seu tipo de atendimento.

Padrão Nacional de Qualidade - Acreditado pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), por meio do manual próprio com reconhecimento da Anvisa/Ministério da Saúde.

Padrão Internacional de Qualidade - Acreditado pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA), por meio do manual da Joint Commision International (JCI), acreditadora norte-americana.

Exemplos de atributos para prestadores de serviços auxiliares de diagnóstico e terapia e clínicas ambulatoriais (SADT):

Acreditação de serviços de saúde com identificação da entidade acreditadora: Certificação dos serviços de saúde que avalia o desempenho da instituição como um todo, reconhecendo que o laboratório, clínica ou ambulatório acreditado respeita os padrões de qualidade e desempenho adequados ao seu tipo de atendimento.

Padrão Nacional de Qualidade: Acreditado pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), por meio do manual próprio com reconhecimento da Anvisa/Ministério da Saúde.

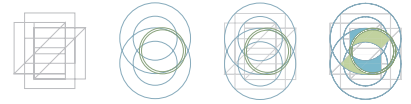
Padrão Nacional de Qualidade: Acreditado pelo Programa de Acreditação de Laboratórios Clínicos (PALC), certificado concedido pela Sociedade Brasileira de Patologia Clínica/Medicina Laboratorial (SBPC/ML).

Exemplos de atributos para profissionais de saúde ou pessoas jurídicas que prestam serviços em consultórios:

Residência em saúde reconhecida pelo MEC na área de atuação do profissional

Profissional com Residência Médica na especialidade de atuação: a Residência Médica é uma pós-graduação que tem o objetivo de qualificar e especializar o médico. Caracteriza-se por treinamento orientado por profissionais mais experientes em instituições de saúde durante período integral.

Profissional com Residências em Área Profissional da Saúde e Residência Multiprofissional em Saúde na área de atuação: treinamentos orientados por profissionais mais experientes em instituição de saúde que preparam os profissionais para atuar de forma multidisciplinar; são várias as profissões da área da saúde abrangidas por estes programas.



Pós-graduação com no mínimo 360 h reconhecida pelo MEC na área de atuação para profissionais de saúde, exceto para médicos

Profissional com especialização: Especialização em área profissional de saúde na especialidade de atuação. O profissional de saúde que obtém o certificado do curso de especialização dentro de sua área de atuação demonstra que se dedicou a um programa de melhoria do conhecimento específico.

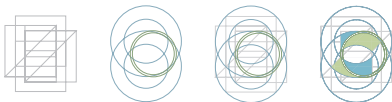
3.2.2.3.1 – Perspectivas

A obrigatoriedade da divulgação da qualificação dos prestadores está em vigor para as grandes operadoras desde setembro de 2013. A partir de 21 de março de 2014, todas as operadoras de planos, independentemente do número de beneficiários atendidos, devem incluir nos meios de divulgação da rede de prestadores, sejam impressos (guias de rede) ou eletrônicos (internet), as informações sobre os atributos de qualificação indicados pela Agência³⁷. As informações equivalentes à qualificação de profissionais e unidades de saúde devem estar disponíveis na forma de ícones, acompanhados da legenda de seu respectivo significado. Dessa forma, fica assegurado um destaque visual adequado e aos poucos os consumidores estarão habituados a buscar e identificar essas informações sobre qualidade de forma clara e objetiva.

Portanto, ao garantir o fornecimento de informações relacionadas à qualificação, o QUALISS Divulgação estimula o consumidor a utilizar a qualidade como critério de decisão, tanto na escolha de um estabelecimento ou profissional de saúde da rede credenciada, quanto na aquisição de um novo plano.



³⁷. Manual disponível em www.ans.gov.br, menu Prestadores/QUALISS/Divulgação.



3.2.2.4 – Qualiss Indicadores: Projeto Pioneiro na Mensuração da Qualidade de Prestadores de Serviços de Saúde

O Qualiss Indicadores foi instituído pela Resolução Normativa RN nº 275, de 1º de novembro de 2011, e consiste em um sistema de mensuração e monitoramento do desempenho dos prestadores de serviços da saúde suplementar por meio de um painel de indicadores.

A finalidade deste sistema é tornar público os resultados assistenciais dos prestadores, favorecendo escolhas com base na qualidade da rede oferecida pelos planos, sobretudo para os consumidores e para as empresas contratantes de planos coletivos para seus funcionários.

Podem participar do Programa todos os prestadores de serviços que atuam na saúde suplementar, sendo a participação obrigatória para os que compõem a chamada rede própria das operadoras.

Conheça a seguir os procedimentos previstos para viabilizar o monitoramento e a divulgação de seus resultados.

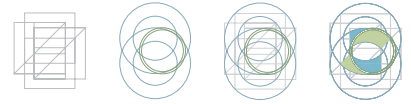
Procedimentos para divulgação de avaliação da qualidade dos prestadores de serviços de saúde no Programa QUALISS Indicadores:

Prestador de serviços de saúde alimenta o sistema de informações da ANS do QUALISS Indicadores, via WEB.

ANS processa os dados, analisa e categoriza os prestadores no sistema.

ANS divulga em **www.ans.gov.br** informações sobre o desempenho dos prestadores de serviços na saúde suplementar para a toda a sociedade, incrementando o acesso à informação e induzindo a competição por qualidade.

A divulgação do QUALISS Indicadores será feita em www.ans.gov.br, com periodicidade anual.



3.2.2.4.1 – Investigando Qual Modelo Adotar: Experiências Internacionais

Nos estudos preliminares para a elaboração do programa QUALISS, foi incluído um levantamento criterioso³⁸ sobre avaliação de qualidade e desempenho de serviços de saúde, com ênfase em sistemas de avaliação do setor de seguros de saúde e saúde suplementar que utilizam indicadores quantitativos. Esse levantamento incluiu ampla revisão de literatura e uma análise cuidadosa de dezoito sites de diversos países³⁹, que publicam resultados de indicadores de qualidade dos planos.

Em linhas gerais, a análise das iniciativas contínuas para medição da qualidade em todo o mundo, seja para plano de saúde ou hospital, demonstrou considerável homogeneidade na especificação dos programas. Embora os programas de indicadores sejam razoavelmente recentes – menos de 10 anos, se tanto – os casos analisados apresentaram especificações semelhantes, incluindo objetivos, seleção de indicadores, processos de validação, uso de ajustes e forma de divulgação para os consumidores. Esta concordância poderia ser considerada como um conjunto internacionalmente aceito das melhores práticas no desenvolvimento de programas de indicadores de qualidade para cuidados em saúde.

O conjunto de melhores práticas identificado constituiu um insumo fundamental para a elaboração da proposta inicial dos indicadores para o QUALISS Indicadores.

3.2.2.4.2 – Monitoramento em módulos e estágios

Para assegurar comparabilidade frente à heterogeneidade dos prestadores de serviços de saúde que compõem a rede assistencial das operadoras – hospitais, clínicas, serviços auxiliares de diagnóstico e terapia, profissionais da área de saúde, entre outros – o Programa foi idealizado em módulos que agrupam o mesmo tipo de prestador.

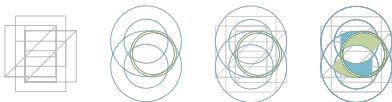
Em seu desenvolvimento, os indicadores do QUALISS foram debatidos pela equipe técnica da ANS com o COGEP, o que contribuiu de maneira decisiva para a transparência do processo de elaboração, monitoramento e divulgação pública dos resultados de desempenho dos prestadores de serviços.

Dessa forma, cada módulo que agrupa uma categoria de prestadores possui um conjunto específico de indicadores de qualidade, elaborado em subcomitês técnicos compostos por especialistas indicados na ocasião pelo COGEP e por técnicos da ANS. Na elaboração desses indicadores, foram considerados o contexto específico de cada categoria de prestadores, os critérios reconhecidos pela comunidade científica e as melhores práticas verificadas no setor⁴⁰.

³⁸. LELEU, Henri. Programas de Indicadores de Qualidade para Seguro Saúde e Hospitais. Contrato SC13-00688, celebrado por intermédio da Organização Pan-Americana de Saúde.

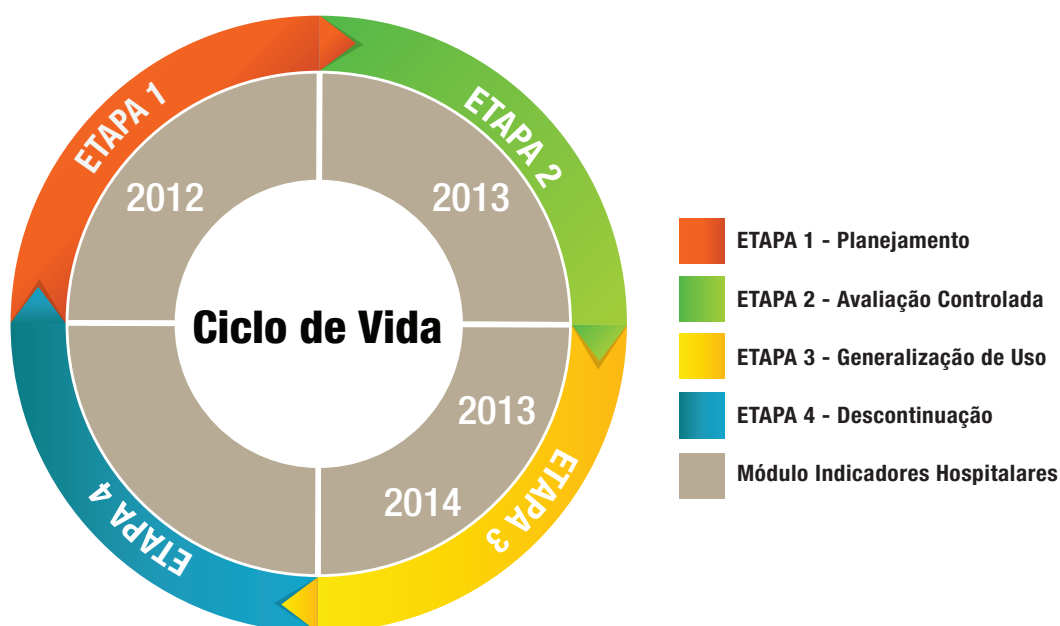
³⁹. Canadá, Dinamarca, Estados Unidos, França, Nova Zelândia, Noruega, Reino Unido, Suíça e Suécia, além da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECD).

⁴⁰. Vide ilustração sobre o desenvolvimento e o estágio atual do Programa QUALISS em seus dois componentes ao final do item 3.2.2.



Os indicadores do programa, independentemente dos módulos ou tipo de prestadores a que se referam, possuem um ciclo de vida, que pode ser subdividido nos seguintes estágios:

Ciclo de Vida dos Indicadores do Programa QUALISS



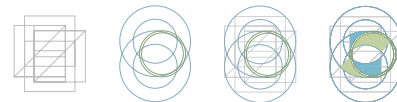
Estágio 1: Planejamento, etapa onde foram definidos no COGEP os indicadores a serem utilizados naquele período avaliativo para o módulo ou grupo de prestadores de serviços de saúde em questão.

Estágio 2: Avaliação Controlada, na qual os indicadores são testados num grupo de prestadores que participam de forma voluntária e reportam os dados necessários para o cálculo dos indicadores. Os resultados são divulgados somente para os prestadores participantes do piloto.

Estágio 3: Generalização do Uso para todos os prestadores que fizeram adesão ao QUALISS Indicadores, sendo obrigatório para aqueles pertencentes à rede própria das operadoras. Os resultados são divulgados para cada participante do programa, de forma individualizada, de modo a permitir a comparação entre o desempenho individual e o resultado do conjunto de prestadores de sua categoria.

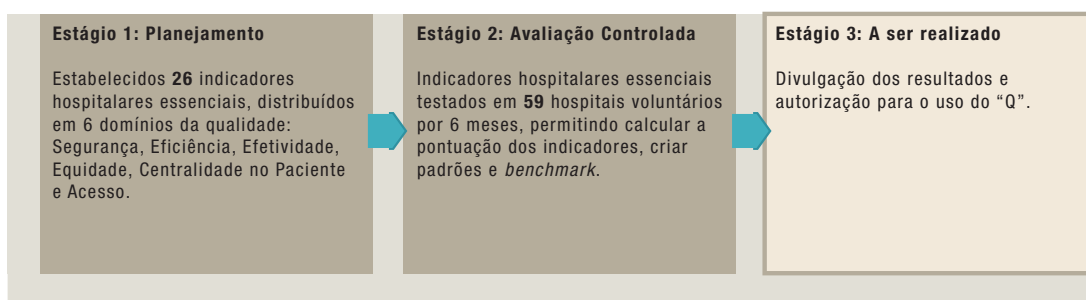
Estágio 4: Descontinuação. Caso o indicador não apresente viabilidade identificada na fase anterior ou não seja mais necessária a avaliação promovida por ele, ele poderá ser descontinuado.

3.2.2.4.3 – Resultados



Como sinalizado na imagem anterior, o Módulo Indicadores Hospitalares concluiu a Avaliação Controlada (estágio 2) em 2012. Os resultados de cada um dos estágios de seu desenvolvimento foram:

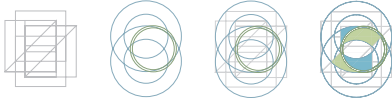
Resultados por etapa de desenvolvimento do Módulo Indicadores Hospitalares do QUALISS Indicadores



- No estágio 1 (Planejamento), foram selecionados 26 indicadores hospitalares essenciais, distribuídos em 6 domínios da qualidade: Segurança, Eficiência, Efetividade, Equidade, Centralidade no Paciente e Acesso; os domínios foram previstos em normativo⁴¹ e concebidos com base em estudos do *Institute of Medicine* (IOM, 2001, EUA) – alguns exemplos:

| Domínio | Indicador | Fase |
|--------------------------|--|-----------|
| Acesso | Percentual de exames do rol da ANS disponíveis no Menu | Pré |
| | Laudos atrasados por milhão de pacientes | Pós |
| | Tempo de espera para coleta (recomendável) | |
| Segurança | Insucesso na comunicação de resultados críticos por milhão de resultados que deveriam se comunicar | Pós |
| | Falha de identificação | Pré |
| | TX de inscrição em ensaio de proficiência disponível frente ao menu | Analítica |
| Centralidade no paciente | Pacientes com coleta por milhão de pacientes atendidos | Pré |
| | Índices de reclamação (monitoramento da manifestação do cliente) | Pós |

⁴¹. Resolução Normativa RN nº 275, de 2011.



- No estágio 2 (Avaliação Controlada), foram cadastrados 66 hospitais voluntários, dos quais 59 efetivamente informaram, mensalmente, dados relativos ao teste dos indicadores hospitalares selecionados ao longo de 6 meses (de janeiro a junho de 2013); com base na análise desses dados, foi possível calcular a pontuação dos indicadores, além de criar padrões e benchmark⁴² para o programa.

Todos os módulos (categorias) de prestadores de serviço possuem previsão de desenvolvimento em estágios.

3.2.2.4.4 – Medidas que contribuíram para a produtividade

Algumas medidas na gestão do desenvolvimento do QUALISS Indicadores se mostraram importantes para favorecer o andamento dos processos de trabalho, em especial:

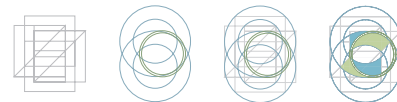
- a realização de palestras técnicas em diversas partes do país, fundamental para ampliar o alcance do QUALISS e de suas propostas por todas as regiões, independentemente do porte dos prestadores de serviços de saúde e das operadoras de planos;
- a constituição de Subcomitês Técnicos do COGEP para construir as fichas técnicas dos conjuntos de indicadores por categoria, um trabalho intensivo que demanda um apurado olhar técnico.

Dentre os subcomitês, destacou-se o grupo de Indicadores de Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia (SADT), que consolidou as propostas das primeiras cestas de indicadores essenciais para três segmentos: Laboratórios de Análises Clínicas, Serviços Isolados de Oncologia (Quimioterapia e/ou Radioterapia) e Anatomia Patológica e Citopatologia.

3.2.2.4.5 – Perspectivas

Para 2014, estão previstas a revisão dos atributos de qualificação e o prosseguimento para generalização de uso dos indicadores no grupo hospitalar, com abertura do Programa para participação de todos os hospitais (voluntariamente), incluindo os hospitais da rede própria das operadoras (obrigatoriamente). Esse prosseguimento será precedido por uma revisão dos indicadores hospitalares testados na Etapa de Avaliação Controlada (E.2), que estão em processo de análise e crítica dos resultados obtidos pela equipe técnica. Os resultados do QUALISS Indicadores serão divulgados para o grupo avaliado serão divulgados e os prestadores de serviços monitorados pela ANS que atingirem uma determinada pontuação poderão usar um símbolo diferenciado representando o atributo de qualificação em seus materiais de divulgação. Em longo prazo, os indicadores resultantes do QUALISS Indicadores devem ser integrados ao conjunto de avaliações divulgadas pela ANS a respeito das

⁴². Resolução Normativa RN nº 275, de 2011.



operadoras e dos prestadores no Espaço da Qualidade do site da Agência, acrescentando um conjunto de informações extremamente relevante e de utilidade prática para toda a sociedade sobre a qualidade no setor.

3.2.3 – Boas Práticas entre Operadoras de Planos e Prestadores de Serviços: Indução da Qualificação das Relações entre Operadoras e Prestadores

Unidade técnica responsável: Gerência de Avaliação da Qualidade Setorial (GEAQS/GGISE/DIDES)

A forma como as operadoras de planos selecionam profissionais de saúde, clínicas e hospitais para atender a seus beneficiários, os incentivos que os contratos provêm para os contratados e o monitoramento da prestação de serviços de saúde são determinantes para a qualidade do serviço prestado pelas operadoras. Como estas e os prestadores de serviços desenvolvem atividades interdependentes, é essencial favorecer um bom relacionamento entre eles para assegurar a sustentabilidade do setor e favorecer a qualidade do atendimento prestado aos consumidores.

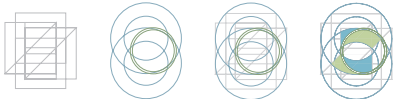
A partir do Programa de Monitoramento da Contratualização (PMC)⁴³ e de trabalhos de pesquisadores independentes sobre o tema, foi possível identificar que hoje a maior parte das relações entre operadoras de planos e prestadores de serviços de saúde está formalizada em contratos. Contudo, os mesmos estudos apontam que o cumprimento do aspecto formal não é suficiente para garantir avanços no relacionamento entre as partes e que alguns conflitos podem persistir. Ademais, verificou-se que a qualidade dos serviços de assistência à saúde não é abordada nos contratos.

Hoje, em alguns casos, verifica-se que operadoras podem estar focadas em controlar custos, ao passo que profissionais, hospitais, clínicas e laboratórios podem estar ocupados em aumentar a quantidade de procedimentos realizados para favorecer sua remuneração. Essas práticas tiram a atenção do que deve ser o objetivo principal de todos os envolvidos: um atendimento de qualidade, em benefício da saúde dos consumidores.

3.2.3.1 – Proposta de Solução: Estratégia Indutora

Nesse cenário, tornou-se claro que nem a formalização das relações em contratos e nem o conhecimento da ANS sobre as efetivas práticas de mercado entre operadoras e prestadores eram suficientes para assegurar qualidade. Logo, a Diretoria passou a avaliar novas formas de intervenção no setor, sem prejuízo dos aspectos formais e legais, identificando como

⁴³. Vide Programa de Monitoramento da Contratualização (PMC), item 3.2.1.



estratégia adequada a indução de boas práticas, um conjunto de ações estabelecidas como as mais acertadas em termos de eficácia e eficiência e que possibilitam o reconhecimento e a resolução de problemas com mais consistência, segurança e agilidade.

Portanto, o incentivo à construção de relações mais equilibradas entre operadoras e profissionais de saúde, hospitais, clínicas e laboratórios visa assegurar que suas práticas propiciem cada vez mais um atendimento de qualidade aos consumidores, sem que eventuais conflitos comprometam a assistência.

Com esse objetivo claro, foram mapeadas áreas do relacionamento entre operadoras e prestadores nas quais a adoção de boas práticas pode gerar impacto positivo na qualidade dos atendimentos prestados aos beneficiários. Esse incremento de qualidade é mensurável por indicadores.

