

# Relatório de Gestão

## DIDES

Diretoria de Desenvolvimento Setorial

agosto/2014 a agosto/2015

## ANS

Agência Nacional de Saúde Suplementar

janeiro/2015 e junho/2015



Rio de Janeiro  
2015



© 2015 Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que seja citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. Venda proibida. Distribuição gratuita. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica. O conteúdo desta e de outras obras da Agência Nacional de Saúde Suplementar pode ser acessada na página: <[www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)>.

Distribuição interna. Versão online

Elaboração, distribuição e informações:

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Diretoria de Desenvolvimento Setorial – DIDES

Av. Augusto Severo, 84 – Glória

CEP 20021-040

Rio de Janeiro, RJ – Brasil

Tel: +55 (21) 2105-0000

Disque-ANS: 0800 701 9656

[www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)

[ouvidoria@ans.gov.br](mailto:ouvidoria@ans.gov.br)

Diretoria Colegiada – DICOL

Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos – DIPRO

Diretoria de Normas e Habilitação de Operadoras – DIOPE

Diretoria de Desenvolvimento Setorial – DIDES

Diretoria de Fiscalização – DIFIS

Diretoria de Gestão – DIGES

Apoio Bibliotecário – CODOB/GEDOC/DIGES

Projeto Gráfico – GCOMS/DICOL

#### Ficha Catalográfica

---

A 265 Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil).  
Relatório de gestão DIDES (agosto - 2014 a agosto - 2015) e ANS (janeiro - 2015 e junho - 2015) [recurso eletrônico] / Agência Nacional de Saúde Suplementar. – Rio de Janeiro: ANS, 2015.  
1,40 MB ; ePUB.

Endereço eletrônico: <<http://www.ans.gov.br>>.

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

CDD 352.806

---

**Catálogo na fonte – Biblioteca da ANS – Coordenação de Documentação e Biblioteca**

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

# Relatório de Gestão

## **Diretoria de Desenvolvimento Setorial - DIDES**

(agosto/2014 a agosto/2015)

## **Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS**

(janeiro a junho de 2015)

## AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS

### DIRETORIA COLEGIADA – DICOL (entre janeiro e junho de 2015)

#### PRESIDÊNCIA – PRESI

Diretor-Presidente: André Longo Araújo de Mello – até 11/01/2015

Diretora-Presidente substituta: Martha Regina de Oliveira – de 12/01/2015 até 15/06/2015

#### DIRETORIA DE NORMAS E HABILITAÇÃO DOS PRODUTOS – DIPRO

Diretor: André Longo Araújo de Mello – até 11/01/2015

Diretor: José Carlos de Souza Abrahão – a partir de 12/01/2015

#### DIRETORIA DE NORMAS E HABILITAÇÃO DAS OPERADORAS – DIOPE

Diretor: Leandro Reis Tavares

#### DIRETORIA DE FISCALIZAÇÃO – DIFIS

Diretor: Simone Sanches Freire

#### DIRETORIA DE GESTÃO – DIGES

Diretor: José Carlos de Souza Abrahão - até 11/01/2015

Diretor interino: José Carlos de Souza Abrahão - a partir de 12/01/2015

#### DIRETORIA DE DESENVOLVIMENTO SETORIAL – DIDES

Diretora: Martha Regina de Oliveira

#### DIRETORIA-ADJUNTA DE DESENVOLVIMENTO SETORIAL – DIRAD/DIDES

Diretora-Adjunta: Michelle Mello de Souza

#### GERÊNCIA-EXECUTIVA DE INTEGRAÇÃO E RESSARCIMENTO AO SUS – GEIRS

Gerente-Executiva: Flavia Cristina Cordeiro Biesbroeck – até 09/12/2014

Gerente-Executiva interina: Michelle Mello de Souza – de 10/12/2014 até 04/02/2015

Gerente-Executiva: Fernanda Freire de Araújo – a partir de 05/02/2015

#### GERÊNCIA-EXECUTIVA DE APRIMORAMENTO DO RELACIONAMENTO ENTRE PRESTADORES E OPERADORAS – GERAR

Gerente-Executiva: Jacqueline Alves Torres

#### GERÊNCIA-EXECUTIVA DE ESTÍMULO À INOVAÇÃO E AVALIAÇÃO DA QUALIDADE SETORIAL – GEEIQ

Gerente-Executivo: Joao Boaventura Branco de Matos

#### GERÊNCIA-EXECUTIVA DE PADRONIZAÇÃO DE INTEROPERABILIDADE – GERPI

Gerente-Executiva: Marizélia Leão Moreira

#### GERÊNCIA-EXECUTIVA DE PRODUÇÃO E ANÁLISE DA INFORMAÇÃO – GEPIN

Gerente-Executiva: Ana Cecilia de Sa Campello Faveret – até 15/12/2014

Gerente-Executiva: Elisabeth Andrea Covre Alves – a partir de 16/12/2014



## SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS	10
LISTA DE GRÁFICOS	10
LISTA DE TABELAS	10
LISTA DE SIGLAS	11
<b>PARTE 1: DIDES – AGOSTO DE 2014 A AGOSTO DE 2015</b>	
<b>1. CENÁRIO ENCONTRADO</b>	<b>17</b>
<b>2. PROJETOS 100% IMPLEMENTADOS</b>	<b>21</b>
2.1. Alteração na estrutura da DIDES	21
2.2. Implantação do Laboratório de Desenvolvimento, Sustentabilidade e Inovação Setorial (LAB-DIDES)	22
2.2.1. LAB-DIDES Interno	23
2.2.2. LAB-DIDES Externo	23
2.3. Divulgação dos Dados Integrados da Qualidade Setorial (DIQS)	23
2.4. Edição de normativos regulamentando a Lei nº 13.003, de 24 de junho de 2014 – RN nº 363, 364, 365, Instrução Normativa da DIDES (IN/DIDES) nº 56, todas de 2014, e Súmula Normativa nº 26, de 2015)	24
2.5. Participação no Grupo Técnico Interministerial de Órteses, Próteses e materiais especiais	25
2.6. Projetos relacionados ao ressarcimento ao SUS	26
2.6.1. Notificação Eletrônica via Protocolo Eletrônico do Ressarcimento ao SUS (PERSUS) e cobrança a partir da data da notificação	27
2.6.2. Lançamento do 54º ABI / Batimento com APAC	27
2.6.3. Revisão do fluxo de trabalho para encaminhamento de processos de ressarcimento com cobrança finalizada para inscrição em Dívida Ativa	28
2.6.4. Contratação de novos terceirizados para o ressarcimento	29
2.6.5. Mudança na regra da liberação de ativos para o “bom pagador”	29
2.6.6. Alteração da sistemática de repasse dos valores retidos na conta única do ressarcimento ao SUS	29
2.6.7. Publicação do Mapa do Ressarcimento ao SUS	30
2.7. Projeto Disseminação da Informação	31
2.7.1. Reformulação do Caderno de Informação da Saúde Suplementar	31
2.7.2. Inclusão de novas consultas no ANS Tabnet	31
2.7.3. Dados Consolidados da Saúde Suplementar	31
2.8. Projeto Identificação Padrão da Saúde Suplementar	31
<b>3. PROJETOS EM ANDAMENTO</b>	<b>33</b>
3.1. Extrato de Utilização do Beneficiário / Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar (PIN-SS)	33
3.2. Reformulação do Índice de Reclamações da ANS	33

3.3. Projeto de Transparência da Metodologia do Reajuste dos Planos Coletivos	34
3.4. Aprimoramento do Programa de Acreditação de Operadoras	35
3.5. Reestruturação do Programa de Qualificação de Operadoras	36
3.6. Reestruturação do Programa de Qualificação de Prestadores de Serviços de Saúde (QUALISS)	37
3.7. Monitoramento da implantação dos normativos de regulamentação da Lei nº 13.003/14	38
3.8. Definição do Fator de Qualidade	38
3.9. Projeto de Indução da Qualidade dos Prestadores de Serviços de Atenção à Saúde – Projeto Parto Adequado	39
3.10. Projeto Impaciente (via Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS)	41
3.11. Projetos Relacionados ao Ressarcimento ao SUS	41
3.11.1. Priorização da análise – definição de critérios mais eficientes de análise	42
3.11.2. Apresentação de novas metodologias de análise e cobrança e de novos critérios para batimento e análise das identificações (consultoria via OPAS)	43
3.11.3. Realização de concurso de servidores temporários	43
3.12. Projeto Padrão TISS (Troca de Informações na Saúde Suplementar)	44
3.12.1. Terminologia Unificada em Saúde Suplementar (TUSS) de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME) publicada	44
3.12.2. Padrão TISS aprimorado e versão para inclusão de outros modelos de remuneração	45
3.12.3. Módulo Padrão TISS - Monitor em produção	45
3.12.4. Evolução do Módulo Padrão TISS - Integrador em produção	45
3.12.5. Evolução do Módulo Padrão TISS - Gestão da TUSS em produção	46
3.12.6. Evolução do Módulo Padrão TISS - Instâncias de Padronização em produção	46
3.12.7. Módulo Padrão TISS - Gestão do Padrão (demais componentes) em produção	46
3.12.8. Dados do Padrão TISS disponibilizados para a ANS e para a sociedade	47
3.12.9. Monitoramento do Padrão TISS	47
3.12.10. Padrão: TISS: Divulgação e capacitação	47
3.12.11. Normativo do COPISS atualizado	48
3.12.12. Termos de cooperação com entidades de referência assinados	48
3.13. Interoperabilidade com o SUS	48
3.13.1. Tabela Unificada do SUS mapeada com a TUSS	48
3.13.2. Estabelecimentos da saúde suplementar cadastrados no CNES	49
3.14. Projeto Estudos e Pesquisas da GERPI	49
3.14.1. Participação da GERPI em Grupos de Trabalho	49
3.14.2. Metodologia e ferramentas para aplicação do Modelo de 'Grupo de Diagnósticos Relacionados' (DRG) para a área hospitalar na saúde suplementar brasileira (via OPAS)	50
3.15. Projeto Registro Eletrônico de Saúde (RES)	50
3.15.1. Base de dados individualizados/identificados disponibilizada	50



3.15.2. Experiências internacionais em implantação de eHealth	50
3.16. Detalhamento dos Dados do TISS (D-TISS)	51
3.17. Projeto Implantação de Business Intelligence (BI)	52
3.17.1. Disponibilização da Sala de Situação para Público Interno	52
3.17.2. Disponibilização da Sala de Situação para Público Externo	53
3.17.3. Criação e Desenvolvimento de Datamarts	53
3.18. Projeto Integração com o SUS	53
3.18.1. Disponibilização de ferramenta (Cadsus Stand Alone) para atribuição de número CNS para beneficiários da Saúde Suplementar em lote pelas operadoras	53
3.18.2. Higienização da Base de Dados do SIB para Atribuição de CNS	53
3.18.3. Integração ao Barramento SOA (Service-Oriented Architecture) do CNS	54
3.19. Projeto Aperfeiçoamento da Qualidade Cadastral do SIB	54
3.19.1. Flexibilização das Críticas do Movimento de Inclusão	54
3.19.2. Flexibilização das Críticas do Movimento de Retificação	54
3.19.3. Flexibilização das Críticas dos Movimentos de Cancelamento, Reativação e Mudança Contratual	55
3.19.4. Flexibilização das Críticas: Manutenção Corretiva	55
3.19.5. Alteração da RN nº 295, de 2012	55
3.19.6. Batimento com a Secretaria da Receita Federal (SRF)	55
<b>4. PROJETOS A SEREM INICIADOS</b>	<b>57</b>
4.1. LAB-DIDES Odontologia	57
4.2. Aprimoramento dos Dados Integrados da Qualidade Setorial	57
4.3. Prêmio de Inovação	57
4.4. Projeto de Indução da Qualidade dos Prestadores de Serviços de Atenção à Saúde – Atenção Primária e Atenção à Saúde do Idoso	57
4.5. Redes de Atenção à Saúde	57
4.6. Projeto para Resolução de Conflitos entre Operadoras e Prestadores	58
4.6.1. Mediação entre Prestadores e Operadoras	58
4.6.2. Plataforma Eletrônica para Resolução de Conflitos entre Operadoras e Prestadores	58
4.7. Divulgação de Informações sobre OPMEs	58
4.8. Projetos Relacionados ao Ressarcimento ao SUS	58
4.8.1. Uso das informações do ressarcimento ao SUS para fins regulatórios	59
4.8.1.1. Implantar as edições regulares do Mapa do Ressarcimento ao SUS	59

<b>PARTE 2: ANS – JANEIRO A JUNHO DE 2015</b>	<b>61</b>
<b>5. AGENDA REGULATÓRIA DA ANS</b>	<b>63</b>
<b>6. CONTRATO DE GESTÃO</b>	<b>65</b>
<b>7. AVANÇOS REGULATÓRIOS</b>	<b>67</b>
7.1. Foco no monitoramento das operadoras	67
7.2. Foco no acesso e na qualidade assistencial	69
7.2.1. Incentivo ao parto normal	69
7.2.2. Novas regras para o parto	69
7.2.3. Taxa de disponibilidade para acompanhamento de parto	69
7.2.4. Revisão e ampliação do Rol de procedimentos e eventos em saúde	70
7.2.5. Encontro sobre boas práticas na saúde suplementar	73
7.2.6. Transparência dos dados do TISS	73
7.3. Foco na integração com o SUS	73
7.3.1. Ressarcimento ao SUS	73
7.3.2. PERSUS – Protocolo Eletrônico do Ressarcimento ao SUS	74
7.3.3. Número do Cartão Nacional de Saúde	74
7.4. Foco na fiscalização	74
7.5. Foco na participação social e na articulação setorial	75
7.5.1. Consultas públicas	76
7.5.2. Câmaras e grupos técnicos	76
7.6. Foco na garantia de acesso à informação	77
7.6.1. A inovação dos Dados Integrados da Qualidade Setorial	77
7.6.2. Um padrão de informações para o beneficiário de plano de saúde	78
7.6.3. Melhoria do atendimento ao consumidor – Consulta Pública nº 58, de 2015	78
7.6.4. Semana de Orientação ao consumidor em Belém do Pará	79
7.6.5. Produção Editorial	79
<b>8. DESTAQUES DA GESTÃO INTERNA</b>	<b>81</b>
8.1. Planejamento Participativo	81
8.2. Programa de Qualificação Institucional	81
8.3. Boas Práticas Regulatórias	82
8.4. Relatório de Gestão – Tribunal de Contas da União	82
8.5. Carta de Serviços	82
8.6. Plano de Trabalho	82
8.7. Orçamento	83

8.8. Curso de Gestão de Riscos ministrado pelo TCU	83
8.9. Espaço Aberto	83
8.10. Nova biblioteca virtual da ANS	84
8.11. Consulta Interna sobre ponto eletrônico	84
8.12. Redução do tempo médio de conclusão dos inquéritos administrativos	85
8.13. Parceiros da Cidadania - Acordo assinado	85
8.14. Aprimoramento da gestão de contratação e licitação	86

## ANEXOS

ANEXO I – Lista de resoluções normativas expedidas pela dides entre agosto de 2014 e julho de 2015	87
ANEXO II – Lista de instruções e súmulas normativas expedidas pela DIDES entre agosto de 2014 e julho de 2015	89
ANEXO III - Lista de resoluções normativas expedidas pela ans no primeiro semestre de 2015	90
ANEXO IV - Lista de instruções normativas expedidas pela ans no primeiro semestre de 2015	91
ANEXO V – Indicadores do contrato de gestão 2015/2017	92
ANEXO VI – Acordos celebrados entre janeiro e junho de 2015	96
ANEXO VII – Colaboradores DIDES	97

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Alteração Regimental da DIDES	21
Figura 2 – Tela principal do DIQS	23
Figura 3 - Mecanismo de funcionamento do ressarcimento ao SUS	26
Figura 4 - Projetos da GEIRS propostos e totalmente implementados	26
Figura 5 - Projetos da GEIRS propostos e em andamento	42
Figura 6 - Priorização da análise dos processos administrativos anteriores ao 54º ABI	39
Figura 7 – Tela inicial da Sala de Situação da ANS	52
Figura 8 - Projetos da GEIRS a serem iniciados	58
Figura 9 - Processo de monitoramento das operadoras	67

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Quantidade de atendimentos por ABI – julho/2015	28
Gráfico 2 - Inscrição em Dívida Ativa (quantidade total de AIHs enviadas no período) – janeiro a julho/2015	28
Gráfico 3 - Inscrição em Dívida Ativa (em R\$ milhões) – janeiro a julho/2015	29
Gráfico 4 - Perfil de reclamações do 13º ciclo (em %)	68
Gráfico 5 - Demandas de consumidores junto aos canais de relacionamento da ANS	75

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Síntese e dimensionamento do Padrão TISS versão 3.0 (2014)	44
Tabela 2 - Propostas de inclusão de procedimentos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde	71
Tabela 3 - Propostas de alteração de Diretriz de Utilização no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde com a inclusão de exames para diagnosticar novas doenças	71
Tabela 4 - Propostas de inclusão de Diretriz de Utilização no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde	72
Tabela 5 - Propostas de alteração de Diretriz de Utilização no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde	72
Tabela 6 - Consultas públicas realizadas no primeiro semestre de 2015	76
Tabela 7 - Câmaras técnicas no primeiro semestre de 2015	77
Tabela 8 - Grupos técnicos no primeiro semestre de 2015	77
Tabela 9 - Indicadores do programa de Qualificação Institucional em 2015	81
Tabela 10 - Histórico de encontros e participações no Espaço Aberto	84

## LISTA DE SIGLAS

<b>ABI</b>	Aviso de Beneficiário Identificado
<b>AIH</b>	Autorização de Internação Hospitalar
<b>ANEEL</b>	Agência Nacional de Energia Elétrica
<b>ANS</b>	Agência Nacional de Saúde Suplementar
<b>ANVISA</b>	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
<b>APAC</b>	Autorização para Procedimentos de Alto Custo/Complexidade
<b>ASSINF</b>	Assessoria de Informação
<b>ASTEG</b>	Assessoria Técnica e de Gestão
<b>ATS</b>	Avaliação de Tecnologia em Saúde
<b>BACEN</b>	Banco Central do Brasil
<b>BNDES</b>	Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social
<b>CADE</b>	Conselho Administrativo de Defesa Econômica
<b>CAMSS</b>	Câmara de Saúde Suplementar
<b>CCO</b>	Código de Controle Operacional
<b>CID</b>	Classificação Internacional de Doenças
<b>CIHA</b>	Comunicação de Informações Hospitalares e Ambulatoriais
<b>CMBD</b>	Conjunto Mínimo Básico de Dados
<b>CNES</b>	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
<b>CNPJ</b>	Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica
<b>CNS</b>	Cartão Nacional de Saúde
<b>COINQ</b>	Coordenação de Inquérito
<b>COMARI</b>	Comitê de Avaliação de Riscos
<b>CONASEMS</b>	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
<b>CONASS</b>	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
<b>COPISS</b>	Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar
<b>COSAÚDE</b>	Comitê Permanente de Regulação da Atenção à Saúde
<b>CPF</b>	Cadastro de Pessoas Físicas
<b>CPT</b>	Cobertura Parcial Temporária
<b>DATASUS</b>	Departamento de Informática do SUS
<b>DICOL</b>	Diretoria Colegiada
<b>DIDES</b>	Diretoria de Desenvolvimento Setorial
<b>DIFIS</b>	Diretoria de Fiscalização
<b>DIGES</b>	Diretoria de Gestão
<b>DIOPE</b>	Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras
<b>DIOPS</b>	Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde
<b>DIPRO</b>	Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos
<b>DIQS</b>	Dados Integrados da Qualidade Setorial
<b>DIRAD</b>	Diretoria-Adjunta

<b>DODS</b>	Documento de Oficialização de Demanda de Sistema
<b>DRG</b>	Grupo de Diagnósticos Relacionados
<b>D-TISS</b>	Detalhamento dos Dados do TISS
<b>DUT</b>	Diretrizes de Utilização
<b>FGV</b>	Fundação Getúlio Vargas
<b>FNS</b>	Fundo Nacional de Saúde
<b>GCOMS</b>	Gerência de Comunicação Social
<b>GEAQS</b>	Gerência de Avaliação da Qualidade Setorial
<b>GEEIQ</b>	Gerência-Executiva de Estímulo à Inovação e Avaliação da Qualidade Setorial
<b>GEFIN</b>	Gerência de Finanças
<b>GEIRS</b>	Gerência-Executiva de Integração e Ressarcimento ao SUS
<b>GEPIN</b>	Gerência-Executiva de Produção e Análise da Informação
<b>GERAR</b>	Gerência-Executiva de Aprimoramento do Relacionamento entre Prestadores e Operadoras
<b>GERH</b>	Gerência de Recursos Humanos
<b>GERPI</b>	Gerência-Executiva de Padronização de Interoperabilidade
<b>GESPÚBLICA</b>	Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização
<b>GGISE</b>	Gerência-Geral de Integração Setorial
<b>GGISS</b>	Gerência-Geral de Informação e Sistemas
<b>GGSUS</b>	Gerência-Geral de Ressarcimento ao SUS
<b>GPLAN</b>	Gerência de Planejamento e Acompanhamento
<b>GRU</b>	Guia de Recolhimento da União
<b>GT</b>	Grupo Técnico
<b>GTI</b>	Grupo de Trabalho Interinstitucional
<b>HSL</b>	Hospital Sírio Libanês
<b>IDI</b>	Índice de Desempenho Institucional
<b>IDSS</b>	Índice de Desempenho da Saúde Suplementar
<b>IHI</b>	Institute for Healthcare Improvement
<b>IN</b>	Instrução Normativa
<b>INCA</b>	Instituto Nacional do Câncer
<b>INMETRO</b>	Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia
<b>IS</b>	Instrução de Serviço
<b>ISQUA</b>	International Society for Quality in Healthcare
<b>LAB-DIDES</b>	Laboratório de Desenvolvimento, Sustentabilidade e Inovação Setorial
<b>MF</b>	Ministério da Fazenda
<b>MJ</b>	Ministério da Justiça
<b>MPF</b>	Ministério Público Federal
<b>MS</b>	Ministério da Saúde

<b>NAT</b>	Núcleo de Apoio Técnico e Mediação
<b>NIP</b>	Notificação de Investigação Preliminar
<b>OLAP</b>	Online Analytical Processing
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>OPAS</b>	Organização Pan-Americana da Saúde
<b>OPME</b>	Órteses, Próteses e materiais especiais
<b>PERSUS</b>	Protocolo Eletrônico do Ressarcimento ao SUS
<b>PESL</b>	Provisão de Eventos / Sinistros a Liquidar
<b>PIN-SS</b>	Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar
<b>PJ</b>	Pessoa Jurídica
<b>PMQ</b>	Programa de Melhoria da Qualidade
<b>PRESI</b>	Presidência da ANS
<b>PROADI-SUS</b>	Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema único de Saúde
<b>PROGE</b>	Procuradoria Federal
<b>QUALISS</b>	Programa de Qualificação de Prestadores de Serviços de Saúde
<b>RA</b>	Resolução Administrativa
<b>RES</b>	Registro Eletrônico de Saúde
<b>RN</b>	Resolução Normativa
<b>RPS</b>	Sistema de Registro de Planos de Saúde
<b>SADT</b>	Serviço de Apoio, Diagnóstico e Terapêutica
<b>SAS</b>	Secretaria de Atenção à Saúde
<b>SCI</b>	Sistema de Controle de Impugnações
<b>SEGER</b>	Secretaria-Geral
<b>SIAFI</b>	Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal
<b>SIB</b>	Sistema de Informações de Beneficiários
<b>SIGTAP</b>	Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS
<b>SOA</b>	Service-Oriented Architecture
<b>SRF</b>	Secretaria da Receita Federal
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TCU</b>	Tribunal de Contas da União
<b>TISS</b>	Troca de Informação de Saúde Suplementar
<b>TJ-SP</b>	Tribunal de Justiça de São Paulo
<b>TUNEP</b>	Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos
<b>TUSS</b>	Terminologia Unificada em Saúde Suplementar
<b>UF</b>	Unidade da federação
<b>UG</b>	Unidade Gestora





## APRESENTAÇÃO

Este Relatório de Gestão tem como objetivo prestar contas à sociedade acerca dos principais projetos realizados pela Diretoria de Desenvolvimento Setorial (DIDES) entre agosto de 2014 e julho de 2015 e pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) no primeiro semestre de 2015.

### PARTE 1: DIDES – AGOSTO DE 2014 A JULHO DE 2015

Ao apresentar o cenário encontrado, descrever os projetos concluídos e em andamento e apontar os próximos passos, o Relatório destacará os focos de atuação da atual gestão da Diretoria de Desenvolvimento Setorial, a saber:

- Transparência da informação;
- Interoperabilidade na saúde suplementar e desta com o Sistema Único de Saúde (SUS);
- Qualidade setorial;
- Relacionamento entre operadoras e prestadores;
- Integração da Saúde Suplementar com o SUS;
- Mudança dos modelos assistenciais e de financiamento.

Há que se destacar o primeiro foco como eixo principal e balizador de todos os outros, uma vez que a transparência da informação se tornou tão estratégica para a consecução dos diversos objetivos da ANS na saúde suplementar, que ficou impossível alcançar a qualidade no setor, o aprimoramento do relacionamento entre as operadoras de planos de saúde e os prestadores de serviços, a integração da saúde suplementar com o Sistema Único de Saúde e quaisquer outros objetivos que a Agência persiga sem as devidas ações que proporcionem de fato a transparência da informação.

Ao longo do relatório, ficará claro que a transparência da informação permeia todas as ações da DIDES, buscando o empoderamento do beneficiário e a redução da assimetria de informação entre todos os atores do setor de saúde suplementar.

Importante destacar que é necessário mudar o modo de informar, pois a informação precisa ser capaz de agir como um instrumento que gere ação e mudança de cultura na sociedade. É um aprendizado que deve ser perseguido e a área da saúde é um local fundamental onde a informação precisa gerar mudança.

Esse novo enfoque foi acompanhado por uma proposta de redefinição de diretrizes da Diretoria perante o setor e perante a própria Agência, através da criação de espaços para discussão, com destaque para o Laboratório de Desenvolvimento, Sustentabilidade e Inovação Setorial (LAB-DIDES), e de projetos que buscam uma participação mais consciente e efetiva do beneficiário nas suas decisões e uma colaboração de todos os agentes na busca de um desenvolvimento setorial sustentável.

### PARTE 2: ANS – JANEIRO DE 2015 A JUNHO DE 2015

Essa parte está organizada em três etapas. A primeira aborda a Agenda Regulatória 2015-2017 e o Contrato de Gestão da ANS com o Ministério da Saúde (MS); a segunda traz o cerne da atividade regulatória da ANS – os avanços conquistados neste período, organizados de acordo com os focos de atuação da Agência; na sequência, são apresentados alguns destaques da gestão interna da Agência.

Ressalte-se, também, que este documento não esgota todas as atividades da Agência Nacional de Saúde Suplementar em 2015.





# PARTE 1: **DIDES**

AGOSTO DE 2014 A AGOSTO DE 2015



## 1. CENÁRIO ENCONTRADO

Em agosto de 2014, a Diretoria de Desenvolvimento Setorial possuía em sua estrutura três Gerências-Gerais:

- Gerência-Geral de Integração Setorial (GGISE), da qual faziam parte:
  - Gerência de Padronização de Interoperabilidade (GERPI);
  - Gerência de Produção e Análise da Informação (GEPIN);
  - Gerência de Avaliação da Qualidade Setorial (GEAQS)
- Gerência-Geral de Ressarcimento ao SUS (GGSUS); e
- Gerência-Geral de Informação e Sistemas (GGISS).

A primeira ação da nova gestão foi a realização de uma Oficina de Planejamento ainda em agosto de 2014 com o objetivo de repensar, ao lado dos servidores, a melhor estrutura organizacional, a fim de dar conta dos objetivos estratégicos da ANS que envolvessem a Diretoria.

Paralelamente, foi feito um diagnóstico inicial pela nova equipe, a partir do qual uma série de propostas foi apresentada à Diretoria Colegiada em outubro do mesmo ano, com a intenção de solucionar os problemas mais urgentes até o fim do ano. No início de 2015, com a DIDES já contando com uma nova estrutura organizacional<sup>1</sup>, foi efetuada uma nova Oficina de Planejamento, possibilitando a efetiva apresentação de projetos a serem desenvolvidos ao longo do triênio 2015, 2016 e 2017. Essa segunda Oficina ocorreu em fevereiro e contou com a participação de todos os colaboradores da DIDES, o que viabilizou uma intensa discussão acerca dos projetos apresentados, abrindo espaço para a participação de todos nos rumos da Diretoria. Por último, em agosto de 2015, foi realizada nova Oficina a fim de avaliar o andamento e o futuro dos projetos apresentados

A seguir, serão apresentados os projetos apresentados e seu estado atual de execução. É importante destacar que esse Relatório se propõe a apresentar como estão sendo encaminhados os temas afetos à DIDES, identificar as prioridades da Diretoria e possibilitar o acompanhamento das ações planejadas.

1 Conforme o item 2.1 deste Relatório



## 2. PROJETOS 100% IMPLEMENTADOS

### 2.1 Alteração na estrutura da DIDES

O primeiro projeto concluído pela atual gestão foi a alteração da estrutura da DIDES de forma a melhor adequar sua forma aos seus objetivos estratégicos<sup>2</sup>, dentre os quais podemos destacar:

- Integrar e qualificar informações de interesse para a regulação;
- Aprimorar a capacidade regulatória;
- Reduzir a assimetria de informação
- Integrar as informações e as ações entre os setores público e privado;
- Promover o equilíbrio e aprimorar a qualidade do relacionamento entre beneficiários, prestadores e operadoras
- Promover a qualidade setorial.

