

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR
Diretoria de Desenvolvimento Setorial

Relatório de Gestão

DIDES

Diretoria de Desenvolvimento Setorial
Base: Agosto/2015 a Julho/2016



Rio de Janeiro
2016





RELATÓRIO DE GESTÃO
DIRETORIA DE DESENVOLVIMENTO
SETORIAL
(AGOSTO DE 2015 A JULHO DE 2016)

DIRETORIA DE DESENVOLVIMENTO SETORIAL – DIDES

Martha Regina de Oliveira

DIRETORIA-ADJUNTA DE DESENVOLVIMENTO SETORIAL – DIRAD/DIDES

Michelle Mello de Souza

GERÊNCIA-EXECUTIVA DE INTEGRAÇÃO E RESSARCIMENTO AO SUS – GEIRS

Fernanda Freire de Araújo

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

Jacqueline Alves Torres – até 06/01/2016

Michelle Mello de Souza (Interina) – de 07/01/2016 até 07/03/2016

José Felipe Riani Costa – a partir de 08/03/2016

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

João Boaventura Branco de Matos

GERÊNCIA-EXECUTIVA DE PADRONIZAÇÃO DE INTEROPERABILIDADE – GERPI

Marizélia Leão Moreira

GERÊNCIA-EXECUTIVA DE PRODUÇÃO E ANÁLISE DA INFORMAÇÃO – GEPIN

Elisabeth Andrea Covre Alves

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR
Diretoria de Desenvolvimento Setorial

RELATÓRIO DE GESTÃO
DIRETORIA DE DESENVOLVIMENTO
SETORIAL
(AGOSTO DE 2015 A JULHO DE 2016)



Rio de Janeiro
2016



2016. Agência Nacional de Saúde Suplementar.
Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial
Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida reprodução parcial ou total desta obra,
desde que citada a fonte. O conteúdo desta, e de outras obras da Agência Nacional de Saúde Suplementar,
pode ser acessado na página www.ans.gov.br

Versão online

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

Diretoria Colegiada da ANS

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

Projeto Gráfico

Gerência de Comunicação Social – GCOMS/SEGER/PRESI

Fotografia (capa) – istock photos

Normalização

Biblioteca/COPDI/GEQIN/GGDIN

Ficha Catalográfica

A 265r Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). Diretoria de Desenvolvimento Setorial.
Relatório de gestão [recurso eletrônico] : Diretoria de Desenvolvimento Setorial (agosto de
2015 a julho de 2016) / Agência Nacional de Saúde Suplementar. Diretoria de Desenvolvimento
Setorial. – Rio de Janeiro: ANS, 2016.
3 MB; ePUB.

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

CDD 352.806

Catálogo na fonte – Biblioteca ANS

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Diagrama geral do fluxo de informação de qualidade dos prestadores.....	24
Figura 2 – Tela da ferramenta Dados Integrados da Qualidade Setorial.....	25
Figura 3 – Capa do Boletim Informativo sobre o Ressarcimento ao SUS de abril de 2016.....	38
Figura 4 – Folder com a capa e o QR Code do Livro.....	43
Figura 5 - Proposta do Modelo - Acompanhamento Longitudinal da Trajetória do Paciente no Sistema....	48
Figura 6 - Tela inicial da Sala de Situação da ANS para o público interno.....	72
Figura 7 - Tela inicial da Sala de Situação da ANS para o público externo.....	73
Figura 8 - Arquitetura de forma genérica de um sistema de Business Intelligence.....	74
Figura 9 – Logo do Diálogos SIB.....	77
Figura 10 – Tela da área de Câmaras e Grupos Técnicos do portal eletrônico da ANS.....	82
Figura 11 – Tela da “Área do cliente no portal da operadora”	82

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Produtividade total da COAI durante o Plano de Contingência.....	29
Gráfico 2 - Produtividade em análise da COAI X Variação percentual em relação ao mês de fevereiro/2016..	31
Gráfico 3 - Produtividade em análise de toda a GEIRS.....	32
Gráfico 4 –Produtividade em análise por equipe e por tipo de análise	33
Gráfico 5 - Percentual de impugnação por ABI.....	36
Gráfico 6 – Identificações de AIH e APAC – Quantidade.....	36
Gráfico 7 – Identificações de AIH e APAC – Valor.....	37
Gráfico 8 - Valores anuais repassados ao Fundo Nacional de Saúde.....	37
Gráfico 9 – Percentual de partos normais e cesárias na saúde suplementar.....	40
Gráfico 10 – Quantidade de demandas mensais da GEPIN.....	71

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Resultados do uso do Periscope	19
Tabela 2 – Resumo da Análise de Impacto Regulatório - Intermediário.....	22
Tabela 3 - Número de analistas por equipe.....	33
Tabela 4 - Quantidade de atendimentos objeto de deferimento sumário, por grupo de procedimentos não cobertos pelo plano e ABI.....	34
Tabela 5 - Quantidade de atendimentos objeto de deferimento sumário, por tipo de regra de exclusão e ABI.....	35
Tabela 6 - Impugnações por ABI.....	35
Tabela 7 - Número de operadoras de planos privados de saúde e prestadores de serviços inscritos na primeira etapa do Projeto	45
Tabela 8 - Tipo de prestadores de serviços inscritos no Projeto.....	46
Tabela 9 - Forma de participação no Projeto Idoso Bem Cuidado – prestadores de serviços.....	46
Tabela 10 - Percentual de OPS com rede própria no Projeto.....	46
Tabela 11 - Tipologia dos Modelos de Remuneração	51
Tabela 12 – Síntese e dimensionamento do Padrão TISS versão 3.3 (2016).....	62
Tabela 13 – Áreas da DIDES adicionadas ou reformuladas no Portal eletrônico da ANS	81

LISTA DE SIGLAS

ABI	Aviso de Beneficiário Identificado
ACO	<i>Accountable Care Organization</i>
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APAC	Autorização para Procedimentos de Alto Custo/Complexidade
ASSINF	Assessoria de Informação da DIDES
ASTEAG	Assessoria Técnica e de Gestão da DIDES
BCPI	<i>Bundled Payments for Care Improvement</i>
BI	<i>Business Intelligence</i>
BPAI	Boletim de Produção Ambulatorial Individualizada
CBHPM	Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos
CEAD	Coordenação de Estímulo à Adimplência
CENTERMS	Centro Nacional de Terminologias em Saúde
CCO	Código de Controle Operacional
CGU	Controladoria-Geral da União
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CMD	Conjunto Mínimo de Dados
CMBD	Conjunto Mínimo Básico de Dados
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CNPJ	Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica
CNS	Cartão Nacional de Saúde
COAI	Coordenação de Análise de Impugnação
COARE	Coordenação de Análise Preliminar de Recurso
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONSU	Resolução do Conselho de Saúde Suplementar
COPISS	Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar
COTAQ	Comitê Técnico de Avaliação da Qualidade Setorial
COTEC	Coordenadoria Tecnológica de Ressarcimento ao SUS
CPF	Cadastro de Pessoas Físicas
CPT	Cobertura Parcial Temporária
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DIDES	Diretoria de Desenvolvimento Setorial
DIFIS	Diretoria de Fiscalização
DIGES	Diretoria de Gestão

DIOPS	Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde
DIPRO	Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos
DIQS	Dados Integrados da Qualidade Setorial
DIRAD	Diretoria-Adjunta
DMI	Dispositivos Médicos Implantáveis
DRG	Grupo de Diagnósticos Relacionados
D-TISS	Detalhamento dos Dados do TISS
DUT	Diretrizes de Utilização
DW	<i>Data Warehouse</i>
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
e-Rec	Sistema de Recolhimento Eletrônico
FAQ	<i>Frequently Asked Questions</i>
FNS	Fundo Nacional de Saúde
GCOMS	Gerência de Comunicação Social
GEEIQ	Gerência-Executiva de Estímulo à Inovação e Avaliação da Qualidade Setorial
GEFIN	Gerência de Finanças
GEIRS	Gerência-Executiva de Integração e Ressarcimento ao SUS
GEPIN	Gerência-Executiva de Produção e Análise da Informação
GERAR	Gerência-Executiva de Aprimoramento do Relacionamento entre Prestadores e Operadoras
GERPI	Gerência-Executiva de Padronização e Interoperabilidade
GGETI	Gerência-Geral de Tecnologia de Informação
GMDN	<i>Global Medical Device Nomenclature</i>
GRU	Guia de Recolhimento da União
GT	Grupo Técnico
GTE	Grupo Técnico Externo
GTI	Grupo de Trabalho Interinstitucional
GTIB	Grupo de Trabalho de Informação de Beneficiário
IDSS	Índice de Desempenho da Saúde Suplementar
IHI	<i>Institute for Healthcare Improvement</i>
IN	Instrução Normativa
INMETRO	Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia
ISQUA	<i>International Society for Quality in Health Care</i>
LAB-DIDES	Laboratório de Desenvolvimento, Sustentabilidade e Inovação Setorial
MS	Ministério da Saúde
NCQA	<i>National Committee for Quality Assurance</i>
NIP	Notificação de Investigação Preliminar
OLAP	<i>Online Analytical Processing</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OPME	Órteses, Próteses e Materiais Especiais
OPS	Operadora de Planos de Saúde

OTRS	<i>Open-source Ticket Request System</i>
PERSUS	Protocolo Eletrônico do Ressarcimento ao SUS
PHA	<i>Population Health Alliance</i>
PIN-SS	Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar
PJ	Pessoa Jurídica
PM-QUALISS	<i>Programa de Monitoramento da Qualidade dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar</i>
PMQ	Programa de Melhoria da Qualidade
PPA	Plano Plurianual
PROGE	Procuradoria Federal junto à ANS
P4P	<i>pay-for-performance</i>
QUALISS	Programa de Qualificação de Prestadores de Serviços de Saúde
RCBP	Registros de Câncer de Base Populacional
RES	Registro Eletrônico de Saúde
RN	Resolução Normativa
RPS	Sistema de Registro de Planos de Saúde
SADT	Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia
SAP	Sessão de Aprendizado Presencial
SAS	<i>Statistical Analysis Software</i>
SAS/MS	Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde
SCI	Sistema de Controle de Impugnações
SERPRO	Serviço Federal de Processamento de Dados
SGR	Sistema de Gestão do Ressarcimento
SIAFI	Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal
SIB	Sistema de Informações de Beneficiários
SIF	Sistema Integrado de Fiscalização
SIGTAP	Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SIP	Sistema de Informações de Produtos
SOA	<i>Service-Oriented Architecture</i>
SRF	Secretaria da Receita Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
TCU	Tribunal de Contas da União
TISS	Troca de Informação de Saúde Suplementar
TJSP	Tribunal de Justiça de São Paulo
TUSS	Terminologia Unificada em Saúde Suplementar
UF	Unidade da federação
UG	Unidade Gestora
XSD	<i>XML Schema Definition</i>

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	15
1. PROJETOS 100% IMPLEMENTADOS	17
1.1. Criação do Laboratório de Desenvolvimento, Sustentabilidade e Inovação Setorial (LAB-DIDES) de Odontologia.....	17
1.2. Reformulação do Índice de Reclamações da ANS.....	17
1.3. Extrato de Utilização do Beneficiário / Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar (PIN-SS) e Projeto de Transparência da Metodologia do Reajuste dos Planos Coletivos (Resolução Normativa nº 389)	18
1.4. Criação do Grupo Técnico (GT) Interáreas da ANS	19
1.5. Transmissão ao vivo de eventos através do aplicativo Periscope.....	19
1.6. Reestruturação do Programa de Qualificação de Operadoras	20
1.7. Reestruturação do Programa de Qualificação de Prestadores de Serviços de Saúde (QUALISS)	21
1.8. Aprimoramento dos Dados Integrados da Qualidade Setorial	25
1.9. Projeto Impaciente (via Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS).....	26
1.10. Alteração na estrutura da Gerência-Executiva de Integração e Ressarcimento ao SUS (GEIRS).....	26
1.11. Aperfeiçoamento da metodologia da análise dos atendimentos identificados.....	26
1.12. Plano de Contingência.....	28
1.13. Implementação do Teletrabalho (Experiência Projeto-Piloto do Teletrabalho na Gerência-Executiva de Integração e Ressarcimento ao SUS).....	30
1.14. Contratação de Servidores Temporários.....	31
1.15. Revisão de critérios de batimento e o impacto na impugnação dos atendimentos identificados.....	34
1.15.1. Da aplicação das novas regras estipuladas no passivo.....	34
1.15.2. Do resultado numérico das mudanças implementadas.....	35
1.16. Consolidação da cobrança de APACs (ABI nº 55 e 56).....	36
1.17. Publicação do 1º Boletim Informativo sobre o Ressarcimento ao SUS.....	38
1.18. Metodologia e ferramentas para aplicação do Modelo de ‘Grupo de Diagnósticos Relacionados’ (DRG) para a área hospitalar na saúde suplementar brasileira (via OPAS).....	38
2. PROJETOS EM ANDAMENTO	39
2.1. Projeto Parto Adequado.....	39
2.2. Projeto Idoso Bem Cuidado.....	42
2.3. Projeto OncoRede.....	47
2.4. Projeto Sorrir.....	49
2.5. GT de Remuneração.....	50
2.6. Venda Online.....	52
2.7. Mecanismos financeiros de regulação de uso: coparticipação e franquia.....	53
2.8. 1º Hackathon ANS.....	54
2.9. Aprimoramento do Programa de Acreditação de Operadoras.....	54
2.10. Monitoramento da implantação dos normativos de regulamentação da Lei nº 13.003/14.....	56
2.11. Definição do Fator de Qualidade.....	57
2.12. Projeto para Mediação de Conflitos entre Operadoras e Prestadores	57
2.13. Prêmio ANS de Segurança do Paciente.....	58
2.14. Redes de Atenção à Saúde.....	58
2.15. Implantar as edições regulares do Mapa do Ressarcimento ao SUS.....	58
2.16. Evolução do Sistema de Protocolo Eletrônico de Ressarcimento ao SUS (PERSUS).....	59

2.17. Atualizações do Sistema de Controle de Impugnações (SCI) e Sistema de Gestão do Ressarcimento (SGR).....	60
2.18. Demais Projetos Relacionados ao Ressarcimento ao SUS.....	60
2.19. Grupo Técnico Externo de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (GTE OPME).....	61
2.20. Projeto Padrão TISS (Troca de Informações na Saúde Suplementar).....	61
2.20.1. TUSS de Materiais e OPME publicada.....	62
2.20.2. Padrão TISS aprimorado – Envio de dados à ANS e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde (Dezembro/2015).....	63
2.20.3. Padrão TISS aprimorado – Conteúdo e Estrutura, RN da Transparência e RN do Parto (Abril/2016).....	63
2.20.4. Padrão TISS aprimorado - Outros modelos de remuneração (Maio/2016).....	64
2.20.5. Padrão TISS aprimorado - Publicação extraordinária do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde (Junho/2016).....	64
2.20.6. Módulo Padrão TISS - Monitor em produção.....	64
2.20.7. Evolução do Módulo Padrão TISS - Integrador em produção	65
2.20.8. Evolução do Módulo Padrão TISS - Gestão da TUSS em produção.....	65
2.20.9. Evolução do Módulo Padrão TISS - Instâncias de Padronização em produção.....	65
2.20.10. Módulo Padrão TISS - Gestão do Padrão TISS em produção.....	66
2.20.11. Dados do Padrão TISS disponibilizados para a ANS e para a sociedade.....	66
2.20.12. Monitoramento do Padrão TISS.....	66
2.20.13. Padrão: TISS: Divulgação e capacitação.....	67
2.20.14. Normativo do COPISS atualizado.....	68
2.20.15. Termos de cooperação com entidades de referência assinados.....	68
2.21. Projeto Disseminação da Informação.....	68
2.21.1. Lançamento do D-TISS 2.0 (Detalhamento dos Dados do TISS).....	68
2.21.2. Lançamento do Caderno de Informação da Saúde Suplementar 2.0.....	69
2.21.3. Homologação de nova versão e inclusão de novas consultas no ANS Tabnet.....	69
2.21.4. Aprimoramento da publicação Dados Consolidados da Saúde Suplementar.....	70
2.21.5. Otimização do atendimento a demandas pontuais de solicitação de informações.....	70
2.22. Projeto Implantação de Business Intelligence (BI).....	71
2.22.1. Aperfeiçoamento da Sala de Situação para Público Interno.....	71
2.22.2. Disponibilização da Sala de Situação para Público Externo.....	73
2.22.3. Criação e Desenvolvimento de Datamarts.....	74
2.23. Projeto Aprimoramento da Qualidade Cadastral do Sistema de Informações de Beneficiários (SIB).....	75
2.23.1. Flexibilização das Críticas dos Movimentos de Cancelamento, Reativação e Mudança Contratual.....	75
2.23.2. Flexibilização das Críticas: Manutenção Corretiva.....	75
2.23.3. Batimento com a Secretaria da Receita Federal do Brasil.....	75
2.23.4. Desenvolvimento de Ferramentas de Monitoramento da Qualidade Cadastral.....	76
2.23.5. Ampliação da interlocução com as Operadoras.....	76
2.23.6. Diálogos SIB: aprimoramento da informação de beneficiários.....	76
2.24. Projetos de Integração com o SUS	77
2.24.1. Interoperabilidade com o SUS: Tabela Unificada do SUS mapeada com a TUSS.....	77
2.24.2. Interoperabilidade com o SUS: Estabelecimentos da saúde suplementar cadastrados no CNES.....	78
2.24.3. Integração ao Barramento SOA (Service-Oriented Architecture) do Cartão Nacional de Saúde (CNS).....	78
2.24.4. Projeto Registro Eletrônico de Saúde (RES)	79
2.24.4.1. Base de dados individualizados/identificados disponibilizada.....	79

2.24.4.2. Experiências internacionais em implantação de eHealth.....	79
2.24.5. Estudo sobre a viabilidade de cobrança do Boletim de Produção Ambulatorial Individualizada (BPAI).....	80
2.24.6. Realização de Oficinas de Ressarcimento e Integração com o SUS.....	80
2.25. Reformulação de áreas do Portal da ANS relacionadas à DIDES.....	80
ANEXO I – Lista de resoluções normativas relativas à dides expedidas entre agosto de 2015 e julho de 2016.....	84
ANEXO II – Lista de instruções normativas expedidas pela dides entre agosto de 2015 e julho de 2016.....	85
ANEXO III – Lista de indicadores, metas e projetos da dides presentes nos diversos instrumentos de planejamento da ans e do governo federal que envolvam os anos de 2015 e 2016.....	86
ANEXO IV – Lista de eventos e reuniões de grupos técnicos realizados pela dides entre agosto de 2014 e julho de 2016 e os previstos até o fim de 2016.....	87
ANEXO V – Participação da DIDES.....	90
ANEXO VI – Organograma da DIDES.....	97
ANEXO VII – Colaboradores da DIDES.....	98

APRESENTAÇÃO

A Diretoria de Desenvolvimento Setorial (DIDES) tem como macroprocessos principais a regulação associada a padrões de qualidade, o monitoramento e a organização da informação visando ao alcance do empoderamento do beneficiário e a indução de qualidade e eficiência na produção de saúde.

Dentre suas competências regimentais, destacam-se: gerir o processo de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS); elaborar estudos e pesquisas relacionadas ao ressarcimento ao SUS, de forma a apoiar a regulação de saúde suplementar e a gestão do ressarcimento ao SUS; efetuar, promover e disseminar estudos sobre novas técnicas nacionais e internacionais de padronização de informações e tecnologias de comunicação de dados, referentes aos eventos de atenção à saúde, registro eletrônico em saúde, prontuários eletrônicos e registro pessoal de saúde, visando a interoperabilidade entre os sistemas de informações em saúde; padronizar e implantar a troca de informações, referente aos registros de eventos de atenção à saúde; propor e estimular a implantação de registro eletrônico em saúde; gerir a informação institucional e setorial; elaborar propostas e contribuir para a definição de estratégias de integração e articulação entre os sistemas de informação da Saúde Suplementar e do Sistema Único de Saúde; coordenar e implementar as atividades de identificação unívoca de beneficiários da Saúde Suplementar; contribuir para a implementação de padrões e instrumentos que permitam ao beneficiário o acesso aos seus dados na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); monitorar o perfil de qualidade e desempenho das operadoras e dos prestadores de serviço da saúde suplementar; identificar a necessidade e propor aprimoramentos para a consolidação do processo de geração e difusão da inovação com vistas a promover a articulação e sustentabilidade setorial; planejar, desenvolver e executar processo sistemático de prospecção de parâmetros de mensuração da qualidade; monitorar a atuação dos prestadores de serviços de saúde suplementar; elaboração estudos e propor medidas que contribuam para o aprimoramento do relacionamento entre prestadores de serviços de atenção à saúde e as operadoras de planos de assistência à saúde com objetivo de induzir a qualidade, eficiência e efetividade na produção de serviços e ações de saúde; estimular boas práticas na relação do setor público e privado visando à integração com o Sistema Único de Saúde; incentivar a criação de Redes de Atenção à Saúde, priorizando formas de gerenciamento e organização do primeiro nível de acesso aos prestadores de serviço e da continuidade do cuidado; e elaborar estudos relativos a órteses, próteses e materiais especiais no âmbito da saúde suplementar.

Sua competência geral de desenvolvimento setorial é explorada através de uma atuação inovadora que vem buscando possibilitar novos olhares sobre a organização do setor. Mudanças de modelos de organização e remuneração da prestação do serviço e quebras de paradigma na forma e no conteúdo da divulgação que circula no setor entre seus diversos atores demonstram uma nova perspectiva sobre a noção de qualidade e desenvolvimento do setor e são o carro-chefe da DIDES.

Este Relatório de Gestão tem como objetivo prestar contas à sociedade acerca dos principais projetos realizados pela Diretoria de Desenvolvimento Setorial entre agosto de 2015 e julho de 2016. Dando continuidade ao Relatório apresentado no ano anterior, ele reforça os focos da atual gestão.

Tendo a inovação como premissa básica das ações da Diretoria, o Relatório apresentará todos os projetos concluídos ao longo dos doze meses analisados, os que estão em andamento e os que ainda se iniciarão. Dessa forma, buscará abarcar todas as frentes de trabalho nas quais a DIDES vem atuando a fim de contribuir para que a Agência Nacional de Saúde Suplementar atinja seus objetivos institucionais.

Ressalte-se, também, que este documento não esgota todas as atividades da Diretoria de Desenvolvimento Setorial no período analisado, especialmente por tratar apenas dos projetos e não dos processos de trabalho já estabelecidos.

1. PROJETOS 100% IMPLEMENTADOS

1.1. CRIAÇÃO DO LABORATÓRIO DE DESENVOLVIMENTO, SUSTENTABILIDADE E INOVAÇÃO SETORIAL (LAB-DIDES) DE ODONTOLOGIA¹

Em outubro de 2015, foi criado o Laboratório de Desenvolvimento, Sustentabilidade e Inovação Setorial de Odontologia. Dessa forma, o LAB-DIDES² se desmembrou em dois e passou a ter reuniões exclusivas sobre a odontologia na saúde suplementar e esse espaço ficou conhecido como LAB-DIDES Odontologia. Seu 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. Dentro do LAB-DIDES Odontologia, surgiu o Projeto Sorrir, citado no item 2.4 deste Relatório, que busca estimular o surgimento de projetos-pilotos nas Operadoras de Planos de Saúde (OPS) participantes que apresentem novos modelos de prestação e remuneração de serviços odontológicos na saúde suplementar.

1.2. REFORMULAÇÃO DO ÍNDICE DE RECLAMAÇÕES DA ANS³

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 foi discutida no âmbito do LAB-DIDES ao longo de 2015 e implementada a partir de setembro do mesmo ano. Nesse novo formato, o índice se desmembrou em três, a saber:

- Índice Geral de Reclamações: tem como principal finalidade apresentar um termômetro do comportamento das operadoras do setor no atendimento aos problemas apontados pelos beneficiários. Contempla o número médio de reclamações de beneficiários recebidas nos três meses anteriores e classificadas até a data de extração do dado. O índice tem como referência cada 10.000 beneficiários do universo de consumidores analisado.
- Percentual de Finalização Assistencial: Considera o total de reclamações de natureza assistencial solucionadas pela mediação de conflitos por meio da NIP.
- Índice de Abertura de Processo Administrativo: Permite mensurar, do total de reclamações de beneficiários de planos privados de saúde, o volume de reclamações com indício de infração que foram encaminhadas para os Núcleos da ANS para abertura de processo administrativo visando a sua apuração.

Para cada indicador, há gráficos sobre o desempenho do setor e das operadoras, a natureza e os temas das demandas e um ranking com o total de operadoras por segmentação (médico-hospitalar ou exclusivamente

¹ Todo o conteúdo sobre o LAB-DIDES Odontologia está disponível em: <<http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/camaras-e-grupos-tecnicos/grupo-tecnico-lab-dides-odontologia-laboratorio-de-desenvolvimento-sustentabilidade-e-inovacao-setorial>>.

² Todo o conteúdo sobre o LAB-DIDES está disponível em: <<http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/camaras-e-grupos-tecnicos/grupo-tecnico-lab-dides-laboratorio-de-desenvolvimento-sustentabilidade-e-inovacao-setorial>>.

³ Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/indice-de-reclamacoes>>.

odontológica) e porte (pequeno, médio e grande), além da consulta individualizada por operadora. Com atualização mensal, os indicadores têm como base os dados de beneficiários e reclamações, por temas, recebidos pela ANS nos três meses anteriores.

Dessa forma, pretende-se aumentar o alcance e a funcionalidade do Índice; além disso, também está sendo divulgada uma planilha com os dados brutos, possibilitando para a sociedade diferentes análises de acordo com o perfil de cada público.

1.3. EXTRATO DE UTILIZAÇÃO DO BENEFICIÁRIO / PORTAL DE INFORMAÇÕES DO BENEFICIÁRIO DA SAÚDE SUPLEMENTAR (PIN-SS) E PROJETO DE TRANSPARÊNCIA DA METODOLOGIA DO REAJUSTE DOS PLANOS COLETIVOS (RESOLUÇÃO NORMATIVA N° 389)⁴

O projeto de criação de um extrato de utilização do beneficiário e de transparência da metodologia do reajuste dos planos coletivos, ambos discutidos no âmbito do LAB-DIDES, foram concluídos com a elaboração e publicação da Resolução Normativa (RN) n° 389, de 26 de novembro de 2015.

Esta norma tornou obrigatória a disponibilização aos beneficiários, em área restrita no sítio eletrônico da OPS, chamada de Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar, dos dados cadastrais e de utilização do seu plano de saúde, tais como:

- relação dos procedimentos realizados conforme nomenclatura da Terminologia Unificada em Saúde Suplementar (TUSS);
- valor global por categoria de despesa, deduzidas eventuais glosas de valor, independente da forma de remuneração;
- data de realização do evento; e
- identificação do prestador onde se realizou o evento.

O Extrato funciona 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, 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 é uma ferramenta de *accountability*, pois possibilita a transparência e a prestação de contas ao usuário do setor de saúde suplementar.

A RN n° 389/2015 também tornou 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 à pessoa jurídica contratante, com base em dados objetivos.

Esse extrato deverá conter, no mínimo: o critério técnico adotado, a definição de todos os parâmetros e variáveis utilizados no cálculo, a demonstração da memória de cálculo realizada para a definição do percentual de

4 Tutorial da RN n° 389 disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/Tutorial_RN_389.pdf>.

reajuste, o período de observação e o canal de atendimento da operadora para esclarecimento de dúvidas quanto ao extrato em questão.

1.4. CRIAÇÃO DO GRUPO TÉCNICO (GT) INTERÁREAS DA ANS⁵

A partir do diagnóstico da necessidade de discussão de temas transversais às Diretorias da ANS, foi criado um grupo técnico permanente: o GT Interáreas da ANS, que é coordenado pela DIDES, Diretoria de Habilitação de Produtos (DIPRO) e Diretoria de Fiscalização (DIFIS) e pode contar com a participação das demais Diretorias da Agência de acordo com o tema a ser discutido. Na sua primeira reunião, foram abordados os temas: venda online de planos de saúde e mecanismos financeiros de regulação de uso (coparticipação e franquia), analisados nos itens 2.6 e 2.7 deste Relatório, respectivamente.

1.5. TRANSMISSÃO AO VIVO DE EVENTOS ATRAVÉS DO APLICATIVO PERISCOPE

Em maio de 2016, a Diretoria de Desenvolvimento Setorial realizou um encontro para discutir os novos projetos para o setor. Cerca de 400 pessoas se inscreveram para participar do evento, mas o local disponível para a realização possuía apenas 238 lugares. Com o objetivo de dar publicidade ao evento, a DIDES decidiu transmitir o evento pelo aplicativo Periscope. Esta foi primeira transmissão ao vivo de um evento da ANS realizado fora das instalações da Agência.

Com o uso do aplicativo, foi possível acompanhar o evento ao vivo, pelo celular, ou em computadores, acessando a conta da ANS no Twitter. No Periscope o vídeo fica disponível por apenas 24 horas, sendo assim, o evento também foi gravado e disponibilizado posteriormente no canal da ANS no YouTube.

TABELA 1 – RESULTADOS DO USO DO PERISCOPE

Nome Fantasia da Empresa
• 98 pessoas se cadastraram no Periscope da ANS.
• 1108 marcações de “gostei”
• Quantidade de acessos (simultâneos ou não) por cada transmissão:
Vídeo Idosos parte 1 – 88
Vídeo Idosos parte 2 – 102
Vídeo Idosos parte 3 – 37
Vídeo Idosos parte 4 – 76
Vídeo Idoso Bem Cuidado – 109
Vídeo Idosos debate – 45
Vídeo Odontologia – 106
Vídeo Oncologia – 94
Vídeo Oncologia debate – 26

Fonte: Gerência de Comunicação Social

5 Todo o conteúdo do GT Interáreas da ANS está disponível em: <<http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/camaras-e-grupos-tecnicos/grupo-tecnico-interareas-dides-dipro-e-difis>>.

Após este evento, o público-alvo dos eventos da DIDES solicitou que mais eventos fossem feitos neste formato, sendo assim, o recurso foi utilizado para a reunião do Grupo Técnico Interáreas da ANS, realizada em julho de 2016, no Rio de Janeiro. A proposta da Diretoria é transformar essa transmissão “ao vivo” em uma prática regular, mantendo paralelamente a disponibilização do vídeo no YouTube, a fim de dar transparência e capilaridade ao debate acerca dos temas relevantes da saúde suplementar.

1.6. REESTRUTURAÇÃO DO PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DE OPERADORAS

No âmbito da avaliação de desempenho da Saúde Suplementar está o Programa de Qualificação das Operadoras, cuja mensuração se dá por intermédio do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS), calculado a partir de indicadores definidos pela própria Agência. Trata-se de uma avaliação de desempenho 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. Até a avaliação do ano base 2014, os indicadores eram agregados em quatro dimensões, sendo que cada uma possuía 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.

A partir do diagnóstico de que havia a necessidade de atualizar o Programa e torná-lo mais aderente a outras iniciativas de estímulo à qualidade que vêm sendo desenvolvidas no âmbito da ANS, foi iniciado um grupo técnico com a finalidade de discutir a adequação da estrutura do Programa à nova realidade do setor e sua integração com os objetivos estratégicos da ANS, bem como com outras ferramentas de avaliação da qualidade setorial. Em junho de 2015, após discussões que envolveram o Comitê interno e atores externos do setor, com destaque para as entidades representativas das operadoras, foi apresentada uma proposta que buscava um alinhamento dos eixos direcionais da ANS com a Agenda Regulatória da Agência e a literatura de Qualidade. Isso resultou em uma proposta de novas dimensões:

- **Qualidade em atenção à saúde:** avaliação do conjunto de ações em saúde que contribuem para o atendimento das necessidades de saúde dos beneficiários, com ênfase nas ações de promoção, prevenção e assistência à saúde prestada. É constituída a partir de um conjunto de indicadores definidos com o propósito de aferir a qualidade da atenção a partir das linhas de cuidado em saúde em consonância com as políticas nacionais de saúde.
- **Garantia de acesso:** identificação das condições relacionadas à rede assistencial que possibilitam a garantia de acesso oportuno, em termos de tempo e espaço, e a oferta de rede de consultórios, hospitais, ambulatorios, laboratórios e centros diagnósticos oferecidos pelas operadoras de planos de saúde.
- **Sustentabilidade no mercado:** monitoramento da sustentabilidade da operadora, considerando seu equilíbrio econômico-financeiro, avaliando a capacidade de se manter em dia com suas obrigações financeiras junto a seus prestadores para o atendimento com qualidade e de forma contínua a seus beneficiários. Avalia ainda a satisfação destes com os serviços prestados e adquiridos. Como proxy desta medida, avalia indicadores de permanência dos beneficiários e mede a gravidade das infrações à legislação cometidas por parte das operadoras.
- **Gestão de processos e regulação:** Avaliação do grau de consolidação de processos de gestão que possibilitem o atendimento das exigências regulatórias e o cumprimento da legislação e aferição do cumprimento das obrigações técnicas e cadastrais das operadoras junto à ANS. O termo em inglês compliance ajuda na compreensão desta dimensão.

Esta proposta foi encaminhada e aprovada pela Diretoria Colegiada, resultando na RN nº 386 e na Instrução Normativa (IN) DIDES nº 60, ambas de 9 de outubro de 2015. Na nova versão, os cálculos também são realizados a partir de indicadores, entretanto as dimensões possuem pesos iguais para compor o IDSS de cada operadora. A divulgação dos resultados na nova sistemática (ano base 2015) está prevista para o segundo semestre de 2016. Nesta versão, já foram desenvolvidos indicadores que correlacionam o Programa de Qualificação de Operadoras a outros instrumentos de avaliação de qualidade. Por exemplo, para esta divulgação, operadoras que

constarem como acreditadas farão jus a 50% da dimensão de Gestão de processos e regulação. Operadoras que participarem de projetos especiais que visam à mudança nas linhas de cuidado e de remuneração (OncoRede, Sorrir, Parto Adequado e Idoso Bem Cuidado) terão 10% da dimensão de Qualidade em atenção à saúde. Ainda para esta versão, também foi introduzido um indicador que relaciona a quantidade de beneficiários com direito de utilização de pelo menos um hospital acreditado com a quantidade total de beneficiários da operadora.

Para o cálculo dos indicadores do ano base 2016 (a ser divulgado em 2017), será mantido o percentual de 50% da dimensão de Gestão de processos e regulação para operadoras acreditadas e ampliado de 10% para 15% a possibilidade de pontuação para as operadoras apoiadoras. Ademais, foram introduzidos três novos indicadores que preconizam a utilização das informações das guias de Troca de Informação de Saúde Suplementar (TISS), tendência esta esperada para os anos subsequentes.

