

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Relatório de Gestão

Diretoria de Desenvolvimento Setorial
(Agosto de 2014 a Maio de 2017)

Presidência
(Janeiro de 2015 a Junho de 2015)





Relatório de Gestão

Diretoria de Desenvolvimento Setorial
(Agosto de 2014 a Maio de 2017)

Presidência
(Janeiro de 2015 a Junho de 2015)

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

Flavia Cristina Cordeiro Biesbroeck – até 09/12/2014

Michelle Mello de Souza (interina) – de 10/12/2014 até 04/02/2015

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

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

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 – até 31/08/2016

Ana Paula Silva Cavalcante – a partir de 01/09/2016

GERÊNCIA-EXECUTIVA DE PADRONIZAÇÃO DE INTEROPERABILIDADE – GERPI

Marizélia Leão Moreira

GERÊNCIA-EXECUTIVA DE PRODUÇÃO E ANÁLISE DA INFORMAÇÃO – GEPIN

Ana Cecilia de Sa Campello Faveret – até 15/12/2014

Elisabeth Andrea Covre Alves – a partir de 16/12/2014

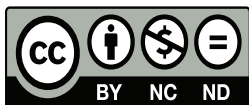
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR
Diretoria de Desenvolvimento Setorial

Relatório de Gestão

Diretoria de Desenvolvimento Setorial
(Agosto de 2014 a Maio de 2017)

Presidência
(Janeiro de 2015 a Junho de 2015)





2017. Agência Nacional de Saúde Suplementar.

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

O conteúdo desta, e de outras obras da Agência Nacional de Saúde Suplementar, pode ser acessado na página 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

Diretoria de Desenvolvimento Setorial – DIDES

Diretoria de Fiscalização – DIFIS

Diretoria de Gestão – DIGES

Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras – DIOPE

Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO

Projeto Gráfico

Gerência de Comunicação Social – GCOMS/SEGER/DICOL

Normalização

Biblioteca/CGECO/GEQIN/DIRAD/DIGES

Ficha Catalográfica

A 265r Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). Diretoria de Desenvolvimento Setorial.
Relatório gestão [recurso eletrônico] : Diretoria de Desenvolvimento Setorial (agosto de 2014 a maio de 2017),
Presidência (janeiro de 2015 a junho de 2015) / Agência Nacional de Saúde Suplementar. Diretoria de Desenvolvimento
Setorial. – Rio de Janeiro: ANS, 2017.
4,4MB; ePUB.

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

CDD 352.806

Catálogo na fonte – Biblioteca ANS

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Documento Técnico para a realização da pesquisa de satisfação de beneficiário	32
Figura 2 – Atributos e ícones de qualidade do QUALISS	34
Figura 3 – Tela Inicial da Sala de Situação para o Público Interno	68
Figura 4 – Tela Inicial da Sala de Situação para o Público Externo	69
Figura 5 – Arquitetura de Forma Genérica de um Sistema de Business Intelligence	70
Figura 6 – Mapa do ressarcimento e Boletim Informativo	84
Figura 7 – Câmaras e Grupos Técnicos	90
Figura 8 – Gestão em Saúde	90
Figura 9 – Aba Prestadores	91
Figura 10 – Relacionamento com cliente e prestadores	92
Figura 11 – Qualidade de Hospitais, Clínicas, Laboratórios e Profissionais de Saúde	93
Figura 12 – Área do beneficiário e Área do Contratante	93
Figura 13 – Sua Saúde	94
Figura 14 – Folder com a capa e o QR Code do Livro	102
Figura 15 – Proposta do Modelo - Acompanhamento Longitudinal da Trajetória do Paciente no Sistema	109
Figura 16 – Figura Novos Modelos de Remuneração	117
Figura 17 – Processo de monitoramento das operadoras	127

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Solicitações por parte das operadoras	29
Gráfico 2 – Distribuição das Operadoras por faixas do IDSS em 2016 (ano-base 2015)	30
Gráfico 3 – Operadoras ativas com envio regular dos dados do Padrão TISS à ANS - situação das operadoras em relação ao cumprimento de envio mensal dos dados do Padrão TISS, por mês de competência	56
Gráfico 4 – Operadoras ativas com envio regular dos dados do Padrão TISS à ANS - situação das operadoras em relação ao cumprimento de envio mensal dos dados do Padrão TISS, por mês de competência e razão de beneficiários alcançados	56
Gráfico 5 – Quantidade de Demandas Mensais da GEPIN	67
Gráfico 6 – Cartas Respondidas	73
Gráfico 7 – Quantidade de Tíquetes criados por mês	73
Gráfico 8 – Quantidade de Tíquetes concluídos por mês	74
Gráfico 9 – Produtividade anual	76
Gráfico 10 – Produtividade Média Mensal	77
Gráfico 11 – Total de atendimentos analisados	78
Gráfico 12 – Passivo de análises até 30/04/2017	79
Gráfico 13 – Histórico do passivo	79
Gráfico 14 – AIH e APAC - Notificação Total - Quantidade de Procedimentos	80
Gráfico 15 – Quantidade Total de Notificações por Ano	80
Gráfico 16 – Valor Total Notificado por Ano	80
Gráfico 17 – Valor Total de Atendimentos Cobrados por Ano	81

Gráfico 18 – Evolução do pagamento	81
Gráfico 19 – Impugnação (%) por ABI	82
Gráfico 20 – Valor Anual Repassado ao FNS	82
Gráfico 21 – Encaminhamento para Inscrição em Dívida Ativa	83
Gráfico 22 – Índice Médio de Partos vaginais na população piloto de hospitais participantes do Projeto Parto Adequado	100
Gráfico 23 – Perfil de reclamações do 13º ciclo (em %)	128
Gráfico 24 – Demandas de consumidores junto aos canais de relacionamento da ANS	136

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Operadoras e beneficiários por faixa de IDSS, segundo a segmentação assistencial - Brasil, 2011-2014	28
Tabela 2 – Fator de Qualidade – ano base 2016	40
Tabela 3 – Situação das operadoras em relação ao cumprimento de envio mensal dos dados do Padrão TISS	54
Tabela 4 – Oficinas do Diálogo SIB	74
Tabela 5 – Produtividade Anual GEIRS	77
Tabela 6 – Produtividade média mensal	77
Tabela 7 – Passivo em números absolutos	79
Tabela 8 – Cronograma de ABI's	83
Tabela 9 – Tipologia dos Modelos de Remuneração	115
Tabela 10 – Total de processos administrativos instaurados, por assunto (janeiro/2014 a abril de 2017)	121
Tabela 11 – Propostas de inclusão de procedimentos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde	130
Tabela 12 – Propostas de alteração de Diretriz de Utilização no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde com a inclusão de exames para diagnosticar novas doenças	131
Tabela 13 – Propostas de inclusão de Diretriz de Utilização no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde	132
Tabela 14 – Propostas de alteração de Diretriz de Utilização no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde	133
Tabela 15 – Consultas públicas realizadas no primeiro semestre de 2015	137
Tabela 16 – Câmaras técnicas no primeiro semestre de 2015	138
Tabela 17 – Grupos técnicos no primeiro semestre de 2015	139
Tabela 18 – Indicadores do programa de Qualificação Institucional em 2015	142
Tabela 19 – Histórico de encontros e participações no Espaço Aberto	145

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Estabelecimentos de saúde acreditados	35
Quadro 2 – Estabelecimentos de saúde com atributos de qualidade	35
Quadro 3 – Reuniões dos Subgrupos de trabalho do GTE OPME ANS/ANVISA	49
Quadro 4 – Síntese dos Resultados do GTE OPME ANS/ANVISA	49
Quadro 5 – Síntese e dimensionamento do Padrão TISS versão 3.3	51
Quadro 6 – Entidades representadas no COPISS	60
Quadro 7 – Reuniões do COPISS	61
Quadro 8 – Grupos Técnicos do COPISS	62
Quadro 9 – Estatísticas de movimentação eletrônica do Ressarcimento ao SUS via PERSUS	76
Quadro 10 – Transmissões por Aplicativo	95
Quadro 11 – Transmissões por Grupo Técnico	95
Quadro 12 – Envio de Comunicados Eletrônicos (CE) às Operadoras	122
Quadro 13 – ABI x Processos	123
Quadro 14 – Quantidade de Processos Analisados e Finalizados	123

LISTA DE SIGLAS

ABI	Aviso de Beneficiário Identificado
ABQV	Associação Brasileira de Qualidade de Vida
ABRALE	Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia
ABRAMGE	Associação Brasileira de Medicina de Grupo
ACO	Accountable Care Organization
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AMB	Associação Médica Brasileira
ANAHP	Associação Nacional de Hospitais Privados
ANCP	Academia Nacional de Cuidado Paliativo
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
ASTEG	Assessoria Técnica e de Gestão da DIDES
ATS	Avaliação de Tecnologia em Saúde
BCPI	Bundled Payments for Care Improvement
BI	Business Intelligence
BPAI	Boletim de Produção Ambulatorial Individualizada
CBHPM	Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos
CBR	Colégio Brasileiro de Radiologia
CEAD	Coordenação de Estímulo à Adimplência
CENTERMS	Centro Nacional de Terminologias em Saúde

CCO	Código de Controle Operacional
CFF	Conselho Federal de Farmácia
CFFa	Conselho Federal de Fonoaudiologia
CFM	Conselho Federal de Medicina
CFN	Conselho Federal de Nutricionistas
CFO	Conselho Federal de Odontologia
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CGU	Controladoria-Geral da União
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CMB	Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas
CIPNSP	Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente
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
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COFFITO	Conselho Federal de Fisioterapia Terapia Ocupacional
COIMO	Coordenadoria de Interoperabilidade e Monitoramento

COINQ	Coordenação de Inquérito
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
COSAP	Coordenadoria de Sistemas e Aplicativos
COSAÚDE	Comitê Permanente de Regulação da Atenção à Saúde
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
DICOL	Diretoria Colegiada
DIDES	Diretoria de Desenvolvimento Setorial
DIFIS	Diretoria de Fiscalização
DIGES	Diretoria de Gestão
DIOPE	Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras
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

DODS	Documento de Oficialização de Demanda de Sistema
DRG	Grupo de Diagnósticos Relacionados
D-TISS	Detalhamento dos Dados do TISS
DUT	Diretrizes de Utilização
DW	<i>Data Warehouse</i>
EAESP	Escola de Administração de Empresas de São Paulo
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
e-Rec	Sistema de Recolhimento Eletrônico
FAQ	<i>Frequently Asked Questions</i>
FBH	Federação Brasileira de Hospitais
FENAFISIO	Federação Nacional das Associações de Empresas Prestadoras de Serviços de Fisioterapia
FENAM	Fisioterapia
FENASAÚDE	Federação Nacional dos Médicos
FIOCRUZ	Fundação Instituto Oswaldo Cruz
FGV	Fundação Getúlio Vargas
FMUSP	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
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
GERH	Gerência de Recursos Humanos
GERPI	Gerência-Executiva de Padronização e Interoperabilidade
GGETI	Gerência-Geral de Tecnologia de Informação
GGISE	Gerência-Geral de Tecnologia de Informação
GGISS	Gerência-Geral de Integração Setorial
GMDN	<i>Global Medical Device Nomenclature</i>
GPLAN	Gerência de Planejamento e Acompanhamento
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
HIAE	Hospital Israelita Albert Einstein
HSL	Hospital Sírio Libanês
ICICT	Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
IDGA	Índice de Desempenho da Dimensão Garantia de Acesso
IDGR	Índice de Desempenho da Dimensão Gestão de Processos e Regulação
IDQS	Índice de Desempenho da Dimensão Qualidade em Atenção à Saúde
IDSM	Índice de Desempenho da Dimensão Sustentabilidade no Mercado
IDSS	Índice de Desempenho da Saúde Suplementar
IHI	<i>Institute for Healthcare Improvement</i>
IN	Instrução Normativa
INCA	Instituto Nacional do Câncer

INMETRO	Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia
IPCA	Índice de Preços ao Consumidor Amplo
ISQUA	<i>International Society for Quality in Health Care</i>
LAB-DIDES	Laboratório de Desenvolvimento, Sustentabilidade e Inovação Setorial
MS	Ministério da Saúde
MPF	Ministério Público Federal
NAT	Núcleo de Apoio Técnico e Mediação
NCQA	National Committee for Quality Assurance
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>
PDF	Formato Portátil de Documento
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	Programa de Monitoramento da Qualidade dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar
PMQ	Programa de Melhoria da Qualidade
PPA	Plano Plurianual
PQO	Programação de Qualificação de Operadoras

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
RDC	Resolução de Diretoria Colegiada
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
SBCO	Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica
SBIS	Sociedade Brasileira de Informática em Saúde
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SBMN	Sociedade Brasileira de Medicina Nuclear
SBOC	Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica
SBP	Sociedade Brasileira de Patologia
SBPC/ML	Sociedade Brasileira de Patologia Clínica / Medicina Laboratorial
SOBRAFO	Sociedade Brasileira de Farmacêuticos em Oncologia
SCI	Sistema de Controle de Impugnações
SEGER	Secretaria-Geral
SEI	Sistema Eletrônico de Informação
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
SINOG	Sindicato Nacional das Empresas de Odontologia de Grupo
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
TR	Termo de Referência
TUSS	Terminologia Unificada em Saúde Suplementar
UNIDAS	União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde
UNIODONTO	Cooperativa de Serviços Odontológicos
UF	Unidade da federação
UG	Unidade Gestora
XLS	Extensão do programa Microsoft Excell
XSD	<i>XML Schema Definition</i>

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	25
1. QUALIDADE COMO VALOR	27
1.1. Programa de Qualificação de Operadoras	27
1.2. Programa de Qualificação de Prestadores de Serviços de Saúde (QUALISS)	33
1.3. Programa de Acreditação de Operadoras	36
1.4. Implantação e monitoramento dos normativos de regulamentação da Lei nº 13.003/14	37
1.5. Fator de Qualidade	39
1.6. Mediação de Conflitos entre Operadoras e Prestadores	41
1.7. Segurança do Paciente no setor suplementar de saúde	41
1.8. Projeto Sua Saúde	42
2. INFORMAÇÃO, TRANSPARÊNCIA E INOVAÇÃO	45
2.1. Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar – PIN-SS / Extrato de Utilização do Beneficiário e Transparência da Metodologia do Reajuste dos Planos Coletivos	45
2.2. Reformulação do Índice de Reclamações da ANS	46
2.3. Venda Online	46
2.4. 1º Hackathon ANS	47
2.5. Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME)	48
2.6. Padrão TISS (Troca de Informações na Saúde Suplementar)	51
2.6.1. TUSS de Materiais e OPME publicada	51
2.6.2. Padrão TISS aprimorado: Conteúdo e Estrutura, Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, incluindo a publicação extraordinária de junho/2016 e adequação às Resoluções Normativas da Transparência e do Parto	53
2.6.3. Padrão TISS aprimorado: envio de dados à ANS	53

2.6.4.	Evolução dos Módulos do Sistema do Padrão TISS - Monitor e Integrador em produção	57
2.6.5.	Dados do Padrão TISS disponibilizados para a ANS e para a sociedade	57
2.6.6.	Monitoramento do Padrão TISS	58
2.6.7.	COPISS	60
2.6.8.	Termos de cooperação com entidades de referência assinado	63
2.7.	Modelo de 'Grupo de Diagnósticos Relacionados' (DRG) para a área hospitalar na saúde suplementar brasileira	64
2.8.	Disseminação da Informação	64
2.8.1.	Lançamento e atualização do D-TISS (Detalhamento dos Dados do TISS)	64
2.8.2.	Reformulação do Caderno de Informação da Saúde Suplementar	65
2.8.3.	Homologação de nova versão e inclusão de novas consultas no ANS Tabnet	65
2.8.4.	Dados Consolidados da Saúde Suplementar	66
2.8.5.	Otimização do atendimento a demandas pontuais de solicitação de informações	66
2.9.	Implantação de Business Intelligence (BI)	68
2.9.1.	Sala de Situação	68
2.9.2.	Criação e Desenvolvimento de Datamarts	69
2.10.	Aprimoramento da Qualidade Cadastral do Sistema de Informações de Beneficiários (SIB)	70
2.10.1.	Flexibilização das Críticas e alteração da RN nº 295, de 2012	71
2.10.2.	Batimento com a Secretaria da Receita Federal (SRF)	72
2.10.3.	Desenvolvimento de Ferramentas de Monitoramento da Qualidade Cadastral.	72
2.10.4.	Diálogos SIB: aprimoramento da informação de beneficiários	72
2.11.	Avanços ocorridos no ressarcimento ao SUS	75
2.12.	Integração com o SUS	85
2.12.1.	Interoperabilidade com o SUS: Tabela Unificada do SUS mapeada com a TUSS	85

2.12.2.	Interoperabilidade com o SUS: Estabelecimentos da saúde suplementar cadastrados no CNES	86
2.12.3.	Disponibilização de ferramenta (Cadsus Stand Alone) para atribuição de número CNS para beneficiários da Saúde Suplementar em lote pelas operadoras	87
2.12.4.	Higienização da Base de Dados do SIB para Atribuição de CNS	87
2.12.5.	Integração ao Barramento SOA (Service-Oriented Architecture) do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	87
2.12.6.	Registro Eletrônico de Saúde (RES)	87
2.12.6.1.	Base de dados individualizados/identificados disponibilizada	87
2.12.6.2.	Experiências internacionais em implantação de eHealth	88
2.13.	Projeto ImPaciente (via Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS)	88
2.14.	Reformulação de áreas do Portal da ANS relacionadas à DIDES	89
2.15.	Transmissão ao vivo e gravação de eventos por meio do aplicativo Periscope e do Facebook e disponibilização de gravações no Youtube	94
2.16.	Nova forma de lidar com Grupos Técnicos	95
3.	NOVOS MODELOS DE PRESTAÇÃO E REMUNERAÇÃO DOS SERVIÇOS	97
3.1.	Projeto Parto Adequado	97
3.2.	Projeto Idoso Bem Cuidado	101
3.3.	Projeto OncoRede	107
3.4.	Projeto Sorrir	113
3.5.	GT de Remuneração	114
3.6.	Mecanismos financeiros de regulação de uso: coparticipação e franquia	118
3.7.	Telesaúde	119
4.	BALANÇO DOS PROCESSOS ADMINISTRATIVOS POR PROCESSO TRABALHO ENTRE 2014 E MAIO DE 2017	121
4.1.	Padrão de Troca de Informações em Saúde Suplementar – TISS	121
4.2.	Representação pelo não envio de informações do Padrão TISS	121
4.3.	Envio de Comunicados Eletrônicos (CE) às Operadoras – 201639 a 2017	122

4.4.	Aviso de Beneficiários Identificados (ABI)	123
4.5.	Monitoramento da qualidade cadastral do SIB	123
4.6.	Representação da qualidade cadastral do SIB e do não envio de informações do SIB	123
4.7.	Contratualização entre Operadora e Rede Prestadora e Substituição de rede não hospitalar	123
PARTE 2: ANS – JANEIRO A JUNHO DE 2015		125
	AGENDA REGULATÓRIA DA ANS	125
5.	CONTRATO DE GESTÃO	126
6.	AVANÇOS REGULATÓRIOS	126
6.1.	Foco no monitoramento das operadoras	126
6.2.	Foco no acesso e na qualidade assistencial	128
6.2.1.	Incentivo ao parto normal	128
6.2.2.	Novas regras para o parto	129
6.2.3.	Taxa de disponibilidade para acompanhamento de parto	129
6.2.4.	Revisão e ampliação do Rol de procedimentos e eventos em saúde	130
6.2.5.	Encontro sobre boas práticas na saúde suplementar	134
6.2.6.	Transparência dos dados do TISS	134
6.3.	Foco na integração com o SUS	134
6.3.1.	Ressarcimento ao SUS	134
6.3.2.	PERSUS – Protocolo Eletrônico do Ressarcimento ao SUS	135
6.3.3.	Número do Cartão Nacional de Saúde	135
6.4.	Foco na fiscalização	135
6.5.	Foco na participação social e na articulação setorial	137
6.5.1.	Consultas públicas	137

6.5.2.	Câmaras e grupos técnicos	138
6.6.	Foco na garantia de acesso à informação	139
6.6.1.	A inovação dos Dados Integrados da Qualidade Setorial	139
6.6.2.	Um padrão de informações para o beneficiário de plano de saúde	139
6.6.3.	Melhoria do atendimento ao consumidor – Consulta Pública nº 58, de 2015	140
6.6.4.	Semana de Orientação ao consumidor em Belém do Pará	141
6.6.5.	Produção Editorial	141
7.	DESTAQUES DA GESTÃO INTERNA	141
7.1.	Planejamento Participativo	141
7.2.	Programa de Qualificação Institucional	141
7.3.	Boas Práticas Regulatórias	142
7.4.	Relatório de Gestão – Tribunal de Contas da União	143
7.5.	Carta de Serviços	143
7.6.	Plano de Trabalho	143
7.7.	Orçamento	144
7.8.	Curso de Gestão de Riscos ministrado pelo TCU	144
7.9.	Espaço Aberto	144
7.10.	Nova biblioteca virtual da ANS	145
7.11.	Consulta Interna sobre ponto eletrônico	146
7.12.	Redução do tempo médio de conclusão dos inquéritos administrativos	146
7.13.	Parceiros da Cidadania - Acordo assinado	147
7.14.	Aprimoramento da gestão de contratação e licitação	147

ANEXO I – LISTA DE RESOLUÇÕES NORMATIVAS RELATIVAS À DIDES EXPEDIDAS ENTRE AGOSTO DE 2014 E MAIO DE 2017	149
ANEXO II – LISTA DE INSTRUÇÕES NORMATIVAS EXPEDIDAS PELA DIDES ENTRE AGOSTO DE 2014 E MAIO DE 2017	152
ANEXO III – LISTA DE INSTRUÇÕES DE SERVIÇO E PORTARIAS EXPEDIDAS PELA DIDES ENTRE AGOSTO DE 2014 E MAIO DE 2017	155
ANEXO IV – LISTA DE EVENTOS E REUNIÕES DE GRUPOS TÉCNICOS REALIZADOS PELA DIDES ENTRE AGOSTO DE 2014 E MAIO DE 2017 E OS PREVISTOS ATÉ O FIM DE 2016	156
ANEXO V – INDICADORES DA DIDES ENTRE 2014 E 2017	161
ANEXO VI – ORGANOGRAMA DA DIDES	163
ANEXO VII – COLABORADORES DIDES	164
ANEXO VIII – RESOLUÇÕES NORMATIVAS, INSTRUÇÕES NORMATIVAS, INSTRUÇÕES DE SERVIÇO E PORTARIAS DA DIDES PUBLICADAS ENTRE AGOSTO DE 2014 E MAIO DE 2017	170

APRESENTAÇÃO

Esta publicação reúne um breve histórico das atividades realizadas durante o período em que fiz parte da diretoria colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) à frente da diretoria de Desenvolvimento Setorial (DIDES).

A busca pelo aprimoramento do setor e das suas inter-relações, com foco na sustentabilidade e na inovação, foi permanente. Desenvolvemos projetos que preconizam novos modelos e comportamentos, pois acreditamos ser necessária uma mudança estruturante no sistema de saúde suplementar e entendemos que uma regulação mais indutora que normativa pode colaborar muito para essa transformação.

Baseamos nossas propostas em alguns aspectos fundamentais: melhor relacionamento entre os atores do setor (principalmente entre prestadores de serviços de saúde e operadoras de planos de saúde); transparência nos dados e nas relações; aprimoramento das informações do setor (bases de dados, divulgação, cultura e registro eletrônico em saúde); investimento na qualidade como um valor para o setor (qualidade de operadoras, prestadores e resultado final para os consumidores); e mudança de modelos de assistência e de remuneração.

Aliás, as mudanças de modelo assistencial e de remuneração são primordiais para que o sistema seja mais efetivo e que de verdade aponte para um ciclo virtuoso, privilegiando o bom resultado em detrimento do volume de procedimentos e da ineficiência.

Sabemos que nada disso se faz de uma hora para outra. Mas é preciso começar, incentivar e orientar. Todos os projetos da DIDES foram planejados para que, juntos e num período tão curto de tempo, pudessem se desenvolver e dar resultados, comprovando que é possível mudar cultura e que essas propostas são viáveis.

Com certeza ainda resta muito a se fazer, mas estamos certos que avançamos. Ao fim deste mandato, estamos orgulhosos com os resultados alcançados em todos os programas e projetos realizados: o impressionante aumento de partos normais, após uma década de tentativas de redução de cesarianas desnecessárias, e a importante redução na utilização de UTI neonatal; a regulamentação da Lei nº 13.003, que trata do relacionamento entre operadoras e prestadores; a publicação dos primeiros resultados do Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde (QUALISS), que incentiva a qualidade entre profissionais e estabelecimentos de saúde; o aprimoramento da Troca de Informação em Saúde Suplementar (TISS) e a publicação de sua base de dados para toda a sociedade; os resultados alcançados nos projetos Idoso Bem Cuidado (com a redução de idas a emergências e aumento na utilização do médico centralizador do cuidado) e Oncorede (focado na qualidade de vida do paciente em tratamento de câncer); além do aprimoramento dos processos de cobrança e repasse do ressarcimento ao SUS, com maior transparência na divulgação de seus dados.

Nada disso seria possível sem as parcerias que foram firmadas nesse caminho. Tal fato relevante merece destaque. É vital que o sistema se perceba realmente como um sistema e que comece a utilizar mais as importantes parcerias que podem e devem ser feitas entre todos os atores com um objetivo único: o melhor atendimento prestado ao cidadão.

E, o mais importante. Nada disso teria valor se não houvesse um objetivo claro em toda essa construção: o foco no paciente. Este precisa ser o CENTRO de todo o sistema e de tudo que for pensado na área da saúde.

Por fim, fica o grande agradecimento à equipe da DIDES, que acreditou, investiu, trabalhou, ousou, inovou e principalmente, sonhou e realizou junto!

Fica aqui o registro desses três anos e o agradecimento por tudo que foi aprendido e conquistado.

Martha Oliveira

A fim de facilitar o entendimento de como foram planejados os processos de trabalho das diferentes diretorias para que se inter-relacionassem, serão apresentados os projetos divididos em três grupos de objetivos: qualidade como valor; aprimoramento da informação e modelos assistencial e de remuneração.

1. QUALIDADE COMO VALOR

1.1 PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DE OPERADORAS

O Programa de Qualificação das Operadoras visa avaliar o desempenho das operadoras por meio de indicadores que compõem o Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS). Esta medida resumida do desempenho das operadoras é realizada de forma retroativa anualmente desde 2006, refletindo a avaliação de desempenho de todas as operadoras com registro ativo na ANS ao longo do ano anterior ao da divulgação.

Os objetivos do Programa de Qualificação de Operadoras – IDSS são avaliar o desempenho das operadoras de planos de saúde por meio de indicadores; estimular a qualidade setorial; reduzir a assimetria de informação entre o consumidor e a operadora, oferecendo maior poder de escolha; conferir comparabilidade com outros sistemas de saúde; subsidiar as políticas regulatórias; e induzir o setor no sentido da consecução das diretrizes da ANS.

O programa foi desenvolvido durante o ano de 2004, e sua implantação foi realizada progressivamente, em etapas, que incluíram desde a avaliação e divulgação dos resultados por faixas de nota de conjunto de operadoras agrupadas por porte e modalidade, até a divulgação atual das notas do IDSS individualmente por operadora, por dimensão e por indicador. As quatro dimensões, bem como os indicadores têm sido revisados ao longo dos anos.

O IDSS tem como finalidade principal divulgar para a sociedade de forma transparente o resultado do desempenho das operadoras, entretanto, também tem sido utilizado no contrato de gestão ANS e no plano plurianual da ANS junto ao Ministério da Saúde. Além disso, as operadoras utilizam seu IDSS para participar de competições e licitações para comercialização de seus produtos.

A meta estabelecida junto ao Ministério da Saúde no contrato de gestão é atingir percentual de beneficiários vinculados às operadoras com IDSS acima de 0,6 superior a 65% no ano de 2015 e 2016 (anos-base 2014 e 2015 respectivamente, e superior a 70% em 2017 (ano-base 2016). A meta vem sendo superada.

Para o plano plurianual a meta é que a média do IDSS das operadoras médico-hospitalares ponderada pelo número de beneficiários, seja superior a 0,65 nos anos de 2016 e 2017, e superior a 0,70 nos anos de 2018 e 2019. Em 2016 a meta foi atingida.

Apresenta-se a seguir um resumo da evolução do programa desde o ano-base 2014:

IDSS 2015 – ANO-BASE 2014

Para o ano-base 2014 não houve alterações significativas no Programa de Qualificação. Em setembro/2015 os resultados finais foram divulgados no portal da agência, sendo apresentados por operadora, por segmento (Operadoras Médico-Hospitalares ou Exclusivamente Odontológicas), por faixa de avaliação, sendo possível também comparar os resultados entre as empresas.

A Tabela 1 indica que os resultados apontaram para redução no número de operadoras ativas (quando comparado ao ano-base 2013) e aumento do número de beneficiários. Observou-se também um aumento de operadoras situadas nas duas melhores faixas do IDSS.

TABELA 1 - OPERADORAS E BENEFICIÁRIOS POR FAIXA DE IDSS, SEGUNDO A SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL - BRASIL, 2011-2014

SEGMENTO	FAIXA	ANO-BASE 2011		ANO-BASE 2012		ANO-BASE 2013		ANO-BASE 2014	
		OPERAD.	BENEF.	OPERAD.	BENEF.	OPERAD.	BENEF.	OPERAD.	BENEF.
TOTAL GERAL		1.239	60.387.194	1.294	65.201.023	1.237	67.972.989	1.187	70.325.155
MÉDICO-HOSPITALAR	0,00 A 0,19	38	408.031	60	385.731	45	355.058	30	942.055
	0,20 A 0,39	81	1.148.550	74	2.021.428	57	708.569	42	563.484
	0,40 A 0,59	228	9.874.293	230	16.537.369	196	8.139.196	120	4.486.738
	0,60 A 0,79	408	29.655.212	478	29.126.364	435	37.983.264	397	32.749.798
	0,80 A 1,00	158	5.967.956	104	3.038.657	161	5.539.143	271	15.841.849
	TOTAL	913	47.054.042	946	51.109.549	894	52.725.230	860	54.583.923
EXCLUSIVAMENTE ODONTOLÓGICAS	0,00 A 0,19	16	66.025	27	68.639	27	86.281	20	38.813
	0,20 A 0,39	46	543.228	49	258.634	37	307.605	20	121.336
	0,40 A 0,59	95	2.611.137	91	6.980.158	70	817.318	54	448.667
	0,60 A 0,79	105	2.602.853	139	5.769.806	141	5.297.393	130	2.071.625
	0,80 A 1,00	64	7.509.909	42	1.014.237	68	8.739.162	103	13.060.792
	TOTAL	326	13.333.152	348	14.091.474	343	15.247.759	327	15.741.232

Fonte: ANS/Sistema de Qualificação, 2015

Os resultados do ano-base 2014 estão disponíveis no Portal da ANS¹.