A mudança estrutural está representada na figura a seguir:

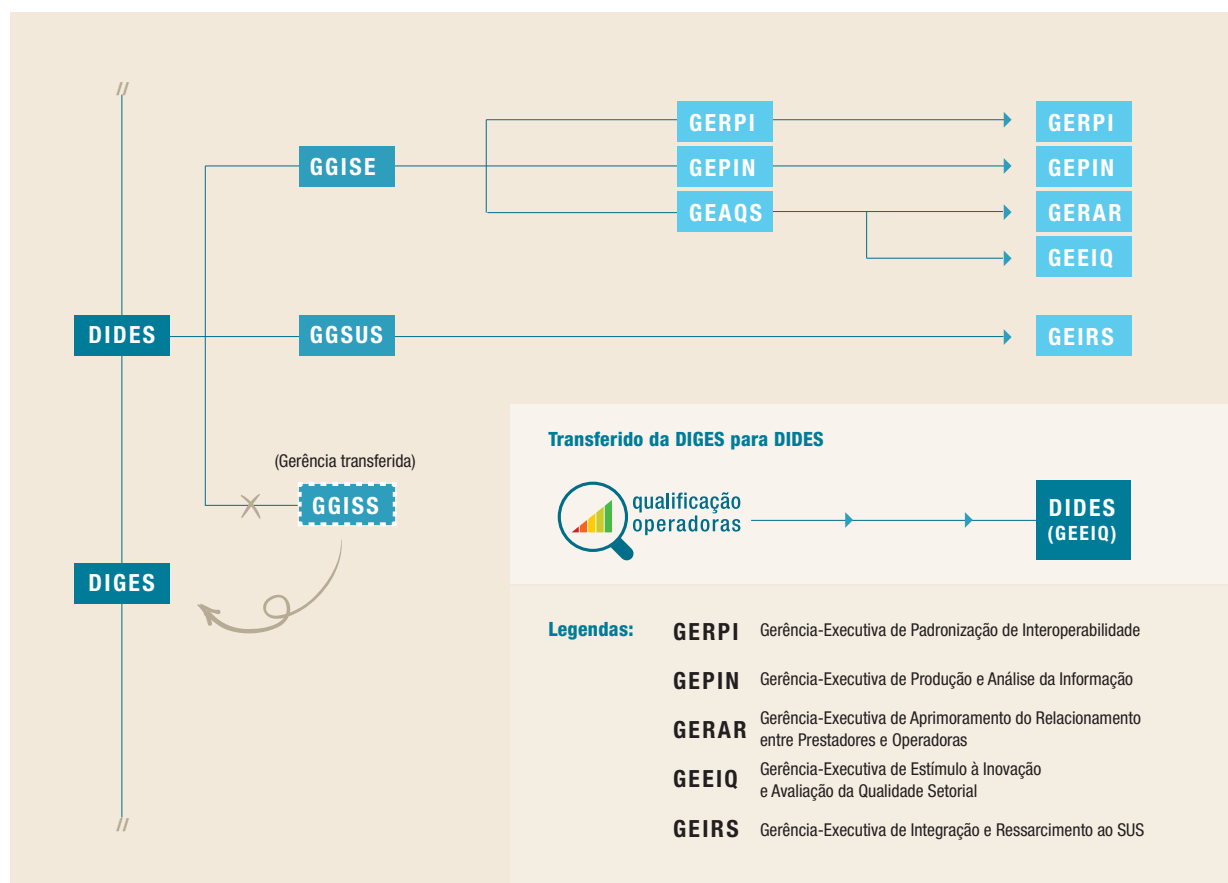


Figura 1 – Alteração Regimental da DIDES

Essa mudança ocorreu em duas etapas. A primeira foi através da Resolução Normativa (RN) nº 354, de 25 de agosto de 2014, que transferiu a GGISS para a Diretoria de Gestão (DIGES) e trouxe o Programa de Qualificação de Operadoras da DIGES para a DIDES. A segunda ocorreu com a RN nº 366, de 15 de dezembro de 2014. A seguir, as principais mudanças introduzidas por essa norma:

- optou-se por transformar a lógica de gerências-gerais/gerências em apenas gerências-executivas;

2 Objetivos estratégicos da ANS que guardam relação com a DIDES.

- padronizou-se a quantidade de coordenações;
- padronizaram-se os cargos comissionados da Diretoria;
- transformou-se a antiga Gerência-Geral de Ressarcimento ao SUS em Gerência-Executiva de Integração e Ressarcimento ao SUS (GEIRS), objetivando expandir o foco do ressarcimento de mera cobrança para uma integração mais efetiva com o SUS;
- criou-se a Gerência-Executiva de Aprimoramento do Relacionamento entre Prestadores e Operadoras (GERAR), a partir das atribuições da GEAQS referentes ao relacionamento entre operadoras e prestadores;
- criou-se a Gerência-Executiva de Estímulo à Inovação e Avaliação da Qualidade Setorial (GEEIQ), com o objetivo de integrar as diferentes iniciativas de avaliação da qualidade (Programa de Acreditação de Operadoras, Programa de Qualificação de Operadoras e Programa de Qualificação de Prestadores de Serviços de Saúde – QUALISS), pois algumas estavam alocadas na DIGES e outras na GEAQS; e estimular a introdução de inovações no setor;
- transformaram-se a GEPIN e a GERPI em gerências-executivas;
- criou-se a Assessoria Técnica e de Gestão (ASTEG), com o objetivo de subsidiar a Diretoria-Adjunta (DIRAD) e apoiar as gerências com estudos técnicos sobre os temas relacionados à atuação da Diretoria, além de contribuir para a definição dos indicadores, projetos e instrumentos de gestão da DIDES; e
- criou-se a Assessoria de Informação (ASSINF), com a atribuição de articular e coordenar o processo de organização e disseminação das informações, aperfeiçoar a comunicação com os públicos externo e interno a fim de dar mais transparência às ações da Diretoria, manter e aprimorar o conteúdo da DIDES no endereço eletrônico da ANS e coordenar a elaboração de publicações na Saúde Suplementar.

## 2.2. Implantação do Laboratório de Desenvolvimento, Sustentabilidade e Inovação Setorial (LAB-DIDES)<sup>3</sup>

O Laboratório de Desenvolvimento, Sustentabilidade e Inovação Setorial foi criado em março de 2015 através da Instrução de Serviço (IS) nº 06, de março de 2015, sendo coordenado pela Diretoria-Adjunta da DIDES (DIRAD/DIDES) e organizado pela ASSINF. Ele tem por finalidade capitanear uma discussão coletiva sobre os temas afetos ao desenvolvimento, sustentabilidade, concorrência, qualidade e inovação setorial, discutir políticas regulatórias relativas a esses temas e elaborar propostas de opções regulatórias.

Desde sua criação, já foram discutidos os seguintes temas:

- Nova metodologia do ressarcimento ao SUS e início da cobrança de Autorização para Procedimentos de Alto Custo/Complexidade (APAC);
- Introdução do Cartão Nacional de Saúde (CNS) como instrumento efetivo no setor, principalmente no tocante à portabilidade individual de informações;
- Uso das informações do Padrão de Troca de Informação de Saúde Suplementar (TISS) como instrumento de transparência e redução da assimetria de informação – Detalhamento dos Dados do TISS (D-TISS);
- Republicação do anexo da RN nº 360;
- Extrato do Beneficiário;
- Transparência da metodologia do reajuste dos planos coletivos;
- Encaminhamentos do Grupo Técnico (GT) Interministerial sobre Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME);
- Reformulação do Índice de Reclamações.

<sup>3</sup> Este e os demais projetos que envolvam transparência da informação, empoderamento do beneficiário e qualidade setorial foram formalmente documentados na Nota Técnica nº 01/2015/DIRAD/DIDES/ANS



O LAB-DIDES está dividido em uma versão interna e uma externa, como mostrado a seguir.

### 2.2.1. LAB-DIDES Interno

O LAB-DIDES Interno teve representantes de todas as Diretorias designados através da Portaria DIDES nº 03, de março de 2015. Suas reuniões são divulgadas na intranet e abertas à participação dos demais servidores e colaboradores que desejarem se inscrever; além disso, o vídeo da filmagem da reunião e todos os materiais utilizados nela são disponibilizados na intranet. Seu objetivo é integrar a ANS na discussão de temas cruciais para o desenvolvimento setorial.

### 2.2.2. LAB-DIDES Externo

O LAB-DIDES Externo é responsável por levar as discussões que passaram pelo LAB-DIDES Interno para todo o setor da saúde suplementar (operadoras, prestadores e órgãos de defesa do consumidor), configurando-se como um espaço de troca de conhecimento e experiências entre esses diversos atores, estimulando a inovação no setor.

## 2.3. Divulgação dos Dados Integrados da Qualidade Setorial (DIQS)

O objetivo dessa ferramenta é disponibilizar informações que permitam ao consumidor comparar operadoras e tomar as melhores decisões para escolha de seu plano de saúde. Com o intuito de tornar os indicadores de qualidade do setor mais acessíveis e objetivos à sociedade, foi elaborado o painel de análise integrada dos dados de qualidade da saúde suplementar, que reúne informações sobre beneficiários, prestadores de serviços de saúde e operadoras de planos de saúde. Neste painel podem ser visualizados, juntamente com o Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS), o percentual de beneficiários atendidos por prestadores acreditados, o índice de adimplência com o ressarcimento ao SUS, a participação no Programa de Conformidade Regulatória e o percentual de oferta de planos individuais e coletivos por operadora. As informações estão disponíveis em dois formatos: uma lista com os dados de todas as operadoras e uma planilha que permite a pesquisa por operadora.



Figura 2 – Tela principal do DIQS

A primeira versão do DIQS foi divulgada em novembro de 2014 e a segunda em maio de 2015. Nesta última versão, foi introduzido um conjunto de informações referente ao perfil da oferta de produtos em comercialização, sinistralidade e ticket médio por forma de contratação, além da quantidade de ciclos com planos suspensos, situação no Programa de Conformidade Regulatória e a adimplência no ressarcimento ao SUS.

## 2.4. Edição de normativos regulamentando a Lei nº 13.003, de 24 de junho de 2014 – RN nº 363, 364, 365, Instrução Normativa da DIDES (IN/DIDES) nº 56, todas de 2014, e Súmula Normativa nº 26, de 2015)

Em 24 de junho de 2014, o Congresso Nacional editou a Lei nº 13.003, que alterou a Lei nº 9.656/1998, modificando os artigos 17 e 18 e introduzindo o art. 17-A, que estabeleceu como obrigatório o contrato escrito para formalizar a relação entre operadoras e prestadores. Elencou também cláusulas de presença obrigatória em todos os contratos, além de dispositivos infralegais constantes das resoluções normativas anteriormente publicadas pela ANS.

A Lei nº 13.003/14 não trouxe novas obrigações no que se refere à formalização da relação entre operadoras e prestadores por meio de contrato escrito nem em relação existência de cláusulas obrigatórias, mas trouxe novas obrigações a serem observadas pelo setor e passíveis de regulamentação pela ANS, quais sejam:

- a obrigatoriedade de substituição de qualquer prestador não hospitalar por outro equivalente, estendendo a estes a proteção legal que antes abrangia apenas as entidades hospitalares;
- a extensão aos prestadores referenciados das obrigações e direitos constantes do art. 18 da Lei nº 9.656/98;
- a periodicidade anual do reajuste dos valores dos serviços contratados;
- a definição de um índice de reajuste pela ANS para ser aplicado em situações específicas;
- a possibilidade de a ANS constituir câmara técnica para o adequado cumprimento da Lei.

Após a publicação dessa Lei, a DIDES convocou reuniões técnicas com participação das demais diretorias, tendo como objetivo iniciar a discussão sobre os principais pontos a serem regulamentados, identificar os principais problemas regulatórios trazidos pela Lei e as primeiras propostas de regulamentação correspondentes.

Na reunião da Câmara de Saúde Suplementar, em agosto de 2014, a regulamentação da Lei foi tema de pauta, na qual os participantes foram convidados a compor uma câmara técnica para discussão. Além disso, foi apresentado o endereço eletrônico institucional ([lei13003@ans.gov.br](mailto:lei13003@ans.gov.br)), para o qual poderiam ser enviadas as contribuições feitas pelas entidades para incorporação à regulamentação a ser feita pela ANS.

Constituiu-se então uma Câmara Técnica conduzida pela ANS, tendo como participantes as partes interessadas (entidades previamente convidadas que compõem a Câmara de Saúde Suplementar, representantes das operadoras de planos, de prestadores de serviços de saúde, de entidades de classe dos profissionais de saúde e dos consumidores). Todas as contribuições e materiais produzidos nas quatro reuniões da Câmara Técnica foram divulgados no sítio da ANS, possibilitando amplo acesso aos participantes e a toda sociedade civil interessada.

No primeiro encontro, realizado em setembro de 2014, no formato de grupo técnico, foram definidos com os participantes os seguintes temas prioritários para debate e regulamentação da Lei: os critérios de equivalência para substituição de prestadores; a elaboração das formas e dos conteúdos das cláusulas obrigatórias dos contratos estabelecidos entre as partes; a definição do ano-calendário para reajuste dos prestadores; o modo que se dará o cálculo e a utilização do índice de reajuste definido pela ANS; as formas de comunicação com os beneficiários no que se refere à substituição de prestadores pelos planos; e a necessidade de adaptação dos contratos vigentes à nova lei.

Na segunda e terceira reuniões da Câmara Técnica, realizadas respectivamente em outubro e novembro de 2014, os temas foram discutidos para a construção de consensos a partir de contribuições pontuadas pelos participantes e da consolidação dos principais entendimentos.

Nas reuniões da Câmara Técnica e na Audiência Pública foram discutidos os itens da Lei a serem regulamentados, buscando-se a construção de consensos para que o órgão regulador formulasse os entendimentos. Os insumos para a discussão foram a síntese das contribuições recebidas pelo endereço eletrônico e as considerações e propostas feitas pelas entidades nas reuniões. A maioria das contribuições recebidas pelo endereço eletrônico foi realizada por representantes das operadoras e dos prestadores de serviços e contemplaram todos os temas definidos pela ANS para discussão, como

adaptação dos contratos vigentes, substituição (equivalência e comunicação), contratos (forma e conteúdo) e utilização do índice de reajuste definido pela ANS; contribuições sobre outros temas também foram recebidas, como negociação coletiva, fiscalização, implementação da norma, Comitê de Boas Práticas, regras de transição, contratação tácita e glosas. Demais subsídios e sugestões sobre as pendências para a proposta de Resolução Normativa da Lei foram colhidos na Audiência Pública, em novembro de 2014, com amplo debate e participação da sociedade civil. As discussões resultantes da Audiência tiveram caráter consultivo e não vinculante, subsidiando a ANS na edição da regulamentação.

Por fim, as minutas de RN foram apresentadas na quarta reunião da Câmara Técnica, realizada em dezembro de 2014, para apreciação dos participantes e sugestões de encaminhamentos futuros.

Ainda no mês de dezembro, foram publicadas as normas<sup>4</sup> referentes à regulamentação da Lei 13.003/14 (RNs nº 363, 364 e 365; e IN/DIDES nº56), que entrou em vigor em 24 de dezembro de 2014; e, em de fevereiro de 2015, foi editada a Súmula Normativa nº 26, sobre entendimento vinculativo do Índice de Reajuste.

## 2.5. Participação no Grupo Técnico Interministerial de Órteses, Próteses e materiais especiais

O Governo Federal publicou em janeiro de 2015 a Portaria Interministerial nº 38, que instituiu um Grupo de Trabalho Interinstitucional (GTI), com a finalidade de propor medidas para a reestruturação e ampliação da transparência do processo de produção, importação, aquisição, distribuição, utilização, tributação, avaliação e incorporação tecnológica, regulação de preços, e aprimoramento da regulação clínica e de acesso dos dispositivos médicos OPME em território nacional. O GT Interinstitucional, composto por representantes do Ministério da Saúde, Ministério da Fazenda (MF), Ministério da Justiça (MJ), Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), ANS, Conselho Administrativo de Defesa Econômica (CADE), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), concluiu suas atividades em julho de 2015 e elaborou um relatório final, com recomendações de trabalho às instituições participantes. A ANS ficou responsável pelos capítulos relacionados à saúde suplementar e o relatório elaborado foi utilizado como exemplo para outras instituições. No texto produzido, a ANS recomendou o desenvolvimento de estudos com vistas à ação regulatória do tema: 1. Estudo da cadeia produtiva e distributiva sobre a formação dos preços de Órteses, Próteses e Materiais Especiais no Brasil e sobre o comportamento dos preços na cadeia; 2. Estudo para identificação de quais OPMEs representam maior custo para as operadoras; 3. Avaliação propositiva para aperfeiçoamento da ação regulatória da ANS sobre as OPMEs. 4. Elaboração de orientações (manual de boas práticas) e orientações para compra de OPMEs por operadoras de planos de saúde e/ou hospitais, garantindo o alinhamento dos materiais aos requisitos técnicos necessários, e observância aos requisitos legais obrigatórios<sup>5</sup>.

4 A lista detalhada das normas é apresentada no Anexo I deste Relatório.

5 Ações futuras acerca do tema estão descritas no item 4.7 deste Relatório.

## 2.6. Projetos relacionados ao ressarcimento ao SUS

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

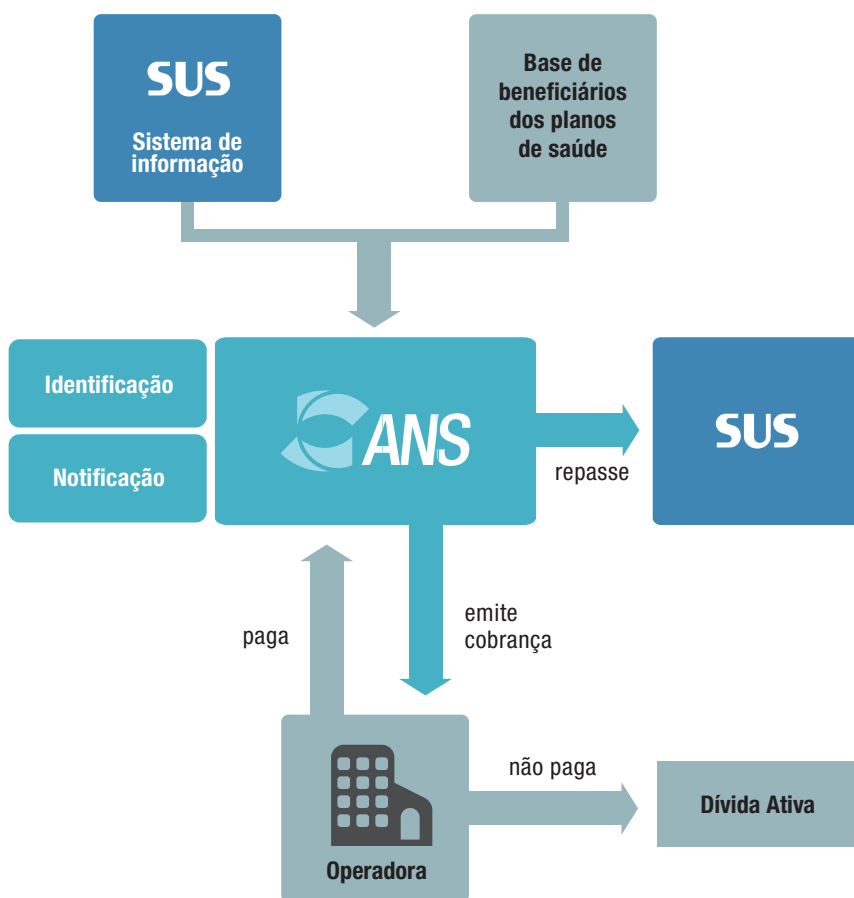


Figura 3 - Mecanismo de funcionamento do ressarcimento ao SUS

Dos projetos apresentados, os seguintes foram totalmente executados:

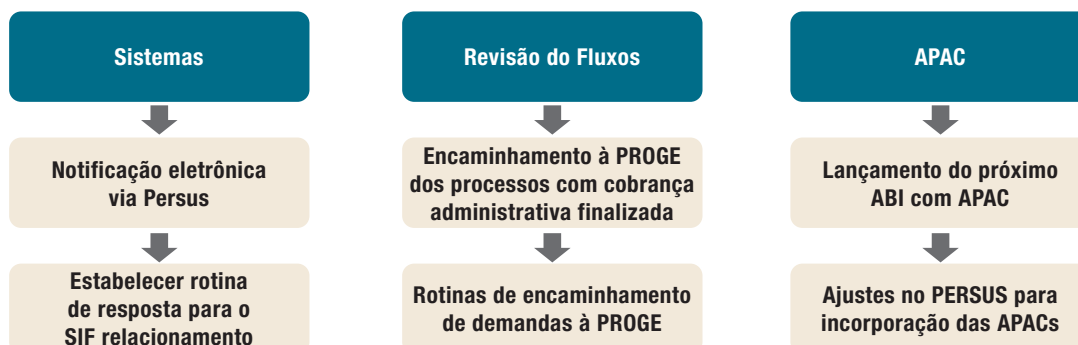


Figura 4 - Projetos da GEIRS propostos e totalmente implementados

### 2.6.1. Notificação Eletrônica via Protocolo Eletrônico do Ressarcimento ao SUS (PERSUS) e cobrança a partir da data da notificação

Diante do grande passivo de processos identificados no ressarcimento ao SUS, têm sido uma preocupação constante da Gerência-Executiva de Integração e Ressarcimento ao SUS o estabelecimento de critérios objetivos e a busca por soluções de tecnologia para redução do passivo de análise.

Em razão da complexidade e das dificuldades técnicas para o desenvolvimento e execução do processo integralmente eletrônico, optou-se pela priorização de alterações menores nos sistemas já utilizados, bem como os módulos já desenvolvidos, para dar continuidade aos processos de forma eficaz.

Assim, foi implementado o PERSUS em janeiro de 2015, no qual a recepção de impugnações e recursos passou a se dar somente por meio eletrônico. Complementando a funcionalidade de recepção de impugnações e recursos, verificou-se a necessidade de automatizar também a saída de documentos, ou seja, substituir a notificação física (envio de correspondência pelos Correios) pela via eletrônica. Para tanto, no caminho para a efetivação do processo administrativo eletrônico foi adaptado para o PERSUS mais um módulo do Processo Eletrônico de Ressarcimento, qual seja, o da notificação eletrônica do Ofício ABI e das decisões de 1ª e 2ª instâncias, bem como os sistemas utilizados no ressarcimento ao SUS (SCI e SGR).

Dessa forma, a RN nº 377/2015, publicada antes da emissão de Ofício de Aviso de Beneficiário Identificado (ABI) contendo Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e APAC, criou a obrigatoriedade das operadoras verificarem diariamente se foi disponibilizado Ofício ABI ou decisão administrativa, em ambiente eletrônico, dispensando-se qualquer formalidade em papel, reduzindo e, até eliminando, as atividades de protocolo e arquivo setoriais.

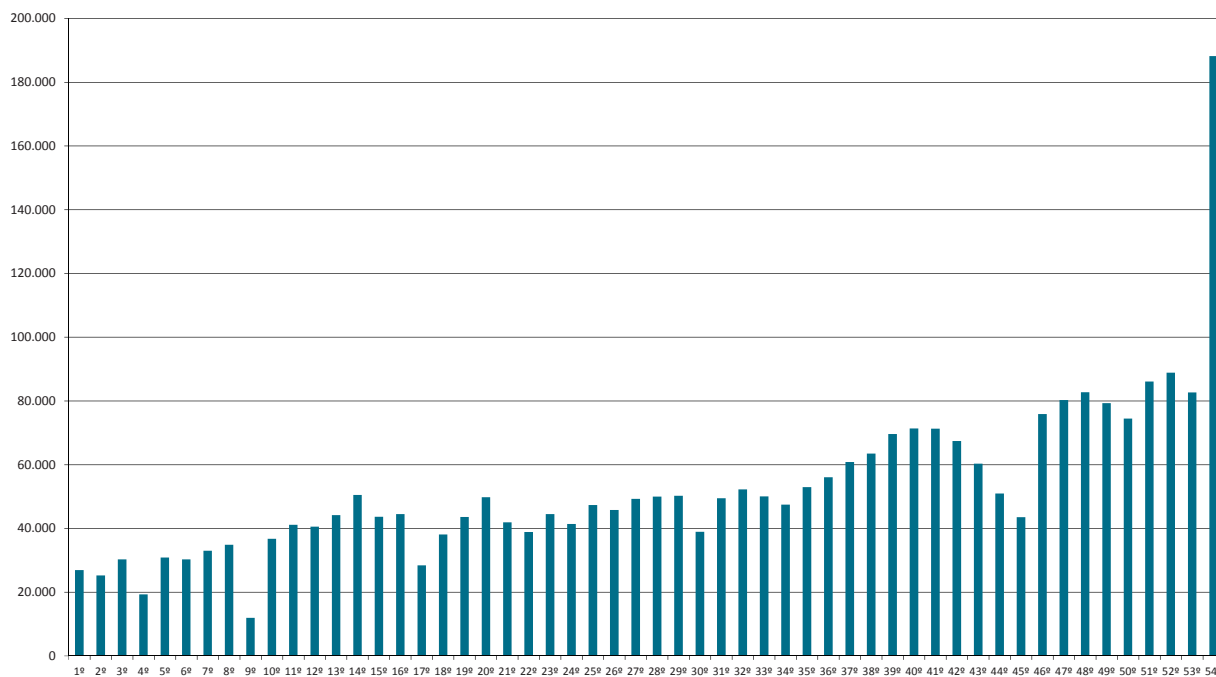
Nesse mesmo contexto, também foi alterado o paradigma de se efetivar a cobrança apenas ao final do processo administrativo. Isto é, com a notificação eletrônica passou-se a disponibilizar também a notificação de cobrança desde a emissão do Ofício ABI, evitando-se o acúmulo do passivo de cobrança e reduzindo defesas meramente procrastinatórias, já que a incidência de juros retroage ao início do processo.

### 2.6.2. Lançamento do 54º ABI / Batimento com APAC

O lançamento do 54º ABI, em maio de 2015, representou um marco no ressarcimento ao SUS. Pela primeira vez, a ANS notificou as operadoras pelo uso do SUS por seus beneficiários para realização de procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos de médio e alto custo.

Ao atender a determinação do TCU, a notificação de APACs representou um impacto importante no número de procedimentos e atendimentos identificados. A soma das AIHs e APACs identificadas chegou a 188.207. Isso significa que a quantidade de identificações chega a ser maior do que o dobro do universo de identificações em relação aos ABIs anteriores.