Merece destaque que reestruturação do Programa não se resumiu à mudança dos normativos e foi realizada em etapas, buscando, de forma consistente, conferir um caráter sistêmico às avaliações de qualidade e integrar ao cálculo dos indicadores as informações provenientes do Padrão TISS⁶. Espera-se, dessa forma, uma utilização cada vez maior de informações do Programa de Qualificação de Prestadores de Serviços de Saúde (QUALISS), da Acreditação de Operadoras e dos demais instrumentos de avaliação e controle no IDSS.

1.7. REESTRUTURAÇÃO DO PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DE PRESTADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE (QUALISS)

O QUALISS é um Programa de incentivo à qualificação de prestadores de serviços da saúde suplementar e foi desenvolvido pela ANS em parceria com os representantes dos prestadores, dos consumidores, das operadoras, das instituições de ensino e pesquisa, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e do Ministério da Saúde (MS). O Programa está estruturado em dois componentes: Divulgação da Qualificação dos Prestadores de Serviços e Monitoramento da Qualidade dos Prestadores de Serviços.

Em junho de 2015, a ANS iniciou discussões sobre o Programa QUALISS com representantes do setor, incluindo a revisão e generalização do uso dos indicadores avaliados no QUALISS Monitoramento.

Consubstanciando todo o processo, foi efetuada uma Análise de Impacto Regulatório (AIR), onde os principais aspectos abordados foram:

- Qual o problema a ser resolvido?

Um problema de cunho relevante é a assimetria de informações, ilustrada na dificuldade dos principais atores em tomar conhecimento dos resultados assistenciais e da mensuração da qualidade no atendimento da rede de prestadores de serviços disponibilizada pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde. Nesta situação, fica evidente a dificuldade de viabilizar um sistema ou aplicativo que agregue as informações de prestadores de serviços de forma fidedigna com a qualidade necessária para prover os citados atores em suas ferramentas de tomadas de decisão.

- Quais os grupos potencialmente afetados?

Agências Reguladoras, Consumidores, Operadoras, Administradoras, Prestadores de Serviços, Ministério da Saúde e Sociedade em geral.

- Sobre os custos operacionais:

Sofrerão uma redução, porque as entidades participantes (acreditadoras de serviços de saúde, colaboradoras e gestoras de outros programas de qualidade) serão as responsáveis pela coleta e monitoramento, reduzindo os custos de transação no setor devido à redução na assimetria

- Quais os objetivos a serem alcançados?

Os principais objetivos a serem alcançados pelo Programa são: a) aprimorar o Programa QUALISS para adaptá-lo à realidade atual do mercado de saúde suplementar; b) contribuir para o aumento do poder de avaliação e escolha por parte dos beneficiários de planos de saúde; c) aumentar a competição no mercado de saúde suplementar; d) contribuir para a melhoria do fluxo de informações; e e) fornecer subsídios à contratualização. Com base nas premissas acima, foram analisadas as quatro opções existentes para resolver o problema, quais sejam: i) descontinuar o programa; ii) manter as normas em vigor; iii) revisar e agrupar as normas em vigor; e d) promover ampla reestruturação do programa QUALISS através da revisão das normas.

De acordo com o estudo feito, conforme a tabela a seguir, a melhor opção foi a ampla reestruturação do programa QUALISS através da revisão das normas, com as seguintes etapas: i) a unificação de todas as normas referentes ao programa QUALISS; ii) a adequação dos domínios e indicadores avaliados no programa de monitoramento; iii) a introdução da principal classificação das entidades que participarão do programa, divididas em Acreditadoras, Colaboradoras e Gestoras de Outros Programas de Qualidade; iv) a melhor aproximação com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), que será o depositário dos dados dos prestadores de serviços; v) o estabelecimento de integração com a ANVISA na concepção e aplicação dos indicadores do futuro Programa de Monitoramento do QUALISS; vi) o posicionamento da ANS como agente de indução da qualidade no âmbito dos prestadores de serviços de saúde.

TABELA 2 – RESUMO DA ANÁLISE DE IMPACTO REGULATÓRIO - INTERMEDIÁRIO

PONTUAÇÃO GERAL				
CRITÉRIOS PARA A ANÁLISE INTERMEDIÁRIA	Alternativa 1	Alternativa 2	Alternativa 3	Alternativa 4
1. EFICIÊNCIA	45	70	70	75
2. EFETIVIDADE	23	63	63	90
3. EQUIDADE	17	57	70	83
4. TRANSPARÊNCIA	21	61	73	90
5. RAZOABILIDADE	57	57	57	70
TOTAL GERAL	163	308	333	408
MÉDIA GERAL	33	62	67	82
% DA PONTUAÇÃO MÁXIMA	36,24%	68,47%	73,97%	90,74%
ORDEM PARA SELEÇÃO GERAL DAS ALTERNATIVAS (CRESCENTE)	4	3	2	1

Fonte: Gerência-Executiva de Estímulo à Inovação e Avaliação da Qualidade Setorial

Portanto, optou-se pelo processo da revisão e reestruturação completa do Programa, onde os principais pontos a serem destacados seriam a unificação dos normativos e a introdução das entidades participantes responsáveis pelo monitoramento, avaliação e envio dos dados para a ANS. Em relação à unificação dos normativos, a nova Resolução Normativa (RN nº 405, de 9 de maio de 2016) terminou por revogar as Resoluções Normativas no 267/11, que instituiu o Programa de Divulgação da Qualificação de Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar; nº 275/11, que instituiu o Programa de Monitoramento da Qualidade dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar; nº 321/13, que alterou a RN nº 267/11; nº 350/14, que instituiu o Programa de Divulgação da Qualificação de Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar; e a Instrução Normativa nº 52/13, que definiu as regras para a divulgação da qualificação dos prestadores de serviços pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde em seus materiais de divulgação da rede assistencial.

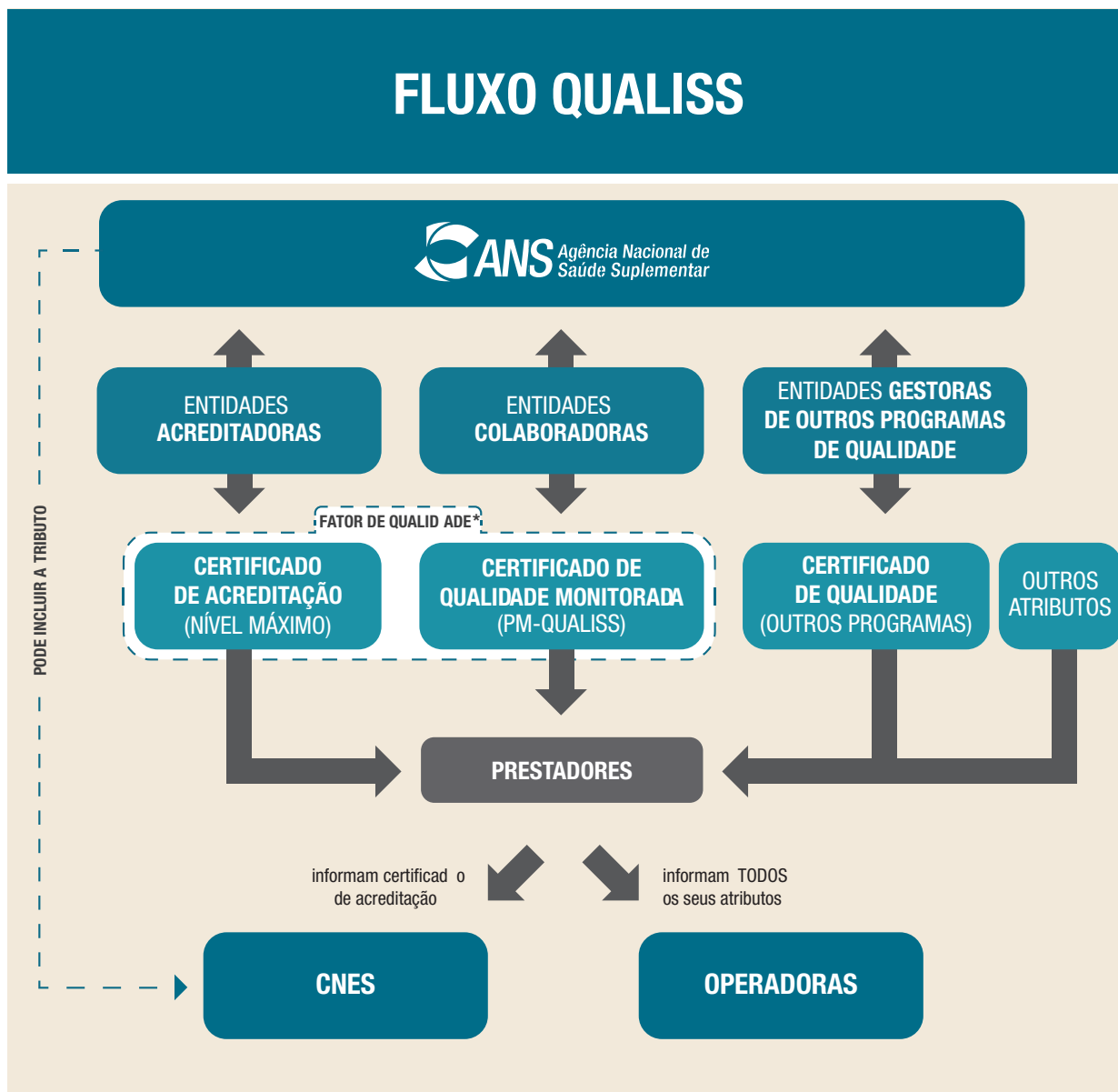
Dentre outros aspectos importantes abordados pela nova norma, podemos destacar o estabelecimento dos atributos de qualificação de acordo com os tipos de prestadores de serviços hospitalares, serviços auxiliares de diagnóstico e terapia (SADT) e clínicas ambulatoriais, profissionais de saúde ou pessoas jurídicas que prestem serviços em consultórios isolados e prestadores de serviços de Hospital-Dia isolado; o Programa de Monitoramento da Qualidade dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar (PM-QUALISS), que é um sistema de medição para avaliar a qualidade dos prestadores de serviços na saúde suplementar por meio de indicadores que têm validade, comparabilidade e capacidade na discriminação dos resultados; e o Comitê Técnico de Avaliação da Qualidade Setorial (COTAQ), que é a instância consultiva coordenada pela DIDES com a finalidade de auxiliar a ANS no estabelecimento de critérios de aferição e controle da qualidade da prestação de serviços na saúde suplementar.

O ponto de maior relevância da nova Resolução Normativa, a introdução das figuras das entidades participantes do Programa, efetuou a classificação da seguinte maneira: **i) Entidades Acreditoras de serviços de saúde:** pessoas jurídicas que têm reconhecimento de competência ou de metodologia de acreditação emitidos pelo Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia (INMETRO) ou pela The International Society For Quality in Health Care (ISQua) para executar programas de acreditação de prestadores de serviços de saúde; **ii) Entidades Colaboradoras:** pessoas jurídicas reconhecidas pela ANS para aplicação do PM-QUALISS, tendo atuação independente da ANS; **iii) Entidades Gestoras de Outros Programas de Qualidade:** pessoas jurídicas reconhecidas pela ANS que possuem metodologias próprias de certificação ou avaliação sistemática dos indicadores de qualidade em saúde.

Como forma de viabilizar a busca pela qualidade para todo o setor, independentemente das especificidades, vale destacar que a aplicação do PM-QUALISS por parte das Entidades Colaboradoras ocorrerá sem ônus aos prestadores que desejarem participar do Programa.

Atualmente o Programa se encontra na fase de recepção e análise da documentação das entidades interessadas em fazer parte do Programa, tendo, até o momento, um total de onze entidades participantes reconhecidas. Paralelamente, em reunião realizada em julho de 2016, houve a reativação formal do COTAQ. Por intermédio desta instância consultiva, espera-se, até o final deste ano, que sejam estabelecidos os indicadores referentes ao PM-QUALISS para SADTs e Consultórios. Ainda neste fórum, é esperada a consolidação dos mecanismos de troca de informações sobre avaliação de qualidade entre as entidades participantes, ANS, prestadores, Operadoras, INMETRO e Ministério da Saúde com a participação da ANVISA e do CNES.

FIGURA 1 – DIAGRAMA GERAL DO FLUXO DE INFORMAÇÃO DE QUALIDADE DOS PRESTADORES



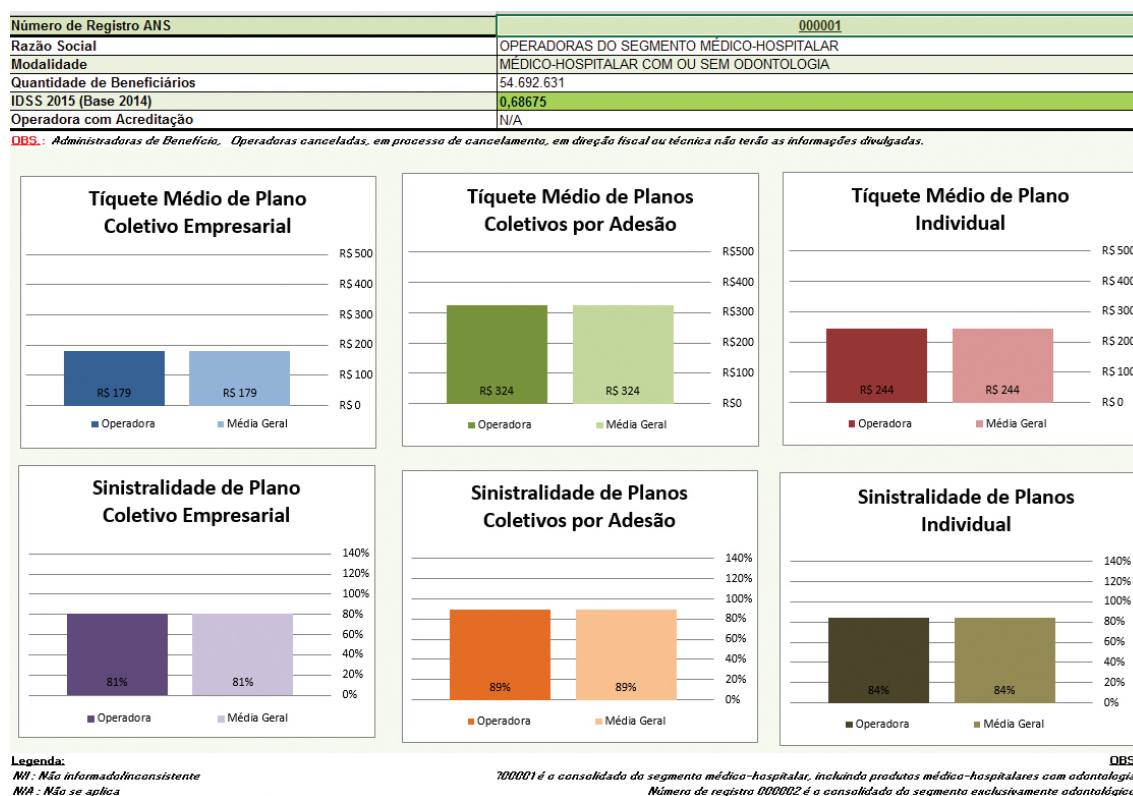
A partir do estabelecimento deste fluxo⁷ de apuração e divulgação de informações de qualidade da rede prestadora, são esperados significativos avanços no campo da indução da qualidade no âmbito dos prestadores de serviços de saúde e seus efeitos multiplicadores sobre a qualidade do setor. Esta iniciativa está se agregando e se potencializando com outras iniciativas do setor no âmbito da busca pela qualidade, dentre elas o Programa de Qualificação de Operadoras, Acreditação de Operadoras, além de iniciativas que reúnem o estímulo à qualidade da informação, como é o caso dos Dados Integrados da Qualidade Setorial (DIQS) – a serem incorporados à Sala de situação – e do Detalhamento dos Dados do TISS (D-TISS)⁸, dentre outras iniciativas.

7 A cartilha completa do QUALISS está disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/qualiss/Cartilha_Qualiss_Final.pdf>
 8 O D-TISS é abordado no item 2.21.1 deste Relatório.

1.8. APRIMORAMENTO DOS DADOS INTEGRADOS DA QUALIDADE SETORIAL

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 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 DA FERRAMENTA DADOS INTEGRADOS DA QUALIDADE SETORIAL



A primeira versão do DIQS foi divulgada em novembro de 2014, a segunda em maio de 2015 e a terceira em março de 2016. Nesta última versão, foram acrescentados maiores detalhamentos das informações de sinistralidade e ticket médio por forma de contratação.

O DIQS é uma medida mais pontual dos indicadores das operadoras, não se prendendo, a exemplo do Programa de Qualificação de Operadoras, em dados anuais para avaliação. Neste sentido, considerando o seu dinamismo, para os próximos ciclos há a expectativa de contar com indicadores baseados nas informações das guias TISS, os quais poderão ser posteriormente adaptados para o Programa de Qualificação de Operadoras. Há também a expectativa de que tal ferramenta seja incorporada à Sala de Situação, que consiste em uma área interativa com as informações mais atualizadas da saúde suplementar, organizadas em formato de dashboards que fornecem um amplo panorama do setor e das operadoras de planos de saúde⁹.

1.9. PROJETO IMPACIENTE (VIA ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS)

O ImPaciente propôs o desenvolvimento de uma sistemática de avaliação da rede prestadora de serviços de saúde centrada na perspectiva do usuário, possibilitando a coleta de informações estratégicas para a gestão e para a formulação de políticas de saúde. Foi criada uma plataforma *online*¹⁰ que permite busca e avaliação de prestadores de serviços de saúde na rede pública ou privada por qualquer pessoa. Também há um ambiente para os próprios serviços gerenciarem suas informações e responderem aos relatos e comentários feitos pelos pacientes. As avaliações e buscas podem ser feitas em quatro categorias distintas: serviços ambulatoriais, de internação hospitalar, de pronto socorro e de apoio diagnóstico e terapia. Além disso, também é possível relatar experiências com o serviço. A dinâmica de funcionamento desta aplicação é semelhante ao que ocorre em serviços já amplamente conhecidos na internet, como o TripAdvisor sobre atrações turísticas e a estratégia do *National Committee for Quality Assurance* (NCQA¹¹) para avaliação de planos de saúde nos EUA.

O projeto foi desenvolvido como produto do termo de Cooperação Técnica Internacional com a Organização Pan-Americana de Saúde, firmado com o objetivo de desenvolver ações e atividades voltadas para o aprimoramento do setor de Saúde Suplementar. Os resultados do estudo, bem como os de outras pesquisas viabilizadas pelo acordo, foram apresentados no seminário “Conhecimento Técnico-Científico para Qualificação da Saúde Suplementar”, realizado em novembro de 2015, no Rio de Janeiro.

1.10. ALTERAÇÃO NA ESTRUTURA DA GERÊNCIA-EXECUTIVA DE INTEGRAÇÃO E RESSARCIMENTO AO SUS (GEIRS)¹²

Em continuidade ao empenho para tornar o processo de ressarcimento ao SUS mais eficiente, já na vigência do protocolo de impugnações e de recursos pela via eletrônica (PERSUS), as atribuições de cobrança que para melhor conformidade do fluxo antes estavam submetidas à Coordenadoria de Recolhimento do Ressarcimento passaram a ser exercidas pela Gerência de Finanças (GEFIN), da Diretoria de Gestão (DIGES). Tal mudança se deu por se tratarem de atividades eminentemente atinentes à área meio da ANS, que já exercia competência para tais atribuições em outros processos administrativos como os processos sancionadores e de cobrança de taxa.

Assim sendo, foram cedidos servidores e terceirizados a serem alocados nessas tarefas, porém com lotação na DIGES, que executavam atividades relacionadas ao parcelamento dos débitos, acompanhamento de depósitos judiciais, bem como controle financeiro e repasse dos valores ao Fundo Nacional de Saúde (FNS).

1.11. APERFEIÇOAMENTO DA METODOLOGIA DA ANÁLISE DOS ATENDIMENTOS IDENTIFICADOS

A operacionalização do processo de ressarcimento ao SUS utilizada atualmente compreende as seguintes fases:

- Batimento dos dados encaminhados pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS) para identificação dos beneficiários de planos de saúde;
- Notificação do Aviso de Beneficiário Identificado (ABI);
- Abertura de prazo para impugnação;
- Caso haja impugnação, decisão de primeira instância;
- Abertura de prazo para recurso;
- Caso haja recurso, decisão de segunda instância;

10 Disponível em: <www.impaciente.org>.

11 Disponível em: <<http://healthplanrankings.ncqa.org>>.

12 A alteração em questão se deu através da Resolução Normativa nº 385, de 8 de setembro de 2015.

- Encaminhamento de GRU dos valores indeferidos ou não impugnados, depois de findo o prazo final de impugnação ou recurso.

A metodologia utilizada, prevista na Resolução Normativa nº 358, de 2014, contempla duas instâncias recursais, com análise individualizada de cada impugnação ou recurso relacionada a cada Autorização de Internação Hospitalar (AIH) / Autorização para Procedimentos de Alto Custo/Complexidade (APAC).

Especificamente na GEIRS, o trabalho remoto propiciou mudança e aperfeiçoamento na metodologia de análise das AIHs/APACs, que resultou não só na qualificação das análises realizadas pelos servidores, como também permitiu a identificação de análises-padrões que podem ser processadas de maneira mais sistêmica, resultando em celeridade que reflete diretamente no aumento da produtividade do setor.

Ao qualificar as análises, conseguem-se separar as alegações em dois grupos, quais sejam: alegações de mérito e alegações jurídico-administrativas. As alegações de mérito requerem a análise de todos os documentos enviados pela operadora, já que esta alega e tenta comprovar que o ressarcimento daquele procedimento não é devido. Nesse sentido, uma análise de mérito possui maior complexidade e requer mais tempo do analista para fechar uma decisão. Já nas alegações jurídico-administrativas, a OPS questiona a constitucionalidade do ressarcimento ao SUS, a legalidade dos valores cobrados, a competência da ANS, a prescrição, dentre outros. Essas alegações não requerem análise de documentação e possuem decisões padronizadas no sistema, já que tais questionamentos ultrapassam a esfera administrativa e a competência da ANS.

Dessa maneira, pensou-se na aplicabilidade desta nova sistemática em todas as coordenações da GEIRS que realizam análise individualizada de atendimentos identificados (AIHs/APACs). A partir daí, foi possível uma reorganização da estrutura dos setores para implementação dessa nova metodologia da seguinte maneira: Os técnicos de suporte fazem uma triagem nos processos identificando todas as alegações de natureza jurídico-administrativas que, geralmente, caracterizam uma análise-padrão, que resulta no indeferimento da AIH ou APAC.

Essa análise-padrão associada à inserção de parecer-padrão no sistema ocorre de maneira muito célere tendo em vista a não necessidade de se analisar o contrato e/ou qualquer outra documentação apresentada pela operadora, uma vez que o resultado da análise-padrão, pelo indeferimento, independe de documentação apresentada na impugnação e/ou recurso.

Posteriormente, após a triagem e operacionalização de todas as análises padrões de um processo, os técnicos de complexidade iniciam as análises de méritos existentes naquele processo, as quais geralmente demandam um maior tempo de averiguação e processamento.

Diferentemente da análise-padrão, uma alegação de mérito demanda análise contratual, pois dependendo da documentação apresentada pela operadora, essa averiguação pode resultar pelo deferimento ou indeferimento do atendimento identificado; por isso, a análise desta AIH/APAC demanda mais tempo para ser analisada. Esse aperfeiçoamento na metodologia da análise permite maior controle pelos coordenadores e gestores sobre a capacidade de produtividade individual e, principalmente, coletiva do setor. Por exemplo, ao identificarmos um processo grande, com mais de cinco mil atendimentos, sendo todas ou a maior parte das alegações da operadora de análise-padrão, é possível gerenciar o julgamento deste processo para um grupo de analistas e não o delegar para apenas uma pessoa, resultando na finalização do processo como um todo em dias.

Portanto, é importante registrar que o início das atividades dentro desta nova reorganização dos setores no processo de trabalho e aperfeiçoamento da metodologia na operacionalização das análises dos atendimentos identificados do ressarcimento ao SUS veio corroborar com a celeridade das análises em si, como também no julgamento final do processo de ressarcimento ao SUS tramitado tanto em primeira quanto em segunda instância, aumentando, consideravelmente, a produtividade da GEIRS.

1.12. PLANO DE CONTINGÊNCIA

Com o objetivo de evitar a descontinuidade do processo de trabalho e minimizar o impacto na produção da GEIRS com a saída dos servidores temporários, a partir do diagnóstico situacional da Gerência, a DIDES propôs à Diretoria Colegiada da ANS um Plano de Contingência para o processo de ressarcimento, principalmente no que se referia ao trabalho da Coordenação de Análise de Impugnação (COAI) e Coordenação de Análise Preliminar de Recurso (COARE).

Assim, em junho de 2015, após autorização ministerial, foi apresentado e aprovado, na 422ª Reunião de Diretoria Colegiada da ANS, o Plano de Contingência da DIDES, que teve seu início no mesmo mês.

Devido ao uso da ferramenta de Protocolo Eletrônico do Ressarcimento ao SUS (PERSUS), foi possível ao servidor, voluntariamente inscrito, analisar os processos do ressarcimento nos moldes do trabalho remoto.

O servidor deveria, então, exercer as atividades em regime de trabalho à distância devendo acordar com a chefia imediata o modo de realização, não podendo utilizar o regime mais de uma vez por semana. O regime de trabalho remoto seria, assim, utilizado exclusivamente para as atividades atinentes ao ressarcimento ao SUS.

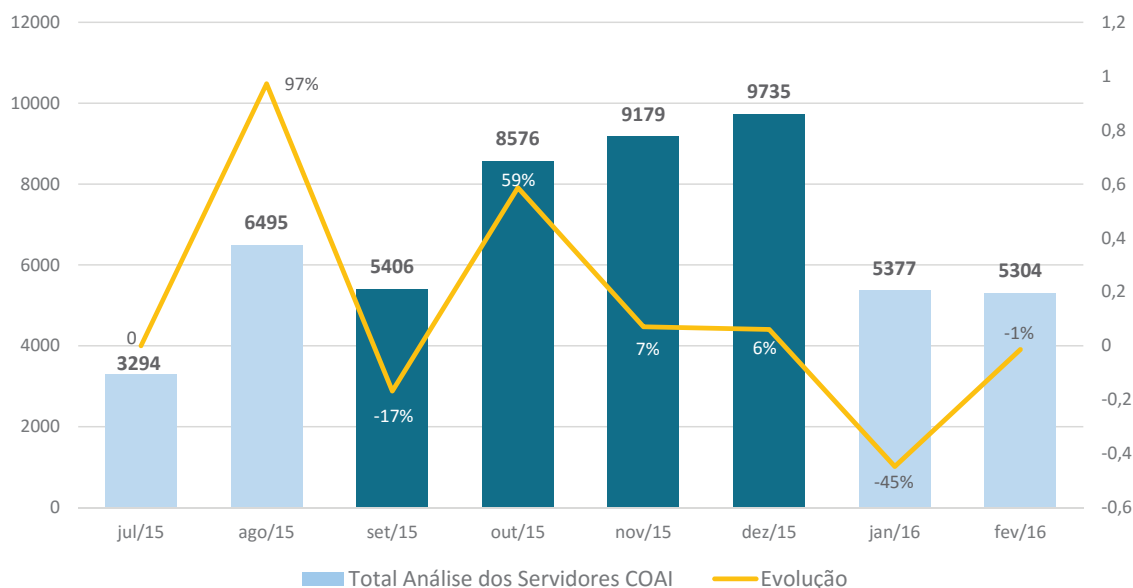
O Plano de Contingência contou com a inscrição voluntária de servidores da DIDES e de outras Diretorias, sem prejuízo de suas atividades na sua área de lotação. Os servidores inscritos auxiliaram na análise em primeira Instância de procedimentos de AIH no âmbito dos processos de ressarcimento ao SUS, referentes ao 53º ABI, pelo qual foram notificados cerca de R\$ 175.933.809,05 (cento e setenta e cinco milhões, novecentos e trinta e três mil, oitocentos e nove reais e cinco centavos) e 82.627 procedimentos.

Assim sendo, foram estabelecidos canais de inscrição por e-mail para conhecimento dos interessados e, posteriormente, uma série de treinamentos em turmas para apresentação do processo de ressarcimento e suas principais questões de análise e monitoramento individual dos participantes para compreensão dos sistemas.

Segue, abaixo, o gráfico com os resultados do Plano de Contingência¹³, que demonstra a produtividade maior no período de setembro a dezembro de 2015, meses em que o Plano de Contingência foi executado:

13 Nota Técnica 05/2016/COAI/GEIRS/DIDES

GRÁFICO 1 – PRODUTIVIDADE TOTAL DA COAI DURANTE O PLANO DE CONTINGÊNCIA



Fonte: SGR, SCI - julho/2016.

Após a apresentação dos gráficos, cabem algumas considerações a fim de proporcionar melhor interpretação dos dados:

- No primeiro mês do Plano de Contingência, setembro de 2015, os servidores lotados na COAI não puderam se dedicar integralmente ao trabalho à distância, por estarem envolvidos diretamente no treinamento dos outros participantes;
- No ano de 2016, os servidores lotados na COAI também não se dedicaram ao plano de contingência, no sistema de teletrabalho, devido às férias de muitos servidores e dedicação intensiva à atualização dos manuais de análise e de sistemas do ressarcimento ao SUS, ao treinamento individual dos 89 servidores temporários que tomaram posse em dezembro de 2015, quando, inclusive, os mesmos servidores elaboraram uma semana de treinamento teórico através de seminários e palestras, que ocorreram em janeiro de 2016.
- Ressalta-se que o teletrabalho permite que apenas uma parte da análise seja feita à distância, visto que o PERSUS é o sistema em que os documentos de impugnação e recurso podem ser visualizados remotamente.
- Dessa forma, é necessário utilizar as dependências da ANS para concluir o trabalho, ou seja, para inserir a decisão da análise no Sistema de Controle de Impugnações (SCI).
- Ante todo o exposto, podemos verificar que nos meses em que todos os servidores lotados na COAI estavam em conjunto com os demais participantes do plano de contingência realizando o teletrabalho, ou seja, meses de outubro, novembro e dezembro de 2015, houve um aumento considerável da produtividade do setor.

Insta observar que o pico na produção, entre os meses de setembro e outubro, é justificado pelo início da participação dos servidores da COAI, no plano de contingência, através da modalidade teletrabalho. Posteriormente, a produtividade se manteve estável com ligeiro crescimento até dezembro de 2015.

Portanto, mediante os resultados apresentados, o Plano de Contingência no sistema de teletrabalho trouxe resultados positivos para análise, com incremento da produtividade para o processo de ressarcimento ao SUS, sendo encerrado com a publicação interna e oficialização da Experiência Projeto-Piloto de Teletrabalho na Gerência-Executiva de Integração e Ressarcimento ao SUS, publicada em fevereiro de 2016.

1.13. IMPLEMENTAÇÃO DO TELETRABALHO (EXPERIÊNCIA PROJETO-PILOTO DO TELETRABALHO NA GERÊNCIA-EXECUTIVA DE INTEGRAÇÃO E RESSARCIMENTO AO SUS)

A efetividade do Plano de Contingência garantiu as bases para a implementação da Experiência Projeto-Piloto do Teletrabalho na Gerência de Integração de Ressarcimento ao SUS, pois o uso do PERSUS possibilitou ao servidor a análise dos processos do ressarcimento nos moldes do trabalho remoto, durante o plano de contingência. Observado o resultado efetivo do plano de contingência (um aumento considerável de mais de 30% da produtividade do setor), associado às mudanças sistêmicas pelas quais o universo do trabalho vem passando em relação à modalidade do trabalho à distância, sendo este adotado por diversos órgãos¹⁴, uma vez que esta modalidade de trabalho possui diversas vantagens do ponto de vista gerencial, sobretudo, no que diz respeito ao incremento da produtividade e qualidade de vida dos trabalhadores; somando-se também à questão de ter sido este um pleito dos servidores da ANS através do Ofício nº 02/2014, formalizou-se, com a publicação da Portaria DIDES nº 02, de 26 de fevereiro de 2016, a implementação da Experiência Projeto-Piloto do Teletrabalho na Gerência-Executiva de Integração e Ressarcimento ao SUS.

Serão apresentados não somente os resultados quantitativos de produtividade dos setores os quais já possuem servidores realizando teletrabalho, como também e não menos importante, relatos de melhorias de qualidade de vida, satisfação pessoal e bem-estar proporcionado aos servidores que estão usufruindo tal experiência profissional.

É importante também registrar, como já explorado, que o início das atividades na modalidade de trabalho remoto possibilitou uma nova reorganização no processo de trabalho relacionado às análises dos atendimentos identificados do ressarcimento ao SUS, que veio corroborar com a celeridade das análises em si e, conseqüentemente, com o aumento da produtividade da COAI e da COARE.

Quanto ao impacto do teletrabalho na produtividade da GEIRS, as metas estabelecidas possuem o objetivo de aumentar o desempenho no serviço com o incremento de trinta por cento da produtividade e também com a elaboração de atividades de maior complexidade ou que exijam maior concentração para serem entregues no prazo estabelecido pelo gestor.