Desta maneira, o diálogo entre operadoras e prestadores tende a ser incrementado, assim como o consumidor adquire informações novas e qualificadas acerca do serviço contratado e do mercado em geral, além de poder se integrar mais a esse diálogo.

O Comitê de Boas Práticas entre Operadoras e Prestadores, instituído com caráter consultivo, tem o objetivo de aprimorar o monitoramento da relação entre esses atores.

3.2.3.2 – Participação da Sociedade na Construção da Nova Estratégia

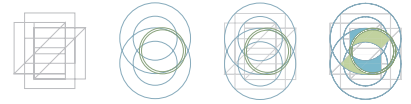
Aproveitando as experiências do Programa de Monitoramento da Contratualização e do Programa QUALISS, foi elaborada proposta de Resolução Normativa que estabelece indicadores que permitirão à Agência acompanhar a relação entre operadoras e prestadores. A minuta de norma foi colocada em consulta pública⁴⁴ de 06 de janeiro a 04 de fevereiro de 2014, quando todos os interessados puderam enviar contribuições, sugestões ou comentários sobre a norma. O processo de construção do normativo contou com 1.086 contribuições.

Além da Consulta Pública, a elaboração do normativo contou com um mecanismo de participação da sociedade até então inédito na Agência: uma audiência pública, que será abordada em mais detalhes em outro capítulo⁴⁵.

3.2.3.3 – Perspectivas

O normativo sobre boas práticas deve ser publicado em breve.

Gradativamente, a adoção de boas práticas deve gerar mais estabilidade na rede assistencial e tornar as negociações menos conflituosas, estimulando uma lógica no setor que priorize a



qualidade e não apenas a quantidade de procedimentos realizados. Dessa forma, a melhoria das relações a partir de boas práticas pode favorecer a identificação de objetivos comuns e a adoção de novas formas de remuneração, baseadas em critérios de qualidade da assistência prestada aos beneficiários. Por exemplo, os profissionais de saúde, hospitais, clínicas e serviços de diagnóstico e terapia podem vir a ser remunerados pelas operadoras de planos com incentivos financeiros vinculados à adoção de práticas de excelência no atendimento, aderindo a padrões e protocolos que permitam comprovar uma assistência de melhor qualidade aos consumidores. Não haverá qualquer interferência direta nas práticas e protocolos adotados pelo setor, respeitando-se a autonomia dos profissionais de saúde, clínicas e hospitais.

Ao contrário do que se poderia supor, melhorar a qualidade não significa aumentar custos: na maioria dos casos, pode até ser sinônimo de redução de custos, pois, a partir da revisão de processos, podem ser identificados focos de ineficiência, que, corrigidos, permitirão reduzir o desperdício de recursos.

3.3 – Ressarcimento ao SUS: valor recorde de recursos repassados para investimentos na saúde pública

Unidade técnica responsável: Gerência-geral de Ressarcimento ao SUS

Uma das bases da regulação do setor de planos de saúde é o ressarcimento ao SUS, instituído pelo art. 32 da Lei nº 9.656, de 1998. Por intermédio do ressarcimento, a ANS cobra das operadoras de planos os atendimentos efetuados no sistema de saúde pública que poderiam ter sido prestados pelas empresas, de acordo com os contratos assinados pelos consumidores. Para evitar subsídio indireto à atividade privada, de forma que os custos do serviço público utilizado sejam reintegrados aos recursos públicos. Assim, o cidadão conserva dois direitos: o de usar o sistema público de saúde e o de ter a opção de contratar e ter acessos aos serviços de um plano.

A síntese dos resultados obtidos nesse tema entre 2011 e 2013 é a soma recorde de recursos repassados das operadoras de planos de saúde ao SUS, por intermédio da ANS: R\$ 322 milhões, montante quase três vezes superior aos valores do ressarcimento somados na década anterior, de 2001 a 2010.

⁴⁴. Consulta Pública nº 54. Mais informações disponíveis em www.ans.gov.br, Participação da Sociedade, Consultas Públicas.

⁴⁵. Vide item 4.1.3.

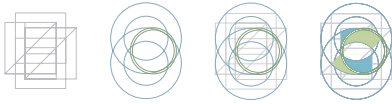
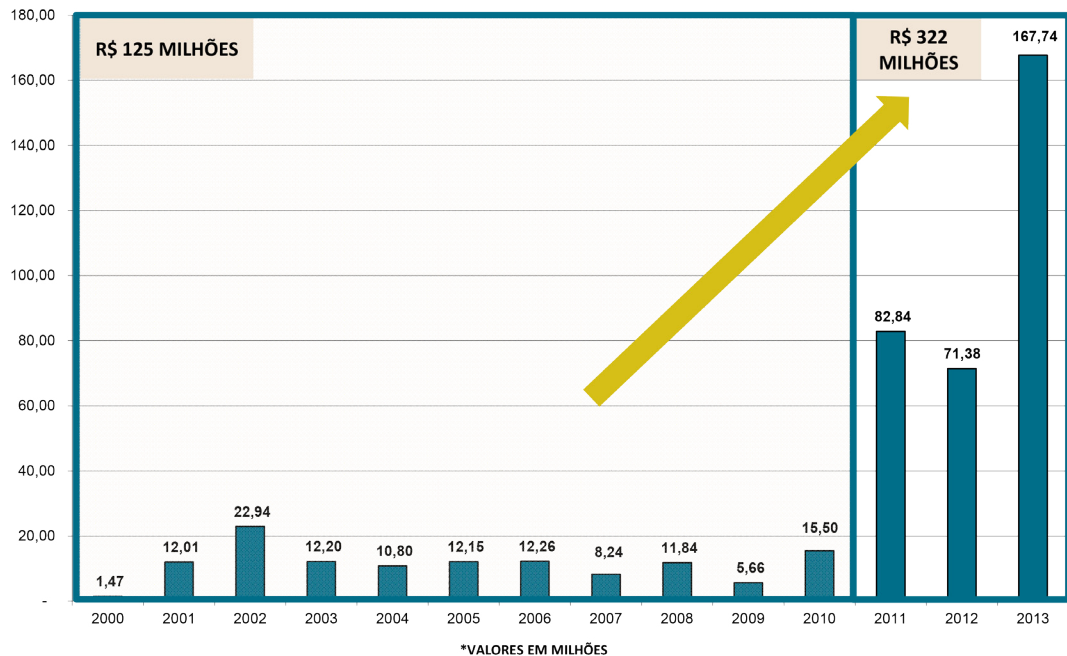


Gráfico 5 - Arrecadação recorde de R\$ 322 milhões, quase o triplo da década anterior



Fonte: ANS, 12/2013.

Os valores arrecadados no período são suficientes para custear aproximadamente*:

1.300 médicos do programa
Mais Médicos por 12 meses

6 hospitais com capacidade para
atender 6.000 pessoas

146 UPAs porte I

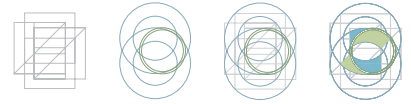
726.000 partos normais

590.000 partos cesarianos

2.600 ambulâncias

*Fontes:

<http://www.estadao.com.br/noticias/impreso,medicos-cubanos--sustos-trabalhistas-,1093254,0.htm>, acessado em 09/01/2014; <http://odia.ig.com.br/portal/rio/presidenta-dilma-roussef-inaugura-hospital-na-ilha-do-governador-1.555400>, acessado em 09/01/2014; Portaria GM/MS nº 342, de 4 de março de 2013 - http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0342_04_03_2013.html, acessado em 09/01/2014; SIGTAP de 11/2013 - <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>, acessado em 09/01/2014; SIGTAP de 11/2013 - <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>, acessado em 09/01/2014; Ata de Registro de Preço do Pregão nº 40/2012 do Departamento de Logística em Saúde/MS - <http://www.comprasnet.gov.br/>, acessado em 09/01/2014.

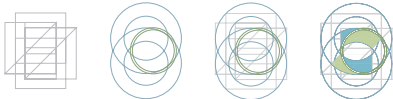


Compreenda como acontece o ressarcimento ao SUS e como foi possível alcançar esses resultados:

FLUXO DO RESSARCIMENTO AO SUS⁴⁶



O crescimento dos valores restituídos deveu-se ao aperfeiçoamento de processos de gestão, numa estratégia de continuidade e incremento de medidas tomadas em gestões anteriores, associando um gerenciamento eficaz à garantia dos recursos necessários.



3.3.1 – Quadro inicial:

Desde 2009, após diagnóstico da situação, a ANS vinha adotando uma série de mudanças gerenciais para tornar mais eficaz o processo de ressarcimento ao SUS, como a contratação de 89 servidores temporários, a ampliação do espaço físico, a reorganização do arquivo e do protocolo devido ao extenso volume de documentos, a retomada da inscrição em Dívida Ativa de operadoras devedoras, etc.

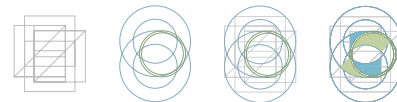


3.3.2 – Medidas implementadas:

No período de 2011 a 2014, algumas das medidas mais significativas foram:

- melhoria do fluxo de trabalho, revisão de manuais internos e alteração de normas processuais, adequando as rotinas às necessidades atuais;
- de rotinas de desburocratização a partir da revisão de normas e da otimização de processos de trabalho;
- melhoria e padronização dos pareceres;
- aperfeiçoamento da metodologia de cálculo do valor a ressarcir, incluindo, além do IVR (Índice de Valoração do Ressarcimento), a discriminação individualizada de incrementos e acréscimos, dando transparência aos valores cobrados;
- nova metodologia para o repasse dos recursos, que passou a ser feito diretamente para o Ministério da Saúde, a partir de setembro de 2011, graças à alteração do art. 32 da Lei nº 9.656, de 1998, pelo art. 4º da Lei nº 12.469, de 2011; o novo marco legal e a estreita articulação entre a ANS e o Ministério da Saúde permitiram aumentar a efetividade e reduzir os custos operacionais do repasse;
- aprimoramento do processo de identificação de atendimentos de beneficiários de planos de saúde pelo sistema público, a partir de uma ação integrada com o Ministério da Saúde para promover o cadastro dos beneficiários de planos no Cartão Nacional de Saúde (CNS);⁴⁷

⁴⁷. Projeto descrito no capítulo *Informação, instrumento técnico de regulação*.



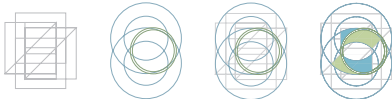
- avaliação da relação custo-benefício dos processos de ressarcimento de operadoras inativas, que permitiu concluir que 25% do esforço de cobrança resultavam em apenas 7% do resultado financeiro obtido e que, com o passar do tempo, há uma tendência de queda da adimplência das operadoras não mais atuantes no mercado; essa conclusão resultou na decisão de priorizar a cobrança de operadoras em atividade (potencialmente com mais chances de pagamento);

3.3.3 – Normas sobre Ressarcimento editadas no período

Além das medidas de gestão implementadas, foram editadas as seguintes resoluções normativas sobre o ressarcimento ao SUS:

| Norma | Ementa | Avanço gerado |
|---|--|---|
| Resolução Normativa RN nº 251, de 19 de abril de 2011, da Diretoria Colegiada | Altera a Resolução Normativa RN nº 185, de 30 de dezembro de 2008, que instituiu o procedimento eletrônico de ressarcimento ao SUS, previsto no art. 32 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e estabeleceu normas sobre a repetição de indébito e o repasse dos valores recolhidos a título de ressarcimento ao SUS | Criou o índice de Valoração do Ressarcimento, que simplificou o cálculo dos valores a ressarcir e passou a permitir a atualização instantânea desses valores a partir das alterações da tabela de procedimentos do SUS. |
| Resolução Normativa RN nº 253, de 5 de maio de 2011, da Diretoria Colegiada | Dispõe sobre o procedimento físico de ressarcimento ao SUS, previsto no art. 32 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e estabelece normas sobre o repasse dos valores recolhidos a título de ressarcimento ao SUS. | Consolidou e deu mais clareza às normas do procedimento físico de de ressarcimento ao SUS. |
| Instrução Normativa nº 47, de 5 de maio de 2011, da Diretoria de Desenvolvimento Setorial | Dispõe sobre o procedimento de ressarcimento ao SUS, previsto no artigo 32 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e na Resolução Normativa nº 253, de 5 de maio de 2011. | Regulamentou e deu clareza às exigências pertinentes à forma e ao conteúdo de impugnações e de recursos nos procedimentos físicos de ressarcimento ao SUS, de modo a prevenir irregularidades que prejudiquem a apreciação dessas petições. |

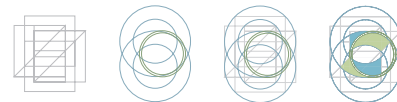
continua...



continuação

| Norma | Ementa | Avanço gerado |
|---|---|--|
| Resolução Normativa RN nº 271 de 11 de outubro de 2011, da Diretoria Colegiada | Altera a Resolução Normativa RN nº 253, de 5 de maio de 2011, que dispõe sobre o procedimento físico de ressarcimento ao SUS, previsto no art. 32 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e estabelece normas sobre o repasse dos valores recolhidos a título de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde. | Deixou clara a possibilidade de inclusão dos nomes dos devedores do ressarcimento ao SUS no Cadastro Informativo de Créditos não quitados do setor público federal - CADIN, dando maior coercitividade à cobrança. |
| Instrução Normativa Conjunta DIOPE/ DIDES nº 5 de 30 de setembro de 2011 | Dispõe sobre a contabilização dos montantes devidos de Ressarcimento ao SUS no Plano de Contas Padrão da ANS. | Transformação da dívida originária de cobranças do Ressarcimento ao SUS em Provisão Técnica de contabilização obrigatória e de relevante impacto financeiro. A medida passou a obrigar a contabilização dos montantes devidos de Ressarcimento ao SUS pelas operadoras de plano de saúde, cujos dados são auditados e publicados. Essa dívida passou a servir de base para o cálculo da provisão técnica denominada Provisão para Eventos/Sinistros a Liquidar e, conseqüentemente, interferiu no cálculo da necessidade de constituição e vinculação de Ativos Garantidores pelas operadoras. |
| Resolução Normativa RN nº 278 de 17 de novembro de 2011, da Diretoria Colegiada | Institui o Programa de Conformidade Regulatória | Contribuição para o aumento de arrecadação e repasse ao FNS (R\$ 322 milhões em 2013). Um dos requisitos para as operadoras que pretendem aderir ao programa é a regularização dos débitos de Ressarcimento ao SUS. A medida impactou de forma significativa a regularização dos débitos pendentes, sobretudo por parcelamento. |
| Resolução Normativa RN nº 328 de 22 de abril de 2013, da Diretoria Colegiada | Altera a RN nº 4/2002, que trata de parcelamento de débitos | Contribuição para o aumento de arrecadação e repasse ao FNS (R\$ 322 milhões em 2013). A medida tornou o processo de parcelamento mais ágil, na medida em que os parcelamentos de até R\$ 500.000,00 passaram a ser decididos pelo Diretor da DIDES (o limite anterior era de R\$ 50.000,00) e as garantias exigidas para o parcelamento de débitos inscritos em Dívida Ativa passaram a ser exigidas pela Procuradoria Geral apenas para os parcelamentos superiores a R\$ 500.000,00. Além disso, desobrigou a constituição e vinculação de Ativos Garantidores como lastro aos débitos de Ressarcimento ao SUS que estejam parcelados a partir da 3ª parcela. |

continua...



continuação

| Norma | Ementa | Avanço gerado |
|---|---|---|
| Resolução Normativa RN nº 329 de 22 de abril de 2013, da Diretoria Colegiada | Altera as Resoluções Normativas - RN nº 227, de 19 de agosto de 2010, que dispõe sobre a constituição, vinculação e custódia dos ativos garantidores das Provisões técnicas, especialmente da Provisão de Eventos/ Sinistros a Liquidar, e a RN nº 278, de 17 de novembro de 2011, que institui o Programa de Conformidade Regulatória. | Contribuição para o aumento da arrecadação e repasse ao Fundo Nacional de Saúde (R\$ 322 milhões em 2013). A operadora que aderir ao Programa de Conformidade Regulatória e possuir o Índice de Adimplência de Ressarcimento ao SUS maior ou igual a 0,90 fará jus à desobrigação do lastro e vinculação de ativos garantidores correspondentes ao saldo das Provisões de Eventos/ Sinistros a Liquidar originados do ressarcimento ao SUS, o que incentiva a adimplência das operadoras. |
| Resolução Normativa RN nº 327, de 22 de abril de 2013, da Diretoria Colegiada | Altera o § 1º do art.24 e acrescenta o art.27-A na Resolução Normativa - RN nº 253, de 5 de maio de 2011, que dispõe, em especial, sobre o procedimento físico de ressarcimento ao SUS. | Deu mais clareza à regra de contagem de prazos processuais do ressarcimento ao SUS, bem como aos meios de apresentação das petições, de modo a assegurar o recebimento e a apreciação desses documentos pelos órgãos competentes. |

3.3.4 – Outros resultados

Os gráficos a seguir demonstram avanços no ressarcimento a partir de 2011, tão importantes quanto a arrecadação recorde registrada no período.

Redução do Lapso Temporal

Pela natureza dos processos de ressarcimento ao SUS, há um lapso temporal entre a data de internação no SUS e a notificação do atendimento à operadora. Ainda assim, nos últimos 3 anos foi possível reduzir esse intervalo de tempo.

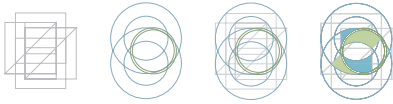
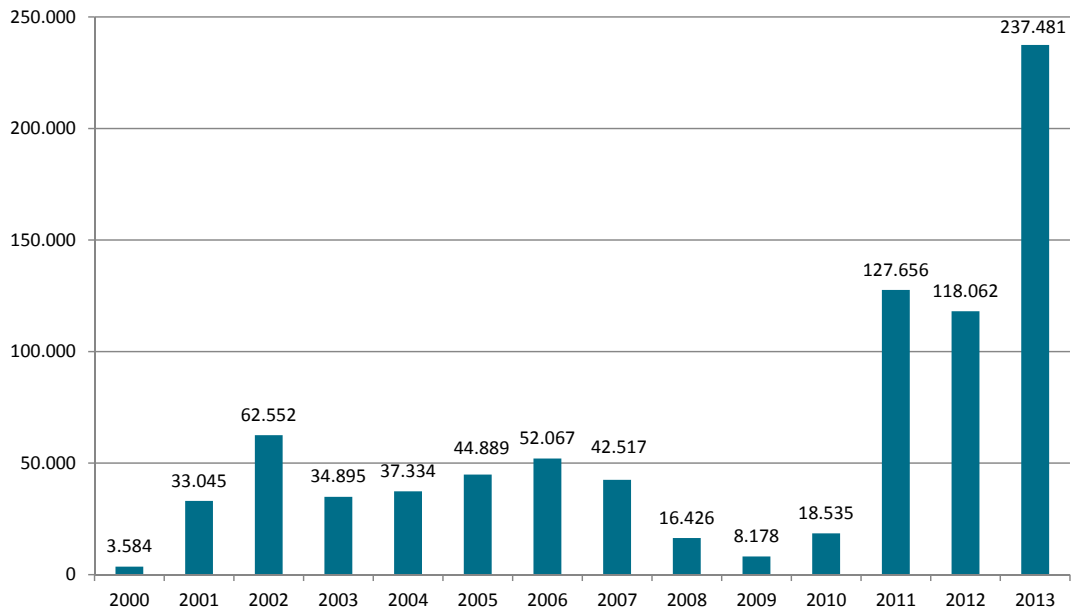
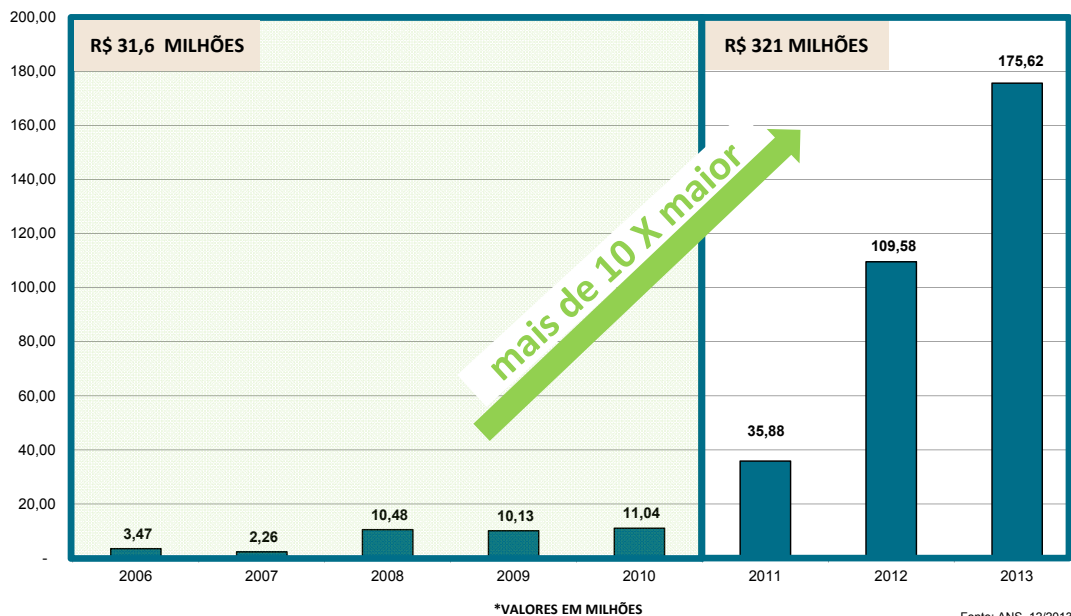


Gráfico 6 - Quantidade de interações cobradas



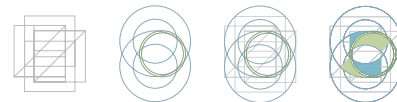
Fonte: Diretoria de Desenvolvimento Setorial, 2014.