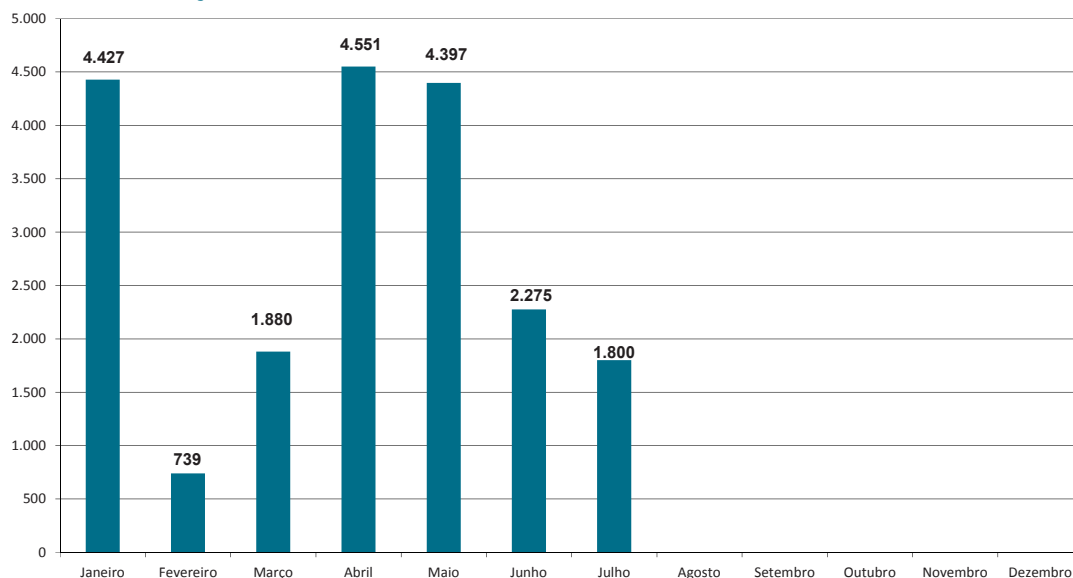
Gráfico 1 - Quantidade de atendimentos por ABI – julho/2015



### 2.6.3. Revisão do fluxo de trabalho para encaminhamento de processos de ressarcimento com cobrança finalizada para inscrição em Dívida Ativa

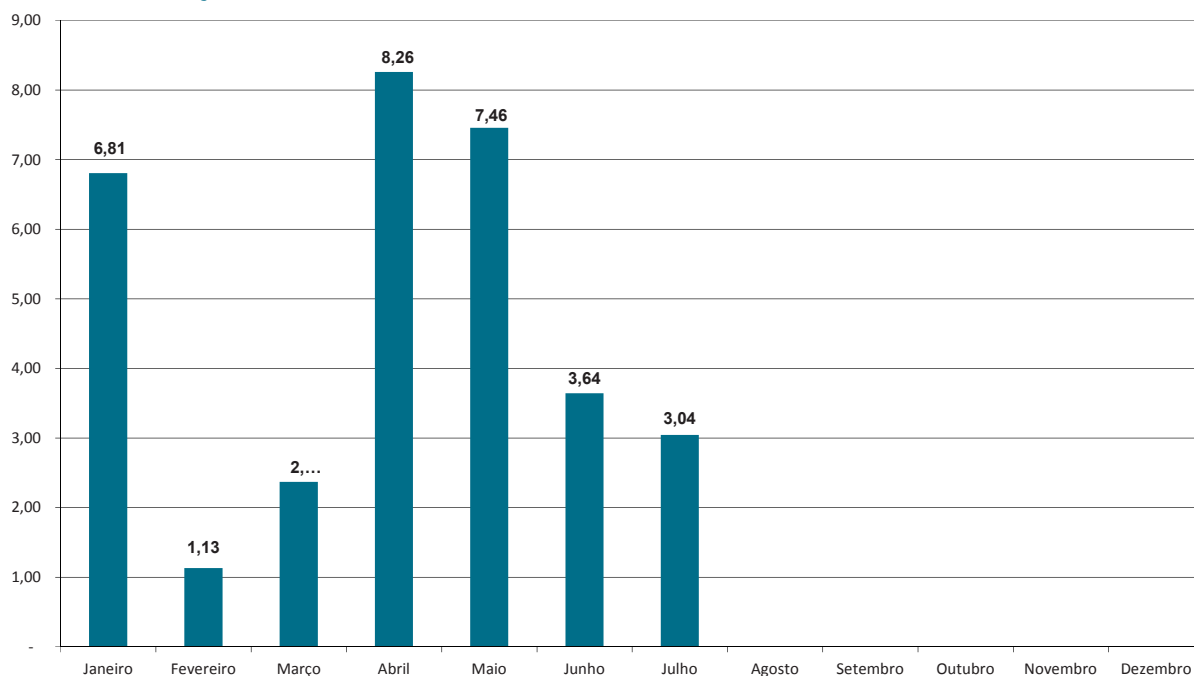
O encaminhamento de processos com cobrança administrativa finalizada para inscrição em Dívida Ativa acabou se tornando uma das prioridades da Gerência-Executiva de Integração e Ressarcimento ao SUS no período. Embora seja um processo contínuo da Gerência, foi realizada uma revisão do fluxo de trabalho. O resultado desse processo de trabalho pode ser visualizado nos gráficos a seguir:

Gráfico 2 - Inscrição em Dívida Ativa (quantidade total de AIHs enviadas no período) – janeiro a julho/2015



Fonte: ANS, 07/2015

Gráfico 3 - Inscrição em Dívida Ativa (em R\$ milhões) – janeiro a julho/2015



Fonte: ANS, 07/2015

#### 2.6.4. Contratação de novos terceirizados para o ressarcimento

Foram necessárias outras ações além daquelas planejadas para execução integral dos projetos. Nesse sentido, um projeto que foi planejado e concluído é a contratação de novos terceirizados para dar apoio à GEIRS no processo de ressarcimento ao SUS. Esses novos colaboradores iniciaram sua atuação na GEIRS em 01º de julho de 2015.

#### 2.6.5. Mudança na regra da liberação de ativos para o “bom pagador”

Considerando a necessidade de implementar ações que visam aperfeiçoar o arcabouço regulatório e o fluxo operacional referente ao ressarcimento ao SUS e estimular o aumento do índice de adimplência das operadoras foi proposta a alteração da RN nº 227, de 2010. O objetivo era acrescer uma fórmula de cálculo para a constituição do lastro dos ativos referentes às Provisões Técnicas, especialmente da Provisão de Eventos / Sinistros a Liquidar (PESL) do ressarcimento ao SUS acerca dos ABIs notificados e ainda sem a emissão de Guias de Recolhimento da União (GRU).

Embora não estivesse previsto no planejamento inicial, este projeto se consolidou e foi totalmente concluído. A proposta foi aprovada pela 418ª Reunião de Diretoria Colegiada, em abril de 2015, e a RN nº 375 foi publicada no mesmo mês.

#### 2.6.6. Alteração da sistemática de repasse dos valores retidos na conta única do ressarcimento ao SUS

Outra atividade que necessitava de revisão e reestruturação era o repasse ao Fundo Nacional de Saúde (FNS) dos valores ressarcidos ao SUS.

A sistemática atual do repasse dos recursos recebidos pelo ressarcimento ao SUS é orientada pelas informações geradas pelo Sistema de Controle de Impugnações (SCI).

Recursos efetivamente recebidos, mas pendentes de identificação, ou cujo montante tenha sido inferior ao total dos débitos que pretendiam quitar, ou, ainda que identificados, suas informações não sejam atualmente passíveis de inserção no SCI, ficam, de modo permanente, retidos na conta única da União à espera de futura resolução.

No entanto, o SCI possui uma série de inconsistências e necessita aperfeiçoamentos. Ademais, há situações que dependem da ação de agentes externos, como os depósitos judiciais convertidos em renda cuja identificação depende em grande parte da Procuradoria Federal, da Justiça Federal ou das próprias operadoras.

Entende-se, contudo, que desde a publicação da Lei nº 12.469/11<sup>6</sup> que instituiu o FNS como único favorecido dos recursos recebidos pelo ressarcimento ao SUS essa sistemática não seria mais necessária. Assim, foi proposta uma alteração do processo de repasse para uma lógica orientada não pelo SCI, mas pelo Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal (SIAFI). O repasse passa a ser determinado basicamente pela existência ou não de recursos na conta única do ressarcimento ao SUS.

O SCI permanece tendo fundamental importância como ferramenta de controle e auditoria a fim de evitar ou identificar quitações indevidas, uma vez que não é o SIAFI o sistema que originalmente cobra e dá quitação aos débitos de ressarcimento ao SUS, sendo o controle desses processos a função fundamental do SCI, o qual também orienta as ações em caso de inadimplemento.

Na prática, a proposta implicou no repasse ao FNS de todo o saldo depositado na conta única do ressarcimento ao SUS.

Cabe observar que, caso haja alteração na legislação referente ao repasse dos recursos de ressarcimento ao SUS que inclua novos favorecidos variáveis, conforme o gestor que originalmente pagou pelo atendimento, o SCI necessariamente deverá voltar a orientar os repasses, assim como era o contexto anterior à Lei nº 12.469/11.

### 2.6.7. Publicação do Mapa do Ressarcimento ao SUS

Em dezembro de 2014, foi publicado o Mapa do Ressarcimento ao SUS, mapeamento inédito sobre as operações de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde. Sua análise compreende as notificações realizadas entre 2008 e 2012 e mostra o perfil dos usuários e procedimentos realizados, oferecendo um panorama detalhado das situações em que as pessoas com planos de saúde mais recorreram ao SUS no período.

O mapeamento ajuda a ANS a induzir as operadoras de planos de saúde a melhorar seus serviços e a criar novos mecanismos de regulação. Ele ainda permite que a ANS trabalhe para garantir que as operadoras tenham rede para atender seus usuários e também que os secretários municipais, estaduais e o próprio Ministério da Saúde utilizem essas informações para planejar melhor a rede de serviços que é oferecida aos pacientes do SUS. É uma ferramenta que possibilita atender melhor à população brasileira, tanto beneficiários de planos de saúde como do SUS, e faz parte de um processo de aperfeiçoamento contínuo do ressarcimento e dos mecanismos regulatórios da ANS.

<sup>6</sup> Até o início da vigência da RN nº 185/08, os favorecidos e os valores a repassar era definidos conforme a Portaria SAS (Secretaria de Atenção à Saúde) nº 165/01, que definia que valores ressarcidos pelas operadoras eram partilhados entre a unidade prestadora de serviço ou sua entidade mantenedora, as quais recebiam a parcela correspondente à diferença entre a Tabela TUNEP (Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos) e os valores já pagos pelo SUS, e o FNS que recebia o valor anteriormente pago pelo SUS. Embora a RN nº 185/08 tenha alterado os favorecidos dos recursos recebidos pelo ressarcimento ao SUS, nenhum repasse foi efetuado no período em que essa norma esteve em vigor.



## 2.7. Projeto Disseminação da Informação

### 2.7.1. Reformulação do Caderno de Informação da Saúde Suplementar

O Caderno é uma publicação trimestral com o objetivo de divulgar informações sobre o setor de planos privados de assistência à saúde. Destina-se ao público em geral, aos consumidores, aos gestores públicos e privados de Saúde e aos segmentos interessados no estudo, pesquisa e análise das informações da saúde suplementar no país.

Desde a edição de março de 2015, que contemplou o fechamento do ano de 2014, o conteúdo foi revisto, excluindo-se tabelas com muitos cruzamentos (pouco utilizadas neste tipo de veículo) e incluindo-se demandas dos consumidores, de fiscalização e análises, além de privilegiar a exibição em gráficos e mapas. Muitas informações foram incorporadas da publicação FOCO (aspectos macroeconômicos e índices de preços selecionados), que foi descontinuada. A apresentação visual também foi modernizada.

### 2.7.2. Inclusão de novas consultas no ANS Tabnet

O ANS Tabnet é uma ferramenta disponível no portal da ANS que permite a realização de diversos tipos de consultas sobre beneficiários, operadoras, planos privados de saúde, ressarcimento ao SUS e demandas dos consumidores 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 anual com dados a partir de 2004.

Além da atualização trimestral regular, foram criadas novas consultas (reclamações e informações) em acordo com a Diretoria de Fiscalização (DIFIS) e incluídas novas informações de receitas e despesas em acordo com a Diretoria de Normas e Habilitação de Operadoras (DIOPE).

As bases de dados consultadas via ANS Tabnet podem ser utilizadas pelos usuários através de microdados para que possam trabalhar localmente no aplicativo que julgarem mais adequado. Seu conteúdo acompanha o Tabnet.

### 2.7.3. Dados Consolidados da Saúde Suplementar

Esta é uma nova publicação em formato de apresentação em slides que tem por finalidade, além de divulgar os dados, facilitar os usuários internos e externos na composição de apresentações que contenham dados da ANS.

## 2.8. Projeto Identificação Padrão da Saúde Suplementar

O projeto regulamentou a identificação padrão dos beneficiários no âmbito da saúde suplementar, que visa padronizar o conteúdo mínimo a ser disponibilizado pelas operadoras de plano de saúde de maneira a contribuir para o maior conhecimento do beneficiário sobre o produto contratado e garantir agilidade no seu reconhecimento pelos prestadores de serviços de saúde. Dessa forma, espera-se que a disponibilização da informação de forma rápida e de fácil acesso empodere o beneficiário da saúde suplementar.

Essa regulamentação se deu através da publicação da RN nº 360, além das suas atualizações (RN nº 376 e RN nº 379), que estabelece as regras necessárias a fim de garantir a identificação unívoca dos beneficiários de planos de saúde, bem como a disponibilização obrigatória de forma individualizada, em meio físico ou digital, da Identificação Padrão da Saúde Suplementar.

A Identificação Padrão da Saúde Suplementar deverá conter: nome do beneficiário; sua data de nascimento; número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário; número do registro do plano privado de assistência à saúde ou do cadastro do plano na ANS; segmentação assistencial do plano; número da matrícula do beneficiário no plano; código do registro da operadora na ANS; informação de contato com a operadora (Serviço de Atendimento ao Consumidor da operadora); informação de contato com a ANS (Disque ANS e endereço eletrônico); data de término da Cobertura Parcial Temporária (CPT), se houver; padrão de acomodação; tipo de contratação; área de abrangência geográfica; nome do produto; nome fantasia da operadora; nome fantasia da administradora de benefícios, quando houver; nome da pessoa jurídica contratante do plano coletivo por adesão ou empresarial; data de início da vigência do plano; e informações mínimas acerca das diferenças dos tipos de contratação, como carência, reajuste, possibilidades de rescisão pela operadora, dentre outras.

Será necessário monitorar a implementação das regras a serem seguidas para a adequada identificação na saúde suplementar e avaliar a necessidade de readequações, se necessário.

## 3. PROJETOS EM ANDAMENTO

### 3.1. Extrato de Utilização do Beneficiário / Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar (PIN-SS)

---

**Percentual de atividades realizadas/previstas: 80%**

---

Este projeto trata da elaboração de norma que torna obrigatória a disponibilização aos beneficiários em área restrita do portal das operadoras (na internet) de dados referentes à utilização do seu plano de saúde, tais como:

- relação dos procedimentos realizados conforme nomenclatura da TUSS;
- valor global por categoria de despesa;
- data de realização do evento;
- identificação do prestador onde se realizou o evento;
- valor médio da carteira por categoria de despesa (opcional).

O Extrato funcionará como um repositório de informações individuais assistenciais e financeiras do beneficiário, com o objetivo de guardar seu histórico de utilização no âmbito da saúde suplementar, permitindo o acesso a consulta e portabilidade dos dados de uso dos serviços de saúde numa área restrita do sítio eletrônico da operadora, chamada de Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar, com impacto direto na transparência da utilização dos recursos de saúde e nas despesas assistenciais. A iniciativa também diminui a assimetria de informação para os beneficiários, instrumentaliza-os a apropriar-se dos seus dados, a conhecer o uso que tem feito dos recursos do sistema e a tomar decisões mais bem fundamentadas no futuro. Em resumo, o Extrato de Utilização do Beneficiário pode ser considerado uma das principais estratégias de *accountability* em desenvolvimento na Agência, pois é uma ferramenta de transparência e prestação de contas ao usuário do setor de saúde suplementar.

Ademais, ele fortalece a RN nº 360, que estabelece o conjunto de informações cadastrais para a identificação padronizada do beneficiário (citada no item 2.8 deste Relatório), com vigência a partir de 1º de janeiro de 2016.

O projeto vem sendo discutido no âmbito do LAB-DIDES e já recebeu diversas contribuições internas e externas, como, por exemplo, quanto aos aspectos de sigilo, periodicidade das informações e grau de abertura dos valores por categorias de despesas.

### 3.2. Reformulação do Índice de Reclamações da ANS

---

**Percentual de atividades realizadas/previstas: 80%**

---

O Índice de Reclamações foi criado em 2003 com o objetivo de medir a relação entre a média de reclamações dos beneficiários de planos privados de saúde contra uma operadora com registro ativo na ANS nos últimos seis meses e a média do número de beneficiários desta operadora no mesmo período, apresentando um ranking de operadoras de acordo com o porte. Nos últimos anos, em sua fórmula, eram contabilizadas todas as reclamações efetuadas pelos consumidores de planos privados de saúde e recebidas na ANS por meio do procedimento da Notificação de Investigação Preliminar (NIP), excluídas as reclamações julgadas não procedentes e as reclamações dos beneficiários que não eram da operadora.

Entretanto, o conceito do Índice não acompanhou a evolução da Agência e das demais formas de monitoramento que foram criadas ao longo dos últimos anos, como o Programa de Monitoramento da Garantia de Atendimento, Risco Assistencial e o Programa de Qualificação das Operadoras, sendo utilizado indiscriminadamente nos diversos programas apesar das diferenças de objetivos e público-alvo entre eles.

Dessa forma, optou-se pela elaboração de uma nova metodologia, que já começou a ser discutida no âmbito do LAB-DIDES. Para dar continuidade ao processo de transparência da informação, a ANS disponibilizou no site a relação de todas as demandas recebidas dos consumidores contra as operadoras de planos de saúde referentes ao período de dezembro de 2014 até o momento atual para que, durante esse período de reformulação, o beneficiário e os demais atores do setor não fiquem sem os devidos dados de reclamações. A planilha divulgada à sociedade considera todas as demandas recepcionadas na ANS, inclusive, as demandas que eram excluídas do cálculo do Índice de Reclamações, tais como as demandas com status “em andamento”, “não procedente” e “não se aplica”. Esta planilha será atualizada mensalmente até a divulgação do novo índice.

Dentre as sugestões recebidas dos servidores da ANS, foram acatadas as que fizeram referência a desmembrar o índice em três, que seriam:

- Índice geral com as operadoras mais reclamadas;
- Percentual de finalização das reclamações assistenciais;
- Índice de abertura de processos administrativos.
- Dessa forma, pretende-se aumentar o alcance e a funcionalidade do Índice; além disso, será mantida a divulgação da planilha com os dados brutos, possibilitando para a sociedade diferentes análises de acordo com o perfil de cada público.

### 3.3. Projeto de Transparência da Metodologia do Reajuste dos Planos Coletivos

#### **Percentual de atividades realizadas/previstas: 80%**

Este projeto vem sendo discutido no âmbito do LAB-DIDES e intenciona tornar obrigatório, por parte da operadora de plano de saúde, o fornecimento de um extrato pormenorizado à Pessoa Jurídica (PJ) contratante de plano de saúde coletivo, detalhando todos os itens que compuserem a memória de cálculo do percentual a ser aplicado na renovação do contrato, com, pelo menos, 30 de antecedência da data prevista para o reajuste. Seu objetivo é conferir maior transparência aos critérios de reajuste e mitigar a assimetria de informação entre contratada e contratante (e administradora de benefícios, quando houver), possibilitando que a negociação do reajuste se dê de forma mais transparente. Além disso, por meio dessa iniciativa, a ANS está buscando incentivar que o reajuste seja um fator de competição no mercado, oferecendo maior poder de escolha e decisão aos beneficiários e à pessoa jurídica contratante, com base em dados objetivos do setor.

Esse extrato deverá conter, no mínimo: o critério técnico adotado, a definição de todos os parâmetros e variáveis utilizados no cálculo, a demonstração dos cálculos realizados para a definição do percentual de reajuste e o período de observação. Algumas sugestões recebidas nas reuniões do LAB-DIDES foram incorporadas, como, por exemplo, a possibilidade de o beneficiário solicitar essa memória de cálculo à operadora ou à administradora de benefício.

### 3.4. Aprimoramento do Programa de Acreditação de Operadoras

---

#### **Percentual de atividades realizadas/previstas:**

**Diagnóstico para aperfeiçoamento da RN n° 277 – 80%.**

**Aproveitamento do instrumento como referência para outras medidas de qualidade ora vigentes – 60%**

**Processo de aperfeiçoamento do Programa – 10%**

---

O Programa de Acreditação tem como objetivo certificar a qualidade assistencial das operadoras de planos de saúde, de acordo com avaliação feita por entidades de acreditação homologadas pela ANS e, desde maio de 2013, obrigatoriamente habilitadas pelo Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia (INMETRO). A análise das empresas leva em conta diversos pontos para conceder a certidão, como a administração, a estrutura e a operação dos serviços de saúde oferecidos, o desempenho da rede de profissionais e de estabelecimentos de saúde conveniados e o nível de satisfação dos beneficiários. A certidão de acreditação pode ser conferida em 3 níveis: nível I: operadoras de planos de saúde avaliadas entre 90 (noventa) e 100 (cem) pontos; nível II: operadoras de planos de saúde avaliadas entre 80 (oitenta) e 89 (oitenta e nove) pontos; nível III: operadoras de planos de saúde avaliadas entre 70 (setenta) e 79 (setenta e nove) pontos.

O Programa de Acreditação é composto por sete dimensões:

- Programa de Melhoria da Qualidade (PMQ) - onze itens com peso um;
- Dinâmica da Qualidade e Desempenho da Rede Prestadora – doze itens com peso dois;
- Sistemáticas de Gerenciamento das Ações dos Serviços de Saúde – vinte e cinco itens com peso dois;
- Satisfação dos Beneficiários – nove itens com peso dois;
- Programas de Gerenciamento de Doenças e Promoção da Saúde – cinquenta e um itens com peso um;
- Estrutura e Operação – quinze itens com peso dois;
- Gestão – vinte e quatro itens com peso um.

Quando a atual gestão da DIDES foi iniciada, em agosto de 2014, havia três operadoras acreditadas; um ano após, o número de operadoras duplicou. Deste universo, quatro possuem certidão de acreditação com nível I e duas operadoras apresentam certidão de acreditação com nível II.

O Programa está sendo aprimorado a fim de que seja cada vez mais integrado às demais iniciativas de avaliação da qualidade. Além da realização do diagnóstico da situação do Programa, foram realizadas reuniões com entidades acreditadoras e está prevista reunião com o INMETRO. A proposta de aperfeiçoamento da RN n° 277, de novembro de 2011, que normatiza o Programa, está em discussão e a previsão é que até o final da atual gestão, através de uma ampla discussão com o setor, seja efetivada. No âmbito deste aperfeiçoamento, está a necessidade de melhor especificação de objetos de aferição, estabelecendo, quando possível, parâmetros objetivos. Ademais, a intenção é que este instrumento possa servir de referência para outras medidas de qualidade ora vigentes; por exemplo, no Programa de Qualificação de Operadoras o elemento acreditação será um atributo a ser considerado.

### 3.5. Reestruturação do Programa de Qualificação de Operadoras

---

#### **Percentual de atividades realizadas/previstas:**

Nova Estrutura do PQO – **90%**.

Publicação de normativo – **50%**

Revisão dos processos de troca de dados com as operadoras,  
além da mudança dos fluxos de trabalho junto à GEPIN e à GGISS – **0%**

Incorporação dos dados da TISS na composição dos indicadores – **10%**

---

A avaliação de desempenho das operadoras é realizada por intermédio do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar, calculado a partir de indicadores definidos pela própria Agência. Esses indicadores são agregados em quatro dimensões, sendo que cada uma possui um peso diferente na formação do IDSS: 40% para a dimensão Atenção à Saúde, 20% para a dimensão Econômico-financeira, 20% para a dimensão Estrutura e Operação e 20% para a dimensão Satisfação do Beneficiário. Esta avaliação de desempenho (IDSS) é anual e retroativa, isto é, os resultados atualmente apresentados são relativos à avaliação de todas as operadoras com registro ativo na ANS que operaram planos de saúde no ano anterior ao da divulgação.

Deve-se destacar que a estrutura atual composta destas quatro dimensões, presente desde 2006, já não retrata os atuais objetivos estratégicos da Agência. Neste sentido, foi iniciado um grupo técnico com a finalidade discutir a adequação da estrutura do Programa à nova realidade do setor e sua integração com os objetivos estratégicos da ANS e com outras ferramentas de avaliação da qualidade setorial; por exemplo, informações sobre a rede prestadora, presentes no Programas de Qualificação de Prestadores e nos Dados Integrados da Qualidade Setorial, poderão ser utilizadas na composição de novos indicadores sobre a qualidade da rede das operadoras. Em junho de 2015, foram apresentadas propostas para quatro novas dimensões: Gestão de Processos e Regulação, Sustentabilidade no Mercado, Garantia de Acesso e Qualidade em Saúde. Além desta mudança, está sendo discutida a possibilidade de uso das informações do TISS para compor o elenco de novos indicadores.

Este processo de reestruturação será feito em etapas. No momento atual, estão sendo avaliados os pesos das dimensões e definidos, junto às áreas técnicas da ANS, os indicadores que comporão o novo IDSS já para a versão do ano-base 2015. A ideia é que o IDSS possa ser aperfeiçoado continuamente como ferramenta que permita as melhores escolhas ao público.

A reestruturação deste Programa ensejará a necessidade de revisão dos processos de troca de dados com as operadoras, além da mudança dos fluxos de trabalho junto à GEPIN e à GGISS. Cabe ressaltar que a nova fase do Programa (com os dados do TISS já incorporados), ora em construção, implicará em mudanças na série histórica dos indicadores, contudo, introduzirá o elemento desfecho na avaliação das operadoras, aproximando mais o Programa dos objetivos estratégicos da ANS e retratando mais fidedignamente o desempenho das operadoras na produção de serviços de qualidade, com continuidade e segurança.

### 3.6. Reestruturação do Programa de Qualificação de Prestadores de Serviços de Saúde (QUALISS)

---

#### **Percentual de atividades realizadas/previstas:**

**As modificações da componente Monitoramento – 40%.**

**Desenvolvimento de parcerias com Entidades Colaboradoras – 20%**

**Desenvolvimento de parceria junto ao Ministério da Saúde – CNES – 5%**

---

O QUALISS visa estimular a qualificação dos prestadores de serviços na saúde suplementar e aumentar a disponibilidade de informações. O intuito é ampliar o poder de avaliação e escolha de prestadores de serviços por parte das operadoras e dos beneficiários de planos de saúde. Este Programa foi estruturado em duas componentes: Divulgação da Qualificação dos Prestadores de Serviços e Monitoramento da Qualidade dos Prestadores de Serviços. O Monitoramento constitui um dos itens da Divulgação da Qualificação, e foi planejado para se desenvolver em etapas. Após a conclusão da 2ª etapa, o que havia ocorrido antes do início da gestão atual, encerrou-se o processo de desenvolvimento do Programa e a experiência acumulada está sendo utilizada na proposta de revisão e reestruturação do modelo, apresentada aos representantes do mercado em junho de 2015.

No tocante à componente Divulgação, um dos objetivos principais será integralizar ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) os atributos de qualidade dos prestadores, sejam eles hospitais, Serviços de Apoio, Diagnóstico e Terapêutica (SADT) ou consultórios. Os atributos de qualidade são requisitos que podem ser associados aos prestadores. Por exemplo, no caso dos hospitais um dos atributos é ter acreditação reconhecida pela *International Society for Quality in Healthcare* (ISQUA), participação na componente Monitoramento, entre outros em discussão.

As principais modificações da componente Monitoramento residem na simplificação do processo de envio das informações necessárias à avaliação de qualidade, o que é uma estratégia para aumentar a adesão dos prestadores ao Programa. Deste modo, a ideia é que a coleta, tabulação e divulgação das informações sejam realizadas por intermédio de plataformas desenvolvidas por Entidades Colaboradoras (acreditadoras, entidades de classe, universidades) desde que não haja conflitos de interesse e preenchidos requisitos mínimos de elegibilidade. Para tanto, haverá a necessidade de adoção de instrumento jurídico específico entre a ANS e as Entidades Colaboradoras. Ademais, optou-se pela simplificação dos domínios e avaliação dos indicadores, com a redução do número de domínios de seis para três (segurança do paciente, resolutividade e satisfação/centralidade no paciente), avaliando a pertinência dos indicadores a serem associados a cada um destes domínios.

Também a exemplo do que está desenhado para o Programa de Qualificação de Operadoras, o processo de implantação do QUALISS será realizado por etapas, tanto no que se refere ao universo de prestadores quanto aos atributos que constarão no CNES. Estas informações poderão ser abastecidas por: acreditadoras; entidades colaboradoras, que farão interface/aplicação das informações do QUALISS indicadores; a própria ANS (sobre os programas especiais); ou as entidades de classe (sobre quem tem ISO 9000 e títulos de residência e/ou especialização).

Por fim, cabe destacar que os principais desafios deste Programa residem na ideia de elevar a qualidade dos serviços prestados, propiciando ao público o acesso a informações sobre a qualidade da rede prestadora. Estas informações, além de orientarem as escolhas do público, propiciarão também a possibilidade de instrumentalizar a contratação entre prestadores e operadoras de plano de saúde.

### 3.7. Monitoramento da implantação dos normativos de regulamentação da Lei nº 13.003/14

---

#### **Percentual de atividades realizadas/previstas: 75%**

---

O projeto de monitoramento da implantação dos normativos de regulamentação da Lei nº 13.003/14 inclui a entrega de quatro produtos, dos quais, três já estão concluídos:

- Relatório de divulgação das substituições nos portais corporativos (definição de metodologia de monitoramento das substituições, realização de pesquisa nos portais corporativos das operadoras, elaboração de relatório de análise e definição de encaminhamentos conforme normativo de sanções da fiscalização);
- Reunião da Câmara Técnica de Monitoramento dos Normativos da Lei nº 13.003/14, realizada em junho de 2015;
- Sistemática de controle de demandas (definição de metodologia de monitoramento de demandas de prestadores recebidas; criação de sistema interno para controle; implementação de rodada de análise).

Resta previsto para desenvolvimento até de outubro de 2015 a criação de indicadores de monitoramento do relacionamento entre operadoras e prestadores no TISS, o que engloba a definição e o teste desses indicadores.

Com relação ao monitoramento da comunicação das substituições de prestadores, foram avaliadas a conformidade da comunicação de substituições de prestadores não hospitalares nos portais corporativos das operadoras. O resultado demonstrou que apenas uma operadora estava em conformidade com os normativos. Findo o prazo de 90 dias para adequação às regras previstas nas normas, metade das operadoras monitoradas não tinha espaço no portal corporativo para informações sobre substituição. As operadoras que tinham o devido espaço apresentaram problemas de incompletude de informações, cuja obrigatoriedade de disponibilização já era prevista desde 2011, na RN nº 285. A ANS irá oficializar as operadoras monitoradas para adequação e criará uma metodologia de monitoramento periódico que permita analisar todas as operadoras. Em relação às demandas recepcionadas pela ANS no período, a maior parte delas era dúvida sobre a RN nº 363/14 (contrato escrito e suas cláusulas obrigatórias) e a RN nº 365/14 (substituições de prestadores não hospitalares). Foram poucas as demandas com indícios de infração.

Quanto à pesquisa de opinião, os resultados demonstraram que tanto operadoras quanto prestadores consideram que a regulamentação da Lei irá aumentar a formalização contratual entre eles. Por outro lado, não houve otimismo em relação à redução dos conflitos. Contrato escrito e cláusulas obrigatórias foi o tema destacado como mais relevante para o aprimoramento do setor.