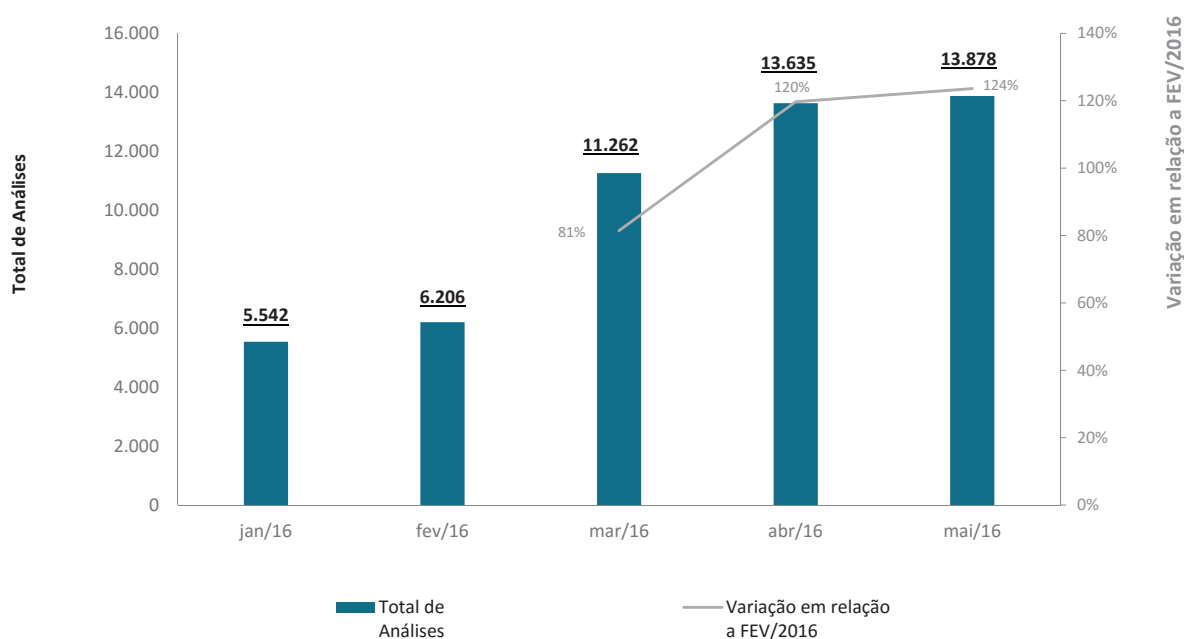
Após três meses de experiência do Projeto-Piloto, foi possível verificar que, apesar da meta pactuada com os servidores em teletrabalho, devido à natureza mais flexível da rotina e a motivação e satisfação do teletrabalhador, o aumento da produtividade dos setores fluiu naturalmente, ultrapassando o estabelecido numericamente, sendo perceptível inclusive a melhora na qualidade das atividades concluídas e/ou apresentadas que foram de altíssimo grau, superando as perspectivas da Gerência. A existência de uma relação de confiança e diálogo entre gestores e servidores foi fundamental e influenciou nos resultados positivos nesse período.

Além de análises de atendimentos identificados através dos registros de AIHs e APACs, foram também realizadas na modalidade do teletrabalho atividades de elaboração de notas técnicas relacionadas à devolução de numerários, ao batimento, à revisão dos filtros do batimento, bem como estudos e pesquisas sobre os dados de análise como medida regulatória para redefinição e elaboração do Mapa do Ressarcimento. Todas essas outras atividades são decorrentes de trabalhos e serviços da Coordenação de Estímulo à Adimplência (CEAD) e Coordenadoria Tecnológica de Ressarcimento ao SUS (COTEC).

¹⁴ Cabe destacar também que alguns órgãos públicos já adotaram o modelo de trabalho à distância, dentre os quais o Serviço Federal de Processamento de Dados (SERPRO), Tribunal de Justiça de São Paulo (TJSP), Secretaria da Receita Federal (SRF), Tribunal de Contas da União (TCU) e, mais recentemente, a Controladoria-Geral da União (CGU).

Segue abaixo a apresentação dos gráficos da produtividade mensal/total da COAI, extraída do sistema SCI, relacionada às análises de primeira instância, tanto quanto em relação aos números absolutos, como em evolução percentual, que possui o mês de fevereiro de 2016 como referência, uma vez que o Projeto-Piloto do Teletrabalho foi implementado e iniciado em março de 2016.

GRÁFICO 2 – PRODUTIVIDADE EM ANÁLISE DA COAI X VARIAÇÃO PERCENTUAL EM RELAÇÃO AO MÊS DE FEVEREIRO/2016



Fonte: SGR, SCI - julho/2016

No que se se refere à qualidade de vida, durante a experiência do Projeto-Piloto do Teletrabalho, dentre as vantagens mais relevantes para o teletrabalhador, podem-se enumerar as seguintes: aumento da motivação da equipe; possibilidade de gerenciar o próprio tempo, podendo conciliar melhor as obrigações profissionais com sua vida pessoal e familiar; possibilidade de poder residir em localidade distante; diminuição do stress com a desnecessidade de fazer, diariamente, o trajeto de sua residência para o trabalho; maior flexibilidade para tratar assuntos pessoais; e percepção nítida de felicidade e satisfação do servidor.

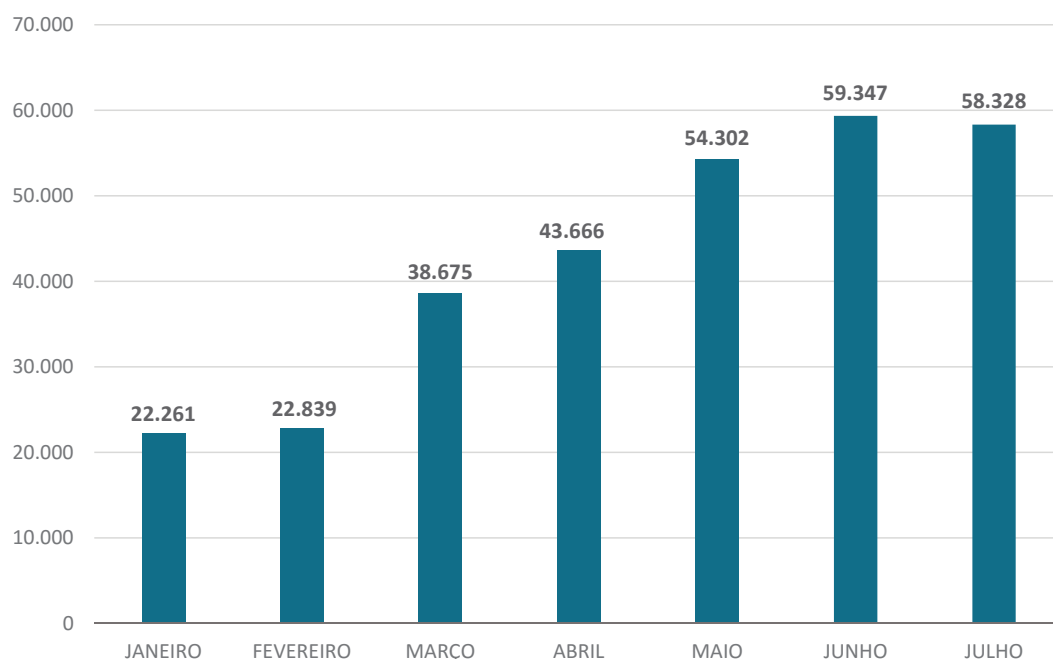
1.14. CONTRATAÇÃO DE SERVIDORES TEMPORÁRIOS

Em função do aumento transitório do volume de trabalho consubstanciado pela análise do passivo de AIHs e APACs, foi necessário fazer uma nova contratação temporária de servidores. Na segunda quinzena de dezembro de 2015, a ANS recebeu 63 servidores, dos quais 49 foram direcionados para a análise individual de AIH/APAC e os demais foram alocados na CEAD, COTEC e GEFIN.

Durante as duas primeiras semanas de janeiro de 2016, os servidores participaram do 1º Ciclo de Treinamento sobre o Ressarcimento ao SUS, que teve como objetivo capacitar os analistas para uma análise eficiente e homogênea. O treinamento intensivo explanou todas as diretrizes do Ressarcimento ao SUS, assim como evidenciou as metodologias de desenvolvimento de parecer de decisão sobre análise de cada procedimento. O treinamento teve como um dos principais enfoques a qualidade dos pareceres visando à diminuição de recursos e conseqüentemente à redução do passivo.

A nova metodologia, descrita no item 1.11 deste Relatório, se mostrou eficiente já nos primeiros meses de trabalho, tendo em vista que nos primeiros seis meses, os servidores ainda estão na prevista curva de aprendizagem. Seguem os gráficos com a produtividade alcançada

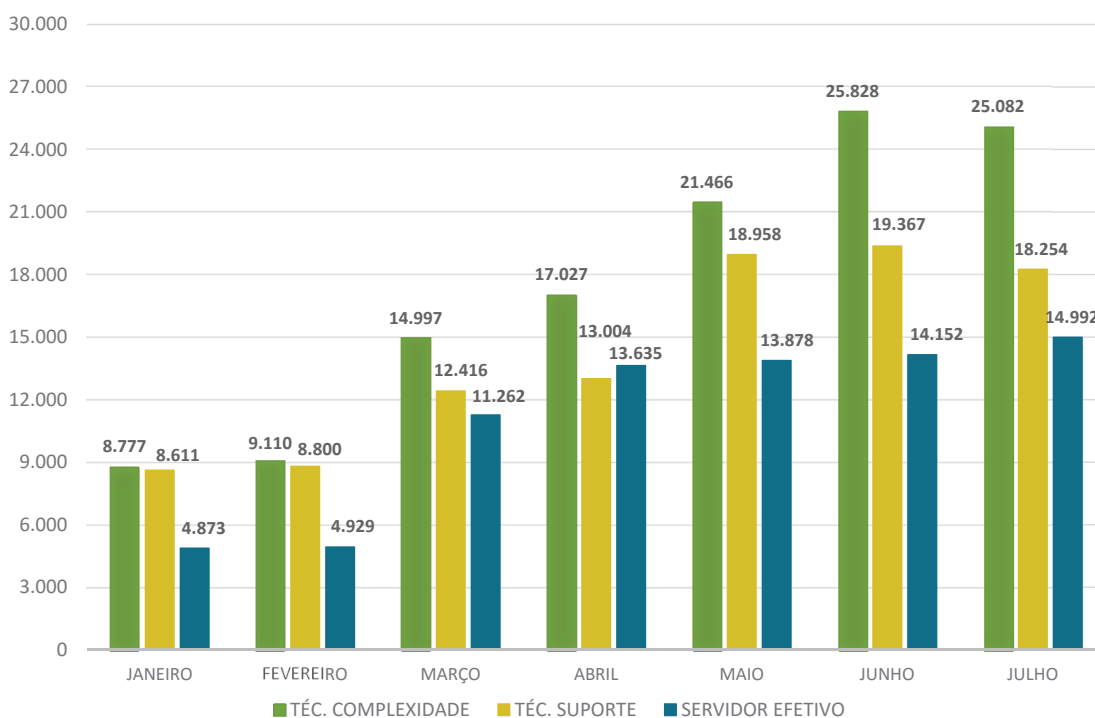
GRÁFICO 3 – PRODUTIVIDADE EM ANÁLISE DE TODA A GEIRS



Fonte: SGR, SCI - agosto/2016

Essa metodologia implantada permitiu a otimização dos recursos, uma vez que as equipes foram divididas, conforme explicitado no item 1.11. As alegações de mérito e jurídico-administrativas são distribuídas nos três grupos de servidores: técnico complexidade, técnico suporte e servidores efetivos.

GRÁFICO 4 – PRODUTIVIDADE EM ANÁLISE POR EQUIPE E POR TIPO DE ANÁLISE



Fonte: SGR, SCI - agosto/2016

Importante ressaltar que a produtividade deve ser analisada de acordo com a quantidade de analistas no mês de referência, conforme tabela abaixo.

TABELA 3 – NÚMERO DE ANALISTAS POR EQUIPE

MÊS	TÉC. COMPLEXIDADE SERVIDOR EFETIVO	TÉC. TOTAL ANALISTAS	SERVIDOR EFETIVO	TOTAL ANALISTAS
JANEIRO	35	14	7	56
FEVEREIRO	45	18	7	70
MARÇO	41	18	10	69
ABRIL	39	20	10	69
MAIO	38	20	10	68

Fonte: SGR, SCI - julho/2016

Em cinco meses de trabalho da equipe de análise, o total de AIHs/APACs analisadas dão um total de 181.743 procedimentos. Em contrapartida, em 2015, ano em que se encerrou o contrato temporário anterior, a equipe de análise da GEIRS apenas produziu 100.027 análises de procedimentos em todo ano.

Cabe notar que a rotatividade dos servidores temporários é muito grande, demandando constantemente a necessidade de treinamento e capacitação dos novos servidores.

1.15. REVISÃO DE CRITÉRIOS DE BATIMENTO E O IMPACTO NA IMPUGNAÇÃO DOS ATENDIMENTOS IDENTIFICADOS

O objetivo geral do processo de vinculação de registros entre bases de dados distintas, com posterior aplicação de filtros, é tornar mais eficiente a operacionalização de todo o processo e efetivo ressarcimento dos valores despendidos pelo SUS, na medida em que a redução de contestações por parte das operadoras, que torna o processo mais moroso, está diretamente relacionada com a melhoria da identificação dos atendimentos realizados no SUS por beneficiários de planos de saúde.

As regras de aplicação dos filtros, em específico, são complexas, dinâmicas e podem se alterar com o passar do tempo, em razão de alguma revisão normativa, ou até mesmo como consequência de estudo dos atendimentos não filtrados (notificados às Operadoras), entre outros motivos.

Nesse sentido, em meados de agosto de 2015, iniciou-se um processo de revisão das regras fixadas para remover pares identificados do processo de cobrança das operadoras. Como exemplo, podemos citar:

- A utilização de uma lista de procedimentos com cobertura obrigatória apenas em planos com a segmentação “hospitalar com obstetrícia” ou “referência”, ao invés do critério especialidade informada na AIH, para o filtro 9 - Obstetrícia (tipo: Beneficiário), a partir do 55° ABI;
- Implementação dos filtros de carência, para atendimentos registrados em AIH, realizados por beneficiários que possuam planos regulamentados e com tipo de contratação individual ou familiar, a partir do 56° ABI.

1.15.1. DA APLICAÇÃO DAS NOVAS REGRAS ESTIPULADAS NO PASSIVO

Na persecução de uma maior celeridade processual, foi realizado um levantamento dos atendimentos que teriam sido excluídos, caso os filtros listados a seguir tivessem sido executados à época dos ABIs anteriores ao 54° ABI e/ou 55° e/ou 56°.

- Filtro 9 (obstetrícia)
- Filtro 33 (procedimentos não cobertos pelo ROL)
- Filtro 37 (planos hospitalares – com e sem obstetrícia)
- Filtros 39, 40 e 41 (carência)

O resultado pode ser observado na tabela abaixo:

TABELA 4 – QUANTIDADE DE ATENDIMENTOS OBJETO DE DEFERIMENTO SUMÁRIO, POR GRUPO DE PROCEDIMENTOS NÃO COBERTOS PELO PLANO E ABI

ABI	Quantidade de atendimentos filtrados	Motivo
Anteriores ao 54°, inclusive	8.852	Procedimentos do Ofício Circular nº 003/2016/GEIRS/DIDES
Anteriores ao 55°, inclusive	13.514	Procedimentos incluídos na lista do filtro 33, a partir do 55° ABI Procedimentos incluídos na lista do filtro 33, a partir do 56° ABI
TOTAL GERAL	22.366	

Fonte: SGR, SCI - julho/2016

Outro ponto abordado e aplicado no passivo foram as regras de exclusão dos filtros 9, 37, 39, 40 e 41, que totalizaram 28.293 atendimentos que foram objeto de deferimento sumário. A Tabela a seguir demonstra o impacto de cada filtro por ABI.

TABELA 5 – QUANTIDADE DE ATENDIMENTOS OBJETO DE DEFERIMENTO SUMÁRIO, POR TIPO DE REGRA DE EXCLUSÃO E ABI

ABI	REGRA DE EXCLUSÃO				
	FILTRO 9	FILTRO 37	FILTRO 39	FILTRO 40	FILTRO 41
do 30° ao 54°, inclusive	581	-	-	-	-
54°	-	1.993	-	-	-
do 30° ao 55°, inclusive	-	-	800	20.035	4.884
TOTAL GERAL	28.293				

Fonte: SGR, SCI - julho/2016

Esses atendimentos estão sendo deferidos sumariamente, sem análise do mérito alegado pela Operadora. Do total de atendimentos levantados, 78% já foram deferidos.

1.15.2. DO RESULTADO NUMÉRICO DAS MUDANÇAS IMPLEMENTADAS

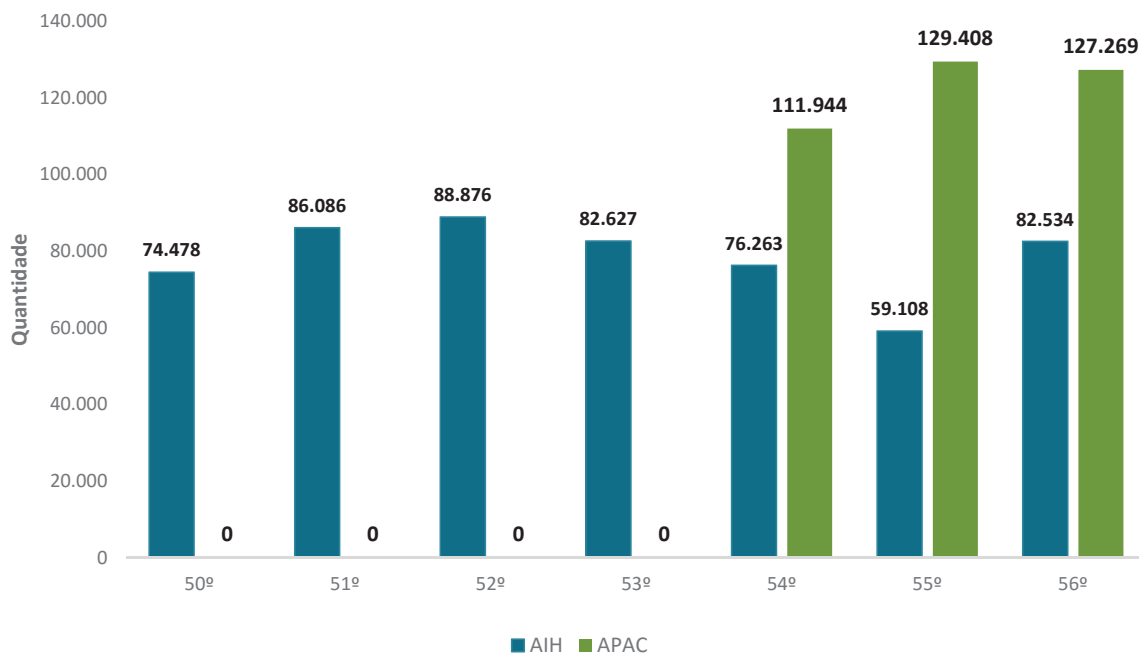
Como consequência desse processo de revisão dos filtros aplicados para excluir pares identificados do processo de cobrança, em conjunto com a antecipação da notificação de cobrança, que dá início à fluência de juros, podemos citar a redução do número de impugnações por parte das OPS, que se encontra evidenciada no gráfico a seguir:

TABELA 6 – IMPUGNAÇÕES POR ABI

ABI	NÃO IMPUGNADA	IMPUGNADAS	Total
50°	13.087	61.391	74.478
51°	14.494	71.592	86.086
52°	15.309	73.567	88.876
53°	17.156	65.471	82.627
54°	68.033	120.174	188.207
55°	80.708	107.810	188.518
Total	281.646	500.005	708.790

Fonte: SGR, SCI, julho/2016

GRÁFICO 5 – PERCENTUAL DE IMPUGNAÇÃO POR ABI

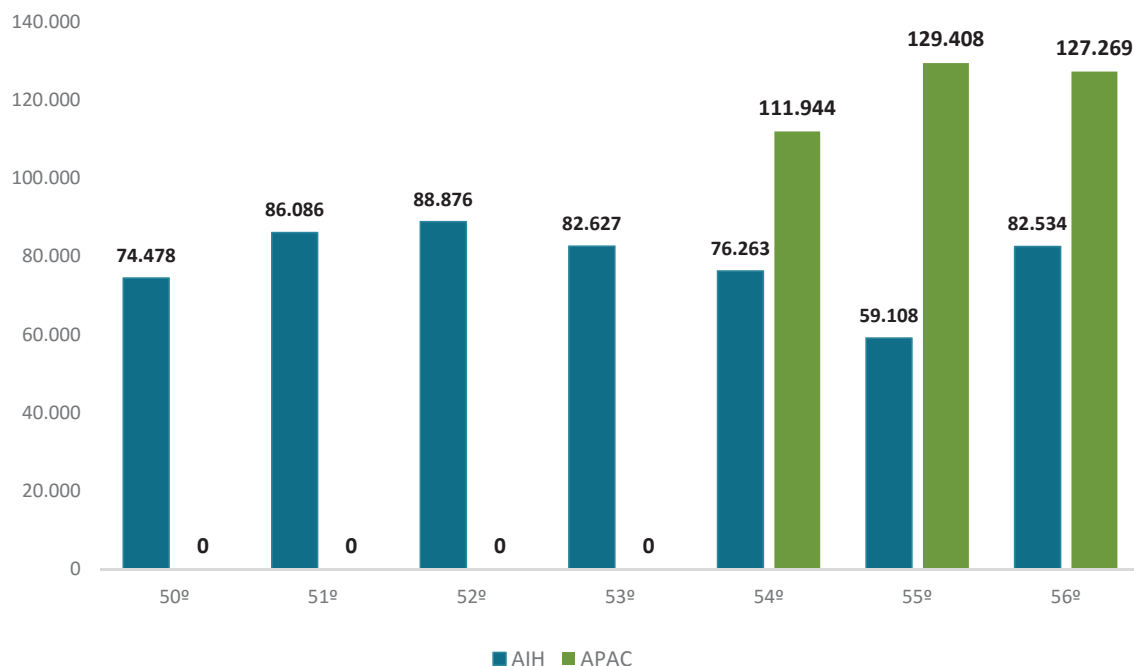


Fonte: SGR, SCI - julho/2016

1.16. CONSOLIDAÇÃO DA COBRANÇA DE APACS (ABI Nº 55 E 56)

Desde o 54º ABI, a ANS passou a identificar os procedimentos ambulatoriais (APAC) realizados por consumidores de planos de saúde no SUS. A inclusão destas APACs ampliou o número de identificações como podemos observar no gráfico a seguir que apresenta a quantidade total de atendimentos notificados às operadoras nos ABIs 50º ao 56º, que ocorreram respectivamente em julho de 2014 e abril de 2016, por tipo de atendimento:

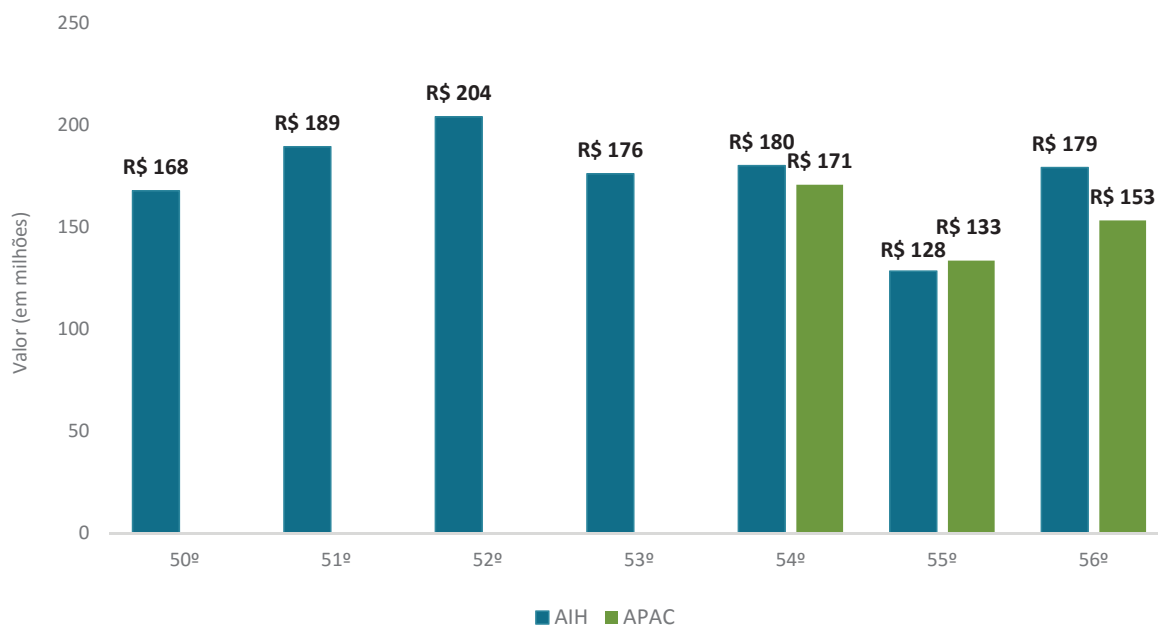
GRÁFICO 6 – IDENTIFICAÇÕES DE AIH E APAC – QUANTIDADE



Fonte: SGR, SCI - julho/2016

Em que pese o incremento expressivo de identificações, com o aprimoramento de filtros para a exclusão de tratamentos fora do rol mínimo de cobertura, verificou-se uma diminuição do resultado financeiro das notificações seguintes ao 54º ABI, conforme o gráfico a seguir:

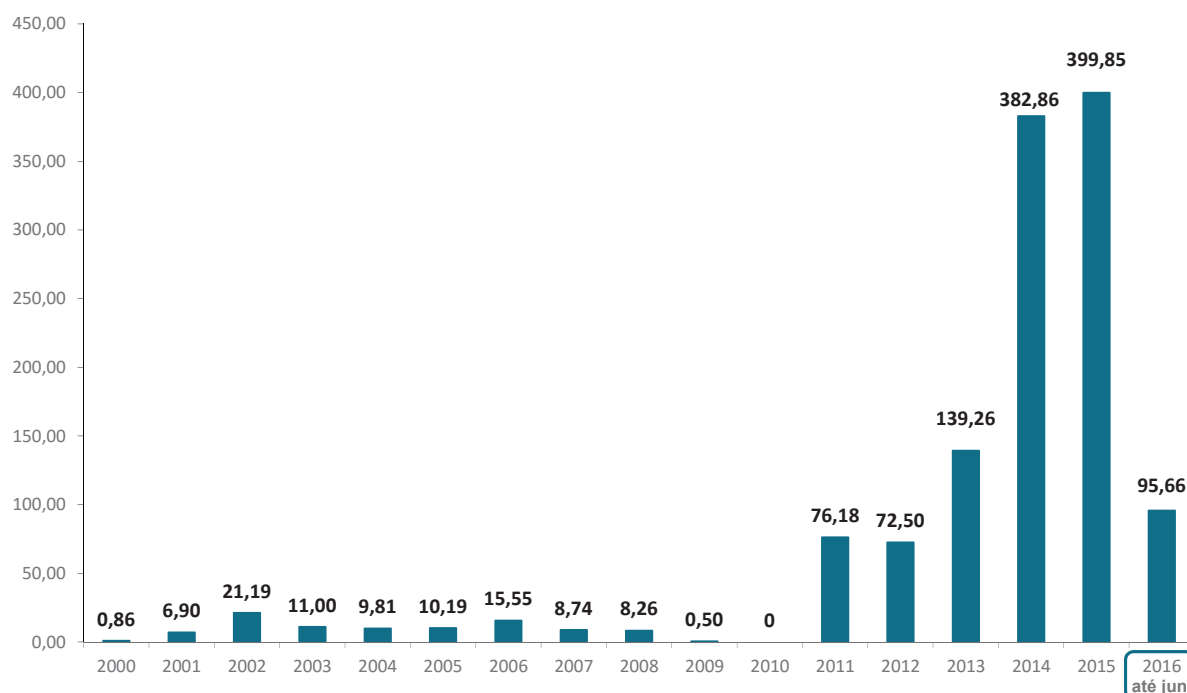
GRÁFICO 7 – IDENTIFICAÇÕES DE AIH E APAC – VALOR



Fonte: SGR, SCI - julho/2016

Cabe ainda apresentar o total de valores repassados ao Fundo Nacional de Saúde

GRÁFICO 8 – VALORES ANUAIS REPASSADOS AO FUNDO NACIONAL DE SAÚDE



Fonte: Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal - julho/2016

1.17. PUBLICAÇÃO DO 1º BOLETIM INFORMATIVO SOBRE O RESSARCIMENTO AO SUS¹⁵

O estímulo à transparência é um dos objetivos essenciais da moderna Administração Pública e um dos seus princípios constitucionais, além de se constituir como uma das diretrizes de atuação da DIDES.

Por esse motivo, a ampliação da divulgação de dados do ressarcimento ao SUS, através do Boletim Informativo, contendo os dados da utilização do sistema público de saúde pelos beneficiários de planos de saúde, além de contribuir para o fortalecimento da democracia, prestigia e desenvolve as noções de cidadania.

Essa publicação detalha os dados do ressarcimento com números e gráficos consolidados, aprofundando o exame dos atendimentos identificados, do processo de notificação e cobrança, do repasse para o Fundo Nacional de Saúde e da inscrição de débitos em dívida ativa da União. É apresentada, ainda, a discriminação do valor cobrado e do valor arrecadado por estados e municípios e a situação de adimplência das operadoras perante a ANS. A primeira edição ocorreu em abril de 2016 e sua frequência será semestral.

FIGURA 3 – CAPA DO BOLETIM INFORMATIVO SOBRE O RESSARCIMENTO AO SUS DE ABRIL DE 2016



1.18. METODOLOGIA E FERRAMENTAS PARA APLICAÇÃO DO MODELO DE “GRUPO DE DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS” (DRG) PARA A ÁREA HOSPITALAR NA SAÚDE SUPLEMENTAR BRASILEIRA (VIA OPAS)

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 Gerência-Executiva de Padronização e Interoperabilidade (GERPI). Tem como principais subprodutos a definição de um Conjunto Mínimo Básico de Dados (CMBD) para a construção de um sistema de DRGs, instrumento importante de geração de informação para planeamento 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”.

O projeto foi finalizado em outubro de 2015 com a entrega do Relatório Final 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 do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP) com a TUSS para os principais diagnósticos. Além disso, traz uma extensa revisão bibliográfica sobre os DRGs, em perspectiva histórica e explorando conceitualmente a temática e sua aplicação nos dias de hoje.

15 Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/materiais-publicados/periodicos#BSUS>>.

2. PROJETOS EM ANDAMENTO

2.1. PROJETO PARTO ADEQUADO¹⁶

Percentual de atividades realizadas/previstas: 80%

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 a 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 implantar projetos-piloto¹⁷ centrados na indução de boas práticas, baseadas em evidências científicas, favorecendo a produção de saúde e a segurança do paciente. Dentro desse projeto¹⁸, surgiu 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.

A ANS abriu a oportunidade de participação no projeto tanto para hospitais integrantes do SUS e/ou da rede assistencial de operadoras de planos de saúde quanto para operadoras, na qualidade de Apoiadoras do Projeto¹⁹. Em qualquer caso, a participação é voluntária e documentada em termo de adesão assinado com a ANS pelos hospitais e operadoras. Assim, estes mantêm compromissos com o Projeto, devendo cumpri-los, ou podem pedir desligamento, bem como ser desvinculados.

Em síntese, a abordagem da ciência da melhoria principiou pela proposição de um objetivo por cada hospital participante. O conjunto dos objetivos dos participantes constitui o objetivo do projeto. No grupo de hospitais participantes, pretende-se alcançar pelo menos quarenta por cento de partos normais nas mulheres abrangidas nas populações alvo propostas por cada hospital. O alvo toma por base experiências exitosas desenvolvidas anteriormente e que inspiraram o projeto. Para viabilizar os objetivos estipulados, um diagrama direcionador orienta a organização das ações dos participantes. As medidas são calcadas em evidências científicas e implantadas de forma gradativa, em ciclos que envolvem planejar, testar, fazer, avaliar, de modo a garantir um seguro e favorável processo de construção.

Quanto ao desenvolvimento dos trabalhos junto aos hospitais participantes do Parto Adequado, a metodologia adotada inclui sessões de aprendizagem virtuais e presenciais. Nessas oportunidades, a base da aprendizagem é a troca de experiências entre os profissionais. Adicionalmente, as equipes de profissionais de saúde dos hospitais são capacitadas em treinamentos práticos no Centro de Simulação Realística do Hospital Albert Einstein, em São Paulo. Entre abril de 2015, início do Projeto, até julho de 2016, mais de 300 profissionais de saúde foram treinados em habilidades clínicas. Especialistas em qualidade vêm realizando visitas técnicas aos hospitais, onde o conhecimento da realidade local é aprofundado de modo a elaborar, junto com as equipes dos hospitais, recomendações sobre fluxo e infraestrutura.

Com relação às ações desenvolvidas especificamente no período considerado no presente relatório, as equipes de projeto nomeadas por cada hospital participaram de sessões de aprendizagem virtuais e presenciais

16 Todo o conteúdo do Projeto Parto Adequado está disponível em: <<http://www.ans.gov.br/gestao-em-saude/projeto-parto-adequado>>.

17 Projetos-Piloto são aqui definidos como a aplicação prática no desenvolvimento de ações de melhoria da qualidade de serviços de saúde e de segurança do paciente, onde 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.

18 Em 2015, optou-se por manter no âmbito do acordo ANS/IHI/Einstein apenas o Projeto Parto Adequado. As ações ligadas ao cuidado ao idoso e à atenção primária passaram a ser tratadas no âmbito de três projetos-pilotos da ANS a serem abordados ao longo desse Relatório: Projeto Idoso em Cuidado, Projeto OncoRede e Projeto Sorrir.

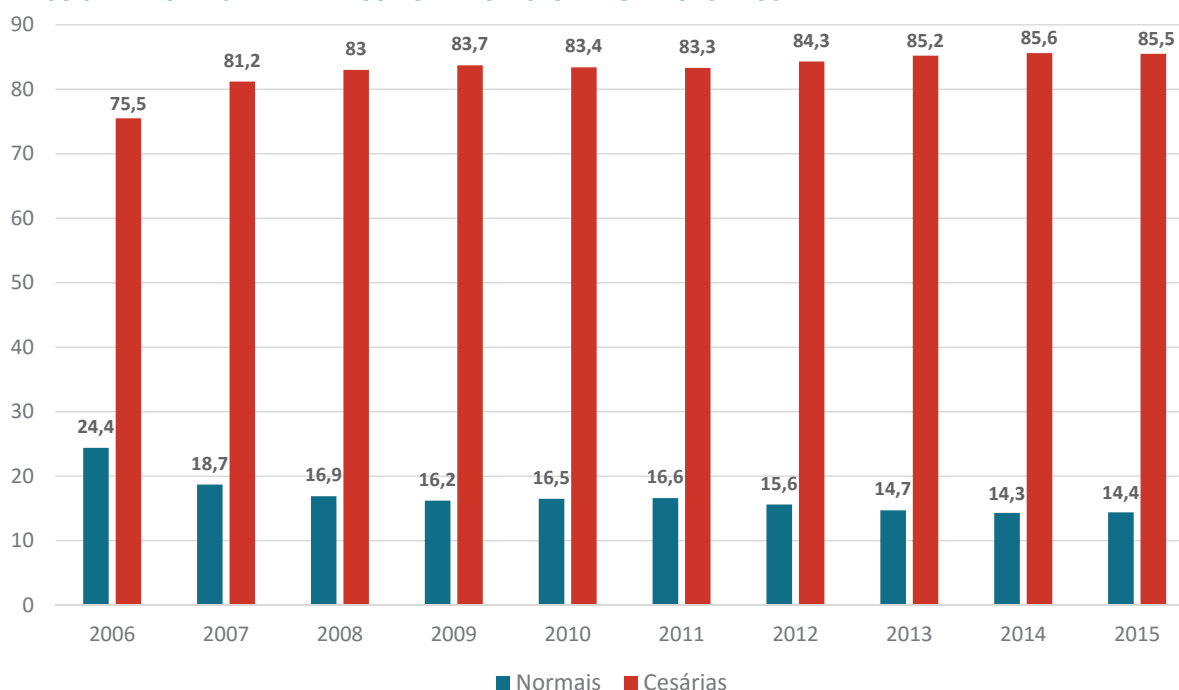
19 Listas de hospitais e operadoras participantes do Projeto Parto Adequado, disponíveis em: <<http://www.ans.gov.br/prestadores/projeto-parto-adequado>>.

sobre temas como: importância da liderança; engajamento do corpo clínico; práticas e evidências científicas; adequações na infraestrutura; composição e organização das equipes assistenciais; revisão de fluxos de atendimento; satisfação da paciente; protocolos de atendimento; orientações para cesárea a pedido e cesárea a termo; transparência com profissionais; integração entre equipes plantonistas e médicos pré-natalistas; e novos modelos de remuneração.