Gráfico 7 - Envio para Inscrição em Dívida Ativa (valor – Milhões)



Fonte: ANS, 12/2013.

Fonte: ANS, 12/2013



Nota: Ainda que o ressarcimento ao SUS tenha se iniciado em 2000, o encaminhamento para inscrição em Dívida Ativa começou apenas em 2006, pois foi necessário o processamento de certa quantidade de cobranças para gerar histórico e massa de dados suficientes para essa operação, além de organizar o fluxo e os recursos de trabalho necessários.

Além de aumentar o volume de recursos reembolsados, a ANS intensificou a cobrança sobre as operadoras de planos de saúde. Desde 2011, foram cobradas 483 mil internações, 36% a mais do que na década anterior.

Nos últimos três anos, os valores inscritos em dívida ativa somaram R\$ 321 milhões, cifra 10 vezes superior ao valor incluído nos três anos anteriores (2008 a 2010), que soma R\$ 31,6 milhões.

A cobrança mais eficiente gerou maior compromisso das operadoras em realizar os ressarcimentos. A ANS passou a identificar melhor, cobrar mais e aperfeiçar suas bases de dados com melhorias no sistema de informática.

Atualmente, há 795 operadoras devedoras e inscritas em Dívida Ativa. Essas operadoras sofrem a execução judicial do crédito e também são inscritas no Cadastro Informativo de Créditos não Quitados do Setor Público federal (CADIN), o que gera restrições para contratarem com a União.

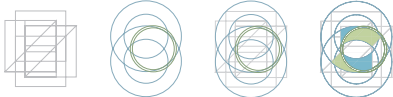
Hoje, de cada R\$ 1,00 cobrado das operadoras, a ANS consegue ressarcir R\$ 0,45 para o Fundo Nacional de Saúde (FNS). Esse resultado é o maior já alcançado e deverá ser ainda aumentado graças ao aprimoramento da gestão pela Agência.

3.3.5 – Perspectivas

É preciso reconhecer que ainda há espaço para melhorias da eficiência da cobrança do ressarcimento. Ainda assim, os resultados alcançados de 2011 a 2014 e estudos desenvolvidos no período permitem afirmar: a disponibilidade de recursos é essencial para o ressarcimento ao SUS. Quando há gestão adequada e recursos disponíveis, como mão-de-obra especializada, espaço físico para armazenar processos e tecnologia, há resultados.

Quanto aos recursos humanos para assegurar a continuidade da análise de processos de ressarcimento, a necessidade de contratação de servidores temporários para dar continuidade à análise de processos foi apresentada ao Ministério da Saúde.

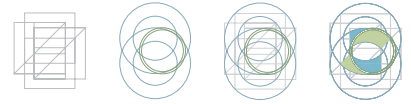
Os processos eletrônicos do ressarcimento ao SUS estão previstos pela Resolução Normativa nº 185, de 30 de dezembro de 2008. As operadoras de plano de saúde serão comunicadas pela ANS quando os processos eletrônicos estiverem em operação. O sistema Sister, de processamento eletrônico de ressarcimento, deverá entrar em operação em breve, conferindo mais agilidade ao processo e gerando a chance de futuramente ser facilitada a



possibilidade de análise de avisos de procedimento de alta complexidade (APAC), que não poderiam ser contemplados pela solução tecnológica vigente.

Neste sentido, cabe observar que os resultados apresentados dizem respeito ao ressarcimento de internações. Com relação à cobrança de APAC, dando sequência aos acordos firmados com o TCU para implementar o ressarcimento deste tipo de atendimento, foram realizados dois estudos preliminares para estimar o valor do possível ressarcimento deste tipo de atendimento: o primeiro deles é uma base conceitual, e o segundo, uma análise de dados para dimensionar o trabalho e os recursos físicos, tecnológicos e humanos necessários para implementar e passar a realizar a cobrança das APAC⁴⁸. Ambos os estudos foram apresentados à Diretoria Colegiada da ANS e, posteriormente, ao Ministério da Saúde, de quem a ANS aguarda definições. De maneira análoga, para os procedimentos de atendimento ambulatorial, foi desenvolvido estudo de viabilidade e proposta de método.

⁴⁸. Processo administrativo n° 33.902.197.229/2013-76.



4 – APRIMORAMENTO DA CONSTRUÇÃO REGULATÓRIA

Em linhas gerais, não há justificativa para regulação se não se identifica claramente qual é o problema a enfrentar, sobretudo quando este é oriundo de falhas de mercado, especialmente assimetria de informação. E, quanto mais clara e precisa essa identificação for, mais eficaz tende a ser a regulação resultante.

Aprimorar suas práticas regulatórias tem sido um esforço constante da ANS nos últimos anos. Em razão de seu objeto de atuação, a Diretoria de Desenvolvimento Setorial tem por natureza um forte envolvimento nesse processo.

O primeiro passo importante da Agência para aprimorar a regulação produzida foi implementar a Agenda Regulatória, uma ferramenta de planejamento estratégico que estabelece um compromisso com a sociedade e agrega previsibilidade às ações, permitindo à sociedade se preparar melhor para participar da regulação. A DIDES foi responsável por liderar e colaborar em diversos projetos estratégicos estabelecidos nas Agendas bianuais entre 2011 e 2014, com destaque para aqueles relacionados aos prestadores de serviços de saúde suplementar.

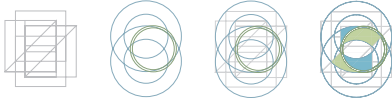
Outro passo importante na construção da melhoria regulatória tem sido a implementação da ferramenta de Análise de Impacto Regulatório (AIR), que disciplina o pensamento do gestor público e legislador, levando-o a desenvolver um processo de trabalho em etapas. A primeira delas é compreender claramente qual é o problema de política pública a solucionar. Posteriormente, passa-se a identificar quais opções o regulador tem frente àquele problema: se deve regular, em que direção, com qual abrangência, etc. E, dentre as opções, selecionar a mais apropriada, avaliando riscos, projetando indicadores e monitorando resultados.

Um terceiro ponto importante é a ampliação da governança pública, por meio da sistematização e do melhor aproveitamento possível de ferramentas de participação e controle social. O instrumento mais consolidado da ANS nesse sentido, as consultas públicas, tem tido níveis cada vez melhores de organização e estruturação: elas são amplamente divulgadas, os prazos de contribuição são de pelo menos 30 dias e a Agência responde ponto a ponto as contribuições recebidas, consolidando sua análise em um relatório disponível para toda a sociedade.

É nessa linha de ação, de incremento de transparência e de aprimoramento da regulação, que destacaremos nesse capítulo a produção normativa da DIDES e as boas práticas de regulação implementadas no período.

4.1 – Elaboração das Normas da Saúde Suplementar e incremento da governança pública

Ao longo de suas atividades, a ANS realiza estudos para análise do impacto regulatório, de modo a avaliar, projetar e adaptar seus projetos às necessidades e aos efeitos da regulação. Um dos principais instrumentos regulatórios é a edição de normativos. Durante a elaboração

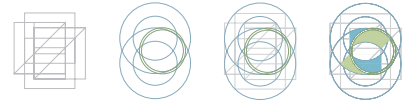


das normas, para conhecer as demandas da sociedade, a ANS disponibiliza diversas etapas de participação e controle social. Todas essas formas de participação são objeto de análise técnica da Agência, gerando relatórios com a avaliação das contribuições recebidas, que são publicados na página da ANS na internet e cujos destaques são amplamente divulgados. Confira o caminho de construção dos normativos mais importantes do setor e a produção da DIDES no período. As fases descritas não são obrigatórias, nem ocorrem para todas as normas editadas pela ANS.

Elaboração de Normas da Saúde Suplementar X Produção da DIDES: ênfase na participação da sociedade



| | |
|---|---|
| 1 | ORIGEM: Ao estudar o mercado e conhecer o ponto de vista dos consumidores de planos de saúde e do setor regulado através de seus Canais de Relacionamento, a ANS identifica temas que precisam de normatização ou de regulamentação mais clara. |
|  | Produção de diversos estudos no período, como "Verticalização entre Operadoras de Planos de Saúde e Hospitais Gerais"*, trabalho com versão premiada no VIII Prêmio SEAE de Defesa da Concorrência*, e "Análise dos Efeitos Perversos de Regimes Distintos de Cobrança de COFINS/PIS/PASEP na Saúde Suplementar"**, que motivou alteração de Lei para uniformizar alíquotas e base de cálculo de operadoras de planos de saúde. |
| 2 | COMITÊS, CÂMARAS E GRUPOS TÉCNICOS: Por decisão de um diretor ou do Colegiado, é instituído um Comitê ou Câmara Técnica, grupo de especialistas do setor e representantes de entidades da saúde suplementar convidados para discutir um tema com a ANS. Caso sejam necessários estudos aprofundados, um Grupo Técnico pode ser formado. As conclusões são insumos para produzir normas. |
|  | 2 Comitês, 2 Câmaras Técnicas e 2 Grupos Técnicos reunidos no período. |
| 3 | MINUTA: É produzida uma minuta ou versão inicial para a norma legal. Esse documento é acompanhado por uma exposição dos motivos que levaram a Diretoria Colegiada a se pronunciar sobre cada tema. |
| 4 | CONSULTA INTERNA: Para avaliar impactos em outras áreas da ANS e contar com a contribuição de servidores públicos de outras equipes da Agência, a proposta de norma pode ser submetida à consulta interna antes de ser apresentada à sociedade. |
|  | Implementada a Instrução de Serviços (IS) nº 4 de 2013, que regulamenta o Quali-Reg, procedimento administrativo prévio à tomada de decisões estratégicas pela Diretoria, instituindo um grande avanço para a ANS: a possibilidade de realizar Consultas Internas para temas regulatórios, prevenindo impactos internos nos processos de trabalho de outras áreas da Agência e permitindo a participação de todos os servidores na elaboração de proposta de norma. Realizada a primeira consulta interna sobre tema regulatório, a Hierarquização de Procedimentos Médicos, restou evidenciada a necessidade de aprofundar estudos antes de editar norma sobre o tema. |
| 5 | CONSULTA PÚBLICA: A minuta ou versão inicial da norma legal é submetida à Consulta Pública pelo sítio da ANS: o texto da proposta fica disponível para comentários e sugestões dos interessados. |
|  | 5 consultas públicas realizadas, totalizando cerca de 22.000 participações da sociedade na elaboração de normas. |

continua



Elaboração de Normas da Saúde Suplementar X Produção da DIDES: ênfase na participação da sociedade

continuação

| | |
|---|---|
| 6 | AUDIÊNCIA PÚBLICA: Para conhecer a opinião da sociedade sobre assuntos importantes na regulação dos planos de saúde, a ANS pode realizar audiências públicas - reuniões presenciais e/ou remotas abertas a todos e divulgadas no Diário Oficial da União (DOU) e na página da ANS na internet. |
|  | Realizada a primeira Audiência Pública da ANS, sobre Boas Práticas na Relação entre Operadoras de Planos e Prestadores de Serviços de Saúde. |
| 7 | CONSOLIDAÇÃO E RESPOSTA: As contribuições recebidas são avaliadas e respondidas, o que pode resultar em alterações no texto da norma inicialmente proposta. |
| 8 | APROVAÇÃO E ASSINATURA: A Diretoria Colegiada delibera e aprova a norma, assinada pelo Diretor-Presidente da ANS. |
| 9 | PUBLICAÇÃO: A norma é divulgada no DOU e na página da ANS na internet. |
|  | Editadas 2 instruções de serviço (IS), 2 resoluções administrativas (RA), 7 instruções normativas (IN), 2 instruções normativas conjuntas (INC) e 20 resoluções normativas (RN), totalizando 33 normas.*** |

*Fonte: <http://www.esaf.fazenda.gov.br/premios/premios-1/premiosviii-premio-seae-de-monografias-edicao-2013/resultado-monografias-premiadas-seae-2013>, acessado em 25/01/2014.

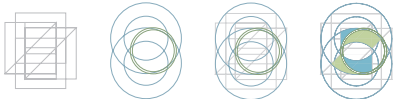
**Nota conjunta DIDES e DIOPE 07/2012.

***Na data de conclusão deste relatório, duas outras propostas de norma se encontravam em análise na Procuradoria Geral, antes de possível evolução para consulta pública:

Processos 33.902.096.869/2013-60 e 33.902.220.013/2011-50

Ainda que mensuração quantitativa não seja sinônimo de qualidade regulatória, pode-se considerar que, além de contar com a participação expressiva de representantes do setor reunidos em comitês, câmaras e grupos técnicos, a Diretoria de Desenvolvimento Setorial implementou importantes inovações no âmbito da participação da sociedade entre 2011 e 2014, como a realização da primeira consulta interna e da primeira audiência pública sobre tema regulatório. Outro destaque nesse sentido foi a instituição do QUALI-Reg⁴⁹, procedimento administrativo prévio à tomada de decisões estratégicas no âmbito da DIDES, que estabeleceu a previsão de um processo incluindo etapas de participação da sociedade e dos servidores da ANS na tomada de decisões. Nesse sentido, a gestão da Diretoria propiciou um avanço significativo para a ampliação da governança pública na Agência.

⁴⁹. Instrução de Serviço IS n° 04/DIDES, de 22 de janeiro de 2013.



4.1.1 – Comitês, Câmaras Técnicas e Grupos de Trabalho

Os Comitês e Câmaras Técnicas surgem da necessidade de aprofundar a discussão de assuntos pertinentes à saúde suplementar.

Os Comitês são uma instância colegiada, de caráter consultivo, que tem como finalidade promover o desenvolvimento e o aperfeiçoamento de determinado programa ou iniciativa da Agência.

As Câmaras Técnicas, por outro lado, são grupos temporários compostos por especialistas da ANS e/ou por representantes de todos os envolvidos no setor, a convite da Agência, de acordo com o nível de complexidade e importância desses assuntos. Elas obedecem a um caráter formal, estabelecido em um regimento interno também aprovado pela Diretoria Colegiada.

Os Grupos Técnicos possuem estrutura e objetivos semelhantes aos das Câmaras. Eles realizam um estudo técnico mais aprofundado e específico. Por isso, não possuem o caráter formal de uma Câmara Técnica.

As conclusões dos debates das Câmaras e Grupos Técnicos constituem importantes fundamentos para a elaboração da legislação.

A seguir, uma descrição sintética dos Comitês, das Câmaras e dos Grupos de Trabalho sob coordenação da DIDES no período de 2011 a 2014⁵⁰.

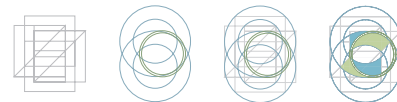
4.1.1.1 – Câmara Técnica sobre Hierarquização dos Procedimentos Médicos

A Câmara Técnica sobre Hierarquização de Procedimentos Médicos foi composta com o objetivo de discutir com os representantes do setor a necessidade e a forma adequada de regulação da hierarquização dos procedimentos e eventos em saúde, além de seu modelo de governança, tendo como principal referência o grau de capacitação, a complexidade técnica e o tempo de execução requeridos em cada procedimento. Suas atividades foram desenvolvidas entre fevereiro e maio de 2012, dando sequência às atividades iniciadas no Grupo de Trabalho com o mesmo tema⁵¹.

Pactuada no eixo 3 (Modelo de Pagamento a Prestadores) da Agenda Regulatória 2011–2012, resultou no estudo das tabelas utilizadas no setor para remuneração de prestadores e na previsão de promover pacto setorial para a definição/criação de estímulos e mecanismos indutores para uma nova sistemática de remuneração dos hospitais, conforme previamente acordado no Grupo de Trabalho.

⁵⁰. As atividades desenvolvidas, listas de presença, registros em áudio e apresentações podem ser conhecidas em mais detalhes em www.ans.gov.br, no item Participação da Sociedade.

⁵¹. Ver item 4.1.1.6.



A discussão resultante foi objeto de debate na primeira consulta interna sobre tema regulatório, que deu lugar à atenção adicional à análise de impacto regulatório e motivou a mudança de rumos na ação sobre o tema, como será descrito no item 4.2.3.

4.1.1.2 – Câmara Técnica sobre Monitoramento da Contratualização

Constituída com o objetivo de estabelecer procedimentos e requisitos a serem observados nos instrumentos jurídicos entre as operadoras de planos privados de assistência à saúde e a rede prestadora de serviços de saúde na assistência suplementar, esta Câmara discutiu a metodologia proposta de monitoramento ativo do relacionamento entre operadoras e prestadores, a partir do diagnóstico de que a instabilidade no relacionamento entre as partes prejudica o consumidor.

Suas atividades foram desenvolvidas entre setembro e dezembro de 2013. Por fim, resultou numa instância importante de debate das ações desenvolvidas no Programa de Monitoramento da Contratualização (PMC) e na evolução desse Programa para outras iniciativas.

4.1.1.3 – Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar – COPISS⁵²

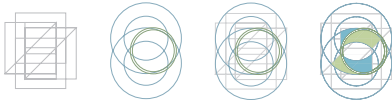
O COPISS é composto por representantes da ANS, do Ministério da Saúde, das operadoras de planos privados de assistência à saúde, dos prestadores de serviços de saúde, das instituições de ensino e pesquisa e das entidades representativas de usuários de planos privados.

Tem por objetivos: propor à ANS o aprimoramento do Padrão 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; analisar os sistemas de informação da saúde suplementar, coordenados pela Agência, visando adequar o Padrão TISS; e promover, fomentar e recomendar estudos relativos à tecnologia de informação e comunicação em saúde.

Com atividades desenvolvidas continuamente configurou uma instância fundamental de desenvolvimento do Padrão TISS 3.0, em um diálogo técnico intensivo e colaborativo.

Para o desenvolvimento de suas atividades, o COPISS pode contar com a participação de convidados, escolhidos entre entidades, cientistas e técnicos com conhecimentos na área, e pode ainda constituir Grupos Técnicos para a elaboração de estudos e pareceres temáticos.

⁵². Mais informações sobre o assunto no item 3.1.4.



4.1.1.4 – Comitê Gestor do QUALISS – COGEP⁵³

O COGEP foi constituído para promover o desenvolvimento e o aperfeiçoamento do Programa de Divulgação da Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar e do Programa de Monitoramento da Qualidade dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar, buscando ampliar a participação democrática dos diversos agentes econômicos deste setor na defesa do interesse público.