IDSS 2016 – ANO-BASE 2015

Em 2015 foi realizada uma avaliação e uma alteração das dimensões do Programa a fim de fazer um alinhamento aos objetivos estratégicos da ANS, além de fazer uma adequação à nova realidade do

1 Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/dados-do-programa-de-qualificacao-de-operadoras>>.

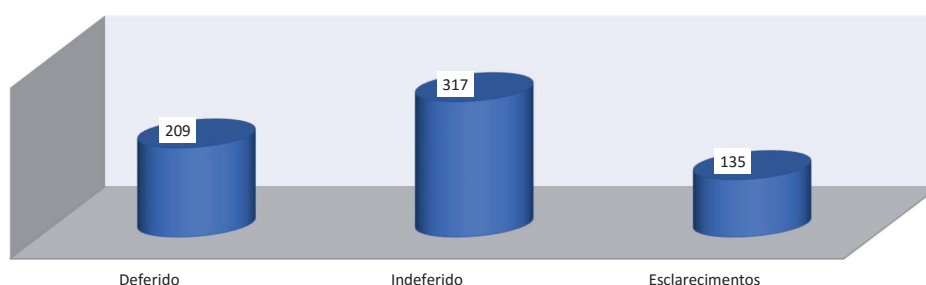
setor, conferindo maior integração com outras ferramentas de avaliação da qualidade setorial; por exemplo, com o Programa de Qualificação de Prestadores.

As alterações propostas foram aprovadas pela Diretoria Colegiada, resultando na RN nº 386 e na Instrução Normativa (IN) DIDES nº 60, ambas de 9 de outubro de 2015. A partir desta mudança, as dimensões passaram a possuir pesos iguais (25% para cada dimensão) e passaram a ter as seguintes definições:

- Qualidade em atenção à saúde - IDQS: 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 linhas de cuidado em saúde, em consonância com as políticas nacionais de saúde.
- Garantia de acesso - IDGA: identificação das condições relacionadas à rede assistencial que possibilitam a garantia de acesso oportuno, em termos de espaço de tempo, e a oferta de rede de consultórios, hospitais, ambulatorios, laboratórios e centros diagnósticos oferecidos pelas operadoras de planos de saúde.
- Sustentabilidade no mercado - IDSM: monitoramento da sustentabilidade da operadora, considerando seu equilíbrio econômico-financeiro, avaliando a capacidade de manter-se em dia com suas obrigações financeiras junto a seus prestadores para o atendimento com padrão adequado de qualidade e de forma contínua a seus beneficiários. Avalia ainda o grau de satisfação destes em relação aos serviços prestados. Como proxy desta medida, avalia indicadores de permanência dos beneficiários e mede a gravidade das infrações à legislação cometidas por parte das operadoras de planos de saúde.
- Gestão de processos e regulação - IDGR: avaliação do grau de consolidação de processos de gestão que possibilitem o atendimento das exigências regulatórias e o cumprimento da legislação; afere ainda o cumprimento das obrigações técnicas e cadastrais das operadoras de planos de saúde junto à ANS. O termo em inglês “Compliance”, que significa, dentre outros aspectos, conhecer e interpretar as normas da organização e agir em conformidade com as leis internas e externas, ajuda na compreensão desta dimensão.

Foi feita a divulgação preliminar dos resultados, o que ensejou mais questionamentos que o usual tendo em vista a mudança de metodologia no Programa, além da alteração de alguns indicadores. Desse modo, o número de questionamentos cresceu 5 (cinco) vezes em relação à divulgação do processamento 2015-ano-base 2014, totalizando 661 solicitações recepcionada por meio do Sistema OTRS, que passou a ser utilizado na gestão do PQO, distribuídas conforme Gráfico 1 a seguir:

GRÁFICO 1 – SOLICITAÇÕES POR PARTE DAS OPERADORAS

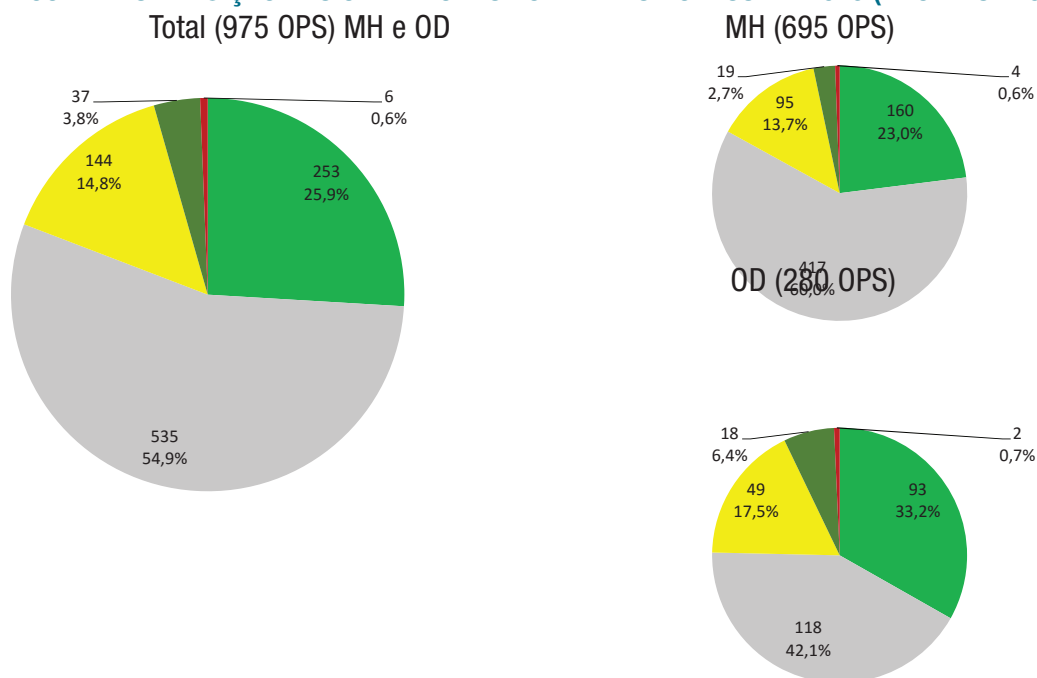


Fonte: ANS/Sistema OTRS, 2016.

O programa foi aplicado a 1.100 operadoras. Não obstante, para a divulgação no site da ANS, são retiradas aquelas em Direção Técnica, Direção Fiscal ou ainda as canceladas ou em processo de cancelamento de acordo com a Resolução 386/2015. Portanto, foi divulgado no portal da ANS e nas estatísticas deste relatório o IDSS de 975 operadoras entre Médico Hospitalares (MH) e Odontológicas (OD) avaliadas no ano-base 2015.

Convém observar que as faixas de IDSS de cada ano não são inteiramente comparáveis, visto que os respectivos índices de desempenho são resultantes de conjuntos de indicadores com seus critérios de pontuação, que sofrem alguma modificação ano a ano, especialmente no ano-base 2015, após a mudança nas dimensões. O Gráfico 2 a seguir demonstra os resultados a partir das cinco faixas de IDSS.

GRÁFICO 2 - DISTRIBUIÇÃO DAS OPERADORAS POR FAIXAS DO IDSS EM 2016 (ANO-BASE 2015)



Fonte: ANS/Sistema Qualificação, 2016.

Os resultados do ano-base 2015 estão disponíveis no Portal da ANS².

IDSS 2017 – ANO-BASE 2016

A reestruturação do Programa, que está sendo realizada por etapas, não se resume exclusivamente à mudança dos normativos; ela busca, de forma consistente, conferir um caráter sistêmico às avaliações de qualidade e utilizar no cálculo dos indicadores, as informações provenientes do Padrão TISS.

Ademais, busca-se uma integração cada vez maior entre os programas de qualidade da ANS e os indicadores do IDSS como o Programa de Qualificação de Prestadores de Serviços em Saúde – QUALISS, o Programa de Acreditação de Operadoras e os Projetos de Indução de Qualidade: OncoRede, Idoso Bem Cuidado, Parto Adequado e Sorrir.

As principais mudanças foram as seguintes:

- A introdução do TISS em 9 indicadores do Programa;

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

- A exclusão de alguns indicadores 5 indicadores, considerados inespecíficos;
- A alteração de 2 alguns indicadores da Dimensão 2 – IDGA, para a dimensão 1-IDQS.

Os indicadores e suas fichas técnicas para o IDSS 2017 (ano-base 2016) estão disponíveis no Portal da ANS³.

O PQO é processado a cada ano a partir da data de corte dos dados para consolidação dos dados em 30 de abril. Em 2017, após o processamento dos dados do ano-base 2016, será possível avaliar parte do resultado das mudanças empreendidas, com a avaliação do desempenho das operadoras, agregando a utilização dos dados do TISS em diversos indicadores.

Os resultados já estão sendo processados e deverão ser divulgados até setembro de 2017.

IDSS 2018 – ANO-BASE 2017

Dando prosseguimento às etapas de reestruturação do PQO, foi realizado um diagnóstico do Programa com a avaliação dos últimos resultados do IDSS disponíveis, levando às seguintes constatações:

- Um percentual significativo de indicadores utilizados no Programa estava com seus resultados extremamente concentrados nas faixas superiores do IDSS;
- Parte dos indicadores ainda se mostravam pouco sensíveis a uma avaliação de qualidade;
- A possibilidade de utilização do Padrão TISS ainda se encontrava pouco explorada na construção dos indicadores;
- Parte dos indicadores tinham resultados altamente correlacionados após a aplicação de metodologia estatística específica;
- A Dimensão 4 – Gestão e Regulação, que contava quase que exclusivamente com indicadores relativos ao envio de dados à ANS, tinha o mesmo peso relativo que as demais dimensões.

Este cenário indicava que a metodologia vigente apresentava o setor com desempenho homogêneo, não diferenciando o desempenho entre as operadoras, principal objetivo do PQO. Além disso, ficou evidenciado que parte dos indicadores estavam defasados ou não apontavam para a avaliação de qualidade propriamente dita, outros eram bastante inespecíficos e sem objetivo claro e outros ainda avaliavam meramente o cumprimento de normas regulatórias. Desse modo, percebeu-se a necessidade de revisão dos indicadores para que se tornassem mais sensíveis às diferenças de desempenho entre as operadoras.

Constatou-se que, apesar das mudanças introduzidas pelas novas RN e IN em 2015, seria necessário discutir os pesos entre as quatro dimensões do IDSS visando dar maior importância aos indicadores relativos ao desempenho propriamente dito das operadoras. Optou-se pela diminuição do peso da dimensão 4 – IDGR, cujos indicadores estavam mais atrelados ao cumprimento de normas regulatórias, que passou a valer 10% do IDSS e as demais dimensões passaram a ter igualmente peso de 30% do IDSS.

A concepção da reestruturação do programa abrangeu as seguintes etapas, detalhadas na sequência:

- Inclusão da obrigatoriedade da divulgação dos resultados do PQO pelas operadoras;
- Revisão das ponderações entre as dimensões;
- Integração com os demais programas de qualidade da DIDES;
- Utilização do TISS como fonte de dados dos indicadores;
- Inclusão de Pesquisa de Satisfação de Beneficiários como um dos itens do Programa, com

3

Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/dados-do-programa-de-qualificacao-de-operadoras>>.

- elaboração de Documento Técnico de referência (vide Figura 1);
- Destaque para o indicador participação no Programa de Acreditação de Operadoras, que passou a impactar diretamente na nota final do IDSS;
 - Criação de nomenclatura coloquial para cada indicador “nome fantasia” conferindo maior clareza e entendimento na comunicação com o beneficiário;
 - Revisão de críticas e pré-requisitos para participação no programa;
 - Inclusão de novos indicadores;
 - Retirada de indicadores inespecíficos ou que traziam poucas informações relevantes;
 - Revisão das fórmulas de cálculo dos indicadores e atualização das referências bibliográficas;
 - Realizado estudo dos pesos de cada indicador, para que houvesse equilíbrio na contribuição de cada um para o IDSS final da operadora e dando maior ênfase aqueles indicadores considerados de maior relevância.

A Lista dos indicadores, as fichas técnicas e ponderações e o documento técnico para a realização de Pesquisa de Satisfação de Beneficiários estão disponíveis no Portal da ANS⁴.

FIGURA 1 - DOCUMENTO TÉCNICO PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA DE SATISFAÇÃO DE BENEFICIÁRIO



Fonte: ANS, 2017.

Para conferir transparência e maior participação dos atores, foi criada área no sítio institucional da ANS, GT do PQO, no qual estão disponibilizados todo o material produzido, tais como, a ficha técnica dos indicadores, o peso relativo, as contribuições do setor com as respostas da ANS, as filmagens das reuniões com o setor⁵.

Todas as alterações foram incorporadas ao programa por meio da alteração das Fichas Técnicas dos indicadores; da RN 386/2015 e da IN 60, de 2015 aprovados na Reunião da DICOL de 11 de maio de 2017.

Os objetivos das mudanças realizadas são obter uma melhor avaliação do desempenho das operadoras; induzir o mercado na consecução das diretrizes estabelecidas pela ANS; maior avanço para uma análise

⁴ Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/dados-do-programa-de-qualificacao-de-operadoras>>

⁵ Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/cameras-e-grupos-tecnicos/grupo-tecnico-do-programa-de-qualificacao-de-operadoras-idss-ano-base-2017>>..

integrada dos dados da saúde suplementar, visando qualidade e maior articulação das informações dos beneficiários, prestadores e das OPS; e no uso do programa como insumo nas ações de monitoramento e fiscalização da ANS, potencializando o trabalho integrado de análise e monitoramento do setor e a indicação dos novos desafios regulatórios.

Os resultados decorrentes das mudanças realizadas só serão mensurados a partir da avaliação do ano base 2017, a ser processado em 2018.

1.2. PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DE PRESTADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE (QUALISS)

O QUALISS consiste no estabelecimento de atributos de qualificação relevantes para o aprimoramento da qualidade assistencial oferecida pelos prestadores de serviços na saúde suplementar, na avaliação da qualificação destes prestadores e na divulgação desses atributos de qualificação.

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

A qualificação de prestadores na saúde suplementar estava fragmentada em várias normas, desta forma a DIDES unificou do programa em um único normativo, assim como estabeleceu algumas mudanças com o objetivo de facilitar sua implementação e lhe dar mais capilaridade por meio da RN n.º 405/16.

Desse modo, o QUALISS passou a contar com entidades parceiras na sua execução, denominadas participantes do QUALISS, que são responsáveis pelo monitoramento, avaliação e/ou envio de dados para a ANS, obedecendo a critérios específicos de acordo com a atuação de cada uma das entidades participantes.

Desta forma, atualmente, as entidades participantes do QUALISS são as seguintes⁶: Acreditoras de Serviços de Saúde; Colaboradoras; Gestoras de Outros Programas de Qualidade; Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA; Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia – INMETRO; e Conselhos Profissionais e/ou associações de âmbito nacional representativas de categoria profissional da área de saúde ou de especialidades da área de saúde.

Além disso, a RN 405, de 2016 estabeleceu o PM-QUALISS - Programa de Monitoramento de Indicadores da Qualidade de Prestadores de Serviços de Saúde, que é um sistema de medição para avaliar a qualidade dos prestadores de serviço na saúde suplementar, por meio de indicadores que têm validade, comparabilidade e capacidade de discriminação dos resultados. O objetivo dos indicadores a serem selecionados é estimular a qualidade e a disseminação de informações sobre o desempenho do setor, tendo como público-alvo: a sociedade em geral; os beneficiários, visando o aumento de sua capacidade de escolha; os prestadores de serviços, visando o fomento de iniciativas e estratégias de melhoria de desempenho; e as operadoras de planos privados de assistência à saúde, visando a uma melhor qualificação de suas redes assistenciais.

6 Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/gestao-em-saude/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude-2>>.

O Programa cujos critérios foram criados pela ANS, mas a execução será realizada pelas entidades colaboradas, tem fundamental importância por permitir a participação de qualquer prestador de serviços de saúde sem custo para o prestador.

Em março de 2017, a norma que dispõe sobre o QUALISS foi alterada pela RN. nº 421/2017, para dar maior clareza e propiciar maior alcance. Dentre as alterações, cabe destacar:

- Ampliar o escopo das Colaboradoras do QUALISS possibilitando a inclusão das Associações de âmbito nacional representativas de categoria profissional da área de saúde ou de especialidades da área de saúde com expertise técnico-científica como participantes do QUALISS, uma vez que possuem informações sobre a qualificação profissional de seus participantes,
- Inclusão do título de Mestrado como um atributo de Qualidade para profissionais de saúde,
- Determinar que as entidades que participam do QUALISS como Gestoras de Outros Programas de Qualidade deem transparência a seus programas de avaliação de qualidade de forma que a sociedade possa conhecer a metodologia de avaliação utilizada por estas participantes do QUALISS.

São os seguintes os atributos de qualidade do QUALISS e seus respectivos ícones:

FIGURA 2 - ATRIBUTOS E ÍCONES DE QUALIDADE DO QUALISS

 Programa de Acreditação	 Qualidade monitorada
 Comunicação de eventos adversos	 Certificações de Entidades Gestoras de Outros Programas de Qualidade
 Pós graduação <i>latu senso</i>	 Certificação ISO 9001
 Residência	 Doutorado /Pós-doutorado
 Título de Especialista	 Mestrado

Fonte: RN 405/2016.

A lista dos indicadores do PM QUALISS e a ficha técnica dos indicadores se encontram disponíveis no Portal da ANS ⁷.

O QUALISS conta ainda com o Comitê Técnico de Avaliação da Qualidade Setorial – COTAQ ⁸ que é uma 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 COTAQ conta com a participação de diversos atores do setor nas discussões a respeito da qualificação de prestadores no âmbito do QUALISS.

Em abril de 2017 foram divulgados os primeiros resultados do QUALISS no portal da ANS apresentando a qualificação de hospitais, clínicas, serviços de apoio diagnóstico e profissionais de saúde.

⁷ Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/qualiss/Relacao_Indicadores_QUALISS.pdf>. e <http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/qualiss/Fichas_Indicadores_QUALISS.pdf>.

⁸ Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/comites-e-comissoes/cotaq>>.

Por meio do sistema QUALISS foram divulgadas as informações sobre os prestadores que possuem acreditação como atributo de qualidade no país. Aproximadamente 1.500 prestadores, dentre hospitais, clínicas, laboratórios e outros prestadores que prestam serviço para operadoras de planos privados de saúde foram informados pelas acreditadoras do país para ANS conforme a tabela abaixo.

QUADRO 1 – ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE ACREDITADOS

Tipo de Estabelecimento de Saúde Acreditados	Quantitativo
Clínica ou Centros de Especialidade	201
Hospital Especializado	26
Hospital geral	116
Hospital Dia	6
Laboratório e Clínica SADT	1139
Atenção Domiciliar	5
Total de Estabelecimentos Acreditados	1.493

Atualização em 9/5/2017

Fonte: ANS, 2017.

Além das informações sobre acreditação, que contabilizam 1.493 estabelecimentos de saúde, também foram divulgados outros atributos de qualidade, conforme tabela abaixo, perfazendo um total de 38.054 estabelecimentos de saúde.

QUADRO 2 – ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE COM ATRIBUTOS DE QUALIDADE

Estabelecimento de Saúde com Atributos de Qualidade	Quantitativo
Estabelecimentos Acreditados	1.493
Estabelecimentos de saúde com núcleo de segurança do paciente	1.489
Hospitais e hospitais dia que coletam indicadores de qualidade	1.492
Profissionais de saúde	33.534
Estabelecimentos que participam de programas de indução de qualidade	46
Total	38.054

Atualização em 9/5/2017

Fonte: ANS, 2017.

As informações sobre os atributos de qualidade por prestador de serviço de saúde estão disponíveis no Portal da ANS e podem ser consultadas por meio de busca por categorias como tipo de prestador, UF, município, ou ainda por nome fantasia, CNPJ ou CNES⁹.

Atualmente, encontra-se em desenvolvimento os demais módulos do sistema QUALISS que permitirá a busca pelos demais atributos de qualidade previstos na RN n.º 405/2017.

9 Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/gestao-em-saude/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude-2>>.

1.3. PROGRAMA DE ACREDITAÇÃO DE OPERADORAS

O Programa de Acreditação de Operadoras é um processo voluntário e tem como objetivo certificar a qualidade assistencial das operadoras de planos de saúde, de acordo com avaliação feita por entidades de acreditação homologadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e habilitadas pelo Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia (INMETRO) de acordo com critérios estabelecidos pela ANS por meio da RN 277, de 2011.

A acreditação é uma forma de a operadora conhecer melhor o seu negócio e melhorar a sua gestão de acordo com as boas práticas que foram preconizadas no normativo da ANS. Além disso, atesta para seus clientes e a sociedade em geral seu esforço na melhoria contínua da qualidade.

A análise das Operadoras de Planos de Saúde leva em conta diversos quesitos para conceder o certificado de acreditação, tais como: a administração; a estrutura e a operação dos serviços de saúde oferecidos; o desempenho da sua rede de profissionais e de estabelecimentos de saúde; e o nível de satisfação dos beneficiários. Ao todo, a avaliação considera 147 itens distribuídos em 7 dimensões.

A partir desta avaliação, a operadora será acreditada em três níveis, de acordo com a pontuação total obtida.

Desde 2014 foram acreditadas e reacreditadas 18 operadoras de planos de saúde. Atualmente há 5 entidades acreditadoras disponíveis, canceladas pela ANS. A relação completa de operadoras acreditadas e entidades acreditadoras encontra-se disponível no Portal da ANS ¹⁰.

Há um grande interesse na Revisão dos critérios para acreditação de operadoras com revisão em curso. Em março de 2017, a ANS formou um grupo interno com participação das diversas diretorias, e desde 29/11/2016 vem discutindo a revisão da norma de acreditação de operadoras, que é de 2011, com um GT externo, composto por diversos atores do mercado.

Dentre os objetivos da mudança, pode-se elencar:

- a. Possibilitar a inclusão de operadoras exclusivamente odontológicas, que, pela a norma atual, não estão contempladas;
- b. Rever os requisitos, aprimorando as dimensões que estejam imprecisas ou superpostas, deixando-as mais objetivas;
- c. Caracterizar e conceituar melhor cada dimensão e seus requisitos, baseando-se em medidas de estrutura, processo e resultado.
- d. Conferir clareza na forma de pontuação e coleta de evidências, reduzindo os pontos subjetivos,
- e. Rever os requisitos para que as operadoras possam se submeter ao processo, integrando com os demais monitoramentos e programas indutores de qualidade atualmente realizados pela ANS;
- f. Padronizar o formato dos Relatórios emitidos pelas Acreditadoras;
- g. Avaliar de forma mais específica a situação econômico-financeira das operadoras;
- h. Prever critérios para suspensão da Acreditação das operadoras e das Entidades Acreditadoras.

¹⁰ Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/acreditacao-de-operadoras>>.

Para conferir transparência e maior participação dos atores, foi criada área no sítio institucional da ANS, GT do Programa de Acreditação de Operadoras, no qual estão disponibilizados todo material produzido¹¹.

A expectativa de conclusão da revisão da norma é até agosto de 2017. A importância dessas alterações é conferir maior qualidade aos critérios, reduzindo lacunas e corrigindo distorções e estabelecendo maior objetividade. Além disso, uma maior divulgação do Programa, conferindo transparência e reduzindo assimetria de informação no setor.

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

Em 24 de junho de 2014, o Congresso Nacional editou a Lei nº 13.003, que alterou a Lei nº 9.656/1998, modificando os artigos 17 e 18 e introduzindo o art. 17-A, que estabeleceu como obrigatório o contrato escrito para formalizar a relação entre operadoras e prestadores, elencando cláusulas de presenças obrigatórias. Também trouxe novas obrigações a serem observadas pelo setor e passíveis de regulamentação pela ANS, quais sejam:

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

Após a publicação dessa Lei, constituiu-se uma Câmara Técnica conduzida pela ANS, tendo como participantes as partes interessadas (entidades previamente convidadas que compõem a Câmara de Saúde Suplementar, representantes das operadoras de planos, de prestadores de serviços de saúde, de entidades de classe dos profissionais de saúde e dos consumidores). Foram realizados quatro encontros em setembro, outubro, novembro e dezembro de 2014, sendo o primeiro no formato de grupo técnico, e uma Audiência Pública, onde foram discutidos os itens da Lei a serem regulamentados, buscando-se a construção de consensos para que o órgão regulador formulasse os entendimentos.

Ainda no mês de dezembro, foram publicadas as normas referentes à regulamentação da Lei 13.003/14 (RNs nº 363, 364 e 365 e IN DIDES nº 56, que entraram em vigor em 24 de dezembro de 2014), e, em fevereiro de 2015, foi editada a Súmula Normativa nº 26, sobre entendimento vinculativo do Índice de Reajuste. Em fevereiro de 2016, ainda foi editada a IN DIDES nº 62/2016, que regulamentou o tratamento dispensado às demandas, que, por qualquer meio, forem recebidas pela DIDES, relacionadas a estes normativos, a fim de conferir maior eficácia e celeridade nas ações fiscalizatórias.

¹¹ Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/camaras-e-grupos-tecnicos/grupo-tecnico-do-programa-de-qualificacao-de-operadoras-idss-ano-base-2017>>.

O projeto de monitoramento da implantação dos normativos de regulamentação da Lei nº 13.003/14 incluiu a entrega de quatro produtos:

- Relatório de divulgação das substituições nos portais corporativos (definição de metodologia de monitoramento das substituições e encaminhamentos conforme normativo de sanções da fiscalização);
- Reunião da Câmara Técnica de Monitoramento dos Normativos da Lei nº 13.003/14;
- Sistemática de controle de demandas (definição de metodologia de monitoramento de demandas de prestadores recebidas; criação de sistema interno para controle).
- Criação de indicadores de monitoramento do relacionamento entre operadoras e prestadores no TISS, o que engloba a formulação e o teste desses indicadores com as bases de dados disponíveis.

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, e está procedendo à reanálise dos portais das operadoras, a fim de verificar a correção das desconformidades percebidas. As operadoras com inconformidades estão sendo objeto de processo administrativo sancionador.

- 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 três reuniões do Grupo Técnico da Lei nº 13.003/14, em abril e junho de 2016, e fevereiro de 2017.

- 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. Para a definição destes indicadores, foi considerado que práticas e condutas equivocadas ou irregulares de prestadores de serviços de saúde podem ensejar a aplicação devida de glosas por parte das operadoras, tais como erro do prestador no preenchimento/envio da guia, cobrança em duplicidade ou atraso no envio da documentação. Contudo, se aplicada de modo indevido a glosa pode promover uma redução de despesa assistencial à custa da remuneração do prestador executante do serviço. Foi proposto, portanto, o indicador de “Glosas de Pagamentos a Prestadores de Serviços de Saúde” que irá compor o Índice de Desempenho da Saúde Suplementar-IDSS, ano-base 2017, das operadoras de planos de saúde. O indicador permite verificar a ocorrência de glosas praticadas pela operadora junto a sua rede de prestadores de serviços de saúde, a partir de duas diferentes perspectivas. Nesse sentido, visa representar a relação entre os valores cobrados pelos prestadores de serviços de saúde às operadoras de planos de saúde e as glosas aplicadas pelas mesmas, assim como a relação entre a quantidade

de prestadores com glosas e o total de prestadores com os quais a operadora promoveu troca de informações no Padrão TISS no período de análise.

- 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. Por meio 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 operadoras. 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 foi realizada entre abril a junho de 2016 e teve seus dados consolidados e apresentados na reunião do GT no mesmo mês, disponibilizados pela ANS para consulta em seu sítio eletrônico na internet.

1.5. FATOR DE QUALIDADE

A Lei 13.003 de 24 de junho de 2014 alterou a Lei n.º 9656/98, que regulamenta os planos privados de saúde e tornou obrigatória a existência de contratos escritos entre as operadoras e seus prestadores de serviços de saúde. A Lei definiu, ainda, que a periodicidade do reajuste seria anual e realizada nos primeiros 90 dias do ano. Na hipótese do prazo vencido, a ANS definiria o índice de reajuste.

Isto posto, a ANS deveria regulamentar o reajuste para os casos previstos na Lei. Desta forma, o reajuste foi regulamentado pela RN nº 364/2014 que estabeleceu o IPCA como índice associado a fator de qualidade, que deveria ser regulamentado em Instrução Normativa.

O Fator de Qualidade é um fator que compõe o Índice de Reajuste a ser aplicado pelas operadoras de planos de assistência à saúde aos seus prestadores de serviços de atenção à saúde nos contratos escritos firmados entre as partes quando houver previsão contratual de livre negociação como única forma de reajuste e não houver acordo ao término do período de negociação. Seu objetivo é atribuir ao reajuste do prestador alguns requisitos de qualidade na prestação dos seus serviços, de forma a estimular a busca contínua pela qualificação dos serviços prestados, gerando mais segurança e qualidade de atendimento aos beneficiários. O Fator de Qualidade poderá ser de 105%, 100% ou 85% do IPCA a depender do cumprimento dos requisitos de qualidade previstos em Nota Técnica atualizada anualmente.

O reajuste previsto pela ANS para ano base de 2015 a ser aplicado em 2016, conforme definido na RN nº 364/2014, em seu Art. 7º, §2º, e na IN DIDES nº 61, teve a aplicação do fator de qualidade exclusivamente para hospitais. Ficando os demais prestadores para o ano-base 2016. Os critérios para a aplicação do Fator de Qualidade, disponível na Nota Técnica nº 34/DIDES, para o ano-base 2015, bem como seus resultados encontram-se disponíveis no Portal da ANS¹².

¹² Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/prestadores/contrato-entre-operadoras-e-prestadores/fator-de-qualidade>>.

Os resultados do processamento dos critérios para aplicação do Fator de Qualidade, ano base 2015 foram divulgados no portal da ANS:

- 64 hospitais cumpriram os critérios para obtenção de 100% do IPCA;
- 131 hospitais cumpriram os critérios para obtenção de 105% do IPCA.

Ano base 2016:

Para esta competência foi estabelecido a aplicação do FQ não apenas para os hospitais, como também para Hospital-dia, Clínicas, Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapia – SADT e Profissionais de saúde (médicos, dentistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, etc).

Os critérios para a aplicação do fator de qualidade para o ano-base 2016 foram discutidos nas reuniões do COTAQ¹³ e no grupo Técnico de Regulamentação da Lei 13.003¹⁴ (com a participação de representantes de todo o setor de saúde suplementar) e foram dispostos na Nota Técnica 45 e na Nota Explicativa¹⁵.

De acordo com os critérios estabelecidos, a aplicação do Fator de Qualidade seguiu a estratificação do ano anterior em 3 grupos: 105% do IPCA; 100% do IPCA e 85% do IPCA

Para o ano-base 2016, que subsidiará o reajuste ser aplicado aos prestadores de serviço de saúde do setor suplementar no ano de 2017 quando couber, o Fator de Qualidade apresentou os seguintes resultados:

TABELA 2 – FATOR DE QUALIDADE – ANO BASE 2016

Prestador/Profissional	105%	100%
Dentistas	4112	1799
Enfermeiros	15	9
Farmaceuticos	453	330
Fisioterapeutas	888	442
Fonoaudiólogos	1824	942
Médicos	26967	2442
Nutricionistas	621	514
Psicólogos	667	244
Terapeutas Ocupacionais	90	39
Clínicas	6981	1178
Hospitais	246	370
Hospitais-dia	22	294
SADT	1675	4558

Fonte: ANS, 2016.