As sessões virtuais de aprendizagem são realizadas no ambiente da *extranet* do Projeto, uma área provida pelo IHI com acesso restrito aos participantes, identificados por *login* e senha. Além do espaço para as reuniões virtuais e de interfaces para troca de materiais e experiências, são abrigados dados, documentos e relatórios de cada participante e de todo o Projeto, além das gravações das reuniões. Neste período, foram realizadas reuniões virtuais praticamente mensais com todos os hospitais participantes e representantes de ANS, IHI e Einstein. A partir de abril de 2016, os hospitais foram reorganizados nos grupos SUS, Corpo Clínico Aberto e Hospitais Verticalizados e as reuniões virtuais passaram a ser realizadas por grupo, para potencializar o aproveitamento de experiências bem-sucedidas graças a contextos semelhantes.

Quanto às reuniões presenciais, em agosto de 2015 ocorreu a segunda Sessão de Aprendizagem Presencial, em São Paulo, com a presença de representantes de operadoras e hospitais participantes. Na programação do evento, destacaram-se orientações técnicas e metodológicas para as mudanças em implantação, relatos de experiências dos hospitais que apresentavam os melhores resultados naquele momento com foco em ações, inovações e aprendizados, bem como a oportunidade de interação com representações de mulheres com o intuito de conhecer seus desejos e expectativas. Já a terceira Sessão de Aprendizagem Presencial, que ocorreu em outubro de 2015, contou com representantes de hospitais e operadoras participantes e teve como destaques a participação da Promotora Pública Ana Previtalli, convidada para abordar a visão do Ministério Público sobre o Projeto Parto Adequado; a oficina de Modelos de Remuneração, desenvolvida junto a hospitais e operadoras; e a divulgação de resultados preliminares do Projeto. Após seis meses de implantação, a iniciativa havia contribuído para aumentar em 7,4 pontos percentuais a taxa de partos normais nos estabelecimentos participantes, iniciando a reversão dos altos números de cesáreas registrados nos dez anos anteriores no Brasil: a taxa de partos normais passara de 19,8% em 2014 (média) para 27,2% em setembro de 2015. Abaixo, gráfico com percentagens normais e cesáreas na saúde suplementar.

GRÁFICO 9 – PERCENTUAL DE PARTOS NORMAIS E CESÁRIAS NA SAÚDE SUPLEMENTAR



Fonte: Sistema de Informações de Produtos - agosto/2016

No início de 2016, em atendimento a decisão judicial, foi editada a Resolução Normativa nº 398/2016, que dispõe sobre a obrigatoriedade de credenciamento de enfermeiros obstétricos e obstetizes por operadoras de planos privados de assistência à saúde e hospitais que constituem suas redes e sobre a obrigatoriedade de os médicos entregarem a Nota de Orientação à Gestante, documento esclarecendo informações sobre o parto. A partir de então, foram ampliadas ações de articulação entre a equipe técnica do projeto e representações de categorias profissionais e os hospitais participantes do Projeto ganharam novo reforço para ações em andamento ou planejadas com relação à composição das equipes.

Na quarta Sessão de Aprendizagem Presencial, realizada em março de 2016, em São Paulo, a tônica foi a meta do projeto: “Juntos, rumo a 40% de partos normais”. Para o evento, além das equipes dos hospitais, quinze organizações da sociedade civil foram convidadas. A programação englobou reuniões com as lideranças dos participantes, orientações sobre o vírus Zika, possibilidade de contratação de programa de treinamento junto à Maternidade Sofia Feldman (parceira do projeto, SUS, Belo Horizonte/MG) e apresentação de estudo da Fundação Bill e Melinda Gates, coordenado pela pesquisadora Maria do Carmo Leal (Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP/Fiocruz), que avaliará a implementação.

Para o trecho final da Fase 1 do Projeto, buscando otimizar esforços e potencializar resultados, o diagrama direcionador foi condensado em 18 ações estratégicas e os hospitais foram segmentados em três grupos (Hospitais Verticalizados, Hospitais com Corpo Clínico Aberto e Hospitais do SUS), de modo a potencializar o aproveitamento de experiências em contextos semelhantes.

No tocante às ações do Projeto junto às Operadoras Apoiadoras, as atividades e estratégias desenvolvidas são orientadas diretamente pela equipe da ANS. No período considerado neste Relatório, além da participação em sessões de aprendizagem presencial, foram realizadas duas reuniões presenciais com representantes dessas operadoras, em agosto de 2015 e maio de 2016. Esses encontros buscaram promover o engajamento das instituições e estimular a troca de experiências e a articulação com hospitais, seja por intermédio da divulgação de informações e orientações às beneficiárias e familiares, de testes de novos modelos de remuneração em parceria com hospitais integrantes das redes assistenciais das operadoras (participantes ou não do Projeto), de financiamento de recursos para a remuneração de equipes plantonistas, de aquisição de equipamentos ou de adequação de instalações dos hospitais. A quarta e mais recente reunião, no Rio de Janeiro, constituiu parte do esforço de levantamento de informações que permitissem verificar a efetividade das ações de apoio por parte das operadoras e foi precedida por levantamento por e-mail, questionário *online* e telefone. O balanço resultante permitiu reavaliar a lista de Operadoras Apoiadoras, mantendo aquelas que puderam apresentar documentos comprobatórios da efetividade do apoio. Dentre as ações comprovadas, destacaram-se como estratégias a remuneração de equipes plantonistas pelas operadoras e a repactuação da forma de remuneração aos hospitais, envolvendo reajuste do pacote de serviços, pagamento por performance e, em menor número de ocorrências, compartilhamento de economias geradas.

O Projeto Parto Adequado realiza ações educativas e informativas para gestantes e sociedade. A Campanha de Comunicação #NãoaoPartoAgendado foi veiculada entre dezembro de 2015 e fevereiro de 2016 e buscou reforçar a preocupação quanto à realização de cesáreas desnecessárias, sensibilizando gestantes e profissionais de saúde para evitarem o parto agendado, cuja ocorrência tende a ser maior em datas próximas a feriados e férias, levando à prematuridade dos bebês. Já no Dia Internacional da Mulher, em março de 2016, a mensagem enfatizou o protagonismo feminino e a importância da informação para subsidiar escolhas adequadas relacionadas ao parto.

Ao fim da Fase 1 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 de 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. Até novembro de 2016, serão intensificadas as ações do Projeto e será desenvolvida uma publicação com vistas a documentar as experiências desenvolvidas na Fase 1 do Projeto. Na Sessão de Aprendizado Presencial (SAP) 5, que ocorrerá em novembro de 2016, será celebrada a conclusão da Fase 1 e conformadas as bases para a Fase 2 do Projeto Parto Adequado. A Fase 2 do Projeto abrangerá a disseminação do aprendizado com a Fase 1 e um ganho de escala, ampliando o número de hospitais, operadoras e beneficiárias participantes.

2.2. PROJETO IDOSO BEM CUIDADO²⁰

Percentual de atividades realizadas/previstas: 70%

O envelhecimento da população e a sustentabilidade do setor nas próximas décadas é um tema crítico na saúde suplementar e que precisa para o seu enfrentamento de um conjunto de estratégias técnicas, políticas e regulatórias que enfoquem a mudança do modelo de prestação de serviço e do modelo de remuneração de prestadores. A estimativa é que a população idosa do país mais que triplique, passando de vinte milhões em 2010 para cerca de 65 milhões em 2050. O contingente de idosos, que em 2000 representava dez por cento da população, deverá chegar a 49% em 2050. Essa mudança representa uma variação significativa no perfil da demanda por serviços de saúde e na estrutura de instâncias de cuidado apropriadas à assistência coordenada e continuada.

Nos arranjos assistenciais atuais, praticados pelo sistema de saúde, ainda predominam a lógica do cuidado episódico e pontual, mais adequado ao enfrentamento de doenças agudas. Sendo assim, um dos principais desafios deste Projeto é romper com o ciclo de ineficiência, sobreutilização de determinados serviços e dificuldades de acesso a outros, com atendimentos por vezes desnecessários e sobrepostos. A conformação atual da prestação de serviços de saúde fragmenta a atenção ao idoso e não produz muitas vezes desfechos clínicos positivos.

No Brasil, algumas iniciativas nos sistemas público e privado de saúde com vistas a alcançar esses objetivos têm sido observadas, mas ainda de forma localizada e pontual. No âmbito da saúde suplementar, a ANS tem adotado estratégias que incentivam o redirecionamento do modelo de prestação de serviços e estimulam a adoção de modelos de remuneração que apontem para a qualidade e a coordenação do cuidado em saúde.

Partindo das necessidades identificadas para melhorar o cuidado aos idosos que possuem planos privados de saúde no Brasil e reconhecendo a necessidade de debate e reorientação dos modelos de prestação e remuneração de serviços na saúde suplementar, visando à melhoria da qualidade da atenção e à implementação de estratégias de sustentabilidade do setor, a ANS construiu o Projeto Idoso Bem Cuidado.

O Projeto propõe um modelo inovador de atenção aos idosos na saúde suplementar. A ação envolve instituições parceiras e comprometidas com a investigação e a implementação de medidas na área do envelhecimento ativo, da qualidade da atenção à saúde, dos custos e gastos em saúde e da remuneração de prestadores. A ideia do Projeto surgiu da necessidade de melhorar o cuidado aos idosos que possuem planos privados de saúde no Brasil e da necessidade de debater e reorientar os modelos de prestação e remuneração de serviços na saúde suplementar, visando à melhoria da qualidade da atenção e à implementação de estratégias de sustentabilidade do setor. Para dar sustentação ao Projeto foi formado o GT do Idoso Bem Cuidado, com representação de instituições do setor, instituições de pesquisa e órgãos de governo.

20 Todo o conteúdo do Projeto Idoso Bem Cuidado está disponível em: <<http://www.ans.gov.br/gestao-em-saude/projeto-idoso-bem-cuidado>>.

O modelo proposto é composto por cinco níveis hierarquizados de cuidado:

- (1) acolhimento;
- (2) núcleo integrado de cuidado;
- (3) ambulatório geriátrico;
- (4) cuidados complexos de curta duração; e
- (5) cuidados longa duração.

FIGURA 4 – FOLDER COM A CAPA E O QR CODE DO LIVRO



Nessa estrutura, há um destaque importante para os três primeiros níveis, nas instâncias leves de cuidado. A identificação do risco e a integralidade da atenção nos diferentes pontos da rede são o cerne deste modelo. O principal compromisso e meta do Projeto é a melhoria da qualidade e da coordenação do atendimento prestado desde a porta de entrada do sistema e ao longo do cuidado. Como consequência, poderemos observar a utilização mais adequada dos recursos do sistema como um todo - tanto por profissionais de saúde quanto por usuários e pacientes.

Um dos principais produtos do Projeto Idoso Bem Cuidado no ano de 2016 foi o livro **Idosos na Saúde Suplementar: uma Urgência para a Saúde da Sociedade e Sustentabilidade do Setor**²¹, publicado pela ANS em maio de 2016, e o Seminário sobre o tema, que contou com a participação de representantes do setor de saúde suplementar – operadoras, prestadores de serviços, associações e federações –, bem como entidades da área de saúde, representantes de instituições de pesquisa e órgão de governo.

Destaca-se que a adesão ao Projeto foi totalmente voluntária, podendo participar operadoras de planos privados de saúde e prestadores de serviços da saúde suplementar de todo o país.

21 A publicação disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/web_final_livro_idosos.pdf> ou pode ser feito download por meio da imagem do QR Code disponibilizado para a versão online do documento>.

Num primeiro momento, os interessados foram convocados a manifestarem sua intenção de adesão preenchendo um formulário eletrônico de cadastro (FormSUS) e encaminharem à ANS os documentos comprobatórios de identificação, assim como dos responsáveis legais. A avaliação das propostas considerou o atendimento dos seguintes critérios:

- Critérios gerais para manifestação de interesse em participar do Projeto Idoso Bem Cuidado:

a) Preenchimento do Formulário de Inscrição de Pilotos para o Projeto Idoso Bem Cuidado²² e identificação como: - operadora de plano privado de saúde, com registro ativo na Agência Nacional de Saúde Suplementar ou; - prestador de serviço que atenda a beneficiários de planos privados de saúde de qualquer operadora, desde que: (1) esteja com a licença sanitária e o alvará de funcionamento do estabelecimento de acordo com o previsto na legislação vigente e; (2) cadastro do estabelecimento no CNES;

b) Concordância em participar de acompanhamento e estudos conduzidos ao longo do Projeto pela ANS, comprometendo-se a informar os resultados obtidos para o monitoramento dos Pilotos pelo órgão regulador.

- Critérios específicos a serem observados no desenho dos Pilotos do Projeto Idoso Bem Cuidado:

a) Utilizar os eixos estruturantes do modelo em um ou mais níveis hierarquizados de cuidado listados a seguir: (1) Atenção Primária; (2) Atenção Hospitalar; (3) Reabilitação, Atenção Domiciliar e Cuidados Paliativos; e (4) Navegador do Cuidado;

b) Monitorar o desenvolvimento do Piloto por meio de indicadores de qualidade relacionados aos níveis de cuidado implementados pelo proposto no desenho do Projeto;

c) Atrelar aos indicadores de qualidade a implementação de modelos inovadores de remuneração à prestadores de serviço;

d) Estabelecer uma equipe gestora do Projeto na organização e monitorar os resultados;

e) Demonstrar os recursos necessários para a implantação do Projeto;

f) Adotar, como uma das ferramentas de gestão do cuidado aos idosos, os Dados Mínimos Portáteis do Idoso – proposto no Anexo II do livro Idosos na Saúde Suplementar: uma Urgência para a Saúde da Sociedade e Sustentabilidade do Setor.

Em junho de 2016, foi aberto o período de envio do desenho dos Pilotos a serem implementados pelas operadoras e pelos prestadores de serviços, que assinaram o Termo de Adesão na primeira etapa do Idoso Bem Cuidado. A descrição dos Pilotos foi obtida pela ANS a partir de uma Pesquisa com perguntas-chave sobre os Projetos.

No total foram recebidas 98 solicitações de adesão ao Projeto Idoso Bem Cuidado na etapa inicial. Na etapa consecutiva, de envio do desenho dos Pilotos pelos prestadores e operadoras foram recepcionadas 75 propostas de Pilotos, o que representa uma adesão de quase oitenta por cento ao Projeto do universo de solicitações iniciais. Os 75 Projetos recebidos foram analisados num esquema “duplo cego” em que um conjunto de propostas foi avaliado de modo independente por dois pesquisadores e posteriormente as notas foram comparadas e estabelecida uma média.

A ANS irá trabalhar com duas categorias de participantes: (1) os Pilotos, propriamente ditos, que serão acompanhando mais diretamente pela equipe técnica do GT do Idoso Bem Cuidado e pela ANS; e (2) os Seguidores, que acompanharão o Projeto. Os Projetos-Piloto foram selecionados conforme os seguintes critérios:

- Número de vidas atingidas pelo Projeto (amostra da população ou subgrupo populacional, quer seja da operadora ou do prestador);
- Resolubilidade: existência de parcerias regionais (operadora/prestador, grupo de operadoras, grupo de prestadores);

- Distribuição geográfica dos Projetos: possibilidade de acompanhar experiências em todas as regiões do país, estimulando assim a capilarização do modelo;
- Existência da figura do Navegador ou Gestor do Cuidado;
- Uso de sistema de informação para gestão do cuidado; e
- Abordagem no Piloto de um ou mais dos eixos estruturantes do modelo, conforme assinado no Termo de Adesão: (1) Atenção Primária; (2) Atenção Hospitalar; (3) Reabilitação, Atenção Domiciliar e Cuidados Paliativos; e (4) Navegador do Cuidado.

Os Pilotos e os resultados serão monitorados e mensurados ao longo de doze meses. Os modelos que se mostrarem viáveis poderão ser replicados para o conjunto do setor de saúde suplementar, de forma a estimular mudanças perenes no sistema de saúde.

A listagem dos participantes nos grupos dos Pilotos e dos seguidores será divulgada na primeira semana de setembro de 2016. Os Projetos deverão ter sua implementação iniciada em setembro de 2016, quando está prevista para ocorrer a assinatura dos Termos de Acompanhamento de Projetos de Indução da Qualidade – Idoso Bem Cuidado, em Seminário a ser realizado no mesmo mês.

No âmbito do Projeto também foi feita uma proposta de Dados Mínimos Portáteis para o idoso na saúde suplementar adaptada do conjunto de variáveis constantes da Caderneta do Idoso do Ministério da Saúde, com a inclusão de blocos novos de dados para atender às necessidades de acompanhamento da evolução da condição de saúde do idoso e permitir a atualização e portabilidade dessas informações pelo próprio paciente, familiar ou médico assistente.

O perfil dos inscritos na primeira fase do Projeto, que manifestaram interesse em aderir e apresentar os Pilotos para implementação do modelo é apresentada nas tabelas a seguir:

TABELA 7 – NÚMERO DE OPERADORAS DE PLANOS PRIVADOS DE SAÚDE E PRESTADORES DE SERVIÇOS INSCRITOS NA PRIMEIRA ETAPA DO PROJETO

Tipo de Organização	Total	%
Operadora	67	69,1
Prestador de Serviço	30	30,9
Total Geral	97	100,00

Fonte: Assessoria Técnica e de Gestão da DIDES - agosto/2016

TABELA 8 – TIPO DE PRESTADORES DE SERVIÇOS INSCRITOS NO PROJETO

Tipo de Prestador de Serviço	Total	%
Hospital Geral	10	33,3
Serviço de Cuidados de Transição (AD, CP, Reabilitação)	10	33,3
Ambulatório ou Clínica de Especialidades	4	13,3
Consultório Isolado	2	6,7
Hospital Especializado	1	3,3
Não informado	3	10,0
Total Geral	30	100,0

Fonte: Assessoria Técnica e de Gestão da DIDES - agosto/2016

TABELA 9 – FORMA DE PARTICIPAÇÃO NO PROJETO IDOSO BEM CUIDADO – PRESTADORES DE SERVIÇOS

Forma de Participação no Projeto	Total	%
Prestador Isolado	22	73,3
Conjunto de Prestadores (Providers)	5	16,7
Não informado	3	10,0
Total Geral	30	100,0

Fonte: Assessoria Técnica e de Gestão da DIDES - agosto/2016

TABELA 10 – PERCENTUAL DE OPS COM REDE PRÓPRIA NO PROJETO

Possui Rede Própria	Total	%
Sim	40	59,7
Não	26	38,8
Não informado	1	1,5
Total Geral	67	100,0

Fonte: Assessoria Técnica e de Gestão da DIDES - agosto/2016

Na segunda etapa do Projeto, operadoras e prestadores selecionados serão convidados a terem a implementação do modelo acompanhada pela ANS, por meio de indicadores que permitam aferir a integração da rede assistencial, atenção primária, atenção hospitalar e cuidados paliativos e de atenção domiciliar. Os indicadores foram definidos em conformidade com os eixos estruturantes do modelo do Idoso Bem Cuidado.

2.3. PROJETO ONCOREDE

Percentual de atividades realizadas/previstas: 30%

Nos países industrializados, o número de pessoas com doenças crônicas continua a crescer, representando um grande desafio e tensionando tanto a estrutura de financiamento quanto a lógica de organização dos sistemas e serviços de saúde. Segundo as estimativas de câncer para o país, feitas com base nos dados dos Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP) do país e do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), foram estimados, para o ano de 2014, aproximadamente 596 mil novos casos de câncer, excluindo-se o de pele não melanoma, o que mostra a carga da doença no perfil de morbimortalidade do país. Os principais tipos que ocorrerão no país serão, por ordem de incidência, os de pele não-melanoma (para ambos os sexos), o de próstata e o de mama. O diagnóstico e o tratamento das neoplasias geram uma grande demanda de investimento financeiro e em políticas eficazes de rastreamento populacional, prevenção, assistência, reabilitação e cuidados paliativos. Além disso, considerando-se os problemas relativos à ausência de coordenação do cuidado que impactam na qualidade assistencial, os custos crescentes do tratamento oncológico, o aumento da sobrevida dos pacientes face ao acelerado processo de incorporação de novas tecnologias de ponta (medicamentos quimioterápicos e radioterapia, principalmente) e a complexidade do conjunto de intervenções terapêuticas necessárias na oncologia, atualmente esse é um campo de extrema relevância para a atuação do órgão regulador no que tange às mudanças do atual arranjo de prestação de serviços e dos mecanismos de incentivo e indução da qualidade por meio de modelos alternativos de remuneração.

Frente a esse cenário, a ANS tem buscado introduzir estratégias inovadoras através do Projeto OncoRede, que propiciem a melhoria dos desfechos clínicos em oncologia, maior coordenação da trajetória do paciente oncológico na rede assistencial, minimizando interrupções e abandono do tratamento, bem como a maior adoção da cultura de avaliação por meio indicadores de qualidade e efetividade das intervenções clínicas visando ao aumento da sobrevida nos casos passíveis de tratamento e a implementação de instâncias de cuidados paliativos e de fim de vida para os cânceres diagnosticados em estádios mais avançados.

A otimização dos recursos disponíveis no sistema é também um dos enfoques do Projeto. Muitos estudos têm apontado que os custos diretos da assistência oncológica têm aumentado substancialmente nas duas últimas décadas. É importante lembrar que uma das premissas do projeto é que mudanças no modelo assistencial precisam vir acompanhada de mudanças na forma de financiamento e remuneração dos serviços para que as mesmas sejam mais perenes. Diversos países desenvolvidos implementaram novos modelos de remuneração dos serviços de saúde, como por exemplo, o pay-for-performance (P4P), os bundled-payments e o capitation e sabemos que o Brasil precisa avançar na introdução desses novos modelos que privilegiam mais a efetividade do cuidado, em detrimento do volume de procedimentos e insumos utilizados, em prol de um ciclo mais virtuoso de qualidade, eficiência e custo. O desafio imposto pelas mudanças em curso exige do órgão regulador respostas que favoreçam melhores experiências de cuidado em saúde e reduzam os custos do setor, tornando-o mais sustentável.

Destaca-se que o Projeto OncoRede encontra-se em sua fase de elaboração, na qual está sendo desenvolvido um Documento Técnico “Cuidado Integral em Oncologia na Saúde Suplementar: Diretrizes para a Excelência – Projeto OncoRede”, e que conta com a participação de um Grupo Técnico (GT de Oncologia) formado por especialistas da área de oncologia, epidemiologia, gestão e planejamento em saúde, representantes de renomadas instituições de pesquisa, instituições de referência na assistência oncológica e órgãos de governo.

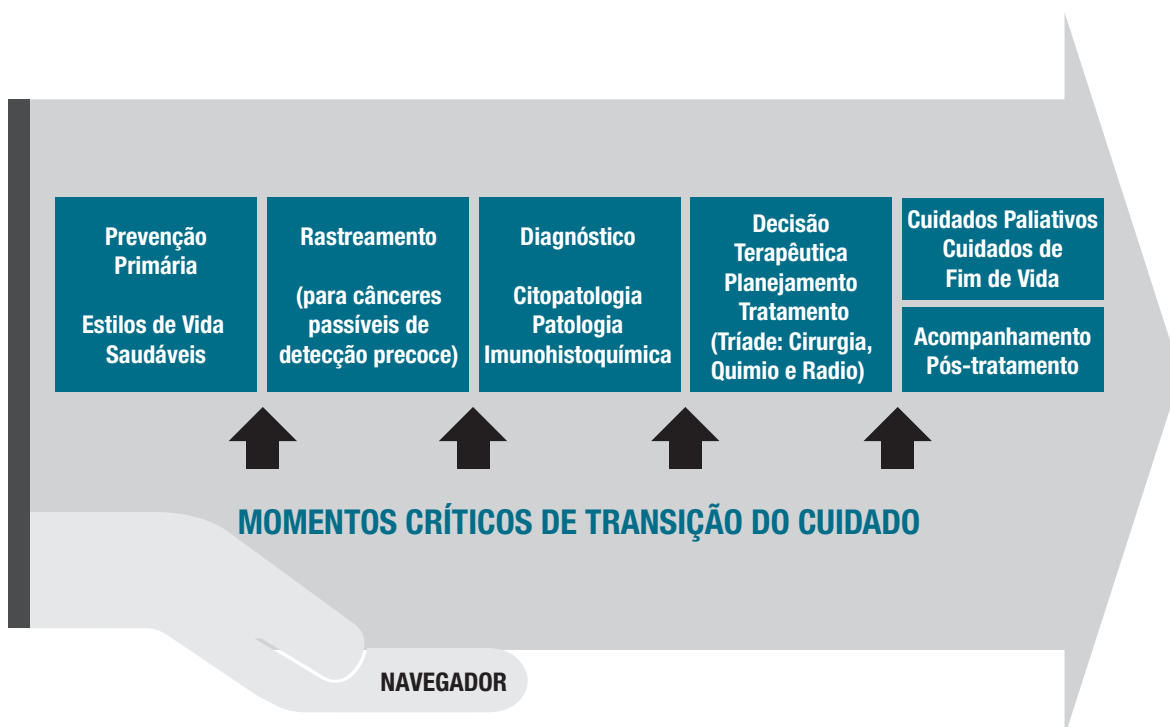
Na atual fase do Projeto foram mapeados os principais nós-críticos na assistência ao paciente oncológico na rede assistencial da saúde suplementar, quais sejam:

- Rastreamento²³ e Diagnóstico Precoce;
- Suspeita de Câncer;
- Diagnóstico;
- Estadiamento²⁴ e Navegador;
- Acompanhamento do Paciente e *Follow-Up* (dos sobreviventes);
- Cuidados Paliativos e outros Tratamentos de suporte;
- Indicadores de Qualidade;
- Estudo de Mapeamento do Fluxo do Paciente na Rede Assistencial;

Matriz de Modelos de Remuneração Complementares ao *Fee-for-Service*²⁵ no contexto da Oncologia.

Também foi proposto pelo GT de Oncologia um modelo de Acompanhamento Longitudinal da Trajetória do Paciente no Sistema, como apresentado a seguir, nos quais os pontos críticos da transição do cuidado na rede assistencial são identificados como norteadores para implementação de estratégias indutoras de mudança do arranjo assistencial visando uma maior coordenação, otimização dos recursos e melhoria de qualidade nesses processos.

FIGURA 5 – PROPOSTA DO MODELO - ACOMPANHAMENTO LONGITUDINAL DA TRAJETÓRIA DO PACIENTE NO SISTEMA



23 Screening

24 Processo de determinação da localização e da extensão do câncer.

25 Pagamento por procedimento

Os principais eixos estruturantes do Projeto em torno dos quais se apresenta o objetivo principal desta iniciativa que é a maior coordenação do cuidado numa perspectiva paciente-centrada são:

- Suspeita ou diagnóstico;
- Informação compartilhada;
- Monitoramento do fluxo do paciente;
- Articulação da rede assistencial (atenção coordenada);
- Sustentabilidade do modelo / modelos alternativos de remuneração.

O Projeto OncoRede envolve também o acompanhamento por parte da ANS de Pilotos para implementação do modelo proposto. Para os pilotos, à semelhança do método adotado no Projeto do Idoso Bem Cuidado, serão convidados a participar operadoras e prestadores de serviços da saúde suplementar que ofereçam serviços de diagnóstico, tratamento, reabilitação, cuidados paliativos / cuidados de fim de vida e suporte para acompanhamento pós-tratamento.

O cronograma do Projeto prevê, para o dia 05 de outubro de 2016, o lançamento do livro do Projeto e do Curso de Cuidados Paliativos.

Cabe ainda destacar que está sendo discutida a definição de um conjunto de dados essenciais em oncologia de relevância para a gestão do tratamento e seguimento dos pacientes (survivors) – como bem descrito na literatura internacional –, que deve estar disponível para consulta pelo próprio paciente, médicos e outros profissionais de saúde de referência. Para tal, foram consultados dados de referência nacional e internacional sobre registros de câncer, tanto de base populacional quanto de base hospitalar.

2.4. PROJETO SORRIR

Percentual de atividades realizadas/previstas: 50%

O Projeto Sorrir, que surgiu a partir das discussões do LAB-DIDES Odontologia, objetiva o surgimento de projetos-pilotos nas OPS participantes que apresentem novos modelos de prestação e remuneração de serviços odontológicos na saúde suplementar, a fim de desenvolver boas práticas na melhoria da qualidade da prestação de serviços de saúde e de segurança do paciente em saúde bucal, utilizando ciência da melhoria contínua e conquistando o triplo objetivo na população-alvo da intervenção: melhorar a saúde dos indivíduos e populações, melhorar a experiência do cuidado (cuidado mais seguro, eficiente, eficaz, a tempo e centrado no paciente) e realizar estas tarefas com redução do custo per capta.

Primeiramente foram diagnosticados os seguintes problemas do modelo atual: alto custo, desperdício, fragmentação, remuneração de volume e falta de foco no paciente e de priorização da qualidade. Posteriormente, foram definidas suas premissas:

- desenvolvimento colaborativo, uma vez que ele vem sendo construído integralmente através das discussões entre a DIDES e as instituições participantes do LAB-DIDES Odontologia;
- adesão voluntária;
- desenho de modelo modular com utilização de protocolos clínicos;
- existência de um Gestor do Cuidado, responsável pela coordenação da atenção prestada ao beneficiário;
- avaliação das ações através de indicadores e medidas de qualidade;

- utilização de medida de qualidade na composição de remuneração do prestador de serviço; e
- novas formas de comunicar esse novo modelo e agregar valor para o beneficiário e para o prestador.

Em cada módulo, haverá um ou mais protocolos, sendo que para cada protocolo haverá indicadores de avaliação. O projeto será nacional e somente as OPS poderão se inscrever (em um ou mais módulos), cabendo a essas a seleção dos respectivos prestadores que participarão do projeto.

2.5. GT DE REMUNERAÇÃO²⁶

Percentual de atividades realizadas/previstas: 20%

Desde as reformas da década de 90, países como a Inglaterra, França, Alemanha, Austrália e Estados Unidos tem experimentado a transição do modelo do *fee-for-service* para modelos mistos de remuneração envolvendo o pagamento por performance de prestadores de serviços de saúde (P4P). No Brasil, outras formas de remuneração representam apenas 5% do que é praticado pelo mercado de saúde suplementar; e algumas experiências, no sistema público, de pagamento por orçamento global e por capitação, foram desenvolvidas nos últimos anos.

Hoje, a tendência mundial avança em direção à adoção de modelos de pagamento, denominados na literatura internacional, como *value-based* e *patient-centered*, fundamentados, principalmente, no que Michael Porter e Elizabeth Teisberg cunharam em 2006 de “value agenda” - na qual é requerida uma reestruturação não apenas da organização da prestação dos serviços, mas também dos arranjos assistenciais que envolvem a produção da saúde e a remuneração da mesma.

O Grupo Técnico de Modelos de Remuneração nasceu no âmbito do LAB-DIDES, em meio à discussão da ANS com o setor de saúde suplementar sobre o tema, com o objetivo de discutir modelos de pagamento alternativos e/ou complementares ao *fee-for-service*, que induzam uma maior qualidade na prestação dos serviços de saúde, maior otimização dos recursos do sistema como um todo e uma maior coordenação do cuidado aos beneficiários, que hoje é bastante fragmentada. Destaca-se que o escopo deste GT é caracterizado pela transversalidade a demais Projetos de Indução de Qualidade, como o Projeto Idoso Bem Cuidado, OncoRede, Parto Adequado, Sorrir e o Grupo Técnico Externo de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (GTE OPME)²⁷ – todos fortemente relacionados à indução pela ANS de adoção de boas práticas pelo setor.

O GT é composto por representantes do setor, operadoras de planos privados de saúde, prestadores de serviços, entidades representativas, órgãos de governo e instituições de pesquisa.

Como preparação e balizamento, anterior à conformação do GT de Remuneração, foram realizados estudos e análise de experiências nacionais e internacionais sobre a implementação de novos mecanismos de pagamento a prestadores de serviços como incentivo à melhoria da qualidade da atenção à saúde e redução ou controle dos custos crescentes. Experiências, principalmente, nos Estados Unidos e na Europa, foram reunidas e, a partir da caracterização desses novos modelos, foi proposta uma tipologia de classificação das diferentes formas de remuneração de serviços e profissionais de saúde, como apresentado na tabela a seguir, como insumo para o debate coordenado pela DIDES.

²⁶ Todo o material do GT de Remuneração está disponível em: <<http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/camaras-e-grupos-tecnicos/grupo-tecnico-de-remuneracao>>.

²⁷ Apresentado no item XXXX deste Relatório.