Foi composto por representantes da ANS, do Ministério da Saúde, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), de entidades nacionais de defesa dos consumidores, de operadoras de planos de saúde, de prestadores de serviços de saúde e de instituições públicas de ensino e pesquisa com experiência na área.

4.1.1.5 – Grupo de Trabalho sobre Remuneração Hospitalar

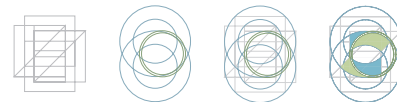
O Grupo de Trabalho sobre Remuneração de Hospitalar, composto por representantes de entidades hospitalares, de operadoras e da ANS, foi instituído em janeiro de 2010 sendo que a última reunião ocorreu em novembro de 2013.

Esse Grupo foi criado a partir da constatação de que a dissociação entre os preços dos serviços hospitalares (diárias e taxas) e seus custos gera distorções no modelo de remuneração dos hospitais, fazendo com que a comercialização de medicamentos, materiais e OPME responda de forma mais expressiva pela receita desses estabelecimentos e pela participação nas despesas assistenciais totais das operadoras. O objetivo do Grupo é criar alternativas para induzir a mudança da lógica atual da remuneração no setor, passando de um modelo atrelado a maior consumo – principalmente de materiais e medicamentos – para um modelo de remuneração associado a serviços de saúde com mais qualidade.

Já é ponto pacífico que o modelo de pagamento por procedimento exerce um incentivo perverso à utilização excessiva do sistema, em detrimento da qualidade assistencial, e leva ao aumento generalizado de custos que, em última instância, recai sobre o consumidor de planos de saúde.

Após diversas rodadas de negociação, foi lançado documento sobre a utilização de uma conta aberta aprimorada ou tabela compacta. Essa forma de pagamento é recomendada para procedimentos hospitalares que oferecem dificuldades de padronização de insumos e serviços. Em linhas gerais, trata-se de englobar, no valor da diária, os materiais, medicamentos e procedimentos que são utilizados na maior parte das internações hospitalares – se não em todas. No mesmo período, o Grupo de Trabalho sobre Remuneração Hospitalar lançou outro documento, sobre procedimentos gerenciados, onde é estabelecida uma forma de determinar um valor global para itens que compõem o tratamento de uma condição, sendo o valor total determinado com base nos custos dos itens que os protocolos médicos diretrizes

⁵³. Mais informações sobre o COGEP e suas atividades no item 3.2.2.



preconizam como a melhor conduta. Foram criados pares de participantes voluntários, compostos por uma operadora de plano de saúde e um prestador hospitalar. Esses pares estão testando o uso do pagamento por procedimentos gerenciados.

Ao adotar esse modelo, o controle de custos pelos hospitais torna-se imprescindível, uma vez que os gastos não poderão ser automaticamente repassados às operadoras, como acontece no pagamento por procedimento. Assim, esse sistema tende a ter um impacto positivo em termos de eficiência. Seus impactos são limitados, contudo, no que se refere à qualidade da prestação de serviços, pois não há qualquer forma de incentivo ou pagamento diferenciado a prestadores que invistam em qualidade ou prestem melhor assistência a seus pacientes.

Ao longo das discussões, observou-se uma redução gradativa da participação de hospitais e operadoras quando comparado ao 1º monitoramento, além de baixa adesão ao piloto, sendo que metade dos hospitais e operadoras participantes do piloto enviaram informações sobre a evolução do projeto no 2º monitoramento. Nove hospitais e oito operadoras participaram do período de acompanhamento final da Etapa I – Macro Atividade I – Conta Aberta Aprimorada.

Considerando as dificuldades de adesão à iniciativa, cuja velocidade depende, em grande medida, do poder de mercado local da operadora e do grau de dependência do prestador em relação ao faturamento obtido por intermédio daquela operadora – uma avaliação corroborada pelo próprio Grupo de Trabalho – a ANS deverá continuar a discussão sobre formas de remuneração mais adequadas (por exemplo, conta aberta aprimorada e procedimento gerenciado), mas deverá também propor a discussão de um modelo de pagamento que privilegie a qualidade dos serviços prestados aos beneficiários em iniciativas complementares à do grupo de trabalho.

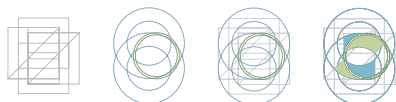
4.1.1.6 – Grupo de Trabalho sobre Honorários Médicos

O Grupo de Trabalho sobre Honorários Médicos foi instituído em fevereiro de 2010 e atuou até o início de 2012, quando o diálogo foi transferido para a Câmara Técnica de Hierarquização dos Procedimentos Médicos⁵⁴.

Contando com a participação de entidades representativas de médicos e de operadoras de planos, o objetivo desse Grupo era criar alternativas de critérios de reajuste dos honorários médicos (modelos), que possam ser utilizados como referência para os contratos, e debater a adoção de critérios de hierarquização de procedimentos pelas operadoras.

Esses dois temas foram escolhidos a partir da verificação de que a não adoção pelo setor de critérios técnicos para a adequada precificação dos valores pagos pelos procedimentos médicos acabou gerando um desinteresse por parte de médicos de algumas especialidades em realizar esses procedimentos, independente da necessidade do paciente.

⁵⁴. Ver item 4.1.1.1.



Por vezes, o valor pago por um procedimento não compensaria, na visão das entidades médicas, a complexidade da tarefa executada. O resultado é que, a cada dia, procedimentos que poderiam atender adequadamente as necessidades de saúde dos beneficiários deixam de ser realizados por escassez de oferta.

4.1.2 – Consultas Públicas

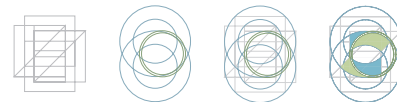
Consultas públicas são discussões de temas relevantes, abertas à sociedade, que ajudam a ANS na busca por subsídios para o processo de tomada de decisão. Espera-se, portanto, tornar as ações governamentais mais democráticas e transparentes.

A consulta deve contar com a participação tanto de cidadãos quanto de setores especializados da sociedade, como sociedades científicas, entidades profissionais, universidades, institutos de pesquisa e representações do setor regulado.

A seguir, as consultas públicas realizadas pela DIDES no período considerado:

| Nº | Consultas Públicas | Período | Descrição da proposta | Resolução Normativa Resultante | Nº de Contribuições Recebidas |
|----|--|-------------------------------|--|--------------------------------------|-------------------------------|
| 36 | Programa de Acreditação de Operadoras | 17/12/2010 a 06/01/2011 | Instituir o Programa de Acreditação das Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde (exceto exclusivamente odontológicas). | RN nº 277, de 4 de novembro de 2011 | 1.453 |
| 38 | Programa de Incentivo à Qualificação de Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar | 25/02/2011 a 27/03/2011 | Instituir o Programa de Incentivo à Qualificação de Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar. | RN nº 267, de 24 de agosto de 2011 | 263 |
| 44 | Instituição do Programa de Monitoramento da Qualidade dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar (QUALISS) | 24/06/2011 a 23/07/2011 | Implantar um programa para avaliar o desempenho e os resultados assistenciais dos prestadores de serviços na saúde suplementar, com vistas à seleção de indicadores que tenham validade e comparabilidade e que contribuam para diferenciar as organizações avaliadas segundo qualidade. | RN nº 275, de 1º de novembro de 2011 | 150 |
| 43 | Atualização do Padrão de Troca de Informação na Saúde Suplementar (Padrão TISS) | 07/06/2011 a 05/08/2011 | Dispor sobre atualização do Padrão de Troca de Informação na Saúde Suplementar. | RN nº 305, de 09 de outubro de 2012 | 16.156 |

continua



continuação

| Nº | Consultas Públicas | Período | Descrição da proposta | Resolução Normativa Resultante | Nº de Contribuições Recebidas |
|--|--|-------------------------|---|--|-------------------------------|
| 54 | Boas Práticas na relação entre operadoras de planos e prestadores de serviços de saúde - DIDES | 06/01/2014 a 04/02/2014 | Estabelecer regras gerais para favorecer boas práticas no relacionamento entre operadoras de planos privados de assistência à saúde e profissionais de saúde, hospitais, clínicas e laboratórios. | * | 1.086 |
| Total de Consultas Públicas realizadas: | | | 5 | Total de contribuições recebidas: | 19.108 |

*Dado indisponível, consulta pública em andamento no momento da elaboração deste levantamento.

4.1.3 – A primeira Audiência Pública da ANS

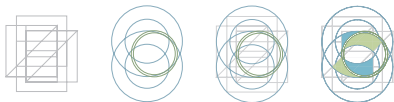
A política de indução da qualidade na regulação das relações entre operadoras de planos e prestadores de serviços de saúde ganhará nova força com a instituição do Comitê de Boas Práticas⁵⁵(COBOP).

Em um contexto onde não são produtivos nem o embate de forças e nem o silêncio frente às discussões, a realização da primeira Audiência Pública da Agência marcou definitivamente uma postura de transparência, capaz de conciliar a disponibilidade para o diálogo e a construção coletiva com a firmeza indispensável a um órgão regulador.

O tema “boas práticas na relação entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços de saúde” foi debatido no Rio de Janeiro, em 23 de janeiro de 2014. Antes do debate, foram apresentados os principais pontos da proposta de norma, que prevê a criação de índices para a composição de um indicador que reflita uma visão integrada do relacionamento entre operadoras e prestadores, induzindo um processo de qualificação setorial.

Cerca de 90 pessoas, entre representações de associações hospitalares, prestadores de SADT, operadoras de planos, consumidores, servidores da Agência e profissionais da saúde – médicos, enfermeiros e dentistas – estiveram presentes e apresentaram, ao longo de 90 minutos de evento, aproximadamente 30 intervenções com contribuições que foram integradas àquelas recebidas na Consulta Pública e avaliadas no processo de elaboração da norma. Para ampliar o alcance da Audiência, o evento foi transmitido pela internet, na primeira transmissão ao vivo de um evento da instituição pelo canal da ANS no Youtube, onde o conteúdo totaliza até o momento 579 acessos, e no Twitter. A transmissão ainda serviu de teste bem sucedido para avaliar a capacidade da rede interna para abertura do Youtube e das redes sociais aos servidores e colaboradores.

⁵⁵. Vide item 3.2.3.



Para garantir a transparência da iniciativa, os documentos relacionados à Audiência Pública – edital, minuta da resolução normativa, exposição de motivos, regimento interno, registro em vídeo e em áudio, apresentação e listas de presença – estão disponíveis no site da ANS⁵⁶.

A iniciativa constituiu mais um passo em uma série de medidas da ANS iniciadas com a implementação da Agenda Regulatória para transformar e aprimorar a própria regulação e permitiu inaugurar a ferramenta audiência pública, até então somente uma possibilidade prevista em lei, ao conjunto de mecanismos de participação e controle social efetivamente utilizado pela instituição⁵⁷. Permanece o intuito de que a incorporação efetiva dessa ferramenta seja confirmada por meio de sua adoção em outros projetos, sempre que a opção se mostrar produtiva para a regulação do setor.

4.1.4 – Normas editadas no período

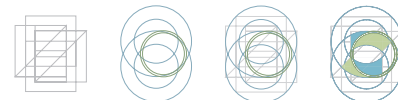
Os normativos são uns dos principais produtos da ação regulatória. A DIDES elaborou as seguintes normas no período:

| TIPO | Nº | DATA | DESCRIÇÃO |
|------------------------------------|-----|-----------|---|
| IN - Instrução Normativa | 46 | 28-mar-11 | Institui o formato XML (Extensible Markup Language) para a transmissão das informações para o Sistema de Informações de Beneficiários da Agência Nacional de Saúde Suplementar - SIB/ANS; estabelece procedimentos para a geração, validação, transmissão e controle de dados cadastrais de beneficiários do SIB/ANS; e revoga as Instruções Normativas nº 35, de 3 de abril de 2009, e nº 39, de 26 de novembro de 2009; ambas da DIDES. |
| RN - Resolução Normativa | 223 | 14-out-10 | Altera a Resolução Normativa - RN nº 187, de 9 de março de 2009, que estabelece normas para a geração, transmissão e controle de dados cadastrais de beneficiários do Sistema de Informações de Beneficiários da Agência Nacional de Saúde Suplementar - SIB/ANS. Revogada |
| INC - Instrução Normativa Conjunta | 3 | 20-out-10 | Dispõe sobre a contabilização dos montantes devidos de Ressarcimento ao SUS no Plano de Contas Padrão da ANS. Conjunta DIOPE (Revogada) |

continua

⁵⁶. www.ans.gov.br, em Participação da Sociedade, Audiências Públicas.

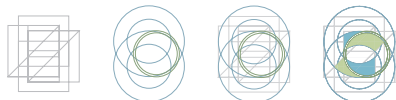
⁵⁷. Resolução Normativa RN nº 242



continuação

| TIPO | Nº | DATA | DESCRIÇÃO |
|--------------------------------|-----|-----------|---|
| RN - Resolução Normativa | 239 | 8-nov-10 | Dispõe sobre a Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos – TUNEP para fins de Ressarcimento dos atendimentos prestados aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde, por instituições públicas ou privadas, integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS, alterando a RN nº 177, de 3 de novembro de 2008, a RN nº 185, de 30 de dezembro de 2008, e a RN nº 217, de 13 de maio de 2010. |
| RN - Resolução Normativa | 240 | 6-dez-10 | Dispõe sobre a Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos – TUNEP para fins de Ressarcimento dos atendimentos prestados aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde, por instituições públicas ou privadas, integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS, alterando a RN nº 239, de 5 de novembro de 2010. |
| RN - Resolução Normativa | 248 | 2-mar-11 | Altera a RN nº 4, 19 de abril de 2002, que dispõe sobre o parcelamento de débitos tributários e não tributários para com a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, além do ressarcimento ao Sistema Único de Saúde - SUS. |
| RN - Resolução Normativa | 250 | 28-mar-11 | Estabelece normas para a geração, transmissão e controle de dados cadastrais de beneficiários do Sistema de Informações de Beneficiários da Agência Nacional de Saúde Suplementar - SIB/ANS; institui o formato XML (Extensible Markup Language) como padrão para a troca de informações entre as operadoras e o SIB/ANS; revoga a RN nº 187, de 9 de março de 2009 e a RN nº 233, de 13 de outubro de 2010 e dá outras providências. Revogada |
| RN - Resolução Normativa | 251 | 25-abr-11 | Altera a Resolução Normativa - RN nº 185, de 30 de dezembro de 2008, que instituiu o procedimento eletrônico de ressarcimento ao SUS, previsto no art. 32 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e estabeleceu normas sobre a repetição de indébito e o repasse dos valores recolhidos a título de ressarcimento ao SUS |
| IN - Instrução Normativa | 47 | 6-mai-11 | Dispõe sobre o procedimento de ressarcimento ao SUS, previsto no artigo 32 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e na Resolução Normativa nº 253, de 5 de maio de 2011. |
| RN - Resolução Normativa | 253 | 6-mai-11 | Dispõe sobre o procedimento físico de ressarcimento ao SUS, previsto no art. 32 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e estabelece normas sobre o repasse dos valores recolhidos a título de ressarcimento ao SUS. |

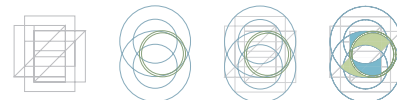
continua



continuação

| TIPO | Nº | DATA | DESCRIÇÃO |
|------------------------------------|-----|-----------|---|
| IS - Instruções de Serviços | 3 | 30-mai-11 | Institui os Manuais Técnicos do Ressarcimento ao SUS. |
| RA - Resolução Administrativa | 43 | 22-jun-11 | Institui o Comitê de Informação e Informática - C2i da Agência Nacional de Saúde Suplementar. |
| RN - Resolução Normativa | 267 | 25-ago-11 | Institui o Programa de Divulgação da Qualificação de Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar. |
| INC - Instrução Normativa Conjunta | 5 | 3-out-11 | Dispõe sobre a contabilização dos montantes devidos de Ressarcimento ao SUS no Plano de Contas Padrão da ANS. Conjunta DIOPE |
| RN - Resolução Normativa | 273 | 21-out-11 | Altera o Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, instituído pela Resolução Normativa - RN nº 197, de 16 de julho de 2009, e a RN nº 198, de 16 de julho de 2009, que define o quadro de cargos comissionados e cargos comissionados técnicos da ANS. |
| RN - Resolução Normativa | 275 | 3-nov-11 | Dispõe sobre a Instituição do Programa de Monitoramento da Qualidade dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar - QUALISS. |
| RA - Resolução Administrativa | 48 | 10-fev-12 | Altera a Resolução Administrativa – RA nº 43, de 22 de junho de 2011, que instituiu o Comitê de Informação e Informática - C2i da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. |
| IN - Instrução Normativa | 48 | 13-fev-12 | Dispõe sobre o regimento interno do Comitê Gestor do Programa de Divulgação da Qualificação dos Prestadores de Serviço na Saúde Suplementar - COGEP. |
| RN - Resolução Normativa | 295 | 10-mai-12 | Estabelece normas para a geração, transmissão e controle de dados cadastrais de beneficiários do Sistema de Informações de Beneficiários da Agência Nacional de Saúde Suplementar - SIB/ANS; dispõe sobre o formato XML (Extensible Markup Language) como padrão para a troca de informações entre as operadoras e o SIB/ANS; revoga a Resolução Normativa - RN nº 250, de 25 de março de 2011; e dá outras providências. |
| IN - Instrução Normativa | 49 | 18-mai-12 | Regulamenta o critério de reajuste, conforme disposto na alínea "c" do inciso VII do parágrafo único do artigo 2º das Resoluções Normativas - RN'S nº 42, de 4 de julho de 2003, nº 54, de 28 de novembro de 2003 e nº 71, de 17 de março de 2004. |

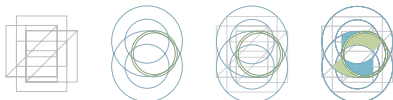
continua



continuação

| TIPO | Nº | DATA | DESCRIÇÃO |
|-----------------------------|-----|-------------|---|
| RN - Resolução Normativa | 303 | 3-set-12 | Acrescenta parágrafos ao art. 26 da Resolução Normativa - RN nº 295, de 9 de maio de 2012, que dispõe, em especial, sobre a geração, a transmissão e o controle de dados cadastrais de beneficiários do Sistema de Informações de Beneficiários da Agência Nacional de Saúde Suplementar - SIB/ANS. |
| IN - Instrução Normativa | 50 | 26-set-12 | Dispõe sobre o formato XML (Extensible Markup Language) para a transmissão das informações para o Sistema de Informações de Beneficiários da Agência Nacional de Saúde Suplementar - SIB/ANS; estabelece procedimentos para a geração, validação, transmissão e controle de dados cadastrais de beneficiários do SIB/ANS; e revoga a Instrução Normativa nº 46, de 25 de março de 2011, da Diretoria de Desenvolvimento Setorial - DIDES. |
| RN - Resolução Normativa | 305 | 9-out-12 | Esta Resolução estabelece o Padrão obrigatório para Troca de Informações na Saúde Suplementar - Padrão TISS dos dados de atenção à saúde dos beneficiários de Plano Privado de Assistência à Saúde; revoga a Resolução Normativa - RN nº 153, de 28 de maio de 2007 e os artigos 6º e 9º da RN nº 190, de 30 de abril de 2009. |
| IN - Instrução Normativa | 51 | 10-out-12 | Regulamenta a RN nº 305, de 09 de outubro de 2012, e institui o Sistema de Gestão do Padrão TISS. |
| IS - Instruções de Serviços | 4 | 22-jan-13 | Institui o Quali-reg |
| IN - Instrução Normativa | 52 | 22-mar-13 | Define as regras para a divulgação da qualificação dos prestadores de serviços pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde em seus materiais de divulgação da rede assistencial. |
| RN - Resolução Normativa | 321 | 22-mar-13 | Altera a RN nº 267, de 24 de agosto de 2011, que instituiu o Programa de Divulgação da Qualificação de Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar. |
| RN - Resolução Normativa | 327 | 23-abr-13 | Altera o § 1º do art.24 e acrescenta o art.27-A na Resolução Normativa - RN nº 253, de 5 de maio de 2011, que dispõe, em especial, sobre o procedimento físico de ressarcimento ao SUS. |
| RN - Resolução Normativa | 341 | 28-nov-13 | Altera a Resolução Normativa RN n. 305 de 09 de outubro de 2012 que estabelece o Padrão obrigatório para Troca de Informações na Saúde Suplementar - Padrão TISS dos dados de atenção à saúde dos beneficiários de Plano Privado de Assistência à Saúde e revoga a Resolução Normativa - RN nº 153, de 28 de maio de 2007 e os artigos 6º e 9º da RN nº 190, de 30 de abril de 2009. |
| RN - Resolução Normativa | 220 | 11-jun-2010 | Acrescenta procedimentos no anexo da RN n.º 177, de 3 de novembro de 2008. |
| RN - Resolução Normativa | 271 | 13-out-11 | Altera a Resolução Normativa - RN nº 253, de 5 de maio de 2011, que dispõe sobre o procedimento físico de ressarcimento ao SUS, previsto no art. 32 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e estabelece normas sobre o repasse dos valores recolhidos a título de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde. |

continua



continuação

| TIPO | Nº | DATA | DESCRIÇÃO |
|---|--|-------------|--|
| RN - Resolução Normativa | 217 | 14-mai-2010 | Altera a RN nº 185, de 30 de dezembro de 2008 e a RN nº 177, de 3 de novembro de 2008. |
| RN - Resolução Normativa | 328 | 23-abr-13 | Altera a Resolução Normativa - RN 4, de 19 de abril de 2002, que dispõe sobre o parcelamento de débitos tributários e não tributários para com a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, além do ressarcimento ao Sistema Único de Saúde – SUS. |
| RN - Resolução Normativa | Informações não disponíveis na conclusão deste levantamento. | | Institui o Comitê de Incentivo às Boas Práticas entre Operadoras e Prestadores (COBOP) no âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). |
| Proposta de novas RN e IN do Ressarcimento ao SUS | | | Processo nº 33902.220013/2011-50 Em análise na Procuradoria Geral. |

4.2 – Implementando Boas Práticas de Regulação

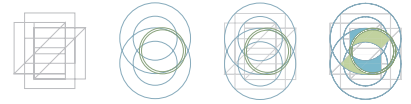
A regulação é hoje reconhecida como importante instrumento no conjunto de ferramentas de desenvolvimento de políticas públicas, o qual, quando conduzido de forma adequada, pode dar suporte ao crescimento gerado pelo mercado e colaborar com a redução das desigualdades sociais e econômicas⁵⁸.