13 Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/comites-e-comissoes/cotaq>>.

14 Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/camaras-e-grupos-tecnicos/grupo-tecnico-lei-13-003-14>>.

15 Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/prestadores/contrato-entre-operadoras-e-prestadores/fator-de-qualidade>>.

A Lei 13.003, a RN 363/2014 e 364/2014 e as IN's DIDES 61/2015 e IN 62/2016, que normatizam o Fator de Qualidade estão disponíveis no Portal da ANS.

Considerando que o reajuste é anual, a DIDES/ANS dará continuidade à discussão sobre os critérios para a aplicação do Fator de Qualidade para o ano base de 2017.

1.6. MEDIAÇÃO DE CONFLITOS ENTRE OPERADORAS E PRESTADORES

A relação entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços mostra-se complexa e permeada por conflitos de posições e de interesses, por vezes, antagônicos. Estes conflitos podem impactar na qualidade do serviço dos prestadores e na estabilidade da rede das operadoras. Assim, verificou-se a necessidade de novas ações para aprimorar esse relacionamento e ao menos reduzir o nível e as consequências deletérias dos conflitos, de forma rápida e desburocratizada. Diante de tal propósito, a mediação de conflitos configura uma opção que poderá apresentar bons resultados se implementada conforme as necessidades e limitações legais da ANS.

Para tanto, a ANS tem buscado formular e implementar aspectos que contribuam para o aperfeiçoamento do relacionamento entre operadoras e prestadores e, em 2015, passou a pautar a temática da mediação neste contexto. Para tanto, identificou-se como necessária a prospecção de possíveis cenários, aperfeiçoamento do conhecimento técnico específico e o dimensionamento da infraestrutura abarcada, considerando peculiaridades da regulação neste tema e a capacidade para atingimento de resultados.

Em 2016 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. A referida temática foi objeto de debate também na reunião do GT da Lei nº 13.003/14, em fevereiro de 2017, abordando, inclusive, as contribuições recebidas do setor regulado. Foi estabelecido também pela ANS, por meio do Termo de Cooperação (TR) 90 – OPAS_OMS/ANS_MS, um termo de referência para contratação de estudo com vistas a subsidiar a ANS na implementação e sistematização de medidas regulatórias para a resolução de controvérsias na saúde suplementar relativas às disputas de ordem econômica e relacional entre prestadores de serviços e operadoras de planos de saúde.

1.7. SEGURANÇA DO PACIENTE NO SETOR SUPLEMENTAR DE SAÚDE

Como integrante do Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (CIPNSP) a ANS é coautora do edital da Primeira Edição do Laboratório de Inovações e Reconhecimento a Boas Práticas de Segurança do Paciente na Saúde Suplementar Brasileira, viabilizado a partir de cooperação com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS no Brasil). O edital em questão destina-se a hospitais, maternidades, clínicas, serviços de apoio à diagnose e terapia e consultórios brasileiros, com atuação no Brasil e que sejam parte de rede credenciada ou conveniada de planos de saúde.

A iniciativa pretende identificar, valorizar e divulgar práticas inovadoras baseadas em evidências científicas, que incrementem a segurança do paciente nos serviços prestados e contribuam para a qualidade da assistência de uma forma que possa ser acompanhada, mensurada e comprovada por meio de indicadores. O edital, cuja elaboração recebeu contribuições por parte dos demais integrantes

do CIPNSP, estabelece às instituições reconhecidas a possibilidade de participação no Laboratório de Inovações e Reconhecimento a Boas Práticas de Segurança do Paciente na Saúde Suplementar Brasileira de Inovação e de ter a sua experiência registrada em publicação conjunta da ANS e OPAS sobre o tema Segurança do Paciente.

O tema do edital da Primeira Edição do Laboratório será: “Mudanças Culturais para a Segurança do Paciente”. No âmbito do tema definido serão reconhecidas as seguintes categorias:

1. Inovação em Segurança do Paciente no Brasil, voltado para projetos que comprovem avanços em qualidade e segurança do paciente a partir de práticas inovadoras no país;
2. Comunicação em Segurança do Paciente, com vistas às iniciativas que demonstrem o monitoramento da capacidade do prestador em envolver o paciente nas decisões relativas a sua saúde e a sua preocupação/capacidade de escuta;
3. Aprendizado em Segurança do Paciente, com vistas às iniciativas que demonstrem resultados relacionados à educação dos profissionais de saúde, priorizando a prevenção, uma cultura de diálogo, a partir da responsabilização ética em lugar da culpabilização.
4. Núcleo de Segurança do Paciente do Ano, voltado para projetos que evidenciem uma gestão estruturada, organizada e continuada de Núcleos de Segurança do Paciente.

Convém assinalar, para além do aspecto técnico, o potencial da iniciativa em agregar gestores com capacidade decisória e formuladores de políticas regulatórias. A proposta surge, portanto, com a envergadura necessária à condução de um processo amplo de mudanças, visando um novo cenário de práticas, marcado por uma cultura de segurança, responsabilização e transparência. Nesse cenário, o foco é redirecionado para os processos, com base no aprendizado organizacional e tendo como objetivo o ganho de qualidade para os usuários dos serviços. Dessa forma, a implantação do Laboratório objetiva potencializar de forma sustentável as estratégias de incremento da segurança e da qualidade da atenção prestada no setor suplementar de saúde

1.8. PROJETO SUA SAÚDE

Sua Saúde é um projeto da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para estimular uma participação mais proativa de pacientes e usuários do sistema de saúde em relação à tomada de decisão em saúde. É uma iniciativa focada na informação de qualidade compartilhada com os outros responsáveis pelo seu cuidado (médicos, enfermeiros, e outros profissionais de saúde).

Com a iniciativa, a ANS passa a disponibilizar um conjunto de orientações e perguntas importantes para que o paciente realize uma boa consulta com o profissional de saúde e obtenha as informações relevantes relacionadas ao cuidado em saúde.

O projeto nasceu da participação de representantes de pacientes em fóruns constituídos pela Agência. É inspirado em experiências de outros países, como a *Slow Medicine*, o programa *NHS Choices* e a iniciativa do governo do Reino Unido conhecida como *Connecting to Patients and People Who Use Services*.

A iniciativa também surge no contexto de ações em andamento na ANS voltadas à indução da qualidade do setor, intensificadas a partir de 2014 com a proposição de cinco eixos prioritários: Oncologia (Projeto OncoRede); Cuidado ao Idoso (Projeto Idoso Bem Cuidado); Órteses, Próteses e Materiais Especiais

(OPME); Odontologia (Projeto Sorrir) e Atenção ao Parto e Nascimento (Parto Adequado).

Grupo Técnico do Projeto Sua Saúde

O material do projeto Sua Saúde foi construído com o apoio de um Grupo Técnico (GT) formado e coordenado pela ANS. O Grupo Técnico do Projeto Sua Saúde teve por objetivo discutir a criação do projeto Sua Saúde em sua fase de concepção e na fase atual participa da eleição de temas relevantes para a construção dos materiais informativos (“cards”), além da colaboração na construção e validação dos conteúdos antes que estes sejam publicizados no endereço eletrônico do Projeto no site da ANS.

Instituições Participantes do Grupo Técnico

- Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP)
- Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT/FIOCRUZ)
- Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ)
- GVSaúde/FGV-EAESP
- Sociedade Brasileira de Medicina Nuclear (SBMN)
- Sociedade Brasileira de Patologia Clínica / Medicina Laboratorial (SBPC/ML)
- Associação Brasileira de Qualidade de Vida (ABQV)
- Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC)
- Hospital Sírio-Libanês
- Hospital Israelita Albert Einstein
- Hospital Pró-Cardíaco
- Associação Médica Brasileira (AMB)
- Grupo AMIL
- Unimed BH
- Gama Saúde
- Banco Safra
- Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia (ABRALE)
- Conselho Federal de Farmácia (CFF)

Benefícios

Conheça os principais benefícios esperados do projeto para o paciente e para os profissionais que participam do seu cuidado

Para o paciente

- Coloca o paciente como elemento ativo e corresponsável do cuidado;
- Aumenta o bem-estar e a segurança do paciente;
- Potencializa resultados benéficos do tratamento e possibilita uma melhor evolução do paciente;
- Melhora a confiança do paciente em relação aos demais participantes do seu cuidado, incluindo o profissional médico.

Para quem cuida do paciente

- Maior adesão do paciente ao tratamento, com mais probabilidade de obtenção de bons resultados;
- Fidelização do paciente ao profissional de saúde;
- Diminuição do risco de entendimento equivocado das prescrições e recomendações;
- Maior satisfação do profissional de saúde com sua prática clínica.

Comunicação entre o Paciente e o Profissional de Saúde

Estudos nacionais e internacionais têm demonstrado que a comunicação médico-paciente é o componente principal do cuidado em saúde. Mas o avanço da tecnologia médica, o fenômeno da hiperespecialização do conhecimento e os tempos curtos de consulta podem ter contribuído para ampliar o distanciamento e criar formalidade no trato entre profissional e paciente.

A abordagem centrada no usuário e focada na experiência do paciente cresce em diferentes sistemas e serviços de saúde no mundo. A comunicação efetiva tem sido apontada como fonte indispensável à motivação, incentivo e suporte a todas as etapas do cuidado em saúde, que vai desde o diagnóstico ao tratamento e percorre dimensões importantes, como os cuidados de transição e cuidados paliativos. Os profissionais de saúde devem estar preparados para se adequar a este novo padrão relacional com os doentes e a estimulá-lo.

Como pacientes e profissionais de saúde podem construir juntos uma comunicação efetiva?

De modo geral, quem procura atendimento em saúde encontra-se com algum desconforto. Isto já traz à tona inseguranças, receios, expectativas e muitas dúvidas que os profissionais de saúde precisam estar preparados para manejar e acolher.

É muito importante que usuários do sistema de saúde saibam que é esperado que façam perguntas e procurem melhor compreender o que se passa na presença de algum problema de saúde. Muitas vezes por dúvida, desconhecimento, vergonha ou ansiedade, os pacientes não indagam sobre sua condição de saúde quando numa consulta médica ou com qualquer outro profissional de saúde (enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, etc.)

Divulgação e publicização do Projeto

Há 3 links permanentes onde o Projeto está disponível para acesso do público:

1. Espaço do Consumidor: <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/projeto-sua-saude> - Hotsite do Projeto
2. Gestão em Saúde: <http://www.ans.gov.br/gestao-em-saude/projeto-sua-saude>
3. Participação da Sociedade / Câmaras e Grupos Técnicos: <http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/camaras-e-grupos-tecnicos/grupo-tecnico-projeto-sua-saude>

Ademais, o Projeto também foi alvo de matérias na mídia e teve a possibilidade de divulgação ao público geral em programas de entrevista dos canais: TV Futura e Rede Vida.

Recentemente o Projeto Sua Saúde foi apresentado a uma Comitativa da Missão do Governo da Holanda ao Brasil, por solicitação do Consulado da Holanda, devido ao interesse comum no tema do empoderamento do paciente em diversos sistemas de saúde no mundo.

2. INFORMAÇÃO, TRANSPARÊNCIA E INOVAÇÃO

2.1. PORTAL DE INFORMAÇÕES DO BENEFICIÁRIO DA SAÚDE SUPLEMENTAR – PIN-SS / EXTRATO DE UTILIZAÇÃO DO BENEFICIÁRIO E TRANSPARÊNCIA DA METODOLOGIA DO REAJUSTE DOS PLANOS COLETIVOS

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

2.2. REFORMULAÇÃO DO ÍNDICE DE RECLAMAÇÕES DA ANS

O Índice de Reclamações¹⁵ 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. No período anterior à reformulação, 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 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 anteriores¹⁶.

2.3. VENDA ONLINE

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

¹⁵ Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/indice-de-reclamacoes>>.

¹⁶ A base cujos dados são utilizados para o cálculo também é disponibilizada no portal da ANS.

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. Na primeira reunião do GT, em julho de 2016, a ANS ressaltou que não tornaria obrigatória a venda online, uma vez que essa é uma decisão de negócio de cada empresa. O objetivo, nos casos em que a venda ocorrer eletronicamente, é garantir a integridade dos dados e o respeito aos direitos do consumidor.

Em setembro de 2016 nova reunião ocorreu para discussão do tema, tendo sido apresentado um cronograma para as discussões sobre venda online; reforçou-se a ideia de que só faria parte da norma o que fosse extremamente necessário. Para tanto, foram reforçadas as seguintes premissas: a venda online é opcional e a oferta de Plano Referência online para as operadoras que ofertarem outros produtos online é obrigatória. Nessa ocasião foi apresentada uma prévia da minuta abrindo-se em seguida para os debates.

A Resolução Normativa – RN nº 413 foi publicada em 14 de novembro de 2016.

2.4. 1º HACKATHON ANS

O 1º Hackathon ANS foi a primeira maratona hacker focada na saúde suplementar do Brasil, na qual hackers, programadores, desenvolvedores e inventores em geral se reuniram com o objetivo de promover o desenvolvimento de projetos que visavam ao aumento da transparência na divulgação de informações públicas do setor de saúde suplementar e à inovação por meio de tecnologias digitais. O projeto buscou 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 os temas em questão, que neste caso foram: 1) qualidade; ou 2) interação entre operadoras de planos privados de saúde, prestadores de serviços e beneficiários; ou 3) interação entre a ANS e beneficiários. A ideia era encontrar soluções que contribuíssem 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 ocorreu em dezembro de 2016, no Rio de Janeiro, e contou com 29 participantes nos dois dias de maratona, formando sete equipes. O foco foi o desenvolvimento de soluções mobile, ou seja, aplicativos para tecnologias móveis (tablets e smartphones). Todos os produtos desenvolvidos foram disponibilizados em domínio público¹⁷, possibilitando que sejam aprimorados e utilizados para o desenvolvimento de novos aplicativos. A lista completa dos produtos, dos respectivos códigos-fonte e das apresentações feitas pelas equipes pode ser acessada no Portal da ANS¹⁸.

2.5. ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS (OPME)

O Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre Órteses, Próteses e Materiais Especiais (GTI OPME), com participação de representantes da ANS, foi instituído pela Portaria Interinstitucional¹⁹ 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. Como resultado dos trabalhos do GTI-OPME foi produzido um relatório final, publicado em julho de 2015, propondo medidas para a reestruturação e ampliação da transparência no setor, de modo a fomentar a correção de disfunções do mercado e de condutas irregulares de profissionais e instituições.

Em convergência com uma das recomendações expressas no referido relatório do GTI-OPME (recomendação nº 121), a ANS criou um Grupo de Trabalho Externo sobre órteses, próteses e materiais especiais por meio da Portaria DIDES nº 6, de 29 de outubro de 2015, modificada pelas Portarias DIDES nº 7, de 5 de novembro de 2015. Por meio da Portaria DIDES nº 1, de 26 de fevereiro de 2016, que revogou as anteriores, foi definida a coordenação em parceria pela Diretoria Adjunta de Desenvolvimento Setorial da ANS e Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, com a finalidade de realizar o acompanhamento e o gerenciamento da implementação do conjunto de propostas definidas no Relatório Final do GTI-OPME no âmbito de competência das respectivas agências reguladoras.

Anteriormente à publicação da portaria a ANS deu ampla divulgação à criação do GTE e encaminhou convite a todas as instituições que compõem a Câmara de Saúde Suplementar e a outras instituições que pudessem contribuir com a discussão, solicitando que indicassem representantes.

Foram realizadas quatro reuniões plenárias do GTE, em novembro de 2015 e em março, abril e julho de 2016. Dada a amplitude dos temas, foram conformados 6 subgrupos dedicados a assuntos específicos. Ao longo dos meses de março e novembro de 2016 ocorreram as reuniões dos subgrupos criados para tratar de assuntos específicos, conforme Quadro 3.

¹⁷ Por meio de repositório de código fonte GitHub, sob a licença Creative Commons, CCO 1.0 Universal (CCO 1.0, Public Domain Dedication).

¹⁸ Disponível em: <http://www.ans.gov.br/index.php/aans/eventos?option=com_eventlist&view=evento&slug=323-hackathon-ans>

¹⁹ Ministérios da Saúde, Justiça e Fazenda.

QUADRO 3 - REUNIÕES DOS SUBGRUPOS DE TRABALHO DO GTE OPME ANS/ANVISA

SUBGRUPO	DATA
1 - Nomenclatura (<i>Global Medical Device Nomenclature</i> – GMDN – e TUSS)	04/03/2016
2 - Terminologia e Diretriz de Utilização (TUSS x DUT)	11/03/2016
3 - Entendimentos divergentes	11/03/2016 e 30/09/2016
4 - Protocolos	08/03/2016, 17/05/2016 e 15/07/2016
5 - Transposição de tabela e modelos de remuneração	08/03/2016 e 24/06/2016
6 - Sistema de informação para o monitoramento do mercado de DMI	17/03/2016 e 07/11/2016

Fonte: ANS, 2016.

No **Quadro 4**, estão sistematizados os principais resultados dos respectivos subgrupos constituídos no âmbito do GTE OPME ANS/ANVISA.

QUADRO 4 - SÍNTESE DOS RESULTADOS DO GTE OPME ANS/ANVISA

Subgrupo	Principais resultados
1 GMDN e TUSS	<ul style="list-style-type: none"> • Publicação dos Editais de Requerimento de Informação nº 1, de 24/02/2016 (envolvendo 31 nomes técnicos), e nº 2, de 17/06/2016 (envolvendo 45 nomes técnicos), destinados às empresas detentoras de registros e cadastros de produtos para saúde na ANVISA, a fim de atualizar os nomes técnicos dos produtos; • Pactuação, no âmbito do COPISS, de sistemática para compatibilização da TUSS com a nomenclatura padronizada pela ANVISA com base na GMDN; • Estabelecimento, no âmbito do COPISS, de modelo de tratamento dispensado aos termos associados a material de consumo hospitalar e DMIs; • Atualização pela ANVISA, a partir da nomenclatura adotada pela GMDN, de 30 nomes técnicos e 802 registros de produtos para saúde; • A partir dos nomes técnicos padronizados pela ANVISA, a ANS promoveu as seguintes modificações na TUSS: <ul style="list-style-type: none"> • Inclusão de 48.699 termos • Alteração de 3.948 termos • Inativação de 1.297 termos

continua

Subgrupo	Principais resultados
2 TUSS x DUT	<ul style="list-style-type: none"> Foi reforçado junto ao COPISS a necessidade de a solicitação vir com o número de registro do DMI; A ANVISA esclareceu que o importador ou fabricante do produto pode comercializar kits (“kits conveniência”) montados com produtos já registrados na ANVISA, devendo estes conter, obrigatoriamente na rotulagem externa, a relação de todos os produtos com descrição do nome comercial e o nº de registro de cada um deles, não sendo necessário solicitar qualquer tipo de alteração da forma de apresentação para a ANVISA. Conforme descrito no item 3, Parte 3 do Anexo da Resolução ANVISA RDC nº 185, de 2001: “Estão isentas de registro as novas apresentações constituídas de um conjunto de produtos médicos registrados e em suas embalagens individuais de apresentação íntegras, devendo conter no rótulo e/ou instruções de uso as informações de registro dos produtos médicos correspondentes”. Cabe ressaltar que se a empresa denominar um Nome comercial ou código comercial específico para o Kit (“Kit conveniência”), este deve ser regularizado na ANVISA e obter um número de registro próprio.
3 Entendimentos divergentes	<ul style="list-style-type: none"> Divulgados no site da ANS: <ul style="list-style-type: none"> -Parecer Técnico Cobertura: Implante Coclear (revisado); -Parecer Técnico - Cobertura: Técnica minimamente invasiva, laser, navegador, robótica, escopias, radiofrequência (revisado); -Nota Técnica: Junta Médica - Mecanismo de Arbitramento; -Entendimento DIFIS nº 7/2016 – Junta Médica ou Odontológica. ANVISA se comprometeu a avaliar a possibilidade de aprimorar as instruções de uso e sua forma de disponibilização no site da ANVISA, inclusive no que se refere ao estabelecimento de padrões para as instruções de uso; Elaborada proposta de conjunto de perguntas a serem feitas pelos pacientes aos profissionais de saúde no ato de sua alta hospitalar.
4 Protocolos	<ul style="list-style-type: none"> Estrutura do documento de orientações para uso de OPME validado pelos membros do GTE; Sistemática de produção de protocolos instituída no âmbito da AMB e sociedades médicas a ela vinculada; 18 conteúdos de orientações para uso de OPME validadas pelos membros do GTE.
5 Transposição de tabela e modelos de remuneração	<ul style="list-style-type: none"> Recuperação e disponibilização no site da ANS dos arquivos da “Rodada de São Paulo” (2010), “Rodada do Rio de Janeiro” (2012) e “Regras Gerais de Procedimentos Gerenciados”; Elaboração do “Documento orientador para a transposição de tabelas envolvendo DMI”.

Subgrupo		Principais resultados
6	Sistema de informação para o monitoramento do mercado de DMI	<ul style="list-style-type: none"> O Subgrupo oportunizou o debate e a apresentação de contribuições à ANVISA para a conformação de sistema de informação para o monitoramento do mercado de DMI, considerando especificidades relativas ao setor suplementar de saúde; A ANS realizou pesquisa de preço de OPME, cujo relatório consta do Anexo IV do Relatório Final do GTE OPME ANS/ANVISA.

Fonte: ANS, 2016.

O Relatório Final das atividades do GTE OPME ANS/ANVISA foi concluído e divulgado pela ANS em sítio eletrônico na internet em dezembro de 2016 (<http://www.ans.gov.br/gestao-em-saude/orteses-protese-e-materiais-especiais-opme-dispositivos-medicos-implantaveis-dmi>).

2.6. 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). Em setembro de 2014, com o início do envio obrigatório dos dados das operadoras de plano privado de assistência à saúde ativas no setor à ANS, a Agência efetiva seu papel enquanto um destes agentes.

QUADRO 5 - SÍNTESE E DIMENSIONAMENTO DO PADRÃO TISS VERSÃO 3.3

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)	448.523 (*)
Formulários do plano de contingência	18
Variáveis nos formulários	2.818

Fonte: ANS, 2017.

2.6.1. TUSS DE MATERIAIS E OPME PUBLICADA

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.

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.

Atualmente o mercado utiliza diferentes tabelas próprias para o processamento de materiais médico-hospitalares; e há necessidade de haver alguma padronização/unificação a fim de dar maior racionalidade ao sistema e obter informações para planejamento e gestão.

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.

Em 2015, o Ministério da Saúde instituiu o Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre Órteses, Próteses e Materiais Especiais, através da Portaria Interministerial nº 38. Este Grupo contou com a participação da GERPI nas discussões e na definição da estratégia nacional a ser adotada.

Uma 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.

Como resultado das atividades do GTI OPME, foi criado o Grupo Técnico Externo OPME ANS/ANVISA 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”.

A ANVISA publicou:

- 30 novos nomes técnicos através do Edital de Requerimento de Informação nº 1, de 24 de fevereiro de 2016, envolvendo 802 registros de produtos;
- 45 nomes técnicos atualizados através do Edital de Requerimento de Informação nº 2, de 17 de junho de 2016, envolvendo 752 registros de produtos; e
- 22 nomes técnicos atualizados através do Edital de Requerimento de Informação nº 4, de 16 de novembro de 2016, envolvendo 337 registros de produtos.

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 registros ANVISA vinculados aos 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.

A reestruturação da TUSS de Materiais e OPME teve seu início com a publicação da versão de setembro/2016, que contemplou as alterações dos termos resultantes do Edital de Requerimento de Informação nº 1 da ANVISA. Foram incluídos 48.699 termos, alterados 3.948 termos e inativados 4.334 termos da Tabela 19.

Em abril/2017, a versão do Padrão incluiu as atualizações definidas no Edital de Requerimento de Informação nº 2. Foram incluídos 57.611 termos, alterados 1.851 termos e inativados 3.358 termos da Tabela 19.

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.

2.6.2.PADRÃO TISS APRIMORADO: CONTEÚDO E ESTRUTURA, ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE, INCLUINDO A PUBLICAÇÃO EXTRAORDINÁRIA DE JUNHO/2016 E ADEQUAÇÃO ÀS RESOLUÇÕES NORMATIVAS DA TRANSPARÊNCIA E DO PARTO

Ao longo deste período foram publicadas nove versões do Padrão TISS, alterando um ou mais dos seus Componentes.

Na versão de dezembro de 2015, destacam-se as 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.

Um outro produto do aprimoramento do Padrão TISS tratou 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.

Ainda em relação ao Rol de Procedimentos e Eventos, em junho/2016, o aprimoramento do Padrão TISS visou ao atendimento da 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).

Nas versões de setembro/2016 e abril/2017 trataram especialmente do aprimoramento da TUSS de Material e OPME já detalhado no item anterior deste relatório.

2.6.3.PADRÃO TISS APRIMORADO: ENVIO DE DADOS À ANS

Desde o início do envio obrigatório dos dados do Padrão TISS, em setembro/2014, as operadoras encaminharam à ANS, em média, 50.000.000 lançamentos por mês, totalizando 1.293.038.291 lançamentos ativos, envolvendo cerca de 450.000 prestadores de serviços de saúde. Esta quantidade de dados corresponde a um total, em valores, de R\$ 471.367.615.688,54. As melhorias implementadas no sistema permitiram, neste período, que as operadoras enviassem à ANS todos os dados de atenção à saúde prestada a seus beneficiários, incluindo aqueles referentes a outros modelos de remuneração praticados no setor diferentes do pagamento tradicional pela prestação de serviços entre operadoras e prestadores – intercâmbio entre operadoras, por exemplo.

TABELA 3 - SITUAÇÃO DAS OPERADORAS EM RELAÇÃO AO CUMPRIMENTO DE ENVIO MENSAL DOS DADOS DO PADRÃO TISS

Operadoras ativas com envio regular dos dados do Padrão TISS à ANS - situação das operadoras em relação ao cumprimento de envio mensal dos dados do Padrão TISS, por mês de competência - posição em 08/05/2017

Competência	Envio de dados das OPS ativas				Total	Indicador de obrigação com a ANS	Razão de beneficiários alcançados
	Sim, com movimento incorporado	Sim, sem movimento incorporado	Não, porém com tentativa de envio	Não e sem tentativa de envio			
09/2014	833	75	103	88	1099	0,83	0,92
10/2014	835	70	108	88	1101	0,82	0,91
11/2014	829	69	95	110	1103	0,81	0,90
12/2014	841	71	88	103	1103	0,83	0,90
01/2015	861	72	88	83	1104	0,85	0,92
02/2015	871	71	89	73	1104	0,85	0,91
03/2015	882	68	90	67	1107	0,86	0,93
04/2015	890	71	89	58	1108	0,87	0,95
05/2015	900	68	91	51	1110	0,87	0,94
06/2015	899	73	94	46	1112	0,87	0,95
07/2015	909	78	89	41	1117	0,88	0,95
08/2015	913	75	87	43	1118	0,88	0,95
09/2015	914	73	90	42	1119	0,88	0,96
10/2015	914	71	90	45	1120	0,88	0,96
11/2015	900	75	94	53	1122	0,87	0,95
12/2015	909	80	84	52	1125	0,88	0,95
01/2016	939	77	77	33	1126	0,90	0,96
02/2016	932	73	80	44	1129	0,89	0,96
03/2016	924	76	85	45	1130	0,88	0,95
04/2016	923	72	80	56	1131	0,88	0,96
05/2016	920	72	79	61	1132	0,88	0,95
06/2016	917	69	81	65	1132	0,87	0,94
07/2016	916	68	86	64	1134	0,87	0,95
08/2016	913	69	84	69	1135	0,87	0,94
09/2016	910	65	88	73	1136	0,86	0,94
10/2016	884	62	92	100	1138	0,83	0,93
11/2016	874	58	92	116	1140	0,82	0,92
12/2016	868	57	97	121	1143	0,81	0,92
01/2017	845	56	113	133	1147	0,79	0,92
02/2017	814	50	126	157	1147	0,75	0,91

Fonte: ANS, 2017.

Conceitos adotados:

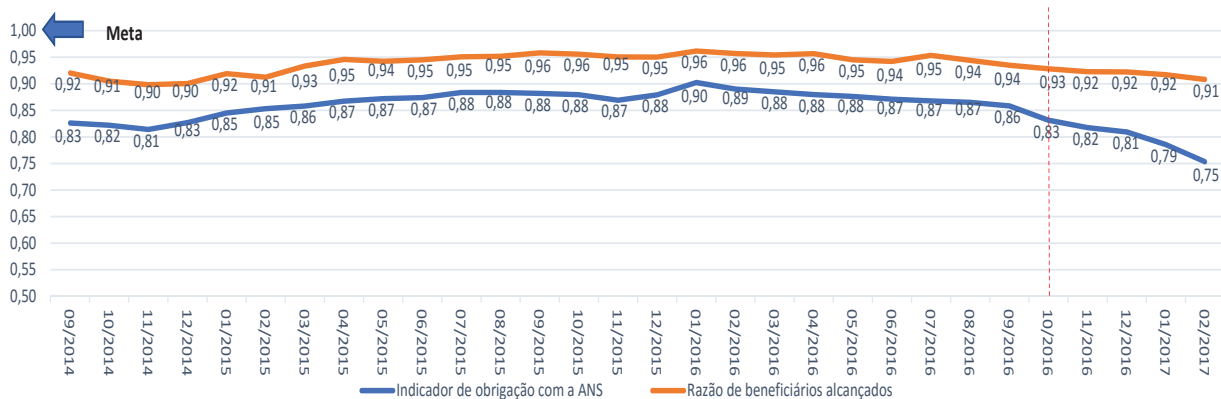
- Cumprimento da obrigação: considera-se cumprimento da obrigação o envio pela operadora, seguido do processamento e não rejeição pela ANS, de pelo menos 1 (um) arquivo com dados do Padrão TISS numa determinada competência mensal.
- Itens de obrigação: situações de avaliação, definidas pela equipe técnica da ANS, a serem consideradas devidas pela operadora em relação ao cumprimento da obrigação, no envio de dados do Padrão TISS. Na primeira avaliação realizada a partir de 30/04/2017, serão itens de avaliação o envio e a incorporação de dados do Padrão TISS. Posteriormente, serão incorporados itens como envio dos dados dentro do prazo estabelecido e itens que indiquem a completude e qualidade dos dados e do processo, como o comparativo com os valores informados no DIOPS e o envio de dados válidos em relação às bases nacionais de referência.
- Sim, com movimento incorporado: trata-se do envio pela operadora, seguido do processamento e não rejeição pela ANS, de pelo menos 1 (um) arquivo com dados do Padrão TISS, com incorporação de lançamentos indicativos de movimento referente à realização de eventos de atenção à saúde numa determinada competência mensal.
- Sim, sem movimento incorporado: trata-se do envio pela operadora, seguido do processamento e não rejeição pela ANS, de pelo menos 1 (um) arquivo com dados do Padrão TISS, porém sem incorporação de lançamentos indicativos de movimento referente à realização de eventos de atenção à saúde numa determinada competência mensal.
- Não, porém com tentativa de envio: não cumprimento de obrigação pela operadora para uma determinada competência, com tentativa frustrada de envio e incorporação de dados.
- Não e sem tentativa de envio: não cumprimento de obrigação pela operadora para uma determinada competência, sem qualquer tentativa de envio e incorporação de dados.
- Indicador de obrigação com a ANS: corresponde ao somatório dos itens de obrigação de operadoras que tenham informado movimento à Agência com os itens de obrigação de operadoras que tenham informado movimento zerado à Agência, dividido pelo somatório dos itens de obrigação de operadoras que tenham informado movimento à Agência com os itens de obrigação de operadoras que tenham informado movimento zerado à Agência e os itens de obrigação das operadoras em débito.
- Razão de beneficiários alcançados: comparativo entre o total de beneficiários ativos registrados nas operadoras que cumprem a obrigação e o total de beneficiários ativos no setor suplementar, dentro do período apurado.