TABELA 11 – TIPOLOGIA DOS MODELOS DE REMUNERAÇÃO

Forma de Remuneração	Sinonímias	Alocação do Recurso	Foco	Tipo de Informação Coletada
Fee-for-Service	- Por Unidade de Serviço - Pagamento por Ato Médico (Conta Aberta)	Ex-Post	Faturamento	Custo Unitário das Unidades de Serviço
	Preço Fixo (Pacotes de Procedimentos e Diárias Hospitalares)	Ex-Ante	Custos	Custo unitário das unidades de serviços + Protocolos clínicos/cirúrgicos
Assalariamento	Remuneração por Tempo	Ex-Post	Custos	Custos de Transação e Administrativos
Orçamento Global	Transferência Orçamentária	Ex-Ante	Desempenho do Prestador conforme Metas contratualizadas	Custos + Metas por Desempenho
Grupos de Diagnósticos Homogêneos (Diagnose Related Groups - DRG)	Remuneração por Caso (Case-Mix)	Ex-Post	Case-Mix	Custo por Grupos de Diagnóstico ajustados por Risco
Prepaid / Capitation (Pagamento por Usuário)	Partial Capitation*	Ex-Ante	Pessoas / Risco	Custo unitário das unidades de serviços + Protocolos clínicos/cirúrgicos + Incidência dos proc. Hospitalares
	Full Capitation			
Bundled Payments for Care Improvement	Bundled Payments for Care Improvement (BPCI); Bundled Payments for Acute Care (Inpatient Only); Bundled Payments for Episodes of Care (Agudos ou Crônicos); Condition-specific Budget (Medical Home)	Maiora Ex-Post (EUA)	Caso Episódio Clínico Condição de saúde	Custo + Medidas de Qualidade + Coordenação do Cuidado
Shared Savings Programs	Remuneração por Economias Geradas	Ex-Post	Relaciona Pagamento- Compartilhamento de Risco a Qualidade do Cuidado Prestado	Custo + Medidas de Qualidade + Coordenação do Cuidado
Pagamento por Performance	Pay-for-Performance P4P	Ex-Post	Desempenho-Metas do Prestador Qualidade do Cuidado	Custo + Medidas de Qualidade / Desempenho do Prestador

* A Lei define que no pagamento por Capitação Parcial, a ACO estaria sob risco financeiro para alguns itens e serviços cobertos pelas partes A e B do Medicare, como por exemplo para todas as consultas médicas ou todos os itens e serviços cobertos pela parte B.
Fonte: Assessoria Técnica e de Gestão da DIDES - agosto/2016

Em destaque no estudo e na discussão a ser encaminhada pelo Grupo Técnico, estão os modelos de remuneração que envolvem compartilhamento de risco, apresentados no quadro abaixo, além dos já amplamente conhecidos *capitation* e DRG.

NOVOS MODELOS DE REMUNERAÇÃO E COMPARTILHAMENTO DE RISCO EM DESTAQUE

- 1) Shared Savings Program – SSP – ACO
- 2) Bundled Payments for Care Improvement (BPCI)
 - Bundled Payments for Acute Care (Inpatient Only);
 - Bundled Payments for Episodes of Care (Agudos ou Crônicos);
 - Condition-specific Budget (Medical Home).

As principais características das estratégias de implementação das reformas em curso voltada para a qualidade no cenário internacional e que podem contribuir para o debate do tema na saúde suplementar como indutoras de qualidade e custos são descritas a seguir:

- *Population-Based Payment / Accountable Care Organizations (ACO)* – Responsável por todos os serviços prestados a uma população específica. Representado pela experiência das ACO's. Compromisso com saúde da população no nível coletivo e individual, metas de qualidade e diminuição do crescimento dos custos.
- *Episode / Specific-condition Bundled Payments* – Responsável por serviços e condições de saúde selecionados. Ajudam a garantir que diferenças no cuidado em saúde sejam minimizados e a incluir os especialistas no processo de coordenação do cuidado.

Diante desse horizonte, a Agência deflagra processos que estabelecem uma relação de maior compromisso entre os modelos de pagamento dos serviços e a gestão da qualidade no cuidado em saúde no setor de saúde suplementar. A estratégia de discutir no âmbito do GT de Remuneração modelos alternativos de pagamento e analisar experiências em curso se insere num horizonte amplo de mudanças a serem fomentadas pelo órgão regulador nos próximos anos, tendo como norte processos de transição semelhantes já em curso em outros país e o estímulo mais vigoroso à cultura da qualidade e a modelos inovadores de pagamento.

2.6. VENDA ONLINE

Percentual de atividades realizadas/previstas: 60%

Atualmente, há um sinal de movimento natural do mercado para iniciar vendas online de planos de saúde, como já acontece em diversos outros ramos do seguro. Ciente da necessidade de acompanhar a evolução tecnológica do setor, mas também de garantir que nenhum direito do beneficiário seja violado, a DIDES iniciou a discussão sobre a necessidade de regulamentação da venda online de planos de saúde em maio de 2016, no âmbito do LAB-DIDES.

Durante duas reuniões, dúvidas sobre diversos temas foram levantadas, como:

- Forma de validação de assinatura do beneficiário: certificação digital, login/senha, IP, uso do recurso “Li e concordo”;
- Declaração de saúde: poderá ser respondida eletronicamente? Será realizada entrevista qualificada com todos os consumidores? No caso de entrevista qualificada, o preenchimento pode continuar online no consultório médico? Qual será a forma de assinatura do médico?
- Cobertura Parcial Temporária (CPT), agravo: todas as suas formalidades poderão ser realizadas eletronicamente?

- Portabilidade: caso a OPS opte pela venda online, poderá estabelecer que, nos casos de portabilidade, a venda ocorrerá presencialmente, haja vista a complexidade da avaliação sobre preenchimento dos critérios?
- Direito de arrependimento: prazo de sete dias estabelecido pelo Código de Defesa do Consumidor deve ser respeitado. O cancelamento poderá ser feito eletronicamente também?
- Vigência: na renovação automática, a OPS pode requerer que o beneficiário faça nova opção por pagamento? Se ele não fizer, a OPS poderá inferir que o beneficiário optou tacitamente pela não renovação?
- Clareza das informações para o beneficiário;
- Necessidade de manter algum arquivo em papel, etc.

Diante do diagnóstico de que o assunto envolve outras diretorias, a arena de discussão passou a ser o GT Interáreas da ANS, apresentado no item 1.4 deste Relatório. Na primeira reunião do GT, em julho de 2016, a ANS deixou claro que não irá tornar obrigatória a venda online, uma vez que isso é uma decisão de negócio de cada empresa. A intenção é apenas, nos casos em que a venda ocorrer eletronicamente, garantir a integridade dos dados e o respeito aos direitos do consumidor.

Até o mês de agosto, as entidades participantes puderam contribuir com soluções para as dúvidas levantadas. A próxima reunião está prevista para setembro de 2015, quando já será apresentada uma proposta de solução, que pode vir a ser a edição de uma resolução normativa.

2.7. MECANISMOS FINANCEIROS DE REGULAÇÃO DE USO: COPARTICIPAÇÃO E FRANQUIA

Percentual de atividades realizadas/previstas: 20%

Foi iniciada no âmbito do GT Interáreas, em julho de 2016, a discussão sobre regras de coparticipação e franquia. A necessidade de abordar o tema se dá uma vez que regulamento vigente²⁸ foi elaborado há mais de quinze anos e não contempla a evolução do setor. Dentre os problemas identificados, estão: a presença do dilema entre o uso de mecanismo de regulação que desincentive o risco moral, estimulando o uso consciente, e a redução de acesso de serviços de saúde necessários à assistência à saúde; o fato de a franquia raramente ser usada nos planos médico hospitalares; e a presença de lacunas regulatórias no normativo vigente que trata do uso de mecanismo financeiro de regulação, como não estabelecer regras claras para cobrança de fator moderador em internação, não estabelecer limites para a cobrança de fator moderador para consultas, exames, terapias e internações e não definir o que é Fator Restritor Severo.

Dessa forma, a discussão iniciada abrange três pilares: clareza contratual, definição clara de limites e modelagem contratual de franquia e coparticipação e delimitação da incidência de fatores moderadores. Os objetivos principais são garantir a segurança jurídica através de regras claras e possibilitar que o beneficiário seja estimulado a participar do controle do bom uso dos planos de saúde.

Até o mês de agosto, as entidades participantes poderão contribuir com soluções para as dúvidas levantadas. A próxima reunião está prevista para setembro de 2015.

28 Resolução do Conselho de Saúde Suplementar (CONSU) nº 8, de 03 de novembro de 1998. Segundo esta norma, coparticipação é "a parte efetivamente paga pelo consumidor à operadora de plano ou seguro privado de assistência à saúde e/ou operadora de plano odontológico, referente a realização do procedimento" e franquia é "o valor estabelecido no contrato de plano ou seguro privado de assistência à saúde e/ou odontológico, até o qual a operadora não tem responsabilidade de cobertura, quer nos casos de reembolso ou nos casos de pagamento à rede credenciada ou referenciada"

2.8. 1º HACKATHON ANS

Percentual de atividades realizadas/previstas: 20%

O 1º Hackathon ANS²⁹ é uma maratona hacker focada na saúde suplementar, ou seja, é a reunião de hackers, programadores, desenvolvedores e inventores em geral, com o objetivo de promover o desenvolvimento de projetos que visem ao aumento da transparência na divulgação de informações públicas do setor de saúde suplementar e à inovação por meio de tecnologias digitais. O projeto busca fomentar inovações tecnológicas com alto potencial de agregar valor à transparência da informação no setor de saúde suplementar, possibilitando maior empoderamento por parte dos beneficiários.

Modelo de sucesso já experimentado tanto em outros órgãos e entidades da Administração Pública quanto na iniciativa privada, o Hackathon possibilita um olhar da sociedade sobre o assunto em questão, neste caso os temas da saúde suplementar a serem definidos pela Comissão Organizadora do evento. A ideia é encontrar soluções que contribuam para o desenvolvimento sustentável do setor, através do fornecimento de melhores informações para o beneficiário de plano de saúde, de novas formas de disponibilização de informações que estimulem a concorrência entre os diversos atores, etc.

O 1º Hackathon ANS será focado em soluções mobile, ou seja, aplicativos para tecnologias móveis (tablets e smartphones). No que se refere à salvaguarda dos direitos de propriedade intelectual, os participantes cedem exclusivamente à Agência Nacional de Saúde Suplementar o código-fonte e o direito de uso dos aplicativos desenvolvidos, de forma irrevogável.

O projeto já foi aprovado na Diretoria Colegiada. No segundo semestre serão lançados o edital de Chamamento Público, que selecionará entidades parceiras, e o edital do Hackathon. A previsão é que o evento em si ocorra até o mês de novembro de 2016.

2.9. 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 – 70%
Processo de aperfeiçoamento do Programa – 20%

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 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 e 100 pontos; nível II: operadoras de planos de saúde avaliadas entre 80 e 89 pontos; nível III: operadoras de planos de saúde avaliadas entre 70 e 79 pontos.

29 No Relatório de Gestão do período anterior, havia sido previsto como projeto a ser iniciado o Prêmio de Inovação, com o objetivo de intensificar ações de inovação na saúde suplementar, estimulando boas práticas e proporcionando visibilidade a tais práticas para que pudessem ser exemplos para o setor. O projeto mudou de nome para 1º Hackathon ANS e passou a focar na inovação por meio de tecnologias digitais.

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 – 25 itens com peso dois;
- Satisfação dos Beneficiários – nove itens com peso dois;
- Programas de Gerenciamento de Doenças e Promoção da Saúde – 51 itens com peso um;
- Estrutura e Operação – quinze itens com peso dois;
- Gestão – 24 itens com peso um.

Em agosto de 2014, havia três operadoras acreditadas; dois anos após, há dez operadoras acreditadas. Deste universo, oito 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 INMETRO. A proposta de aperfeiçoamento da RN nº 277, de novembro de 2011, que normatiza o Programa, está em discussão e a previsão é que até agosto de 2017, através de uma ampla discussão com o setor, seja efetivada.

Primeiramente, no âmbito deste aperfeiçoamento, está a necessidade de melhor especificação de objetos de aferição, estabelecendo, quando possível, parâmetros mais objetivos de modo a conferir maior precisão nas avaliações. Em segundo lugar, há a necessidade de se eliminar algumas duplicidades no processo avaliativo que têm sido reportadas pelas entidades de acreditação ao longo do processo. Um terceiro ponto a ser considerado é a possibilidade de se especificar um processo avaliativo customizado para operadoras odontológicas. Por fim, foi identificada a necessidade de se incorporar ao Programa medidas avaliativas de cunho econômico-financeiro que poderão, conforme o desenvolvimento das ações, se constituírem em mais uma dimensão de análise.

Outra iniciativa relacionada ao processo de aperfeiçoamento do Programa de Acreditação consistiu na sistematização das dúvidas recebidas sobre o normativo que regula o tema. Estas dúvidas foram organizadas por tópicos, de tal maneira que se convertam em subsídios para o aprimoramento do citado normativo.

Ressalte-se que eventuais alterações no referido Programa só serão efetivadas após ampla discussão com todos os atores do setor e, naturalmente, sua implantação ocorrerá levando em consideração a vigência dos atuais certificados de acreditação e o processo já em curso iniciado por algumas operadoras.

Por fim, vale destacar que este instrumento também é referência para outras medidas de qualidade ora vigentes; por exemplo, no Programa de Qualificação de Operadoras, no qual o elemento acreditação é um atributo considerado. A partir de 2016, na dimensão gestão de processos e regulação do mencionado Programa, a operadora que for acreditada recebe uma pontuação-base correspondente à metade do valor da dimensão daquele Programa.

2.10. MONITORAMENTO DA IMPLANTAÇÃO DOS NORMATIVOS DE REGULAMENTAÇÃO DA LEI Nº 13.003/14

Percentual de atividades realizadas/previstas: 80%

Para conclusão do projeto de monitoramento da implantação dos normativos de regulamentação da Lei nº 13.003/14 foram desenvolvidas as seguintes ações:

- **Monitoramento da comunicação de substituição de prestadores não hospitalares:**

Após definição da metodologia e do escopo do monitoramento das substituições, procedeu-se a análise quanto ao cumprimento das regras de comunicação de substituições de prestadores não hospitalares nos portais corporativos de setenta por cento das operadoras, o que corresponde a 94,39% dos beneficiários. A ANS oficiou as operadoras cujo monitoramento apontou alguma inadequação em relação ao disposto na IN DIDES nº 56/15, analisou as repostas encaminhadas pelas OPS e procedeu à reanálise dos portais das operadoras a fim de verificar a correção das desconformidades percebidas.

- **Reuniões da Câmara Técnica e do Grupo Técnico da Lei nº 13.003/14:**

Com o objetivo de identificar e debater com representantes do setor oportunidades para melhorar o relacionamento entre operadoras e prestadores, foram realizadas duas reuniões da Câmara Técnica de Monitoramento da Lei nº 13.003/14, em junho e outubro de 2015. Em 2016, observou-se a necessidade de dar continuidade a esses encontros e optou-se pelo formato de Grupo Técnico, mantendo-se os mesmos objetivos e público-alvo das Câmaras realizadas em 2015. Foram realizadas duas reuniões do Grupo Técnico da Lei nº 13.003/14, a primeira em abril e a segunda em junho de 2016. Há previsão de realização de outras reuniões do GT em 2016, com o objetivo de divulgar a definição do Fator de Qualidade para estabelecimentos não hospitalares, bem como discutir a implantação do Projeto de Mediação de Conflitos entre operadoras e prestadores.

- **Criação de indicadores de monitoramento do relacionamento entre operadoras e prestadores no TISS:**

A definição e o teste desses indicadores tiveram sua previsão de entrega alterada do fim de 2015 para o fim de 2016. A superveniência do crescimento do número de demandas e reclamações encaminhadas à DIDES acerca do cumprimento das regras dispostas na Lei nº 13.003/14 e sua regulamentação, além da alteração promovida pela RN nº 388, de 25 de novembro de 2015, que definiu que a primeira etapa do processo sancionador passasse a ser de competência das áreas técnicas, exigiu a mobilização dos esforços da equipe no atendimento a essas condições, justificando a readequação do prazo para desenvolvimento dos referidos indicadores.

- **Pesquisa sobre Contratualização entre Operadoras e Prestadores:**

A pesquisa representa mais uma ação de monitoramento da implantação dos normativos que regulamentam a Lei nº 13.003/14. Através de questionários com perguntas objetivas, procurou-se obter um panorama relacionado ao impacto da Lei nº 13.003/14 sobre a celebração de contratos escritos entre operadoras e prestadores de serviços de saúde. Foram elaborados dois formulários, um para preenchimento pelos prestadores de serviço e outro pelas OPS. As questões versavam sobre as formas de reajuste definidas em contrato, pontos de desacordo mais frequentes na celebração ou aditamento dos contratos e informações sobre proporção e motivos de glosas. A pesquisa ficou disponível no site da ANS de abril a junho de 2016 e teve seus dados consolidados e apresentados na reunião do GT no mesmo mês.

2.11. DEFINIÇÃO DO FATOR DE QUALIDADE

Percentual de atividades realizadas/previstas: 75%

O Fator de Qualidade é um fator que compõe o Índice de Reajuste a ser aplicado pelas OPS aos seus prestadores de serviços 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 alguns requisitos de qualidade na prestação dos serviços de saúde, de forma a estimular a busca contínua pela qualificação dos prestadores de serviços de saúde, gerando mais segurança e qualidade de atendimento aos beneficiários.

A regulamentação do fator de qualidade pressupõe três produtos:

- Fator de Qualidade para estabelecimentos hospitalares – 100% concluído
- Fator de Qualidade para estabelecimentos SADT - em andamento, com publicação no segundo semestre de 2016
- Fator de Qualidade para consultórios e clínicas – em andamento, com publicação no segundo semestre de 2016

Após 4 reuniões com representantes do setor foi publicada a IN DIDES nº 61, de 4 dezembro de 2015, descrevendo os critérios a serem aplicados nos reajustes das entidades hospitalares, nos casos em que couber o índice de reajuste definido pela ANS.

Em março de 2016, foram divulgadas as listas dos hospitais que cumpriram os critérios do primeiro nível do fator de qualidade (105%), bem como do segundo nível (100%), a serem aplicados aos reajustes ocorridos entre 22/12/2015 e 31/12/2016. Em relação aos critérios a serem adotados nos reajustes de 2017, na reunião do GT da Lei nº 13.003/14, realizado em junho de 2016, discutiu-se o Indicador de Participação em Projetos de Indução da Qualidade da ANS – 2017. Além do Projeto Parto Adequado, foram incluídos neste indicador a participação em 3 de novos projetos da DIDES: Projeto Idoso Bem Cuidado, Projeto Sorrir e Projeto OncoRede.

Sobre o fator de qualidade para os prestadores de serviços não hospitalares, durante o primeiro semestre de 2016, foi dada continuidade à discussão dos critérios a serem adotados nos reajustes dos contratos nas duas reuniões do GT da Lei nº 13.003, bem como em um encontro com os conselhos profissionais da área da saúde, realizado em maio de 2016. Foram realizadas ainda reuniões com conselhos profissionais e entidades em separado, para elaboração, discussão e aprofundamento das propostas.

2.12. PROJETO PARA MEDIAÇÃO DE CONFLITOS ENTRE OPERADORAS E PRESTADORES

Percentual de atividades realizadas/previstas: 5%

Tendo em vista o cenário em que há operadoras refratárias à negociação e prestadores insatisfeitos com os termos contratuais ofertados, a ANS apresentou propostas de mediação de conflitos entre operadoras e prestadores no GT da Lei nº 13.003/14, realizado em junho de 2016, com o objetivo de promover a aproximação das partes para dirimir os conflitos oriundos da negociação com vistas à contratualização. Desse modo, propôs-se a realização de piloto de mediação para formalização de contratos, de caráter voluntário e incentivado, mediante constituição de Câmaras de Mediação. Outra perspectiva considerada abrange a realização de mediação digital com o uso da plataforma do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), a qual permite a troca de mensagens e informações entre as partes, podendo o acordo ser homologado pela Justiça ao final das tratativas, caso as partes considerem necessário.

2.13. PRÊMIO ANS DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Percentual de atividades realizadas/previstas: 40%

Como integrante do Comitê Nacional de Segurança do Paciente do Ministério da Saúde, a ANS é coautora de proposta de edital do Prêmio ANS de Segurança do Paciente, que pretende reconhecer e premiar inovações e boas práticas em segurança do paciente implementadas por instituições brasileiras prestadoras de serviços de saúde no setor suplementar que desenvolvem projetos alinhados aos objetivos do Programa Nacional de Segurança do Paciente. Desse modo, o propósito é premiar iniciativas baseadas em evidências científicas que incrementem a segurança do paciente nos serviços prestados e contribuam para a qualidade da assistência, cuja contribuição seja acompanhada, mensurada e comprovada por indicadores apresentados na candidatura ao Prêmio. A proposta de edital, em fase final de redação, será submetida para manifestação e apresentação de contribuições por parte dos demais integrantes do Comitê Nacional de Segurança do Paciente e serão buscadas alternativas que viabilizem recursos destinados às premiações.

2.14. REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Percentual de atividades realizadas/previstas: 5%

Já foram iniciadas as discussões no GT TISS ANS, grupo interno gerido pela Gerência-Executiva de Padronização e Interoperabilidade, para definir relatórios de interesse com dados do Padrão de Troca de Informações na Saúde Suplementar para monitorar a rede assistencial em uso no setor suplementar de saúde, inclusive comparando com o Sistema de Registro de Planos de Saúde (RPS) e o CNES. Este projeto está previsto para 2017.

2.15. IMPLANTAR AS EDIÇÕES REGULARES DO MAPA DO RESSARCIMENTO AO SUS

Percentual de atividades realizadas/previstas: 30%

Com o sucesso da publicação do Mapa do Ressarcimento ao SUS, em 2014, ela está sendo transformada num processo regular, com edições periódicas. O objetivo é subsidiar a regulação da Agência e do Ministério da Saúde.

Em cada edição, serão abordadas informações do ressarcimento ao SUS, identificando suas principais características regionais, para que seja possível apontar possíveis necessidades pontuais da saúde suplementar. O Mapa também abordará um tema específico dentro do universo do ressarcimento ao SUS, como, por exemplo: parto, psiquiatria, etc.

Para isso, a publicação do Mapa foi prevista na Agenda Regulatória da ANS 2016/2018, no eixo temático de integração com o SUS, com três edições anuais; a edição 2016 está prevista para o segundo semestre.

2.16. EVOLUÇÃO DO SISTEMA DE PROTOCOLO ELETRÔNICO DE RESSARCIMENTO AO SUS (PERSUS)

Percentual de atividades realizadas/previstas: 60%

Depois de um ano de implantação do sistema os ganhos auferidos com o PERSUS são notáveis, principalmente no que diz respeito a questões de eficiência e da celeridade. Com a informatização dos fluxos, o processo se tornou mais ágil, contudo, sem deixar de obedecer aos demais princípios constitucionais informativos do processo administrativo.

Outro benefício foi a redução de custo de operacionalização, que não se traduz apenas na expressão monetária. Além da diminuição das impressões e de pessoal, tal redução de custos pode ser entendida na comodidade de acesso a algumas peças do processo. Frise-se que o acesso pode ser realizado durante as 24 horas do dia, havendo inclusive a possibilidade de realização dos atos processuais até o último minuto do último dia, sem deixar de ser considerado tempestivo³⁰.

A realização de intimações imediatas foi um dos grandes ganhos com a implantação do PERSUS e possibilitou:

- Protocolo de petições de impugnações/recursos;
- Notificação das Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde dos possíveis atendimentos realizados por seus beneficiários no SUS (notificação do ofício ABI);
- Notificação das cobranças emitidas (até o ABI 53);
- Notificação das decisões em 1ª instância proferidas nos processos de ressarcimento ao SUS.

Entretanto, com o advento da Resolução Normativa nº 377, de 08 de maio de 2015³¹, que alterou a Resolução Normativa nº 358, de 27 de novembro de 2014, algumas evoluções foram necessárias no Protocolo Eletrônico, dando origem aos Projetos de Aprimoramento das Notificações Eletrônicas que passariam a contemplar as Notificações de Decisão de 1ª e 2ª Instâncias.

Num primeiro momento tratamos das Notificações de 1ª Instância, funcionalidade já implementada e em funcionamento, concluindo aproximadamente 50% do Projeto de Aprimoramento, seguem as principais alterações:

- Cadastro e prorrogação de prazos de impugnação e recurso;
- Geração de notificação de cobrança de atendimentos decididos em 2ª instância;
- Notificação eletrônica de decisão de 2ª instância;
- Notificação de decisão da 1ª instância (a partir do ABI nº 54);
- Notificação eletrônica de cobrança.

Num segundo momento, implementaremos as Notificações de 2ª instância no sistema, quando daremos por concluído o Projeto.

30 art. 13, § 3º da RN nº 358/14

31 Com o advento da RN nº 377/2015, que alterou a RN nº 358/2014, os processos de Ressarcimento ao SUS, tal como a sistemática adotada na cobrança dos débitos, sofreram uma série de alterações, com impactos positivos sobre as atividades desempenhadas no âmbito da GEIRS.

Anteriormente, a consolidação definitiva dos débitos de Ressarcimento ao SUS, representada pelo encaminhamento das Guias de Recolhimento da União (GRU) às operadoras, acontecia concomitantemente à cobrança, com periodicidade definida de acordo com as possibilidades de infraestrutura e conveniência da Gerência. Além de não haver correção monetária dos valores cobrados, muitas vezes, essa cobrança só se dava anos após a decisão administrativa final.

Após o marco trazido pela RN nº 377/2015, a cobrança passou a ser feita no momento da identificação ABI, ou seja, junto da notificação de lançamento do ABI, ou das decisões de atendimentos já notificados quando da publicação da RN, criando obrigação de pagamento para as operadoras no início do processo e trazendo correção monetária dos valores em caso de contestações julgadas improcedentes. Esse aspecto impactou consideravelmente o protocolo de impugnações meramente procrastinatórias por parte das operadoras, hábito comum na vigência da legislação anterior.

No futuro, com a integral integração dos sistemas existentes com o sistema de processo eletrônico, que acreditamos ser a próxima etapa de evolução do PERSUS, espera-se uma diminuição ainda maior com os custos com materiais de expediente, além dos custos com logística e movimentação de processos, tornando o ambiente de trabalho desobstruído das imensas pilhas de processos de papel, gerando economia aos cofres públicos, devido à racionalização dos recursos, gerando a redução do impacto ambiental³².

2.17. ATUALIZAÇÕES DO SISTEMA DE CONTROLE DE IMPUGNAÇÕES (SCI) E SISTEMA DE GESTÃO DO RESSARCIMENTO (SGR)

Percentual de atividades realizadas/previstas: 65%

O Sistema de Controle de Impugnações e o Sistema de Gestão do Ressarcimento também passaram por uma série de adaptações a fim de promover a adequada integração com o PERSUS e a nova sistemática de protocolo eletrônico. Além das referidas adaptações, várias melhorias foram implementadas nos sistemas para que eles atendessem às demandas do cenário atual do Ressarcimento. As principais foram:

- Notificação de cobrança de atendimentos não recorridos;
- Incluir natureza jurídica do estabelecimento no ofício ABI;
- Relatório de notificações eletrônicas pendentes;
- Cadastro de prazos e prorrogações de impugnação e recursos;
- Impedir protocolo intempestivo de impugnação e recurso.

Outras evoluções ainda estão previstas, como:

- Notificação de decisão da 2ª instância (todos os ABIs);
- Notificação de encaminhamento de GRU de atendimentos recorridos;
- Análise em Bloco;
- Protocolo e deferimento em lote.

2.18. DEMAIS PROJETOS RELACIONADOS AO RESSARCIMENTO AO SUS

Seguem listados abaixo os demais projetos relacionados ao ressarcimento ao SUS que estão em andamento e seus respectivos percentuais de execução:

- Análise sistêmica das questões mais demandadas (80%);
- Revisão do Processo Eletrônico de Ressarcimento (10%);
- Viabilização do Sistema de Recolhimento Eletrônico (e-Rec) / Cobrança via sistema eletrônico (10%);
- Construção de indicador do Ressarcimento para regulação assistencial (20%);
- Uso das informações do ressarcimento ao SUS para fins regulatórios (30%);

Revisão dos indicadores existentes (30%);

- Acordo de cooperação técnica com o DATASUS para *record linkage* - projeto paralisado em virtude da demora na análise do processo pelo DATASUS (30%);
- Notificação única – Notificação da decisão + GRU (50%);
- Redução do passivo em papel – saneamento e análise (60%).

³² A flexibilização e controle trazidos pelo PERSUS levou a outro fator positivo: uma maior celeridade na consolidação dos débitos e envio das GRUs. Esse fato possibilitou o cumprimento dos prazos determinados pelos normativos, uma previsão acurada da arrecadação e facilidade de acesso à documentação pelas operadoras. É possível citar, ainda, como benefício da notificação via Protocolo Eletrônico do Ressarcimento a otimização dos processos de trabalho da CEAD. As consultas a documentos e verificações de prazos e ciência foram facilitadas pela plataforma do PERSUS, o qual se integra com sistemas auxiliares do Ressarcimento. A diminuição do volume de processos físicos permitiu ainda o aprimoramento do fluxo de encaminhamento de débitos vencidos e não pagos para inscrição em Dívida Ativa, simplificando os trâmites formais e a análise de regularidade formal dos processos.

2.19. GRUPO TÉCNICO EXTERNO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS (GTE OPME)

Percentual de atividades realizadas/previstas: 80%

O Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre Órteses, Próteses e Materiais Especiais (GTI OPME), com participação de representante da ANS, foi instituído pela Portaria Interministerial³³ nº 38, de 08 de janeiro de 2015, com os objetivos de formular um diagnóstico sobre o mercado de OPME e propor medidas para a sua reestruturação, de forma a induzir a ampliação da transparência, o aprimoramento da regulação e a correção de disfuncionalidades do setor. As atividades foram desenvolvidas ao longo de 180 dias, até julho de 2015, e resultaram em um panorama que retrata um universo extremamente diverso de produtos utilizados no diagnóstico, tratamento, reabilitação ou monitoração de pacientes. Assim, para realizar seu trabalho, o GTI OPME adotou a denominação de “Dispositivos Médicos Implantáveis” (DMI) definidos como “órtese e prótese implantável por meio de procedimento médico ou odontológico invasivo, bem como os materiais utilizados como instrumental específico para sua implantação”. No panorama, foram identificadas as seguintes características: curto ciclo de vida das tecnologias (em média 24 meses), crescente número de tecnologias disponíveis no mercado, aumento da demanda pela incorporação de novas tecnologias, que possuem alto custo, e aumento dos gastos com tecnologias em saúde em oposição à limitação orçamentária. O Relatório Final do Grupo Técnico Interministerial registrou recomendações que fundamentaram a instituição do Grupo Técnico Externo de OPME, pela Portaria DIDES nº 06, de 29 de outubro de 2015, publicada no Diário Oficial da União em 03 de novembro de 2015, com objetivo de realizar, no âmbito da ANS, o acompanhamento e o gerenciamento da implantação do conjunto de propostas definidas naquele Relatório. Coordenado em parceria pela ANS e ANVISA, a composição do grupo foi estabelecida a partir da inscrição voluntária de instituições após divulgação de convite para a Câmara de Saúde Suplementar e demais representantes do setor.

Dada a amplitude dos temas, o Grupo de Trabalho Externo foi segmentado em 6 subgrupos dedicados a assuntos específicos: (1) Nomenclatura (*Global Medical Device Nomenclature* – GMDN – e TUSS), (2) Terminologia e Diretriz de Utilização (TUSS x DUT), (3) Entendimentos divergentes, (4) Protocolos, (5) Transposição de margens e modelos de remuneração, e (6) Sistema de informação para o monitoramento do mercado de DMI.

Foram realizadas, ainda, quatro reuniões plenárias do GTE, em novembro de 2015 e março, abril e julho de 2016. Os trabalhos desenvolvidos pelo GTE serão documentados e divulgados em relatório final, a ser publicado no segundo semestre de 2016.

2.20. 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 12 – SÍNTESE E DIMENSIONAMENTO DO PADRÃO TISS VERSÃO 3.3 (2016)

Elementos do Padrão	Quantidade
Processos de atenção à saúde padronizados	9
Mensagens	31
Variáveis nas mensagens	2.934
Tabelas de domínio (TUSS)	56
Termos ativos (TUSS)	220.910
Formulários do plano de contingência	18
Variáveis nos formulários	2.818

Fonte: Gerência-Executiva de Padronização e Interoperabilidade – agosto/2016

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

2.20.1. TUSS DE MATERIAIS E OPME PUBLICADA

Percentual de atividades realizadas/previstas: 50%

A TUSS de Materiais e OPME é vigente desde a implantação da versão de outubro de 2012 do Padrão TISS. Após debates com agentes do mercado de saúde suplementar, entretanto, ficou constatado que a estrutura da terminologia não atende às necessidades do setor no que diz respeito à operacionalização dos processos de aquisição, utilização e controle dos materiais.

Desta forma, a Diretoria Colegiada, em sua 408ª Reunião Ordinária, realizada em outubro de 2014, aprovou as sugestões apresentadas na Nota nº 508/2014/GERPI/GGISE/DIDES, excetuando as operadoras, temporariamente, da obrigação da adoção da Tabela 19 - TUSS de Materiais em suas trocas de informação.

Este produto trata da publicação dos termos de materiais e OPME codificados na Terminologia Unificada da Saúde Suplementar, de forma a atender os processos de trocas de informação no setor. Atualmente, as operadoras utilizam tabelas próprias para o processamento das contas de materiais hospitalares, havendo necessidade de padronização/unificação a fim de racionalizar o sistema e obter informações para planejamento e gestão.

A Gerência-Executiva de Padronização e Interoperabilidade, em conjunto com os representantes no Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar (COPISS), trabalham no aprimoramento da TUSS de Materiais e OPME visando a sua adoção no mercado de saúde suplementar.

Paralelamente, o Ministério da Saúde instituiu o Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre Órteses, Próteses e Materiais Especiais com participação da GERPI nas discussões e na definição da estratégia nacional a ser adotada. Como resultado das atividades do GTI OPME, foi criado o Grupo Técnico Externo OPME ANS/ANVISA, citado no item 2.19 deste Relatório, com o objetivo de implementar o conjunto de propostas definidas no Relatório Final do GTI OPME e articular junto à ANVISA e à ANS estudos relacionados aos “Dispositivos Médicos Implantáveis”.

Outra medida estabelecida pelo GTI OPME foi a revisão dos nomes técnicos e reclassificação dos registros dos produtos para saúde, a serem realizadas gradativamente pela ANVISA, de acordo com a lista de 100 produtos considerados de análise prioritária. A agência publicou 30 novos nomes técnicos através da Resolução ANVISA nº 876, de 17 de abril de 2016, e outros 45 nomes técnicos atualizados no INFORME nº 01/2016 GGTPS/ANVISA, de 30 de junho de 2016.