Em resposta às inovações tecnológicas, às demandas dos consumidores por serviços melhores, à evolução das economias de manufatura para serviços e às interdependências regionais e globais dos mercados, os órgãos de regulação têm enfrentado a necessidade de estimular a competição e incrementar a eficiência regulatória. Nesse exercício, a atividade regulatória no Brasil já atingiu vivência suficiente para buscar aprimorar sua própria qualidade: regular melhor tornou-se um objetivo essencial. O incremento de qualidade evoluiu da eliminação de regulação onerosa e do foco de identificar problemas em defesa de reformas específicas, para uma agenda de reforma mais ampla. Esta inclui adotar uma gama de políticas, procedimentos e ferramentas capazes de avaliar a atividade, como agendas regulatórias, mecanismos de consulta e análise de impacto regulatória (AIR)⁵⁹.

Como seria natural em uma divisão que se ocupa do desenvolvimento setorial, a Gestão da DIDES se ocupou da busca pelo aprimoramento da regulação. Neste capítulo, serão descritos três exemplos de boas práticas implementadas no período.

⁵⁸. KIRKPATRICK, Colin; PARKER, David; ZHANG, Yin-Fang. Regulatory impact assessment in developing and transition economies: a survey of current practice. Manchester: Centre on Regulation and Competition, Institute for Development Policy and Management, University of Manchester. Junho, 2004. (Working Paper Series, paper nº 83). Disponível em <<http://ageconsearch.umn.edu/bitstream/30673/1/cr040083.pdf>>. Acesso em: 10 Fev. 2014.

⁵⁹. RODRIGO, Delia. Regulatory impact analysis in OECD countries: challenges for developing countries. south asian-third high level investment roundtable. Bangladesh: directorate for public governance and territorial development. Junho, 2005. Disponível em <<http://www.oecd.org/gov/regulatory-policy/35258511.pdf>> Acesso em: 10 Fev. de 2014.



4.2.1 – Aprimoramento das Práticas de Gestão da Produção Normativa

Unidade técnica responsável: Assessoria Normativa da Diretoria de Desenvolvimento Setorial (ASSNT/DIDES)

Na atividade de uma agência reguladora, a produção de normas constitui um processo de trabalho central. Por isso, a gestão dessa produção constitui um volume de trabalho relevante na ANS. Também é parte desse gerenciamento a fundamentação e a análise técnica das manifestações em segunda instância, isto é, julgamento em grau de recurso dos processos administrativos que tramitam na Agência, que pode se dar por relatoria, quando a própria Diretoria é responsável pela análise primária do recurso, ou Circuito Deliberativo, quando a Diretoria analisa os votos proferidos pelas demais.

Para garantir adequada gestão a esse processo de trabalho, evitando o risco de prescrição de processos ou de morosidade ou burocratização nas decisões da Agência, a DIDES encarou esse processo de trabalho como vital entre 2011 e 2014, empreendendo uma estratégia de ação concentrada para aprimorar as práticas observadas nessa área.

4.2.1.1 – Diagnóstico

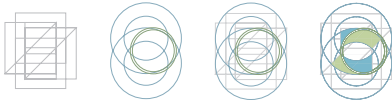
No início da Gestão, identificou-se um volume expressivo de processos administrativos em posse da DIDES e com análise ainda pendente. Nesse acervo, foi possível identificar uma quantidade considerável de processos há algum tempo na Diretoria com risco de prescrição em um prazo de cerca de uma ou duas semanas adiante.

4.2.1.2 – Medidas implementadas

Primeiramente, realizou-se um inventário dos processos e a organização de sua guarda. Para organizar a análise, optou-se por priorizar processos que já estavam há mais tempo sob a guarda da Diretoria, de modo a evitar o risco de prescrição⁶⁰.

Em 2011, algumas intercorrências aceleraram a tramitação de processos, embora não tenham elevado o número de relatorias produzidas. Inicialmente, se trabalhava com um prazo prescricional bem reduzido: os processos eram recebidos pela área na iminência de prescrever, exigindo que processos recentemente encaminhados para a Diretoria fossem prontamente analisados.

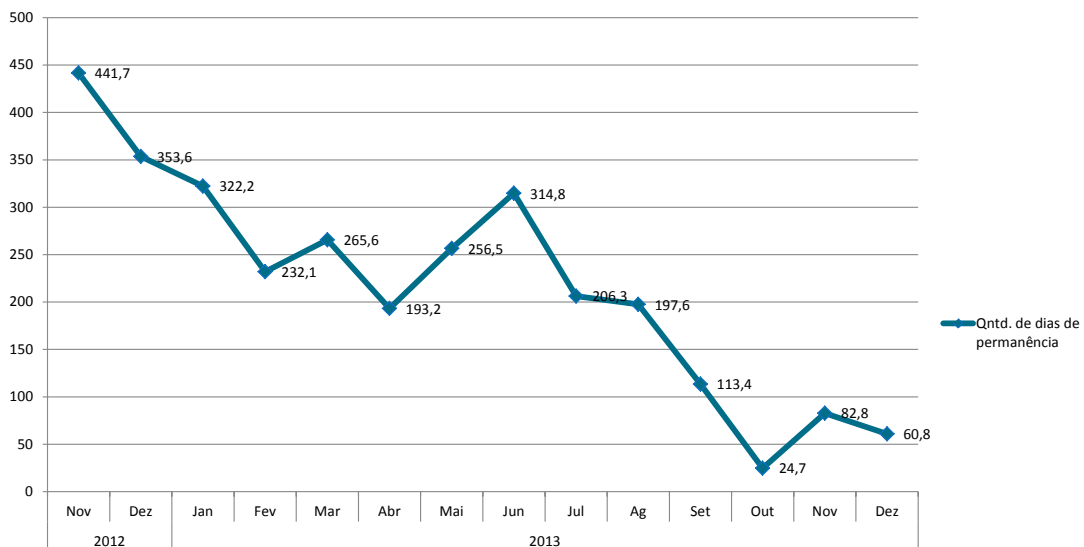
⁶⁰. Previsão legal da Lei 9.873/99 de prescrição trienal (processos administrativos não podem permanecer parados por três anos).



Mais adiante, aproveitando a implementação da AEP⁶¹, cuja elaboração teve contribuição da Assessoria Normativa e da Diretoria-Adjunta da DIDES, e a consequente agilização da rotina de trabalho a partir da substituição do fluxo do Circuito Deliberativo, cujo rito era mais demorado, foi possível dispor de recursos humanos para outras tarefas, o que permitiu eliminar a existência de processos com risco iminente de prescrição.

Já em 2013, o enfoque passou a ser dado a processos que não correspondiam aos critérios estabelecidos para priorização na ANS, ou seja, não eram processos com risco de prescrição, nem do fluxo da AEP, tampouco envolviam idosos ou eram qualificados como institucionais. É neste período que se consegue verificar a maior redução no tempo de permanência de processos na DIDES, chegando próximo a zero o passivo de processos entre setembro e outubro.

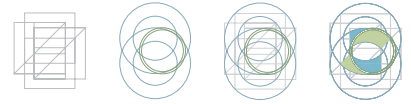
Gráfico 8 - Prazo de Permanência de Processos de decisões de 2a. instância na DIDES em 2013 (em dias)



Em 2011 e 2012, a análise ainda estava concentrada na redução do passivo de processos. A partir de 2013, é possível observar queda expressiva do período de permanência dos processos (em análise ou aguardando análise) na DIDES, já que nessa data já se tratava de processos recém encaminhados à DIDES. Assim, demonstra-se maior celeridade do processo de trabalho.

Fonte: Diretoria de Desenvolvimento Setorial, 2014.

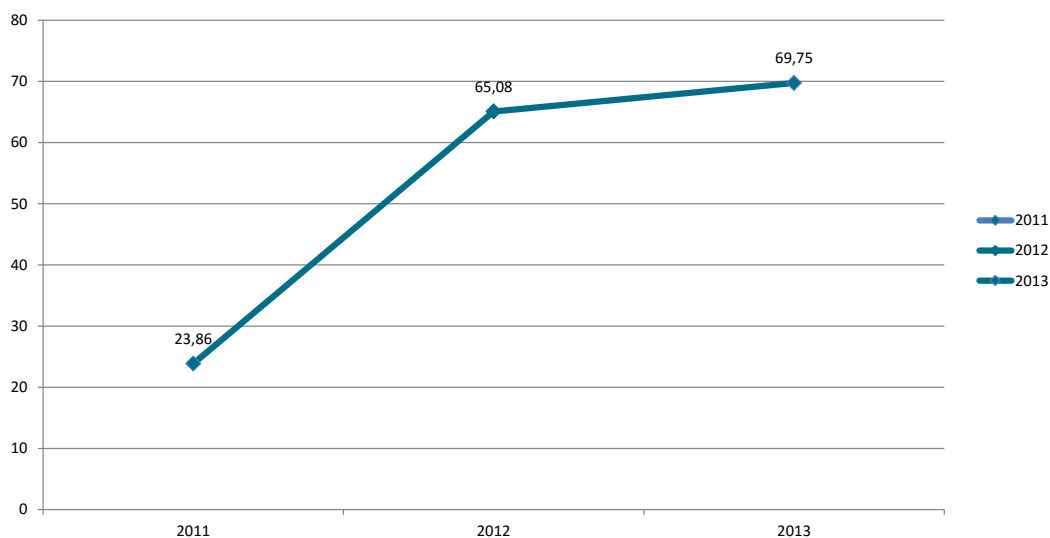
⁶¹. Vide 4.2.2.



Considerando que a Assessoria não recebeu mais processos para elaboração de relatoria após novembro de 2013, quando servidores temporários ingressaram na ANS especificamente para tratar de passivo processual, este estoque se encerrou de forma definitiva no mês de março de 2014.

O gráfico a seguir demonstra a evolução da produtividade do processo de trabalho a partir das medidas implementadas.

Gráfico 9 - Média Mensal de Processos



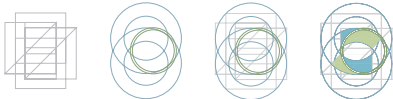
A média de 2011 engloba o período entre junho e dezembro.

Fonte: Diretoria de Desenvolvimento Setorial, 2014.

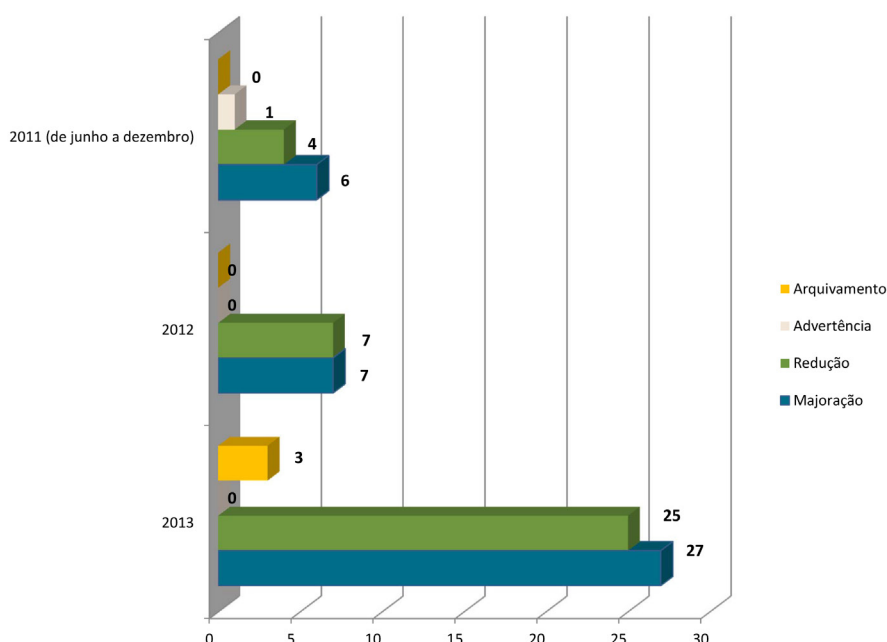
4.2.1.3 – Resultados:

- Ao final do período, houve **expressiva redução do passivo de processos, com o estoque processual zerado já no 2º semestre de 2012** especificamente em relação aos processos não sancionadores, DLP e Taxa de Saúde Suplementar, cujas regras de prescrição não incidem ou incidem de uma forma menos incisiva.

- **Incremento de produtividade na análise de processos**, que pode ser mensurado pelo incremento da média mensal de processos produzidos e pela redução do tempo médio de permanência de processos sob guarda da DIDES, conforme demonstraram os dois gráficos anteriores. Entre 2012 e 2013, o incremento superior a 100% na produtividade, sobretudo a partir da AEP, que otimizou processos de trabalho e permitiu dispor de recursos humanos para outras atividades, atingindo-se o dobro de relatorias emitidas.



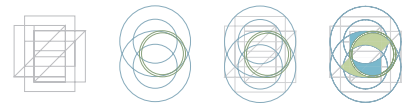
- Com relação às decisões, incremento do número de processos com voto por arquivamento, majoração ou redução de multas, o que pode ser visto como um indicador qualitativo da análise efetuada (não se restringe à repetição da decisão de primeira instância)



4.2.2 – Análise Eficiente de Processos (AEP): Colaboração na Formulação

Ao se falar em processo administrativo, possivelmente a palavra que vem à mente da maior parte das pessoas é burocracia. Entretanto, a análise de processos administrativos é crucial na rotina de trabalho da maior parte dos órgãos públicos, não só porque constitui parte integrante da maioria dos fluxos de trabalho, mas também porque configura o caminho pelo qual as decisões são tomadas e documentadas na gestão pública. Naturalmente, essa atividade demanda recursos humanos, tecnológicos e financeiros. Portanto, ainda que uma rotina de trabalho repetida e instalada tenda a ser vista com olhar menos crítico, a administração pública não pode prescindir de uma gestão atenta e cuidadosa desses processos.

A Análise Eficiente de Processos (AEP) foi um projeto de grande impacto, desenvolvido para responder a seguinte pergunta: como aprimorar e tornar mais produtiva a rotina, permitindo liberar recursos para melhor aproveitamento? O processo de trabalho considerado foi o do Circuito Deliberativo, constituído pelos votos emitidos por cada diretoria para compor as



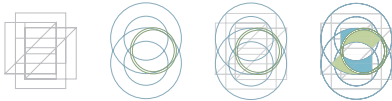
decisões proferidas pela Diretoria Colegiada da Agência em recursos de 5 diferentes tipos de processos administrativos⁶².

O projeto da AEP resultou de uma iniciativa transversal entre todas as diretorias, envolvendo a Secretaria Geral da Presidência da ANS (SEGER/PRESI), a Coordenadoria de Recursos e Assessoramento da Diretoria Colegiada (COREC/DICOL) e as assessorias normativas de cada Diretoria, sendo que a Assessoria Normativa da DIDES trabalhou diretamente com a COREC para apresentação da proposta que resultou na publicação da Instrução de Serviço IS nº 01/2011 da Diretoria Colegiada, que institui a AEP. Como a ASSNT/DIDES teve participação importante no desenvolvimento do projeto e os resultados observados foram relevantes, tornou-se pertinente abordá-los neste relatório.

Figura 4 - Fases de processamento e julgamento dos processos administrativos objeto da Análise Eficiente de Processos (AEP)

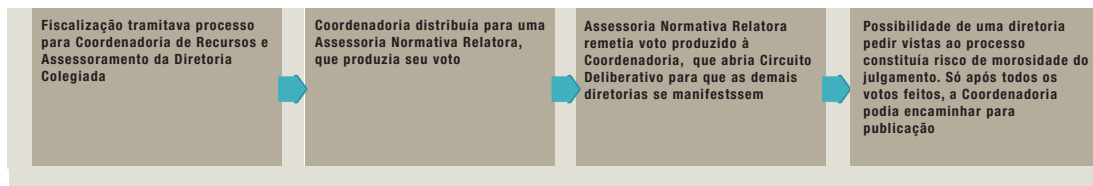


⁶². Conforme previsão legal, processos administrativos referentes a: doença e lesão preexistente (DLP), notificação fiscal de lançamento de débito (NFLD), processo administrativo sancionador (Multas e outras penalidades), ressarcimento ao SUS e processo administrativo disciplinar (PAD).



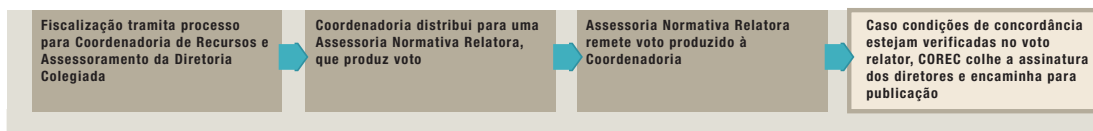
Quanto à etapa do Circuito Deliberativo, o fluxo de trabalho obedecia, até então, ao que apresenta a imagem a seguir:

FLUXOS



Após a implantação da AEP, o fluxo passou a ser o seguinte:

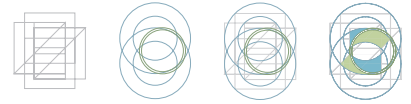
FLUXOS



No diagnóstico, foram identificados, para decisão no fluxo da AEP, 564 processos de negativa de cobertura e/ou intempestivos, divididos em 9 grupos, segundo a operadora de planos de saúde demandante. O menor grupo tinha 9 processos e as demais operadoras poderiam ser agrupadas para formar blocos maiores de processos.

Para esses processos, concomitantemente ao aumento de decisões proferidas pela Diretoria Colegiada, adotou-se um fluxo simplificado que permitiu a redução do tempo de análise. Os grupos de processos foram distribuídos entre as quatro diretorias votantes na 2ª instância, respeitando a divisão de operadoras, o que facilitou a análise dos argumentos de defesa pelos Diretores.

Esses processos foram escolhidos para integrarem o fluxo AEP em razão da menor complexidade das análises a serem feitas. Para negativas de cobertura, não existem muitas controvérsias acerca do assunto e, para processos intempestivos, a própria norma dispõe que a DICOL não conhecerá dos recursos.