GRÁFICO 3 - OPERADORAS ATIVAS COM ENVIO REGULAR DOS DADOS DO PADRÃO TISS À ANS - SITUAÇÃO DAS OPERADORAS EM RELAÇÃO AO CUMPRIMENTO DE ENVIO MENSAL DOS DADOS DO PADRÃO TISS, POR MÊS DE COMPETÊNCIA



Fonte: ANS, posição em 08/05/2017.

GRÁFICO 4 - OPERADORAS ATIVAS COM ENVIO REGULAR DOS DADOS DO PADRÃO TISS À ANS - SITUAÇÃO DAS OPERADORAS EM RELAÇÃO AO CUMPRIMENTO DE ENVIO MENSAL DOS DADOS DO PADRÃO TISS, POR MÊS DE COMPETÊNCIA E RAZÃO DE BENEFICIÁRIOS ALCANÇADOS



Fonte: ANS, posição em 08/05/2017. Em dezembro/2016: entrada em vigência da Versão 3.03.03 do Padrão TISS.

A ANS passa a contar com um banco de dados que incorpora informações acerca dos atendimentos por data de realização, identificação do beneficiário e do prestador de serviços, incluindo Cartão Nacional de Saúde – CNS, e número no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, da guia eletrônica ou não utilizada no atendimento; dos dados da declaração de nascido vivo e de óbito; dos procedimentos e itens praticados; dos valores cobrados e pagos.

Este conjunto de informações permitem cumprir os objetivos previstos do Padrão TISS, de subsidiar ações de avaliação e acompanhamento econômico financeiro e assistencial das operadoras de plano privado de assistência à saúde, não apenas de padronizar as ações administrativas e de compor o Conjunto mínimo de dados – CMD do Registro Eletrônico de Saúde – RES.

Assim, o envio de dados de atenção à saúde no Padrão TISS torna-se importante estratégia de contribuição para as ações de desenvolvimento do setor suplementar que cobre uma população que sustenta cerca de setenta milhões de vínculos contratuais.

2.6.4. EVOLUÇÃO DOS MÓDULOS DO SISTEMA DO PADRÃO TISS - MONITOR E INTEGRADOR EM PRODUÇÃO

Principais Módulos que compõe o sistema Padrão TISS e viabilizam, respectivamente:

Módulo Monitor: o monitoramento dos dados específicos enviados à ANS pelas operadoras, permitindo validar a adoção do Padrão TISS e avaliar a qualidade dos dados, englobando as funcionalidades necessárias ao controle e análise estatística dos registros dos eventos de atenção à saúde, identificação e informe às operadoras dos problemas encontrados e, ainda, o cumprimento da obrigação de envio dos dados para a ANS.

Foram homologadas as regras de análise dos dados e informe às operadoras, bem como a definição e desenvolvimento do controle de cumprimento da obrigação de envio dos dados à ANS, já implementada. A avaliação propriamente dita será realizada com os dados constantes na base até o dia 30/04/2017, com base nos critérios definidos pela ANS em janeiro/2017.

Módulo Integrador: a recepção dos dados enviados pelas operadoras à ANS é feita através deste Módulo, que entrou em produção em fevereiro de 2015, recepcionando dados de atenção à saúde referentes à remuneração por procedimento ou reembolso, apenas. 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 e a nova versão, incluindo esta mensagem, foi implantada em dezembro de 2016, com a devida alteração da estrutura do banco de dados.

O aprimoramento implementado permitirá, ainda, o início da avaliação da qualidade dos dados recebidos na ANS, através do Módulo Monitor. Em agosto de 2016 foram implantados 25 critérios de verificação da qualidade dos dados, com rotina de monitoramento executada para identificação dos lançamentos em desacordo com os critérios neste mês e disponibilidade dos arquivos com os lançamentos identificados e o motivo para as operadoras a partir deste mês.

Em novembro/2016 novos critérios de qualidade foram testados: comparativo do valor informado com o valor pago e valor glosado num período de tempo; CNS do beneficiário inexistente no Ministério da Saúde; repetição do mesmo CNS para várias guias; repetição do mesmo procedimento/item várias vezes na mesma guia; validação de procedimento com o sexo do beneficiário; repetição de número de guia de solicitação de internação em centenas de lançamentos; um único prestador com diferentes municípios de localização (identificado em reembolso).

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

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 planejadas e em andamento são tratadas nos itens referentes ao D-TISS, onde foi disponibilizado uma série de arquivos que permitem tabulações dos dados de atenção à saúde, e ao RES do presente Relatório. A GERPI realizou, em conjunto com a Gerência-Executiva de Produção e Análise da Informação (GEPIN) e a GGETI/DIGES, a definição de regras para pontuar a completude da base do TISS das operadoras para utilização no DTISS.

2.6.6. MONITORAMENTO DO PADRÃO TISS

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.

Neste período também houve 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.

Em 2016 os principais resultados alcançados dentro do Programa de Monitoramento foram:

- Aprimoramento das rotinas de acompanhamento pelas operadoras da situação de cumprimento de obrigação de envio de dados à ANS via disponibilização de relatórios na Central de Relatórios.
- Comunicado via mensagem eletrônica, a situação de irregularidade no envio de dados à ANS às Operadoras em situação de não incorporação ou com pendências de incorporação de dados na base da ANS.
- Elaborada Nota Técnica nº 20/2017/COIMO/GERPI, registrada no SEI com o número de processo 33910.001887/2017-04, “Monitoramento do cumprimento da obrigação de envio dos dados do Padrão TISS à ANS” especificando os critérios para avaliação do cumprimento da obrigação pelas operadoras.

As atividades do monitoramento incluem ainda a disponibilidade dos dados para a realização de pesquisas e também o atendimento às demandas internas dos setores da ANS.

A partir das definições referidas, o monitoramento do envio de dados do Padrão TISS será feito em dois eixos, com diferentes indicadores previstos nos mesmos, para a retomada do Índice do Padrão TISS, conforme apresentado na 87ª reunião do COPISS, realizada em 17/03/2017:

Monitoramento do Padrão TISS - eixos da avaliação

- Monitoramento do envio e incorporação dos dados;
- Monitoramento da qualidade dos dados.

Índice do Padrão TISS – proposta de cálculo

- variando de 0 a 1, sendo 0 = não alcance de nenhuma das metas estabelecidas e 1 = total alcance das metas estabelecidas, em indicadores selecionados, organizados nas seguintes dimensões:

Incorporação dados na base ANS

Indicador: Razão de incorporação

Indicador: Razão de guias pendentes de incorporação

Compleitude

Indicador: Razão valor informado TISS em relação ao DIOPS

Indicador: Razão valor pago/glosa no valor informado

Conformidade com o Padrão TISS

Indicador: Razão de itens monitorados

Indicador: Razão de uso da versão vigente na relação prestador e operadora

Indicador: Razão de uso da TUSS

Interoperabilidade

Indicador: Razão de CNS na identificação do beneficiário

Indicador: Razão CNES na identificação do prestador de saúde

A qualidade dos dados do Padrão TISS por itens e métricas selecionadas nos dados disponíveis é registrada em aplicação específica denominada “Monitor TISS”, com os resultados visualizados na aplicação Integrador TISS para 100% das operadoras.

As ações e processos administrativos instaurados a partir do monitoramento do Padrão TISS encontram-se relacionadas no item 3 deste Relatório.

2.6.7. COPISS

O Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar – COPISS é uma instância colegiada, consultiva, sob a coordenação da Diretoria de Desenvolvimento Setorial da ANS, mais especificamente da Gerência-Executiva de Padronização e Interoperabilidade (GERPI). Esse Comitê atua em reuniões ordinárias e suas atividades contribuem para estabelecer prioridades e propor modificações e melhorias no Padrão de Trocas de Informações na Saúde Suplementar (Padrão TISS), além de estabelecer metodologias para proteger e melhorar a confidencialidade, integralidade e disponibilidade da informação em saúde. Atualmente, o COPISS conta com 30 (trinta) entidades representadas:

QUADRO 6 - ENTIDADES REPRESENTADAS NO COPISS

Entidade	Sigla
Órgãos Públicos – 4 (quatro) representações:	
Agência Nacional de Saúde Suplementar	ANS
Agência Nacional de Vigilância Sanitária	ANVISA
Departamento de Informática do SUS	DATASUS
Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde	SAS/MS
Operadoras de planos privados de saúde - 7 (sete) representações:	
Associação Brasileira de Medicina de Grupo	ABRAMGE
Confederação das Cooperativas Médicas	UNIMED DO BRASIL
Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas	CMB
Cooperativa de Serviços Odontológicos	UNIODONTO
Federação Nacional de Saúde Suplementar	FENASAÚDE
Sindicato Nacional das Empresas de Odontologia de Grupo	SINOG
União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde	UNIDAS
Prestadores de serviços de saúde suplementar - 15 (quinze) representações:	
Associação Médica Brasileira	AMB
Associação Nacional de Hospitais Privados	ANAHP
Colégio Brasileiro de Radiologia	CBR
Confederação Nacional de Saúde	CNS
Conselho Federal de Enfermagem	COFEN
Conselho Federal de Fisioterapia Terapia Ocupacional	COFFITO
Conselho Federal de Fonoaudiologia	CFFa
Conselho Federal de Medicina	CFM

continua

Entidade	Sigla
Conselho Federal de Nutricionistas	CFN
Conselho Federal de Odontologia	CFO
Conselho Federal de Psicologia	CFP
Federação Brasileira de Hospitais	FBH
Federação Nacional das Associações de Empresas Prestadoras de Serviços de Fisioterapia	FENAFISIO
Federação Nacional dos Médicos	FENAM
Sociedade Brasileira de Patologia Clínica/Medicina Laboratorial	SBPC/ML
Entidades nacionais de defesa dos consumidores e dos beneficiários - 1 (uma) representação	
Atualmente, sem indicação de entidade	
Instituições públicas de ensino e pesquisa com experiência na área - 2 (duas) representações	
Atualmente, sem indicação de entidade	
Entidade de Referência Convidada - 1 (uma) representação:	
Sociedade Brasileira de Informática em Saúde	SBIS

Fonte: ANS, 2017.

Para atender às necessidades técnicas das discussões desenvolvidas, o COPISS conta com os Grupos Técnicos (GTs), cuja atribuição principal é a promoção de estudos e elaboração de pareceres técnicos sobre os padrões que serão encaminhados ao COPISS para validação. A Instrução Normativa nº 20 de 27/03/2006 criou os seguintes GTs: Coordenador, Conteúdo e Estrutura, Representação de Conceitos em Saúde, Comunicação e Segurança.

No período de agosto de 2014 a julho de 2017 foram realizadas 15 (quinze) reuniões do COPISS, com um total de 168 participantes e 600 participações, pertencentes a 39 (trinta e nove) entidades diferentes (ANS incluída).

QUADRO 7 - REUNIÕES DO COPISS

COPISS	Data	Entidades ²⁰	Participantes ²¹
74ª Reunião	21/08/2014	16	46
75ª Reunião	18/09/2014	12	35
76ª Reunião	16/10/2014	17	48
77ª Reunião	04/12/2014	17	28
78ª Reunião	26/02/2015	19	38
79ª Reunião	28/05/2015	19	41
80ª Reunião	13/08/2015	17	35
81ª Reunião	01/12/2015	30	70
82ª Reunião	22/03/2016	17	36

continua

20 Número de entidades representadas em cada reunião.

21 Número de representantes, técnicos e convidados em cada reunião.

continuação

COPISS	Data	Entidades ²⁰	Participantes ²¹
83ª Reunião	19/05/2016	17	31
84ª Reunião	21/06/2016	23	49
85ª Reunião	29/09/2016	19	40
86ª Reunião	24/11/2016	19	30
87ª Reunião	17/03/2017	22	43
88ª Reunião	27/04/2017	19	30

²⁰ Número de entidades representadas em cada reunião.

²¹ Número de representantes, técnicos e convidados em cada reunião.

Fonte: ANS, 2017.

Em relação aos Grupos Técnicos, foram promovidas, neste mesmo período, 24 (vinte e quatro) reuniões, sendo 9 (nove) de Conteúdo e Estrutura, 13 (treze) de Representação de Conceitos em Saúde e 2 (duas) para tratamento destes temas conjuntamente. Os GTs contaram com a participação de 23 (vinte e três) entidades, através de 551 participações de 128 técnicos.

QUADRO 8 - GRUPOS TÉCNICOS DO COPISS

Grupo Técnico - GT	Reunião	Data	Entidades ²²	Participantes ²³
Conteúdo e Estrutura	Conteúdo e Estrutura	17/09/2014	11	26
Rep. de Conceitos em Saúde	Terminologias Gerais	18/09/2014	12	21
Conteúdo e Estrutura/ Rep. de Conceitos em Saúde	Conteúdo e Estrutura / Material e OPME	06/11/2014	14	32
Conteúdo e Estrutura/ Rep. de Conceitos em Saúde	Conteúdo e Estrutura / Material e OPME	07/11/2014	10	25
Rep. de Conceitos em Saúde	Terminologias Gerais	26/11/2014	10	18
Rep. de Conceitos em Saúde	Terminologias Gerais	04/12/2014	11	20
Rep. de Conceitos em Saúde	Material e OPME	05/03/2015	14	25
Rep. de Conceitos em Saúde	Procedimentos e Eventos em Saúde	18/03/2015	14	24
Rep. de Conceitos em Saúde	Diárias, taxas e gases medicinais	19/03/2015	9	14
Conteúdo e Estrutura	Conteúdo e Estrutura	25/03/2015	13	25
Rep. de Conceitos em Saúde	Material e OPME	09/04/2015	13	25

continua

²² Número de entidades representadas em cada reunião.

²³ Número de pessoas em cada reunião.

Grupo Técnico - GT	Reunião	Data	Entidades ³²²	Participantes ⁴²³
Rep. de Conceitos em Saúde	Diárias, taxas e gases medicinais	07/05/2015	10	16
Conteúdo e Estrutura	Conteúdo e Estrutura	13/05/2015	9	25
Rep. de Conceitos em Saúde	Material e OPME	14/05/2015	10	16
Conteúdo e Estrutura	Conteúdo e Estrutura	04/08/2015	13	32
Conteúdo e Estrutura	Conteúdo e Estrutura	29/09/2015	10	22
Conteúdo e Estrutura	Conteúdo e Estrutura	29/10/2015	8	18
Rep. de Conceitos em Saúde	Procedimentos e Eventos em Saúde	15/12/2015	13	23
Rep. de Conceitos em Saúde	Procedimentos e Eventos em Saúde	26/01/2016	16	29
Conteúdo e Estrutura	Conteúdo e Estrutura	28/04/2016	10	22
Rep. de Conceitos em Saúde	Procedimentos e Eventos em Saúde	30/06/2016	10	20
Conteúdo e Estrutura	Conteúdo e Estrutura	12/07/2016	9	25
Rep. de Conceitos em Saúde	Material e OPME	13/07/2016	8	25
Conteúdo e Estrutura	Conteúdo e Estrutura	04/04/2017	12	23

²² Número de entidades representadas em cada reunião.

²³ Número de pessoas em cada reunião.

Fonte: ANS, 2017.

2.6.8. TERMOS DE COOPERAÇÃO COM ENTIDADES DE REFERÊNCIA ASSINADO

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.

No decorrer do processo as duas agências decidiram transformar este Termo de Cooperação em um Acordo de Cooperação institucional entre ANS e ANVISA. Assim, a avaliação do acordo pelas duas partes encontra-se em andamento e esse produto deixou de ser específico da GERPI/DIDES

2.7. MODELO DE 'GRUPO DE DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS' (DRG) PARA A ÁREA HOSPITALAR NA SAÚDE SUPLEMENTAR BRASILEIRA

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 planejamento e gestão da saúde, além da codificação de procedimentos selecionados e posterior mapeamento dos mesmos com a TUSS, bem como a realização de um seminário sobre “DRGs como ferramenta de avaliação de performance clínica”.

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.

2.8. DISSEMINAÇÃO DA INFORMAÇÃO

2.8.1. LANÇAMENTO E ATUALIZAÇÃO DO D-TISS (DETALHAMENTO DOS DADOS DO TISS)

Lançado em dezembro de 2015, o D-TISS tem o objetivo de dar transparência aos dados do TISS em linguagem acessível para a sociedade. Por meio das informações reunidas pelo D-TISS, é possível 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 possibilita 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 ocorreu no 2º semestre de 2016. A nova versão, “D-TISS 2.0”, apresentou novos procedimentos para consulta e está baseada no datamart do TISS, que está descrito no item 2.9 deste Relatório (Projeto Implantação de Business Intelligence – BI). Além de uma relação bem mais ampla de procedimentos, a versão 2.0 apresentou uma interface bem mais amigável ao usuário, além de ter aperfeiçoado a utilização dos filtros que passaram a ser aplicáveis também aos prestadores.

2.8.2. REFORMULAÇÃO DO CADERNO DE INFORMAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR

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

A reformulação do Caderno de Informação objetivou torná-lo uma ferramenta interativa, desenvolvida através do Pentaho ²⁴. 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.

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

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

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.

²⁴ Software de código aberto para inteligência empresarial, desenvolvido em Java. A solução cobre as áreas de ETL (Extraction, Transformation and Load), reporting, OLAP e mineração de dados (data-mining).

2.8.4. DADOS CONSOLIDADOS DA SAÚDE SUPLEMENTAR

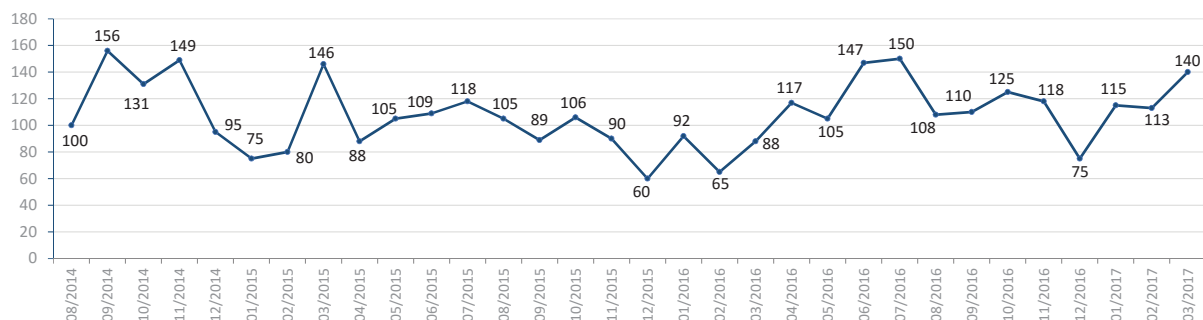
Trata-se de uma publicação trimestral em formato de apresentação em slides que tem por finalidade, além de divulgar os dados, facilitar os usuários internos e externos na composição de apresentações que contenham dados da ANS. Seu conteúdo está dividido em 5 seções (beneficiários, operadoras, planos, 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.

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

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 2014 a março de 2017. 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 5 – QUANTIDADE DE DEMANDAS MENSAIS DA GEPIN



Fonte: ANS, 2017.

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 é mantido em banco de dados. Está prevista ainda a criação de painéis no MicroStrategy que apresentarão as informações de cada ciclo de monitoramento.

2.9. IMPLANTAÇÃO DE BUSINESS INTELLIGENCE (BI)

2.9.1. SALA DE SITUAÇÃO

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 OLAP²⁵ - 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).

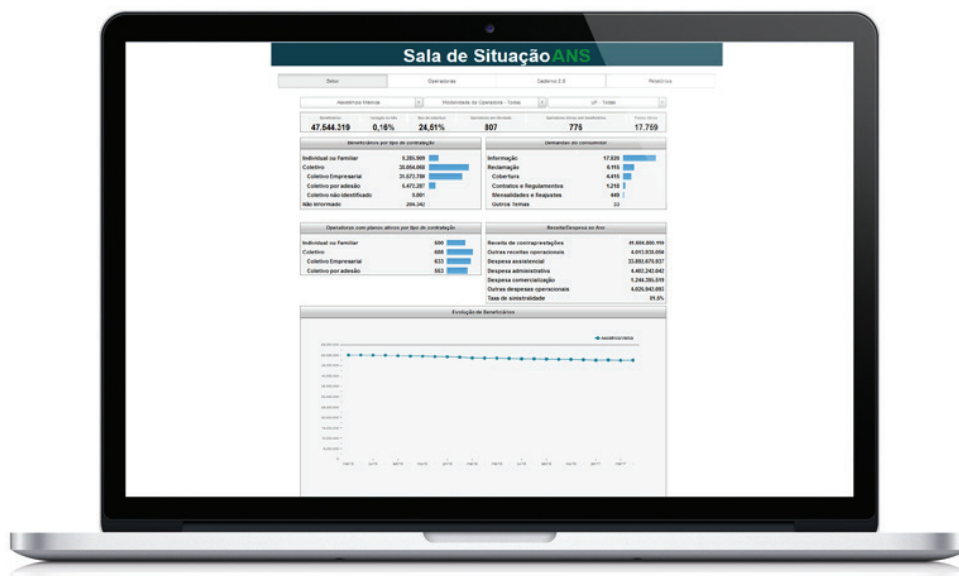
A etapa inicial de implantação foi concluída e colocada à disposição do público interno em junho de 2015. Foi criado um Grupo Técnico da Sala de Situação, composto por representantes de todas as áreas da ANS, incluindo os Diretores-Adjuntos, que se reuniu para apreciar o conteúdo e aprovar sua disponibilização.

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 3 - TELA INICIAL DA SALA DE SITUAÇÃO PARA O PÚBLICO INTERNO



Fonte: ANS.

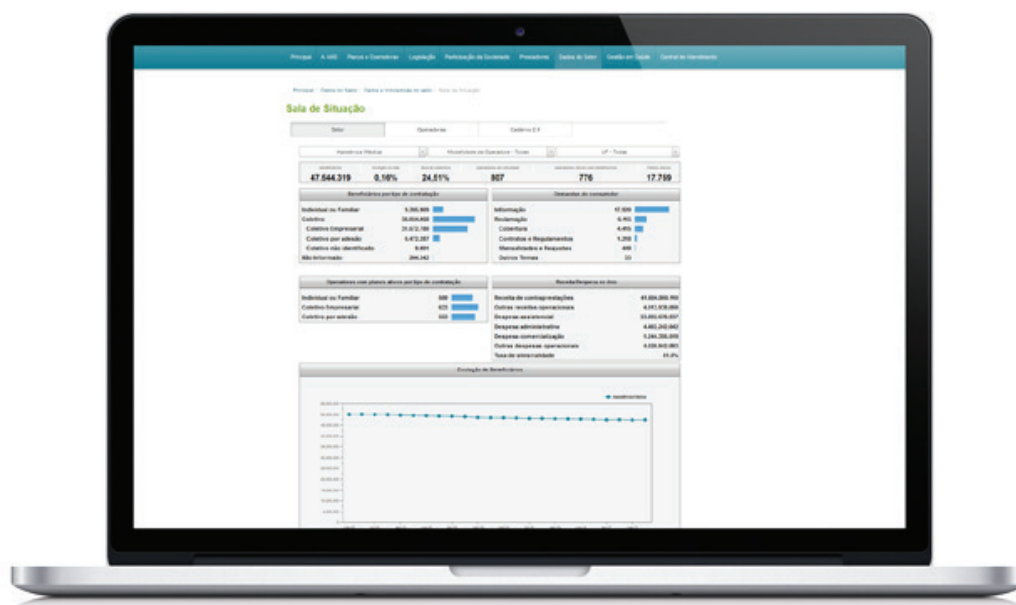
²⁵ Os cubos OLAP (processamento analítico online) são um recurso que usa uma infraestrutura existente de data warehouse - DW para fornecer recursos de business intelligence de autoatendimento a usuários finais.

A visão externa da Sala de Situação, publicada em maio de 2016, inicialmente se restringia às 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.

Em março de 2017 foi publicada uma nova aba, denominada “Caderno 2.0” que, atualmente disponibiliza, para geração de relatórios, um cubo de beneficiários contendo dimensões como Abrangência Geográfica, Área de Residência do Beneficiário, Cobertura Assistencial, Época de Contratação, Faixa Etária, dentre outros, bem como novas medidas como quantidade de adesões e cancelamentos. Dessa forma, é possível que qualquer cidadão gere seus próprios gráficos e relatórios e exporte-os em formato .csv, .xls, .pdf, dentre outros.

Atualmente, encontram-se em desenvolvimento os cubos de operadoras, produtos e fiscalização. 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 4 - TELA INICIAL DA SALA DE SITUAÇÃO PARA O PÚBLICO EXTERNO



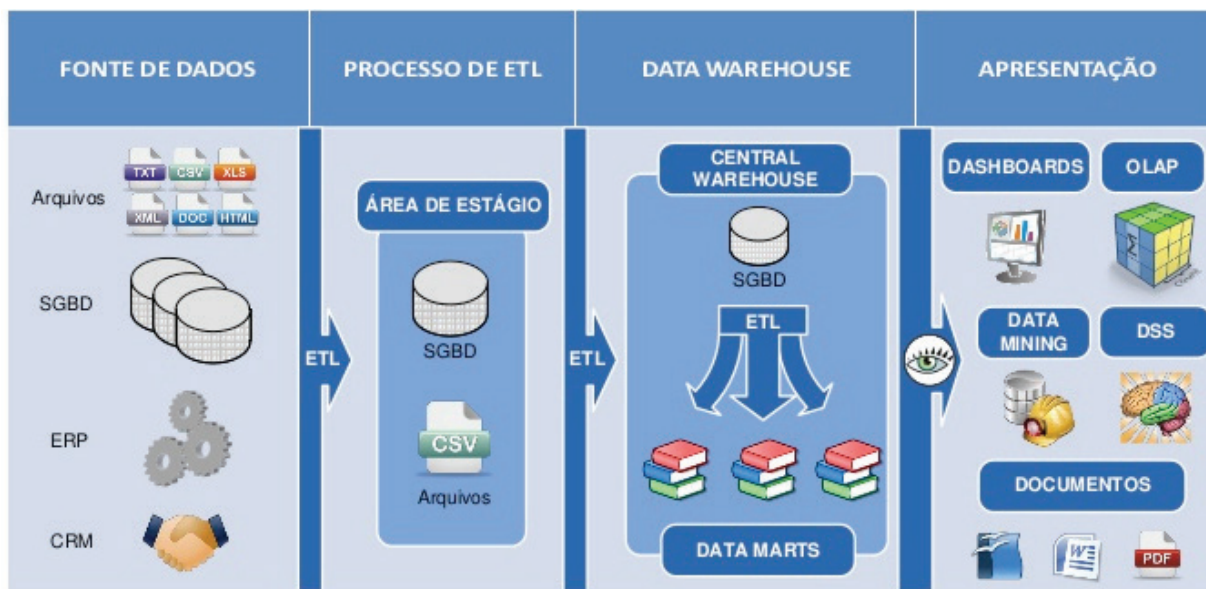
Fonte: ANS.

2.9.2. CRIAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE DATAMARTS

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 5 - ARQUITETURA DE FORMA GENÉRICA DE UM SISTEMA DE BUSINESS INTELLIGENCE



Fonte: ANS.

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 subsidiou a nova versão do D-TISS, que foi publicada no 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.

2.10. 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. 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.

2.10.1. FLEXIBILIZAÇÃO DAS CRÍTICAS E ALTERAÇÃO DA RN Nº 295, DE 2012

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

As modificações incluíram remoções de críticas nos procedimentos de inclusão, retificação, mudança contratual e reativação relacionadas aos campos que passaram a ser opcionais; e ainda, para viabilizar as atualizações na base de dados do SIB/ANS, mesmo em registros com algumas pendências de informações.

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

As alterações do sistema de críticas para os procedimentos de retificação são relacionadas à remoção de críticas que exigiam o preenchimento completo dos dados dos beneficiários a cada atualização do registro e que impediam a correção pontual de um determinado campo do registro. Dessa forma, com as modificações realizadas, é possível retificar somente um campo como o CNS, informando no arquivo de atualização SIB XML somente o número identificador do registro (CCO) e o nº do CNS. Não é mais exigido o preenchimento de outros campos no arquivo de atualização do SIB XML, porém, caso a operadora preencha, serão aplicadas as críticas para a validação da lógica entre os campos para manutenção da consistência dos dados.

Para os procedimentos de mudança contratual, foi dada ênfase na remoção de críticas que impediam a realização do procedimento de mudança contratual, adaptação de contrato e migração de plano em registros com pendência de informações, como por exemplo, o CPF. Além disso, o preenchimento dos campos “indicação de itens de procedimentos excluídos da cobertura” e “indicação de existência de cobertura parcial temporária (CPT)” nos arquivos de atualização do SIB XML, passaram a ser opcionais. 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.

O documento de críticas (versão 2.6), localizado no espaço da operadora (site ANS) fornece subsídios para conhecimento e resolução durante os procedimentos de atualização da base de dados cadastrais de beneficiários das operadoras junto à base de dados do SIB/ANS e está atualizado com as críticas vigentes após a implementação das modificações realizadas no SIB XML para os procedimentos de inclusão, retificação, mudança contratual e reativação. Maiores detalhamentos sobre as alterações de críticas realizadas podem ser verificadas no documento de histórico de versões localizado no espaço da operadora (site ANS).

2.10.2. BATIMENTO COM A SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL (SRF)

Em 03/12/2014 foi editada a RN n.º 361 que, dentre outras providências alterou o § 1º e 2º do art. 3º da RN n.º 295/2012. Até a edição mencionada, a atualização dos dados dos beneficiários era feita exclusivamente pelas operadoras. Entretanto, para fins de qualificação da base de beneficiários, a nova redação passou a permitir que a ANS poderia, de ofício, adequar os dados cadastrais de beneficiários do Sistema de Informações de Beneficiários da Agência Nacional de Saúde Suplementar - SIB/ANS a partir de outras fontes que julgar cabíveis.

Dessa forma, possibilitou-se a 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, são 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.

2.10.3. DESENVOLVIMENTO DE FERRAMENTAS DE MONITORAMENTO DA QUALIDADE CADASTRAL.

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.

Adicionalmente, foi disponibilizado um relatório para as Operadoras através da Central de Relatórios na área restrita do sítio eletrônico da ANS, no qual ela consegue visualizar os atributos de qualidade utilizados para avaliação do seu cadastro de beneficiários pela ANS, bem como consultar os CCOs que se encontram com baixa qualidade de preenchimento dos campos.