### 3.8. Definição do Fator de Qualidade

---

#### **Percentual de atividades realizadas/previstas: 40%**

---

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

Há dois produtos a serem entregues:

- Fator de Qualidade para Estabelecimentos (75% concluído)



- Foram realizadas as seguintes reuniões: de alinhamento sobre o Fator e as ações da GEEIQ, 1ª reunião/evento em abril (somente representantes de hospitais e SADT - definição da proposta) e 2ª reunião/evento (GT Lei 13.003 completo - apresentação da proposta). A proposta para definição do Fator de Qualidade está em andamento. Resta realizar a 3ª reunião/evento (GT Lei 13.003 completo - apresentação da minuta);
- Fator de Qualidade para Profissionais de Saúde. Nos próximos meses será dado início à sua elaboração.

A previsão é que o projeto seja concluído em novembro de 2016.

### 3.9. Projeto de Indução da Qualidade dos Prestadores de Serviços de Atenção à Saúde – Projeto Parto Adequado

#### **Percentual de atividades realizadas/previstas: 50%**

A ANS, o Hospital Israelita Albert Einstein e o *Institute for Healthcare Improvement* (IHI), com o apoio do Ministério da Saúde, assinaram acordo de cooperação técnica em outubro de 2014, visando intercâmbio e cooperação técnica e operacional para a indução da qualidade dos serviços de atenção à saúde no setor suplementar brasileiro. O Projeto de Indução da Qualidade dos Prestadores de Serviços de Atenção à Saúde no setor é produto desse acordo e tem como objetivo melhorar a saúde dos indivíduos e populações e a experiência do cuidado (seguro, eficiente, eficaz, a tempo e centrado no paciente). Sua estratégia consiste em implementar projetos-pilotos<sup>7</sup> centrados na indução de boas práticas, baseadas em evidências científicas, favorecendo a produção de saúde e a segurança do paciente. Serão realizadas ações de indução da qualidade nos prestadores de serviços de saúde e de segurança do paciente em três áreas prioritárias:

- estrutura e organização da atenção hospitalar ao parto e nascimento;
- integração dos prestadores de serviços, nos níveis primário, secundário e terciário, na forma de Rede de Atenção à Saúde do Idoso;
- estrutura e organização da atenção primária.

A primeira iniciativa vinculada ao projeto amplo de indução da qualidade é o Projeto Parto Adequado, cujo objetivo é, em conjunto com um grupo de hospitais participantes, elaborar, testar, avaliar e disseminar um modelo de atenção a parto e nascimento que favoreça a qualidade nos serviços, valorize o parto normal e contribua para a redução de cesarianas desnecessárias e dos riscos delas decorrentes. Baseado na ciência da melhoria, o projeto utiliza metodologia desenvolvida pelo IHI e treinamento realizado pelo Hospital Albert Einstein. Em janeiro de 2015, foi realizada reunião entre o Hospital Albert Einstein, a ANS, órgãos de governo, entidades de representação profissional e outras organizações do setor suplementar para apresentação e mobilização inicial para apoio ao Projeto. Os hospitais selecionados<sup>8</sup> foram convidados a participar do 1º Encontro sobre Indução da Qualidade no Parto: Projeto Parto Adequado, em fevereiro de 2015. Outros interessados puderam se inscrever voluntariamente, a partir da divulgação no site da ANS. No evento, foi apresentada a proposta do Projeto, seus objetivos e, ao final, foi distribuído um termo de intenção, para manifestação de interesse do participante em potencial. Posteriormente, foi divulgado um passo-a-passo para inscrição do hospital no Projeto. Hospitais que desejassem participar do Projeto-Piloto, mas que não se enquadrassem nos critérios preestabelecidos, também puderam enviar propostas de adesão.

<sup>7</sup> Projetos-Pilotos são aqui definidos como a aplicação prática no desenvolvimento de ações de melhoria da qualidade de serviços de saúde e de segurança do paciente, no qual poderão ser analisados diferentes aspectos, dentro de um determinado prazo, para posterior avaliação de sua disseminação para o setor suplementar como um todo, por meio de seus prestadores.

<sup>8</sup> Conforme detalhado na Nota Técnica nº 21/2015/GERAR/DIDES.

Foram enviados à Agência 42 termos de candidatura. As candidaturas foram analisadas segundo critérios técnicos<sup>9</sup>. O limite para composição do grupo de hospitais-pilotos ficou inicialmente estabelecido em até 13 hospitais privados, entretanto um número maior de hospitais demonstrou interesse. Desejando aproveitar a mobilização dos prestadores, a ANS criou o grupo seguidor, inicialmente composto por 16 hospitais. Em março de 2015, a lista de hospitais foi anunciada pelo Ministério da Saúde. Além dos grupos piloto e seguidor, três hospitais que já haviam obtido redução de cesáreas desnecessárias aplicando a metodologia do IHI foram classificados como colaboradores. Entre os participantes foram incluídos cinco hospitais do SUS, segundo critérios definidos pelo MS<sup>10</sup>. Em maio de 2015, os hospitais selecionados formalizaram adesão ao projeto em evento no Hospital Albert Einstein. Ao ser constatada a importância do envolvimento das operadoras<sup>11</sup> de planos de saúde para progredir na viabilização das mudanças assistenciais nos hospitais e maternidades e na garantia de sua perenidade após o Projeto, foi criado o conceito de operadora apoiadora. As operadoras passaram a poder participar apoiando hospitais ou maternidades de sua rede que prestem assistência ao parto e nascimento ou dando suporte às mudanças propostas, acompanhando as medidas adotadas e disseminando informações entre beneficiárias. O papel da operadora pode se estender ao aporte financeiro para proporcionar mudanças em instalações físicas e na equipe de profissionais, bem como até a negociação de modelos de remuneração. Para impulsionar a participação das operadoras no Projeto, a ANS convidou as operadoras com maior volume de beneficiárias junto aos hospitais participantes para reunião em maio de 2015, quando receberam minuta de Termo de Compromisso para adesão ao Projeto. Posteriormente, o convite foi estendido às demais operadoras do setor, pelo site da ANS; aquelas que manifestaram interesse foram incorporadas ao grupo apoiador na 2ª reunião, em julho de 2015, quando ocorreu a assinatura dos Termos de Compromisso. Quanto à estratégia de comunicação do Projeto, foi desenvolvida, com o apoio da Assessoria de Informação da DIDES, uma página específica no Portal da Agência, que tem sido usada como apoio para toda a divulgação, com destaque para apresentações realizadas, entrevistas e legislação, além de uma lista de perguntas e respostas incorporada à Central de Atendimento ao Consumidor e à Central de Atendimento a Operadoras e Prestadores e da criação da comunidade do Projeto na intranet para sugestões dos servidores da ANS, bem como para compartilhar vídeos com depoimento de servidores e colaboradores sobre experiências pessoais em parto e nascimento.

Para os hospitais participantes, após os primeiros treinamentos, além de prosseguir com a capacitação na metodologia que fundamenta a avaliação, o planejamento, a implementação e a avaliação das melhorias necessárias, os próximos passos serão reunir equipes, discutir e difundir orientações, planejar e operar mudanças seguindo estratégias combinadas e informar mensalmente os dados coletados. Ao fim do projeto, espera-se identificar: 1) modelos inovadores e viáveis de atenção ao parto e nascimento, baseados nas melhores evidências científicas disponíveis e em experiências efetivas na saúde suplementar, que subsidiem a implantação de um novo arranjo organizativo da prestação de serviços de saúde com a mudança de modelo assistencial, orientados para a qualidade, que ofereçam cuidados abrangentes, integrados e apropriados ao longo do tempo; 2) modelos que favoreçam a sustentabilidade da atenção obstétrica no setor suplementar de saúde, em especial no que se refere a estratégias voltadas para a mudança de financiamento do modelo vigente, que favoreçam a melhoria de indicadores de qualidade de serviços de saúde obstétrica e de segurança do paciente.

Ademais, a ANS, o IHI e o Hospital Albert Einstein realizarão análise de indicadores do Projeto e divulgarão relatórios e materiais de referência com os resultados alcançados. Está prevista ainda a publicação de manual para subsidiar o fomento de novos modelos de assistência ao parto e nascimento e a elaboração de medidas de qualidade e segurança do paciente.

9 Critérios: volume de partos – hospitais com maior volume, preferencialmente pelo menos 500 partos por ano; taxa de cesarianas – hospitais com as maiores taxas, preferencialmente aqueles com 75% ou mais; localização geográfica – hospitais distribuídos pelas regiões do país, buscando representatividade em todas elas, com priorização de áreas com maior cobertura por planos privados de saúde; localização da cidade – hospitais distribuídos na capital e no interior, com maior inclusão dos primeiros devido à maior cobertura da população por planos privados de saúde; vínculo com o SUS – hospitais exclusivamente privados (sem vínculo com o SUS) devem ser a maioria, mas também é desejável a participação de hospitais mistos (privados que também atendem ao SUS), já que sua inclusão pode evidenciar práticas diferenciadas que interferem nos resultados e devem ser estudadas; cobertura da população do município por planos de saúde – ao perdurar a dúvida entre hospitais, aquele localizado em município com maior cobertura por plano de saúde é priorizado.

10 Hospitais com atendimento SUS para partos de risco habitual; realização de mais de um mil partos/ano; percentual de cesarianas acima de 60%.

11 De acordo com a Nota Técnica nº22/2015/GERAR/DIDES.

### 3.10. Projeto ImPaciente (via Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS)

#### Percentual de atividades realizadas/previstas: 75%

O projeto propõe o desenvolvimento de uma sistemática de avaliação da rede prestadora de serviços de saúde, onde a perspectiva do usuário é valorizada, trazendo informações estratégicas para a gestão e para a formulação de políticas de saúde. Haverá a criação de uma plataforma online, na qual pacientes podem acessar perfis de todos os prestadores de serviço de saúde do Brasil e avaliar os prestadores em etapas específicas do ciclo de cuidado ou deixar comentários livres. Atualmente, encontra-se em produção uma versão disponível em <www.impaciente.org>. A dinâmica de funcionamento desta aplicação é semelhante ao que ocorre em experiências já amplamente conhecidas da internet como o TripAdvisor (<http://www.tripadvisor.com.br/>) nos comentários sobre atrações turísticas, e o NCQA (<http://healthplanrankings.ncqa.org/default.aspx>) na avaliação de planos de saúde nos EUA.

Até o mês de julho de 2015, foi realizado levantamento bibliográfico; os ajustes na ferramenta ocorrerão até o final do Projeto. Estão sendo realizados testes com um grupo restrito de usuários e posteriormente tais resultados serão divulgados. As próximas etapas serão: disponibilizar na ferramenta a realização de avaliação e comentários pelos usuários, realizar o levantamento de dados gerados pelas avaliações e a análise de dados, elaborar relatório sobre o estudo-piloto e divulgar os resultados gerais. A previsão de conclusão do Projeto é novembro de 2015.

### 3.11. Projetos Relacionados ao Ressarcimento ao SUS

A maioria dos projetos relacionados ao ressarcimento ao SUS propostos teve início e permanece em andamento. Os projetos estão listados abaixo:

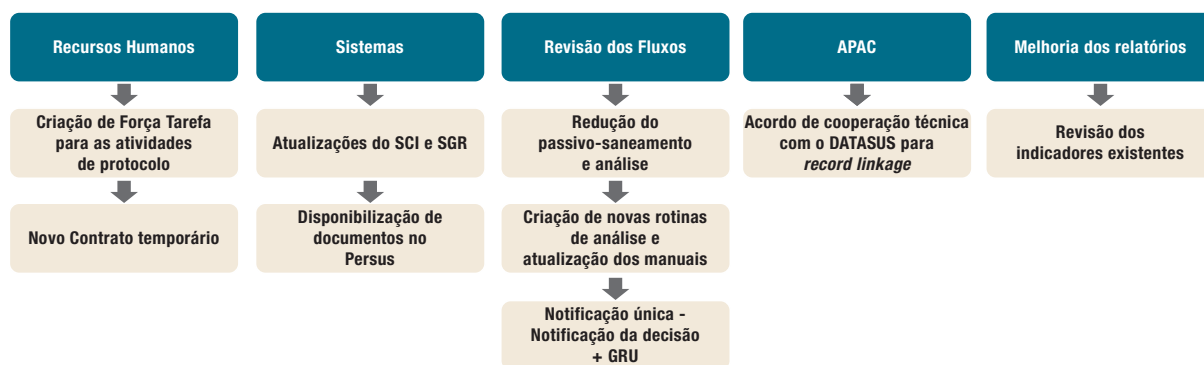


Figura 5 - Projetos da GEIRS propostos e em andamento

Além destes, outras ideias e propostas de trabalho surgiram ao longo dos meses, consolidaram-se como projetos e estão em andamento. Eles estão listados abaixo, seguidos do percentual de implementação:

- Análise sistêmica das questões mais demandadas (20%);
- Notificação da cobrança no PERSUS (20%);
- Remanejamento do Protocolo e das atribuições do recolhimento (parcelamento, depósito e repasse) à DIGES (80%);
- Plano de contingência para continuidade do trabalho frente ao término do contrato temporário (20%);
- Revisão dos filtros do batimento (50%);
- Revisão do Processo Eletrônico de Ressarcimento (10%);
- Viabilização do e-Rec / Cobrança via sistema eletrônico (10%);
- Construção de indicador do Ressarcimento para regulação assistencial (20%).

Seguem três em destaque.

### 3.11.1. Priorização da análise – definição de critérios mais eficientes de análise

#### **Percentual de atividades realizadas/previstas: 10%**

A GEIRS tem um passivo processual que tende a aumentar gradativamente. A análise desse passivo de forma individualizada e com duas instâncias recursais demanda um grande esforço administrativo, seja para organização e gestão dos processos administrativos, seja para análise propriamente dita de cada impugnação ou recurso. Com o intuito de organizar a análise desse passivo, de modo a atender ao princípio da eficiência, foram propostas algumas mudanças metodológicas e de fluxo processual.

Importante lembrar que foi elaborado estudo pela então Gerência Geral de Ressarcimento ao SUS da ANS<sup>12</sup>, que evidenciou que o custo administrativo correspondente à análise de cada AIH no processo de ressarcimento ao SUS pode, em alguns casos, superar o próprio valor em cobrança, o que contraria os princípios da eficiência da Administração Pública e economicidade processual. À época, constatou-se que o estabelecimento de um valor mínimo consolidado em uma AIH para fins de cobrança seria necessário a fim de evitar desperdício de recursos no processo administrativo de ressarcimento ao SUS.

Desse modo, nos últimos meses, foi sugerida a priorização da análise de processos administrativos que representem a cobrança de maiores valores pecuniários. Nos processos administrativos anteriores ao 54º ABI, a ordem de prioridade foi definida pelo valor médio das AIHs de cada processo, objetivando a priorização dos processos com maiores valores pecuniários e menor quantidade de AIHs, nos quais os esforços de análise produzam maiores resultados. A prioridade de análise foi definida por cortes e a força de trabalho foi utilizada na proporção apresentada na figura a seguir:

1ª Corte: número de AIH x valor global do processo;

2º Corte: valor médio de cada AIH;

3º Corte: ordem cronológica com a priorização dos processos com menos de cinco anos.

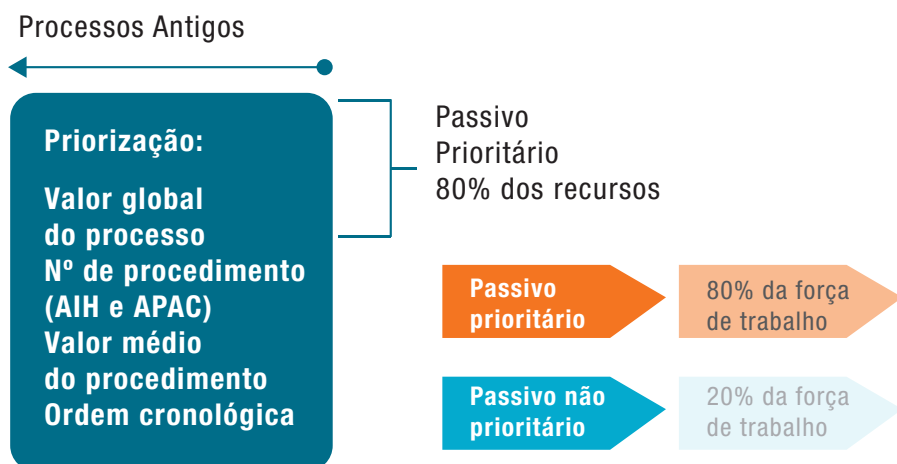


Figura 6 - Priorização da análise dos processos administrativos anteriores ao 54º ABI.

Em relação aos processos administrativos posteriores ao 54º ABI, estuda-se uma nova metodologia de análise, possivelmente baseada em amostragem.

12 O resultado do estudo encontra-se na Nota Técnica nº 6648/2012/GERES/GGSUS/DIDES

### 3.11.2 Apresentação de novas metodologias de análise e cobrança e de novos critérios para batimento e análise das identificações (consultoria via OPAS)

---

#### **Percentual de atividades realizadas/previstas: 30%**

---

Desde o início das atividades da ANS, foram identificadas aproximadamente dois milhões de AIHs no SUS de beneficiários de planos de saúde. Esse número teve incremento com o início da cobrança de APAC através do 54º ABI. Isso aumenta a necessidade de racionalização e priorização dos processos para a Administração Pública. Uma questão crucial para o efetivo tratamento dos processos de ressarcimento ao SUS é a mudança de metodologia de análise. A forma que é processada atualmente, com a análise individual de cada impugnação e/ou recurso não se mostra eficiente e só tende a aumentar o passivo.

Assim, fez-se uma contratação de prestação de serviços técnicos com vistas a identificar a estrutura e os fluxos de trabalho envolvidos no processo de ressarcimento ao SUS, apresentando-se novas metodologias para análise e cobrança, considerando os custos da operacionalização do processo para manutenção da estrutura, bem como estudo referente aos tipos de amostragens e outros critérios passíveis de serem utilizados para fins de batimento e análise das identificações.

A consultoria está em curso e o primeiro produto foi entregue no mês de julho. Os dois produtos restantes estão previstos para serem entregues nos meses de agosto e outubro de 2015.

### 3.11.3. Realização de concurso de servidores temporários

---

#### **Percentual de atividades realizadas/previstas: 38%**

---

Em razão do aumento transitório do volume de trabalho para cumprimento das diversas determinações expeditas em Acórdão do TCU, foi autorizada, em março de 2010, a contratação temporária de 89 profissionais, por tempo determinado, para atender necessidade temporária de excepcional interesse público, no âmbito do ressarcimento ao SUS.

O processo de ressarcimento ao SUS demanda um quantitativo considerável de mão-de-obra qualificada, especialmente para a análise de cada impugnação e/ou recurso apresentado para cada identificação de forma individual (AIH e APAC), atividades estas que não podem ser objeto de terceirização. A contratação temporária com 89 profissionais fez frente para tratar o passivo de processos de ressarcimento de AIH. Em que pese tenha contribuído decisivamente para o substancial incremento de cobrança, durante seu curso, mostrou-se insuficiente para tratamento de toda demanda de análise inicialmente estimada. Esse dimensionamento foi também afetado por situações à época imprevisíveis, como o aumento do número de atendimentos notificados por ABI, que leva a um conseqüente aumento de praticamente todas as ações realizadas no âmbito da GEIRS.

Esta contratação temporária findou em junho de 2015. Com a descontinuidade desse contrato, a redução do quadro de recursos humanos impactou negativamente na cobrança das AIHs e mais ainda na cobrança das APACs. Para que os valores compreendidos na arrecadação e repasse dos valores ressarcidos ao SUS não sejam perdidos junto com todo o trabalho e esforços de inúmeros servidores que se empenharam nessas atribuições, ainda restava premente a necessidade de mão-de-obra qualificada a fazer frente ao passivo subdimensionado e não analisado dos processos de ressarcimento ao SUS. Dessa forma, a ANS solicitou a contratação de pessoal por tempo determinado para atender a essa necessidade temporária pelo aumento transitório do volume de trabalho consubstanciado pela análise conjunta do passivo ainda existente de AIHs e dos procedimentos de alta complexidade, que tenderia a se estabilizar com as melhorias a serem implementadas no fluxo, pela entrada de novos servidores efetivos e a continuidade no desenvolvimento de soluções de TI.

Em julho de 2015, foi então autorizada a contratação temporária para o ressarcimento (89 vagas). Em agosto, foi criada a Comissão Específica do concurso temporário do ressarcimento.

### 3.12. Projeto Padrão TISS (Troca de Informações na Saúde Suplementar)

A Troca de Informações na Saúde Suplementar é um padrão obrigatório para as trocas eletrônicas de dados de atenção à saúde dos beneficiários de planos, entre os agentes da Saúde Suplementar. O objetivo é padronizar as ações administrativas, subsidiar as ações de avaliação e acompanhamento econômico, financeiro e assistencial das operadoras de planos privados de assistência à saúde, além de compor o Registro Eletrônico de Saúde (RES).

Tabela 1 – Síntese e dimensionamento do Padrão TISS versão 3.0 (2014)

Elementos do Padrão	Quantidade
Processos de atenção à saúde padronizados	9
Mensagens	26
Variáveis nas mensagens	2.636
Tabelas de domínio (TUSS)	47
Termos ativos (TUSS)	220.471
Formulários do plano de contingência	18
Variáveis nos formulários	2.818

Devido à sua complexidade, o projeto está dividido nos seguintes produtos:

#### 3.12.1. Terminologia Unificada em Saúde Suplementar (TUSS) de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME) publicada

**Percentual de atividades realizadas/previstas: 50%**

Trata-se da publicação de relação dos procedimentos de Órteses, Próteses e Materiais Especiais codificados na Terminologia Unificada da Saúde Suplementar no âmbito do Padrão TISS. Atualmente o mercado utiliza diferentes tabelas próprias para o processamento de materiais médico-hospitalares; e há necessidade de haver alguma padronização/unificação a fim de dar maior racionalidade ao sistema e obter informações para planejamento e gestão.

Já foram realizadas as seguintes atividades: desdobramento de produtos de saúde nos respectivos modelos, conforme registro na ANVISA, e a correspondente validação no GT do Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar (COPISS); mapeamento com a TUSS; verificada a existência de grandes diferenças entre materiais especiais e os de consumo simples e, também, diferenças nas formas de registro na ANVISA; e construída a proposta para tratar de forma diferenciada o material de consumo geral e os materiais implantáveis.

É necessário haver ainda a apreciação da proposta da ANS pelo COPISS e efetuar a atualização da TUSS de materiais de consumo e análise da nomenclatura nacional de OPME definida pela ANVISA visando à adoção no Padrão TISS.

A constituição do GTI Interinstitucional de OPME, citado no item 2.5 deste Relatório, teve grande impacto no trabalho e é necessário alinhar o produto à estratégia nacional. A participação da Gerência-Executiva de Padronização e

Interoperabilidade (GERPI) no Grupo da Comissão Intergestora Tripartite que acompanhará a implantação das propostas agilizará a adoção do padrão nacional da nomenclatura de OPME pelo Padrão TISS. Há dependência integral dos trabalhos a serem realizados pela ANVISA.

Esse produto está previsto para ser concluído em 2015.

### 3.12.2. Padrão TISS aprimorado e versão para inclusão de outros modelos de remuneração

---

#### **Percentual de atividades realizadas/previstas: 30%**

---

Estes produtos tratam das modificações nos diferentes componentes do Padrão TISS que visam incluir, alterar ou corrigir falhas, a partir de solicitações da própria ANS e do setor de saúde suplementar. Destaca-se a alteração da mensagem de envio de dados das operadoras à ANS para contemplar dados de atenção à saúde realizados em modelos de remuneração diferentes de pagamento por procedimento ao prestador de serviços, que é atendido pela mensagem vigente.

Foram estabelecidas duas novas versões e efetuada análise de solicitações de aprimoramento do TISS com debates no Grupo Técnico TISS ANS e nos GTs do COPISS. Em 2015, o Padrão foi objeto de aprimoramentos não previstos nestes dois produtos, em atendimento à determinação da liminar referente à coleta do código da CID, em fevereiro, e à implementação de alterações nos componentes de Comunicação e Representação e Conceitos, em maio. Será necessária a apreciação pelo COPISS das solicitações analisadas nos seus GTs e a atualização dos componentes do Padrão para a versão 3.03.00. Estes produtos dependem da atuação da GGISS/DIGES.

Esse produto está previsto para ser concluído em 2015.

### 3.12.3. Módulo Padrão TISS - Monitor em produção

---

#### **Percentual de atividades realizadas/previstas: 5%**

---

O Módulo Monitor compõe o sistema Padrão TISS. Trata-se do módulo de monitoramento dos dados do Padrão TISS enviados à ANS pelas operadoras, que permitirá validar a adoção do Padrão TISS, englobando as funcionalidades necessárias à recepção, controle e análise estatística dos registros de eventos de atenção à saúde.

Foram definidas parcialmente as regras de negócio. As próximas ações serão: análise dos dados enviados à ANS, sistematização da solicitação de implementação de regras de qualidade dos dados e demais ações planejadas. O produto depende da atuação da GGISS/DIGES.

Esse produto está previsto para ser concluído em 2016.

### 3.12.4. Evolução do Módulo Padrão TISS - Integrador em produção

---

#### **Percentual de atividades realizadas/previstas: 15%**

---

O Módulo Integrador compõe o sistema Padrão TISS e viabiliza a recepção pela ANS dos dados enviados pelas operadoras. O módulo contém críticas de entrada aos dados. Após sua entrada em produção em fevereiro de 2015, foram detectadas necessidades de melhorias no que diz respeito à navegabilidade e à usabilidade, além da identificação de novas críticas para melhoria da qualidade dos dados recebidos.



Apenas em maio de 2015, o módulo foi considerado estável para recebimento e processamento dos dados enviados à ANS. Identificada necessidade de correções pontuais que se encontram em desenvolvimento. Há previsão de evolução da aplicação para atendimento à versão 3.03.00 referente à inclusão de mensagens destinadas a coletar dados de atenção à saúde realizados modelos de remuneração diferentes de pagamento por procedimento ao prestador de serviços, que é atendido pela mensagem vigente. O produto depende da atuação da GGISS/DIGES.

Esse produto está previsto para ser concluído em 2016.

### 3.12.5. Evolução do Módulo Padrão TISS - Gestão da TUSS em produção

---

#### **Percentual de atividades realizadas/previstas: 30%**

---

Este módulo compõe o sistema Padrão TISS e é uma funcionalidade voltada para a gestão do Componente de Representação de Conceitos de Saúde (Terminologia Unificada da Saúde Suplementar), incluindo funcionalidades que possibilitem o mapeamento da TUSS com outras tabelas utilizadas no sistema de saúde.

Foram definidas regras, homologados os casos de uso e os artefatos técnicos do sistema. O próximo passo é o desenvolvimento da aplicação. O produto depende da atuação da GGISS/DIGES.

Esse produto está previsto para ser concluído em 2016.

### 3.12.6. Evolução do Módulo Padrão TISS - Instâncias de Padronização em produção

---

#### **Percentual de atividades realizadas/previstas: 5%**

---

Este módulo compõe o sistema Padrão TISS e permitirá a otimização das atividades referentes ao aprimoramento do Padrão TISS, realizadas pelo COPISS e pela Gerência-Executiva de Padronização e Interoperabilidade, incluindo o cadastro dos participantes, a gestão das reuniões, fóruns de discussão, recepção e processamento de solicitações de alteração do Padrão, entre outras funções de cunho administrativo e de relação com as entidades envolvidas no desenvolvimento do Padrão.

O desenvolvimento do módulo contemplará a atualização do normativo que define o COPISS (IN/DIDES nº 29), prevista para 2016. O produto depende da atuação da GGISS/DIGES.

Esse produto está previsto para ser concluído em 2017.

### 3.12.7. Módulo Padrão TISS - Gestão do Padrão (demais componentes) em produção

---

#### **Percentual de atividades realizadas/previstas: 5%**

---

Este módulo compõe o sistema Padrão TISS e é voltado para a gestão dos diferentes componentes do Padrão, incluindo atualizações de conteúdo, versionamento, publicação, entre outras funcionalidades.

O escopo já começou a ser definido. O próximo passo é a definição das regras, além das demais ações planejadas. O produto depende da atuação da GGISS/DIGES.

Esse produto está previsto para ser concluído em 2017.



### 3.12.8. Dados do Padrão TISS disponibilizados para a ANS e para a sociedade

---

#### **Percentual de atividades realizadas/previstas: 15%**

---

Trata-se da disponibilização interna e externa dos dados do Padrão TISS referentes a eventos de atenção à saúde informados à ANS pelas operadoras de planos privados de saúde, e que têm como objetivos subsidiar as ações de regulação do setor de saúde suplementar e contribuir com a conformação do Registro Eletrônico em Saúde do país.

A base de dados TISS em produção contém registros de transações que ocorrem na troca de dados entre operadoras e prestadores de serviços como, por exemplo, uma autorização de internação, um pagamento de procedimento e uma a glosa de fatura. Para que os dados sejam disponibilizados para uso interno à Agência, na avaliação e elaboração de políticas regulatórias, e à sociedade em geral, particularmente com vistas ao fornecimento de informações que permitam uma visão integrada do sistema de saúde brasileiro, nos seus componentes público e privado, será necessário organizar uma base de dados de eventos de atenção à saúde. Os dados dos eventos será o ponto de partida para a disseminação dos dados do TISS.

Algumas das formas de disseminação já planejadas e em andamento são tratadas nos itens 3.16 (D-TISS) e 3.15 (Registro Eletrônico de Saúde – RES) do presente Relatório. Outra forma importante de disseminação será a organização de uma série de arquivos compactados que permitirá a realização de tabulações sobre a base do TISS, à semelhança dos disponibilizados pelo DATASUS contendo dados dos sistemas de informação da saúde pública.

Esse produto está previsto para ser concluído em 2017.