4.2.1.2 – Medidas implementadas

- Após a separação dos Processos Administrativos Sancionadores em temas, designa-se uma Diretoria Relatora, que, para elaborar seu voto em AEP, avalia os seguintes pontos: decisão do Núcleo da ANS em 1ª instância, decisão do Juízo de Reconsideração⁶³ e aplicação da Resolução Normativa RN nº 124/2006.
- Caso convergentes os 3 fatores de análise considerados pela Diretoria Relatora, a mesma profere um voto que é subscrito pelos demais diretores ou colocado em votação na reunião da Diretoria Colegiada.
- Os processos com recurso apresentado intempestivamente entram no fluxo da AEP, independentemente de tema.

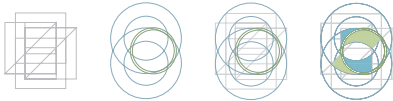
É importante ressaltar que a AEP não configura redução do nível de exigência da análise, pois só se aplica caso sejam observados os requisitos estabelecidos como condições para a concordância, além de manter a possibilidade de alteração (majoração ou redução de pena) por cada diretoria, ainda que todos os requisitos estejam presentes – hipótese em que a Diretoria divergente solicitará a retirada do processo da pauta da reunião ou deixará de subscrever a decisão, produzindo um voto divergente, tal como ocorria no fluxo normal dos Circuitos Deliberativos.

4.2.1.3 – Resultados especificamente na DIDES

A partir da simplificação da rotina de trabalho, foi possível redistribuir recursos e esforços na DIDES, o que permitiu à Gestão alcançar os seguintes resultados:

- **conclusão da análise de todos os processos não sancionadores, Doença e Lesão Preexistente (DLP) e Taxa de Saúde Suplementar** do passivo de processos a analisar;
- conclusão da análise de processos com **risco iminente** de prescrição, com redução progressiva do risco de prescrição, ampliando-se o prazo estimado no momento da análise do processo, que chegava a ser de uma a duas semanas em 2011, para quatro meses já no primeiro semestre de 2012;
- **redução do tempo de tramitação de processos**, uma vez que a elaboração de votos em processos recebidos já na vigência do novo fluxo passou a se dar em um tempo médio bem inferior aos processos do passivo.
- aumento substancial da produtividade no que concerne à elaboração de minutas de votos para a assinatura do Diretor.

⁶³. Vide item 6.2.3



4.2.1.4 – Resultados globais na ANS

Em 2012⁶⁴:

- cerca de **R\$ 146 milhões em multas referentes a mais de 2.000 decisões elaboradas**, além do encerramento de mais de 2.500 processos;

- **redução gradativa do tempo de tramitação de processos** na 2ª instância, de 15 meses em média em 2011 para 4 meses a partir de agosto de 2012;

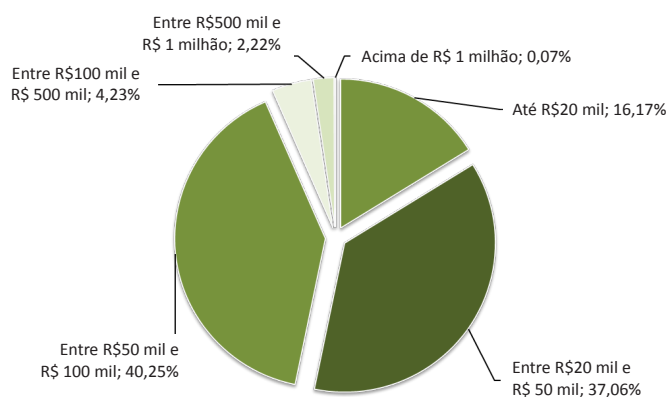
- **incremento de mais de 100% na arrecadação de multas**, comparado a 2011;

- novo fluxo específico para interposição de petições de revisão administrativa, que favorece a opção das operadoras pelo pagamento de depósito judicial para evitar a inscrição em Dívida Ativa, permitindo à ANS **evitar a revisão com base em petições meramente protelatórias e a prescrição de processos**;

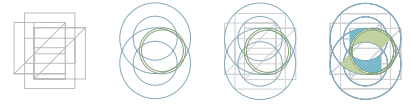
- quanto a infrações, a partir do estudo desenvolvido para a AEP, foi possível identificar que houve concentração de condutas infratoras: **as 6 infrações mais praticadas pelas operadoras de planos de saúde somaram cerca de 75% de todos os casos levados a julgamento da Diretoria Colegiada**, o que indicou a necessidade de desenvolver e implementar medidas que coíbam essas práticas.

- quanto aos valores de multa, **as decisões de recurso na Diretoria Colegiada estavam concentradas em operadoras de maior porte e referiam-se a multas de menor valor**, o que indicou que as **sanções não são suficientes para coibir as condutas e que seria adequado incrementar os incentivos regulatórios para estimular que as operadoras revejam suas condutas inapropriadas**.

Gráfico 10 - Valores de multa em processos do circuito deliberativo em 2012



⁶⁴. O período de 2012 é usado apenas como critério de amostra.



Os resultados alcançados tanto na ANS quanto especificamente na DIDES evidenciam o quanto a gestão integrada em processos de trabalho envolvendo diferentes áreas pode ser eficaz.

4.2.3 – A Primeira Consulta Interna Sobre Matéria Regulatória: Hierarquização de Procedimentos Médicos

A discussão sobre o modelo de remuneração utilizado para o pagamento de prestadores de serviços em saúde tornou-se objeto de atenção da ANS por impactar diretamente nos custos do sistema de saúde e na qualidade dos serviços. De fato, a forma como se remunera um serviço ou profissional é um dos meios mais eficientes para dar incentivos necessários a fim de que o prestador do serviço adote o comportamento que o contratante deseja. Por isso, no mundo corporativo, por exemplo, é comum que a remuneração de executivos tenha uma parcela variável atrelada ao desempenho da empresa em que trabalham. Na área da saúde, diversos modelos de pagamento desenvolveram-se ao longo do tempo. Na saúde suplementar brasileira, prevalece a remuneração por procedimentos, que estimula a produção (quanto mais procedimentos realizados, maior será o ganho), aumenta os custos do sistema (já que implica no risco de desperdício de procedimentos e materiais), resulta em maior número de auditorias de gastos e utilizações e não premia a qualidade do serviço prestado.

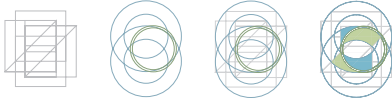
Além da questão do próprio modelo de remuneração, o montante a ser pago por procedimento é com frequência motivo de desentendimentos entre operadoras e prestadores. No início do período considerado neste relatório, as controvérsias chegaram a tal ponto que prestadores iniciaram paralisações ou interromperam o atendimento de beneficiários de determinadas operadoras sem qualquer aviso prévio. Outras controvérsias entre prestadores e operadoras, tais como a necessidade de utilização de materiais ou a escolha de órteses, próteses e materiais especiais (OPME), também afetam beneficiários de planos de saúde, que têm seu tratamento postergado ou interrompido até que se resolvam as pendências.

No que se refere ao modelo de pagamento, a Gestão da DIDES considerada neste relatório instituiu duas ações centrais:

- a) a criação, em 2010, de um Grupo de Trabalho sobre Remuneração Hospitalar⁶⁵, com a participação de entidades representativas de operadoras de planos de saúde, de hospitais e de especialistas da ANS, onde foram considerados dois modelos alternativos para a remuneração de hospitais;
- b) a discussão da possibilidade de se adotar uma lista hierarquizada para os pagamentos realizados no modelo de remuneração por procedimento, cujas motivações e impactos foram discutidos em um Grupo de Trabalho, uma Câmara

Fonte: *Previsão Técnica*⁶⁶ e uma Consulta Interna.

⁶⁵. Para mais informações sobre o Grupo de Trabalho sobre Remuneração Hospitalar, vide item 4.1.1.



⁶⁶. Para mais informações sobre o Grupo de Trabalho e a Câmara Técnica sobre Hierarquização de Procedimentos Médicos, vide item 4.1.1.1.

- a) o modelo de remuneração por procedimentos é o mais utilizado no Brasil e a mudança de modelo, ainda que benéfica, não seria rápida;
- b) a aplicação de novo modelo sem critérios poderia causar problemas: mudanças nos preços relativos de procedimentos podem afetar comportamentos, provocando maior oferta de procedimentos mais valorizados e menor oferta de procedimentos menos valorizados, o que implica em perda de bem estar dos pacientes⁶⁷.

Foram estimados⁶⁸ os custos distribucionais associados a uma mudança na qual os preços relativos da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM), tabela desenvolvida pelas entidades médicas, fossem institucionalizados e passassem a ser aplicados por todas as operadoras. As simulações realizadas mostraram que, com exceção da hipótese na qual os preços eram realinhados, tendo-se o valor pago pelas operadoras para a consulta como referência para os demais preços, as despesas relacionadas ao pagamento de prestadores médicos aumentariam significativamente, em alguns casos em mais de 6.000%. Além disso, constatou-se que, após mais de uma década de existência de uma lista hierarquizada divulgada pelas entidades médicas, a adesão a ela era baixa. Alguns agentes contestavam a forma como os preços relativos eram determinados, além de compreenderem que a adoção da lista divulgada pelas entidades médicas significaria uma adoção implícita dos preços absolutos para os procedimentos preconizados por essas entidades. Assim, fazia-se necessário, caso a Agência decidisse pela adoção de uma lista hierarquizada, realizar mais estudos para que os procedimentos fossem hierarquizados com uma metodologia adequada e legitimada pelos diversos atores do setor.

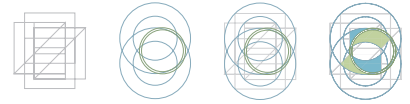
4.2.3.2 – A Consulta Interna

Para aprofundar o debate sobre o tema, considerando que nem o Grupo de Trabalho e nem a Câmara Técnica haviam sido conclusivos e que seria pertinente enriquecer a análise da proposta, a Gestão da DIDES colocou a Hierarquização de Procedimentos Médicos para debate em consulta interna junto ao conjunto de servidores da ANS.

A iniciativa viabilizou a possibilidade de discussão com todos os servidores da Agência, inaugurando o uso deste tipo de mecanismo de debate interno para temas regulatórios. Sendo uma iniciativa pioneira, a consulta interna foi executada de maneira razoavelmente informal: um texto na intranet da ANS convidou todos os servidores e colaboradores interessados a colaborarem na discussão do tema entre 16 de março e 18 de abril de 2013, independentemente de seu cargo ou área de lotação. As críticas e sugestões sobre o assunto foram analisadas, respondidas e divulgadas posteriormente para todo o público interno, novamente pela intranet.

⁶⁷. Nota Técnica nº 02/2013/ADS/DIDES/ANS - análise preliminar do impacto distributivo da proposta de adoção de uma lista hierarquizada de métodos e procedimentos no campo terapêutico e de diagnóstico a ser adotada pelas operadoras de planos de saúde.

⁶⁸. Idem.



4.2.3.3 – Resultados

Com base nos resultados das análises preliminares e dos debates desenvolvidos no Grupo de Trabalho, na Câmara Técnica e na Consulta Interna, ficou comprovado que o projeto de hierarquização de procedimentos demandava estudos aprofundados. Ainda que estivessem justificadas mudanças incrementais no modelo predominante no setor enquanto o uso de outros modelos não fosse generalizado, os estudos preliminares para implantação de uma lista hierarquizada apontaram que o desenvolvimento dessa lista baseada em custos associados ao trabalho médico (tempo de execução de um procedimento, complexidade, risco, etc.) demandaria pelo menos um ano de trabalho de uma consultoria especializada.

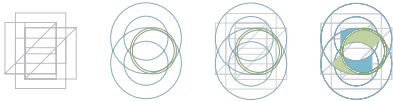
A DIDES estudou a possibilidade de realizar esses estudos e constatou que:

- a) a formulação de uma nova lista hierarquizada necessitaria de dados estimados por profissionais médicos, mas, conhecendo a finalidade da coleta de dados pela ANS, as estimativas tenderiam a ser sobre-estimadas;
- b) o estudo demandaria, no mínimo, um ano para sua execução;
- c) seria necessária a contratação de instituição técnica, o que demandaria dispêndios financeiros de, conforme cotações realizadas, aproximadamente R\$ 1.500.000,00.

O panorama resultante foi de que a iniciativa pareceu não ser suficiente para solucionar o problema considerado, além de demandar esses investimentos de tempo e recursos financeiros, o que fundamentou uma mudança de rumos, gerando insumos para uma revisão da proposta prevista na Agenda Regulatória até aquele momento.

Portanto, considerou-se que a melhor alternativa, caso fosse institucionalizada uma lista hierarquizada, seria implementá-la gradualmente, de modo que, inicialmente, somente se exigiria que procedimentos considerados mais custosos fossem mais bem remunerados que os demais. A alternativa avaliada como a mais adequada para implementação do projeto, todavia, levaria três anos para ser totalmente implementada e demandaria estudos complexos. Frente a esses custos e confirmada a avaliação de que esse mecanismo contribui para aumentar a eficácia do modelo de remuneração por procedimento sem qualificar o modelo assistencial, conclui-se que os recursos empregados para criação e institucionalização de tal lista serão mais bem aproveitados no estudo de formas de remuneração que induzam a melhoria do desempenho do setor.

De qualquer modo, os estudos realizados referentes à hierarquização foram essenciais para a compreensão do problema e, em especial, para a verificação de que uma solução supostamente simples e imediata é mais complexa do que se imaginava e pode ter impactos inesperados no setor se implantada sem os necessários estudos prévios.



4.2.3.4 – Avanço Institucional

Acima de tudo, a Consulta Interna deu lugar a uma integração transdisciplinar e serviu como primeira implementação após a edição da Instrução de Serviço IS nº 4, de 22 de janeiro de 2013, que instituiu o Quali-Reg, idealizado para o aperfeiçoamento da qualidade regulatória no âmbito da DIDES.

Independentemente de prosseguimento ou mudança de estratégia regulatória, a empreitada representou um avanço institucional, pois inseriu de fato o corpo técnico nas discussões regulatórias, independentemente de lotação. Após a experiência e a partir da edição do normativo, a contribuição técnica de todos os servidores da casa passou a ser passível de análise e debate em discussões estratégicas para a DIDES, em um debate entre especialistas, antes de uma esfera mais ampla, como uma consulta pública. A iniciativa foi alinhada ao Programa de Fortalecimento da Capacidade Institucional para Gestão em Regulação (Pro-Reg).

4.2.4 – Iniciativas Importantes em Análise de Impacto Regulatório (AIR)⁶⁹

O planejamento, a execução, o monitoramento e a reavaliação de alguns dos objetivos estratégicos e ações a eles relacionadas ganharam importante incremento na ANS a partir da implantação do método de análise do impacto regulatório (AIR), em ação desenvolvida pela área de planejamento da Agência e integrada ao Programa de Fortalecimento da Capacidade Institucional para Gestão em Regulação (Pro-Reg), do Governo Federal.

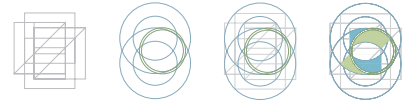
Na DIDES, primeiramente, um dos projetos vinculados aos eixos estratégicos da Agenda Regulatória 2011/2012 – Registro eletrônico de saúde (eixo 6) – foi tomado como projeto-piloto para esta análise.

Adicionalmente, o processo de institucionalização da AIR foi aprofundado em três iniciativas:

- 1) Modelo de Pagamento a Prestadores: No eixo três da Agenda Regulatória 2011–2012, sob a responsabilidade da DIDES, entende-se que um dos principais problemas do modelo atual é que os profissionais de saúde são pagos por procedimento realizado, ao passo que os preços dos procedimentos não são decorrência apenas do custo para o médico de sua realização; isso torna alguns procedimentos mais rentáveis que outros. Essa estrutura de preços pode levar profissionais de saúde a induzirem a realização dos procedimentos mais rentáveis e não necessariamente mais benéficos para o paciente. Apesar de esse problema ser bastante citado na literatura, não há muitas opções de soluções conhecidas. A proposta da Diretoria foi formular uma lista hierarquizada de procedimentos⁷⁰ que nortearia o pagamento aos prestadores e evitaria que surgissem desequilíbrios entre a remuneração de procedimentos. Essa medida, no entanto, poderia ter grande impacto no mercado, afetando os custos das operadoras substancialmente. Para estimar o impacto distributivo da proposta, foi desenvolvido o seguinte processo:

⁶⁹. LIMA, Tatiana; MOREIRA, Marizelia; CARVALHO, Bruno Sobral de; Implantação de better regulation na Agência Nacional de Saúde Suplementar. In: PROENÇA, Jadir Dias; PAULO, Carla Beatriz de (orgs.). **Experiências exitosa em regulação na América Latina e Caribe**. Brasília, DF: Editora Alia Opera, 2012. p. 89-99.

⁷⁰. Para mais informações sobre a proposta da Lista Hierarquizada de Procedimentos Médicos, vide item 4.2.3.



- a. 41 operadoras (dentre as quais, as cinco maiores de cada modalidade, que somam 40% dos beneficiários do setor) foram oficiadas com requisito de informações sobre quantidade e preços pagos para mais de 4 mil procedimentos realizados em um determinado período;
- b. com esses dados, a DIDES produziu simulações para a adoção de uma determinada lista hierarquizada;
- c. concluiu-se que o impacto nos custos das operadoras não decorria diretamente da adoção da lista, mas da necessidade de compatibilizar essa adoção com a demanda da classe médica de não haver redução no valor pago por qualquer procedimento;
- d. a partir daí, as discussões com os agentes afetados pela proposta ganharam nova direção.

2) Edição da Instrução de Serviços IS nº 04/DIDES, de 22/01/2013, que regulamenta o procedimento administrativo prévio à tomada de decisões estratégicas e determina o fluxo de tramitação dos processos normativos no âmbito da Diretoria, instituindo o QUALI-Reg. A proposta de fluxograma da Instrução de Serviço inclui realização de pré-consulta aos agentes de mercado e aos servidores da Agência, realização de sumário executivo de impacto regulatório, verificação de necessidade de realização de AIR, sua execução (quando for o caso), realização de consulta aos agentes interessados e, por fim, elaboração de minuta de norma. A proposta da IS foi apresentada para servidores de outras diretorias da Agência e para participantes do Pro-Reg em reunião realizada na ANS. Foram feitas sugestões para o seu aprimoramento e, com base nessas sugestões, algumas modificações. A adoção da instrução normativa institucionaliza a análise de impacto regulatório no âmbito da DIDES.

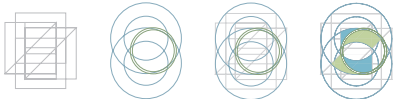
3) Existência do Comitê de Padronização da Informação em Saúde Suplementar como instância de consulta permanente aos agentes regulados do setor, que aprofunda a participação social na elaboração, implementação e revisão das normas relacionadas ao Padrão TISS⁷¹. O COPISS atua desde 2005 e, além de ter sua atuação intensificada no período, alinhou-se com a política de diálogo e construção colaborativa desenvolvida na Gestão, também espelhada na criação de outras instâncias similares, como o COGEP⁷² e o Comitê de Boas Práticas⁷³. Esses Comitês são importantes para orientar os rumos dos projetos, desenvolver alternativas e definir prioridades. Nesse sentido, mais que um instrumento de pré-consulta, os Comitês tornaram-se um instrumento de aprimoramento da elaboração de política pública.

Os exemplos enumerados evidenciam que as iniciativas da ANS, particularmente da DIDES, são o começo do desenvolvimento de um novo modo de regular, pautado pela transparência e pela fundamentação técnica, que impacta não apenas os agentes que já operam no setor, mas todos aqueles que cogitam a possibilidade de nele ingressar.

⁷¹. Para mais informações sobre o Padrão TISS, vide item 3.4.1.

⁷². Vide 3.2.2.

⁷³. Vide 3.2.4



5 – AÇÕES INTEGRADAS COM OUTRAS DIRETORIAS

5.1 – Em parceria com a Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras (DIOPE)

Um dos temas centrais na área de administração de empresas hoje é a Governança Corporativa.