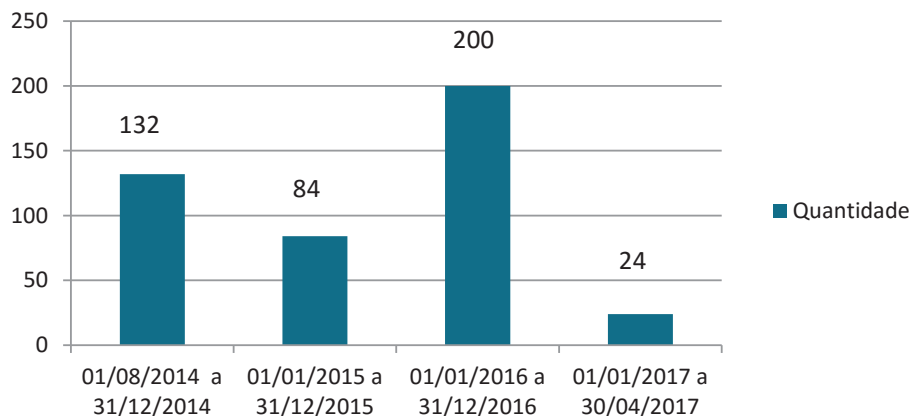
Paralelamente, foi desenvolvido um painel em Microstrategy para o acompanhamento interno da qualidade cadastral das operadoras de forma organizada.

2.10.4. DIÁLOGOS SIB: APRIMORAMENTO DA INFORMAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS

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.

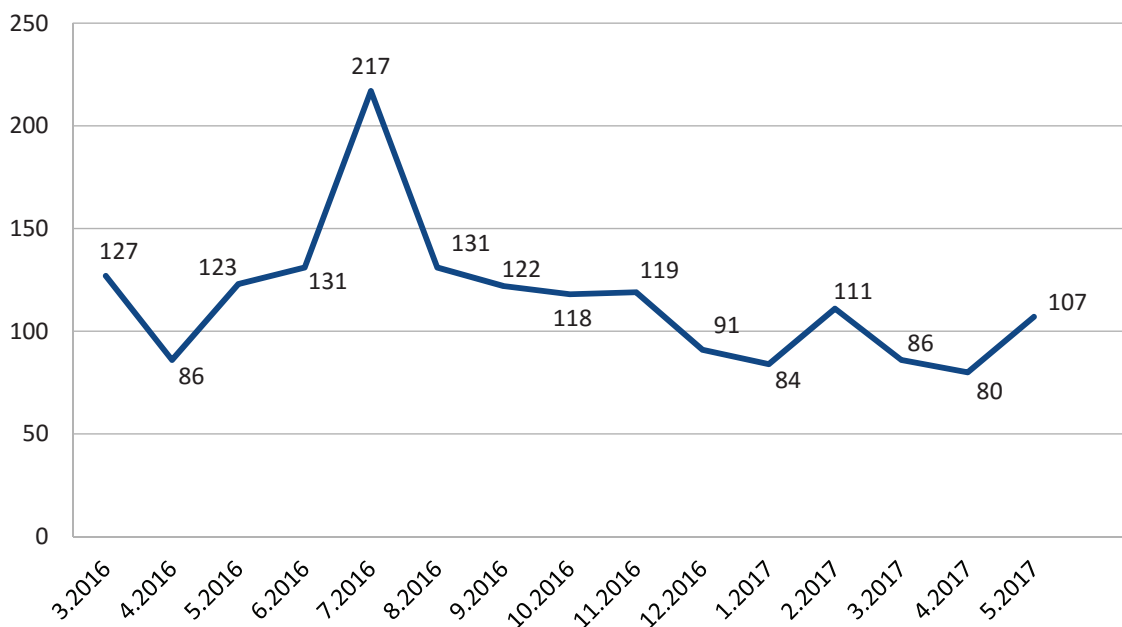
GRÁFICO 6 – CARTAS RESPONDIDAS



Fonte: ANS, 2017.

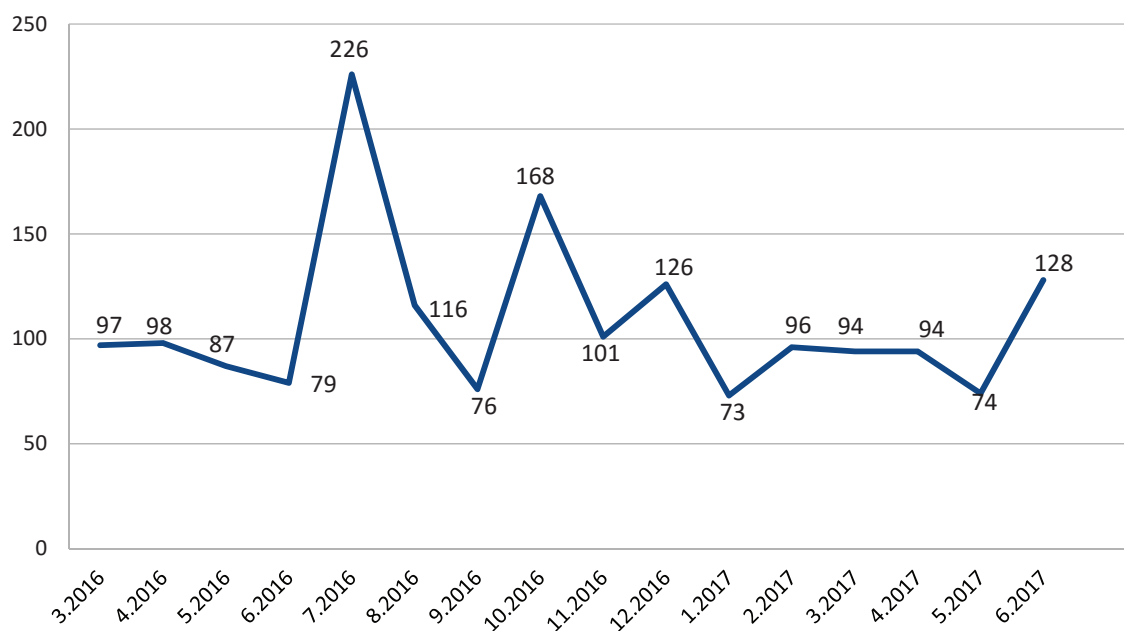
- Em março de 2016 o canal de e-mail foi migrado para o sistema OTRS (Open-source Ticket Request System), que é uma ferramenta amplamente utilizada pela ANS e que permite registro e controle de chamados, ampliando a capacidade de gerenciamento da equipe das demandas. Além disso, a equipe se disponibilizou para realizar reuniões presenciais com a Operadoras, sob demanda, e iniciou a ação Diálogos SIB.

GRÁFICO 7 - QUANTIDADE DE TÍQUETES CRIADOS POR MÊS



Fonte: ANS, 2017.

GRÁFICO 8 - QUANTIDADE DE TÍQUETES CONCLUÍDOS POR MÊS



Fonte: ANS, 2017.

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.

O Diálogos SIB foi previsto em três etapas:

- Oficinas Regionalizadas de Aprimoramento da Qualidade Cadastral, que tinham 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. Foram realizadas 06 oficinas em 2016, de acordo com a tabela a seguir:

TABELA 4 – OFICINAS DO DIÁLOGO SIB

Oficinas do Diálogos SIB	Datas
Sul	22 a 24 /06/2016
Centro - Oeste	6 a 08/07/2016
Sudeste I (SP Capital, Região Metropolitana e Litoral)	27 a 29/09/2016
Sudeste II (SP Interior - Campinas)	19 a 22/07/2016
Sudeste III (Minas Gerais e Espírito Santo)	10 a 12/07/2016
Norte e Nordeste (Fortaleza)	15 e 16/09/2016

Fonte: ANS, 2016.

- 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 julho de 2017.
- Grupo de Trabalho de Informação de Beneficiário / Operadoras: possui o objetivo de discutir propostas de reformulações no SIB; previsto para iniciar em setembro de 2017.

2.11. AVANÇOS OCORRIDOS NO RESSARCIMENTO AO SUS

Inicialmente, cabe destacar que a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) foi submetida a monitoramento trimestral pelo Tribunal de Contas da União (TCU) a partir de 2009, tendo, ao longo dos últimos anos, adotado medidas concretas para dar cada vez mais efetividade ao ressarcimento ao SUS, consoante as deliberações e recomendações expedidas pela Corte de Contas.

Assim, após a apresentação de resultados positivos, aquele Tribunal lavrou o Acórdão 3078/2016, em que entendeu pela desnecessidade de novos monitoramentos juntos à ANS, tendo em vista o atendimento satisfatório das recomendações e deliberações.

De fato, desde o início das atividades do Protocolo Eletrônico do Ressarcimento ao SUS (PERSUS), em 01/12/2014, verificou-se a inauguração de uma época de arrojada modernização na operacionalização do procedimento de ressarcimento ao SUS.

O cenário anterior do ressarcimento, quando havia processamento da atividade apenas em papel, apresentava problemas de performance, tendo resultados inferiores aos atualmente obtidos.

Não sem desafios, durante o período que se estendeu até o momento atual, foram necessários aperfeiçoamentos da ferramenta em questão, atualizações, bem como a gradual adaptação das operadoras ao mecanismo a ser utilizado.

De maneira sintetizada, pode-se afirmar que foram plenamente concluídas as seguintes funcionalidades do PERSUS:

- Notificação do Ofício de Aviso de Beneficiário Identificado (ABI);
- Notificação das cobranças emitidas de 1ª e 2ª instância e não impugnadas;
- Notificação das decisões de 1ª e 2ª instância;
- Cadastro e prorrogação de prazos de impugnação e recurso;
- Notificação das APACs pretéritas referentes ao período de abril de 2012 até março de 2013;
- Finalização do Sistema de Integração PERSUS-SEI.

Hodiernamente, com base nas melhorias implementadas, já é possível estimar a economia de recursos financeiros em aproximadamente 3 milhões de reais anualmente, levando-se em consideração os custos reduzidos com protocolo (equipe e coordenação), custos de correios (ABIs) e custos de impressão.

Avalia-se que os valores poupados com a utilização do PERSUS possam ser ainda maiores se consideradas outras atividades não computadas na estimativa acima, como o arquivamento de processos externamente, na Recall, e internamente, na COGED.

Além disso, cabe notar que os ganhos resultantes da utilização do PERSUS não se esgotam em elementos financeiros, havendo também relevantes avanços quanto à celeridade na tramitação de processos e agilização no tempo médio de análise de cada impugnação ou recurso.

Observa-se a seguir o vultoso volume de atividades registradas no PERSUS, cabendo esclarecer que os números abaixo são dinâmicos e constantemente alterados de acordo com a utilização pelas operadoras.

QUADRO 9 - ESTATÍSTICAS DE MOVIMENTAÇÃO ELETRÔNICA DO RESSARCIMENTO AO SUS VIA PERSUS

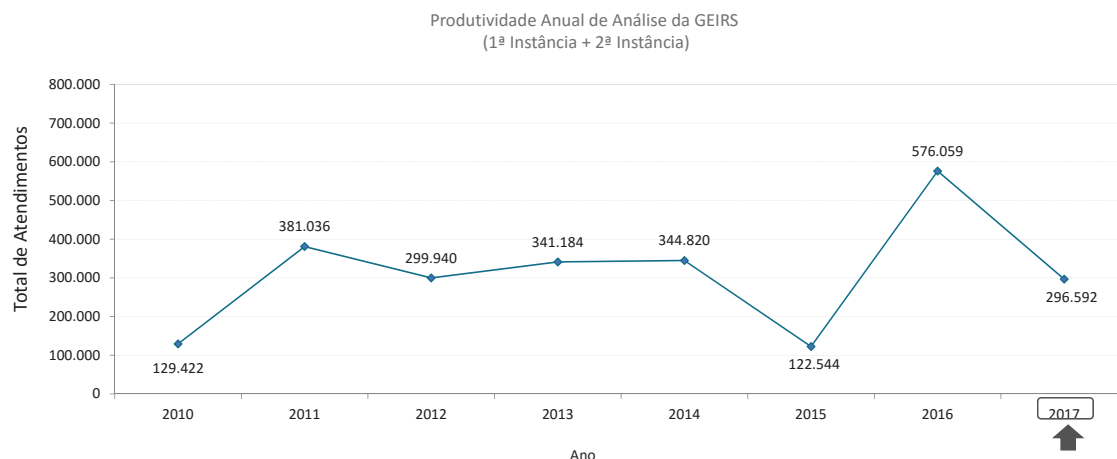
Movimentações via PERSUS	(N)
Notificações eletrônicas	23.302
Gestão de usuários	10.471
Gestão de Conta de Usuário	4.513
Usuários	5.958
Protocolo	1.095.861
Impugnação/recurso em processo híbrido	1.087.522
Anexo eletrônico	8.339

Fonte: ANS, Persus, em 16/05/2017.

Não obstante, em continuidade ao empenho para tornar o processo de ressarcimento ao SUS mais eficiente, destaca-se que desde o 58º ABI, lançado em 21/11/2016, o procedimento de ressarcimento ao SUS é integralmente desenvolvido pelo Sistema Eletrônico de Informações (SEI), ou seja, há a tendência progressiva de que os processos híbridos instaurados sob a vigência da RN 358/2014 possam ser os últimos procedimentos em papel em trâmite na GEIRS.

No que tange ao quesito produtividade e redução do passivo de processos pendentes de análise no ressarcimento ao SUS, ocorreram grandes avanços, em especial, quanto à média de análises, que alcançou números sem precedentes.

GRÁFICO 9 - PRODUTIVIDADE ANUAL

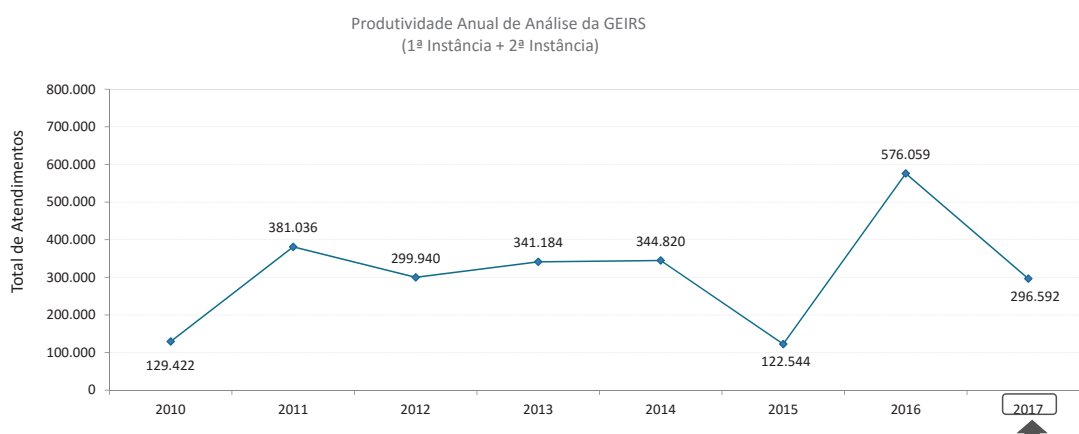


Fonte: ANS, 04/2017.

TABELA 5 – PRODUTIVIDADE ANUAL GEIRS

ANO	Produtividade Anual
2010	129.422
2011	381.036
2012	299.940
2013	341.184
2014	344.820
2015	122.544
2016	576.080
2017	296.592

Fonte: ANS, 04/2017.

GRÁFICO 10 – PRODUTIVIDADE MÉDIA MENSAL

Fonte: ANS, 04/2017.

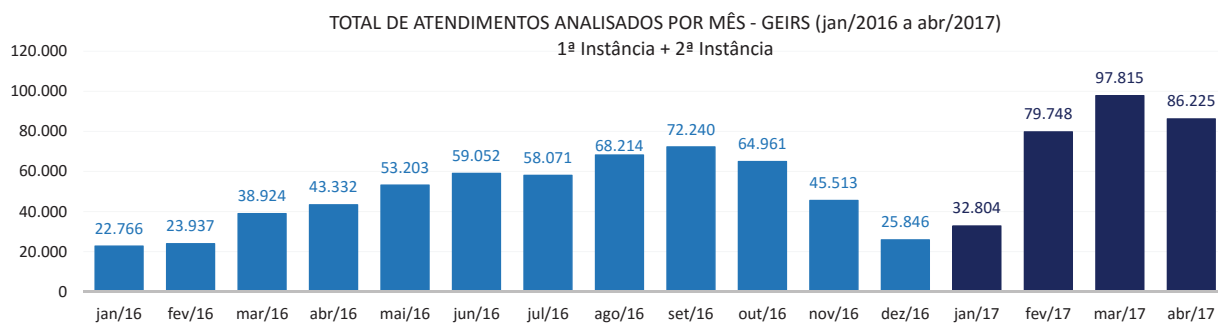
TABELA 6 - PRODUTIVIDADE MÉDIA MENSAL

ANO	PRODUTIVIDADE MÉDIA MENSAL
2010	10.785
2011	31.753
2012	24.995
2013	28.432
2014	28.735
2015	10.212
2016	48.005
2017	74.148

Fonte: ANS, 04/2017.

No que se refere à quantidade total de atendimentos analisados, pode-se verificar na tabela acima que houve um significativo aumento de atendimentos examinados em 1ª e 2ª instância no período de 2016, o que tende a prosseguir ao longo de 2017.

GRÁFICO 11 - TOTAL DE ATENDIMENTOS ANALISADOS



Fonte: ANS, 04/2017.

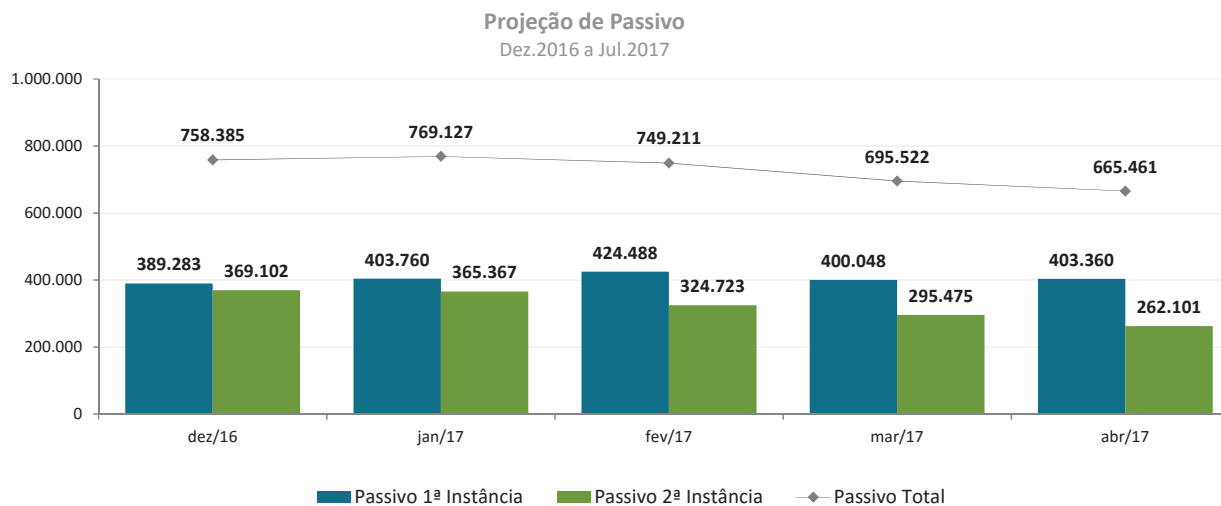
O aumento da produtividade pode ser explicado por fatores que vão além da utilização do PERSUS, cabendo notar que houve significativa contribuição decorrente da contratação de novos servidores temporários no final do ano de 2015, que, apesar de passarem por um momento inicial de aprendizado sobre a sistemática do ressarcimento ao SUS, atuaram para diminuição do passivo.

Além disso, a GEIRS priorizou a análise de processos físicos que ainda não haviam sido sequer analisados em 1ª instância, dando-se preferência para os ABIs mais antigos ainda não totalmente concluídos.

Ressalte-se que o aprimoramento do processo de julgamento, como a consolidação de entendimentos entre as coordenadorias envolvidas no exame das impugnações e recursos, a atualização do manual interno de análise e a nova divisão de trabalho foram determinantes para otimizar a análise dos processos de acordo com a natureza das alegações das operadoras.

Importante destacar que, embora o aumento da produtividade tenha reduzido o passivo de procedimentos em análise, a inclusão das autorizações de procedimentos ambulatoriais (APACs) e a notificação de APACs referentes a períodos pretéritos vem contribuindo para o aumento de atendimentos a serem examinados pelos técnicos da ANS. Nesse ponto, cabe rememorar que as APACs ampliaram expressivamente número de identificações, quando comparados com os ABIs emitidos antes da sua cobrança.

GRÁFICO 12 - PASSIVO DE ANÁLISES ATÉ 30/04/2017



Fonte: ANS, 05/2017.

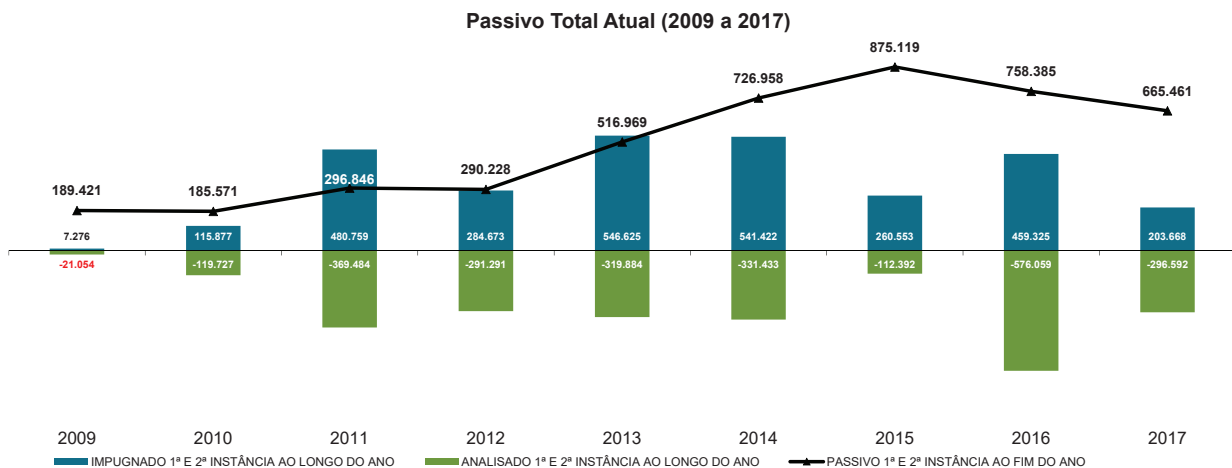
TABELA 7 - PASSIVO EM NÚMEROS ABSOLUTOS

Agosto de 2014	Abril de 2017
688.738	665.461

Fonte: ANS, 04/2017.

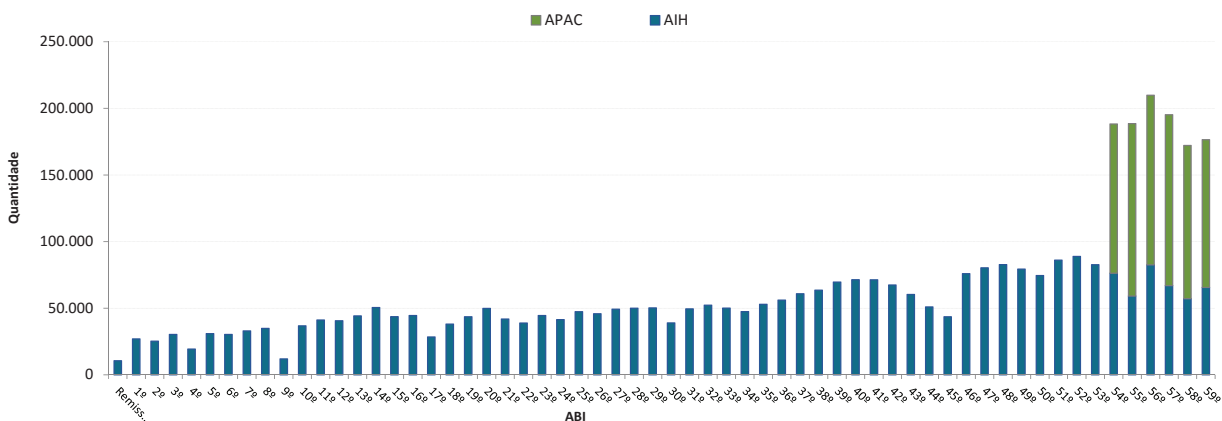
Assim, conforme se observa acima, entre agosto de 2014 e abril de 2017, houve redução de 3,38% no passivo do ressarcimento, embora tenha ocorrido o aumento do número de notificações. A evolução no passivo dos procedimentos de ressarcimento ao SUS pode ser acompanhada no gráfico a seguir.

GRÁFICO 13 - HISTÓRICO DO PASSIVO



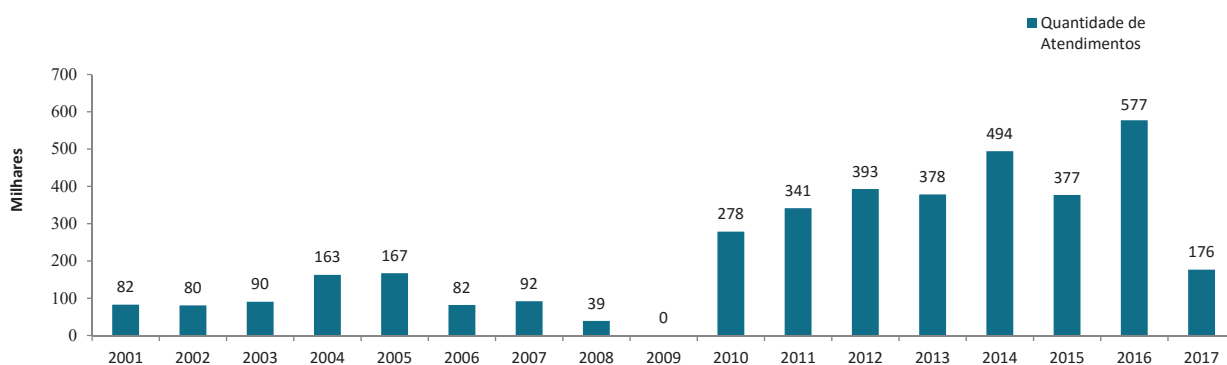
Fonte: ANS, 04/2017.

GRÁFICO 14 - AIH E APAC - NOTIFICAÇÃO TOTAL - QUANTIDADE DE PROCEDIMENTOS (ATÉ ABI 59º)



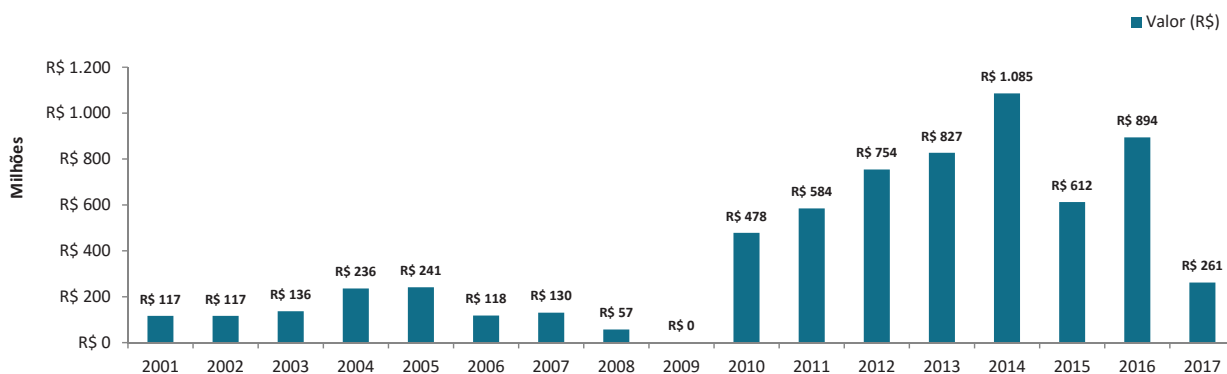
Fonte: ANS, 03/2017.

GRÁFICO 15 - QUANTIDADE TOTAL DE NOTIFICAÇÕES POR ANO



Fonte: ANS, 03/2017.

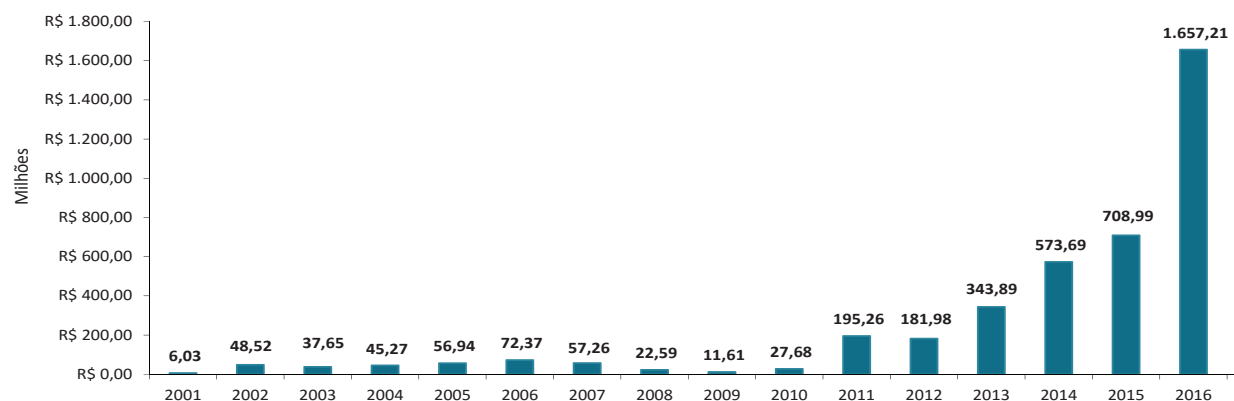
GRÁFICO 16 - VALOR TOTAL NOTIFICADO POR ANO



Fonte: ANS, 03/2017.