### 3.12.9. Monitoramento do Padrão TISS

---

#### **Percentual de atividades realizadas/previstas: 20%**

---

Trata-se do Programa que integra o conjunto de atividades de acompanhamento da implantação do Padrão TISS, bem como do monitoramento dos dados enviados pelas operadoras de planos privados de saúde à ANS no que diz respeito ao volume e à qualidade desses dados.

As regras do Programa de Monitoramento do Padrão TISS foram parcialmente estabelecidas e os indicadores quantitativos, a análise dos resultados e as ações de melhoria foram gerados. Ademais, houve a definição de uso dos dados do Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde (DIOPS) para análise de completude dos dados do Padrão TISS enviados à ANS e definição inicial da rotina de verificação do cumprimento da obrigação estabelecida na RN nº 305. A próxima etapa é evolução nas definições de regras de monitoramento da qualidade dos dados. O produto depende da atuação da atuação da GGISS/DIGES.

Esse produto está previsto para ser concluído em 2017.

### 3.12.10. Padrão: TISS: Divulgação e capacitação

---

#### **Percentual de atividades realizadas/previstas: 2%**

---

O projeto inclui ações de divulgação do Padrão TISS para o conjunto da sociedade, utilizando linguagem acessível a todos os públicos interessados, além de ações de capacitação dos atores diretamente envolvidos (prestadores de

serviços, operadoras, ANS), versando sobre a implantação e operacionalização dos diferentes componentes do Padrão, preferencialmente em formato virtual. A análise de conteúdo para produção de informativos e a interface com a Assessoria de Informação da DIDES e a Gerência de Comunicação Social (GCOMS) para definição de ferramentas estão sendo iniciadas.

Esse produto está previsto para ser concluído em 2016.

### 3.12.11. Normativo do COPISS atualizado

---

#### **Percentual de atividades realizadas/previstas: 20%**

---

A IN/DIDES nº 20, de 2006, que dispõe sobre o estatuto do COPISS, requer atualização de seu conteúdo em diferentes aspectos, dentre os quais estão as atribuições e a composição do Comitê, bem como sua organização em grupos de trabalho e forma de funcionamento dos mesmos.

Foram consolidadas as propostas de atualização da GERPI e do COPISS. Faz-se necessária ainda a avaliação da Gerência, além das demais ações planejadas. O produto depende de atuação da Procuradoria Federal junto à ANS (PROGE). Esse produto está previsto para ser concluído em 2016.

### 3.12.12. Termos de cooperação com entidades de referência assinados

---

#### **Percentual de atividades realizadas/previstas: 15%**

---

As entidades de referência do COPISS são instituições que colaboram com a ANS e com o Comitê em aspectos técnicos que devem ser analisados para a implementação do Padrão TISS. Há necessidade de se formalizar os termos de cooperação para dar maior segurança e assegurar a continuidade dos trabalhos.

A etapa de elaboração de proposta preliminar de Termo de Cooperação e a seleção das entidades que atuam como referência no aprimoramento do Padrão TISS foram concluídas. Os próximos passos incluem a anuência das entidades selecionadas – ANVISA e Conselhos Federais do Exercício Profissional de Saúde integrantes do COPISS – e reunião da direção da DIDES com a ANVISA.

Esse produto está previsto para ser concluído em 2016.

## 3.13. Interoperabilidade com o SUS

### 3.13.1. Tabela Unificada do SUS mapeada com a TUSS

---

#### **Percentual de atividades realizadas/previstas: 27%**

---

A Terminologia Unificada da Saúde Suplementar está estruturada de modo diferente das tabelas de procedimentos do SUS, o que dificulta uma visão integrada do sistema de saúde brasileiro. O projeto de mapeamento é um dos primeiros passos para a avaliação real do sistema de saúde, bem como para seu planejamento.

Foram realizadas as seguintes atividades: reuniões com o técnico do Ministério da Saúde designado para a realização

da atividade; organização da base de dados para o registro do mapeamento das tabelas e definição da metodologia de trabalho; consolidação do mapeamento realizado por técnicos da GERPI e da SAS/MS; e atualização do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP) para registro do mapeamento. É necessário que seja dada continuidade ao mapeamento, além do desenvolvimento das demais ações planejadas.

Os procedimentos mapeados deverão ser validados pela equipe da SAS/MS e, em seguida, o resultado do mapeamento deve ser inserido no Sistema SIGTAP (SUS) para disponibilização aos usuários do Sistema.

Esse produto está previsto para ser concluído em 2016.

### 3.13.2. Estabelecimentos da saúde suplementar cadastrados no CNES

---

#### **Percentual de atividades realizadas/previstas: 40%**

---

O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde é um instrumento fundamental de registro e avaliação da rede de serviços de saúde disponível no território nacional, devendo incluir também os estabelecimentos privados que prestam serviços para os beneficiários de planos privados de saúde. A GERPI tem atuado junto à SAS/MS, DATASUS/MS, CONASS e CONASEMS no sentido de elaborar estratégias e definir ações que facilitem o cadastramento dos prestadores de serviços de saúde com atuação na Saúde Suplementar.

A aplicação para cadastramento de prestadores que atuam na saúde suplementar via identificação por CPF foi atualizada e validada pela GERPI. Entretanto, há ainda necessidade de aprimoramento da aplicação para inclusão de prestadores que atuam com CNPJ (Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica). Este produto depende da atuação da SAS/MS juntos aos gestores do SUS e do DATASUS/MS.

Esse produto está previsto para ser concluído em 2017.

### 3.14. Projeto Estudos e Pesquisas da GERPI

#### 3.14.1. Participação da GERPI em Grupos de Trabalho

---

#### **Percentual de atividades realizadas/previstas: 30%**

---

Este produto engloba o conjunto de participações da equipe da GERPI em diferentes grupos de trabalho internos e externos relacionados a padronização, interoperabilidade e utilização de dados de saúde, entre outros.

A GERPI vem participando dos seguintes grupos: Comissão Científica do Congresso Internacional de Qualidade em Serviços e Sistemas de Saúde, Comitê Gestor do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS), Grupo de Trabalho de Revisão das Terminologias de Tipos de Estabelecimentos de Saúde, Grupo Executivo das Contas de Saúde, GTI OPME, GT Glossário da Saúde Suplementar, GT Metas e Indicadores (MS), COPISS e GT TISS ANS.

Previsão de conclusão: de acordo com o tempo de manutenção dos grupos pelas Entidades de origem.

### 3.14.2. Metodologia e ferramentas para aplicação do Modelo de ‘Grupo de Diagnósticos Relacionados’ (DRG) para a área hospitalar na saúde suplementar brasileira (via OPAS)

#### **Percentual de atividades realizadas/previstas: 75%**

Trata-se de produto desenvolvido pelo Hospital Sírio Libanês (HSL) no âmbito do acordo de cooperação técnica da ANS com a OPAS, e acompanhado pela GERPI. Tem como principais subprodutos a definição de um Conjunto Mínimo Básico de Dados (CMBD) para a construção de um sistema de DRGs (*Diagnostic Related Groups*), instrumento importante de geração de informação para planejamento e gestão da saúde, além da codificação de procedimentos selecionados e posterior mapeamento dos mesmos com a TUSS, bem como a realização de um seminário sobre “DRGs como ferramenta de avaliação de performance clínica”.

Estão concluídas as seguintes etapas: geração de banco de dados com ferramenta adquirida pelo HSL, contendo as Grandes Categorias Diagnósticas, com identificação dos principais diagnósticos do Hospital, como base para o início da definição do seu case-mix; e batimento da SIGTAP/TUSS para os principais diagnósticos (em análise pela GERPI). Os próximos passos são a realização de uma videoconferência programada para agosto de 2015, um seminário previsto para outubro do mesmo ano e a apresentação geral dos projetos da OPAS, incluindo este produto, prevista para novembro de 2015.

## 3.15. Projeto Registro Eletrônico de Saúde (RES)

### 3.15.1. Base de dados individualizados/identificados disponibilizada

A principal característica do RES é agregar as informações essenciais de saúde do indivíduo. Assim sendo, a ANS adotou que o Registro Eletrônico de Saúde da Saúde Suplementar seja o Registro Eletrônico de Saúde Nacional gerido pelo Ministério da Saúde de forma a garantir que todas as informações dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde façam parte do RES nacional.

Essa opção possibilita dar ao beneficiário acesso seguro e integral aos seus dados de saúde, além de dispor os dados para a continuidade dos tratamentos, contribuindo para ampliar a efetividade do cuidado, reduzir a incidência de erros na prestação da assistência e aumentar a segurança e a qualidade da atenção à saúde. O repositório nacional também possibilita agregar conhecimento para gestão do sistema de saúde e definição de políticas públicas.

O projeto RES em seu estágio atual trata da constituição de uma base de dados que tem como unidade o indivíduo usuário de plano privado de saúde, formada a partir dos lançamentos encaminhados pelas operadoras à ANS, que será agregada ao Portal do Cidadão para verificação individual dos procedimentos realizados – hoje o Portal inclui apenas a produção realizada no âmbito do SUS.

A equipe da GERPI participou de Oficina de trabalho realizada pelo DATASUS para debate do projeto com técnicos do Ministério da Saúde e especialistas convidados. O próximo passo será a reunião com a direção do projeto no Ministério da Saúde visando adequar o planejamento da ANS com as propostas do MS.

Esse produto está previsto para ser concluído em 2017.

### 3.15.2. Experiências internacionais em implantação de eHealth

O produto tem como principal resultado uma revisão bibliográfica sobre o estado da arte da implantação de iniciativas de eHealth em países selecionados. Entende-se por eHealth as práticas de planejamento e avaliação no campo

da saúde que são apoiadas por processos eletrônicos, tendo por base a interoperabilidade de sistemas, para um visão global dos sistemas nacionais de saúde.

Esse produto está previsto para ser concluído em 2017.

### 3.16. Detalhamento dos Dados do TISS (D-TISS)

#### **Percentual de atividades realizadas/previstas: 75%**

O objetivo do Padrão TISS é padronizar as ações administrativas, subsidiar as ações de avaliação e acompanhamento econômico, financeiro e assistencial das operadoras de planos privados de assistência à saúde. As informações sobre as trocas eletrônicas de dados de atenção à saúde dos beneficiários de planos, no padrão TISS, são enviadas mensalmente pelas operadoras de planos privados desde setembro de 2014. A partir delas, a ANS dispõe de um banco de dados significativo referente a toda produção assistencial da saúde suplementar. A mineração e tabulação desses dados possibilita a geração de uma gama de informações que, ao serem disponibilizadas para a sociedade, garantem transparência ao setor e contribuem para a qualidade e para a concorrência setorial, permitindo que o consumidor tenha acesso a informações sobre o seu plano de saúde e que poderão auxiliá-lo também a uma melhor tomada de decisão quando da contratação de um plano de saúde, ou do exercício da portabilidade.

Dessa forma, decidiu-se pela contratação via Termo de Cooperação OPAS de uma consultoria específica cujo objetivo é produzir documento a fim de fundamentar a equipe de técnicos da ANS para o desenvolvimento e sistematização de uma modelagem do banco de dados adequada. Os três produtos a serem entregues pelos consultores selecionados são:

- um documento técnico contendo a metodologia de extração e mineração dos dados da base TISS;
- um documento técnico contendo a metodologia de apresentação dos dados de forma tabular e gráfica; e
- um documento técnico contendo a metodologia de apresentação dos dados contendo a distribuição geográfica dos serviços prestados no âmbito da saúde suplementar.

Nas primeiras reuniões do LAB-DIDES, foi discutido o tratamento a ser dado ao resultado deste estudo e optou-se pela criação do D-TISS. Seu objetivo é dar transparência aos dados do TISS em linguagem acessível aos beneficiários. Com base nos produtos entregues pelos consultores contratados através do Termo de Cooperação citado, o D-TISS está sendo desenvolvido pela equipe de tecnologia da informação da ANS.

Compreendendo informações de suma importância para a melhor compreensão do nosso sistema de saúde, o D-TISS permitirá o acesso aos dados de frequência de eventos em saúde e suas despesas, por variáveis demográficas e por estado. Por meio de um mecanismo amigável de busca por palavra chave, o procedimento poderá ser identificado; em seguida, o usuário terá acesso à descrição do procedimento, à quantidade realizada e ao número de prestadores. Essas informações poderão ser adquiridas por Unidade da Federação (UF), sexo, faixa etária, porte da operadora e/ou competência. Apresenta-se ainda a possibilidade de obtenção de dados na forma de mapa, no qual será possível identificar frequências por estados e por qualificação do prestador, se acreditado ou não.

No que tange à visão financeira, o D-TISS possibilitará o acesso aos valores da despesa média dos procedimentos e sua dispersão, com a possibilidade de geração de um gráfico box-plot. Os filtros por estado, faixa etária, sexo, porte da operadora e competência também poderão ser utilizados.

A apresentação de informações de indicadores nacionais e internacionais relacionados aos procedimentos, quando disponíveis, já está planejada. Desse modo, busca-se integrar os dados de utilização dos serviços de saúde com informações técnico-científicas que apoiem a tomada de decisão de todos os agentes, propiciando uma visão integrada dos eventos inseridos no setor de saúde suplementar e os conhecimentos científicos na área de saúde.

Já houve a especificação das regras de extração dos dados, desenvolvimento da carga, homologação, implementação em produção, análise estatística dos dados e desenvolvimento do controle de carga. Inicialmente será apresentado um conjunto reduzido de procedimentos; gradativamente, novos procedimentos, selecionados por sua relevância e impacto, serão acrescentados.

### 3.17. Projeto Implantação de Business Intelligence (BI)

#### 3.17.1 Disponibilização da Sala de Situação para Público Interno

**Percentual de atividades realizadas/previstas: 100%**

A Sala de Situação é uma plataforma integrada de Business Intelligence da ANS. Foi construída com base em painéis (dashboards), relatórios e tabelas dinâmicas (cubos OLAP - *Online Analytical Processing*) com a finalidade de permitir maior agilidade e flexibilidade na disponibilização de informação. Entre seus inúmeros benefícios está a possibilidade de unificar as informações em interface única, evitando necessidade de consulta a diversos sistemas, permitindo o acesso a dados confiáveis e homogêneos de forma integrada (identidade visual e informacional), dinâmica e visual (exibição de gráficos e mapas).

A etapa inicial de implantação foi concluída e colocada à disposição do público interno em junho de 2015. Foi criado um Grupo Técnico da Sala de Situação, composto por representantes de todas as áreas da ANS, incluindo os diretores-adjuntos, que se reuniu para apreciar o conteúdo e aprovar sua disponibilização.



Figura 7 – Tela inicial da Sala de Situação da ANS

### 3.17.2. Disponibilização da Sala de Situação para Público Externo

---

**Percentual de atividades realizadas/previstas: 50%**

---

Trata-se da adaptação do mesmo produto desenvolvido para o público interno para o público externo, necessitando do levantamento das necessidades de infraestrutura, revisão do conteúdo e demais aspectos técnicos em conjunto com a GGISS/DIGES.

### 3.17.3. Criação e Desenvolvimento de *Datamarts*

---

**Percentual de atividades realizadas/previstas: 30%**

---

Trata-se da organização e consolidação de dados, por meio da criação de tabelas, referentes a assuntos específicos (beneficiários, ressarcimento, TISS, etc.) visando facilitar a extração de relatórios gerenciais e operacionais.

Foi realizada a identificação das necessidades dos usuários para a elaboração das especificações visando à criação de *datamarts*. Faz-se necessário estabelecer prioridades e construir os *datamarts* definidos.

## 3.18. Projeto Integração com o SUS

### 3.18.1. Disponibilização de ferramenta (Cadsus Stand Alone) para atribuição de número CNS para beneficiários da Saúde Suplementar em lote pelas operadoras

---

**Percentual de atividades realizadas/previstas: 100%**

---

É uma solução off-line que permite que as operadoras de planos privados de saúde executem, em lote, a busca e emissão de números de CNS para seus beneficiários, proporcionando ganhos de escala no processo de emissão de números do CNS.

Foram realizadas reuniões com técnicos do Ministério da Saúde (DATASUS) para a disponibilização do aplicativo Cadsus Stand Alone.

### 3.18.2. Higienização da Base de Dados do SIB para Atribuição de CNS

---

**Percentual de atividades realizadas/previstas: 60%**

---

Trata-se do batimento dos beneficiários informados na base de dados do Sistema de Informações de Beneficiários (SIB), até a competência de fevereiro de 2015, com a base de dados do CNS. O objetivo é identificar e atribuir número de CNS ao maior número possível de beneficiários da Saúde Suplementar.

A base de dados do SIB foi formatada nos moldes estabelecidos pelo DATASUS e posteriormente enviada ao MS para a atribuição do número de CNS. Após o recebimento dos arquivos higienizados, os números de CNS atribuídos são gravados na base de dados do SIB e disponibilizados para as operadoras. Foi atribuído número CNS a 40 milhões de vínculos. Aguarda-se o recebimento dos 32 milhões de vínculos remanescentes, cujo número CNS está em processo de atribuição pelo DATASUS.



### 3.18.3. Integração ao Barramento SOA (*Service-Oriented Architecture*) do CNS

---

#### **Percentual de atividades realizadas/previstas: 10%**

---

Esse produto pretende a integração ao sistema do CNS que permitirá a validação dos números existentes na base de dados do SIB, bem como dos números encaminhados pelas operadoras via TISS.

Foram realizadas reuniões com técnicos do DATASUS. O próximo passo é auxiliar a GGISS no desenvolvimento da integração via *webservice*.

### 3.19. Projeto Aperfeiçoamento da Qualidade Cadastral do SIB

A flexibilização das críticas do SIB refere-se a um conjunto de ajustes, tendo como princípio otimizar as atualizações no Sistema. Assim, as operadoras poderão corrigir e atualizar os dados de seus beneficiários com mais facilidade e contribuir para uma base com melhor qualidade de informações.

#### 3.19.1. Flexibilização das Críticas do Movimento de Inclusão

---

#### **Percentual de atividades realizadas/previstas: 100%**

---

Trata-se de remoção e atualização das críticas para inclusão de novos registros no SIB. Oito campos passaram a ser opcionais com a publicação da IN/DIDES nº 55, de 2014. Do grupo de endereço, somente o município do beneficiário continua como campo obrigatório. Os seguintes campos passaram a ser opcionais: “Indicação de endereço residencial ou profissional”; “Logradouro do beneficiário”; “CEP”; “Indicação se a residência do beneficiário é no Brasil ou no exterior”; “Número do logradouro”; “Código do município de residência do beneficiário, caso o endereço informado seja indicado como endereço profissional”; “Indicação de existência de Cobertura Parcial Temporária”; e “Indicação da existência de itens de procedimentos excluídos da cobertura”.

Foram realizadas a especificação e a implementação das alterações em conjunto com a GGISS.

#### 3.19.2. Flexibilização das Críticas do Movimento de Retificação

---

#### **Percentual de atividades realizadas/previstas: 100%**

---

Esse produto diz respeito a remoção e atualização do sistema de críticas para os procedimentos de retificação que exigiam o preenchimento completo dos dados dos beneficiários a cada atualização do registro e que impediam a correção pontual de um determinado campo do registro. Dessa forma, com as modificações realizadas, é possível retificar somente um campo como o CNS, informando no arquivo de atualização SIB somente o número identificador do registro (Código de Controle Operacional – CCO) e o número do CNS. Não será exigido o preenchimento de outros campos no arquivo de atualização do SIB; porém, caso a operadora preencha, serão aplicadas as críticas para a validação da lógica entre os campos para manutenção da consistência dos dados.

Foram realizadas a especificação e a implementação das alterações em conjunto com a GGISS.



### 3.19.3. Flexibilização das Críticas dos Movimentos de Cancelamento, Reativação e Mudança Contratual

---

**Percentual de atividades realizadas/previstas: 50%**

---

Trata-se da remoção e atualização do sistema de críticas com ênfase nos procedimentos de mudança contratual, adaptação de contrato e migração de plano em registros com pendência de informações, como por exemplo, o CPF (Cadastro de Pessoas Físicas). Foram removidas, também, críticas que impediam a reativação de um registro inativo no SIB contendo pendências de informações de endereço para adequar as modificações implementadas na flexibilização da inclusão.

Foram realizadas a especificação e a implementação das alterações em conjunto com a GGISS. Os próximos passos são o recebimento e a homologação das alterações realizadas e apoio à GGISS para implementação e disponibilização para as operadoras.

### 3.19.4. Flexibilização das Críticas: Manutenção Corretiva

---

**Percentual de atividades realizadas/previstas: 0%**

---

É a manutenção necessária para a atualização do sistema de informação em função das mudanças normativas e das solicitações das diversas áreas da ANS. Pretende-se iniciar a fase de análise do escopo e especificação no último trimestre de 2015.

### 3.19.5. Alteração da RN nº295, de 2012

---

**Percentual de atividades realizadas/previstas: 100%**

---

A alteração do art. 3º da RN 295/12, que estabelecia a exclusividade das operadoras para atualização dos dados do SIB, permitiu que a ANS qualificasse a base de dados junto a outras fontes que julgar cabíveis.

### 3.19.6. Batimento com a Secretaria da Receita Federal (SRF)

---

**Percentual de atividades realizadas/previstas: 20%**

---

Atualmente, os dados de identificação pessoal do SIB são batidos com a base de dados da Receita Federal e, em caso de identificação desse beneficiário na Receita, o nome do beneficiário e da mãe como incluídos pela operadora são travados, independentemente de estarem corretos, e as operadoras não podem alterar a base de dados do SIB para corrigi-los. Esse produto trata da incorporação (gravação) na base de dados do SIB das informações corretas de identificação pessoal originárias da base de dados da Receita Federal quando o CPF for validado. Adicionalmente, serão utilizadas outras informações constantes da base de dados da SRF para enriquecimento da base do SIB.

Foi realizada a análise da base de dados enviada pela SRF para a ANS e dado apoio à GGISS para implementação e disponibilização das alterações para as operadoras.

Fazem-se necessárias reuniões com a GGISS para definição das prioridades e das regras de incorporação, acompanhamento da alteração em ambiente de homologação, participação nos processos de homologação, implementação e produção, além de notificação às operadoras.



## 4. PROJETOS A SEREM INICIADOS

### 4.1. LAB-DIDES Odontologia

Considerando o sucesso do Laboratório de Desenvolvimento, Sustentabilidade e Inovação Setorial, a DIDES pretende criar ainda em 2015 o LAB-DIDES Odontologia, um espaço de discussões semelhante ao LAB-DIDES, porém exclusivo aos temas ligados à odontologia na saúde suplementar. O objetivo é propiciar um aprofundamento nas discussões da Agência com operadoras, prestadores e representantes dos consumidores sobre a odontologia, que possui peculiaridades que justificam um espaço próprio.

### 4.2. Aprimoramento dos Dados Integrados da Qualidade Setorial

Nas próximas versões do DIQS, serão introduzidos novos perfis, além de aprimorar o conjunto de dados atualmente constantes. A intenção é que a ampliação deste instrumento ocorra de forma concomitante à melhoria da qualidade dos dados informados. Para tanto, é intenção manter as reuniões regulares com o setor a fim de identificar possíveis distorções nas informações fornecidas pelas operadoras. Para os próximos anos, estuda-se a inclusão dessas informações, ora disponibilizadas em uma planilha eletrônica, na Sala de Situação da ANS quando esta estiver à disposição do público externo.

### 4.3. Prêmio de Inovação

Pretende-se intensificar ações de inovação como a criação de um prêmio de inovação na saúde suplementar. Para isto, será necessário estudar formatos e premiações possíveis, considerando-se eventuais conflitos de interesse. Este prêmio terá por objetivo estimular boas práticas na saúde suplementar e proporcionar visibilidade a tais práticas para que possam ser exemplos para o setor. Além disso, este prêmio pode representar uma importante contribuição à ANS, fortalecendo seu papel de instituição que colabora com o desenvolvimento de tecnologias e pesquisas relacionadas à saúde suplementar, cooperando, desse modo, para o desenvolvimento das ações de saúde no país, o que faz parte de sua missão institucional.

### 4.4. Projeto de Indução da Qualidade dos Prestadores de Serviços de Atenção à Saúde – Atenção Primária e Atenção à Saúde do Idoso

No âmbito do Acordo de Cooperação Técnica ANS/IHI/Einstein, pretende-se iniciar a discussão sobre a mudança no modelo de remuneração. Serão conduzidos projetos relativos à estrutura e organização da atenção primária e à integração dos prestadores de serviços, nos níveis primário, secundário e terciário, na forma de rede de atenção à saúde do idoso. Ainda em relação a esses temas, será avaliada a possibilidade de financiamento para construção de rede primária para atendimento ao idoso, junto ao Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES). As ações relacionadas à segurança do paciente, além de estarem contempladas em cada um dos projetos em andamento, serão aprofundadas, com ênfase na proposição de conteúdos a serem disponibilizados no site da ANS e em ações educativas voltadas para prestadores de serviços e pacientes.

### 4.5. Redes de Atenção à Saúde

Este projeto está previsto para 2017. Já foi iniciado o acompanhamento das discussões desenvolvidas no grupo de trabalho gerido pela GERPI/DIDES para definir relatórios de interesse com dados do TISS para monitorar a rede em uso, inclusive comparando com Sistema de Registro de Planos de Saúde (RPS), CNES e Comunicação de Informações Hospitalares e Ambulatoriais (CIHA).

## 4.6. Projeto para Resolução de Conflitos entre Operadoras e Prestadores

### 4.6.1. Mediação entre Prestadores e Operadoras

Está em fase de elaboração o projeto para realizar mediação entre esses dois atores com o objetivo de reduzir ou dirimir conflitos. É uma iniciativa já iniciada em alguns núcleos da ANS fora do Rio de Janeiro; porém, como o universo de operadoras atendido pela GERAR corresponde a todo o Brasil, esta Gerência vem estudando critérios de elegibilidade e uma metodologia para realizar esse procedimento.

### 4.6.2. Plataforma Eletrônica para Resolução de Conflitos entre Operadoras e Prestadores

O outro projeto que objetiva melhorar esse relacionamento também está em fase de pesquisa. É a criação de uma plataforma inspirada no sítio eletrônico <<https://www.consumidor.gov.br>>, no qual em linhas gerais, os consumidores reclamam do atendimento dispensado pelas empresas cadastradas e obtém a resposta das empresas sobre uma solução para o seu caso. É uma experiência bem sucedida que se pretende adaptar para a realidade do setor de saúde suplementar. Ou seja, a ideia é que prestadores e operadoras dialoguem através da plataforma eletrônica que ficará acessível também a toda sociedade para que todos tenham informação sobre o relacionamento da operadora a qual estão vinculados e sua rede de prestadores. O nível de conflito entre as operadoras e prestadores pode influenciar na escolha dos beneficiários.

## 4.7. Divulgação de Informações sobre OPMEs

Considerando o resultado da participação da ANS no Grupo Técnico Interministerial de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (descrita no item 2.5 deste Relatório), a Agência se propôs a realizar, a partir dos dados do TISS, a análise e divulgação das informações sobre OPMEs nos itens aquisição, pagamento, preço e glosas, no intuito de divulgar preços mínimo, médio e máximo por região, porte e tipo de contratação do plano de saúde. Acredita-se que a divulgação dos preços será um importante passo para a transparência e a redução da assimetria de informações. Visando ao acompanhamento dessas ações, a ANS irá instituir um grupo técnico para o tema.

## 4.8. Projetos Relacionados ao Ressarcimento ao SUS

Dos projetos previstos no último planejamento da DIDES, ainda restam iniciar os seguintes:

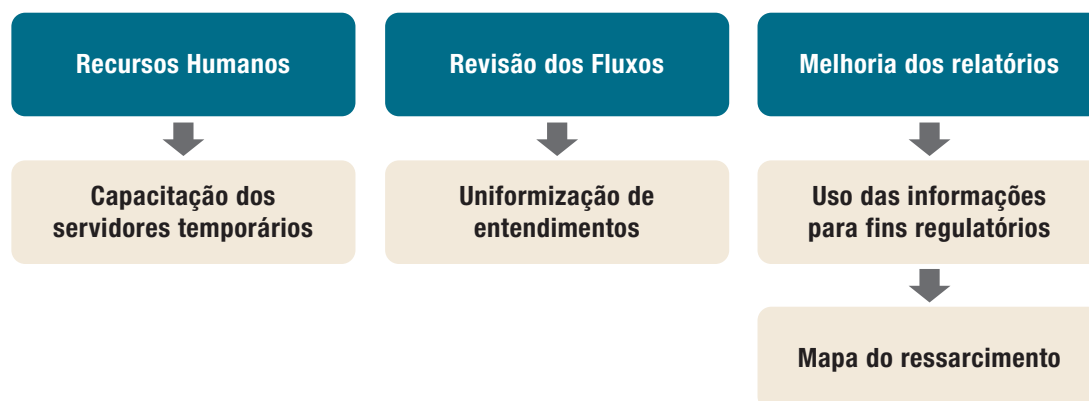


Figura 8 - Projetos da GEIRS a serem iniciados

Além desses, ainda é necessário aprofundar os seguintes itens:

- Julgamento dos grandes processos
- Informativo Ressarcimento - oficinas
- Integração para inscrição em Dívida Ativa - Protesto das GRUs do ressarcimento
- Projeto Piloto do Teletrabalho
- Treinamento dos servidores e colaboradores

#### 4.8.1. Uso das informações do ressarcimento ao SUS para fins regulatórios

Nos últimos anos, a GEIRS esteve bastante voltada para a notificação de autorizações identificadas e cobrança. Essa forma de trabalho permitiu a produção e contato com uma série de informações sobre o setor de saúde suplementar, como rede prestadora, procedimentos utilizados no SUS, etc.