A conclusão dos estudos no âmbito do GTE OPME foi que tratar de forma diversa os grupos de Dispositivos Médicos Implantáveis e os materiais de consumo na estruturação da TUSS de Materiais e OPME é a solução mais adequada. Desta forma, relacionaram-se os termos resultantes do desdobramento dos 802 registros ANVISA vinculados aos primeiros trinta novos nomes técnicos e procedeu-se com o encaminhamento da lista para atualização da TUSS com a colaboração do COPISS/GT de Materiais e OPME.

À medida que a ANVISA atualizar outros nomes técnicos e reclassificar os registros dos produtos para saúde, os modelos serão desdobrados para posterior inclusão dos termos na TUSS.

Foram realizadas as seguintes atividades: desdobramento de produtos de saúde nos respectivos modelos, conforme registro na ANVISA, e a correspondente validação no GT do COPISS; mapeamento com a TUSS; verificação da existência de grandes diferenças entre materiais especiais (dispositivos médicos implantáveis) e os de consumo simples e, também, diferenças nas formas de registro na ANVISA; construção da proposta para tratar de forma diferenciada o material de consumo geral e os materiais implantáveis.

Há dependência integral dos trabalhos a serem realizados pela ANVISA. Esse produto está previsto para ser concluído em 2017.

2.20.2. PADRÃO TISS APRIMORADO – ENVIO DE DADOS À ANS E ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE (DEZEMBRO/2015)

Percentual de atividades realizadas/previstas: 100 %

Trata-se da publicação de versão do Padrão TISS que contempla alterações na Terminologia Unificada de Saúde Suplementar para atendimento à Resolução Normativa nº 387, de 28 de outubro de 2015, e nos Componentes de Conteúdo e Estrutura e de Comunicação, para permitir às operadoras o envio de valores negativos de pagamento à ANS.

A publicação desta versão contou com alterações nas terminologias de procedimentos e eventos em saúde, de medicamentos, de diárias, taxas e gases medicinais e de materiais e OPME. Esse produto está concluído.

2.20.3. PADRÃO TISS APRIMORADO – CONTEÚDO E ESTRUTURA, RN DA TRANSPARÊNCIA E RN DO PARTO (ABRIL/2016)

Percentual de atividades realizadas/previstas: 100 %

Este produto trata das modificações nos componentes de Conteúdo e Estrutura e de Representação de Conceitos em Saúde em função da publicação da Resolução Normativa nº 389, de 26 de novembro de 2015, que dispõe sobre a transparência das informações no âmbito da saúde suplementar, e da Resolução Normativa nº 368, de 6 de janeiro de 2015, que dispõe, entre outras regras, sobre o direito de acesso a informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico no âmbito da saúde suplementar.

O aprimoramento incluiu também acertos em legendas de mensagens e guias no Componente de Conteúdo e Estrutura, conforme sugestões do Grupo Técnico de Conteúdo e Estrutura do COPISS.

Esse produto está concluído.

2.20.4. PADRÃO TISS APRIMORADO - OUTROS MODELOS DE REMUNERAÇÃO (MAIO/2016).

Percentual de atividades realizadas/previstas: 100 %

Este produto trata da alteração na mensagem de envio de informações 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.

Foram realizadas as seguintes atividades: análise de solicitações de aprimoramento do Padrão TISS com debates no Grupo Técnico TISS ANS e nos GTs do COPISS; incorporação no envio de dados à ANS dos eventos de atenção à saúde pagos por procedimento e reembolso ao beneficiário; novas estruturas de dados para possibilitar o envio de eventos de atenção à saúde e despesas assistenciais decorrentes de: 1) contratação por valor pré-estabelecido, 2) pagamento à operadora intermediária, 3) fornecimento de itens assistenciais diretamente ao beneficiário e 4) despesas assistenciais referentes a outras formas de remuneração.

Esse produto está concluído.

2.20.5. PADRÃO TISS APRIMORADO - PUBLICAÇÃO EXTRAORDINÁRIA DO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE (JUNHO/2016).

Percentual de atividades realizadas/previstas: 100 %

Trata-se da publicação de versão do Padrão TISS para atendimento a Resolução Normativa nº 407, de 3 de junho de 2016 que atualizou, em caráter extraordinário, o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde para incorporação de testes laboratoriais para o diagnóstico da Zika por se tratar de uma emergência em saúde pública decretada pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Desta forma, foram incluídos 3 termos nas terminologias de Procedimentos e Eventos em Saúde (Tabela 22) e na Forma de envio de dados para ANS (Tabela 64), respectivamente.

Esse produto está concluído.

2.20.6. MÓDULO PADRÃO TISS - MONITOR EM PRODUÇÃO

Percentual de atividades realizadas/previstas: 30%

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 avaliar a qualidade dos dados, englobando as funcionalidades necessárias à identificação de problemas e informe às operadoras dos problemas encontrados e, ainda, o cumprimento da obrigação de envio dos dados para a ANS.

A primeira parte da aplicação referente às regras de análise dos dados e informe à Operadora encontra-se em homologação. A próxima ação será a definição e desenvolvimento do controle de cumprimento da obrigação de envio dos dados à ANS. O produto depende da atuação da Gerência-Geral de Tecnologia de Informação (GGETI/DIGES).

Esse produto está previsto para ser concluído em 2016.

2.20.7. EVOLUÇÃO DO MÓDULO PADRÃO TISS - INTEGRADOR EM PRODUÇÃO

Percentual de atividades realizadas/previstas: 90%

O Módulo Integrador compõe o sistema Padrão TISS e viabiliza a recepção dos dados enviados pelas operadoras à ANS. O módulo entrou em produção em fevereiro de 2015 para recepcionar dados de atenção à saúde referentes à remuneração por procedimento ou reembolso.

Em maio de 2016, a mensagem de envio de dados foi aprimorada para a inclusão de envio dos dados referentes a outros modelos de remuneração. A aplicação encontra-se em homologação. O produto está previsto para dezembro de 2016.

2.20.8. 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 voltado 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 GGETI/DIGES. Esse produto está previsto para ser concluído em 2017.

2.20.9. EVOLUÇÃO DO MÓDULO PADRÃO TISS - INSTÂNCIAS DE PADRONIZAÇÃO EM PRODUÇÃO

Percentual de atividades realizadas/previstas: 5%

Este módulo compõe o sistema Padrão TISS e refere-se à gestão das atividades de aprimoramento do Padrão TISS realizadas pelo COPISS e pela Gerência-Executiva de Padronização e Interoperabilidade.

O produto inclui funcionalidades para cadastro dos participantes, gestão das reuniões, fóruns de discussão, recepção e processamento de solicitações de alteração do Padrão, entre outras atividades administrativas e de relacionamento com as entidades envolvidas no desenvolvimento do Padrão.

O produto depende da atuação da GGETI/DIGES. Esse produto está previsto para ser concluído em 2017.

2.20.10. MÓDULO PADRÃO TISS - GESTÃO DO PADRÃO TISS 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.

O produto depende da atuação da GGETI/DIGES. Esse produto está previsto para ser concluído em 2017.

2.20.11. DADOS DO PADRÃO TISS DISPONIBILIZADOS PARA A ANS E PARA A SOCIEDADE

Percentual de atividades realizadas/previstas: 35%

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 tem como objetivos subsidiar as ações de regulação do setor de saúde suplementar e contribuir com a conformação do Registro Eletrônico de Saúde do país.

A base de dados TISS 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 ou uma glosa de fatura. Para que os dados sejam disponibilizados para uso interno da Agência, na avaliação e elaboração de políticas regulatórias, e da sociedade em geral, 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.

Algumas das formas de disseminação já planejadas e em andamento são tratadas nos itens 2.21.1 (D-TISS) e 2.24.4 (RES) do presente Relatório. Outra forma importante de disseminação será a organização de uma série de arquivos compactados que permitirá tabulações da base do TISS, à semelhança dos disponibilizados pelo DATASUS contendo dados dos sistemas de informação da saúde pública. A GERPI iniciou, em conjunto com a Gerência-Executiva de Produção e Análise da Informação (GEPIN) e a GGETI/DIGES, a definição da demanda para disponibilização dos dados do TISS para a sociedade.

Esse produto está previsto para ser concluído em 2017.

2.20.12. MONITORAMENTO DO PADRÃO TISS

Percentual de atividades realizadas/previstas: 40%

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, bem como gerados os indicadores quantitativos, a análise dos resultados e as ações de melhoria. 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 da rotina de verificação do cumprimento da obrigação estabelecida na RN nº 305/2012.

Em relação ao cumprimento da obrigação estabelecida nessa Resolução Normativa, foram desenvolvidas as ações de apuração de denúncias mediante instauração dos respectivos processos administrativos sancionadores e o acompanhamento e resposta às demandas oriundas da Central de Atendimento a Operadoras, mediante registro no Sistema Integrado de Fiscalização (SIF), a partir de 2015.

A utilização do SIF para o registro das demandas dos agentes de troca de informações e outros atores do setor via Central de Relacionamento da ANS, em substituição ao uso do e-mail institucional, permitiu uma melhor organização e sistematização das demandas, como mais um instrumento do monitoramento mediante o registro e classificação das solicitações. Pretende-se que este conjunto de informações seja utilizado como insumo para o aprimoramento do Padrão TISS, promoção de oficinas de monitoramento e rotinas de divulgação ao mercado, por meio de comunicados eletrônicos e redes sociais, por exemplo.

Também em 2015, foram realizadas as Oficinas de Monitoramento do Padrão TISS em parceria com as representações no COPISS. Foram organizados três eventos voltados a uma amostra de operadoras selecionada a partir da avaliação quanto ao cumprimento da obrigação do envio dos dados. Para estas Oficinas, foram convocadas as operadoras que registravam menor percentual de envio de dados ou maior percentual de erros registrados nos arquivos enviados. As Oficinas aconteceram no Rio de Janeiro, São Paulo e Minas Gerais, atingindo um total de 29, 24 e 23 operadoras, respectivamente, de um grupo de até 40 operadoras convocadas para participar de cada evento.

Além das Oficinas, a equipe da GERPI participou de eventos organizados pelas representações do setor, realizando apresentações acerca do envio de dados do Padrão TISS, a exemplo do Congresso da UNIODONTO.

A próxima etapa é a evolução nas definições de regras de monitoramento da qualidade dos dados. Foram definidos diversos critérios para verificar a qualidade dos dados informados pelas operadoras no envio de dados do TISS e, a partir destes critérios, foi desenvolvida uma aplicação que automatiza o processo de verificação.

Em seguida, será feito o aperfeiçoamento do processo, com a definição de novos critérios de verificação da qualidade dos dados.

A aplicação está sendo homologada em conjunto com a GGETI/DIGES e tem previsão de conclusão em 2017.

2.20.13. PADRÃO: TISS: DIVULGAÇÃO E CAPACITAÇÃO

Percentual de atividades realizadas/previstas: 2%

O projeto inclui a divulgação do Padrão TISS para a sociedade, utilizando linguagem acessível a todos os públicos interessados e 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 (ASSINF) e a Gerência de Comunicação Social (GCOMS) para definição de ferramentas estão sendo iniciadas.

Esse produto está previsto para ser concluído em 2017.

2.20.14. NORMATIVO DO COPISS ATUALIZADO

Percentual de atividades realizadas/previstas: 20%

A IN DIDES nº 20, de 27 de março de 2006, que dispõe sobre o estatuto do COPISS, requer atualização de seu conteúdo, em especial no que diz respeito às atribuições, composição, organização e funcionamento dos grupos de trabalho do Comitê.

Foram consolidadas as propostas de atualização internas 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 2017.

2.20.15. TERMOS DE COOPERAÇÃO COM ENTIDADES DE REFERÊNCIA ASSINADOS

Percentual de atividades realizadas/previstas: 15%

As entidades de referência do COPISS são instituições que colaboram tecnicamente com a ANS e com o Comitê na implementação do Padrão TISS. Formalizar a relação com assinatura dos termos de cooperação dará mais segurança e para a continuidade dos trabalhos.

As etapas de seleção de entidades de referência e elaboração de proposta preliminar de Termo de Cooperação 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 2017.

2.21. PROJETO DISSEMINAÇÃO DA INFORMAÇÃO

O Projeto Disseminação da Informação teve seu escopo ampliado. No Relatório de Gestão anterior (agosto 2014 a julho 2015), havia sido considerado concluído com o encerramento das atividades “Reformulação do Caderno de Informação da Saúde Suplementar”, “Inclusão de novas consultas no ANS Tabnet” e “Dados Consolidados da Saúde Suplementar”. No entanto, avaliou-se que o projeto possui característica permanente que incluirá anualmente novos produtos e/ou incremento de produtos já finalizadas.

2.21.1. LANÇAMENTO DO D-TISS 2.0 (DETALHAMENTO DOS DADOS DO TISS)

Percentual de atividades realizadas/previstas: 90%

Lançado em dezembro de 2015, o D-TISS tem o objetivo de dar transparência aos dados do TISS em linguagem acessível para a sociedade. Através das informações reunidas pelo D-TISS, é possível se obter acesso aos dados de frequência de eventos em saúde e suas despesas, por variáveis demográficas e por UF. Por meio de um mecanismo amigável de busca por palavra-chave, o procedimento é selecionado; em seguida, o usuário tem acesso à quantidade realizada e ao número de prestadores. Essas informações podem ser observadas por UF, sexo, faixa etária, porte da operadora e/ou competência. A ferramenta permite ainda a análise dos dados na forma de mapas, através dos quais se torna possível identificar frequências por UF e por prestador. No que

tange à visão financeira, o D-TISS possibilitará o acesso aos valores da despesa média dos procedimentos e sua dispersão, com a apresentação dos dados selecionados em gráfico box-plot. Da mesma maneira, os filtros por UF, faixa etária, sexo, porte da operadora e competência também podem ser utilizados na visão financeira.

A atualização do D-TISS está prevista para o 2º semestre de 2016. A nova versão, “D-TISS 2.0”, contará com novos procedimentos para consulta e será baseada no *datamart* do TISS, que está em fase de desenvolvimento e seu detalhamento está descrito no item 2.22 deste Relatório (Projeto Implantação de *Business Intelligence* – BI). Além de uma relação bem mais ampla de procedimentos, a versão 2.0 apresenta uma interface bem mais amigável ao usuário além de ter aperfeiçoado a utilização dos filtros que passam a ser aplicáveis também aos prestadores.

2.21.2. LANÇAMENTO DO CADERNO DE INFORMAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR 2.0

Percentual de atividades realizadas/previstas: 30%

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.

A reformulação do Caderno de Informação objetiva torná-lo uma ferramenta interativa, desenvolvida através do Microstrategy³⁴. Os usuários poderão navegar sobre seus gráficos, mapas e tabelas, alterando parâmetros – por exemplo, cobertura assistencial ou tipo de contratação – dinamicamente. Além da visualização online, o conteúdo do Caderno poderá ser exportado em formato “pdf” ou como planilhas editáveis.

Para a realização deste trabalho, foi feito um levantamento das *queries* e planilhas utilizadas atualmente para se identificar o que é realizado de forma manual ou por fórmulas nas planilhas (formato “xls”). Ainda é preciso estabelecer definição sobre uma eventual reestruturação dos dados – podendo-se incluir e excluir consultas hoje existentes – passando pelo *layout*/protótipo dos painéis a serem utilizados e a criação de novas tabelas sumarizadas específicas para o que será chamado de Caderno 2.0.

2.21.3. HOMOLOGAÇÃO DE NOVA VERSÃO E INCLUSÃO DE NOVAS CONSULTAS NO ANS TABNET

Percentual de atividades realizadas/previstas: 70%

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. Dados a partir do ano 2000 estão disponíveis para consultas e sua atualização é trimestral.

Uma nova versão do Tabnet está sendo desenvolvida pelo DATASUS. Esta nova versão do programa será capaz de ler bancos relacionais, podendo, desta maneira, gerar consultas atualizadas diretamente a partir de nossas bases de dados, prescindindo do processo de carga manual periódica hoje requerido. A ANS participará desta atualização homologando a versão para Linux, que é o sistema operacional do servidor utilizado pela Agência para o Tabnet.

34 MicroStrategy é uma ferramenta OLAP cuja tecnologia de construção permite analisar e visualizar dados corporativos de forma rápida, consistente e principalmente interativa. A funcionalidade OLAP é capaz de oferecer respostas rápidas a consultas ad-hoc, não importando o tamanho do banco de dados nem sua complexidade. Essa tecnologia auxilia o usuário a sintetizar informações corporativas por meio de visões comparativas, análises históricas, projeções e elaborações de cenários.

Em novembro de 2015, uma nova consulta sobre demandas NIP foi incluída no Tabnet, atendendo a uma solicitação da Diretoria de Fiscalização.

As alterações no ressarcimento ao SUS, que passou a cobrar, além das internações, as APACs, resultaram na criação de um conjunto novo de consultas a partir de abril de 2016.

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.

2.21.4. APRIMORAMENTO DA PUBLICAÇÃO DADOS CONSOLIDADOS DA SAÚDE SUPLEMENTAR

Percentual de atividades realizadas/previstas: 90%

Trata-se de uma publicação trimestral 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. Seu conteúdo está dividido em 5 seções (beneficiários, operadoras, planos, rede e utilização e demandas dos consumidores), contendo gráficos, mapas e tabelas que ilustram uma visão geral do setor de saúde suplementar a partir das dimensões representadas por cada seção do documento.

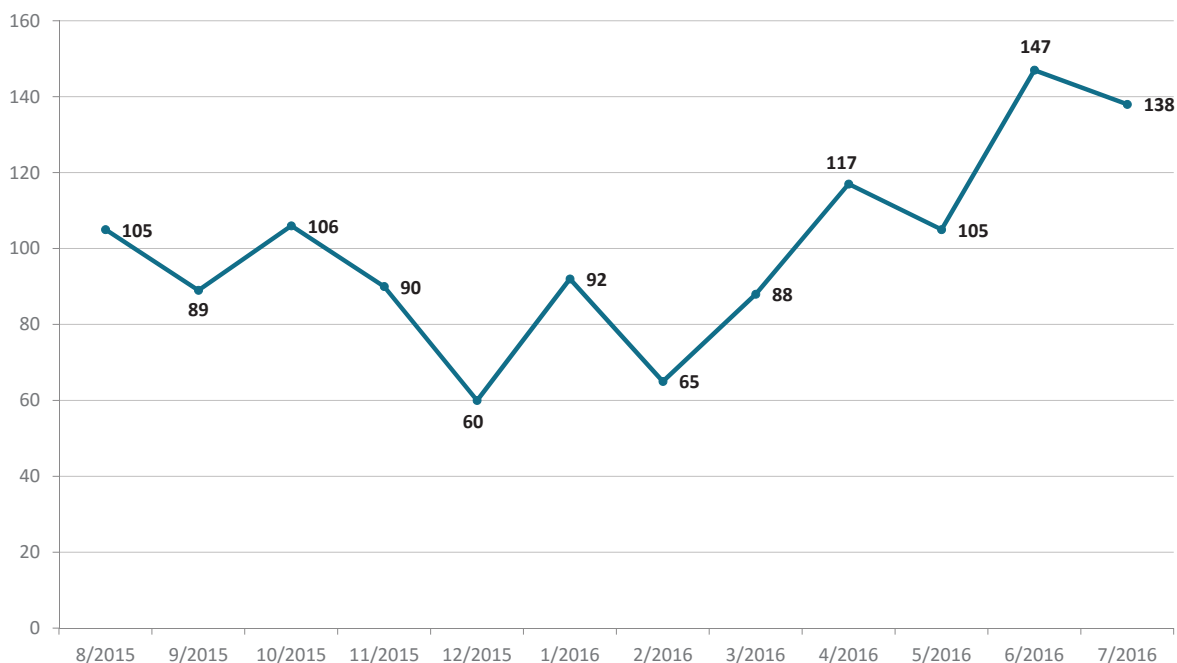
A cada atualização, seu conteúdo vem sendo ajustado, incorporando melhorias na apresentação dos dados, podendo alguns gráficos ou tabelas serem modificados ou inteiramente substituídos. Dentre as modificações que ocorreram no último ano, destacamos a inclusão dos dados de receita e despesa das operadoras em sua apresentação trimestral, bem como as taxas de sinistralidade. Ainda também foi incluído todo conteúdo de demandas do consumidor (reclamações, pedidos de informação e demandas NIP). Por fim, o arquivo passou a conter funcionalidades de hiperlink, facilitando sua navegação pelo usuário.

2.21.5. OTIMIZAÇÃO DO ATENDIMENTO A DEMANDAS PONTUAIS DE SOLICITAÇÃO DE INFORMAÇÕES

Percentual de atividades realizadas/previstas: 70%

A Gerência-Executiva de Produção e Análise da Informação recebe em média 100 demandas *ad hoc* por mês. Trata-se de solicitações de informações pontuais que precisam ser construídas a partir dos sistemas de informação da ANS. O gráfico abaixo ilustra a variação de demandas mensais recebidas no período de agosto de 2015 a julho de 2016. Estas demandas têm origem tanto externa (órgãos de controle, assembleias legislativas, centros de pesquisa e universidades) quanto interna, vindas de todas as Diretorias da ANS. Ocasionalmente, recebem-se solicitações de informações que estão disponíveis em ferramentas como o Tabnet ou a Sala de Situação. Para reduzir esse tipo de demanda, a gerência oferece oficinas de treinamento para estimular o uso interno dessas ferramentas. A DIPRO, como área técnica de consumo intenso de informações da Agência, já se beneficiou de uma destas oficinas, envolvendo mais de 25 participantes, incluindo coordenadores e gerentes, em fevereiro de 2016. Ainda, uma versão simplificada desta oficina também foi oferecida para o conjunto de Diretores-Adjuntos em janeiro 2016.

GRÁFICO 10 – QUANTIDADE DE DEMANDAS MENSAIS DA GEPIN



Fonte: Gerência Executiva de Produção e Análise de Informação - agosto/2016.

Outra forma buscada para a redução de demandas pontuais foi automatizar processos de trabalho de outras áreas da ANS. Exemplos desse esforço foram: a automação do Programa de Monitoramento da Garantia de Atendimento e do Monitoramento Assistencial. No primeiro caso, a GEPIN processava a Garantia de Atendimento gerando relatórios (planilhas xls) sobre os quais a área responsável realizava ainda cálculos diversos para identificar os planos a serem suspensos e reativados no período. Com a automação, os relatórios passaram a informar diretamente os planos indicados para suspensão e reativação, em concordância com as regras estabelecidas pela área. Outra vantagem é que todos os dados do ciclo são historiados em banco de dados.

Anteriormente à automatização do Monitoramento Assistencial, enviavam-se 12 planilhas para que a área solicitante realizasse todos os cálculos necessários ao resultado final do monitoramento e grande parte do processamento era feito através do *Statistical Analysis Software (SAS)* pela própria área.

Com a automatização do Monitoramento Assistencial, todo cálculo foi desenvolvido pela GEPIN e o resultado enviado à área. O histórico do monitoramento também será mantido em banco de dados. Está prevista ainda a criação de painéis no MicroStrategy que apresentarão as informações de cada ciclo de monitoramento.

2.22. PROJETO IMPLANTAÇÃO DE BUSINESS INTELLIGENCE (BI)

2.22.1. APERFEIÇOAMENTO DA SALA DE SITUAÇÃO PARA PÚBLICO INTERNO

Percentual de atividades realizadas/previstas: 70%

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.

A guia de relatórios da Sala de Situação é constantemente atualizada com novos relatórios construídos para atender as necessidades de informação das áreas. Hoje, a Sala já conta com quase 30 relatórios e, pelo menos, mais 5 relatórios estão em fase de homologação pelas áreas demandantes.

De maneira análoga, a guia “operadoras” também recebe ajustes, onde são incluídas novas informações para a visão de desempenho das operadoras.

Por fim, a guia de tabelas dinâmicas está sendo ajustada para permitir consultas por cobertura assistencial (médico-hospitalar e exclusivamente odontológica), assim como está em discussão o desenvolvimento de um novo cubo para produtos.

FIGURA 6 - TELA INICIAL DA SALA DE SITUAÇÃO DA ANS PARA O PÚBLICO INTERNO



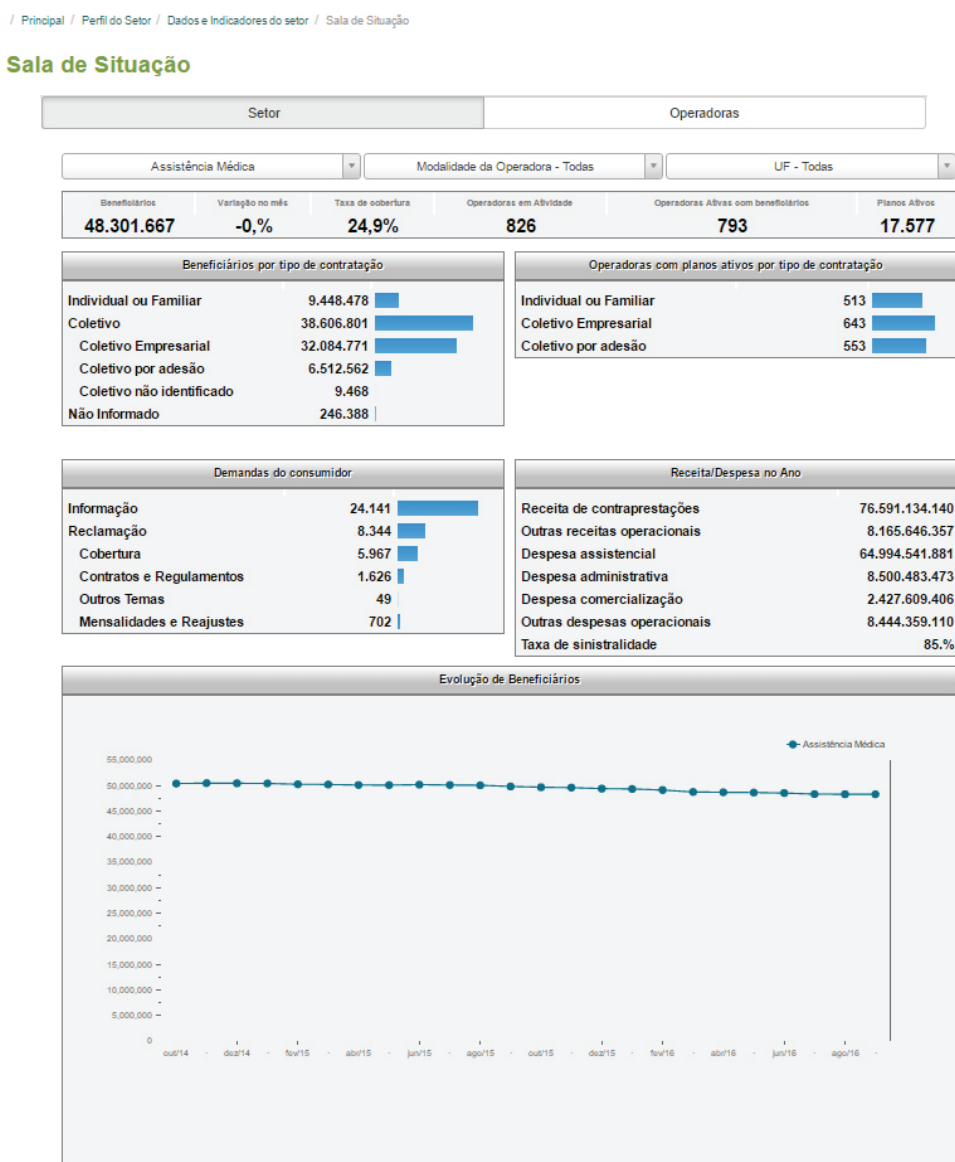
2.22.2. DISPONIBILIZAÇÃO DA SALA DE SITUAÇÃO PARA PÚBLICO EXTERNO

Percentual de atividades realizadas/previstas: 100%

A visão externa da Sala de Situação, publicada em maio de 2016, restringe as informações às abas do setor e das operadoras, ainda assim garantindo um conteúdo abrangente de informações de interesse para operadoras, prestadores, beneficiários, pesquisadores e formuladores de políticas.

Da mesma maneira que a Sala interna, a visão externa da Sala também está sujeita a ajustes, principalmente a partir daqueles incorporados à guia “operadoras”, inicialmente desenvolvida para visão interna.

,FIGURA 7 - TELA INICIAL DA SALA DE SITUAÇÃO DA ANS PARA O PÚBLICO EXTERNO

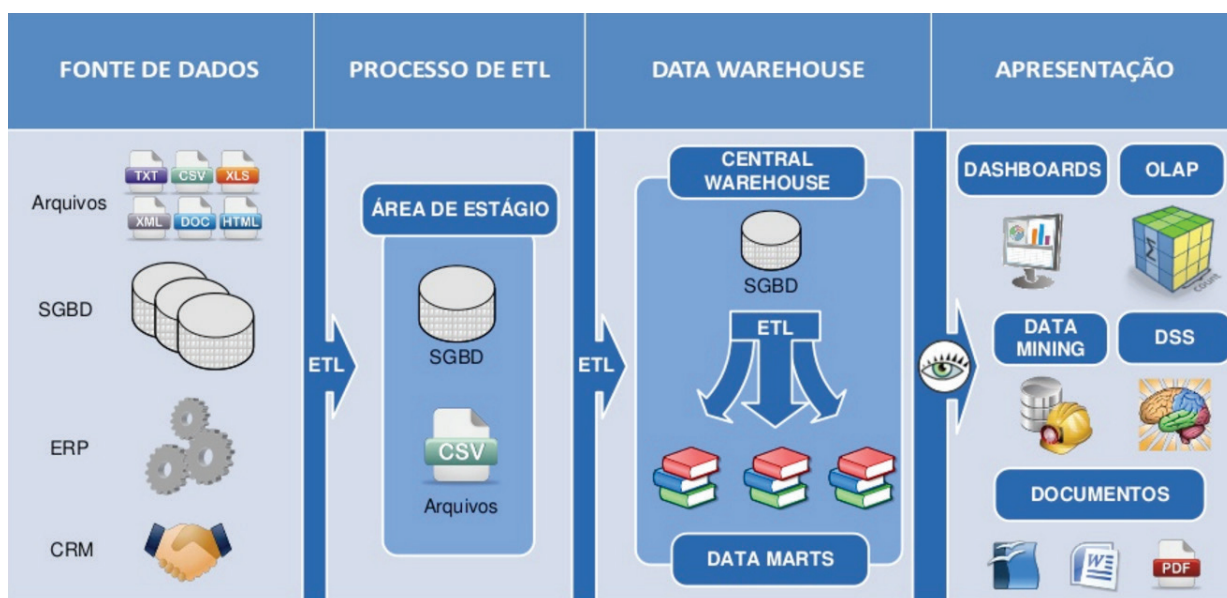


2.22.3. CRIAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE DATAMARTS

Percentual de atividades realizadas/previstas: 40%

Entre as principais estratégias de BI, utilizadas atualmente para gestão de dados, está a criação de *Data Warehouse* (DW), que pode ser definido como um sistema de computação utilizado para armazenar informações relativas às atividades de uma organização em bancos de dados, de forma consolidada (ver figura abaixo). O DW possibilita a análise de grandes volumes de dados, coletados dos sistemas transacionais. O desenho da base de dados favorece a construção de relatórios, a análise de grandes volumes e a obtenção de informações estratégicas que podem facilitar a tomada de decisão. O DW é constituído por *datamarts*, que possuem as informações por área de atuação da empresa. Além disso, cabe definir o termo *Data Quality*, que se refere às ações de avaliação da consistência, completude e confiabilidade durante o processo de produção de dados, gerando relatórios e proposição de correções quando aplicáveis.

FIGURA 8 - ARQUITETURA DE FORMA GENÉRICA DE UM SISTEMA DE BUSINESS INTELLIGENCE³⁵



Foi realizada a identificação das necessidades dos usuários para a elaboração das especificações visando à criação de *datamarts*. Prioritariamente iniciou-se o *datamart* do TISS e do Ressarcimento ao SUS. O *datamart* do TISS, que está em fase de conclusão, irá subsidiar a nova versão do D-TISS, prevista para o segundo semestre de 2016.

Também está em desenvolvimento um *datamart* compartilhado com o Ministério da Saúde. Este projeto envolve uma parceria com o Ministério para disponibilização de dados sumarizados da saúde suplementar. Será disponibilizada ao Ministério da Saúde a tabela sumarizada com os dados da Saúde Suplementar mensalmente.

2.23. PROJETO APRIMORAMENTO DA QUALIDADE CADASTRAL DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES DE BENEFICIÁRIOS (SIB)

Inicialmente, o projeto previu a flexibilização das críticas do SIB e um conjunto de ajustes, tendo como princípio otimizar as atualizações no Sistema, ampliando a possibilidade de correção e atualização, por parte das operadoras, dados de seus beneficiários com mais facilidade e contribuindo para uma base com melhor qualidade de informações. Até agosto de 2015, foram flexibilizadas as críticas dos movimentos de “inclusão” e “retificação”, sendo as demais executadas no período que compreende este Relatório.

Em paralelo, iniciou-se o monitoramento da qualidade cadastral das informações sobre beneficiários, com foco na qualificação da base e na identificação unívoca. Tal atividade busca acompanhar a implantação da flexibilização das críticas, bem como ampliar a interlocução com as Operadoras.

2.23.1. FLEXIBILIZAÇÃO DAS CRÍTICAS DOS MOVIMENTOS DE CANCELAMENTO, REATIVAÇÃO E MUDANÇA CONTRATUAL

Percentual de atividades realizadas/previstas: 100%

A flexibilização das críticas do SIB dos movimentos de Cancelamento, Reativação e Mudança Contratual engloba a remoção e atualização do sistema de críticas com ênfase na adaptação de contrato e migração de plano em registros com pendência de informações, como, por exemplo, o CPF. 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.

Em dezembro de 2015, foi disponibilizado para as Operadoras no sítio da ANS a nova Estrutura *XML Schema Definition* (XSD) do SIB, contemplando a flexibilização das críticas.

2.23.2. FLEXIBILIZAÇÃO DAS CRÍTICAS: MANUTENÇÃO CORRETIVA

Percentual de atividades realizadas/previstas: 20%

É a manutenção necessária para a atualização do sistema de informação em função das mudanças normativas e das solicitações das diversas áreas da ANS. Foram elencadas as prioridades de manutenção corretiva e iniciado o desenvolvimento das alternativas de devolução da análise da qualidade cadastral para as Operadoras.