Sobre os montantes cobrados, observou-se que em 2016 houve um aumento em 151,90% do total de procedimentos cobrados em relação ao ano anterior. O acréscimo ocorreu principalmente após a publicação do 54º ABI, quando já estava em vigor a Resolução Normativa nº 377/2015. Vide a seguir:

GRÁFICO 17 - VALOR TOTAL DE ATENDIMENTOS COBRADOS POR ANO

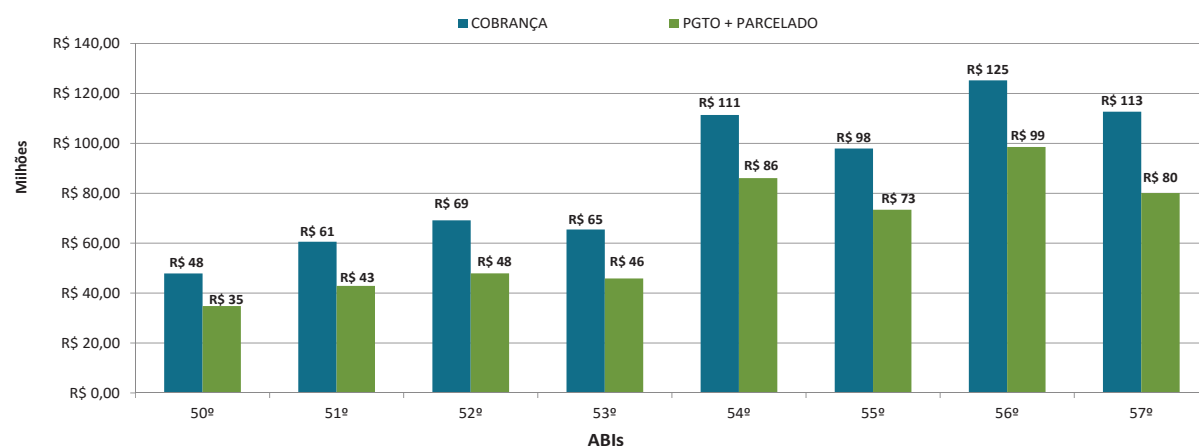


Fonte: ANS, 03/2017

Além da modificação do critério de cobrança estabelecido pela Resolução Normativa nº 377/2015, verificou-se que a ANS adotou outras medidas para que fosse possível elevar a adimplência das operadoras, a saber: i) divulgação mensal do Índice de Efetivo Pagamento; ii) possibilidade de Parcelamento – que além de alavancar o índice de efetivo pagamento, também gera outros benefícios para as operadoras; iii) maior celeridade quanto ao encaminhamento para Dívida Ativa e CADIN; iv) Programa de Qualificação das Operadoras – em que foi incluído o índice de efetivo pagamento ao ressarcimento ao SUS.

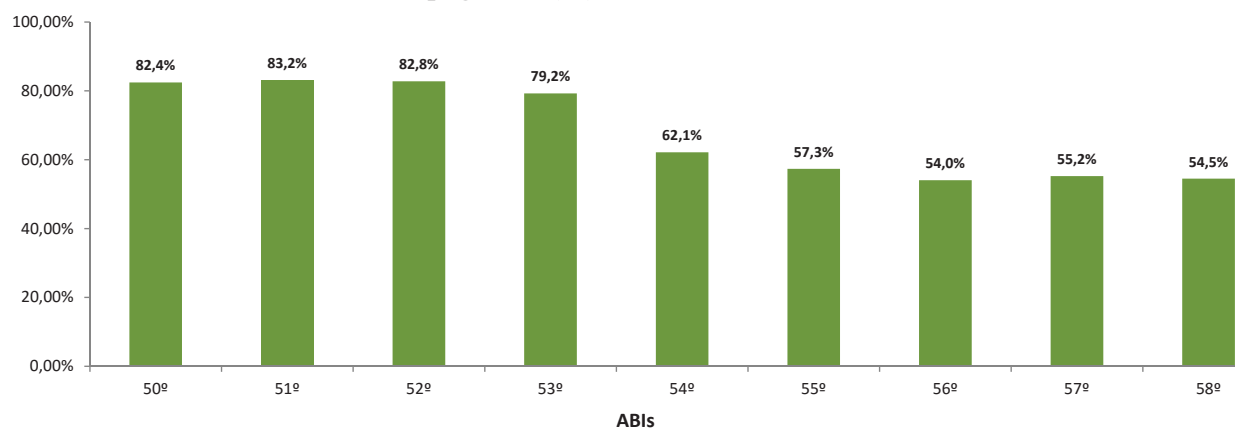
Em decorrência disso, é possível verificar as modificações quanto aos pagamentos efetuados pelas operadoras e quanto ao percentual de impugnações ofertadas, conforme adiante.

GRÁFICO 18 - EVOLUÇÃO DO PAGAMENTO



Fonte: ANS, 03/2017.

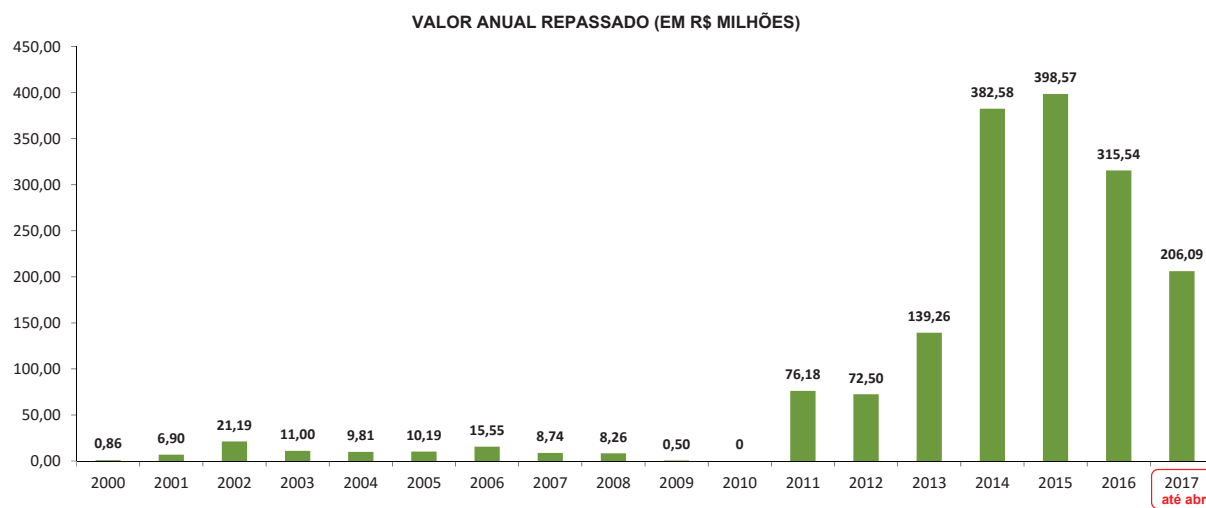
GRÁFICO 19 – IMPUGNAÇÃO (%) POR ABI



Fonte: ANS, 03/2017.

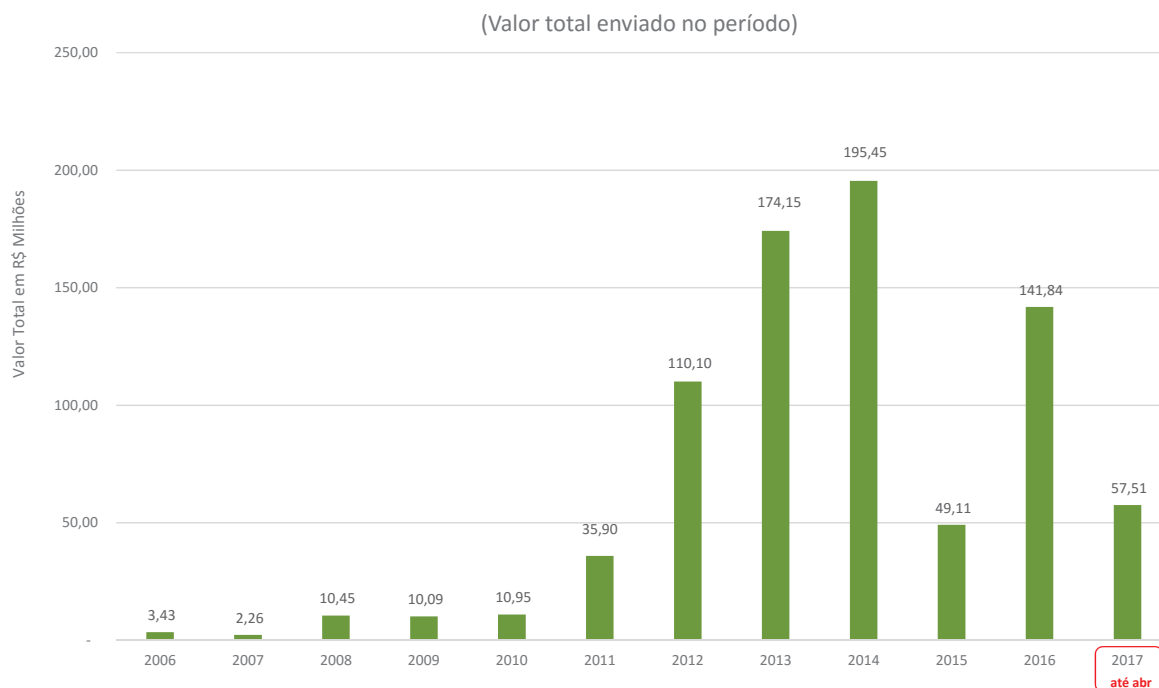
Em relação aos montantes encaminhados para inscrição em Dívida Ativa e anualmente repassados ao Fundo Nacional da Saúde (FNS), vide gráficos abaixo.

GRÁFICO 20 – VALOR ANUAL REPASSADO AO FNS



Fonte: ANS, 04/2017.

GRÁFICO 21 – ENCAMINHAMENTO PARA INSCRIÇÃO EM DÍVIDA ATIVA - 2006 A 2017



Fonte: ANS, 04/2017.

Importa dizer que, diante da necessidade de cobrança das APACs, incluindo as retroativas, os sistemas da ANS, quais sejam o SCI e o SGR, passaram por uma série de atualizações, de modo a viabilizar tais cobranças. Nesse sentido, a Gerência-Executiva de Integração e Ressarcimento ao SUS estabeleceu o seguinte cronograma para o lançamento de ABIs pelos próximos anos::

TABELA 8 – CRONOGRAMA DE ABI'S

ABI	Tipo	Trimestre Competência	Data Lançamento
59	Normal	2º TRI - 2015	06/03/2017
60	APAC	2º TRI - 2012	02/05/2017
61	Normal	3º TRI - 2015	05/06/2017
62	APAC	3º TRI - 2012	03/07/2017
63	Normal	4º TRI - 2015	28/08/2017
64	APAC	4º TRI - 2012	25/09/2017
65	Normal	1º TRI - 2016	27/11/2017
66	APAC	1º TRI - 2013	26/12/2017

Fonte: ANS, 04/2017.

Por fim, destaca-se que desde o 58º ABI, lançado em 21/11/2016, o procedimento de ressarcimento ao SUS está sendo integralmente desenvolvido pelo Sistema Eletrônico de Informações (SEI), conforme exposto anteriormente.

Outro dado que merece ser destacado é que a partir de abril de 2016, com auxílio do programa MicroStrategy, a Gerência apurou informações para a divulgação do 1º Boletim Informativo do Ressarcimento, o qual apontou informações diversificadas sobre o ressarcimento ao SUS.

Posteriormente, dando continuidade ao projeto, em 07/12/2016, foi publicado o 2º Boletim do Ressarcimento, atualizando as informações sobre o setor.

FIGURA 6 - MAPA DO RESSARCIMENTO E BOLETIM INFORMATIVO



Fonte: ANS.

Por outro lado, em 23/03/2017, foi disponibilizada a 2ª edição do Mapa da Utilização do SUS por Beneficiários de Planos Privados de Saúde, que contemplou a quantidade de atendimentos notificados entre 2008 e 2014, destacando-se os locais em que os beneficiários foram atendidos, o perfil dos usuários, os tipos de procedimentos mais executados e outras informações relevantes sobre o mecanismo de ressarcimento em todo o país.

Tais projetos de divulgação de dados têm por escopo não apenas levar ao conhecimento da sociedade em geral informações sobre a utilização do SUS por beneficiários de planos de saúde, mas também difundir, no âmbito da própria agência, dados a respeito do ressarcimento, possibilitando interdisciplinaridade na análise das bases existentes.

Dentro das atividades promovidas por esta GEIRS, também merece destaque o fato de que de agosto de 2016 até a data de elaboração do presente relatório foram promovidas diversas oficinas de treinamentos com as operadoras de planos de saúde, tendo como tópicos principais os seguintes temas: quantidade e valor de atendimentos identificados; status dos atendimentos; passivos identificados, tanto físico quanto eletrônico; projeções de débitos para o ano de 2017; taxa de impugnações e deferimento de

1ª e 2ª instância; histórico de produtividade da GEIRS; índice de efetivo pagamento por parte das operadoras; cronograma de lançamento de ABIs para preparação das operadoras; dentre outros temas relevantes ao ressarcimento.

Destaca-se que foram aproximadamente 25 reuniões durante o referido período, englobando-se aproximadamente 400 operadoras.

Além do exposto sobre as realizações da GEIRS até o presente momento, importa destacar os demais projetos relacionados ao ressarcimento ao SUS que estão em andamento:

- Revisão do Processo Eletrônico de Ressarcimento, com melhora do PERSUS;
- Construção de indicador do ressarcimento para regulação assistencial;
- Uso das informações do ressarcimento ao SUS para fins regulatórios;
- Revisão dos indicadores existentes;
- Aproximação com o DATASUS através de cooperação técnica de forma a aperfeiçoar o *record linkage*;
- Redução do passivo em papel: saneamento e análise;
- Continuidade no projeto de implantação do Teletrabalho.

Ainda no contexto dos próximos passos da GEIRS para o ressarcimento, vale mencionar que foi iniciada a análise, por meio do processo administrativo, dos possíveis impactos ocasionados no ressarcimento em razão da inclusão do BPA-I, levando em consideração tanto o aspecto administrativo quanto os montantes envolvidos.

Destaca-se que para o início da referida análise, buscou-se o levantamento dos valores, sendo necessária a obtenção da base de dados desse procedimento junto ao Departamento de Informática do SUS (DATASUS) para a realização do *record linkage* com o Sistema de Informações de Beneficiários (SIB). Desse modo, todas as considerações acerca do estudo do *record linkage* do BPAI foram formalizadas por meio de nota técnica de nº 01/2017/COSAP/GGISS/DIGES elaborada pela Coordenadoria de Sistemas e Aplicativos (COSAP), sendo a finalização do estudo uma das metas futuras da GEIRS.

2.12. INTEGRAÇÃO COM O SUS

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

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.

O trabalho foi realizado no período de janeiro de 2015 a janeiro de 2017 e teve por base o mapeamento realizado pelo Hospital Sírio-Libanês no projeto Metodologia e Ferramentas para Aplicação do Modelo de “Grupo de Diagnósticos Relacionados” para a Área Hospitalar na Saúde Suplementar Brasileira do EDITAL OPAS Nº 005/2014 - PROPOSTAS DE DESENVOLVIMENTO DE ESTUDOS, INSTRUMENTOS, FERRAMENTAS E CONHECIMENTOS SOBRE A SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL. O Mapeamento foi realizado com o apoio do COPISS, que é o comitê consultivo para aprimoramento do Padrão de Troca

de Informações de Atenção à Saúde dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde e validado pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde.

Para o trabalho de mapeamento dos Procedimentos da Terminologia Unificada da Saúde Suplementar (TUSS) X Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP), de acordo com a ISO/TR 12300:2014 – Health Informatics – Principles of Mapping Between Terminological Systems foram utilizadas as seguintes equivalências:

O mapeamento pode se dar de um ou mais códigos TUSS para um ou mais códigos SIGTAP ou pode ainda não haver mapeamento possível. Foram validados pela equipe da SAS/MS os procedimentos com equivalência 1 e 2 entre TUSS e SIGTAP correspondendo a 977 Procedimentos.

O resultado do mapeamento foi publicado na página do Padrão TISS no site da ANS e na página do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (sigtap.datasus.gov.br)

2.12.2. INTEROPERABILIDADE COM O SUS: ESTABELECIMENTOS DA SAÚDE SUPLEMENTAR CADASTRADOS NO CNES

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 Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde - 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.

A nova versão do CNES permite aos consultórios isolados, cadastrados com CPF, o envio das informações cadastrais diretamente a base nacional do CNES sem a intermediação do gestor municipal, conforme diretrizes da Portaria 1646/GM/MS de 02/10/2015:

“Art. 14. A inserção dos dados constantes no modelo de informação do CNES será feita diretamente na base de dados nacional, pelos estabelecimentos de saúde, nos seguintes casos:

I - estabelecimentos de saúde que não sejam integrantes do SUS”

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

2.12.3. DISPONIBILIZAÇÃO DE FERRAMENTA (CADSUS STAND ALONE) PARA ATRIBUIÇÃO DE NÚMERO CNS PARA BENEFICIÁRIOS DA SAÚDE SUPLEMENTAR EM LOTE PELAS OPERADORAS

Em continuidade ao projeto para emissão de números do Cartão Nacional de Saúde (CNS) para beneficiários de planos de saúde, o Ministério da Saúde disponibilizou, em 2015, o aplicativo CADSUS STAND ALONE. Trata-se de uma solução off-line que permite que as operadoras de planos privados de saúde executem, em lote, a busca e emissão de números de CNS para seus beneficiários, proporcionando ganhos de escala no processo de emissão de números do CNS.

2.12.4. HIGIENIZAÇÃO DA BASE DE DADOS DO SIB PARA ATRIBUIÇÃO DE CNS

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

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

Além da disponibilização do aplicativo Cadsus Stand Alone, o Ministério da Saúde, por meio do DATASUS, disponibilizou também uma solução on-line para integração do sistema das operadoras ao barramento SOA do Cartão Nacional de Saúde. Trata-se de um serviço por meio do qual as operadoras podem se conectar diretamente com a base do CNS.

2.12.6. REGISTRO ELETRÔNICO DE SAÚDE (RES)

2.12.6.1. BASE DE DADOS INDIVIDUALIZADOS/IDENTIFICADOS DISPONIBILIZADA

A principal característica do RES é agregar as informações essenciais de saúde do indivíduo. Assim sendo, a ANS adotou que o Registro Eletrônico de Saúde 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.

Com a publicação da Resolução CIT nº 6, de 25 de agosto de 2016, que institui o Conjunto Mínimo de Dados da Atenção à Saúde, a área técnica da Gerência-executiva de Padronização e Interoperabilidade tem trabalhado junto aos técnicos do Ministério da Saúde na definição dos requisitos e regras de negócio para envio das informações da Saúde Suplementar.

Está em fase de homologação o conjunto dos primeiros eventos de atenção à saúde oriundos do Padrão TISS a serem enviados para o Conjunto Mínimo de Dados (CMD) do Ministério da Saúde.

2.12.6.2. EXPERIÊNCIAS INTERNACIONAIS EM IMPLANTAÇÃO DE EHEALTH

O produto tem como principal resultado uma revisão bibliográfica sobre o estado da arte da implantação de iniciativas de eHealth em países selecionados. Entende-se por eHealth as práticas de planejamento e avaliação no campo da saúde que são apoiadas por processos eletrônicos, tendo por base a interoperabilidade de sistemas, para 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.

Os produtos desse termo de referência descreveram cinco países que possuem projetos de Registro Eletrônico de Saúde Nacional implantados com uma revisão dos desenhos, implementação, estruturação e desafios dos projetos de RES de cada país e uma breve descrição da organização do sistema de saúde e qual é a arquitetura proposta para o RES.

Além disso, foi identificado o conjunto mínimo de informações clínicas disponíveis para todos os serviços de saúde, em todos os níveis, em cada país estudado. Para apresentar os dados mínimos adotados por cada país criou-se um quadro comparativo, no qual se apresenta cada dado mínimo e quais países o adotam. Dessa forma é possível comparar as informações que estão sendo priorizadas em cada um dos países.

Os produtos oriundos desse estudo serão úteis para ajudar na formulação desses dados para o RES nacional.

2.13. 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*²⁵ 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

²⁵ Disponível em <www.impaciente.org>.

internet, como o TripAdvisor sobre atrações turísticas e a estratégia do *National Committee for Quality Assurance* (NCQA²⁶) 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

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

Desde de 2015, a Diretoria de Desenvolvimento Setorial (DIDES) realizou a reformulação de suas áreas fixas, no sitio da ANS. As páginas são atualizadas constantemente e possuem textos explicativos, cartilhas e o histórico das discussões dos grupos técnicos da diretoria. Além disso, as perguntas e respostas cadastradas na Central de Atendimento e os FAQs (Frequently Asked Questions) são atualizados constantemente.

As páginas atualizadas pela Dides são as seguintes:

- a) Participação da Sociedade > Câmaras e Grupos Técnicos > Grupos Técnicos em andamento
- Grupo Técnico do Programa de Qualificação de Operadoras;
 - Grupo Técnico do Programa de Acreditação das Operadoras;
 - Grupo Técnico Projeto Sua Saúde;
 - Grupo Técnico de Coparticipação e Franquia / Interáreas;
 - Grupo técnico Interáreas (DIDES, DIPRO e DIFIS);
 - 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.

²⁶ Disponível em: <<http://healthplanrankings.ncqa.org>>.

FIGURA 7 – CÂMARAS E GRUPOS TÉCNICOS

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 Vírus Zika

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

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

Grupo Técnico Lei 13.003/14

Grupo Técnico Interares (DIDES, DIPRO e DFIS)

Grupo Técnico do Idoso 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 da Atenção à Saúde

Câmaras e Grupos Técnicos

As **Câmaras Técnicas** surgem da necessidade de aprofundar e discutir 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	Ações
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	Ações
Grupo Técnico de Remuneração	Ver detalhes
Grupo Técnico do Idoso Bem Cuidado	Ver detalhes
Grupo Técnico Interares (DIDES, DIPRO e DFIS)	Ver detalhes
Grupo Técnico Lei 13.003/14	Ver detalhes
Grupo Técnico LAB-OIDES - Laboratório de Desenvolvimento, Sustentabilidade e Inovação Setorial	Ver detalhes
Grupo Técnico LAB-OIDES Otorrinologia - 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

Fonte: ANS, 2017.

b) Gestão em Saúde

FIGURA 8 – GESTÃO EM SAÚDE

Agência Nacional de Saúde Suplementar

A Agência Reguladora de Planos de Saúde do Brasil

Buscar

Principal

A ANS

Planos e Operadoras

Legislação

Participação da Sociedade

Prestadores

Perfil do Setor

Gestão em Saúde

Central de Atendimento

Principal / Prestadores / Contrato entre operadoras e prestadores

TISS - Troca de Informação de Saúde Suplementar

Contrato entre operadoras e prestadores

Fator de Qualidade

Obrigatoriedade do contrato escrito

Parto Adequado

Central de Atendimento a Prestadores

QUALISS - Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde

Contrato entre operadoras e prestadores

Obrigatoriedade do contrato escrito

É obrigatório formalizar, em contratos escritos entre operadoras e prestadores de saúde, a contratação de serviços de saúde suplementar. Caso não exista contrato escrito entre as operadoras e prestadores de saúde autônomos, serviços de diagnóstico por imagem e laboratoriais), a ANS poderá aplicar as penalidades previstas na Resolução Normativa RN nº 124/2017.

Fator de Qualidade

O Fator de Qualidade deverá ser aplicado ao índice de reajuste escolhido pelo plano de saúde, de acordo com o artigo 10º da Lei nº 9.656/1998, e as seguintes situações: quando há previsão de livre negociação entre as partes como única forma de reajuste estabelecida no contrato, como alternativa à livre negociação, os primeiros noventa dias do ano.

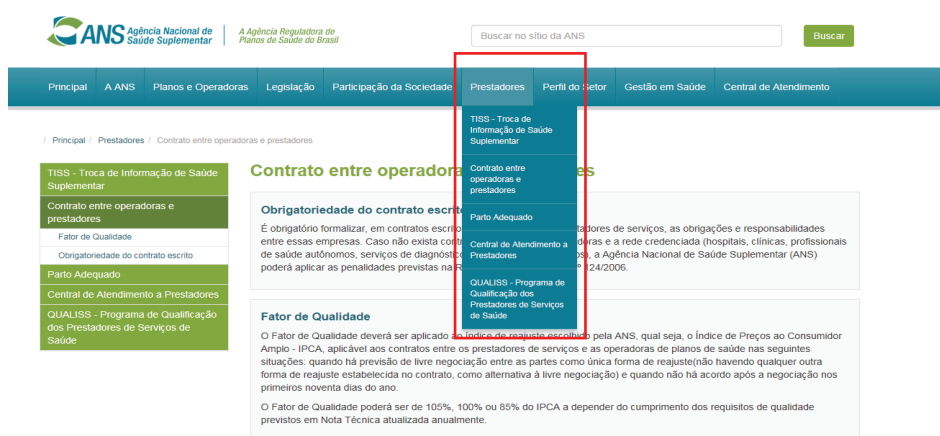
O Fator de Qualidade poderá ser de 105%, 100% ou 85% do IPCA a depender dos acordos previstos em Nota Técnica atualizada anualmente.

Fonte: ANS, 2017.

A aba reúne as seguintes páginas de responsabilidade da DIDES:

- Projeto Idoso Bem Cuidado;
- Projeto Parto Adequado;
- Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME) /Dispositivos Médicos Implantáveis (DMI);
- QUALISS - Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde;
- Projeto Sua Saúde;
- Projeto OncoRede;
- Projeto Sorrir.

FIGURA 9 – ABA PRESTADORES



Fonte: ANS, 2017.

c) “Prestadores”

- Contratos ente operadoras e prestadores: essa área foi dividida em duas subáreas:
 - Obrigatoriedade do contrato escrito;
 - Fator de Qualidade²⁷;
 - TISS;
 - Parto Adequado²⁸;
 - QUALISS - Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde²⁹;

d) Participação da Sociedade < Comitês e Comissões

- Comitê Técnico de Avaliação da Qualidade Setorial (COTAQ)

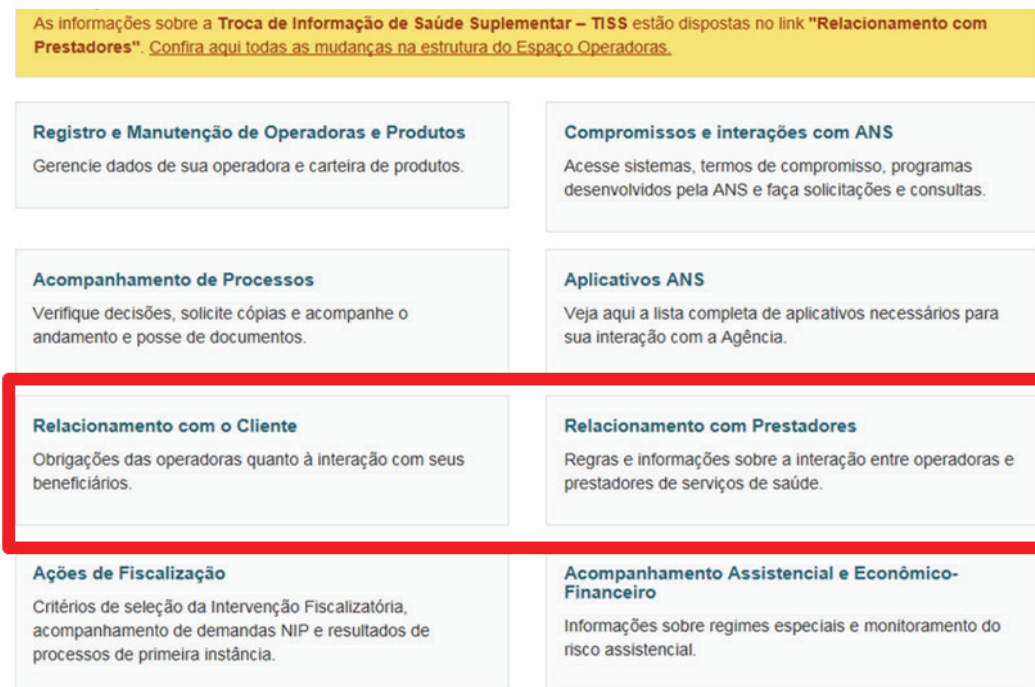
e) Planos e Operadoras > Espaço da Operadora

27 Especificamente em Fator de Qualidade, foram divulgados os critérios para aplicação do Fator de Qualidade, referentes aos prestadores hospitalares e demais prestadores de serviços de saúde. As listagens nominais foram divididas entre os prestadores que receberão 105%, 100% do IPCA.

28 Este conteúdo é replicado pois além de ser um projeto de “Gestão em Saúde” está relacionado aos prestadores.

29 Este conteúdo é replicado pois além de ser um projeto de “Gestão em Saúde” está relacionado aos prestadores.

FIGURA 10 – RELACIONAMENTO COM CLIENTE E PRESTADORES



Fonte: ANS, 2017.

- Relacionamento com o Cliente - apresenta detalhes a respeito do Portal de Informação do Beneficiário da Saúde Suplementar (PIN SS), uma área restrita dos portais das operadoras que podem ser acessado por beneficiários e pessoas jurídicas contratantes, mediante “login” e senha.
- Relacionamento com Prestadores – que reúne os seguintes subtítulos (Troca de Informação de Saúde Suplementar – TISS; Contrato entre operadoras e prestadores; QUALISS - Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde).

f) Acompanhamento de processos

- Processos de Ressarcimento ao SUS

g) Planos e Operadoras > Informações e Avaliações de Operadoras > Índice de Efetivo Pagamento ao Ressarcimento ao SUS (antigo Índice de Adimplência de Ressarcimento ao SUS)

h) Espaço do Consumidor > Dados Cadastrais do Consumidor

- Qualidade de Hospitais, Clínicas, Laboratórios e Profissionais de Saúde

FIGURA 11 - QUALIDADE DE HOSPITAIS, CLÍNICAS, LABORATÓRIOS E PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Qualidade de Hospitais, Clínicas, Laboratórios e Profissionais de Saúde

Hospitais, Clínicas, Laboratórios e Profissionais de Saúde (por atributo de qualidade)

Segurança do Paciente



Avaliação da Qualidade



Projetos de Indução da Qualidade



Qualificação Profissional



Hospitais, Clínicas e Laboratórios Acreditados

Hospitais, Clínicas/Hospitais Dia e Laboratórios

Preencha pelo menos um dos campos abaixo:

Tipo:

UF: Município:

Nome:

Fonte: ANS, 2017.

- Dados Cadastrais do Consumidor
 - Na ANS (COMPROVA - Comprovante de dados cadastrais do consumidor);
 - Na sua operadora de plano de saúde.

FIGURA 12 – ÁREA DO BENEFICIÁRIO E ÁREA DO CONTRATANTE

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

Área do Beneficiário

Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar - PIN-SS

? 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.

i O que deve conter:

Informações cadastrais: Avaliação 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 cancelamentos.

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

Fonte: ANS, 2017.

- Sua Saúde

FIGURA 13 – SUA SAÚDE



Fonte: ANS, 2017.

2.15 TRANSMISSÃO AO VIVO E GRAVAÇÃO DE EVENTOS POR MEIO DO APLICATIVO PERISCOPE E DO FACEBOOK E DISPONIBILIZAÇÃO DE GRAVAÇÕES NO YOUTUBE

Em maio de 2016, a Diretoria de Desenvolvimento Setorial foi responsável pela criação do perfil da ANS no Periscope, iniciando um projeto de transmissões ao vivo dos Grupos Técnicos. Com o uso do Periscope foi possível acompanhar os encontros pelo celular, ou em computadores, acessando a conta da ANS no Twitter.

Inicialmente as gravações do Periscope ficavam disponíveis por apenas 24 horas, sendo assim, para que a transmissão não se perdesse, os eventos também eram gravados e disponibilizados posteriormente no canal da ANS no YouTube. A partir de do mês de novembro de 2016, o aplicativo Periscope passou a salvar as gravações, que podem ser acessadas a qualquer tempo, no canal da ANS.