O lançamento de ABIs e a preocupação com o pagamento pelas operadoras foram dominantes. Vislumbra-se que, em médio prazo, a GEIRS possa estabelecer sistemática de tratamento desses dados para que o ressarcimento ao SUS seja mais um insumo para a regulação da saúde suplementar, particularmente na dimensão assistencial.

Além disso, pretende-se efetivar a integração com o SUS na perspectiva de formulação, articulação e execução de políticas públicas de saúde.

##### 4.8.1.1. Implantar as edições regulares do Mapa do Ressarcimento ao SUS

Com o sucesso do projeto da publicação do Mapa do Ressarcimento ao SUS, em 2014, decidiu-se por transformar a publicação do Mapa do Ressarcimento ao SUS num processo regular, com edições periódicas. Em cada uma, seria abordado um tema específico dentro do universo do ressarcimento ao SUS, como, por exemplo: parto, psiquiatria, etc. O objetivo é subsidiar a regulação da Agência e do Ministério da Saúde.





# PARTE 2: **ANS**

JANEIRO A JUNHO DE 2015





## 5. AGENDA REGULATÓRIA DA ANS

Atualmente o principal desafio do setor de Saúde Suplementar é a sua sustentabilidade. Para dar conta dos desafios, desde a primeira Agenda Regulatória 2011/2012, a Agência definiu um conjunto de temas estratégicos e prioritários, necessários para o equilíbrio do setor. Por meio destes temas, ou eixos da Agenda, a ANS busca a sustentabilidade setorial mediante a resolutividade e o equilíbrio financeiro do setor, a estabilidade regulatória, a qualidade da assistência e a segurança do consumidor.

A Agenda Regulatória é um instrumento de planejamento que dá transparência à sociedade sobre os temas prioritários para a ANS, assegurando maior qualidade à sua atuação e permitindo que: a sociedade opine sobre os assuntos tratados pela Agência e como devem ser encaminhados; o cidadão acompanhe a evolução das propostas preestabelecidas; as ações da ANS sejam cada vez mais claras; a elaboração das normas do setor fique aberta à participação da sociedade, por meio de representação em Câmaras Técnicas e participação em Consultas Públicas.

A Presidência e a Secretaria-Geral (SEGER), em conjunto com a Gerência de Planejamento e Acompanhamento (GPLAN), propuseram à Diretoria Colegiada, um desenho inicial da nova Agenda baseada no esforço de reexame de sua produção regulatória dos períodos anteriores para busca de soluções de problemas que, embora houvessem sido abarcados por projetos em Agendas anteriores, não tenham sido solucionados e permaneciam como problemas regulatórios a serem enfrentados.

A proposta apresentada foi pautada na transversalidade das ações e na construção de árvores de problemas para cada um dos três eixos propostos:

1. Garantia de acesso e qualidade assistencial;
2. Sustentabilidade do setor;
3. Integração com o SUS.

Além disso, foi proposta também a ampliação do prazo de execução da Agenda para três anos, procurando com essa ampliação a execução de um melhor planejamento, a possibilidade de um melhor acompanhamento e uma aproximação com os tempos dispostos em outros instrumentos de gestão como o Contrato de Gestão.

A proposta do desenho da Agenda 2015/17 foi apresentada primeiramente para os representantes do setor de saúde suplementar na 82ª reunião da CAMSS no Rio de Janeiro em março de 2015. Foi facultado aos representantes o envio, antes mesmo da abertura da Consulta Pública para esta discussão, de suas contribuições à proposta apresentada no encontro.

A Consulta Pública sobre a Agenda Regulatória (nº 57) esteve disponível no portal da ANS na internet entre maio e junho de 2015 para envio de contribuições da sociedade civil. Foram recebidas 302 contribuições vindas dos vários segmentos da sociedade organizada.

Os relatórios referentes ao processo de construção da Agenda e da Consulta Pública associada estão no portal da ANS. No momento encontram-se em processo de análise técnica, por parte das Diretorias, as definições dos projetos componentes da Agenda.



## 6. CONTRATO DE GESTÃO

O acompanhamento por parte do Ministério da Saúde através da Comissão de Acompanhamento e Avaliação tem uma reunião conjunta prevista para setembro de 2015 para avaliação dos dados relacionados aos índices do primeiro semestre, em conjunto com o Planejamento Estratégico entre o MS e a ANS. Este ano, pela primeira vez, foi pactuado um prolongamento de sua vigência passando a ter validade por um período de três anos.

No anexo V deste Relatório, serão apresentados os indicadores do Contrato de Gestão 2015/2017.



## 7. AVANÇOS REGULATÓRIOS

### 7.1. Foco no monitoramento das operadoras

Dentre os principais avanços regulatórios, destaca-se a consolidação do Programa de Monitoramento da Garantia de Atendimento.

A suspensão da comercialização de planos de saúde é uma medida preventiva que tem por objetivo melhorar o acesso do cidadão aos serviços contratados. Os motivos analisados para fins de suspensão são: descumprimento dos prazos máximos<sup>13</sup> para marcação de consultas, exames e cirurgias; e critérios relacionados à negativa de cobertura: rol de procedimentos, período de carência, rede conveniada, reembolso e mecanismos de autorização para procedimentos.

De acordo com a metodologia utilizada, após consolidação trimestral dos resultados, os produtos das operadoras que foram repetidamente reclamados pelos consumidores, apontando reiteração da conduta de não garantia de atendimento aos seus beneficiários, são suspensos para fins de comercialização até que as operadoras apresentem melhores resultados. A seguir, o fluxo do processo de monitoramento:

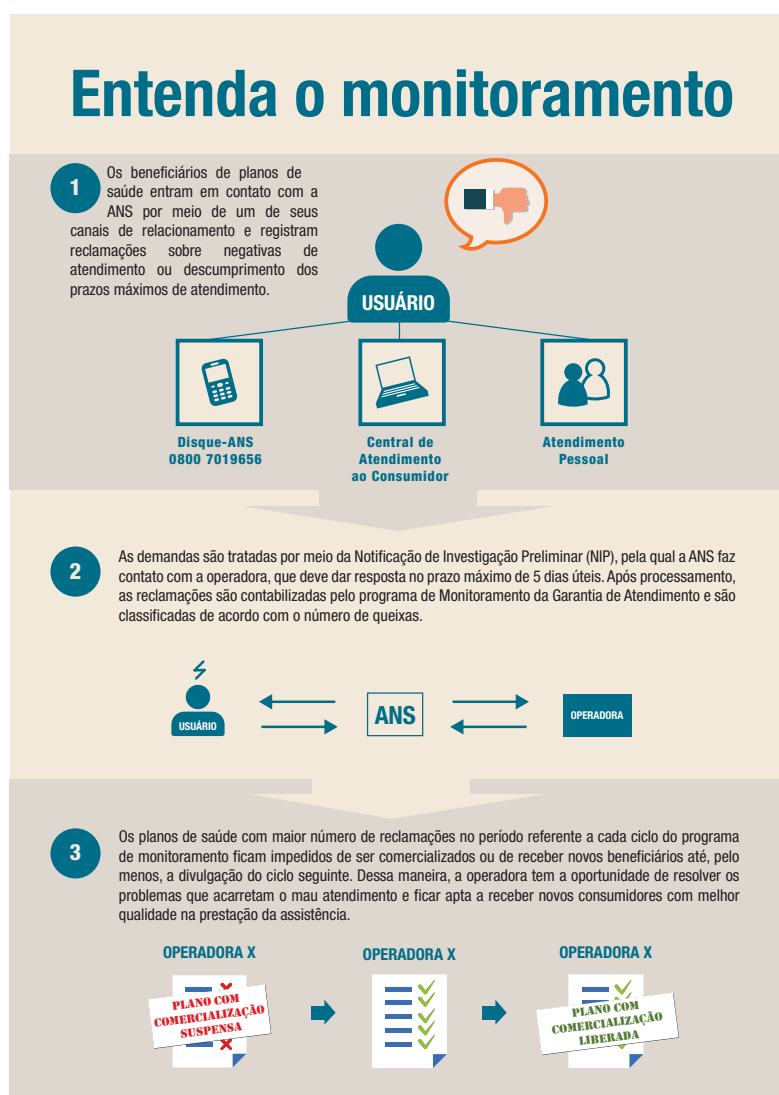


Figura 9 - Processo de monitoramento das operadoras

<sup>13</sup> Os prazos máximos para atendimento de consultas, exames e internações estão definidos na Resolução Normativa nº 259, de 2011, que dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde.

A mediação de conflitos agiliza a solução de problemas do beneficiário de planos de saúde. Com a notificação, as operadoras são comunicadas diretamente pelo portal da ANS, em espaço próprio, onde acompanham as demandas. O prazo máximo para a adoção das medidas necessárias à solução da reclamação é de até cinco dias úteis em casos assistenciais e de até dez dias úteis para não assistenciais. A contagem do prazo começa no primeiro dia útil seguinte à data da notificação.

Além de ter a comercialização suspensa, as operadoras que negaram indevidamente cobertura podem receber multa que varia de R\$ 80 mil a R\$ 100 mil.

Em maio de 2015, o 13º ciclo do Programa de Monitoramento da Garantia de Atendimento suspendeu a comercialização de 87 planos de saúde de 22 operadoras por não cumprimento dos prazos máximos de atendimento e por outras queixas de natureza assistencial, como negativas indevidas de cobertura. Outros 34 planos de saúde que estavam com a comercialização até então suspensa voltaram a ser comercializados, já que houve comprovada melhoria no atendimento ao cidadão.

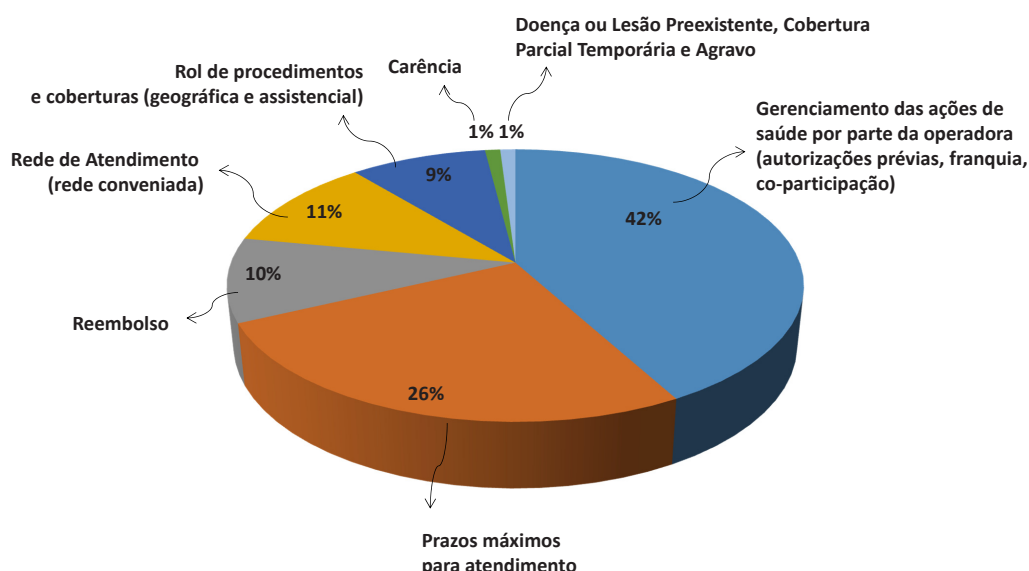
Das 22 operadoras com planos suspensos, oito já tinham planos em suspensão no período anterior, 14 operadoras não constavam na última lista de suspensões. Destas, 11 terão a comercialização de planos suspensa pela primeira vez.

No período de 19 de dezembro de 2014 a 18 de março de 2015, a ANS recebeu 21.294 reclamações de beneficiários de planos de saúde. Todas foram tratadas pela mediação de conflitos, sendo que 6.621 relacionadas a temas não assistenciais (contratos e reajuste, por exemplo) e 14.673 referentes a cobertura assistencial. Dessas últimas, 11.007 foram consideradas pelo programa de Monitoramento. Foram excluídas as reclamações sobre planos de operadoras em portabilidade de carências ou em liquidação extrajudicial, que já não podem mais ser comercializados, uma vez que as empresas estão em processo de saída ordenada do mercado. No universo avaliado, 85,17% das queixas foram resolvidas pela mediação feita pela ANS via Notificação de Intermediação Preliminar (NIP).

Desde o início do Programa, 1.099 planos de 154 operadoras tiveram as vendas suspensas. Outros 924 planos voltaram ao mercado após comprovar melhorias no atendimento.

A seguir o perfil de reclamações do primeiro ciclo de 2015:

Gráfico 4 - Perfil de reclamações do 13º ciclo (em %)



## 7.2. Foco no acesso e na qualidade assistencial

### 7.2.1. Incentivo ao parto normal

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o índice razoável de cesáreas é de 15% dos nascimentos. No Brasil, 55,6% dos 2,9 milhões de partos realizados anualmente são cirúrgicos. Na saúde suplementar, essa distorção é ainda maior: 84,6% dos partos foram cesáreos em 2012. A cesariana, quando não tem indicação médica, ocasiona riscos desnecessários à saúde da mulher e do bebê: aumenta em 120 vezes a probabilidade de problemas respiratórios para o recém-nascido e triplica o risco de morte da mãe.

Para mudar essa realidade e favorecer a saúde de mães e bebês, é preciso transformar o modelo de atenção a parto e nascimento no país, tarefa que requer uma intervenção complexa, que deve ser testada antes de ser transformada em política pública.

AANS propôs ações para a mudança do modelo de atenção ao parto, com a elaboração, implantação e coordenação de projeto-piloto baseado nas melhores evidências científicas disponíveis, em parceria com o Hospital Israelita Albert Einstein e o *Institute for Healthcare Improvement*. Os detalhes desse acordo estão descritos no item 3.9 deste Relatório. A Agência promoveu ainda o incentivo para habilitação de hospitais privados à iniciativa “Hospital Amigo da Criança”, que estimula as Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento, de acordo com as recomendações da OMS.

### 7.2.2. Novas regras para o parto

Após as Consultas Públicas nº 55 e 56, foi publicada a RN nº 368, de 6 de janeiro de 2015, com entrada em vigor em 06 de julho de 2015, tendo como objetivo oferecer às mulheres gestantes e parturientes melhores práticas na atenção à saúde. A Resolução dispõe sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico, independentemente de estarem grávidas ou não, e sobre a utilização do partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar.

Entre as ações previstas está a participação da Agência no Grupo de Trabalho coordenado pelo Ministério da Saúde para a elaboração da Diretriz Clínica para o Parto; a promoção de um seminário sobre boas práticas na atenção ao parto e nascimento; o estímulo à habilitação de hospitais privados à iniciativa Hospital Amigo da Criança e da Mulher; e o desenvolvimento do Plano de Cuidado Nascer Saudável.

### 7.2.3. Taxa de disponibilidade para acompanhamento de parto

Em maio de 2015, por determinação do Ministério Público Federal (MPF) de Goiás, a ANS reiterou à sociedade que cobranças feitas aos beneficiários de plano de saúde pelos prestadores de serviços por procedimentos cobertos, como a conhecida taxa de disponibilidade para a realização de parto, são consideradas indevidas, conforme entendimento vinculativo firmado na 407ª Reunião Ordinária de Diretoria Colegiada, realizada em 7 de outubro de 2014.

Os consumidores de planos de saúde têm, conforme a segmentação contratada, cobertura garantida pelas operadoras para todos os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, como determina a Lei nº 9.656/98.

Uma consumidora de plano hospitalar com obstetrícia tem o direito garantido de que o parto, normal ou por cesárea, esteja no seu plano e os honorários médicos sejam em sua totalidade cobertos pela operadora. Qualquer taxa cobrada pelo obstetra à gestante é ilegal.

Ao se deparar com cobrança desse ou de qualquer tipo, o consumidor deverá relatar o fato à sua operadora de plano de saúde que deverá tomar as devidas providências. No caso de a operadora não tomar providências, de posse do protocolo, o consumidor poderá fazer uma reclamação na ANS. A operadora será notificada e poderá inclusive ser multada, caso constatada a infração.

#### 7.2.4. Revisão e ampliação do Rol de procedimentos e eventos em saúde

Em junho de 2015, a ANS iniciou a Consulta Pública nº 59 para atualizar a lista de cobertura mínima obrigatória que os planos de saúde devem oferecer aos seus beneficiários. A revisão do Rol de Procedimentos e Eventos da ANS é realizada a cada dois anos, no âmbito do Comitê Permanente de Regulação da Atenção à Saúde (COSAÚDE), formado por representantes de órgãos de defesa do consumidor, prestadores, operadoras de planos de saúde, conselhos e associações profissionais, representantes de beneficiários, dentre outras entidades.

Os princípios norteadores das revisões são as avaliações de segurança e efetividade dos procedimentos, a disponibilidade de rede prestadora, e a relação custo/benefício do conjunto de beneficiários de planos de saúde. A proposta final é submetida a consulta pública, sendo disponibilizada na página eletrônica da ANS para o recebimento de comentários, críticas e sugestões.

Os procedimentos são atualizados para garantir o acesso ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento das doenças através de técnicas que possibilitem o melhor resultado em saúde, sempre obedecendo a critérios científicos de segurança e eficiência comprovados por Avaliação de Tecnologia em Saúde (ATS). O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde é obrigatório para todos os planos de saúde contratados a partir da entrada em vigor da Lei nº 9.656/98, os chamados planos novos, ou aqueles que foram adaptados à lei.

A proposta prevê a inclusão de 11 procedimentos médicos, entre terapias e exames, além da inclusão de um medicamento antineoplásico oral para o tratamento do câncer de próstata, a ampliação de indicações para diagnóstico e tratamento de 16 síndromes genéticas e a inclusão de diretriz clínica para avaliação geriátrica ampla. Também está sendo proposto o aumento do número de sessões/consultas com profissionais de saúde e incluída indicação de consultas com nutricionista para gestantes.

O recebimento das contribuições ocorreu de 19 de junho até 08 de agosto de 2015. O novo rol entrará em vigor em janeiro de 2016.



Tabela 2 - Propostas de inclusão de procedimentos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

PROPOSTAS DE INCLUSÃO DE PROCEDIMENTOS	
1	PLÁSTICA DE CONJUNTIVA PARA PTERÍGIO, TUMORES OU TRAUMAS
2	IMPLANTE INTRAVÍTREO DE POLÍMERO FARMACOLÓGICO DE LIBERAÇÃO CONTROLADA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)
3	PANTOFOTOCOAGULAÇÃO Á LASER NA RETINOPATIA DA PREMATURIDADE (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)
4	TERMOTERAPIA TRANSPUPILAR A LASER (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)
5	PRÓTESE AUDITIVA ANCORADA EM OSSO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)
6	IMPLANTE DE CARDIODEFIBRILADOR MULTISSÍTIO – TRC-D (GERADOR E ELETRODOS) - COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO
7	IMPLANTE DE MONITOR DE EVENTOS (LOOPER IMPLANTÁVEL) - COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO
8	FOCALIZAÇÃO ISOELÉTRICA DA TRANSFERRINA
9	VITAMINA E, PESQUISA E/OU DOSAGEM (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)
10	PESQUISA DE FRAÇÃO C4D E IMUNOGLOBULINA PARA TRATAMENTO DA REJEIÇÃO AGUDA MEDIADA POR ANTICORPOS NO TRANSPLANTE RENAL
11	N-RAS (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)

Tabela 3 - Propostas de alteração de Diretriz de Utilização no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde com a inclusão de exames para diagnosticar novas doenças

GENÉTICA - PROPOSTAS DE INCLUSÃO DE DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO	
1	ACONDROPLASIA/HIPOCONDROPLASIA
2	AMILOIDOSE FAMILIAR (TTR)
3	ATAXIAS ESPINOCEREBELARES (SCA)
4	ATROFIA MUSCULAR ESPINHAL – AME
5	COMPLEXO DA ESCLEROSE TUBEROSA
6	DOENÇA DE HUNTINGTON
7	DOENÇAS RELACIONADAS AO COLÁGENO DO TIPO 2 (COL2A1), INCLUINDO DISPLASIA ESPÔNDILO-EPIFISÁRIA CONGÊNITA, DISPLASIA DE KNIEST, DISPLASIA ESPÔNDILO-EPI-METAFISÁRIA DO TIPO STRUDWICK, DISPLASIA PLATISPONDÍLICA DO TIPO TORRANCE, SÍNDROME DE STICKLER TIPO I
8	DOENÇAS RELACIONADAS AO COLÁGENO DO TIPO 3 (COL3A1), EHLERS-DANLOS TIPO IV E ANEURISMA AÓRTICO ABDOMINAL FAMILIAL (AAA)
9	FIBROSE CÍSTICA E DOENÇAS RELACIONADAS AO GENE CFTR
10	NEOPLASIA ENDRÓCRINA MÚLTIPLA TIPO I-MEN1

continua

continuação

GENÉTICA - PROPOSTAS DE INCLUSÃO DE DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO	
11	SÍNDROME CHARGE
12	SÍNDROME DE COWDEN
13	SÍNDROME DE LI-FRAUMENI
14	SÍNDROME DE MARFAN
15	SÍNDROME DE RETT
16	SÍNDROME DO CÂNCER GÁSTRICO DIFUSO HEREDITÁRIO

Tabela 4 - Propostas de inclusão de Diretriz de Utilização no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

PROPOSTAS DE INCLUSÃO DE DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO	
1	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA COM TRANSLUCÊNCIA NUCAL
2	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA MORFOLÓGICA
3	ECODOPPLERCARDIOGRAMA FETAL COM MAPEAMENTO DE FLUXO

Tabela 5 - Propostas de alteração de Diretriz de Utilização no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

PROPOSTAS DE ALTERAÇÃO DE DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO		
Especialidade	Como era	Como deve ficar
1. CONSULTA COM FISIOTERAPEUTA	1 CONSULTA A CADA NOVO CID	2 CONSULTAS A CADA NOVO CID
2. CONSULTA/SESSÃO DE PSICOTERAPIA	12 SESSÕES	18 SESSÕES
3. CONSULTA/SESSÃO COM FONOAUDIÓLOGO	48 SESSÕES (IMPLANTE COCLEAR)	96 SESSÕES (IMPLANTE COCLEAR E PRÓTESE ANCORADA NO OSSO – NOVA INCLUSÃO)
4. CONSULTA COM NUTRICIONISTA	NÃO TINHA INDICAÇÃO ESPECÍFICA PARA GESTANTE	INCLUI INDICAÇÃO PARA GESTANTE (12 SESSÕES)
5. TRATAMENTO OCULAR QUIMIOTERÁPICO COM ANTIANGIOGÊNICO	INCLUI CRITÉRIO DE NÃO RESPOSTA AO TRATAMENTO	
6. ANGIOTOMOGRAFIA CORONARIANA	INCLUI QUADRO DE PROBABILIDADE PRÉ-TESTE	
7. IMPLANTE DE ANEL INTRAESTROMAL	DEFINE CRITÉRIOS PARA DETERMINAR O GRAU DE CERATOCONE	

### 7.2.5. Encontro sobre boas práticas na saúde suplementar

O evento “Discussão de Boas Práticas na Saúde Suplementar – Câncer”, realizado em maio de 2015 pela ANS, teve como objetivo promover debates sobre evidências de boas práticas de prevenção, diagnóstico precoce e tratamento de neoplasias de colo do útero, mamas, próstata e pulmões pelas operadoras de planos de saúde. Outros temas discutidos foram prevenção e tratamento do tabagismo. O encontro reuniu cerca de 30 participantes, entre representantes da ANS, do Instituto Nacional do Câncer (INCA) e das operadoras de planos privados de assistência à saúde. As operadoras participantes foram selecionadas, mediante pesquisa realizada pela ANS em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde. Foram escolhidas algumas operadoras que apresentaram experiências positivas na área de prevenção do câncer. Os resultados obtidos por meio da discussão servirão de base para as próximas ações regulatórias da ANS sob o aspecto assistencial. O evento deu continuidade aos ciclos de debates realizados ano passado, em parceria com a OPAS, para a discussão de assuntos relacionados à promoção de saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar. Ainda para 2015, está prevista a realização de mais três eventos, com o intuito de discutir boas práticas no âmbito do Laboratório de Inovações Assistenciais na Saúde Suplementar. Visando construir conhecimentos que auxiliem as ações regulatórias da Agência, os próximos temas propostos são: saúde do idoso, saúde ocupacional e saúde mental.

### 7.2.6. Transparência dos dados do TISS

Em junho de 2015, a transparência dos dados do Padrão TISS foi destaque da 3ª reunião do LAB-DIDES. O D-TISS disponibilizará os dados do TISS para toda a sociedade a fim de possibilitar que o cidadão possa ter acesso a dados como, por exemplo, a frequência de utilização de um procedimento por estado e a despesa média deste procedimento. Os detalhes sobre o D-TISS, que tem previsão de lançamento ainda para 2015, estão descritos no item 3.16 deste Relatório.

## 7.3. Foco na integração com o SUS

As principais conquistas do primeiro semestre de 2015 nesta área se relacionam ao incremento dos valores ressarcidos pelas operadoras ao SUS, o início da cobrança das APAC e a entrada em operação do PERSUS.

### 7.3.1. Ressarcimento ao SUS

Em 2015, teve início a cobrança das APACs, da mesma forma que são cobradas as AIHs. Exames e terapias ambulatoriais de alta e média complexidade passaram a ter seus valores ressarcidos ao SUS. É a primeira vez que as operadoras deverão fazer reembolso por esse tipo de atendimento. A medida integra o conjunto de ações do governo federal que objetivam o aprimoramento da cobrança do ressarcimento ao SUS. O cálculo é feito com base nas informações da APAC, que é um item necessário para a realização de determinados exames e terapias no SUS, e a primeira cobrança foi referente ao primeiro trimestre de 2014. Alguns exemplos de procedimentos são: quimioterapia, radioterapia, hemodiálise, cateterismo cardíaco e cirurgia de catarata, entre outros. Mais dados sobre o início da cobrança de APAC estão no item 2.6.2 deste Relatório.

Outra novidade é que passa a haver a cobrança de juros sobre os valores que devem ser reembolsados a partir da notificação enviada à operadora. Ou seja, o cálculo é feito com base no valor da data de registro da notificação pela Agência. Antes, a cobrança de juros era iniciada após o final do processo de avaliação da cobrança pelo ressarcimento. Essa é uma medida que visa evitar que as operadoras posterguem o pagamento e, dessa forma, induzir a adimplência junto ao Ministério da Saúde. Ademais, a ANS vem priorizando a inscrição das operadoras inadimplentes em Dívida Ativa.

### 7.3.2. PERSUS – Protocolo Eletrônico do Ressarcimento ao SUS

Desde janeiro de 2015, todos os pedidos de impugnação e recurso encaminhados pelas operadoras à ANS nos processos de ressarcimento ao SUS passaram a ocorrer exclusivamente por meio eletrônico. Para isso, a ANS lançou o Protocolo Eletrônico do Ressarcimento ao SUS, que, a partir de maio de 2015, também passou a ser utilizado para notificações e intimações referentes ao Ofício ABI, além de decisões administrativas e cobranças nos processos administrativos híbridos de ressarcimento ao SUS. O objetivo da ANS é dar mais agilidade e eficiência ao processo de ressarcimento. Mais detalhes sobre o PERSUS estão no item 2.6.1 deste Relatório.

### 7.3.3. Número do Cartão Nacional de Saúde

O envio do número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) pelas operadoras para a ANS, como um dos identificadores do beneficiário de plano de saúde, já constava em norma desde 2004, porém o fornecimento dessa informação era facultativo. Ao torná-lo obrigatório, por meio da RN nº 250, de 2011; e RNs nº 295 e 303, de 2012, o objetivo foi estabelecer um número que, em conjunto com o número do CPF, permitisse a identificação unívoca do beneficiário de plano de saúde. A identificação unívoca é um importante passo para o aumento da cobrança do ressarcimento. O número do cartão permitirá identificar se a pessoa é beneficiária de plano de saúde.

Avanço implementado em 2014 foi a ampliação do número de pessoas que possuem o número do Cartão Nacional de Saúde preenchido na base de dados da ANS. Atualmente, são 42,3 milhões de indivíduos identificados com planos de saúde. Destes, 23 milhões (55%) contam com número do Cartão SUS.