2.23.3. BATIMENTO COM A SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL

Percentual de atividades realizadas/previstas: 100%

Esse produto trata da incorporação (gravação) na base de dados do SIB das informações corretas de identificação pessoal originárias da base de dados da Secretaria da Receita Federal quando o Cadastro de Pessoas Físicas (CPF) for validado. Adicionalmente, serão utilizadas outras informações constantes da base de dados da SRF para enriquecimento da base do SIB.

Desde dezembro de 2015, está em produção a rotina de equiparação com a base da SRF. Para os registros validados junto à Secretaria, é feita a equiparação dos nomes dos beneficiários com a base cadastral da SRF: desacentuação e padronização dos registros para o formato maiúsculo (*upper case*), passando a ser uma rotina mensal.

2.23.4. DESENVOLVIMENTO DE FERRAMENTAS DE MONITORAMENTO DA QUALIDADE CADASTRAL

Percentual de atividades realizadas/previstas: 50%

Foram aprimorados os critérios de análise e categorização da qualidade cadastral no SIB, equiparando com os conceitos utilizados no indicador de qualidade cadastral presente no IDSS. Desenvolveu-se a automação da emissão deste relatório na Sala de Situação e, ainda, do relatório detalhado de problemas de qualidade por registro, por Operadora.

Está em fase de homologação a disponibilização deste relatório para as Operadoras através da Central de Relatórios na área restrita do sítio eletrônico da ANS.

Em paralelo, está sendo estudada junto com a equipe GGETI uma alternativa de detalhamento da qualidade cadastral para ser acessada pelas Operadoras via SIB-WEB. Considerando que a equipe da GEPIN já possui acúmulo no desenvolvimento de critérios de qualidade cadastral e que a equipe GGETI possui expertise no trabalho desenvolvido para o monitor TISS, que pode ser aproveitado para o SIB, estima-se que até dezembro de 2016 este detalhamento esteja em produção.

2.23.5. AMPLIAÇÃO DA INTERLOCUÇÃO COM AS OPERADORAS

Percentual de atividades realizadas/previstas: 100%

Em janeiro de 2016, foram tomadas medidas que visaram tornar mais célere a interlocução com as Operadoras propiciando uma resposta mais qualificada da equipe técnica para os questionamentos relacionados ao SIB:

- Passou-se a adotar um mecanismo de controle de tempo de resposta para as correspondências endereçadas à GEPIN. Neste período foram respondidas 136 cartas;
- O canal de e-mail³⁶ foi migrado para o sistema OTRS (*Open-source Ticket Request System*), que é uma ferramenta amplamente utilizada pela ANS e que permite registro e controle de chamados, ampliando a capacidade de gerenciamento da equipe das demandas. Desde março de 2016, foram atendidos 681 chamados via OTRS.

Além disto, a equipe se disponibilizou para realizar reuniões presenciais com a Operadoras, sob demanda, e iniciou a ação Diálogos SIB, conforme o item a seguir.

2.23.6. DIÁLOGOS SIB: APRIMORAMENTO DA INFORMAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS

Percentual de atividades realizadas/previstas: 50%

O monitoramento da qualidade cadastral revelou alto índice de erros no processamento de arquivos, especialmente dos movimentos de mudança contratual, retificação e reativação e, ainda, que muitas Operadoras não se utilizam da flexibilização das regras que simplificam, principalmente, o movimento de retificação. Com isso, verificou-se a necessidade de aprimorar o entendimento do setor sobre regras do SIB e estudar, propor e avançar na simplificação do envio de informações.

FIGURA 9 – LOGO DO DIÁLOGOS SIB



O *Diálogos SIB* está previsto em três etapas:

- **Oficinas Regionalizadas de Aprimoramento da Qualidade Cadastral:** possuem o objetivo de aprimorar o aprendizado do setor sobre o SIB e da ANS sobre as dificuldades do setor e gerar subsídios para as etapas subsequentes.

Em julho de 2016, foram realizadas as oficinas Centro-Oeste (Brasília) e Sudeste I (São Paulo), contemplando atendimentos individualizados a 83 Operadoras.

- Em agosto de 2016, está prevista as oficinas Sudeste III (Belo Horizonte) e, em setembro, as oficinas Nordeste (Fortaleza) e Sudeste II (interior do Estado de São Paulo).
- **Grupo de Trabalho de Informação de Beneficiário (GTIB) / ANS:** possui o objetivo de identificar as necessidades de informação de beneficiário para a regulação e aprimorar os campos e exigências do SIB; previsto para iniciar em setembro de 2016.
- **Grupo de Trabalho de Informação de Beneficiário / Operadoras:** possui o objetivo de discutir propostas de reformulações no SIB; previsto para iniciar em novembro de 2016.

2.24. PROJETOS DE INTEGRAÇÃO COM O SUS

2.24.1. INTEROPERABILIDADE COM O SUS: TABELA UNIFICADA DO SUS MAPEADA COM A TUSS

Percentual de atividades realizadas/previstas: 56 %

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 e da Associação Médica Brasileira designados 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 Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS); e atualização do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS para registro do mapeamento. Foi 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 para disponibilização aos usuários do Sistema.

Esse produto está previsto para ser concluído em 2016.

2.24.2. INTEROPERABILIDADE COM O SUS: 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, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) no sentido de elaborar estratégias e definir ações que facilitem o cadastramento dos prestadores de serviços de saúde com atuação na Saúde Suplementar.

Foram realizadas as seguintes atividades: atualização e validação da aplicação para cadastramento de prestadores que atuam na saúde suplementar via identificação por CPF; participação da equipe no GT de tipos de estabelecimento do CNES e elaboração junto aos técnicos do Ministério da Saúde da minuta de Portaria que estabelece a Classificação de Tipos de Estabelecimentos de Saúde no CNES.

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.

Esse produto está previsto para ser concluído em 2017.

2.24.3. INTEGRAÇÃO AO BARRAMENTO SOA (SERVICE-ORIENTED ARCHITECTURE) DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

Percentual de atividades realizadas/previstas: 95%

Desde junho de 2016, entrou em produção a integração do Sistema de Informações de Beneficiários com o Sistema do Cartão Nacional de Saúde. O propósito desta integração é consultar a base do CNS para enriquecer o SIB com informações relativas ao campo “CNS”.

A execução do processo de atualização de números de CNS foi finalizada com sucesso. A rotina contemplou 8.428.418 Códigos de Controle Operacional (CCO) registrando 15.767.675 números de CNS (considerando números definitivos e provisórios).

As consultas à base do CNS são feitas de acordo com as prioridades abaixo:

- Registros validados junto à Secretaria da Receita Federal do Brasil que foram inseridos ou que tiveram o número de CNS alterado na última competência vigente.
- Registros validados junto à RFB que não possuem CNS no SIB.
- Demais registros validados junto à SRF.

Estão previstas alterações no campo “CNS” informado pela Operadora nas seguintes situações:

- Atribui-se um número máster de CNS aos registros validados junto à SRF e que não possuem esta informação.
- Altera-se o para um número máster de CNS os registros validados junto à SRF e que já possuíam número de CNS, porém de menor nível de qualidade.

Atualmente, a atividade encontra-se em fase de ajustes finais e passando a ser uma rotina mensal.

2.24.4. PROJETO REGISTRO ELETRÔNICO DE SAÚDE (RES)

2.24.4.1. BASE DE DADOS INDIVIDUALIZADOS/IDENTIFICADOS DISPONIBILIZADA

Percentual de atividades realizadas/previstas: 10%

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 Nacional gerido pelo Ministério da Saúde deve possuir todas as informações dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde.

Essa opção possibilita ao beneficiário acesso seguro e integral aos seus dados de saúde, além de dispor os dados para a continuidade dos tratamentos, contribuindo para a efetividade do cuidado, redução da incidência de erros na prestação da assistência e aumento da segurança e da 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 Registro Eletrônico da Saúde Suplementar 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.

Para construção do Registro Eletrônico de Saúde faz-se necessário determinar o conjunto mínimo de informações clínicas a serem disponibilizadas na aplicação, de modo que a ANS se aliou ao Ministério da Saúde no estudo e determinação desses dados.

Foram realizadas as seguintes atividades: participação na Oficina de trabalho realizada pelo DATASUS para debate do projeto com técnicos do Ministério da Saúde e especialistas convidados; definição junto aos técnicos do Ministério da Saúde do Conjunto Mínimo de Dados da Atenção à Saúde; elaboração junto aos técnicos do Ministério da Saúde dos requisitos, regras de negócio, listas de domínio e mensagem do Conjunto Mínimo de Dados (CMD) e de minuta de Portaria que institui o Conjunto Mínimo de Dados da Atenção à Saúde.

Esse produto está previsto para ser concluído em 2017.

2.24.4.2. EXPERIÊNCIAS INTERNACIONAIS EM IMPLANTAÇÃO DE EHEALTH

Percentual de atividades realizadas/previstas: 10%

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 uma visão global dos sistemas nacionais de saúde.

Foi elaborado o termo de referência para contratação de serviço de estudo de modelos, experiências, padrões tecnológicos e de informação internacionais em países que desenvolvem estratégias de e-Saúde e que já estabeleceram os dados básicos a serem coletados para sua estruturação, através da OPAS.

Esse produto está previsto para ser concluído em 2017.

2.24.5 . ESTUDO SOBRE A VIABILIDADE DE COBRANÇA DO BOLETIM DE PRODUÇÃO AMBULATORIAL INDIVIDUALIZADA (BPAI)

Percentual de atividades realizadas/previstas: 5%

Iniciou-se um estudo com diversos agentes parceiros e a formatação de um projeto-piloto de viabilidade da cobrança de Procedimento de Produção Ambulatorial, para fins de ressarcimento ao SUS, a ser realizado com os municípios participantes do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde.

2.24.6. REALIZAÇÃO DE OFICINAS DE RESSARCIMENTO E INTEGRAÇÃO COM O SUS

Percentual de atividades realizadas/previstas: 100 %

As Oficinas de Ressarcimento e Integração com o SUS visam apresentar as mudanças trazidas pelas RN n° 377 e IN DIDES n° 58, esclarecendo aos agentes envolvidos a nova dinâmica adotada pela ANS e desencorajando as operadoras de planos privados de saúde de se valerem das instâncias recursais para simplesmente protelarem o ressarcimento, o que já vem apresentando resultados.

Foram feitas Oficinas de Cadastramento (para instruir as operadoras quanto ao passo a passo de cadastramento no PERSUS) e de Impugnação (passo-a-passo para impugnar no sistema). Foram três Oficinas de cada tema, ou seja, ao todo 6 oficinas.

2.25. REFORMULAÇÃO DE ÁREAS DO PORTAL DA ANS RELACIONADAS À DIDES

Percentual de atividades realizadas/previstas: 60%

Com o objetivo de dar transparência aos projetos da Diretoria de Desenvolvimento Setorial, a Assessoria de Informação da DIDES, em parceria com as Gerências-Executivas e a Diretoria-Adjunta (DIRAD), realizou a reformulação de áreas fixas no Portal Eletrônico da Agência que tratam de assuntos relativos à Diretoria. As áreas passaram a ter textos explicativos, cartilhas e documentos referentes aos seus grupos técnicos. Além disso, passou-se a atualizar periodicamente as perguntas cadastradas na Central de Atendimento e, para dar mais visibilidade às dúvidas, a publicar FAQ (*Frequently Asked Questions*).

As páginas relacionadas à DIDES que foram adicionadas ou reformuladas conforme a tabela abaixo.

TABELA 13 – ÁREAS DA DIDES ADICIONADAS OU REFORMULADAS NO PORTAL ELETRÔNICO DA ANS

Participação da Sociedade
Comitê Técnico de Avaliação da Qualidade Setorial – COTAQ
Participação da Sociedade > Câmaras e Grupos Técnicos > Grupos Técnicos em andamento
Grupo Técnico Interáreas da ANS
Grupo Técnico Lei 13.003/14
Grupo Técnico LAB-DIDES - Laboratório de Desenvolvimento, Sustentabilidade e Inovação Setorial;
Grupo Técnico LAB-DIDES Odontologia - Laboratório de Desenvolvimento, Sustentabilidade e Inovação Setorial
Grupo Técnico Externo de Órteses, Próteses e Materiais Especiais.
Grupo Técnico de Remuneração
Grupo Técnico do Idoso Bem Cuidado
Grupo Técnico de Oncologia
Gestão em Saúde
Projeto Idoso Bem Cuidado
Prestadores > Contrato ente operadoras e prestadores
Fator de Qualidade
Dúvidas sobre a Lei 13.003/2014
Dúvidas sobre a Obrigatoriedade de Credenciamento de Enfermeiros Obstétricos e Obstetizes
Cartilha de Contratualização – Glosa
Planos e Operadoras > Espaço da Operadora
Relacionamento com o Cliente (PIN-SS): apresenta detalhes sobre o Portal de Informação do Beneficiário da Saúde Suplementar, uma área restrita dos portais das operadoras que pode ser acessada por beneficiários e pessoas jurídicas contratantes, mediante login e senha.
Planos e Operadoras > Espaço do Consumidor
Dados Cadastrais do Consumidor: a DIDES abordou o tema PIN-SS com enfoque no consumidor. A área está dividida em:
- Na ANS (COMPROVA – Comprovante de Dados Cadastrais do Consumidor): que possibilita a emissão de um comprovante de dados cadastrais do consumidor informado pela operadora à ANS.
- Na sua operadora de plano de saúde: esclarecimento a respeito da obrigatoriedade de a operadora disponibilizar, em seus portais na internet, uma área exclusiva que reunirá informações individualizadas do beneficiário de plano de saúde e uma área destinada às empresas contratantes de planos coletivos.

FIGURA 10 – TELA DA ÁREA DE CÂMARAS E GRUPOS TÉCNICOS DO PORTAL ELETRÔNICO DA ANS

Audiências Públicas

CAMSS - Câmara de Saúde Suplementar

Câmaras e Grupos Técnicos

Câmara Técnica sobre a Qualificação da Entrada de Beneficiários em Planos de Saúde: Doenças ou Lesões Preexistentes

Grupo Técnico Permanente de Estudos da Metodologia do Monitoramento da Garantia de Atendimento

Câmaras e Grupos Técnicos Anteriores

Câmara Técnica da Regulamentação do Pedido de Cancelamento/Exclusão de Beneficiários em Planos de Saúde

Grupo Técnico de Medicamentos Antineoplásicos Orais

Grupo Técnico FormSUS – Procedimentos – DUT

Grupo Técnico Genética

Grupo Técnico Externo de Órteses, Próteses e Materiais Especiais

Grupo Técnico Viver Zila

Grupo Técnico LAB-DIDES - Laboratório de Desenvolvimento, Sustentabilidade e Inovação Setorial

Grupo Técnico LAB-DIDES Otorrinolaringologia - Laboratório de Desenvolvimento, Sustentabilidade e Inovação Setorial

Grupo Técnico Lei 13.003/14

Grupo Técnico Interiores (DIDES, DIPRO e DIFS)

Grupo Técnico do Iosso Bem Cuidado

Grupo Técnico de Remuneração

Consultas Públicas

COPISS - Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar

Comitê de Qualidade Setorial

COSAÚDE - Comitê Permanente de Regulação de Atenção à Saúde

Câmaras e Grupos Técnicos

As **Câmaras Técnicas** surgem da necessidade de aprofundar a discussão de assuntos pertinentes à saúde suplementar. São grupos temporários compostos por especialistas da ANS e/ou por representantes de todos os envolvidos no setor, a convite da ANS, de acordo com o nível de complexidade e importância desses assuntos. As Câmaras Técnicas obedecem a um caráter formal, estabelecido em um regimento interno também aprovado pela Diretoria Colegiada.

Com estrutura e objetivos semelhantes, podem ser criados também **Grupos Técnicos**. Os grupos técnicos realizam um estudo técnico mais aprofundado e específico. Por isso, não possuem o caráter formal de uma Câmara Técnica.

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

Câmaras Técnicas em andamento

Título	
Câmara Técnica da Regulamentação do Pedido de Cancelamento/Exclusão de Beneficiários em Planos de Saúde	Ver detalhes
Câmara Técnica sobre a Qualificação da Entrada de Beneficiários em Planos de Saúde: Doenças ou Lesões Preexistentes	Ver detalhes

Grupos Técnicos em andamento

Clique nos links abaixo para acessar os detalhes e arquivos dos grupos técnicos.

Título	
Grupo Técnico de Remuneração	Ver detalhes
Grupo Técnico do Iosso Bem Cuidado	Ver detalhes
Grupo Técnico Interiores (DIDES, DIPRO e DIFS)	Ver detalhes
Grupo Técnico Lei 13.003/14	Ver detalhes
Grupo Técnico LAB-DIDES - Laboratório de Desenvolvimento, Sustentabilidade e Inovação Setorial	Ver detalhes
Grupo Técnico LAB-DIDES Otorrinolaringologia - Laboratório de Desenvolvimento, Sustentabilidade e Inovação Setorial	Ver detalhes
Grupo Técnico Externo de Órteses, Próteses e Materiais Especiais	Ver detalhes
Grupo Técnico Permanente de Estudos da Metodologia do Monitoramento da Garantia de Atendimento	Ver detalhes
Grupo Técnico de Medicamentos Antineoplásicos Orais	Ver detalhes

FIGURA 11 – TELA DA “ÁREA DO CLIENTE NO PORTAL DA OPERADORA”

Área do Beneficiário (Pessoa Física)

Área do Contratante (Pessoa Jurídica)

Área do Beneficiário
(Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar - PIN-SS)

Área da Pessoa Jurídica Contratante

RN 389 - Conheça as novas regras

Informações para os beneficiários e para as empresas contratantes de planos de saúde



O que é:
Espaço exclusivo no portal das operadoras com informações para todos os beneficiários de planos de saúde. O acesso será restrito ao beneficiário, titular ou dependente, e os dados só poderão ser visualizados com o uso de **login e senha**.

O que deve conter:

Informações cadastrais: Relação mínima de dados do beneficiário, do plano contratado e da operadora, como nome, data de nascimento, número do contrato, data de contratação do plano e prazo máximo previsto para carências.

Informações sobre utilização de plano: Histórico de todos os procedimentos – consultas, exames, terapias e internações -

Além das mudanças já realizadas, está prevista para o segundo semestre de 2016 a criação as áreas dos Projetos OncoRede e Sorrir e do 1º Hackathon ANS. Também já foram apresentadas propostas de criação de duas áreas temáticas:

- Ressarcimento ao SUS

As informações sobre Ressarcimento ao SUS estão disponibilizadas em diversas áreas do site da ANS, respeitando a arquitetura do site que prioriza grupos temáticos. Mesmo com todas as informações disponíveis no site, a Gerência-Executiva de Integração e Ressarcimento ao SUS recebe, por semana 74 e-mails e nove demandas providas do Sistema Integrado de Fiscalização, com dúvidas relativas ao tema ressarcimento ao SUS. Além disso, em pesquisa presencial realizada durante o CONASENS, foi constatado que 42% dos respondentes julgam que o site da ANS contribui apenas parcialmente no processo de integração com o SUS.

Com o objetivo de diminuir esta demanda e estreitar a relação com o SUS, a GEIRS, em parceria com a Assessoria de Informação da DIDES, elaborou uma proposta de reorganização do site no que se refere ao tema ressarcimento e a apresentou durante a terceira Reunião da Comissão Permanente de Tecnologias Colaborativas, realizada em julho de 2016.

A proposta apresentada defende que o site contenha uma área de ressarcimento e integração com SUS, em que o usuário possa encontrar:

- Notícias;
- Acompanhamento de processos de ressarcimento ao SUS;
- Publicações;
- Base de dados do SUS;
- Pagamentos e parcelamentos, impugnação e recursos, consulta de processos, débitos, pagamento, parcelamento e repasse;
- Cartilhas (temas já identificados pelo SUS);
- FAQ por Árvore temática;
- Conteúdo para Gestores SUS;
- Pontos de integração com o SUS (Cartão Nacional de Saúde e outros temas relevantes).

Esta proposta está em fase de análise pela Comissão Permanente.

- Prestadores

A DIDES gerencia as seguintes áreas de relacionamento com os prestadores:

- Contratos ente operadoras e prestadores;
- Padrão para Troca de Informação de Saúde;
- Projeto Parto Adequado; e
- QUALISS.

A proposta da Diretoria é que estes assuntos sejam agrupados em uma área idêntica à das operadoras e que sejam postadas notícias, avisos e calendário de atividades neste local. Esta proposta será avaliada na reunião da Comissão Permanente de Tecnologias Colaborativas, que será realizada em setembro de 2016.

ANEXO I

LISTA DE RESOLUÇÕES NORMATIVAS RELATIVAS À DIDES EXPEDIDAS ENTRE AGOSTO DE 2015 E JULHO DE 2016

2015		
RN n°	Data DOU	Ementa
385	08/09/2015	Altera o Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, instituído pela Resolução Normativa - RN nº 197, de 16 de julho de 2009, a RN nº 198, de 16 de julho de 2009, que define o quadro de cargos comissionados e cargos comissionados técnicos da ANS, e a RN nº 4, de 19 de abril de 2002, que dispõe sobre o parcelamento de débitos tributários e não tributários para com a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, além do ressarcimento ao Sistema Único de Saúde - SUS.
386	13/10/2015	Dispõe sobre o Programa de Qualificação de Operadoras e dá outras providências
389	27/11/2015	Dispõe sobre a transparência das informações no âmbito da saúde suplementar, estabelece a obrigatoriedade da disponibilização do conteúdo mínimo obrigatório de informações referentes aos planos privados de saúde no Brasil, revoga a Resolução Normativa nº 360 de 3 de dezembro de 2014, e o parágrafo único do art. 5º, da RN nº 190 de 30 de abril de 2009, e dá outras providências.

2016		
RN n°	Data DOU	Ementa
405	10/05/2016	Dispõe sobre o Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar – QUALISS; revoga a Resolução Normativa - RN nº 267, de 24 de agosto de 2011, com exceção do art.44-B incorporado à RN nº 124, de 30 de março de 2006; e revoga também a RN nº 275, de 1º de novembro de 2011, a RN nº 321, de 21 de março de 2013, a RN nº 350, de 19 de maio de 2014, e a Instrução Normativa - IN nº 52, de 22 de março de 2013 da Diretoria de Desenvolvimento Setorial, e dá outras providências.

ANEXO II

LISTA DE INSTRUÇÕES NORMATIVAS EXPEDIDAS PELA DIDES ENTRE AGOSTO DE 2015 E JULHO DE 2016

2015		
RN n°	Data DOU	Ementa
59	07/10/2015	Dispõe sobre o Termo de Cooperação a ser firmado entre a Diretoria de Desenvolvimento Setorial DIDES e as operadoras de planos privados de assistência à saúde, autorizadas pela ANS a adquirir as referências operacionais e o cadastro de beneficiários através de oferta pública, tal como disposto na Resolução Normativa - RN 384, de 04 de setembro de 2015.
60	13/10/2015	Detalha a Resolução Normativa - RN nº 386 de 9 de outubro de 2015, para dispor sobre a avaliação de desempenho das operadoras, a partir do ano-base 2015, pelo Programa de Qualificação de Operadoras, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.
61	07/12/2015	Dispõe sobre a regulamentação dos parágrafos 2º e 3º do artigo 7º da Resolução Normativa - RN nº 364, de 11 de dezembro de 2014, que dispõe sobre o Fator de Qualidade a ser aplicado ao índice de reajuste definido pela ANS para prestadores de serviços hospitalares.

2016		
RN n°	Data DOU	Ementa
62	15/02/2016	Regulamenta o tratamento dispensado às reclamações, solicitações de providências ou petições assemelhadas, doravante denominadas demandas, que, por qualquer meio, forem recebidas pela DIDES, relacionadas às Resoluções Normativas nº 363, de 11 de dezembro de 2014, nº 364, de 11 de dezembro de 2014, e nº 365, de 11 de dezembro de 2014.

ANEXO III

LISTA DE INDICADORES, METAS E PROJETOS DA DIDES PRESENTES NOS DIVERSOS INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO DA ANS E DO GOVERNO FEDERAL QUE ENVOLVAM OS ANOS DE 2015 E 2016

CONTRATO DE GESTÃO 2015/2017									
Perspectiva Estratégica	Objetivo Estratégico	Indicador	2015		2016		2017		Gerência
			Meta	Alcançado	Meta	Alcançado	Meta	Alcançado	
Qualificação da Saúde Suplementar	Promover a Qualidade Setorial	Proporção de beneficiários em operadoras com Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) superior a 0,6	65%	91%	65%	-	70%	-	GEEIQ
CONTRATO DE GESTÃO 2015/2017									
Eixos	Macroprojetos		Projetos						Gerência
1. GARANTIA DE ACESSO E QUALIDADE SETORIAL	1.1 Remodelagem de prestação de serviços e seu financiamento na saúde suplementar, com foco na qualidade		Projeto-piloto de redesenho de prestação e remuneração de serviços de parto na Saúde Suplementar (Parto Adequado)						GERAR
			Projeto-Piloto de Redesenho da Prestação e Remuneração dos Serviços aos Idosos na SS (Idoso Bem Cuidado)						ASTEG
	1.2 Aprimoramento do monitoramento do acesso, das notificações de intermediação preliminar e racionalização com integração dos indicadores de qualidade		Reestruturação do Programa QUALISS						GEEIQ
2. SUSTENTABILIDADE DO SETOR	2.2 Estímulo à eficiência, à concorrência e à transparência no setor suplementar, bem como a escolha empoderada dos consumidores		Incremento da transparência das informações da SS						GEPIN
			Definição de indicadores de qualidade para a composição do reajuste dos prestadores não hospitalares (Fator de Qualidade)						GERAR
			Ampliação da transparência em relação à cadeia de valor das OPMEs (GTE OPME)						GERAR/GERPI
3. INTEGRAÇÃO COM O SUS	3.1. Aprimoramento das interfaces de regulação de serviço		Aprimoramento da metodologia de análise do ressarcimento ao SUS com foco na identificação dos possíveis motivos de utilização do SUS por beneficiários de planos de saúde						GEIRS
			Criação de um indicador de uso do SUS para fins regulatórios						GEIRS
	3.2. Análise regionalizada da prestação dos serviços.		Publicação do Mapa de Utilização do SUS por beneficiários da saúde suplementar						GEIRS
	3.3 Desenvolvimento do Registro Individualizado de Saúde: acesso e portabilidade de informações		Recomendação de um conjunto mínimo de dados para composição do RES clínico da saúde suplementar						GERPI
			Registro Individualizado de Saúde da SS acessível via Portal do Cidadão						GERPI
Aprimoramento da gestão das informações sobre beneficiários, com foco na qualificação da base e na identificação unívoca						GEPIN			

ANEXO IV

LISTA DE EVENTOS E REUNIÕES DE GRUPOS TÉCNICOS REALIZADOS PELA DIDES ENTRE AGOSTO DE 2014 E JULHO DE 2016 E OS PREVISTOS ATÉ O FIM DE 2016³⁷

Nº	EVENTO	REGIÃO	CIDADE	DIA	MÊS	ANO
1	Reunião do COPISS	SUDESTE	Rio de Janeiro	21	agosto	2014
2	Oficina de Planejamento e Integração DIDES	SUDESTE	Rio de Janeiro	29	agosto	2014
3	Grupo Técnico para a discussão da Lei 13003	SUDESTE	Rio de Janeiro	25	setembro	2014
4	Grupo Técnico para a discussão da Lei 13003	SUDESTE	Rio de Janeiro	17	outubro	2014
5	Grupo Técnico para a discussão da Lei 13003	SUDESTE	Rio de Janeiro	4	novembro	2014
6	Grupo Técnico para a discussão da Lei 13003	SUDESTE	Rio de Janeiro	11	novembro	2014
7	Reunião do COPISS	SUDESTE	Rio de Janeiro	18	setembro	2014
8	Reunião do COPISS	SUDESTE	Rio de Janeiro	16	outubro	2014
9	Audiência Pública sobre o GT para discussão da Lei 13003	SUDESTE	Rio de Janeiro	11	novembro	2014
10	Coletiva de Imprensa: anúncio da lista de hospitais que se inscreveram para participar do projeto Parto Adequado	SUDESTE	Rio de Janeiro	27	março	2015
11	LAB-DIDES	SUDESTE	Rio de Janeiro	15	abril	2015
12	Oficina de Ressarcimento e Integração com o SUS	SUDESTE	Rio de Janeiro	27	abril	2015
13	Oficina do Cartão Nacional de Saúde	SUDESTE	Rio de Janeiro	27	abril	2015
14	LAB-DIDES	SUDESTE	Rio de Janeiro	6	maio	2015
15	Coletiva de Imprensa "Medidas Relacionadas ao Ressarcimento"	SUDESTE	Rio de Janeiro	8	maio	2015
16	Oficina de Treinamento – PERSUS	SUDESTE	Rio de Janeiro	22	maio	2015
17	LAB-DIDES	SUDESTE	Rio de Janeiro	8	junho	2015
18	Câmara Técnica de Implementação dos Normativos da Lei 13003	SUDESTE	Rio de Janeiro	15	junho	2015
19	4º Laboratório de Desenvolvimento, Inovação e Sustentabilidade	SUDESTE	Rio de Janeiro	19	junho	2015
20	Oficina de Treinamento – PERSUS	SUDESTE	Rio de Janeiro	26	junho	2015
21	5º Laboratório de Desenvolvimento, Inovação e Sustentabilidade	SUDESTE	Rio de Janeiro	7	julho	2015
22	LAB-DIDES	SUDESTE	Rio de Janeiro	24	julho	2015
23	IN do Fator de Qualidade	SUDESTE	Rio de Janeiro	6	agosto	2015
24	Sessão Introdutória à 2ª Sessão de Aprendizagem do Projeto Parto Adequado	SUDESTE	São Paulo	11	agosto	2015
25	Planejamento DIDES 2016	SUDESTE	Rio de Janeiro	18 e 19	agosto	2015
26	LAB-DIDES	SUDESTE	Rio de Janeiro	3	setembro	2015
27	Fórum ANS/DATASUS	CENTRO-OESTE	Brasília	5 e 6	outubro	2015
28	LAB-DIDES Odontologia	SUDESTE	Rio de Janeiro	7	outubro	2015
29	Oficina sobre o Padrão TISS para Operadoras	SUDESTE	Rio de Janeiro	8	outubro	2015

continua...

continuação

Nº	EVENTO	REGIÃO	CIDADE	DIA	MÊS	ANO
30	2ª Câmara Técnica de Monitoramento de Implantação dos normativos da Lei 13.003 e 4ª Reunião do GT do Fator de Qualidade	SUDESTE	Rio de Janeiro	22	outubro	2015
31	3ª Sessão de Aprendizagem Presencial do Parto Adequado	SUDESTE	São Paulo	27	outubro	2015
32	1º Reunião do Grupo de Trabalho Interno de OPME	SUDESTE	Rio de Janeiro	16	novembro	2015
33	Seminário Interno Padrão TISS	SUDESTE	Rio de Janeiro	30	novembro	2015
34	Seminário do Padrão TISS	SUDESTE	Rio de Janeiro	1	dezembro	2015
35	A Organização da Prestação dos Serviços e o Financiamento em Saúde: perspectivas no Brasil e no mundo	SUDESTE	Rio de Janeiro	2	dezembro	2015
36	LAB-DIDES	SUDESTE	Rio de Janeiro	7	dezembro	2015
37	LAB-DIDES Odontologia	SUDESTE	Rio de Janeiro	19	janeiro	2016
38	2ª Reunião do Grupo Técnico de OPME	SUDESTE	Rio de Janeiro	26	janeiro	2016
39	QUALISS	SUDESTE	Rio de Janeiro	19	fevereiro	2016
40	Planejamento DIDES	SUDESTE	Rio de Janeiro	23	fevereiro	2016
41	LAB-DIDES Odontologia	SUDESTE	Rio de Janeiro	26	fevereiro	2016
42	GTE OPME - Grupo 1 - GNDM/DTISS	SUDESTE	Rio de Janeiro	4	março	2016
43	GTE OPME - Grupo 4 - Protocolos	SUDESTE	Rio de Janeiro	8	março	2016
44	GTE OPME - Grupo 5 - Transposição de Tabela e Modelo	SUDESTE	Rio de Janeiro	8	março	2016
45	GTE OPME - Grupo 2 - TUSS x DUT	SUDESTE	Rio de Janeiro	11	março	2016
46	GTE OPME - Grupo 3 - Entendimentos Divergentes	SUDESTE	Rio de Janeiro	11	março	2016
47	GTE OPME - Grupo 6 - Sistema de Informação para o Monitoramento do Mercado de DMI	CENTRO-OESTE	Brasília	17	março	2016
48	82ª Reunião do COPISS	SUDESTE	Rio de Janeiro	22	março	2016
49	Planejamento DIDES 2016-2017	SUDESTE	Rio de Janeiro	30	março	2016
50	3º reunião do Grupo Técnico Externo de Órteses, Próteses e Materiais Especiais	SUDESTE	Rio de Janeiro	8	abril	2016
51	LAB-DIDES Odontologia	SUDESTE	Rio de Janeiro	14	abril	2016
52	Grupo Técnico da Lei 13.003	SUDESTE	Rio de Janeiro	26	abril	2016
53	Parto (operadoras)	SUDESTE	Rio de Janeiro	3	maio	2016
54	LAB-DIDES	SUDESTE	Rio de Janeiro	13	maio	2016
55	Novos Projetos da Diretoria de Desenvolvimento Setorial	SUDESTE	Rio de Janeiro	24	maio	2016
56	LAB-DIDES - Modelos de remuneração e (9h30 às 12h30) Quesitos necessários para contratos On-line entre operadoras e beneficiários (14h às 18h)	SUDESTE	Rio de Janeiro	13	junho	2016
57	LAB-DIDES Odontologia	SUDESTE	Rio de Janeiro	20	junho	2016

continuação...

continuação

Nº	EVENTO	REGIÃO	CIDADE	DIA	MÊS	ANO
58	COPISS Ampliado	SUDESTE	Rio de Janeiro	21	junho	2016
59	Grupo Técnico da Lei 13.003	SUDESTE	Rio de Janeiro	21	junho	2016
60	Diálogos SIB - Aprimoramento da Informação de Beneficiários	SUL	Porto Alegre	22 à 24	junho	2016
61	Diálogos SIB - Aprimoramento da Informação de Beneficiários	CENTRO-OESTE	Brasília	6 à 8	julho	2016
62	3º Reunião do Grupo de Trabalho Externo de OPME (GTEOPME) - Grupo Protocolos	SUDESTE	Rio de Janeiro	15	julho	2016
63	4º Reunião do Grupo de Trabalho Externo de OPME - Plenária	SUDESTE	Rio de Janeiro	15	julho	2016
64	Reunião do Comitê Técnico de Avaliação da Qualidade Setorial (COTAQ) e Entidades Parceiras	SUDESTE	Rio de Janeiro	19	julho	2016
65	Diálogos SIB - Aprimoramento da Informação de Beneficiários	SUDESTE	São Paulo	20 à 22	julho	2016
66	Diálogos SIB - Aprimoramento da Informação de Beneficiários	SUDESTE	Belo Horizonte	10 à 12	agosto	2016
67	LAB-DIDES Odontologia	SUDESTE	Rio de Janeiro	1º	setembro	2016
68	Grupo Técnico Interáreas da ANS (DIDES, DIPRO e DIFIS)	SUDESTE	Rio de Janeiro	5	setembro	2016
69	Idoso Bem Cuidado	SUDESTE	Rio de Janeiro	6	setembro	2016
70	GT de Remuneração	SUDESTE	Rio de Janeiro	14	setembro	2016
71	Diálogos SIB - Aprimoramento da Informação de Beneficiários	NORDESTE	Fortaleza	14 à 16	setembro	2016
72	Diálogos SIB - Aprimoramento da Informação de Beneficiários	SUDESTE	Campinas	27 à 29	setembro	2016
73	OncoRede	SUDESTE	Rio de Janeiro	5	outubro	2016
74	Grupo Técnico Interáreas da ANS (DIDES, DIPRO e DIFIS)	SUDESTE	Rio de Janeiro	14	julho	2016

ANEXO V

PARTICIPAÇÃO DA DIDES EM FÓRUMS DE DEBATE NACIONAIS E INTERNACIONAIS ENTRE AGOSTO DE 2015 E JULHO DE 2016

ÁREA PARTICIPANTE	FÓRUM / CONGRESSO / EVENTO	LOCAL	DATA	ASSUNTO / TEMA	OBSERVAÇÃO
DIDES e GEPIN	11º Congresso de Saúde Coletiva	Goiânia (GO), Brasil	01/08/2015	Saúde, Desenvolvimento e Democracia: o desafio do SUS universal	Reconhecimento dos pontos de contato com outros programas do SUS que proporcionam a integração das informações cadastrais, entre outras aplicações da informação em saúde.
GEEIQ	Seminário Internacional de Segurança do Paciente e Acreditação em Saúde	São Paulo (SP), Brasil	07/08/2015 a 08/08/2015	Acreditação	-
GERPI	Workshop de Planejamento Estratégico do RES Nacional	Brasília (DF), Brasil	12/08/2015	Registro Eletrônico de Saúde	Apresentação e discussão das ações para desenvolvimento do Registro Eletrônico de Saúde - RES Nacional.
DIDES	26º Fórum Anual Internacional na Europa	São Paulo (SP), Brasil	13/08/2015	Em busca da Sustentabilidade	-
GERAR	1º Fórum Latino Americano de Qualidade e Segurança na Saúde	São Paulo (SP), Brasil	13/08/2015 a 15/08/2015	Sustentabilidade	-
DIRAD	1º Fórum Latino Americano de Qualidade e Segurança na Saúde - Em busca da Sustentabilidade.	São Paulo (SP), Brasil	14/08/2015	Qualidade e Segurança na Saúde	-
DIDES	1º Fórum Latino Americano de Qualidade e segurança na saúde	São Paulo (SP), Brasil	15/08/2015	Qualidade e segurança na saúde	-
DIDES e GERPI	15º Congresso Mundial de Informática em Saúde – MEDINFO 2015 - "A saúde habilitada pela e-Saúde"	São Paulo (SP), Brasil	19/08/2015 a 23/08/2015	Informática em Saúde	Apresentações e debates de como a e-Saúde e a Tecnologia da Informação podem contribuir para resolver problemas na atenção, assistência e gestão da saúde
DIRAD	Health Costs 2015	São Paulo (SP), Brasil	20/08/2015	Transparência em comunicação, reorganização da saúde suplementar e sustentabilidade agregada às estratégias para gestão de custos em saúde	-
GEEIQ	10º Congresso Unimed de Auditoria em Saúde	Natal (RN), Brasil	20/08/2015 a 22/08/2015	-	-
GEPIN	XII Encontro Nacional de Economia da Saúde	Salvador (BA), Brasil	24/08/2016 a 26/08/2016	O evento teve como temas o financiamento, alocação de recursos e regionalização no SUS; Gestão; Regulação de assistência à saúde, mercado de trabalho e de medicamentos: medidas adotadas e possibilidades.	O evento contribuiu para melhor compreensão das políticas públicas que envolvem economia e organizações em saúde de acordo com as necessidades e demandas de serviços de saúde. Estas levam à reflexão quanto a regulação e fiscalização em saúde, o que contempla, também, a saúde suplementar.
DIDES e DIRAD	VII Congresso Uniodonto Campinas	Campinas (SP), Brasil	26/08/2015	-	-

continuar...