Atualmente o canal conta com 70 transmissões de eventos da DIDES e outras diretorias também já utilizaram a ferramenta, que se tornou institucional. A quantidade de seguidores do perfil aumentou, de agosto de 2016 a junho de 2017, de **98** para **424**. A quantidade de marcações “gostei” subiu de **1.108** para **6.490**. E o evento mais assistido foi a *Audiência Pública Sobre Mecanismos de Regulação* que teve 1.008 espectadores, somando a transmissão ao vivo e os que assistiram a “reprise” (termo usado pelo aplicativo para os vídeos gravados).

As transmissões pelo Facebook da ANS também foram iniciativa da Dides, que transmitiu a *Audiência Pública de Mecanismos de Regulação, Coparticipação e Franquia*. O evento teve 6.803 visualizações. Posteriormente a Dides repetiu a estratégia transmitindo, o vivo, a *1ª Sessão de Aprendizagem Presencial (SAP) do Parto Adequado*, nesta ocasião, a quantidade de visualizações, até o fechamento deste relatório, foi de 610 espectadores no Periscope e 59.692 no Facebook.

QUADRO 10 - TRANSMISSÕES POR APLICATIVO

Transmissões por aplicativo		
Aplicativo	visualização	Nº de transmissões
Periscope	2.408 visualizações	7 transmissões
Facebook	66495 visualizações	2 transmissões

Fonte: ANS, 2017.

QUADRO 11 - TRANSMISSÕES POR GRUPO TÉCNICO

Transmissões por Grupo Técnico	
Grupo Técnico do Programa de Qualificação de Operadoras	2 gravações
Grupo Técnico de Acreditação de Operadoras	1 gravação
Grupo Técnico de Coparticipação e Franquia	2 transmissões
Grupo Técnico de Oncologia	2 transmissões
Grupo Técnico de Remuneração	8 gravações 3 transmissões
Grupo Técnico Lei 13.003/14	4 transmissões
Parto Adequado	25 transmissões
Projeto Sorrir	2 Transmissões
OncoRede	2 Transmissões

Fonte: ANS, 2017.

2.16. NOVA FORMA DE LIDAR COM GRUPOS TÉCNICOS

A DIDES deu publicidade a todas as discussões dos Grupos Técnicos (GT) da Diretoria de duas formas:

a) Transmissão de todos os grupos técnicos e reunião de projetos ao vivo

Todos os Grupos Técnicos realizados pela DIDES passaram a ser transmitidos ao vivo pelo aplicativo Periscope (exclusivo para celulares), e pelos perfis oficiais da ANS no Twitter, Facebook. Nas reuniões destinadas a grupos de representantes selecionados pela ANS, tais como, o projeto Sorrir, Parto Adequado, OncoRede e Idoso Bem Cuidado, foram usados aplicativos de reunião virtual, sendo o principal o SKYPE.

As transmissões, posteriormente, são postadas na íntegra na página específica do grupo técnico ou projeto.

Estas medidas possibilitaram a disseminação das informações para os públicos de interesse da ANS, pois todos podem acompanhar as discussões e dar sugestões para a ANS em tempo real ou posteriormente.

A transmissão também foi de grande importância para os entes regulados e prestadores, pois nem todos possuem recursos financeiros para se deslocarem para os eventos promovidos pela ANS, que em sua maioria são realizados na cidade da sede da Agência, o Rio de Janeiro.

b) Atualização das páginas dos grupos técnicos da ANS

Os grupos técnicos listados no quadro 11 são atualizados a cada reunião. Nestas páginas os interessados podem conferir as apresentações em *PowerPoint*, as listas de presença (que contém o nome, e-mail e assinatura dos participantes) e as gravações das reuniões. Dessa forma, criou-se um histórico das discussões da DIDES nos últimos 3 anos. Ao acessar essa memória, é possível compreender todo o processo de formação das principais resoluções publicadas pela DIDES e das ações de indução da qualidade setorial.

3. NOVOS MODELOS DE PRESTAÇÃO E REMUNERAÇÃO DOS SERVIÇOS

3.1. PROJETO PARTO ADEQUADO

No campo da atenção ao parto e nascimento, o Brasil apresenta um panorama com problemas sistêmicos e crônicos, constituindo uma realidade única no mundo. Na contramão das evidências científicas e das melhores práticas internacionais, o país apresenta as maiores taxas de cesarianas desnecessárias, sem qualquer relação com fatores clínicos. Tal condição se torna ainda mais alarmante quando se observa a proporção de partos cesáreos no setor suplementar de saúde brasileiro (84,4% de cesarianas no ano de 2015), perante uma média nacional de 57% de partos cesáreos.

Diante desse panorama, o Projeto Parto Adequado, viabilizado a partir de parceria entre Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), *Institute for Healthcare Improvement* (IHI) e Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE), com o apoio do Ministério da Saúde (MS), representou um importante advento para a reversão do quadro de cesarianas indiscriminadas. O Projeto 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-piloto³ centrados na indução de boas práticas, baseadas em evidências científicas, favorecendo a produção de saúde e a segurança do paciente.

Na consecução do projeto, coube à ANS a coordenação e articulação com prestadores de serviço de saúde para adesão voluntária às iniciativas; ao IHI, a aplicação da metodologia baseada na Ciência da Melhoria e a capacitação dos profissionais; e, ao HIAE, a responsabilidade pela implementação do projeto piloto com gerenciamento das atividades logísticas, atuando como um Laboratório de Excelência na atenção à saúde.

A hipótese do Projeto Parto Adequado foi centrada na possibilidade de que mudanças baseadas em evidências científicas no modelo de atenção ao parto, com participação dos diversos interessados (gestantes, profissionais, hospitais e operadoras), contribuem para promoção de boas práticas e redução de cesarianas e intervenções obstétricas desnecessárias.

O objetivo definido para o Projeto Parto Adequado foi, em conjunto com o grupo de hospitais participantes, elaborar, testar, avaliar e disseminar um modelo de atenção ao 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 HIAE, com o propósito de favorecer a melhoria da atenção obstétrica nos hospitais participantes e contribuir para a identificação de: 1) modelos 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.

Quanto ao desenvolvimento dos trabalhos junto aos hospitais participantes do Parto Adequado, a metodologia adotada incluiu 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 foram capacitadas em treinamentos práticos no Centro de Simulação Realística do Hospital Albert Einstein, em São Paulo. No decorrer da Fase 1 do projeto, 440 profissionais de saúde foram treinados em habilidades clínicas envolvendo resolução técnica de intercorrências durante o trabalho de parto e parto, humanização e habilidades comportamentais. Especialistas em qualidade realizaram visitas técnicas nos hospitais, onde o conhecimento da realidade local foi aprofundado e foram elaboradas, em conjunto com as equipes dos hospitais, recomendações e estratégias para a melhoria de processos e estrutura física e de recursos humanos, formando uma verdadeira rede de contatos e colaboração.

As equipes de projeto nomeadas por cada hospital participaram de sessões de aprendizagem virtuais e presenciais sobre temas como: importância da liderança; engajamento do corpo clínico; práticas e evidências científicas; adequações na infraestrutura física e de recursos humanos; composição e organização das equipes assistenciais multidisciplinares; revisão de fluxos e processos; 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; importância do feedback para equipe assistencial; coleta de dados de eventos adversos medição de resultados e novos modelos de remuneração.

As sessões virtuais de aprendizagem foram 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 HIAE.

Quanto às reuniões presenciais, foi realizada em maio de 2015 a 1ª Sessão de Aprendizagem Presencial (SAP). Essa sessão de aprendizagem presencial foi marcada pela apresentação geral do projeto, dos componentes do corpo docente do Einstein e IHI e das expectativas com o novo modelo de melhoria contínua. Na oportunidade, também foram descritos os elementos fundamentais do “Termo de Compromisso” e dos “Objetivos” dos Hospitais no Modelo de Melhoria Contínua e Ciência da Melhoria. As ferramentas de diagrama direcionador e a metodologia de testes rápidos de melhoria foram apresentadas aos participantes, assim como foi detalhado o fluxo de trabalho, como o envio de relatórios, as reuniões virtuais mensais e o uso da *extranet* do IHI.

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 destaque a participação do Ministério Público Federal; 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.

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 obstetrizas 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. 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, que integram a rede própria das operadoras; Hospitais com Corpo Clínico Aberto e Hospitais do SUS), de modo a potencializar o aproveitamento de experiências em contextos semelhantes.

A quinta e última Sessão de Aprendizagem Presencial, em novembro de 2016, em São Paulo, constitui um marco da conclusão da Fase 1 e a conformação das bases para a Fase 2 do Projeto Parto Adequado. Esta abrangerá a disseminação do aprendizado com a Fase 1 e um ganho de escala, ampliando o número de hospitais, operadoras e beneficiárias participantes.

O Projeto Parto Adequado realizou ainda ações educativas e informativas para gestantes e sociedade como, por exemplo, as campanhas de comunicação #NãoaoPartoAgendado, veiculada entre dezembro de 2015 e fevereiro de 2016, que 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. Outros exemplos foram as campanhas realizadas no Dia Internacional da Mulher, em março de 2016, cuja mensagem enfatizou o protagonismo feminino e a importância da informação para subsidiar escolhas adequadas relacionadas ao parto; e a campanha “Tempo Precioso”, de julho de 2016, com informações sobre o desenvolvimento do bebê em períodos distintos da gestação.

Um dos principais desafios de planejadores e gestores do sistema de saúde é o desenvolvimento de mecanismos indutores da qualidade dos serviços de saúde e redesenho do modelo assistencial. Desse modo, no âmbito do Projeto Parto Adequado, além do envolvimento dos prestadores de serviços, o projeto propõe ainda a participação das operadoras de planos privados de assistência à saúde. Com o desenvolvimento do projeto, identificou-se a importância do envolvimento das operadoras de planos de saúde, para avançar no que diz respeito à viabilidade de implementação das mudanças

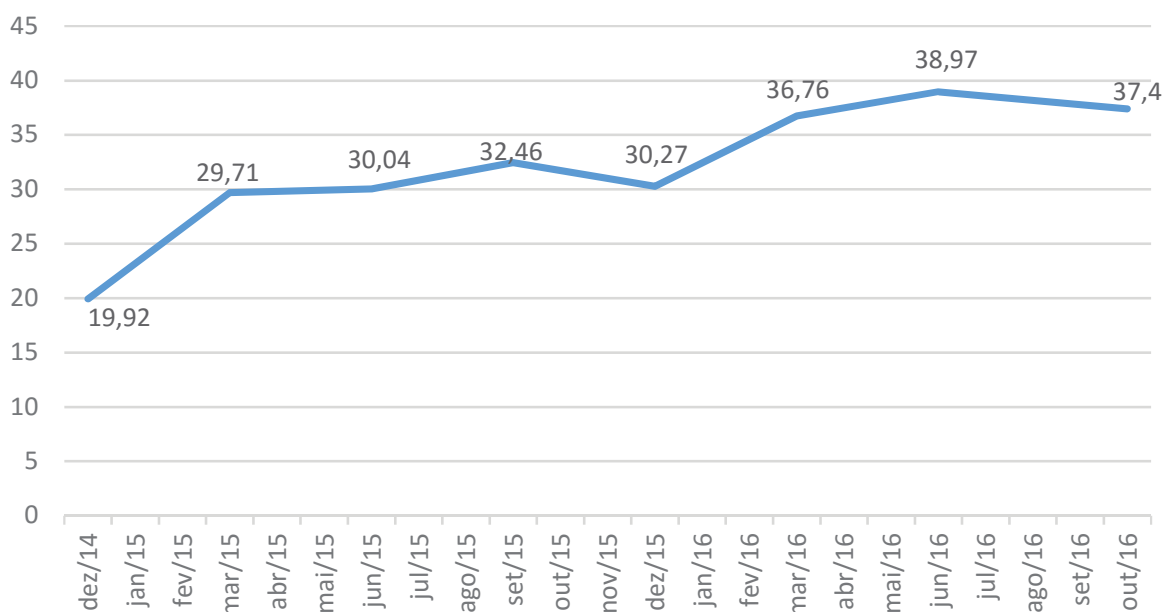
assistenciais nos hospitais e maternidades, bem como de sua perenidade e sustentabilidade após a Fase 1 do projeto. Assim, criou-se o conceito de “Operadora Apoiadora”.

A operadora de planos de saúde pode participar do Projeto Parto Adequado, ao indicar hospitais ou maternidades de sua rede que prestem assistência ao parto e nascimento, ou dando suporte à implementação das mudanças propostas no projeto, acompanhando as medidas adotadas e disseminando informações entre suas beneficiárias. O papel da operadora pode se estender até o aporte financeiro para proporcionar as mudanças em instalações físicas e na equipe de profissionais, bem como na negociação para a rediscussão dos modelos de remuneração adotados.

Além da participação em sessões de aprendizagem presencial, foram realizadas três reuniões presenciais com representantes dessas operadoras em 2015 e uma reunião presencial em maio de 2016. Essas sessões 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, de financiamento de recursos para a remuneração de equipes plantonistas, de aquisição de equipamentos ou de adequação de instalações dos hospitais.

No período anterior ao início do Projeto Parto Adequado, a taxa de partos vaginais no conjunto de Hospitais participantes era de cerca de 20%. No decorrer da Fase 1 do Projeto, realizada no decorrer de 18 meses (abril/2015 a outubro/2016) foi possível observar a flagrante ampliação da proporção de partos vaginais e correspondente queda na média de cesáreas no conjunto de hospitais que fizeram parte da Fase 1 do Projeto Parto Adequado. Em outubro de 2016, os estabelecimentos atingiram o índice médio de 37,4% de partos normais, quase o dobro da proporção observada no período anterior ao início do Projeto.

GRÁFICO 22 – ÍNDICE MÉDIO DE PARTOS VAGINAIS NA POPULAÇÃO PILOTO DE HOSPITAIS PARTICIPANTES DO PROJETO PARTO ADEQUADO



Fonte: IHI – extranet, 2016.

Além do aumento da proporção de partos normais, o acompanhamento feito pela ANS e pelos demais parceiros tem mostrado melhorias significativas em relação à taxa de internação em UTI neonatal: 12 hospitais reduziram esse indicador de 63 internações por mil nascidos vivos para cerca de 48 por mil nascidos vivos. Esse é um dos indicadores importantes para mensurar a efetividade do projeto e as melhorias proporcionadas para a saúde das mães e bebês. Ao final da Fase 1, foi lançada a publicação “Nova Organização do Cuidado ao Parto e Nascimento para Melhores Resultados de Saúde – Projeto Parto Adequado - Fase 1”, com o registro das ações empreendidas.

Diante dos avanços obtidos na Fase 1 do Projeto Parto Adequado, teve início em março de 2017 a Fase 2 do Projeto, com duração prevista de 24 meses. Na Fase 2 do Projeto houve uma expansão dos hospitais participantes, alcançando o total de 150 Hospitais, sendo 125 deles estabelecimentos privados atuantes no setor suplementar de saúde. Em março e abril de 2017 foram realizadas as primeiras sessões virtuais e, em maio de 2017, ocorreu a primeira Sessão de Aprendizagem Presencial da Fase 2, com a participação dos representantes de hospitais e operadoras integrantes do Projeto.

3.2. PROJETO IDOSO BEM CUIDADO

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.

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 14 – 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**³¹, 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.

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 Cuidado³² 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) Atrair 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*.

31 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>.

32 Disponível em: <http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=26059&exibe_menu=0&exibe_duvidas=0>.

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.

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.

Destaca-se que o Projeto OncoRede encontra-se em sua fase de implementação e monitoramento dos resultados.

Os Pilotos e os resultados estão sendo monitorados e mensurados ao longo de 10 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 foi divulgada na primeira semana de setembro de 2016. Os Projetos tiveram sua implementação iniciada em setembro de 2016, quando também ocorreu 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, 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. Essas informações podem ser acessadas na publicação Idosos na Saúde Suplementar, disponível no site da ANS.

Indicadores de Monitoramento do Projeto Idoso Bem Cuidado:

- Proporção de consultas com médico generalista em idosos
- Proporção de consultas com médico especialista em idosos
- Proporção de consultas com equipe interdisciplinar em idosos

- Proporção de readmissão hospitalar em 30 dias em idosos
- Razão de internação em 30 dias em idosos
- Razão de idas a emergência em idosos em 30 dias
- Utiliza instrumentos de avaliação funcional do idoso
- Tempo médio de internação em idosos
- Índice de retorno ao médico de referência
- Adoção de modelo de remuneração integrado com o modelo assistencial
- Percentual de idosos com coordenador de cuidados (idosos navegados)

Um documento com as “Fichas Técnicas dos Indicadores” foi construído para orientar e padronizar o cálculo dos indicadores³³.

As instituições participantes do Projeto no ano de 2016 / 2017 são:

Operadoras de Planos Privados de Saúde

- UsiSaúde (Usiminas) – Fundação São Francisco Xavier
- Caberj
- Amil
- Hapvida (saiu em 2017)
- Clinipam
- Unimed – Belo Horizonte
- Unimed - Goiânia
- Unimed Santa Bárbara D'Oeste
- Unimed - Belém
- Unimed - Erechim
- Unimed - Fortaleza
- Unimed - Litoral
- Unimed - Noroeste
- Unimed Franca
- Vitallis Saúde
- BioVida Saúde
- Golden Cross
- Unimed Joinville
- Unimed Pelotas
- Unimed Caruaru
- Notre Dame Intermédica
- Plano Amazônia Saúde
- Unimed – São Carlos
- Unimed - Juiz de Fora
- Santa Helena Saúde
- São Cristóvão Saúde
- Sul América Saúde Ativa
- Sobam
- Unimed - Ceará
- Unimed Poços de Caldas

³³ Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/gestao_em_saude/idoso_bem_cuidado/FichasTecnicasDosIndicadoresDoProjetoIdosoBemCuidado-ANS-versao5.pdf>.

- Unimed Norte de Minas
- Unimed - Campinas
- Unimed Sete Lagoas
- Central Unimed
- Unimed Anápolis
- Unimed Vitória
- Samp – Espírito Santo
- Unimed - Petrópolis
- Nossa Saúde
- Verolife – Sua Saúde (saiu em 2017)
- ASFEB
- Pasa Saúde (Vale)
- Metrus Saúde
- SPA Saúde
- Camed Saúde
- Cemig Saúde
- Geap Saúde
- Sepaco Autogestão
- Economus
- Unimed do Estado do Paraná
- Cafaz - Caixa de Assistência dos Servidores Fazendários Estaduais

Prestadores de Serviços

- Hospital Dr. Oswaldo Teixeira
- São Francisco Saúde
- Hospital Unimed - Capivari
- Hospital do Coração
- Hospital Mater Dei
- Mais 60 Saúde
- Santa Celina/Beneficência Portuguesa
- MedSênior
- Hospital Premier
- Informar Saúde - PROcare
- Hospitalar ATS
- Hospital Personal Cuidados Especiais
- Hospital Sírio-Libanês
- Hospital Metropolitano
- Hospital Israelita Albert Einstein
- Hospital Márcio Cunha
- Centro Hospitalar Unimed
- Hospital e Maternidade SacreCoeur

Os principais resultados dos pilotos no período de outubro de 2016 a fevereiro de 2017 indicam melhoria em indicadores sensíveis à maior coordenação do cuidado, por meio por exemplo, do aumento na utilização do médico centralizador do cuidado, da redução de idas a emergência e da taxa de readmissão hospitalar em pacientes maiores de 60 anos, nas instituições participantes (operadoras e prestadores de serviços).

Por fim, destaca-se que os projetos de inovação e indução da qualidade da DIDES estão integrados tanto ao Programa de Qualificação de Operadoras (IDSS) e ao Fator de Qualidade (Prestadores de Serviços) da ANS.

3.3. PROJETO ONCOREDE

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 sobrevivência 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 sobrevivência 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.

A Diretoria de Desenvolvimento Setorial (DIDES) possui, dentre suas competências regimentais: estudar e propor modelos assistenciais na prestação dos serviços de saúde com vistas ao desenvolvimento do

setor de Saúde Suplementar, sem prejuízo das atribuições da Diretoria de Produtos (DIPRO); fomentar a estruturação de redes de atenção à saúde na saúde suplementar, sem prejuízo das atribuições da DIPRO; incentivar a melhoria da qualidade dos serviços de assistência à saúde no âmbito da assistência à saúde suplementar; e disseminar boas práticas de gestão setorial.

Considerando a missão da ANS, especialmente no que diz respeito a contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde, e essas competências específicas da DIDES, que tratam do impacto dos modelos assistenciais, da estruturação das redes de atenção à saúde e da qualidade no desenvolvimento do setor, faz-se necessário estudar e propor novos modelos de prestação e remuneração dos serviços na saúde suplementar, centrados na indução de boas práticas, baseadas em evidências científicas, favorecendo a produção de saúde e a segurança do paciente.

A DIDES já possui outros projetos-piloto com esse objetivo, como o Parto Adequado, o Idoso Bem Cuidado e o Sorrir.

Nesse contexto, surgiu o Projeto OncoRede dentro do Laboratório de Desenvolvimento, Sustentabilidade e Inovação Setorial (LAB-DIDES), que é um grupo de discussão que tem por finalidade coordenar atividades relacionadas à pesquisa, estudo, avaliação e elaboração de propostas para promover o desenvolvimento, a sustentabilidade e o estímulo à inovação no âmbito da saúde suplementar. Com o aprimoramento do Projeto surgiu a necessidade de constituir-se um Grupo Técnico de Trabalho de Oncologia composto por representantes de diferentes seguimentos do setor: prestadores, operadoras, instituições de pesquisa, universidades, sociedades médicas, dentre outras representações. Do núcleo do GT participam: Departamento de Clínica Médica da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Unidade de Cuidados Paliativos (INCA IV) do Instituto Nacional de Câncer, AC Camargo Cancer Center, Grupo COI/UHG/AMIL, Fundação do Câncer, Instituto Oncoguia, Liga Paranaense de Combate ao Câncer – Hospital Erasto Gaetner, Sociedade Brasileira de Patologia (SBP), Sociedade Brasileira de Citopatologia (SBC), Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem (CBR), Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia (ABRALE) e Optum. Atualmente, o GT está em fase de ampliação de sua representação e foram convidados a indicar participante titular e suplente as seguintes entidades: Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (SBOC), Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (SBOC), Sociedade Brasileira de Cancerologia, Sociedade Brasileira de Mastologia, Sociedade Brasileira de Patologia Clínica / ML, Sociedade Brasileira de Radioterapia, Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica | SBCO, Sociedade Brasileira de Transplante de Medula Óssea, Sociedade Brasileira de Enfermagem Oncológica, SOBRAFO - Sociedade Brasileira de Farmacêuticos em Oncologia, Sociedade Brasileira de Estomaterapia, Ostomias e Feridas, Associação Brasileira de Hematologia, Hemoterapia e Terapia Celular, Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia, Conselho Federal de Farmácia, Academia Nacional de Cuidado Paliativo (ANCP) e Conselho Federal de Farmácia (CFF).

O Projeto busca desenvolver boas práticas na melhoria da qualidade da prestação de serviços de saúde e de segurança do paciente na atenção ao paciente oncológico, 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), além de realizar estas tarefas com redução do custo *per capita*.

Destaca-se que o Projeto OncoRede encontra-se em sua fase de implementação e monitoramento dos resultados.

Na fase anterior de planejamento e concepção do Projeto foi elaborado um Documento Técnico no qual estão descritos o modelo e os pilares do mesmo - “Cuidado Integral em Oncologia na Saúde Suplementar: Diretrizes para a Excelência – Projeto OncoRede”.

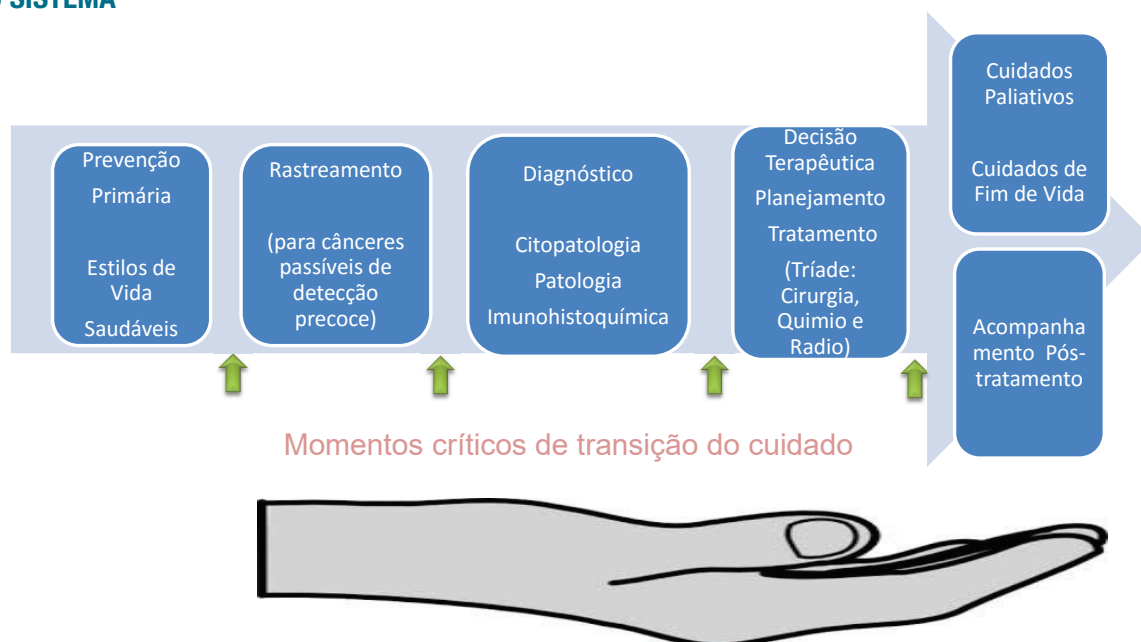
Nessa etapa também foram mapeados os principais nós-críticos na assistência ao paciente oncológico na rede assistencial da saúde suplementar, quais sejam:

- Rastreamento e Diagnóstico Precoce;
- Suspeita de Câncer;
- Diagnóstico;
- Estadiamento 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* no contexto da Oncologia.

Para a elaboração do Projeto foi constituído 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.

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 15 - PROPOSTA DO MODELO - ACOMPANHAMENTO LONGITUDINAL DA TRAJETÓRIA DO PACIENTE NO SISTEMA



Fonte: ANS.

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*, foram 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.

No dia 05 de outubro de 2016, foi realizado o lançamento do livro do Projeto e do Curso de Cuidados Paliativos em parceria com a Universidade de Harvard.

Cabe ainda destacar que no âmbito do Projeto foi 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 –, e que está 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. Esse conjunto mínimo de dados está sendo utilizado no momento para subsidiar outros debates, como na participação no GT de Dados Públicos e Privados do Movimento Todos Juntos contra o Câncer (ABRALE), do qual a ANS.

Processo de Seleção dos Pilotos do OncoRede

Participaram do processo de apresentação de propostas os projetos operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços da saúde suplementar que possuem serviços de cuidados oncológicos (hospitais e clínicas) interessados em implementar as medidas.

O prazo de envio das propostas de piloto e o preenchimento no FormSUS terminou no dia 15 de novembro de 2016.

Processo de Inscrição no Projeto

Operadoras de planos privados de saúde e prestadores de serviços de todo o país aderiram voluntariamente ao projeto.

Num primeiro momento, os interessados manifestaram sua intenção de adesão preenchendo um formulário de cadastro e encaminharam à ANS os documentos solicitados (FormSUS - http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=28415&exibe_menu=0&exibe_duvidas=0&exibe_perfil=usuario).

Os candidatos à pilotos do OncoRede encaminharam à ANS desenhos de pilotos baseados em 13 pilares da atenção integral ao paciente oncológico descritas no livro “PROJETO ONCOREDE A (RE) ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA NA SAÚDE SUPLEMENTAR”.

No total, 46 instituições se inscreveram pelo FormSUS mas destas, 42 enviaram proposta de piloto à ANS, sendo 18 de operadoras de planos privados de saúde e 24 de prestadores de serviços de oncologia. Somente foram aceitas candidaturas das instituições que se inscreveram no FormSUS e enviaram desenho de piloto por meio do e-mail oncorede@ans.gov.br.

As 42 propostas foram selecionadas pela ANS por estarem comprometidas com os pilares do modelo apresentado pela ANS, quais sejam:

- A centralização do cuidado no paciente. Uma total inversão de lógica para um sistema hoje centrado no volume de utilização de tecnologias.
- Informação, sob diferentes aspectos: informação correta e completa para os pacientes; informação com linguagem acessível; registro de saúde que facilite a continuidade do cuidado e que seja compartilhada por todos os profissionais que realizam o cuidado e principalmente com o próprio.
- Screening e diagnóstico precoce, porém pautados pela qualidade e em protocolos efetivos.
- Laudo integrado de exames. Para um melhor direcionamento no momento do diagnóstico que facilite e torne mais efetivo o tratamento.
- Busca ativa no momento do envio do resultado de exames. Além da busca ativa para a realização dos exames, propomos que haja garantia de que o resultado dos exames críticos chegue ao paciente e a seu médico solicitante.
- Estabelecimento de “times multiprofissionais” e de “grupos de decisão” para a melhor definição de linhas de cuidado e uniformização de decisões.
- Articulação de toda a rede de estabelecimentos que irão, em algum momento, cuidar desse paciente. Tanto do ponto de vista de organização dos encaminhamentos quanto das informações e da continuidade da linha de cuidado.
- Adoção do modelo do Navegador de Pacientes, que denominamos no projeto “assistente do cuidado”, com o papel de “navegar” o paciente por todo seu percurso assistencial, facilitando e monitorando todos os possíveis pontos de dificuldade.
- Monitoramento dos resultados desse modelo através de indicadores que possam demonstrar não só o desempenho do cuidado, mas também retratem possíveis melhorias no caminho assistencial.
- Indução e estabelecimentos de estruturas de cuidado paliativo e tratamento de suporte, além do debate sobre morte e humanização no fim de vida.
- Para que toda essa mudança assistencial seja possível, precisamos definitivamente propor modelos diferenciados de remuneração, que possam dar suporte à nova lógica de cuidado.
- Capacitação e treinamento de profissionais da área da saúde, para a nova proposta e para as novas formas de cuidar aqui descritas.
- Debate sobre o Registro de Tumor na Saúde suplementar, visando a um melhor planejamento e monitoramento das políticas nessa área.

Os critérios gerais estabelecidos para seleção dos projetos foram:

Preencher o Formulário de Inscrição³⁴ de Pilotos para o Projeto Idoso Bem Cuidado e se identificar como:

- operadora de plano privado de saúde, com registro ativo na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) ou;

³⁴ Disponível em: <http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=26059&exibe_menu=0&exibe_duvidas=0>.

- 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 Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).
- concordar em participar do acompanhamento e de estudos conduzidos ao longo do projeto pela ANS, se comprometendo a informar os resultados obtidos para o monitoramento dos pilotos pelo órgão regulador.

Ao longo 6 meses, as experiências foram monitoradas; e os modelos que se mostraram viáveis poderão ser replicados para o conjunto do setor, de forma a estimular mudanças sustentáveis no sistema de saúde.