O Programa de Conformidade Regulatória (PCR), desenvolvido em parceria com a Diretoria de Normas e Habilitação de Operadoras, se enquadra nesse tema como uma ação indutória de boas práticas de gestão, que permite premiar as operadoras mais aderentes ao cumprimento de alguns dos normativos da ANS com incentivos financeiros.

A seguir, analisaremos os destaques desse projeto.

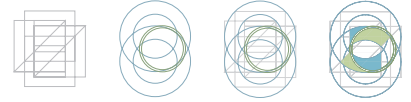
5.1.1 – Programa de Conformidade Regulatória

O Programa de Conformidade Regulatória (PCR)⁸⁰ constitui um valioso instrumento regulatório. Exemplo de evolução na regulação setorial, o PCR permite um tratamento diferenciado para operadoras de planos com tradição de regularidade junto à ANS e conserva a rigidez com operadoras que não alcançam os critérios normatizados. Com o Programa, sem deixar de utilizar os mecanismos regulatórios tradicionais, a Agência criou incentivos positivos para uma maior aderência das operadoras às exigências da regulação.

Em 18/11/2011, a Resolução Normativa RN nº 278 instituiu o Programa de Conformidade Regulatória com o objetivo de incentivar as operadoras de planos de saúde a se manterem em dia com o cumprimento da regulação no que diz respeito ao envio de informações periódicas e ao pagamento da taxa de saúde suplementar (TPS, trimestral), do ressarcimento ao SUS e de multas.

Com a Resolução, as operadoras com histórico de regularidade e transparência passaram a ter maior autonomia na gestão dos recursos financeiros, por meio da livre movimentação dos ativos garantidores das provisões técnicas e do escalonamento na necessidade de vinculação dos ativos garantidores da provisão de eventos e sinistros a liquidar. Em síntese, as operadoras em conformidade conseguem viabilizar recursos para uma gestão financeira mais eficiente.

⁸⁰. Resolução Normativa RN nº 227 de 19/08/2010; Resolução Normativa RN nº 278 de 17/11/2011; Resolução Normativa RN nº 294 de 04/05/2012 e Resolução Normativa RN nº 329 de 24/05/2013.



- 1** Anualmente, a ANS concede prazo às operadoras de planos de saúde para adesão ao PMC, tanto para operadoras que já estavam no Programa no ano anterior quanto para aquelas que desejem ingressar no PMC.
- 2** Após a solicitação de adesão, a ANS checa se os critérios de elegibilidade foram efetivamente atendidos.
- 3** Caso positivo, as operadoras contempladas no programa farão jus aos benefícios previstos.
- 4** Para continuar fazendo jus aos benefícios, as operadoras participantes do Programa devem manter a conformidade com as exigências regulatórias.

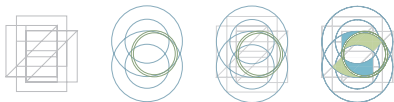
Ao avaliar o impacto regulatório da RN n° 278, a ANS identificou que algumas operadoras recorriam à judicialização: as empresas entravam com medidas judiciais contra o pagamento do ressarcimento ao SUS, faziam o depósito judicial necessário e mantinham-se elegíveis no PCR, pois a ação e o depósito judicial tornavam a cobrança do ressarcimento inexigível por parte da ANS.

Para evitar esse desvio do mecanismo regulatório, foi editada uma segunda Resolução Normativa, a RN n° 294, de 04 de maio de 2012, segundo a qual as operadoras de planos puderam se habilitar a critério adicional que visa incentivar o efetivo pagamento das cobranças emitidas para o ressarcimento ao SUS. Segundo esse critério, operadoras com elevado nível de pagamento das Guias de Recolhimento da União (GRU) relativas ao ressarcimento deixam de ter exigência de ativos garantidores para débitos com o SUS. Além disso, outro incentivo ao parcelamento e efetiva quitação dos débitos relativos ao ressarcimento foi a suspensão da exigência de ativos garantidores para os débitos de parcelamento da dívida com o SUS a partir da 3ª parcela. Assim, as operadoras com débitos pendentes com o SUS passaram a ser incentivadas a optar pela quitação ou parcelamento dos débitos e desestimuladas a optar por disputas judiciais.

O PCR é mais uma comprovação de que a integração de mecanismos de coerção e indução e de uma análise atenta do impacto regulatório pode criar soluções com resultados mais eficazes.

No Ressarcimento ao SUS, observa-se que o PCR, integrado aos esforços de gestão implementados, contribuiu para alcançar **45% de adimplência das operadoras**, feito inédito até então.

Com relação às taxas, multas e envio de informações, tomando como amostra as operadoras que solicitaram adesão ao PCR em sua edição mais recente (final de 2013), no momento da verificação da elegibilidade pela ANS, 61% já haviam solicitado a adesão no ano anterior e não haviam cumprido as exigências. Desse total, **41% sanaram suas pendências** no prazo de modo a ingressar no PCR, o que demonstra um claro funcionamento do mecanismo indutor de um ano para outro.



5.2 - Em parceria com a Diretoria de Fiscalização (DIFIS)

Felizmente, o setor de saúde suplementar tem crescido e a ANS, sua função e seus Canais de Relacionamento têm se tornado mais conhecidos pela sociedade. Como consequência, o número de denúncias e reclamações de consumidores que chegam à Agência tende a aumentar, assim como a relevância do papel da instituição como ente regulador.

Portanto, é importante assegurar recursos para ser capaz de atender a essas demandas. Neste sentido, o Call Center da Agência tem sido alvo de capacitação contínua e foi recentemente alvo de ampliação (em janeiro, o número de pontos de atendimento foi ampliado em 17%). Para continuar ocupando seu lugar como ente regulador, é essencial que a Agência solucione um risco: como manter a instituição acessível aos consumidores e aos entes regulados sem se converter em uma extensão do serviço de atendimento a clientes das operadoras de planos?

Analisaremos a seguir a recente evolução, os resultados e as perspectivas de dois processos de trabalho que representam respostas fundamentais nesse contexto: a Notificação de Investigação Preliminar (NIP) e o Modelo de Fiscalização.

5.2.1 - Novo modelo de fiscalização: mudança de paradigma

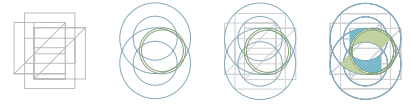
Unidade técnica responsável: Assessoria da Diretoria de Fiscalização (DIFIS)

A capacidade de atendimento pelos canais de relacionamento foi reestruturada e ampliada de forma significativa nos últimos anos. Ainda assim, identificou-se a necessidade de modernizar o processo de fiscalização como forma de evitar o crescimento de um passivo de denúncias e reclamações a solucionar. O risco de formação desse passivo incrementa um potencial distanciamento no tempo entre as reclamações e denúncias em análise e a realidade do setor, o que reduz o poder regulatório da Agência, pois retarda a atuação da ANS sobre os fatos e diminui a possibilidade de intervenção e prevenção sobre eles.

A partir desses riscos, acompanhados da observação da frequência de apelo ao judiciário pelos consumidores em busca de soluções para suas demandas, tornou-se necessário reavaliar o modelo de fiscalização empreendido pela Agência.

Ao opor a série de ameaças à alta resolutividade das Notificações de Investigação Preliminar (NIP)⁸¹, a DIFIS mapeou uma oportunidade para solução. A proposta partiu justamente de quem tinha contato direto com esta realidade: um grupo de servidores públicos dedicados à fiscalização nos Núcleos da ANS.

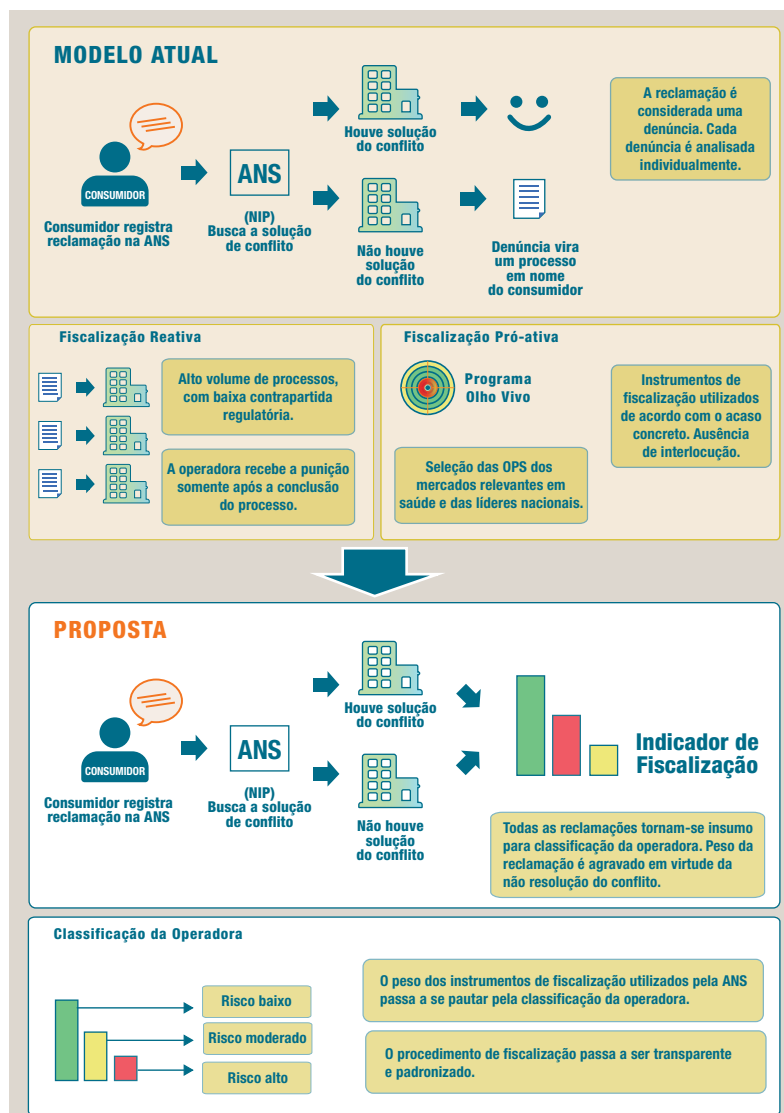
⁸¹. Vide Resolutividade da NIP no item 6.2.2.

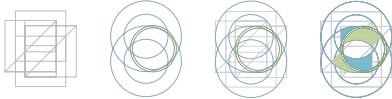


A iniciativa foi ousada e alinhada com práticas regulatórias desenvolvidas em outras agências: propôs mudar o olhar da fiscalização. Em lugar de analisar caso a caso as reclamações e denúncias recebidas, como era feito no modelo anterior, o novo modelo de fiscalização propõe tipificar e agrupar as denúncias e reclamações, o que permite identificar mais claramente ocorrências recorrentes por operadora ou por região e gera uma visão mais habilitada a gerar intervenções da ANS no mercado.

Assim, tecnicamente, houve uma mudança de paradigma: o ponto de partida não é mais o nexos causal relação entre consumidor e operadora, mas a origem de um grupo de casos, isto é, a prática infratora recorrente de uma operadora, que gera reclamações individuais de consumidores. O objetivo é garantir maior eficácia regulatória e maior celeridade na correção das práticas irregulares no setor.

Compreenda melhor a lógica dos dois modelos de fiscalização:





A partir de uma alteração regimental, o monitoramento assistencial, que gera a suspensão da comercialização de produtos pelo descumprimento dos prazos de atendimento exigidos em lei e que foi uma das medidas de maior impacto da ANS nos últimos anos, foi incorporado aos processos de trabalho da DIFIS. Esta medida facilitou a configuração de dois tipos de infração no novo modelo de fiscalização:

- assistencial, quando há uma restrição de acesso a uma cobertura prevista em contrato;
- não assistencial, tipicamente relacionada a questões contratuais, como reajuste, rescisão, etc.

5.2.1.1 – Construção transdisciplinar e integrada

O projeto do Novo Modelo de Fiscalização foi apresentado em um fórum interno de gestão em dezembro de 2012 e seguiu em desenvolvimento em Grupo de Trabalho⁸², onde diversos servidores puderam contribuir. Como desdobramentos do trabalho desse grupo, houve a criação de um GT Intersectorial, com integrantes de diferentes diretorias, e outro Interno, com integrantes da Diretoria de Fiscalização.

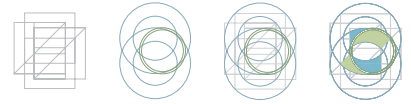
O projeto tornou-se também tema de debate em comunidade na intranet da Agência, envolvendo cerca de 38% do corpo funcional e totalizando 136 participações. Posteriormente, o novo modelo de fiscalização foi objeto de consulta interna, que alcançou 82 contribuições, possibilitando participação mais ampla dos servidores na discussão do tema. Nesses dois âmbitos, um volume expressivo de contribuições foi acatado. A análise mais relevante, porém, é qualitativa: as contribuições recebidas foram avaliadas como extremamente técnicas, atentas tanto ao todo quanto a detalhes – possíveis somente em um ambiente de especialistas – e propícias para análise de impacto regulatório.

Esse percurso configurou uma participação ampla e democrática dos servidores na construção de uma norma essencial para a atividade reguladora da Agência, favorecendo a troca de ideias e a integração entre pessoas e processos de trabalho.

5.2.1.2 – Perspectivas

Com a nova fiscalização, as operadoras serão induzidas a adotar providências para solucionar a situação apontada. Cabe ressaltar que, ainda que o comando coercitivo isolado da ANS sobre as operadoras viesse sendo insuficiente na maioria dos casos, a possibilidade de punição continua sendo um componente importante no novo modelo, pois as operadoras estarão sujeitas de imediato à penalidade de multas e a medidas administrativas (suspensão de comercialização, impedimento de registro de produtos, aquisição de novas carteiras e regimes especiais de direção técnica e fiscal).

⁸². Portaria n° 01/DIFIS/ANS, de 11 de janeiro de 2013.



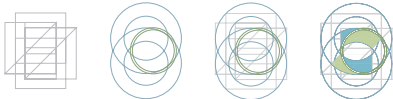
No final de 2013, foi divulgada a pesquisa “Utilização de meios de resolução extrajudicial de conflitos no âmbito de serviços regulados por agências governamentais”, elaborada em parceria estabelecida em acordo de cooperação internacional entre a Secretaria de Reforma do Judiciário, o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento e a Fundação Getúlio Vargas do Estado do Rio de Janeiro. A Diretoria de Fiscalização convidou representantes desta última, para debater os resultados com a ANS.

O destaque do diálogo foi a preocupação com o desenvolvimento de uma política pública informativa que possa auxiliar na resolução de conflitos sem a necessidade de judicialização de demandas. Esse desenvolvimento demanda um canal único para facilitar o acesso dos consumidores às agências reguladoras e Procons, além do fortalecimento dos meios extrajudiciais (como o novo modelo de fiscalização), de modo a configurar alternativas eficientes de resolução de conflitos e tornar uma disputa judicial a última opção utilizada para os consumidores assegurarem seus direitos.

De acordo com os resultados de pesquisa, a Central de Relacionamento da ANS teve uma avaliação positiva, se destacando em relação a outros serviços de atendimento. Foi ressaltado que, na percepção dos consumidores que procuraram a ANS, o atendimento realizado é feito com competência, educação e muita atenção. A pesquisa aponta também para a importância do avanço na solução às demandas apresentadas, aumentando a credibilidade das agências reguladoras objeto do estudo (ANEEL, ANATEL e ANS).

No cenário de implementação do novo modelo de fiscalização, há um fortalecimento da mediação. Assim, a aproximação entre a ANS e os órgãos de defesa do consumidor, estratégia que tem sido parte integrante da história da Agência, tende a ser intensificada. A ANS deverá articular com integrantes do Sistema Nacional de Defesa da Concorrência (SNDC) a construção de uma base de dados unificada das reclamações relativas a planos de saúde, gerando oportunidades para ambos: a resolução de conflitos na ANS com a apuração coletivizada das demandas recebidas e a remessa das demandas individuais não solucionadas aos órgãos de defesa do consumidor dos municípios de residência dos beneficiários.

Em termos institucionais, o novo modelo de fiscalização propõe uma inovação inclusive em termos de governança: seu sucesso dependerá de atuação conjunta e integrada entre todas as diretorias, com potencial para a criação de um processo de trabalho unificado, capaz de otimizar esforços coordenados. Está prevista, inclusive, a criação de um comitê permanente composto por todas as diretorias para monitorar o modelo e avaliar medidas administrativas a serem submetidas à Diretoria Colegiada, de modo a facilitar a tomada de decisões adequadas.



Por fim, a perspectiva mais relevante é, sem dúvida, mais eficiência e eficácia na fiscalização, sem prejuízo do protagonismo do consumidor, que continuará sendo o ponto de deflagração e o destinatário dos resultados da fiscalização. O novo modelo de fiscalização promoverá soluções em larga escala para alcançar a totalidade de consumidores expostos a infrações e reduzir drasticamente a burocracia, aumentando a eficiência do órgão regulador.

Até o momento da conclusão deste relatório, as resoluções normativas (RN) sobre o novo modelo de fiscalização coletiva ainda não haviam sido editadas. As normas estavam em consulta na Procuradoria Geral (PROGE), aguardando manifestação para encaminhamento à Diretoria Colegiada para deliberação.

5.2.2 – Nova NIP: de Notificação de Investigação Preliminar a Intermediação Preliminar⁸³

Unidade técnica responsável: Coordenadoria de Mediação de Conflitos da Gerência Geral de Articulação Interinstitucional – GGART/DIFIS

A Notificação de Investigação Preliminar (NIP)⁸⁴ é em um instrumento de mediação ativa de conflitos que estabelece ligação adequada e ágil entre consumidores e operadoras de planos de saúde acerca das demandas de negativa de cobertura assistencial. Foi implementada em 2010, pela Resolução Normativa nº 226, e ocorre de forma eletrônica, constituindo um caminho ágil e eficaz para resolução extrajudicial de conflitos na saúde suplementar.

5.2.2.1 – Resolutividade da NIP

Desde sua criação, o procedimento NIP registra altos índices de resolutividade, como pode ser verificado no gráfico a seguir, a partir do total de demandas finalizadas no âmbito do procedimento sem necessidade de abertura de processo administrativo sancionador. Em 2013, a resolutividade da NIP atingiu 85,5% do total de demandas recepcionadas pelos canais de atendimento da ANS, o que significa que a cada 5 NIP, 4 demandas são solucionadas.

⁸³. Vide SOBRAL, B., ROCHA, L., RIBAS, B. Mais rigor nas notificações contra planos de saúde. Correio Braziliense, Opinião, p. 11, 24 Fev. 2014.

⁸⁴. Resolução Normativa RN nº 226/2010, Resolução Normativa RN nº 259/2011.

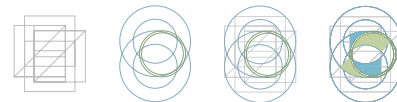
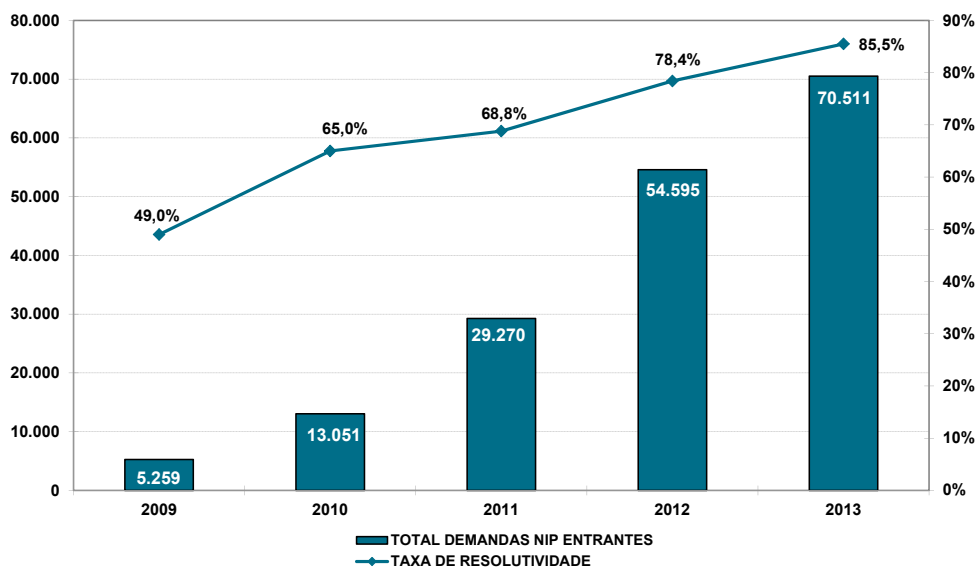


Gráfico 11 - Resolutividade da NIP



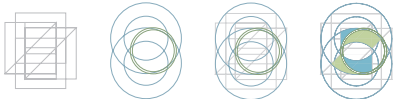
Fonte: Diretoria de Fiscalização, 2014.