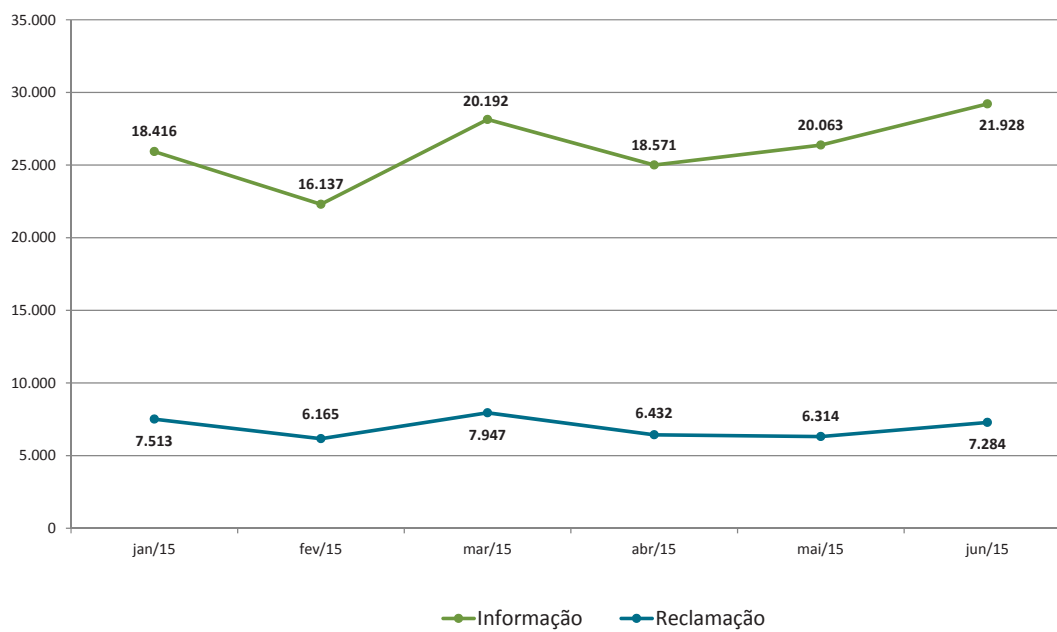
Em 2015, a fim de agilizar o processo de emissão destes números aos beneficiários de planos, o Ministério da Saúde disponibilizou aplicativo que permite que as operadoras executem, em lote, a busca e emissão de números do Cartão para seus beneficiários. As operadoras terão até 01º de janeiro de 2016 para informar ao beneficiário o número do CNS. Esta identificação ajudará a construir uma base nacional de informações para a saúde, aprimorando a gestão da assistência à saúde no país.

## 7.4. Foco na fiscalização

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vem se firmando, ano a ano, como o principal canal de relacionamento com o usuário de plano de saúde.

No primeiro semestre de 2015, a Agência recebeu um total de 156.962 solicitações, sendo 115.307 pedidos de informações e 41.655 reclamações de beneficiários junto à ANS.

Gráfico 5 - Demandas de consumidores junto aos canais de relacionamento da ANS



Por meio da mediação de conflitos, a ANS atingiu, no mesmo período, o percentual de 84,8% de resolução de demandas de natureza assistencial – aquelas envolvendo relatos de não garantia de cobertura – o que se deu em curto prazo e em benefício do consumidor, sem necessidade de abertura de processos administrativos. Quanto ao tratamento de queixas não assistenciais, tais como cobranças indevidas e rescisão de contratos, 63,3% das reclamações foram solucionadas sem a necessidade de abertura de processo administrativo sancionador.

Em paralelo às ações para incentivo à mudança de comportamento do mercado, a fiscalização da ANS também atuou fortemente no exercício do poder de polícia, mediante aplicação de multas e outras sanções: nesse primeiro semestre de 2015, a Diretoria de Fiscalização lavrou 4.250 autos de infração contra operadoras de planos de saúde. Nos 12 meses de 2014, foram 5.636 autos lavrados.

Os dados demonstram a escolha acertada de uma ação fiscalizatória centrada na resolução de conflitos aliada a medidas preventivas focadas na melhoria da assistência à saúde e conjugada com a repressão das condutas que caracterizam infrações administrativas praticadas por esse mercado.

O objetivo de todas essas medidas é a excelência no atendimento ao consumidor pelas operadoras de planos de saúde. Para isso, contribui ainda a disponibilização de canais de atendimento aptos a realizar a resolução de conflitos, propiciando monitoramento e acompanhamento continuado das informações e reclamações recebidas.

## 7.5. Foco na participação social e na articulação setorial

Com foco no estímulo à participação da sociedade e à articulação setorial a ANS criou o LAB-DIDES (item 2.2 deste Relatório), para a discussão de temas de interesse do setor, além de efetuar consultas públicas e criar câmaras e grupos técnicos.

### 7.5.1. Consultas públicas

Consulta pública é a forma pela qual a ANS, por deliberação da Diretoria Colegiada, submete à sociedade as propostas de atos normativos relevantes para o setor. São objetivos da consulta pública: i) recolher sugestões e contribuições para o processo decisório da ANS; ii) recolher sugestões e contribuições para a edição de atos normativos; iii) propiciar à sociedade civil e aos agentes regulados a possibilidade de encaminhar sugestões e contribuições; iv) identificar, da forma mais ampla possível, todos os aspectos relevantes à matéria submetida ao processo de participação democrática; e v) dar publicidade às ações da ANS.

As consultas são realizadas previamente à edição de normas e à tomada de decisão, quando se referirem a assuntos de relevante interesse público, e devem ser recebidas de forma escrita, preferencialmente por meio eletrônico. As consultas públicas realizadas no primeiro semestre de 2015 foram:

Tabela 6 - Consultas públicas realizadas no primeiro semestre de 2015

Nº	Período	Assunto	Norma Decorrente
57	06/05/2015 a 04/06/2015	Dispõe sobre a Agenda Regulatória 2015/2017, composta por três eixos temáticos e sete macroprojetos.	Em consolidação
58	27/05/2015 a 05/07/2015	Trata-se de proposta de RN que dispõe sobre as regras a serem observadas pelas Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde no atendimento às solicitações de procedimentos e/ou serviços de cobertura assistencial apresentadas por beneficiários de planos privados de assistência à saúde de qualquer modalidade de contratação.	Em consolidação
59	19/06/2015 a 18/08/2015	Atualização da Resolução Normativa que define o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.	Aberta

### 7.5.2. Câmaras e grupos técnicos

Câmara técnica é um fórum técnico, de caráter temporário, instituído por deliberação da Diretoria Colegiada, para ouvir e colher subsídios de determinados órgãos, entidades e pessoas naturais ou jurídicas, previamente convidados, em matérias relevantes que estão sendo objeto de processo decisório da ANS. Seus objetivos são: i) propiciar à sociedade civil e aos agentes regulados a possibilidade de encaminhar sugestões e contribuições à ANS; ii) identificar, da forma mais ampla possível, todos os aspectos relevantes à matéria submetida ao processo de participação democrática; e iii) dar publicidade às ações da ANS. O funcionamento das câmaras é estabelecido em um regimento interno aprovado pela DICOL.

Com estrutura e objetivos semelhantes, podem ser criados grupos técnicos. Estes realizam um estudo técnico mais aprofundado e específico e não possuem o caráter formal de uma câmara técnica.

As conclusões dos debates das câmaras e grupos técnicos são importantes fundamentos para a elaboração da legislação no âmbito da assistência suplementar à saúde.

No primeiro semestre de 2015, a ANS contou com as seguintes câmaras e grupos técnicos:

Tabela 7 - Câmaras técnicas no primeiro semestre de 2015

<b>Câmaras Técnicas</b>
Câmara Técnica sobre configuração da infração às normas sobre suspensão e rescisão unilateral de contrato individual. Em andamento.
Câmara Técnica sobre a Qualificação da Entrada de Beneficiários em Planos de Saúde - Doenças ou Lesões Preexistentes, com o objetivo de discutir os critérios de qualificação da entrada do consumidor no plano de saúde, bem como identificar e debater questões que necessitam de análise e definição, para a revisão da Resolução Normativa nº 162, de 2007. Em andamento.
Câmara Técnica da Regulamentação do Pedido de Cancelamento/Exclusão de Beneficiários em Planos de Saúde. Criada devido às dificuldades que o consumidor enfrenta quando solicita o cancelamento de plano de saúde individual ou familiar ou a exclusão de planos coletivos. Em andamento.

Tabela 8 - Grupos técnicos no primeiro semestre de 2015

<b>Grupos Técnicos</b>
Grupo Técnico Permanente de Estudos da Metodologia do Monitoramento da Garantia de Atendimento, que tem como o objetivo a troca de informações em relação à metodologia do monitoramento da Garantia de Atendimento. Em andamento.
Grupo Técnico de Medicamentos Antineoplásicos Orais, destinado à discussão de inclusões, alterações e exclusões de medicamentos antineoplásicos orais e suas indicações constantes nas Diretrizes de Utilização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde. Em andamento.
Grupo Técnico FormSUS – Procedimentos – Diretrizes de Utilização (DUT), destinado à discussão de inclusões, alterações e exclusões de procedimentos e DUTs do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde. Em andamento.
Grupo Técnico Genética, destinado à discussão de inclusões, alterações e exclusões de procedimentos em genética e suas indicações constantes nas Diretrizes de Utilização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.

## 7.6. Foco na garantia de acesso à informação

A ANS definiu um padrão de informações para as operadoras identificarem univocamente os beneficiários de planos de saúde; ampliou o Espaço da Qualidade, para reunir dados úteis na hora de adquirir ou manter um plano de saúde; manteve suas publicações e lançou campanhas sobre a necessidade de um consumo consciente por parte dos beneficiários de planos de saúde.

### 7.6.1. A inovação dos Dados Integrados da Qualidade Setorial

Em maio de 2015, a ANS divulgou a segunda edição do DIQS, um painel que reúne diferentes informações relacionadas à qualidade das operadoras de planos de saúde e dos serviços que elas prestam, com a finalidade de oferecer cada vez mais subsídios para o fortalecimento da capacidade de escolha do consumidor. Mais detalhes sobre o DIQS são encontrados no item 2.3 deste Relatório.

## 7.6.2. Um padrão de informações para o beneficiário de plano de saúde

Em dezembro de 2014, a RN nº 360 estabeleceu o conteúdo mínimo obrigatório a ser observado pelas operadoras para identificação unívoca de seus beneficiários, bem como sua disponibilização obrigatória de forma individualizada da Identificação Padrão da Saúde Suplementar, em meio físico ou digital.

A norma, com suas alterações seguintes, deu um prazo de 12 meses para as operadoras fornecerem o número do Cartão Nacional de Saúde para os seus beneficiários e as informações contidas no padrão de identificação, observado o sigilo dos dados de cada beneficiário, de forma que apenas este tenha acesso aos seus dados.

A medida vem ao encontro da necessidade de o beneficiário ter à mão, de forma sucinta e clara, os seus dados e principalmente os dados relativos ao seu vínculo com o plano de saúde. Saber o tipo de plano que está sendo adquirido é fundamental para que o consumidor faça a escolha mais adequada e conheça seus direitos em relação ao serviço contratado. É importante saber que há diferenças entre os produtos ofertados no mercado. O consumidor precisa ter conhecimento que, dependendo do tipo de plano escolhido, há diferenças em relação à carência, à rescisão, à cobertura parcial temporária, são informações essenciais e precisam estar à disposição dos consumidores. Mais detalhes estão descritos no item 2.8 deste Relatório.

## 7.6.3. Melhoria do atendimento ao consumidor – Consulta Pública nº 58, de 2015

A ANS abriu para consulta pública, de 27 de maio a 05 de julho de 2015, proposta de Resolução Normativa com o objetivo de melhorar o atendimento das operadoras de planos de saúde aos consumidores. As medidas propostas estabelecem regras e prazos para a prestação de informações, disciplinando e qualificando o atendimento.

De acordo com a minuta, passará a ser obrigatória a implantação de atendimento presencial em todos os estados em que as operadoras atuam. As empresas de grande porte (com mais de 100 mil beneficiários) também terão que oferecer atendimento telefônico ao consumidor durante 24h, sete dias por semana.

A resolução proposta também exige que as operadoras forneçam, no início do atendimento, o número de protocolo da demanda assistencial e determina que o mesmo seja enviado ao cliente em no máximo 24 horas (via mensagem de SMS, e-mail ou ligação gravada).

Com as medidas, a ANS visa ampliar a qualidade do atendimento que é prestado pelas operadoras, diminuindo a insatisfação dos beneficiários em relação aos planos de saúde. A operadora deve ser o primeiro canal de atendimento do consumidor e ela precisa dar uma resposta de qualidade para o beneficiário para que ele não precise recorrer à ANS, aos órgãos de defesa do consumidor e, eventualmente, ao Poder Judiciário.

A minuta também estabelece prazo de até cinco dias úteis para que as operadoras respondam aos beneficiários sobre a negativa para a realização de procedimentos ou serviços solicitados, informando detalhadamente o motivo e o dispositivo legal que o justifique. Nos casos de procedimentos de alta complexidade ou atendimento em regime de internação eletiva, o prazo é de até dez dias úteis.

O consumidor também poderá pedir o envio dessas informações por escrito em até 24 horas e requerer reanálise da sua solicitação, que será avaliada pela Ouvidoria da empresa – outra novidade importante implementada pela nova norma. Com isso, ele tem a oportunidade de recorrer da negativa dentro da própria operadora. Se a empresa dificultar ou tentar impedir essa reanálise, será configurada infração de negativa de cobertura, sujeita às penalidades vigentes.

Em caso de descumprimento das regras previstas, a minuta estabeleceu multa no valor de R\$ 80 mil.



#### 7.6.4. Semana de Orientação ao consumidor em Belém do Pará

Em junho de 2015, o Núcleo da ANS em Belém (PA) montou um estande no shopping Pátio Belém, por dois dias, para orientar e prestar esclarecimentos à população sobre o papel exercido pela Agência no setor, informar aos consumidores seus direitos e deveres na contratação de planos de saúde e aproximar a atuação da ANS dos cidadãos, fortalecendo os canais de relacionamento com os usuários de planos de saúde. Este é o segundo ano consecutivo que a ANS realiza a Semana de Orientação aos Consumidores.

#### 7.6.5. Produção Editorial

No primeiro semestre de 2015, a ANS manteve e ampliou a divulgação de informações e de conhecimento por meio de livros, periódicos, cartilhas e folhetos disponíveis em seu portal na internet.

O Caderno de Informação da Saúde Suplementar - publicado desde março de 2004, com periodicidade trimestral, foi reformulado, passando a apresentar análises antes disponíveis na publicação “Foco – Saúde Suplementar” e também dados da Fiscalização e de Atendimento ao Consumidor. Os detalhes estão descritos no item 2.7.1 deste Relatório.



## 8. DESTAQUES DA GESTÃO INTERNA

### 8.1. Planejamento Participativo

Dando continuidade ao aprofundamento do Planejamento Estratégico Participativo iniciado em 2014, a GPLAN realizou, entre janeiro e junho de 2015, uma série de encontros com as áreas técnicas da DIDES e da PRESI para construção dos seus planejamentos estratégicos. O piloto inicial foi realizado com a Gerência-Executiva de Produção e Análise de Informação (GEPIN).

As áreas puderam rever ou conhecer o consolidado referente aos eixos direcionais utilizados no planejamento, a revisão das declarações de visão, missão e valores da Agência bem como o mapa estratégico. Foram utilizados pela primeira vez a metodologia e o modelo de planejamento disseminados no Programa de Desenvolvimento Gerencial orientado pela Fundação Dom Cabral e realizado com os gestores da Agência em 2014.

Além das áreas da PRESI propriamente ditas estão previstas também as vinculadas, com ampla participação de servidores e colaboradores nesta construção. A ampliação desta ação ao longo de 2015 e 2016 levará a todas as áreas da ANS a possibilidade de aprofundamento do uso de uma importante ferramenta de planejamento e gestão por toda a Agência.

### 8.2. Programa de Qualificação Institucional

O Programa de Qualificação Institucional busca medir o desempenho da ANS diante de sua missão institucional a partir de um conjunto de indicadores que compõem o Índice de Desempenho Institucional (IDI). Avalia, assim, o desenvolvimento de suas competências de regulação, normatização, controle, fiscalização, avaliação e monitoramento da assistência suplementar à saúde.

A construção dos indicadores é pautada pela descentralização, com ampla participação do corpo funcional. Os indicadores e as metas são pactuados com os diversos departamentos da instituição e com o corpo de diretores. Os indicadores buscam acompanhar metas previamente estabelecidas e as informações são anualmente auditadas, buscando dar maior confiabilidade aos dados.

No primeiro semestre de 2015, foram construídos os seguintes indicadores para serem acompanhados ao longo do ano:

Tabela 9 - Indicadores do programa de Qualificação Institucional em 2015

Indicadores	Área/Diretoria
Percentual de participações planejadas em cursos internos (PPAC)	CODPT/DIGES
Cumprimento de prazos de demandas de TI (CPTI)	ASSISS/DIGES
Tempo dos processos de contratação (TPC)	GECOL/DIGES
Análise das Demandas de Informação via formulário eletrônico (ADI)	ASSIF/DIFIS
Movimentação das demandas dos Núcleos (MDN)	ASSIF/DIFIS
Resolutividade de Processos de Alteração de Rede Assistencial (RPRA)	GGEOP/DIPRO - GMOP/DIPRO
Taxa de Análise de Ativos Garantidores (TAAG)	CESME/DIOPE
Taxa de Análise de Direções Fiscais (TADF)	GERE/DIOPE
Taxa de análise de liquidações extrajudiciais (TALE)	GERE/DIOPE
Taxa de Cancelamentos a Pedido (TCP)	COCRE/DIOPE
Implementação do Projeto Parto Adequado (IPPA)	ASTEG/DIDES - GERAR/DIDES

### 8.3. Boas Práticas Regulatórias

Dando continuidade ao processo de disseminação e fortalecimento institucional das Boas Práticas Regulatórias nos processos de regulamentação, propostas no Guia de Boas Práticas Regulatórias elaborado em 2014, foram desenvolvidas, a partir de janeiro de 2015 as seguintes atividades:

- elaboração do Manual Prático de Boas Práticas Regulatórias;
- criação da comunidade e inserção das ferramentas para o uso dos técnicos;
- realização de Espaço Aberto com a presença da ANVISA para a divulgação e compartilhamento das Boas Práticas;
- reuniões com o grupo executivo para definição de estratégias de disseminação da melhoria da qualidade regulatória; e
- acompanhamento dos trabalhos dos grupos temáticos da DIPRO.

### 8.4. Relatório de Gestão – Tribunal de Contas da União

O Relatório de Gestão do exercício de 2014 foi apresentado aos órgãos de controle interno e externo em abril de 2015 como prestação de contas anual a que a ANS está obrigada nos termos do art. 70 da Constituição Federal, elaborado de acordo com as disposições da IN TCU nº 63/2010; das DNs TCU nº 134/2013, nº 139/2014 e nº 143/2015; da Portaria TCU nº 90/2014 e das orientações do órgão de controle interno. As orientações para este relatório sofreram várias alterações em relação às orientações dos anos anteriores o que demandou uma reestruturação da disposição dos dados e a necessidade de coleta de novos dados das áreas de forma a cumpri-las adequadamente. Dados relacionados à estrutura institucional e a responsabilização de gestores por projetos específicos, por exemplo, exigiram grande empenho na busca e organização de informações por toda a Agência.

### 8.5. Carta de Serviços

No primeiro semestre de 2015, foi iniciado um trabalho de parceria com a equipe WEB para o desenvolvimento de um software para a gestão das Cartas de Serviços da ANS (interna e externa). Foram agendadas reuniões com o arquiteto de informação da ANS e preenchido o Documento de Oficialização de Demanda de Sistema (DODS) em maio.

O objetivo do desenvolvimento do software é permitir o conhecimento atualizado acerca das entregas realizadas no âmbito interno da ANS, reduzindo o retrabalho e propiciando uma melhoria na qualidade dos serviços ofertados. É importante ressaltar que os serviços ditos intermediários também fazem parte deste projeto, ou seja, as entregas indiretas à sociedade. O sistema oferecerá uma visão sistêmica da ANS e detalhamento, clareza e visibilidade do que é realizado nas diferentes áreas, como são processadas as entregas e com que recursos de gestão. Adicionalmente, será possível avaliar a satisfação dos serviços e as oportunidades de melhoria ou de criação de novos serviços.

A confecção da Carta de Serviços Interna foi parte integrante da última Agenda Regulatória da ANS, no eixo da Governança Regulatória. Esta é uma iniciativa pioneira na Administração Pública Federal, correspondendo ao rebatimento interno do projeto Carta de Serviços ao Cidadão (serviços externos), concebido pelo Ministério do Planejamento e pelo Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização (GESPÚBLICA). Trata-se de projeto estratégico no âmbito da Secretaria-Geral, pois gera valor e confiança na instituição, devendo seu prazo de entrega ser entre setembro e outubro de 2015.

### 8.6. Plano de Trabalho

Em colaboração com a equipe da Gerência de Recursos Humanos (GERH), a GPLAN propôs a construção de uma nova ficha de avaliação para o Plano de Trabalho procurando aproximar ainda mais as ferramentas de planejamento com os

processos de gestão. A nova ficha traz mais agilidade no seu preenchimento e facilita a discussão entre os membros das equipes de trabalho em relação ao alcance de suas metas e foi resultado de intenso esforço de síntese e organização das informações de forma a facilitar esta aproximação dos processos de planejamento e gestão.

## 8.7. Orçamento

Em maio de 2015, a GPLAN e a Gerência de Finanças (GEFIN) realizaram um Espaço Aberto para esclarecimento e sensibilização sobre as questões do orçamento da ANS, buscando o alinhamento dos processos de planejamento e orçamento da instituição.

A construção do orçamento das áreas está sendo acompanhada pela GPLAN, consolidando o trabalho conjunto com a GEFIN no sentido do aprimoramento institucional. As áreas têm sido instadas a realizarem o preenchimento de planilhas com suas propostas orçamentárias, detalhando seus custos com a previsibilidade requerida pelo planejamento de suas ações. Uma mudança de cultura da organização em relação à responsabilização e percepção de custos e necessidades para execução de seus projetos, tanto os estratégicos quanto os de manutenção, está ocorrendo com o andamento deste aprofundamento do trabalho de planejamento.

## 8.8. Curso de Gestão de Riscos ministrado pelo TCU

As ações para implantação da gestão de riscos na ANS começaram em 2014, com a publicação da Política, em julho de 2014; a realização do Seminário de Gestão de Riscos, em agosto; e a capacitação de duas turmas de gestores, ministradas por instrutora do TCU.

Em janeiro de 2015 foi realizada a capacitação de mais duas novas turmas de gestores/servidores, novamente ministradas pelo TCU e com aproximadamente 50 participantes. As próximas etapas da implantação da gestão de riscos são a criação e a designação dos membros do Comitê de Avaliação de Riscos (COMARI) e a capacitação dos gestores nas Ferramentas de Avaliação de Riscos. Concomitantemente, será implementado o Plano de Gestão de Riscos. A partir das informações disponibilizadas pelos Mapas de Riscos serão elaborados relatórios, os quais serão apresentados à Diretoria Colegiada para deliberação quanto aos riscos que terão prioridade de tratamento na Agência.

## 8.9. Espaço Aberto

O Espaço Aberto é realizado desde junho de 2006. Seus encontros começaram restritos a uma gerência, que convidava técnicos da Agência para explicar processos de trabalho, sistemas de informação e normas recém-publicadas. Posteriormente, estendeu-se para uma diretoria e, como a participação de técnicos das demais diretorias começou a ser frequente, foi aberta participação para toda a Agência.

As reuniões são periódicas, com duração de até 60 minutos, e se caracterizam pela pluralidade de temas abordados e pelo desejo de compartilhar experiências, expertises, práticas e visões uns com os outros. Tem como características a participação ativa dos servidores, a flexibilidade nos assuntos abordados e a colaboração mútua entre os envolvidos, e tem se revelado propício para o aprimoramento das equipes e para a aproximação das pessoas.

Em 2015, até junho, o Espaço Aberto realizou 16 encontros com 594 participações. Segue o histórico:

Tabela 10 - Histórico de encontros e participações no Espaço Aberto

Ano	Encontros	Participações
2015	16	594
2014	26	845
2013	23	894
2012	3	100
2011	16	445
2010	20	652
2009	29	821
2008	34	Não eram registradas
2007	29	Não eram registradas
2006	14	Não eram registradas

## 8.10. Nova biblioteca virtual da ANS

Ao longo dos anos, a ANS tem reunido em seu portal, no software Informa e em acervo físico, livros, periódicos, folhetos, relatórios, trabalhos acadêmicos, conteúdos científicos, entre outros materiais sobre saúde suplementar e vários temas, que, até hoje, somam cerca de quatro mil publicações de diversos formatos. No seu 15º aniversário, a Agência traz para seus servidores, colaboradores, a comunidade acadêmica e a sociedade em geral sua nova biblioteca virtual.

Hospedado na plataforma SophiA, este formato inovador de biblioteca permitirá o gerenciamento de dados com integração entre catalogação, empréstimo e pesquisa de publicações. O software, que possui interface amigável e intuitiva, facilitará a geração de filtros e relatórios. O acesso também poderá ser feito via web de fora da sede da Agência, como dos Núcleos e de casa, por exemplo.

Outro ponto forte desse sistema é a reciprocidade no acesso às informações. Ao mesmo tempo em que a ANS disponibilizará seu material para consulta, outros materiais de diversas instituições que participam dessa rede também poderão ser consultados pelo público da Agência. São mais de 600 instituições, dentre universidades, empresas e órgãos públicos, no Brasil e no exterior, tais como: Fundação Getúlio Vargas (FGV), Banco Central do Brasil (BACEN), Agência Nacional de Energia Elétrica (ANEEL), ANVISA, Biblioteca Nacional, entre outras. Também será possível, por meio do sistema, o empréstimo de livros e conteúdos físicos.

## 8.11. Consulta Interna sobre ponto eletrônico

A ANS abriu consulta interna aos servidores sobre a Resolução Administrativa (RA) que visa estabelecer critérios e procedimentos para instituição de ponto eletrônico na Agência, nos termos do Decreto nº 1.590, de 10 de agosto de 1995, e do Decreto nº 1.867, de 17 de abril de 1996, tendo em vista o horário de funcionamento e a jornada de trabalho no âmbito da ANS. A consulta ficou aberta entre junho e julho de 2015.

## 8.12. Redução do tempo médio de conclusão dos inquéritos administrativos

Houve grande evolução no tratamento dispensado aos processos bem como no prazo de duração dos mesmos, com redução significativa do passivo existente na Coordenação de Inquérito (COINQ).

Várias foram as razões para tal melhora. O estabelecimento de uma Resolução Normativa disciplinando o tema no âmbito da ANS trouxe maior segurança jurídica para todos aqueles que atuavam à frente dos inquéritos administrativos para apurar as causas que levaram as ex-operadoras de planos privados de assistência à saúde suplementar a uma situação de insolvência.

A própria maturidade da instituição somada à sedimentação de seu quadro de servidores também foi ferramenta importante na melhora do fluxo de trabalho, eis que a assunção de tal função foi, em seu início, bastante difícil, não havendo pessoas habilitadas para tanto.

Atualmente, a área que faz a habilitação das operadoras e o cancelamento de seu registro (DIOPE) com a respectiva saída ordenada do mercado e que também é a origem dos processos tem um papel essencial na melhora do processo de trabalho. Isto porque os inquéritos administrativos são abertos e instruídos a partir da decretação da liquidação extrajudicial e cada vez mais os liquidantes, nomeados pela ANS, tem um maior conhecimento sobre suas atividades, em razão de cursos desenvolvidos e ministrados pela DIOPE, o que gera um impacto muito positivo nas atividades da COINQ, já que as informações produzidas são realmente essenciais à boa instrução processual. É grande o avanço na eficiência do processo de trabalho e na redução do passivo; um exemplo é o acréscimo de quase 20% na capacidade produtiva da equipe.

Interessante notar que quanto menor o intervalo de tempo entre a decretação da liquidação e a efetiva análise do processo menor também a duração do inquérito, já que há maior facilidade na apuração dos fatos e, em razão disso, o processo torna-se cada vez mais célere.

Merece realce também o fato de que em paralelo à análise e instrução dos inquéritos também está em andamento um levantamento de todos os documentos para maior controle e organização, bem como estudos para alteração da Resolução Normativa nº 276/2011 de forma a tornar os processos mais céleres e eficientes.

Vale destacar que o inquérito, por Lei, prevê diversas fases como a Nota Societária, Nota Contábil, Relatório Econômico-Financeiro e Relatório Conclusivo. Além de requererem análise de diversos documentos e volumes de processos de liquidação extrajudicial, há a comunicação aos interessados, o que sempre demanda grande tempo e esforço na sua localização. O que está também em estudo é a possibilidade de alteração desse fluxo para trazer mais celeridade ao inquérito.

## 8.13. Parceiros da Cidadania - Acordo assinado

O programa Parceiros da Cidadania, da ANS, tem por finalidade promover a integração entre os trabalhos desenvolvidos pela Agência e os órgãos integrantes do Sistema Nacional de Defesa do Consumidor, entidades públicas e sociedade civil, buscando aprimorar as informações e os entendimentos relacionados aos planos de saúde.

Uma das medidas do Programa foi a celebração do acordo de cooperação técnica (ver anexo VII) com o Tribunal de Justiça de São Paulo (TJ-SP), que ajudará na solução amigável de conflitos entre consumidores e planos de saúde. A parceria prevê a criação, pelo Tribunal, do Núcleo de Apoio Técnico e Mediação (NAT), que tratará das questões relacionadas ao atendimento e cumprimento das coberturas legais e contratuais. O objetivo da medida é viabilizar o intercâmbio de informações e promover uma atuação integrada das duas instituições, protegendo o consumidor e reduzindo os casos de judicialização na saúde suplementar.

## 8.14. Aprimoramento da gestão de contratação e licitação

Aprimoramento dos processos de contratação e licitação da ANS.