ÁREA PARTICIPANTE	FÓRUM / CONGRESSO / EVENTO	LOCAL	DATA	ASSUNTO / TEMA	OBSERVAÇÃO
GERAR	13º congresso de Farmácia e Bioquímica de Minas Gerais	Belo Horizonte (MG), Brasil	28/08/2015	Contratualização	-
GERAR	1º Fórum de Contratualização entre planos de Saúde e Médicos no Estado do ES	Vitória (ES), Brasil	03/09/2015	Esclarecer dúvidas sobre a Lei nº 13.003/2014	-
DIDES	GERIAT RIO 2015	Rio de Janeiro (RJ), Brasil	06/09/2015	Programando a velhice	-
DIDES	10ª Jornada Jurídica de Saúde Suplementar	São Paulo (SP), Brasil	11/09/2015	Ressarcimento ao SUS - Situação atual das cobranças e da sua regulação	-
GEEIQ	2º Congresso Nacional Unimed de Atenção Integral à Saúde	Vitória (ES), Brasil	16/09/2015 a 18/09/2015	-	-
GEPIN	III Fórum Brasileiro sobre Assistência Farmacêutica e Farmacoeconomia	Salvador (BA), Brasil	20/09/2015 a 23/09/2015	Ampliação e Qualificação do Acesso a Medicamentos no Brasil	O evento proporcionou atualização no que tange às novas incorporações de medicamentos ao Rol de Eventos em Saúde para o câncer, em particular, realizadas pela ANS e resultam em novas necessidades no ressarcimento e de integração com o SUS.
GERAR	II Evento FENAFISIO Sul	Curitiba (PR), Brasil	25/09/2015	Direitos e deveres em relação as operadoras de saúde.	-
DIDES	Hospital Innovation Show	São Paulo (SP), Brasil	29/09/2015	-	-
DIDES e GERAR	49º Congresso Brasileiro de Patologia Clínica e Medicina Laboratorial	Fortaleza (CE), Brasil	29/09/2015	-	-
DIDES	1º Congresso de Informática Laboratorial	Fortaleza (CE), Brasil	29/09/2015 a 02/10/2015	-	-
GEEIQ	49º Congresso Brasileiro de Patologia Clínica e Medicina Laboratorial	Fortaleza (CE), Brasil	29/09/15	-	-
GERPI	XXV Convenção Nacional da UNIODONTO - "A Importância da Unidade Cooperativa"	Itaparica (BA), Brasil	01/10/2015 a 03/10/2015	Padrão TISS	Palestra e atendimento para orientações e esclarecimentos de dúvidas acerca do envio de dados à ANS, referente ao Padrão TISS.
GEEIQ	Foro Nacional e Internacional por la Calidad en Salud	Cidade do México, México.	12/10/2015 a 17/10/2015	A Relação entre o Modelo de Qualidade em Saúde, Regulação e Acreditação	Houve presença de representantes do Ministério da Saúde e de todas as secretarias dos setores de Saúde do país. Na ocasião, o representante da GEEIQ participou também da reunião sobre o Manifesto "Pela Regulação e Gestão da Qualidade dos Serviços de Assistência à Saúde e dos Estabelecimentos que Prestam esses Serviços", no Ministério da Saúde mexicano.

continuação

ÁREA PARTICIPANTE	FÓRUM / CONGRESSO / EVENTO	LOCAL	DATA	ASSUNTO / TEMA	OBSERVAÇÃO
DIDES	I Fórum Nacional sobre Saúde Suplementar	Brasília (DF), Brasil	20/10/2015	Lei nº 13.003/2014 e suas Resoluções Regulamentadoras: Perspectivas de avanços e a Lei nº 13.003/2014 e as relações entre médicos e Operadoras de Planos de Saúde: Qual o papel mediador da ANS	-
GERAR	Seminário Internacional de OPMEs	São Paulo (SP), Brasil	20/10/2015	Análise setorial de boas práticas	-
GERPI	1º Encontro Nacional sobre o Conjunto Mínimo de Dados da Atenção à Saúde	Brasília (DF), Brasil	20/10/2015 e 21/10/2015	Registro Eletrônico de Saúde	Divulgar e debater a instituição de um serviço nacional de envio de informações essenciais dos atendimentos de atenção à saúde realizados em território nacional no âmbito público, suplementar e privado.
GERAR	2º Congresso Brasileiro de Direito Administrativo	Goiânia (GO), Brasil	21/10/2015 a 23/10/2015	-	-
DIDES	Workshop no Hospital Albert Einstein	São Paulo (SP), Brasil	23/10/2015	Implementação da atenção primária	-
DIDES	Seminário de Saúde Corporativa da Câmara Espanhola	São Paulo (SP), Brasil	29/10/2015	Papel da ANS e perspectivas para o futuro	-
GERPI	6º Workshop de TI Unimed do Brasil	São Paulo (SP), Brasil	30/10/2015	Registro Eletrônico de Saúde e Padrão TISS	Apresentação de Projetos e-saúde, Padrão TISS e Registro Eletrônico de Saúde.
DIRAD	Encontro de cooperados	Belo Horizonte (MG), Brasil	04/11/2015	-	-
DIDES	Fórum PHA (Population Health Alliance) 2015	Washington, D.C., Estados Unidos da América	04/11/2015	-	-
DIDES	2º Fórum de Líderes do Setor da Saúde	São Paulo (SP), Brasil	06/11/2015 e 07/11/2015	Triple Aim e o Projeto Parto Adequado	-
DIDES	3º Congresso Nacional de Hospitais Privados-CONHAP	São Paulo (SP), Brasil	12/11/2015	Eixo Construção de Novos Modelos	-
GEPIN	X Congresso Brasileiro de Farmácia Hospitalar	Curitiba (PR), Brasil	12/11/2015 a 14/12/2015	O Plano Nacional de Segurança do Paciente, recém lançado pelo Ministério da Saúde, foi o tema principal do evento	O evento permitiu agregar conhecimento na área da segurança do paciente, cujo Plano Nacional também se aplica à saúde suplementar, o que demandará esforços de várias áreas da ANS e, de modo particular, daqueles que trabalham com informação em saúde.
DIRAD	Fórum Atuarial, Financeiro-Contábil, Regulação e TI 2015	Itaipava (RJ), Brasil	14/11/2015	Laboratório de Desenvolvimento, Sustentabilidade e Inovação Setorial	-

continuação

continuação

ÁREA PARTICIPANTE	FÓRUM / CONGRESSO / EVENTO	LOCAL	DATA	ASSUNTO / TEMA	OBSERVAÇÃO
GERAR	Evento Sul América	São Paulo (SP), Brasil	18/11/2015	Lei nº 13.003 e seus Normativos	-
DIRAD	1º Fórum da Saúde Suplementar	São Paulo (SP), Brasil	24/11/2015	Sobrevivência do Setor de Saúde Suplementar – Propostas, Metas e Responsabilidades	-
GEEIQ	II Congreso Internacional de Derechos en Salud y VIII Congreso Iberoamericano de Organismos de Regulacion, Inspeccion, Vigilancia y de Control de los Sistemas de Salud	Lima, Peru	24/11/2015 e 27/11/2015	Participação dos Usuários de Serviços de Saúde; a Articulação com os Órgãos Reguladores, Participação em Inspeção, Vigilância e Controle; e A Qualidade nos Sistemas de Saúde	Contou principalmente com participantes da América Central e América do Sul. A ANS foi convidada a palestrar sobre o tema "Experiências e Lições Aprendidas sobre Qualidade nos Sistemas de Saúde".
GEEIQ	Reunião com a Organização Internacional de Seguros Sociais - OISS	Lima, Peru	27/11/2015	-	-
GERPI	81ª Reunião Ordinária do Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar (COPISS)	Rio de Janeiro (RJ), Brasil	01/12/2015	Registro Eletrônico de Saúde e Padrão TISS	alestras e debate sobre informação em saúde como estratégia de redução da assimetria, diretrizes nacionais de acesso e cessão de bases de dados de atenção à saúde, infraestrutura de Chaves Públicas brasileira (ICP-Brasil) e certificação digital.
DIDES	e-Health Summit Latin America	São Paulo (SP), Brasil	01/02/2016	Hackathon da ANS	-
GERPI	21º GT de Revisão da Terminologia de Tipos de Estabelecimentos de Saúde	Brasília (DF), Brasil	17/02/2016	Registro Eletrônico de Saúde e Padrão TISS	Reunião de revisão da terminologia de tipo de estabelecimentos de saúde, registro das informações de qualificação do estabelecimento e novo fluxo de cadastramento.
GERPI	VI Implanta TISS - TUSS	São Paulo (SP), Brasil	22/02/2016	Padrão TISS	Estudar, analisar e discutir a estrutura e conteúdo do Padrão TISS.
GERPI	IMDRF Stakeholder Fórum sobre OPME	Brasília (DF), Brasil	09/03/2016	Padrão TISS	Reunião do Comitê Gestor IMDRF (OPME), na sede da ANVISA
GERAR e ASSNT	Federação Interestadual dos Odontologistas	Curitiba (PR), Brasil	18/03/2016	Mecanismo da ANS sobre defesa da população frente às operadoras (contratualização e Lei nº 13.003/14)	-
DIRAD e DIDES	I Simpósio de Qualidade em Saúde	São Paulo (SP), Brasil	29/03/2016	Fator de Qualidade, qualificação e titulação médica, ética, boas práticas, desfechos clínicos, evidências científicas, qualidade da prestação de serviço médico no mundo	-
GERAR	I Simpósio Nacional de Qualidade em Saúde	São Paulo (SP), Brasil	29/03/2016	Fator de Qualidade	-
GEEIQ	Seminário de Gestão em Saúde	Porto Alegre (RS), Brasil	31/03/2016	-	-

continua...

continua...

ÁREA PARTICIPANTE	FÓRUM / CONGRESSO / EVENTO	LOCAL	DATA	ASSUNTO / TEMA	OBSERVAÇÃO
DIDES	Perspectivas de Avaliação em Tecnologias de Saúde no Diabetes	São Paulo (SP), Brasil	01/04/2016	Avaliação em Tecnologias de Saúde no Diabetes	-
DIDES e DIRAD	Fórum Internacional de 2016 da Aliança para Saúde - ASAP	São Paulo (SP), Brasil	07/04/2016	Novos Modelos Assistenciais e seus Impactos na Cadeia da Saúde Suplementar Rumos; e Sustentabilidade da Saúde: conhecimento, indicadores e governança.	-
DIRAD e GEEIQ	Seminário AMB - Associação Médica Brasileira	São Paulo (SP), Brasil	12/04/2016	Fator de Qualidade e SADT	-
GERPI	Oficina de Inclusão de Procedimentos no Rol	São Paulo (SP), Brasil	12/04/2016	Padrão TISS	Discutir inclusão de novos procedimentos no Rol e adequações do Padrão TISS.
DIDES	9º Seminário SINDHOSP e Grupo Fleury	São Paulo (SP), Brasil	14/04/2016	Lei nº 13.003/14 e Resoluções da ANS: já é realidade?	-
DIRAD, GEEIQ, GERPI e GERAR	Qualihosp 2016 – Seminário Internacional de Qualidade em Serviços e Sistemas de Saúde	São Paulo (SP), Brasil	18/04/2016 e 19/04/2016	Qualidade em serviços e sistemas de saúde	-
DIDES	1º Seminário ANAHP	Porto Alegre (RS), Brasil	19/04/2016	A ética nas escolhas em saúde	-
DIDES	XVI Encontro de Hospitais do Estado do Rio de Janeiro	Rio de Janeiro (RJ), Brasil	29/04/2016	-	-
DIDES	7º Seminário Intercooperativo: Qualidade Assistencial e Remuneração Médica	Belo Horizonte (MG), Brasil	06/05/2016	Cenário da Saúde Suplementar no Brasil e Qualidade Assistencial	-
DIRAD	Fórum de Regulação do Sistema UNIMED	Maceió (AL), Brasil	10/05/2016 a 12/05/2016	O futuro da Saúde Suplementar no Brasil - Assuntos de todas as Diretorias da ANS	-
DIDES	Fórum AON	São Paulo (SP), Brasil	11/05/2016	Momento atual das operadoras em crise	-
GERAR	CONAI 2016	Maceió (AL), Brasil	13/05/2016	Novas condutas de OPME	-
GERPI	Padrão TISS na Saúde Suplementar	São Paulo (SP), Brasil	16/05/2016	Padrão TISS	Palestra sobre o Padrão TISS na FGV-EAESP.
GEEIQ	10º Congresso Brasileiro de Gestão em Laboratórios Clínicos	São Paulo (SP), Brasil	18/05/2016	-	-
GERPI	Oficina sobre qualificação dos dados do TISS	Rio de Janeiro (RJ), Brasil	18/05/2016	Padrão TISS	Apresentações e debates sobre a qualidade dos dados enviados pelas operadoras para a ANS no Padrão TISS.
DIDES	39º Congresso Brasileiro de Administração Hospitalar e Gestão em Saúde	São Paulo (SP), Brasil	20/05/2016	Inovação	-

continua...

continuação

ÁREA PARTICIPANTE	FÓRUM / CONGRESSO / EVENTO	LOCAL	DATA	ASSUNTO / TEMA	OBSERVAÇÃO
DIRAD	39º Congresso Brasileiro de Administração Hospitalar e Gestão em Saúde	São Paulo (SP), Brasil	20/05/2016	Câmara Técnica: Abertura/ Posições atuais da AMB, apresentação da especialidade de urologia, relatório da reunião na ANS de 15 anos e gestão em saúde: eficiência, inovação e sustentabilidade	-
GERPI	22ª Conferência Mundial de Promoção à Saúde - ABRASCO "Oficina sobre Incorporação da CIF/OMS"	Curitiba (PR), Brasil	22/05/2016	Padrão TISS	Debater a incorporação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidades e Saúde, Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)/OMS, no sistema de informação em saúde.
GERPI	Comitê Gestor de Apropriação, Implementação e Governança de Terminologias Clínicas	Brasília (DF), Brasil	24/05/2016	Registro Eletrônico de Saúde	Compor o Comitê Gestor que irá acompanhar, avaliar e validar os projetos que visam a estruturação da infoestrutura para funcionamento do Registro Eletrônico de Saúde Nacional e organização de um Centro Nacional de Terminologias.
GEIRS	XXXII Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde	Fortaleza (CE), Brasil	01/06/2016 a 04/06/2016	Municípios Brasileiros – Acreditamos, fazemos e temos propostas para o SUS	Teve como um dos objetivos discutir e esclarecer como é feito o ressarcimento financeiro ao SUS pela prestação de assistência a beneficiários dos planos de saúde. No evento ainda foi montado um estande, onde foram distribuídos folhetos explicativos sobre o trabalho e as ações do órgão nessa área.
GERPI	3º Congresso Nacional Unimed de Atenção Integral à Saúde	Belo Horizonte (BH), Brasil	02/06/2016	Registro Eletrônico de Saúde	Registro Eletrônico em Saúde: conectividade e informação online na rede de atenção à saúde.
DIDES	Fórum Valorização do Trabalho Médico	João Pessoa (PB), Brasil	03/06/2016	Regulamentação da contratualização e reajustes de honorários médicos na Saúde Suplementar	-
DIDES	XXXII Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde	Fortaleza (CE), Brasil	03/06/2016	Ressarcimento ao SUS	-
DIDES	Fórum Regulamentação do Trabalho Médico	João Pessoa (PB), Brasil	03/06/2016	Regulamentação da contratualização e reajustes de honorários médicos na saúde suplementar	-
GERPI	Palestra "Informação em Saúde Suplementar no Brasil"	São Paulo (SP), Brasil	03/06/2016	Padrão TISS	Conformação da área de informação, produção e acesso aos dados da saúde suplementar no país.

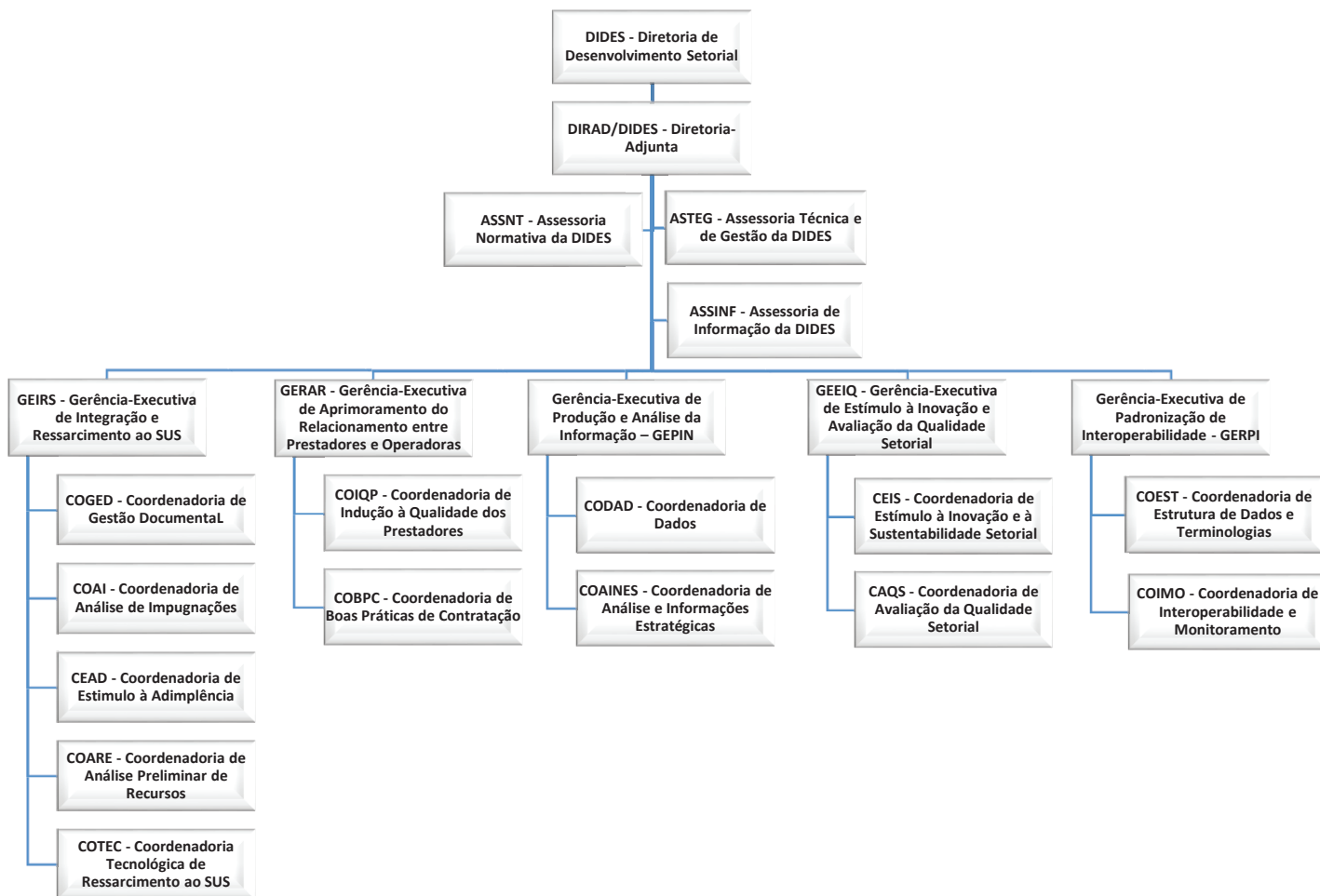
continua...

continuação

ÁREA PARTICIPANTE	FÓRUM / CONGRESSO / EVENTO	LOCAL	DATA	ASSUNTO / TEMA	OBSERVAÇÃO
DIDES	XX Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia - Como estamos envelhecendo: o indivíduo, a sociedade e o Brasil?	Fortaleza (CE), Brasil	11/06/2016	Lei nº 13.003/14: implicações no mercado de trabalho do geriatra	-
GERAR	Fórum de Saúde Suplementar	Porto Alegre (RS), Brasil	15/06/2016	-	-
GERPI	Workshop de Desenvolvimento de Governança do Centro Nacional de Terminologias em Saúde (CENTERMS)	Brasília (DF), Brasil	23/06/2016	Registro Eletrônico de Saúde	Teve como objetivo debater sobre um possível modelo de governança das terminologias clínicas
DIDES	43º Congresso Brasileiro de Análises Clínicas	São Paulo (SP), Brasil	26/06/2016 a 29/06/2016	Lei nº 13.003/14	-
GERPI	Câmara Técnica da CBHPM (Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos)	São Paulo (SP), Brasil	28/06/2016	Padrão TISS	Debate sobre a inclusão dos procedimentos relacionados ao Vírus Zika no Rol de Procedimentos e adequações do Padrão TISS.
GERAR	VII Fórum Nacional de Cooperativismo Médico e Reunião do Conselho de Fonoaudiologia	Brasília (DF), Brasil	29/06/2016 a 30/06/2016	-	-
DIDES	1ª Jornada Nacional de Qualidade de Vida	São Paulo (SP), Brasil	05/07/2016	Envelhecimento da população: desafios para a atenção à saúde em nosso país	-
GERAR	I Seminário de Valorização Médica	Salvador (BA), Brasil	15/07/2016	Situação atual e perspectivas de recomposição de remuneração médica, no âmbito do SUS	-
GEPIN	IV Fórum Brasileiro sobre Assistência Farmacêutica e Farmacoeconomia	Salvador (BA), Brasil	27/07/2016 a 29/07/2016	As redes de atenção à saúde na promoção do acesso a medicamentos no Brasil	A implementação das redes de atenção à saúde aponta para uma maior eficácia na produção de saúde, melhoria na eficiência da gestão do sistema de saúde no espaço regional, e contribui para a melhoria da qualidade assistencial. Os aspectos regulatórios tanto para o SUS quanto para a Saúde Suplementar estiveram em discussão no evento.

ANEXO VI

ORGANOGRAMA DA DIDES



ANEXO VII

COLABORADORES DIDES³⁹

COLABORADORES DIDES
Adriana Bion Wanderley
Alessandra Anastacia de Oliveira Vilanova
Alexandre Goncalves Olival
Alice Barboza Pereira
Ana Carolina Gomes Mellao Hadad
Ana Carolina Pereira Silva
Ana Cristina Marques Martins
Ana Lucia de Paiva
Ana Luisa Vieira Fabiano
Andre Osse de Sordi
Andrea da Silva Amaral
Andreia Ribeiro Abib
Andressa de Oliveira Souza
Anna Beatriz Alvim da Cunha Pereira Rodrigues
Anna Beatriz de Oliveira Brugnara
Aparecida Tavares da Silva
Augusto Silveira Nogueira
Barbara Lessa Ribeiro
Beatriz Fittipaldi de Castro
Breno Porto Pereira
Bruna de Araujo Baptista
Bruna Justo de Mello
Bruno de Paula Soares
Caina Pedro Franco Gouveia
Carla Guerra Lemos Cardoso
Carlos Augusto Ferreira Junior
Carlos Eduardo Bruns Caridade
Carlos Eduardo Faria De Castro Junior
Carlos Eduardo Ximenes Viana
Carlos Guilherme de Souza Albuquerque Galvao
Carlos Roberto Carvalho dos Santos
Carolina da Silva Pereira
Carolina Paulo Silva
Celina Maria Ferro de Oliveira
Celso Correa da Silva Netto
Charles Mendes de Lima

Claudia Soares Zouain
Cristiano Santos Oliveira
Cristine da Silva Alves de Carvalho
Dandara Lelis da Vera Cruz
Daniel Barbosa Cordeiro Faria
Daniela da Costa Vieira Machado
Daniele Pinto da Silveira
Danielle Mara Ribeiro Schmidt
Danielle Mello de Souza Anastacio Bisneto
David Bonanno Leandro
David Rampagni Conrado da Cruz
David Rapoza Lapa
Debora Melquiades de Castro
Deborah Cristina Ferreira da Silva
Diego de Sa Ferreira da Rocha
Diego Nascimento Pereira
Diego Tavares Pontes
Eduardo Brandao
Eduardo Henrique de Carvalho Franklin
Elisabeth Andrea Covre Alves
Elsa Weyne Quixada
Erica Nery dos Santos Oliveira
Erica Rodrigues de Assis
Eugenio Jose Scott Borges
Fabiana Sereno Papacena
Fabiane Santos de Oliveira
Fabio Barbosa da Conceicao
Felipe Duque Aganetti
Felipe Garcia Conde
Fernanda Freire de Araujo
Fernanda Resende Djahjah Dominice
Fernando de Paula Miranda
Fernando Luiz Peixoto Guimaraes
Flavia Adalgiza Mata Castro
Flavia Carmo dos Santos
Flavia Teixeira Nogueira de Sa
Flavio Fernandes Machado
Flavio Silveira Martins
Francisco Welliton Magalhães Araújo
Gabriela Elise Auel
Gabriela Valentim da Silva

Gabriele Lovatte Maia
Gabrielle Rodrigues Teixeira
Graziela Campos Vardiero Kroeber Ribeiro
Graziela Soares Scalercio
Guilherme Cardoso Junqueira
Gustavo da Silva Rodrigues
Gustavo de Barros Macieira
Heitor Franco Werneck
Igor Marcellus Araujo Rosa
Ibson Alves Junior
Ines Borges Santos
Iola Ferreira Vasconcelos
Isabel Mattos de Carvalho
Ives Mitio Saito Tomita
Jacqueline Alves Torres
Jacson Hinzelmann
Jamille de Souza Moraes Andrade
Jamilly Souza de Carvalho
Jesse Faedrich Cunha
Jessica Martins Torres
Jessika Ferreira Guimaraes
Joao Boaventura Branco de Matos
Joao Franco Rabelo Saraiva
Jonatas Castro dos Santos
Jordana Brock Nascimento
Jorge Cardoso de Oliveira Junior
Jorge Luis da Cunha Carvalho
Jorge Luiz Pinho
Jorge Soares Vieira
Jose Candido Monteiro Barbosa
Jose Felipe Riani Costa
Joselita Dias da Silva
Julia Giacomazzi
Juliana Amaral Cognac
Juliana Cristina Marinho Carmo
Juliana Granja Cabral
Juliana Pires Machado
Juliana Sobral Pinheiro
Julio Cesar Laurentino di Maio
Katarina Ramalho Vianna
Keila Silva Nunes de Oliveira

Khatelyn Araujo da Silva Braz
Larissa Leticia Pereira Silva
Lauro Musumeci Alves Velho
Laysa Werneck Almeida
Leonardo Fernandes Ferreira
Lidiane Siqueira Calvano
Livia Guimaraes Soares
Lizzie Karen do Carmo Neri
Lucas Rodrigues Sobral
Luciana de Alcantara Horta
Luciana de Carvalho Barbosa
Luciana Finelli Barros
Luciane de Freitas Andrioni
Luiz Antonio Garcia Mendonca Bezerra
Luiz Carlos da Silva Junior
Magno Fernandes da Silva Oliveira
Mara Priscila de Jesus Campos da Cruz
Marcella Aguilera Villa Maior Eckstein
Marcello Ribeiro de Carvalho
Marcelo da Silva Gomes
Marcia Martins
Marcus Aureliu Bejar Martini
Marcus Vinicius Leitao Lins
Maria da Conceicao Alves Gomes
Maria das Gracas Moreira Lima
Maria Jose Miranda Igreja
Maria Rachel Jasmim De Aguiar Serafini
Mariana Figueiredo Santos Santana
Marilia Defilipo Vieira
Marizelia Leao Moreira
Marjory Demaria Susin
Marluce Cristina lotte de Almeida Chripim
Marta Sundfeld
Matheus Pereira Nunes Vidal
Mauro Jorge Belmont Gomes
Michele da Silva Souza
Michelle Mello de Souza
Milena Machado Rocha Heringer
Milene Lima Sefair Verdussen
Mirella Jordao Amorim
Mirian Arias Villares

Monica Eliane Lemos
Monique de Almeida Lagoas
Nadja Andreia S da Silva Almeida
Paula Bastos Moreira
Paula Giovana Iorio Coelho
Paula Guedes Barreto de Araujo
Paulo Ricardo Lopes da Silva
Pedro da Silveira Villela
Pedro Guimaraes dos Reis
Pedro Henrique de Moraes Papastawridis
Pedro Hugo Dantas de Oliveira Souza
Pedro Viana Parente
Rafael da Costa Telles
Rafael Fiorilo Lopes
Ralph Loureiro Soares
Raphaela Cristina de Pinho Fernandes
Renata de Campos Lopes da Silva
Renata Gomes da Silva
Renata Nacif de Toledo Piza
Renata Valadares Maciel
Ricardo de Souza Santos
Ricardo Machado Costa
Roberto Barcellos Junior
Roberto Luiz Pinel Dias
Robson Eraldo de Souza Pantoja
Rodolpho dos Santos Arpon Marandino
Rodrigo Alves Barbosa
Rosangela Ferreira de Biasi
Sandra Alves de Souza Almeida
Suely Maria de Jesus
Taiana Conceição da Silva Costa
Taina Martins da Costa Goncalves
Taisa Soares Pacheco
Tathiane Caetano Antunes
Tatiana Barros da Hora
Tatiana Pereira das Neves Gamarra
Teresa Cristina Gouveia Barros
Thais Barreto Reis
Thais Honorato Fleury Curado
Thayana Ferreira Barreto
Thiago Miranda Capello

Thiago Pereira dos Santos
Ursulla Raquel Fidalgo Ferreira
Vandinei Joaquim de Oliveira
Vanessa Maria Gomes de Carvalho
Vanisse da Silva Garcia
Vera Lucia Soares Costa
Victor Hugo Cabral Cruz Lontra
Vinicius Pinho de Oliveira
Vitor Almeida da Cruz
Vivian da Silva Secundo Rocha
Viviani Carvalho das Neves de Paula

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



Disque ANS
0800 701 9656



Central de
Atendimento
www.ans.gov.br



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



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



Ministério da
Saúde