5.2.2.2 – Aperfeiçoamento da NIP

Desde sua regulamentação, a área técnica da Diretoria de Fiscalização responsável pelo procedimento NIP vem realizando estudos visando aperfeiçoar o dispositivo de mediação de conflitos. A Gestão empreendida entre final de 2013 e início de 2014 deu continuidade às propostas apresentadas pelo corpo técnico da ANS, tendo adotado todas as medidas necessárias na busca da melhoria do procedimento NIP.

Em 2012, para garantir sua eficiência, foram apresentados três projetos de aprimoramento da NIP.

- Nova NIP – proposta de reformulação do dispositivo para ampliação de sua aplicação a todas as demandas de reclamação de consumidor (não somente as assistenciais), e desenvolvimento de ferramenta tecnológica que permite conferir maior segurança e celeridade na troca de informações entre a ANS e as operadoras de planos de saúde, através de espaço próprio no portal da ANS;
- Plano B – ferramenta tecnológica implementada em 4 de fevereiro de 2013 para alteração provisória do fluxo da NIP no SIF, elaborada para automatizar o envio de notificação às operadoras até o desenvolvimento e implementação definitiva da NOVA NIP; e
- Plano de Contingência⁸⁵ – implementado em 26 de novembro de 2012, por determinação da Diretoria Colegiada, para tratamento do passivo de demandas NIP, acelerando o processamento de demandas resolvidas na NIP pós-notificação. O projeto teve por objetivo principal concentrar esforços da ANS nas demandas não resolvidas pelas operadoras, a partir de contato realizado pela ANS com o consumidor buscando informações sobre a não-resolução de sua solicitação.



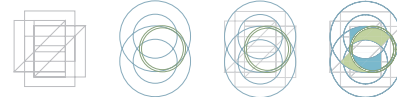
Em janeiro de 2013, a Diretoria de Fiscalização solicitou o desenvolvimento do sistema da Nova NIP (NIP WEB) à Diretoria de Desenvolvimento Setorial. A Nova NIP contempla o envio automático das notificações, a criação de espaço próprio no portal da ANS para as operadoras tomarem ciência e acompanharem as demandas NIP, a ampliação do dispositivo para todas as demandas dos consumidores e a finalização automática das demandas resolvidas.

No final de 2013, foi publicada a Resolução Normativa RN nº 343. Em uma estratégia de continuidade e evolução das medidas anteriores, o escopo tornou-se gerencial, passando a incluir revisão de responsabilidades, normativos, fluxos, regras de negócio e trâmites administrativos. O processo ganhou nova nomenclatura, mais adequada ao propósito principal do dispositivo, que é a mediação ativa de conflitos: Notificação de Intermediação Preliminar (NIP).

5.2.2.3 – A Nova NIP

A Nova NIP apresenta uma redefinição do processo de trabalho da fiscalização, que passa a ter a NIP como instrumento inicial de análise de todas as demandas de reclamação cadastradas na ANS, que afetem diretamente os consumidores e sejam passíveis de mediação. As principais alterações trazidas pela norma são destacadas no quadro a seguir:

⁸⁵. Nota Técnica nº 27/2012/DIRAD/DIFIS/ANS.



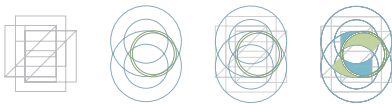
Principais Inovações da Notificação de Intermediação Preliminar (NIP)

- Aplicação da NIP a todas as operadoras, inclusive as administradoras de benefícios;
- Redefinição do processo de trabalho da fiscalização, que passa a ter a NIP como instrumento inicial de análise de todas as demandas de reclamação cadastradas na ANS;
- Demandas NIP subdivididas por assunto em: NIP Assistencial (negativa de cobertura, descumprimento dos prazos máximos de atendimento) e NIP Não Assistencial (aplicação de reajuste indevido, descumprimento contratual, dentre outros);
- Dever dos consumidores de apresentarem número de protocolo da operadora para cadastro de reclamação na ANS, salvo quando houver recusa da operadora no fornecimento deste;
- Troca de informações entre a ANS e as operadoras através de espaço próprio no Portal da ANS;
- Possibilidade de os usuários se cadastrarem no site da ANS para acompanhamento de suas demandas em espaço reservado, incluindo o acesso aos documentos apresentados pela operadora à ANS;
- Notificação automática às operadoras de todas as reclamações cadastradas pelos canais de atendimento ao consumidor da ANS;
- Prazo para a operadora encaminhar resposta à NIP ampliado para 10 (dez) dias úteis, seja NIP Assistencial ou Não Assistencial (Art. 9º);
- Prazo para adoção de medidas necessárias para solução da demanda junto ao consumidor, visando ao reconhecimento do instituto da Reparação Voluntária e Eficaz (RVE)⁸⁶ (Art. 8º c/c §2º do art. 12):
 - **10 (dez) dias úteis para Não Assistencial;**
 - **5 (dez) dias úteis para NIP Assistencial, redução de prazo que tornou a norma mais eficaz face à premência deste tipo de demanda.**

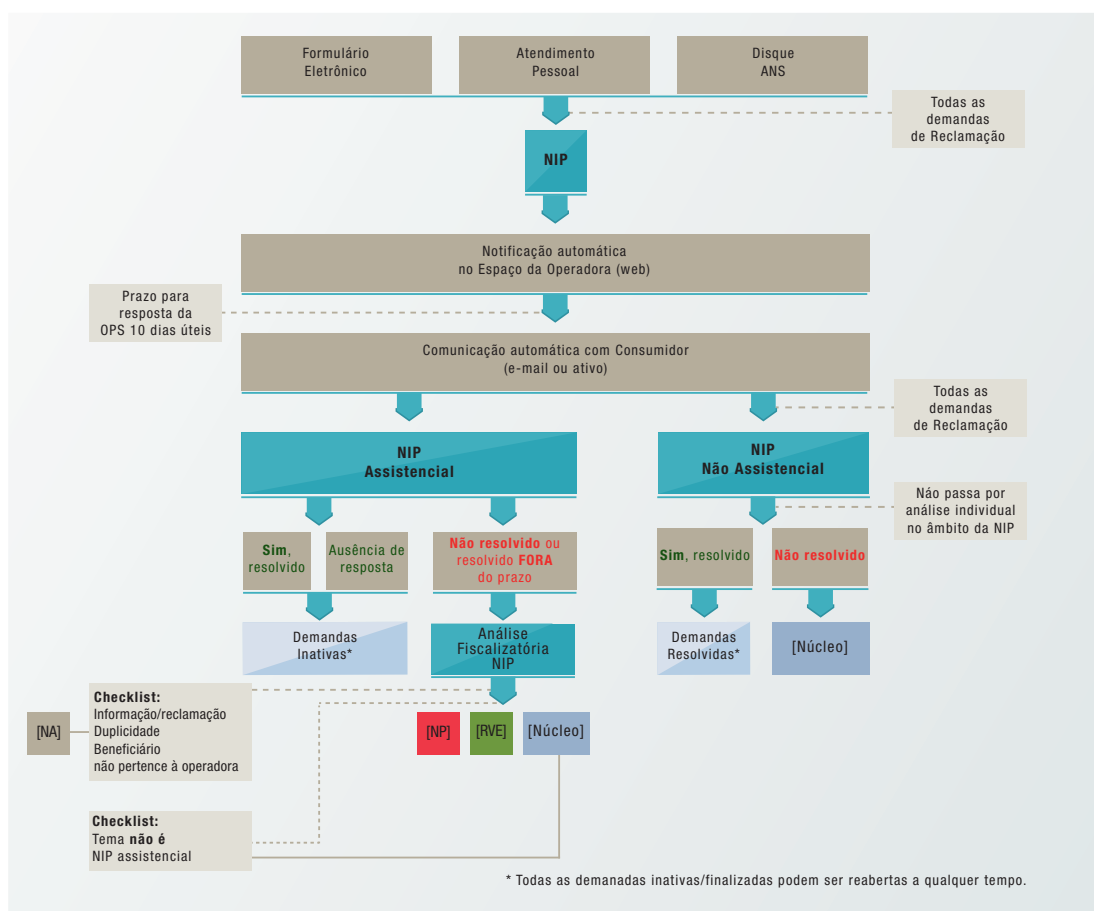
A inclusão das demandas não assistenciais representa um avanço da Agência em direção ao incremento das medidas extrajudiciais de resolução de conflitos, um foco cada vez maior da Agência. Esse avanço é um anseio dos consumidores: hoje, 30% das reclamações são de natureza não assistencial.

A NIP expandida para demandas não assistenciais articula dois focos regulatórios: por um lado, resolve conflitos concretos entre operadoras e consumidores; por outro, induz a boas práticas e a correções na atividade privada regulada.

⁸⁶. Considera-se Reparação Voluntária e Eficaz a ação comprovadamente realizada pela operadora em data anterior à lavratura do auto de infração ou de representação e que resulte no cumprimento útil da obrigação, conforme o art. 11, §1º, da RN nº 48, de 19 de setembro de 2003. Assim, caso a ANS comprove que a operadora empreendeu todos os esforços para reparar os prejuízos ou danos eventualmente causados ao consumidor de acordo com os prazos máximos estipulados, a demanda é arquivada.



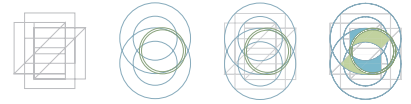
A notificação e a reparação dentro dos prazos definidos representam a possibilidade de alcance mais imediato do interesse público. A não resolução do conflito na etapa de mediação pode resultar para as operadoras em abertura de processo administrativo sancionador e multas.



5.2.2.4 – Perspectivas

A operação da nova NIP entrou em vigor em 19 de março de 2014.

Os benefícios da mediação de conflitos extrapolam o setor de saúde suplementar. Na medida em que consumidores e operadoras têm suas demandas solucionadas em âmbito extrajudicial, órgãos como Procons e Poder Judiciário têm seu número de demandas reduzido. A RN nº 343/2013 prevê a criação de um indicador de fiscalização que passará a utilizar todas as demandas NIP para fins de monitoramento do mercado de saúde suplementar. O indicador de fiscalização será composto pelos indicadores NIP assistencial e NIP não assistencial e será regulamentado por instrução normativa específica.



Com a maturação e consolidação das inovações, a nova NIP certamente se fortalecerá como um instrumento em constante evolução, capaz de reduzir o número de processos administrativos abertos na Agência, garantir aos consumidores agilidade na resolução de conflitos e proporcionar às operadoras maior proximidade com seus beneficiários, o que viabiliza a compreensão e a busca de soluções para problemas em seus processos de trabalho.

5.2.3 - Dinamização do juízo de reconsideração

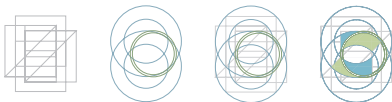
Unidade técnica responsável: Coordenadoria de Acompanhamento dos processos de Fiscalização dos Núcleos, Gerência de Supervisão de Núcleos, Gerência Geral de Fiscalização, Diretoria de Fiscalização (COAFIS/GESUP/GGFIS/DIFIS)

A partir de setembro de 2013, foi empreendida na Diretoria de Fiscalização uma intensa revisão dos fluxos internos de trabalho. Um dos fluxos abrangidos foi o da análise de processos pendentes de decisão de juízo de reconsideração pelo Diretor de Fiscalização. Os processos decididos na primeira instância (por delegação dos Chefes de Núcleo e de alguns Gerentes), nos quais havia a apresentação de recurso, eram enviados para a Diretoria de Fiscalização para que o Diretor pudesse reconsiderar todas as decisões anteriormente proferidas, visando à uniformização dos entendimentos emitidos.

Compreenda este fluxo de trabalho:

Fluxo do processo administrativo de fiscalização com decisão delegada – 1ª instância

| | |
|----------|---|
| 1 | Núcleo da ANS recebe ou capta demanda. |
| 2 | Demanda é apurada em processo no Núcleo. |
| 3 | Delegado assina decisão. |
| 4 | Um juízo de reconsideração reavalia a decisão delegada, podendo alterá-la a fim de evitar conflitos e uniformizar entendimentos; caso haja reconsideração, o responsável pela decisão inicial no Núcleo da ANS é informado. |
| 5 | O Diretor de Fiscalização assina a decisão de 1ª instância. |

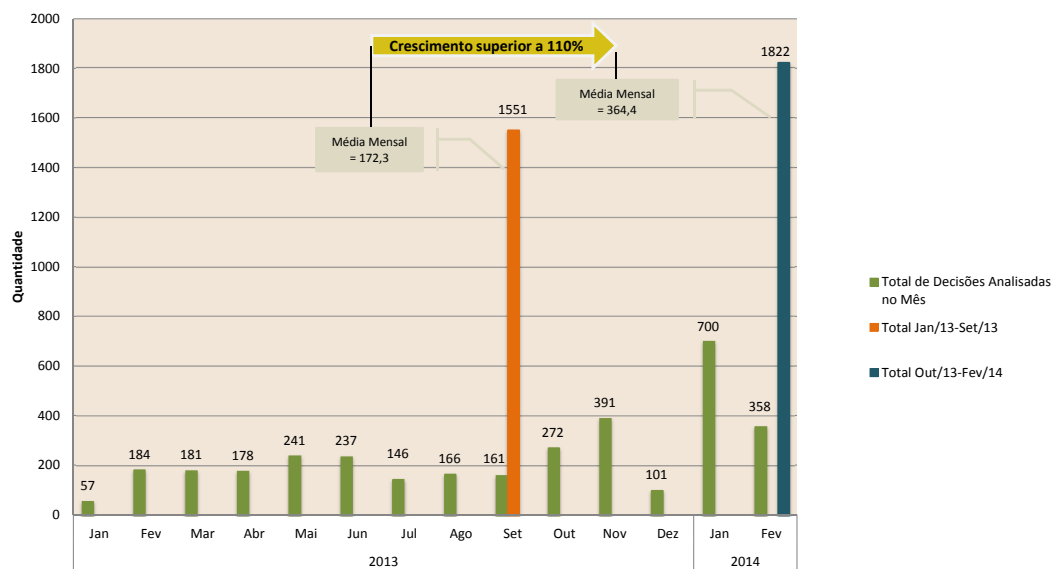


No diagnóstico efetuado, verificou-se que a etapa do juízo de reconsideração como fase do processo administrativo acabava por criar uma nova instância decisória, tornando o processo administrativo ainda mais burocrático. Deste modo, buscou-se extinguir o juízo de reconsideração como fase do procedimento, após apresentação de minuta de alteração normativa, que está em análise pela Procuradoria Geral junto à ANS (PROGE) e, em paralelo, foram criadas duas coordenadorias que atuarão conjuntamente em busca da padronização das decisões no âmbito dos processos administrativos.

De todo modo, havia um passivo de quase 5.000 processos, pendentes de juízo de reconsideração. Uma série de mudanças foram efetuadas para tornar o processo de trabalho mais eficiente. Dentre essas medidas destacam-se: implementação da assinatura digital, automatização de tarefas (numeração automática de documentos no SIF), simplificação de rotinas administrativas e alocação de 10 servidores em contrato temporário para concluir a análise dos processos do passivo a partir de novembro de 2013.

O gráfico a seguir demonstra o resultado das medidas implementadas.

Gráfico 12 - Dinamização da Produção de Análise de processos no Juízo de Reconsideração



Entre outubro de 2013 e fevereiro de 2014, o volume mensal de processos analisados superou o volume analisado ao longo dos nove meses anteriores em **mais de 110%**.

Fonte: Diretoria de Fiscalização, 2014.

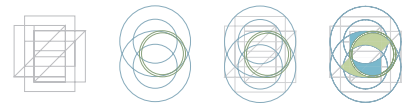
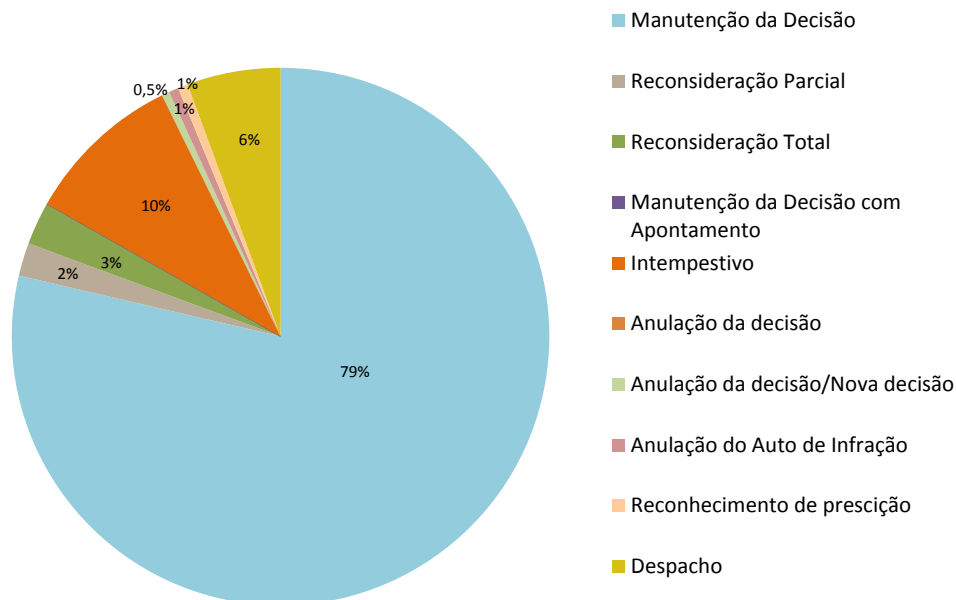


Gráfico 13 - Produção do Juízo de Reconsideração por Tipo de Decisão



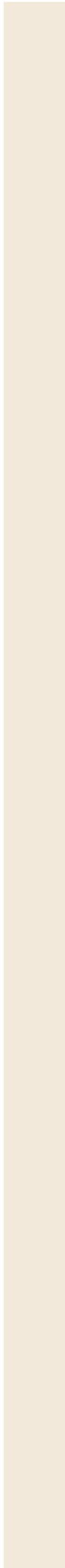
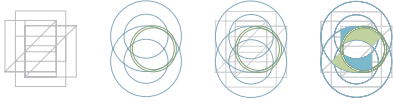
Fonte: Diretoria de Fiscalização, 2014.

Comparando a manutenção das decisões em 79% dos casos no Juízo de Reconsideração ao volume de trabalho e de recursos empregados no processo de trabalho, considerou-se adequado extinguir o juízo de reconsideração, conforme explicitado no subitem seguinte.

5.2.3.1 – Perspectiva

A perspectiva é concluir a análise do passivo em breve e extinguir o juízo de reconsideração como fase do procedimento para a maioria das infrações nas quais não há grandes divergências, de modo a otimizar o fluxo de trabalho.

Não haverá prejuízo da uniformização de entendimentos, pois foi criada uma coordenadoria específica com este propósito. Além disso, a partir do passivo pendente de juízo de reconsideração, estão sendo implementadas rotinas como: elaboração e divulgação de relatórios periódicos, a fim de que haja a publicação do consolidado das decisões de primeira instância que foram modificadas parcial ou totalmente para todas as áreas envolvidas; elaboração de um banco de pareceres; produção de manuais; elaboração de rotinas de análise; entre outras atividades que busquem padronizar as decisões no âmbito dos processos administrativos sancionadores.



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



Disque ANS
0800 701 9656



Central de
Atendimento
www.ans.gov.br



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



Atendimento
exclusivo para
deficientes auditivos
0800 021 2105



Use a opção do código
para ir ao portal da ANS



Ministério da
Saúde