**ANEXO I – LISTA DE RESOLUÇÕES NORMATIVAS EXPEDIDAS PELA DIDES ENTRE AGOSTO DE 2014 E JULHO DE 2015**

2014		
RN nº	Data DOU	Ementa
354	26/08/2014	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.
358	01/12/2014	Dispõe sobre os procedimentos administrativos físico e híbrido 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.
359	01/12/2014	Altera a Resolução Normativa nº 190, de 30 de abril de 2009 que dispõe sobre a criação obrigatória de portal corporativo na Internet pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, sobre a designação de profissional responsável pela troca de informações em saúde suplementar (Padrão TISS) referente aos eventos prestados aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde.
360	04/12/2014	Estabelece o conteúdo mínimo obrigatório a ser observado pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde para identificação unívoca de seus beneficiários, bem como sua disponibilização obrigatória de forma individualizada da Identificação Padrão da Saúde Suplementar, e dá outras providências.
361	04/12/2014	Altera os §§ 1º e 2º do art. 3º; altera o caput e o § 2º do art. 26; acrescenta os §§ 3º a 5º no art. 3º; e revoga o § 1º do art. 26; todos 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.
363	12/12/2014	Dispõe sobre as regras para celebração dos contratos escritos firmados entre as operadoras de planos de assistência à saúde e os prestadores de serviços de atenção à saúde e dá outras providências.
364	12/12/2014	Dispõe sobre a definição de índice de reajuste pela Agência Nacional de Saúde Suplementar- ANS - a ser aplicado pelas operadoras de planos de assistência à saúde aos seus prestadores de serviços de atenção à saúde em situações específicas.
365	12/12/2014	Dispõe sobre a substituição de prestadores de serviços de atenção à saúde não hospitalares.
366	16/12/2014	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.
367	19/12/2014	Dispõe sobre o Índice de Valoração do Ressarcimento - IVR.

2015		
RN	Data DOU	Ementa
375	29/04/2015	Altera a Resolução Normativa 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.
376	29/04/2015	Altera a 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; e a RN nº 360, de 3 de dezembro de 2014, que estabelece o conteúdo mínimo obrigatório a ser observado pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde para identificação unívoca de seus beneficiários, bem como sua disponibilização obrigatória de forma individualizada da Identificação Padrão da Saúde Suplementar.
377	11/05/2015	Altera a Resolução Normativa nº 358, de 27 de novembro de 2014 que dispõe sobre os procedimentos físicos e híbridos de ressarcimento ao SUS, previsto no art. 32 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e estabelece normas sobre a cobrança referente ao ressarcimento ao SUS.
379	03/06/2015	Altera a Resolução Normativa – RN nº 360, de 3 de dezembro de 2014, que estabelece o conteúdo mínimo obrigatório a ser observado pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde para identificação unívoca de seus beneficiários, bem como sua disponibilização obrigatória de forma individualizada da Identificação Padrão da Saúde Suplementar.

**ANEXO II – LISTA DE INSTRUÇÕES E SÚMULAS NORMATIVAS EXPEDIDAS PELA DIDES ENTRE AGOSTO DE 2014 E JULHO DE 2015**

2014		
IN/DIDES n°	Data DOU	Ementa
53	14/11/2014	Dispõe sobre a avaliação de desempenho das operadoras, referente ao ano de 2014, pelo Programa de Qualificação da Saúde Suplementar - Componente Operadoras, da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no que tange aos incisos I, II, III e IV do artigo 22-A da Resolução Normativa - RN nº139, de 24 de novembro de 2006.
54	01/12/2014	Dispõe sobre o protocolo eletrônico de impugnações e recursos de processos administrativos híbridos de ressarcimento ao SUS, previsto no artigo 32 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e na Resolução Normativa nº 358, de 27 de novembro de 2014.
55	04/12/2014	Altera o caput do art. 32 e o anexo I, e revoga o § 1º do art. 32, todos da Instrução Normativa - IN nº 50, de 25 de setembro 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.
56	12/12/2014	Regulamenta o CAPÍTULO III da Resolução Normativa - RN nº 365, de 11 de dezembro de 2014, que dispõe sobre a disponibilização das informações relativas à substituição de prestadores de serviços de atenção à saúde não hospitalares no Portal Corporativo das operadoras de planos privados de assistência à saúde.

2015		
IN/DIDES n°	Data DOU	Ementa
57	29/04/2015	Altera a Instrução Normativa - IN nº 50, de 25 de setembro de 2012, que 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 e sobre procedimentos para a geração, validação, transmissão e controle de dados cadastrais de beneficiários do SIB/ANS.
58	11/05/2015	Altera a Instrução Normativa nº 54 da Diretoria de Desenvolvimento Setorial, de 27 de novembro de 2014, que dispõe sobre os procedimentos físicos e híbridos de ressarcimento ao SUS, previsto no artigo 32 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e na Resolução Normativa nº 358, de 27 de novembro de 2014.

2015		
Súmula Normativa n°	Data DOU	Assunto
26	02/03/2015	Define o índice de reajuste da ANS a que se reportam os arts. 3º, 4º e 8º da Resolução Normativa- RN nº 364, de 11 de dezembro de 2014.

## ANEXO III - LISTA DE RESOLUÇÕES NORMATIVAS EXPEDIDAS PELA ANS NO PRIMEIRO SEMESTRE DE 2015

RN nº	Data DOU	Ementa
368	07/01/2015	Dispõe sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico e sobre a utilização do partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar.
369	26/01/2015	Altera a Resolução Normativa - RN nº 48, de 19 de setembro de 2003, que dispõe sobre o processo administrativo para apuração de infrações e aplicação de sanções no âmbito da ANS; e altera o Regimento Interno da ANS, instituído pela RN nº 197, de 16 de julho de 2009.
370	06/02/2015	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.
371	09/03/2015	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.
372	31/03/2015	Dispõe sobre a celebração do Termo de Compromisso de Ajuste de Conduta - TCAC previsto no artigo 29 da Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998.
373	08/04/2015	Altera e revoga dispositivos da Resolução Normativa – RN nº 209, de 22 de dezembro de 2009, que dispõe sobre os critérios de manutenção de Recursos Próprios Mínimos e constituição de Provisões Técnicas a serem observados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde.
374	17/04/2015	Altera o Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde Suplementar 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.
375	29/04/2015	Altera a Resolução Normativa 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.
376	29/04/2015	Altera a 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; e a RN nº 360, de 3 de dezembro de 2014, que estabelece o conteúdo mínimo obrigatório a ser observado pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde para identificação unívoca de seus beneficiários, bem como sua disponibilização obrigatória de forma individualizada da Identificação Padrão da Saúde Suplementar.
377	11/05/2015	Altera a Resolução Normativa nº 358, de 27 de novembro de 2014 que dispõe sobre os procedimentos físicos e híbridos de ressarcimento ao SUS, previsto no art. 32 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e estabelece normas sobre a cobrança referente ao ressarcimento ao SUS.

continua

RN n°	Data DOU	Ementa
378	01/06/2015	Altera a RN n° 198, de 16 de junho de 2009, que define o quadro de cargos comissionados e cargos comissionados técnicos da ANS.
379	03/06/2015	Altera a Resolução Normativa – RN n° 360, de 3 de dezembro de 2014, que estabelece o conteúdo mínimo obrigatório a ser observado pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde para identificação unívoca de seus beneficiários, bem como sua disponibilização obrigatória de forma individualizada da Identificação Padrão da Saúde Suplementar.
380	12/06/2015	Altera a Resolução Normativa n° 237, de 21 de outubro de 2010, que dispõe sobre o Regimento Interno da Câmara de Saúde Suplementar.
381	12/06/2015	Altera o Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, instituído pela Resolução Normativa - RN n° 197, de 16 e julho de 2009, e a RN n° 198, de 16 de julho de 2009, que define o quadro de cargos comissionados e cargos comissionados técnicos da ANS.

#### ANEXO IV - LISTA DE INSTRUÇÕES NORMATIVAS EXPEDIDAS PELA ANS NO PRIMEIRO SEMESTRE DE 2015

IN n°	Data DOU	Ementa
57 (DIDES)	29/04/2015	Altera a Instrução Normativa - IN n° 50, de 25 de setembro de 2012, que 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 e sobre procedimentos para a geração, validação, transmissão e controle de dados cadastrais de beneficiários do SIB/ANS.
58 (DIDES)	11/05/2015	Altera a Instrução Normativa n° 54 da Diretoria de Desenvolvimento Setorial, de 27 de novembro de 2014, que dispõe sobre os procedimentos físicos e híbridos de ressarcimento ao SUS, previsto no artigo 32 da Lei n° 9.656, de 3 de junho de 1998, e na Resolução Normativa n° 358, de 27 de novembro de 2014.
51 (DIOPE)	19/05/2015	Altera e acrescenta dispositivos na Instrução Normativa – IN n° 14, de 27 de dezembro de 2007, que regulamenta os critérios e diretrizes para substituição da formulação de cálculo da Margem de Solvência pela utilização de modelo próprio baseado nos riscos das operadoras de planos de saúde.

ANEXO V – INDICADORES DO CONTRATO DE GESTÃO 2015/2017

Perspectiva Estratégica	Objetivo Estratégico (IG)	Nome do Indicador e fórmula	Meta 2015	Meta 2016	Meta 2017	Diretoria
1. Qualificação da Saúde Suplementar (Resultados)	1.1 Promover a Qualidade Setorial	<b>1.1.1 Proporção de beneficiários em operadoras com Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) superior a 0,6</b>  Número de beneficiários em operadoras ativas avaliadas com IDSS>60% / Total de beneficiários vinculados a todas as operadoras ativas e aptas a serem avaliadas no ano) X 100	65%	65%	70%	ANS
		<b>1.1.2 Incentivo ao desenvolvimento de Programas de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças na Saúde Suplementar</b>  % execução das ações do projeto	100%	100%	100%	DIPRO
	1.2 Promover o Equilíbrio e aprimorar a qualidade do relacionamento entre beneficiários, prestadores e operadoras	<b>1.2 Incentivo à implementação de plano(s) de cuidado</b>  % execução das ações do projeto	100%	100%	100%	DIPRO
		Elaboração do Plano de Cuidado – Nascir Saudável (2015)  Publicação - (2016)  Monitoramento dos resultados assistenciais das operadoras, visando estimular a adesão ao plano de cuidado Nascir Saudável (2016-7)	100%	100%	100%	DIPRO
2. Sustentabilidade do Setor (Cliente)	2.1 Conferir maior celeridade e qualidade na resposta às demandas de reclamação e informação	<b>2.1.1 Taxa de Resolutividade da Notificação de Intermediação Preliminar (NIP) - referente às demandas de natureza assistencial</b>  $(\sum \text{Demandas NIP classificadas -enviadas aos núcleos-exceção} / \sum \text{de Demandas NIP concluídas}) \times 100$	65%	65%	65%	DIFIS
		<b>2.1.2 Índice de ligações atendidas em até 30 segundos no Disque ANS</b>  $(\text{Número de ligações atendidas em até 30 segundos} / \text{total de ligações que chegam ao Disque ANS}) \times 100$	80%	80%	80%	DIFIS
		<b>2.1.3 Índice de satisfação dos beneficiários com o atendimento prestado no Disque ANS</b>  $(\text{Número de ligações classificadas como atendimento satisfatório} / \text{número de ligações que responderam a pesquisa de satisfação}) \times 100$	70%	70%	70%	DIFIS
	2.2 Reduzir a assimetria de informação	<b>2.2 Execução das Campanhas Publicitárias</b>  % de Execução das etapas planejadas	100%	100%	100%	GAB/PRESI

continua

Perspectiva Estratégica	Objetivo Estratégico (IG)	Nome do Indicador e fórmula	Meta 2015	Meta 2016	Meta 2017	Diretoria
2. Sustentabilidade do Setor (Cliente)	2.3 Monitorar os aspectos relativos à garantia de acesso à assistência	<b>2.3 Eficácia na Divulgação da rede credenciada das operadoras aos beneficiários</b>  (Número de etapas realizadas/Número de etapas previstas)*100	30%	60%	100%	DIPRO
	2.4 Monitorar os aspectos relativos ao risco assistencial	<b>2.4 Acompanhamento das Informações de Produtos (SIP), no âmbito da Atenção à Saúde</b>  (Número de beneficiários em operadoras que enviaram o SIP e tiveram os dados incorporados/Total de beneficiários da Saúde Suplementar no período analisado) x 100	75%	80%	90%	DIPRO
	2.5 Estimular a eficiência do setor	<b>2.5.1 Acompanhamento econômico-financeiro das operadoras</b>  Quantidade de vínculos de beneficiários das operadoras analisadas/Quantidade de vínculos de beneficiários das operadoras ativas	60%	60%	60%	DIOPE
		<b>2.5.2 Análise atuarial</b>  Número de notas técnicas atuariais analisadas/Número de notas técnicas atuariais recebidas	80%	80%	80%	DIOPE
2.7 Estimular a concorrência no setor	<b>2.7 Monitoramento do Agrupamento de Contratos</b>  (Número de operadoras monitoradas/ Número de operadoras selecionadas)*100	80%	80%	80%	DIPRO	
3. Articulação Institucional com o setor (Processos Internos)	3.1 Promover a disseminação de conhecimento do setor	<b>3.1 Articulação com o Judiciário e órgãos do SNDC</b>  <b>Articulação PJ e SNDC = <math>\sum P \div N</math></b>  <b>Onde:</b>  <b>P</b> = Pontuação obtida de acordo com a resposta em cada item avaliado;  <b>N</b> = Número total de itens avaliados  Os itens a serem avaliados serão, de forma nacional e loco-regional, 1) eventos de capacitação; 2) troca de informações, entendimentos e apoio à tomada de decisões e 3) compartilhamento de fluxos de trabalho que agilizem a solução das demandas dos beneficiários	25%	50%	75%	ANS

Perspectiva Estratégica	Objetivo Estratégico (IG)	Nome do Indicador e fórmula	Meta 2015	Meta 2016	Meta 2017	Diretoria
3. Articulação Institucional com o setor (Processos Internos)	3.2 Aprimorar a Qualidade Regulatória	<b>3.2.1 Previsibilidade Regulatória</b> <b>GPREG = ANPR ÷ AP x 100</b> <b>Onde:</b> <b>GPREG</b> → Grau de previsibilidade regulatória; <b>ANPR</b> → Número de atos normativos publicados no ano, previstos no planejamento regulatório; <b>AP</b> → Número total de atos normativos publicados no ano.	40%	50%	60%	ANS
		<b>3.2.2 Produção de atos normativos com Análise de Impacto Regulatório (AIR)</b> <b>GI_AIR = AP_AIR ÷ (Nt-Nnd)</b> <b>Onde:</b> <b>GI_AIR</b> → Grau de incorporação de AIR como suporte à atividade de regulamentação; <b>AP_AIR</b> → Número de atos normativos publicados no ano com AIR realizada; <b>Nt</b> → Número total de atos normativos publicados no ano; <b>Nnd</b> → Número de atos normativos dispensados de AIR pela instituição.	40%	50%	60%	ANS
	3.3 Intensificar o relacionamento com os públicos de interesse, inclusive o público interno	<b>3.3 Participação prévia</b> <b>PP = PPS ÷ PA</b> <b>Onde:</b> <b>PP</b> → Propostas com participação prévia; <b>PPS</b> → Número de atos regulatórios publicados ou arquivados no ano com participação social prévia à divulgação em consulta pública ou deliberação final; <b>PA</b> → Número de atos regulatórios publicados ou arquivados no ano	40%	50%	60%	ANS
	3.4 Ampliar a efetividade do uso das soluções de TI	<b>3.4 Disponibilidade de serviços críticos de TI</b> Média aritmética das taxas mensais de disponibilidade dos serviços (%disponível/%esperado) Obs: acrescentar mais um sistema crítico (em 2016 e em 2017)	90%	90%	90%	DIGES



Perspectiva Estratégica	Objetivo Estratégico (IG)	Nome do Indicador e fórmula	Meta 2015	Meta 2016	Meta 2017	Diretoria
4. Desenvolvimento e Aprimoramento Institucional (Aprendizado e Crescimento)	4.3 Promover a Qualificação Institucional	<b>4.3.1 Percentual de processos de trabalho mapeados</b>  Para o ano de 2015 $I = 20\% \times N$ , onde N = número de processos do projeto- piloto de mapeamento de processos da DIGES mapeados, sendo $0 \leq N \leq 5$ .  Para os anos de 2016 e 2017; $I = (\text{número de processos prioritários de trabalho mapeados/número de processos prioritários de trabalho}) \times 100$	80%	40%	100%	DIGES
		<b>4.3.2 % de Receita arrecadada da fonte (0174) em relação à Previsão de Arrecadação (0174)</b>  (Receita realizada da fonte 0174 multas e taxas/previsão da arrecadação da fonte 0174 multas e taxas) x 100	85%	85%	85%	DIGES
		<b>4.3.3 Tempo Médio despendido nos Processos de contratação por Pregão Eletrônico abertos em sessão pública com tempo medido a partir de sua autuação</b>  $IND = 190 - TM$ onde $0 \leq TM \leq 100$ e TM = Tempo médio despendido pelos processos de contratação por pregão eletrônico	70%	70%	70%	DIGES
	4.4 Aprimorar os fluxos e procedimentos relativos a Dispensas, Inexigibilidades, Licitações e Contratos	<b>4.4 Modicidade das aquisições por licitações eletrônicas</b>  $(\text{Valor estimado}^* - \text{Valor contratado}) / \text{Valor estimado}^*$	$\geq 15\%$	$\geq 15\%$	$\geq 15\%$	DIGES
	4.5 Aprimorar a qualidade do gasto público	<b>4.5.1 % de Liquidação de Despesa segundo as ações orçamentárias</b>  $(\text{Despesa liquidada} / \text{Despesa Empenhada}) \times 100$	85%	85%	85%	DIGES
		<b>4.5.2 Implantação da gestão socioambiental sustentável das atividades administrativas e operacionais</b>  % de execução física do projeto	30%	60%	100%	ANS
	4.6 Promover a gestão estratégica de pessoas	<b>4.6 Capacitação em temas prioritários</b>  Número de temas prioritários de capacitação ofertada/ Número total de temas de capacitação ofertada	50%	50%	50%	DIGES

## ANEXO VI – ACORDOS CELEBRADOS ENTRE JANEIRO E JUNHO DE 2015

	Aberturado Processo	PROGE	GGAFI	PRESI	Aprovado Pela DICOL	Assinado	Observação:
Instituto de Defesa do Consumidor (IDC) e PROCON-DF	18/MAR/2015 Pedido de Prorrogação	25/MAR/2015	15/ABR/2015	22/ABR/2015	15/MAI/2015	16/JUL/2015	Prorrogado por 24 meses.
Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro (MPERJ)	01/ABR/2015	01/ABR/2015	15/MAI/2015	27/MAI/2015	09/JUN/2015		O acordo já foi encaminhado Para ASSNT/ DIFIS – Devolvido ao MP para as adequações sugeridas.
MP/PGJ/AM	01/DEZ/2014			29/ABR/2015	15/MAI/2015	29/ABR/2015	Inicialmente solicitada a prorrogação – prazo expirou. O MP solicitou novo acordo.
Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro (TJERJ)	14/MAI/2015	14/MAI/2015	17/JUN/2015				Ainda não encaminhado para DICOL para aprovação.
Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo (TJESP)	07/JAN/2015	14/JAN/2015	17/MAR/2015	15/ABR/2015	24/MAR/2015	13/ABR/2015	
Ministério Público do Distrito Federal E Territórios (MPDFT)	24/MAR/2015	25/MAR/2015	24/ABR/2015	05/MAI/2015	15/MAI/2015		Aguardando assinatura.

## ANEXO VII – COLABORADORES DIDES<sup>14</sup>

ADRIANA SUZANO DE CAMARGO CASTRO	ERICA NERY DOS SANTOS OLIVEIRA
ALEXANDRE DE ALBUQUERQUE CESAR	EUGENIO JOSE SCOTT BORGES
ANA CECILIA DE SA CAMPELLO FAVERET	FABIO BARBOSA DA CONCEICAO
ANA CRISTINA MARQUES MARTINS	FELIPE DUQUE AGANETTI
ANA LUCIA DE PAIVA	FERNANDA FREIRE DE ARAUJO
ANDERSON POLO DE FARIA	FERNANDO LUIZ PEIXOTO GUIMARAES
ANDREA DA SILVA AMARAL	FLAVIA ADALGIZA MATA CASTRO
ANDRESSA DE OLIVEIRA SOUZA	FLAVIA CARMO DOS SANTOS
APARECIDA TAVARES DA SILVA	GABRIELA VALENTIM DA SILVA
AUGUSTO SILVEIRA NOGUEIRA	GABRIELLE RODRIGUES TEIXEIRA
BRUNO DE PAULA SOARES	GERALDO MAGELA AMARANTE RODRIGUES
BRUNO SANTORO MORESTRELLO	GRAZIELA SOARES SCALERCIO
CARLOS ALBERTO RODRIGUES CARVALHO	GUSTAVO DA SILVA RODRIGUES
CARLOS AUGUSTO FERREIRA JUNIOR	GUSTAVO DE BARROS MACIEIRA
CARLOS EDUARDO BRUNS CARIDADE	HEITOR FRANCO WERNECK
CARLOS EDUARDO XIMENES VIANA	INES BORGES SANTOS
CARLOS ROBERTO CARVALHO DOS SANTOS	IOLA FERREIRA VASCONCELOS
CARMEN LETICIA PINTO DOS SANTOS SCHONBORN	IVES MITIO SAITO TOMITA
CASSIA MARIA GOUVEA LOPES	JACQUELINE ALVES TORRES
CECILIA PESSANHA LIMA	JAMILLE DE SOUZA MORAES ANDRADE
CELESTINO BEZERRA MATOS JUNIOR	JAMILLY SOUZA DE CARVALHO
CELINA MARIA FERRO DE OLIVEIRA	JEFFERSON DA SILVA FERREIRA
CLAUDIA ATTALLA TORRES DE ARAUJO	JESSIKA FERREIRA GUIMARAES
CLAUDIA SOARES ZOUAIN	JOAO BOAVENTURA BRANCO DE MATOS
CRISTIANO SANTOS OLIVEIRA	JOAO FRANCO RABELO SARAIVA
DANIEL SASSON	JONATAS CASTRO DOS SANTOS
DANIELA DA COSTA VIEIRA MACHADO	JORGE CARDOSO DE OLIVEIRA JUNIOR
DANIELE PINTO DA SILVEIRA	JORGE LUIS DA CUNHA CARVALHO
DANIELLE MELLO DE SOUZA ANASTACIO BISNETO	JORGE LUIZI PINHO
DANIELLE SODRE LIMA BARROS	JORGE SOARES VIEIRA
DAVID BONANNO LEANDRO	JOSE CANDIDO MONTEIRO BARBOSA
DAVID RAMPAGNI CONRADO DA CRUZ	JOSE FELIPE RIANI COSTA
DIEGO DE SA FERREIRA DA ROCHA	JOSELITA DIAS DA SILVA
DIEGO TAVARES PONTES	JULIANA PIRES MACHADO
DOMINIC BIGATE LOURENCO	JULIO CESAR LAURENTINO DI MAIO
EDUARDO BRANDAO	KEILA SILVA NUNES DE OLIVEIRA
ELISABETH ANDREA COVRE ALVES	KHATELYN ARAUJO DA SILVA BRAZ
EMERSON GOMES PAULINO	LAURA CENACHI MADALOSSO

LAYSA WERNECK ALMEIDA  
LEONARDO FERNANDES FERREIRA  
LEONARDO MACHADO DA COSTA  
LIDIANE SIQUEIRA CALVANO  
LIZZIE KAREN DO CARMO NERI  
LUCAS LOPES BAPTISTA  
LUCIANA DE ALCANTARA HORTA  
LUCIANA DE CARVALHO BARBOSA  
LUIZ EDUARDO DE SOUZA VIEIRA  
MAGNO FERNANDES DA SILVA OLIVEIRA  
MARA PRISCILA DE JESUS CAMPOS DA CRUZ  
MARCELO DA SILVA GOMES  
MARCELO GURGEL DA SILVA  
MARCIA MARTINS  
MARCIO MARQUES PERRUT  
MARCOS PAULO DE BARROS ALVES  
MARCUS AURELIU BEJAR MARTINI  
MARGARETH JOIA BARBOZA DE OLIVEIRA  
MARIA DA CONCEICAO ALVES GOMES  
MARIA DAS GRACAS MOREIRA LIMA  
MARIA JOSE MIRANDA IGREJA  
MARIA LUCIA VIEIRA KOCH  
MARIA RACHEL JASMIM DE AGUIAR SERAFINI  
MARIA TEREZA DE MARSILLAC PASINATO  
MARIANA FIGUEIREDO SANTOS SANTANA  
MARIZELIA LEAO MOREIRA  
MARLUCE CRISTINA IOTTE DE ALMEIDA CHRISPIM  
MARTA SUNDFELD  
MARTHA REGINA DE OLIVEIRA  
MATHEUS PEREIRA NUNES VIDAL  
MAURO JORGE BELMONT GOMES  
MICHELE DA SILVA SOUZA  
MICHELLE MELLO DE SOUZA  
MIRELLA JORDAO AMORIM  
MONICA ELIANE LEMOS  
MONIQUE DE ALMEIDA LAGOAS

NADJA ANDREIA SILVERIO DA SILVA ALMEIDA  
PAULA GIOVANA IORIO COELHO  
PAULO NOGUEIRA DE CARVALHO  
PAULO RICARDO LOPES DA SILVA  
RAFAEL DA COSTA TELLES  
RAFAEL FIORILO LOPES  
RAPHAELA CRISTINA DE PINHO FERNANDES  
RAPHAELE SILVA DE ARAUJO  
RENATA NACIF DE TOLEDO PIZA  
RENATA VALADARES MACIEL  
RICARDO DE SOUZA SANTOS  
ROBERTO BARCELLOS JUNIOR  
ROBSON ERALDO DE SOUZA PANTOJA  
RODRIGO ALVES BARBOSA  
SABRINA MAIKA VAN DEN HASPEL BRANCAS  
SANDRA ALVES DE SOUZA ALMEIDA  
SEBASTIAO OLIVEIRA GOMES  
SHEILA MENDONCA SANDES  
SILVANA DO BOMFIM OLIVEIRA GONDO  
TAMARA LIMA DE ASSUNCAO  
TATHIANE CAETANO ANTUNES  
TATIANA BARROS DA HORA  
TATIANA PEREIRA DAS NEVES GAMARRA  
TERESA CRISTINA GOUVEIA BARROS  
THAYANA FERREIRA BARRETO  
THIAGO MIRANDA CAPELLO  
THIAGO PEREIRA DOS SANTOS  
URSULLA RAQUEL FIDALGO FERREIRA  
VANDINEI JOAQUIM DE OLIVEIRA  
VANESSA MARIA GOMES DE CARVALHO  
VERA LUCIA SOARES COSTA  
VINICIUS DA CRUZ ZEFERINO  
VITOR ALMEIDA DA CRUZ  
VIVIAN DA SILVA SECUNDO ROCHA  
VIVIANI CARVALHO DAS NEVES DE PAULA





## Veja o endereço da ANS mais próximo de você:

Núcleo	Endereço	Abrangência
<b>Belém   PA</b>	Rua Dom Romualdo de Seixas, 1.560   Edifício Connex Office 7º pavimento, Espaços Corporativos 4 e 5   Bairro Umarizal CEP: 66055-200	Amapá, Amazonas, Pará e Roraima
<b>Belo Horizonte   MG</b>	Rua Paraíba, 330, 11º andar, Sala 1104   Edifício Seculus   Bairro Funcionários   CEP: 30130-917	Minas Gerais (com exceção da Mesorregião do Triângulo Mineiro, Alto Paranaíba, Sul e Sudoeste de Minas Gerais) e Espírito Santo
<b>Brasília   DF</b>	SAS Quadra 1, lote 2, Bloco N, 1º andar Ed. Terra Brasília CEP: 70070-941	Distrito Federal, Goiás e Tocantins
<b>Cuiabá   MT</b>	Av. Historiador Rubens de Mendonça, 1894 Salas 102, 103 e 104 - Centro Empresarial Maruanã Bairro Jardim Aclimação   CEP: 78050-000	Acre, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Rondônia
<b>Curitiba   PR</b>	Alameda Dr. Carlos de Carvalho, 373 Conjunto 902 Bairro Centro   CEP: 80410-180	Paraná e Santa Catarina
<b>Fortaleza   CE</b>	Av. Dom Luís, 807, 23º pavimento Edifício Etevaldo Nogueira Business Bairro Meireles   CEP: 60160-230	Ceará, Maranhão, Piauí e Rio Grande do Norte
<b>Porto Alegre   RS</b>	Rua dos Andradas, 1001   19º andar, Conjunto nº1902   Edifício GBOEX   Centro   CEP: 90020-015	Rio Grande do Sul
<b>Recife   PE</b>	Rua General Joaquim Inácio, 830, 10º andar Empresarial The Plaza - Ilha do Leite CEP: 50070-495	Alagoas, Paraíba e Pernambuco
<b>Ribeirão Preto   SP</b>	Av. Presidente Vargas, nº 2121, 2º Andar, Sala 203 Jardim Santa Ângela   CEP: 14020-525	Ribeirão Preto, Mesorregião do Triângulo Mineiro, Alto Paranaíba, Sul e Sudoeste de Minas Gerais, Araçatuba, Araraquara, Assis, Bauru, Marília, Piracicaba, Presidente Prudente, Ribeirão Preto e São José do Rio Preto
<b>Rio de Janeiro   RJ</b>	Av. Augusto Severo, 84, térreo   Ed. Barão de Mauá Bairro Glória   CEP: 20021-040	Rio de Janeiro
<b>Salvador   BA</b>	Av. Antonio Carlos Magalhães, 771, Salas 1601-1604 e 1607-1610 Edifício Torres do Parque   Bairro Itaipara CEP: 41.825-000	Bahia e Sergipe
<b>São Paulo   SP</b>	Av. Bela Cintra, 986, 9º andar   Ed. Rachid Saliba Bairro Jardim Paulista   CEP: 01415-000	São Paulo, com exceção das Mesorregiões de Araçatuba, Araraquara, Assis, Bauru, Marília, Piracicaba, Presidente Prudente, Ribeirão Preto e São José do Rio Preto