No total 44 instituições tiveram seus projetos aprovados na etapa de apresentação e seleção de propostas, sendo 20 operadoras e 24 prestadores de serviços. A lista das instituições participantes é apresentada a seguir:

Operadoras

- Amil Assistência Médica Internacional
- Bradesco Saúde
- Cemig Saúde
- Central Nacional Unimed
- Fundação Fiat Saúde e Bem Estar
- Fundação AFFEMG de Assistência à Saúde
- Geap Autogestão em Saúde
- Nossa Saúde
- São Francisco Saúde
- Sobam – Centro Médico Hospitalar
- Sulamérica
- Unimed Belém
- Unimed BH
- Unimed Campo Grande
- Unimed Goiânia
- Unimed Natal
- Unimed Porto Alegre
- Unimed Recife
- Unimed São Sebastião do Paraíso
- Unimed Teresina

Prestadores

- AC Camargo Câncer Center
- Centro de Combate ao Câncer (São Paulo/SP)
- Cettro – Centro de Câncer de Brasília
- Clínica da Mama (Rio de Janeiro/RJ)
- Centro Paulista de Oncologia (São Paulo/SP)
- Grupo COI
- Hemomed Instituto de Oncologia e Hemetologia (São Paulo/SP)
- Hospital Israelita Albert Einstein (São Paulo/SP)
- Hospital do Câncer de Muriaé (Muriaé/MG)

- Hospital Erasto Gaertner (Curitiba/PR)
- Hospital Ernesto Dornelles (Porto Alegre/RS)
- Hospital Fundação do Câncer (Rio de Janeiro/RJ)
- Hospital Lifecenter (Belo Horizonte/MG)
- Hospital Santa Paula (São Paulo/SP)
- Hospital Unimed Natal (Natal/RN)
- Instituto de Oncologia do Paraná – IOP (Curitiba/PR)
- Laboratório de Patologia HE (Rio de Janeiro/RJ)
- Núcleo de Oncologia da Bahia (Salvador/BA)
- Oncocentro Oncologia Clínica e Medicina Interna de Minas Gerais (Belo Horizonte/MG)
- Oncoclínica Copacabana – Oncoclínicas (Rio de Janeiro/RJ)
- Oncologia DOR (Rio de Janeiro/RJ)
- Oncológica Norte de Minas (Montes Claros/MG)
- Pró Care Serviços de Saúde LTDA (Rio de Janeiro/RJ)
- Santa Casa de Misericórdia de Maceió (Maceió/AL)

Os indicadores de monitoramento do Projeto foram consensuados pelo Grupo Técnico de Oncologia e foram selecionados com base na literatura científica nacional e internacional, tendo como parâmetro a aferição de desfechos relevantes para a avaliação dos projetos.

Indicadores de Monitoramento dos Pilotos do Projeto OncoRede

- Percentual de pacientes que tiveram consulta com oncologista clínico
- Percentual de mulheres entre 50-69 anos que realizaram mamografia no período
- Percentual de pacientes entre 50-75 anos que realizaram avaliação para câncer colorretal no período
- Tempo médio entre Diagnóstico e Tratamento para cânceres específicos
- Percentual de pacientes em tratamento com laudos de cito, anatomopatologia e imunohistoquímica completo
- Quimioterapia sistêmica nos últimos 14 dias de vida
- Sobrevida Global em 12 meses
- Disponibilização de apoio multiprofissional na unidade de atendimento (serviço social, psicologia, nutrição, fisioterapia, fonoaudiologia, odontologia, etc .)

Por fim, destaca-se que os projetos de inovação e indução da qualidade da DIDES estão integrados tanto ao Programa de Qualificação de Operadoras (IDSS) e ao Fator de Qualidade (Prestadores de Serviços) da ANS.

3.4. PROJETO SORRIR

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.

O projeto está dividido em 4 módulos: radiologia, cirurgia, dentística e periodontia. Em cada módulo, há uma lista de procedimentos para os quais foram criados protocolos e que serão avaliados a partir de 3 indicadores:

- Adesão ao Protocolo: avalia o nível de adesão dos prestadores participantes aos protocolos definidos.
- Variação do Volume de procedimentos entre 2016 e 2017: avalia se houve redução ou aumento no volume de procedimentos realizados pelos prestadores que aderiram ao Projeto Sorrir, em relação ao mesmo período do ano anterior.
- Aderentes ao Projeto X Não aderentes ao Projeto: comparar o volume dos procedimentos realizados pelos prestadores que aderiram ao Projeto Sorrir em relação ao volume dos demais prestadores em igual período.

O Projeto é nacional e conta com 35 operadoras inscritas³⁵ (em um ou mais módulos). O período de avaliação do seu piloto iniciou em janeiro de 2017 e se encerra em junho de 2017.

3.5. GT DE REMUNERAÇÃO

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

³⁵ Cada operadora fez a seleção dos respectivos prestadores participantes.

maior coordenação do cuidado aos beneficiários, que hoje é bastante fragmentada. Destaca-se que o escopo deste GT é caracterizado pela transversalidade aos 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) – 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.

TABELA 9 - TIPOLOGIA DOS MODELOS DE REMUNERAÇÃO

Forma de Remuneração	Sinônimas	Alocação do Recurso	Foco	Tipo de Informação Coletada
<i>Fee-for-Service</i>	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 (<i>Diagnose Related Groups - DRG</i>)	Remuneração por Caso (Case-Mix)	Ex-Post	Case-Mix	Custo por Grupos de Diagnóstico ajustados por Risco

continua

Forma de Remuneração	Sinónimas	Alocação do Recurso	Foco	Tipo de Informação Coletada
<i>Prepaid / Capitation</i> (Pagamento por Usuário)	<i>Partial Capitation*</i>	Ex-Ante	Pessoas / Risco	Custo unitário das unidades de serviços + Protocolos clínicos/cirúrgicos + Incidência dos proc. Hospitalares
	<i>Full Capitation</i>			
<i>Bundled Payments for Care Improvement</i>	<i>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)</i>	Maiora Ex-Post (EUA)	Caso Episódio Clínico Condição de saúde	Custo + Medidas de Qualidade + Coordenação do Cuidado
<i>Shared Savings Programs</i>	Remuneração por Economias Geradas	Ex-Post	Relaciona Pagamento-Compartilhamento de Risco a Qualidade do Cuidado Prestado	Custo + Medidas de Qualidade + Coordenação do Cuidado
<i>Pagamento por Performance</i>	<i>Pay-for-Performance P4P</i>	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: ANS, 2017.

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.

FIGURA 16 – FIGURA NOVOS MODELOS DE REMUNERAÇÃO

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).

Fonte ANS.

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.

Atualmente, a forma de funcionamento do GT de Remuneração está organizada de modo a estimular o debate sobre os diferentes modelos apresentados, considerando suas vantagens, desvantagens, custos de implantação envolvidos, custos não financeiros e impacto na qualidade do cuidado em saúde no setor.

Os temas apresentados para discussão no GT envolvem a apresentação de cases de operadoras ou prestadores de serviços, compartilhamento de conhecimento por meio do aprofundamento em modelos específicos por meio de profissionais especializados no tema, além do apoio de instituição especializada em Design Thinking (ECHOS) que tem permitido uma análise mais qualificada dos fatores que favorecem ou obstaculizam a experimentação e implementação de modelos complementares ou inovadores de pagamento a prestadores de serviços na saúde suplementar orientados por qualidade e valor.

Falar mais da parceria com a ECHOS? – Colocar dados do relatório deles aqui?

Cronograma e Temas.

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

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 vigente³⁷ 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 reduza o incentivo ao 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.

As reuniões do Grupo Técnico ocorreram em 14/07/2016, 05/09/2016, 31/10/2016, 22/11/2016 e 14/02/2017. O Grupo Técnico contou com a presença representantes de entidades que atuam no setor de Saúde Suplementar, bem como de servidores da ANS, resultando na minuta analisada pela Diretoria Colegiada na reunião ordinária de nº 461, em 08/03/2017.

A proposta de Resolução Normativa foi submetida a Audiência Pública em 20/03/2017, ocasião em que foi explicada e debatida a norma para mais de 200 representantes do setor e cidadãos e, em seguida, abriu-se Consulta Pública que permaneceu no site da Agência Nacional de Saúde Suplementar até 02/05/2017, tendo recebido dezenas de contribuições que totalizaram mais de 1100 sugestões de inclusão, exclusão ou alteração de texto da minuta.

Foram realizadas, ainda, reuniões com os servidores da ANS nos dias 07/04/2017, 26/04/2017 e 04/05/2017 com fins a esclarecer dúvidas e escutar as sugestões do corpo técnico.

O Processo foi integralmente disponibilizado no site da ANS³⁸, através da área específica do Grupo Técnico³⁹, permitindo que qualquer cidadão pudesse acompanhar todo o processo normativo em desenvolvimento.

37 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”

38 Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/consultas-e-participacoes-publicas/consulta-publica-60-mecanismos-financeiros-de-regulacao-coparticipacao-e-franquia>>.

39 Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/camaras-e-grupos-tecnicos/grupo-tecnico-de-coparticipacao-e-franquia-interareas>>.

3.7. TELESÁUDE

Um dos temas debatidos no Grupo Técnico de venda online (Grupo técnico Interáreas DIDES, DIPRO e DIFIS) foi a possibilidade de realizar a entrevista qualificada por telesaúde. Então, a DIDES realizou uma pesquisa sobre o tema e solicitou parecer a PROGE.

Assim, vimos a possibilidade sim de realizar a entrevista qualificada dessa forma, além de disponibilizar uma revisão importante sobre o telesaude, a telemedicina e o e-saude.

O parecer está disponível no sítio da ANS em <http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/camaras-e-grupos-tecnicos/grupo-tecnico-interareas-dides-dipro-e-difis>

4. BALANÇO DOS PROCESSOS ADMINISTRATIVOS POR PROCESSO TRABALHO ENTRE 2014 E MAIO DE 2017

4.1. PADRÃO DE TROCA DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE SUPLEMENTAR – TISS

TABELA 10 - TOTAL DE PROCESSOS ADMINISTRATIVOS INSTAURADOS, POR ASSUNTO (JANEIRO/2014 A ABRIL DE 2017)

Assunto	Ano de instauração				Total Geral
	2014	2015	2016	2017	
Padrão TISS	3	1	5		9
Coordenador ou Portal TISS	2				2
Padrão TISS - Denúncias	3		7	02	10
Radار TISS 2011	1				1
Radار TISS 2012	2				2
Radار TISS 2013	147				147
Radار TISS 2014	1	110			111
Envio de Dados TISS		1	1		2
Total Geral	159	112	13		284

Fonte: ANS, 2017.

4.2. REPRESENTAÇÃO PELO NÃO ENVIO DE INFORMAÇÕES DO PADRÃO TISS

A representação das operadoras pelo não envio de informações do Padrão TISS será realizada a partir de levantamento dos dados registrados junto à base da ANS, com data de corte para avaliação em 30/04/2017.

Nesta primeira análise, a partir do conjunto de operadoras ativas no setor, serão selecionadas aquelas em descumprimento tendo em vista o não envio ou o envio incompleto dos dados de todas as competências devidas no período de setembro/2014 a dezembro/2016. Serão instaurados os respectivos processos administrativos sancionadores para as operadoras em débito com qualquer número de competências neste período, que serão notificadas e representadas, quando for o caso

4.3. ENVIO DE COMUNICADOS ELETRÔNICOS (CE) ÀS OPERADORAS – 2016³⁹ A 2017

QUADRO 12 - ENVIO DE COMUNICADOS ELETRÔNICOS (CE) ÀS OPERADORA

CE	Mês/Ano de envio	N. Operadoras	Síntese
0116	Janeiro/2016	1257	Aprimoramento do sistema de recepção dos dados do Padrão TISS com inclusão de novas críticas de validação dos dados
0216	Janeiro/2016	COPISS	Aprimoramento do sistema de recepção dos dados do Padrão TISS com inclusão de novas críticas de validação dos dados
0416	Janeiro/2016	116	Programa de Monitoramento do Padrão TISS informando a inexistência de dados na base da ANS e orientando no envio e acompanhamento do processamento
0516	Janeiro/2016	233	Programa de Monitoramento do Padrão TISS informando a inexistência de dados na base da ANS e orientando no envio e acompanhamento do processamento
1316	Março/2016	1264	Aprimoramento do sistema de recepção dos dados do Padrão TISS com inclusão de nova crítica de validação dos dados.
3516	Junho/2016	723	Débito do envio de dados do Padrão TISS à ANS
5016	Agosto/2016	68	Débito do envio de dados do Padrão TISS à ANS
5216	Agosto/2016	1273	Monitoramento da qualidade dos dados do Padrão TISS à ANS, via Monitor TISS com aplicação de 25 regras de análise dos dados
5416	Setembro/2016	25	Débito do envio de dados do Padrão TISS à ANS
5816	Setembro/2016	88	Débito do envio de dados do Padrão TISS à ANS
6816	Outubro/2016	119	Débito do envio de dados do Padrão TISS à ANS
7816	Dezembro/2016	1179	Envio de dados à ANS – Prorrogação do prazo da competência outubro 2016
1217	Abril/2017		Atualização de Versão do Padrão TISS – 03.03.02

Fonte: ANS, 2017.

³⁹ Ano de implantação do Comunicado Eletrônico (CE) pela Gerência de Padronização e Interoperabilidade, como uma das ações do monitoramento do Padrão TISS.

4.4. AVISO DE BENEFICIÁRIOS IDENTIFICADOS (ABI)

QUADRO 13 - ABI X PROCESSOS

Ano	Quantidade de ABIs Lançados	Quantidade de Processos Gerados
2014	6	4.670
2015	2	1.669
2016	3	2.468
2017	2	1.675

Fonte: ANS, 2017.

4.5. MONITORAMENTO DA QUALIDADE CADASTRAL DO SIB

O monitoramento da qualidade cadastral do SIB continua em construção, de acordo com as ações do projeto “Diálogos SIB”. Já existiam na GEPIN 20 processos referentes à qualidade cadastral, que foram sobrestados durante o desenvolvimento e implementação do projeto de flexibilização das críticas do SIB. Com a finalização desse desenvolvimento e o início do Diálogos SIB, 13 operadoras (das 20 iniciais) foram notificadas novamente, conforme tabela a seguir.

4.6. REPRESENTAÇÃO DA QUALIDADE CADASTRAL DO SIB E DO NÃO ENVIO DE INFORMAÇÕES DO SIB

QUADRO 14 – QUANTIDADE DE PROCESSOS ANALISADOS E FINALIZADOS

Assuntos	ago/2014 a dez/2014	jan/2015 a dez/2015	jan/2016 a dez/2016	jan/2017 a mai/2017
Não Envio de SIB	0	1386	72	0
Qualidade Cadastral	0	0	13	0

Fonte: ANS, 2017.

4.7. CONTRATUALIZAÇÃO ENTRE OPERADORA E REDE PRESTADORA E SUBSTITUIÇÃO DE REDE NÃO HOSPITALAR

Em relação às reclamações, solicitações de providências ou petições assemelhadas, doravante denominadas demandas, que foram recebidas pela DIDES, relacionadas às RN nº 363, 364, e 365, todas de dezembro de 2014, foram instruídos 107 processos administrativos. Tais processos foram constituídos diante da identificação de indícios de infração às regras estabelecidas pela regulamentação setorial para celebração dos contratos escritos firmados entre a operadora de planos de assistência à saúde e os prestadores de serviços de atenção à saúde e para a substituição de prestadores de serviços de atenção à saúde não hospitalar. Destes 107 referidos processos administrativos sancionadores,

85 foram relativos à contratualização entre operadoras e prestadores de serviços de saúde e 23 acerca da substituição de prestadores de serviços de saúde não hospitalares. Com o advento da RN nº 388, de 25 de novembro de 2015, que estabelece os procedimentos adotados pela ANS para a estruturação e realização de suas ações fiscalizatórias, foram incorporados pela DIDES procedimentos relativos à instrução de processos administrativos e respectiva aplicação de sanção, inclusive no que se refere à lavratura de representação. Em decorrência da apuração dos elementos constantes dos processos administrativos sancionadores em questão, foram lavrados, até maio de 2017, 25 autos de representação, sendo 8 deles no ano de 2016 e 17 no ano de 2017.

PARTE 2: ANS – JANEIRO A JUNHO DE 2015

AGENDA REGULATÓRIA DA ANS

Atualmente o principal desafio do setor de Saúde Suplementar é a sua sustentabilidade. Para dar conta dos desafios, desde a primeira Agenda Regulatória 2011/2012, a Agência definiu um conjunto de temas estratégicos e prioritários, necessários para o equilíbrio do setor. Por meio destes temas, ou eixos da Agenda, a ANS busca a sustentabilidade setorial mediante a resolutividade e o equilíbrio financeiro do setor, a estabilidade regulatória, a qualidade da assistência e a segurança do consumidor. A Agenda Regulatória é um instrumento de planejamento que dá transparência à sociedade sobre os temas prioritários para a ANS, assegurando maior qualidade à sua atuação e permitindo que: a sociedade opine sobre os assuntos tratados pela Agência e como devem ser encaminhados; o cidadão acompanhe a evolução das propostas preestabelecidas; as ações da ANS sejam cada vez mais claras; a elaboração das normas do setor fique aberta à participação da sociedade, por meio de representação em Câmaras Técnicas e participação em Consultas Públicas.

A Presidência e a Secretaria-Geral (SEGER), em conjunto com a Gerência de Planejamento e Acompanhamento (GPLAN), propuseram à Diretoria Colegiada, um desenho inicial da nova Agenda baseada no esforço de reexame de sua produção regulatória dos períodos anteriores para busca de soluções de problemas que, embora houvessem sido abarcados por projetos em Agendas anteriores, não tenham sido solucionados e permanecessem como problemas regulatórios a serem enfrentados. A proposta apresentada foi pautada na transversalidade das ações e na construção de árvores de problemas para cada um dos três eixos propostos:

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

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

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

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

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

5. CONTRATO DE GESTÃO

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

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

6. AVANÇOS REGULATÓRIOS

6.1. FOCO NO MONITORAMENTO DAS OPERADORAS

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

A suspensão da comercialização de planos de saúde é uma medida preventiva que tem por objetivo melhorar o acesso do cidadão aos serviços contratados. Os motivos analisados para fins de suspensão são: descumprimento dos prazos máximos⁴⁰ para marcação de consultas, exames e cirurgias; e critérios relacionados à negativa de cobertura: rol de procedimentos, período de carência, rede conveniada, reembolso e mecanismos de autorização para procedimentos.

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

⁴⁰ Os prazos máximos para atendimento de consultas, exames e internações estão definidos na Resolução Normativa nº 259, de 2011, que dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde.

FIGURA 17 - PROCESSO DE MONITORAMENTO DAS OPERADORAS



Fonte ANS.

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

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

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

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

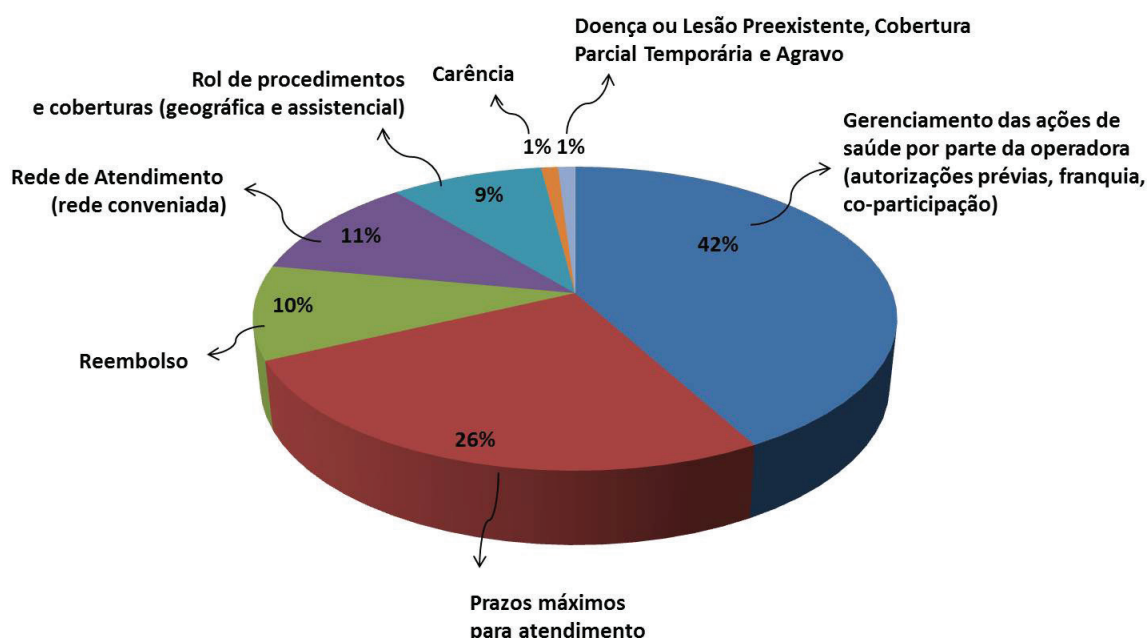
No período de 19 de dezembro de 2014 a 18 de março de 2015, a ANS recebeu 21.294 reclamações de beneficiários de planos de saúde. Todas foram tratadas pela mediação de conflitos, sendo que 6.621 relacionadas a temas não assistenciais (contratos e reajuste, por exemplo) e 14.673 referentes

a cobertura assistencial. Dessas últimas, 11.007 foram consideradas pelo programa de Monitoramento. Foram excluídas as reclamações sobre planos de operadoras em portabilidade de carências ou em liquidação extrajudicial, que já não podem mais ser comercializados, uma vez que as empresas estão em processo de saída ordenada do mercado. No universo avaliado, 85,17% das queixas foram resolvidas pela mediação feita pela ANS via Notificação de Intermediação Preliminar (NIP).

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

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

GRÁFICO 23 - PERFIL DE RECLAMAÇÕES DO 13º CICLO (EM %)



Fonte ANS, 2015.

6.2. FOCO NO ACESSO E NA QUALIDADE ASSISTENCIAL

6.2.1. INCENTIVO AO PARTO NORMAL

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

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

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

6.2.2. NOVAS REGRAS PARA O PARTO

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

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

6.2.3. TAXA DE DISPONIBILIDADE PARA ACOMPANHAMENTO DE PARTO

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

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

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

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

6.2.4. REVISÃO E AMPLIAÇÃO DO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE

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

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

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

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

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

TABELA 11 - PROPOSTAS DE INCLUSÃO DE PROCEDIMENTOS NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE

PROPOSTAS DE INCLUSÃO DE PROCEDIMENTOS	
1	PLÁSTICA DE CONJUNTIVA PARA PTERÍGIO, TUMORES OU TRAUMAS
2	IMPLANTE INTRAVÍTREO DE POLÍMERO FARMACOLÓGICO DE LIBERAÇÃO CONTROLADA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)
3	PANTOFOTOCOAGULAÇÃO À LASER NA RETINOPATIA DA PREMATURIDADE (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)
4	TERMOTERAPIA TRANSPUPILAR A LASER (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)
5	PRÓTESE AUDITIVA ANCORADA EM OSSO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)
6	IMPLANTE DE CARDIODESFIBRILADOR MULTISSÍTIO – TRC-D (GERADOR E ELETRODOS) - COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO

continua

PROPOSTAS DE INCLUSÃO DE PROCEDIMENTOS	
7	IMPLANTE DE MONITOR DE EVENTOS (LOOPER IMPLANTÁVEL) - COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO
8	FOCALIZAÇÃO ISOELÉTRICA DA TRANSFERRINA
9	VITAMINA E, PESQUISA E/OU DOSAGEM (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)
10	PESQUISA DE FRAÇÃO C4D E IMUNOGLOBULINA PARA TRATAMENTO DA REJEIÇÃO AGUDA MEDIADA POR ANTICORPOS NO TRANSPLANTE RENAL
11	N-RAS (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)

Fonte ANS, 2015.

TABELA 12 - PROPOSTAS DE ALTERAÇÃO DE DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE COM A INCLUSÃO DE EXAMES PARA DIAGNOSTICAR NOVAS DOENÇAS

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

continua

GENÉTICA - PROPOSTAS DE INCLUSÃO DE DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO

12	SÍNDROME DE COWDEN
13	SÍNDROME DE LI-FRAUMENI
14	SÍNDROME DE MARFAN
15	SÍNDROME DE RETT
16	SÍNDROME DO CÂNCER GÁSTRICO DIFUSO HEREDITÁRIO

Fonte ANS, 2015.

TABELA 13 - PROPOSTAS DE INCLUSÃO DE DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE**PROPOSTAS DE INCLUSÃO DE DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO**

1	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA COM TRANSLUCÊNCIA NUCAL
2	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA MORFOLÓGICA
3	ECODOPPLERCARDIOGRAMA FETAL COM MAPEAMENTO DE FLUXO

Fonte ANS, 2015.

TABELA 14 - PROPOSTAS DE ALTERAÇÃO DE DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE

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

Fonte ANS, 2015.

6.2.5. ENCONTRO SOBRE BOAS PRÁTICAS NA SAÚDE SUPLEMENTAR

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

6.2.6. TRANSPARÊNCIA DOS DADOS DO TISS

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

6.3. FOCO NA INTEGRAÇÃO COM O SUS

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

6.3.1. RESSARCIMENTO AO SUS

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

Outra novidade é que passa a haver a cobrança de juros sobre os valores que devem ser reembolsados a partir da notificação enviada à operadora. Ou seja, o cálculo é feito com base no valor da data de

registro da notificação pela Agência. Antes, a cobrança de juros era iniciada após o final do processo de avaliação da cobrança pelo ressarcimento. Essa é uma medida que visa evitar que as operadoras posterguem o pagamento e, dessa forma, induzir a adimplência junto ao Ministério da Saúde. Ademais, a ANS vem priorizando a inscrição das operadoras inadimplentes em Dívida Ativa.

6.3.2. PERSUS – PROTOCOLO ELETRÔNICO DO RESSARCIMENTO AO SUS

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

6.3.3. NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

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

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

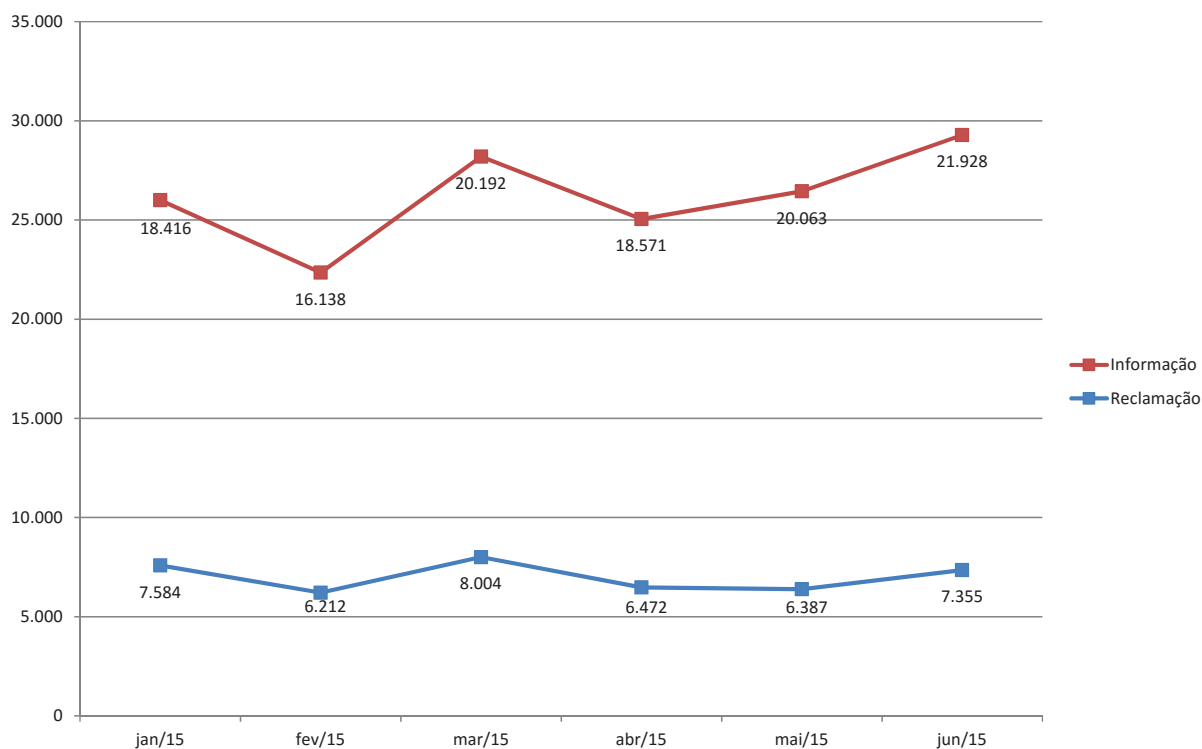
Em 2015, a fim de agilizar o processo de emissão destes números aos beneficiários de planos, o Ministério da Saúde disponibilizou aplicativo que permite que as operadoras executem, em lote, a busca e emissão de números do Cartão para seus beneficiários. As operadoras terão até 01º de janeiro de 2016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

6.4. FOCO NA FISCALIZAÇÃO

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

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

GRÁFICO 24 - DEMANDAS DE CONSUMIDORES JUNTO AOS CANAIS DE RELACIONAMENTO DA ANS



Fonte ANS, 2015.

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

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

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

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

6.5. FOCO NA PARTICIPAÇÃO SOCIAL E NA ARTICULAÇÃO SETORIAL

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

6.5.1. CONSULTAS PÚBLICAS

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

As consultas são realizadas previamente à edição de normas e à tomada de decisão, quando se referirem a assuntos de relevante interesse público, e devem ser recebidas de forma escrita, preferencialmente por meio eletrônico.

As consultas públicas realizadas no primeiro semestre de 2015 foram:

TABELA 15 - CONSULTAS PÚBLICAS REALIZADAS NO PRIMEIRO SEMESTRE DE 2015

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

Fonte: ANS, 2015.

6.5.2. CÂMARAS E GRUPOS TÉCNICOS

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

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

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

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

TABELA 16 - CÂMARAS TÉCNICAS NO PRIMEIRO SEMESTRE DE 2015

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

Fonte: ANS, 2015.

TABELA 17 - GRUPOS TÉCNICOS NO PRIMEIRO SEMESTRE DE 2015

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

Fonte: ANS, 2015.

6.6. FOCO NA GARANTIA DE ACESSO À INFORMAÇÃO

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

6.6.1. A INOVAÇÃO DOS DADOS INTEGRADOS DA QUALIDADE SETORIAL

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

6.6.2. UM PADRÃO DE INFORMAÇÕES PARA O BENEFICIÁRIO DE PLANO DE SAÚDE

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

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

A medida vem ao encontro da necessidade de o beneficiário ter à mão, de forma sucinta e clara, os seus dados e principalmente os dados relativos ao seu vínculo com o plano de saúde. Saber o tipo de plano que está sendo adquirido é fundamental para que o consumidor faça a escolha mais adequada e conheça seus direitos em relação ao serviço contratado. É importante saber que há diferenças entre

os produtos ofertados no mercado. O consumidor precisa ter conhecimento que, dependendo do tipo de plano escolhido, há diferenças em relação à carência, à rescisão, à cobertura parcial temporária, são informações essenciais e precisam estar à disposição dos consumidores. Mais detalhes estão descritos no item 2.8 deste Relatório.*

6.6.3. MELHORIA DO ATENDIMENTO AO CONSUMIDOR – CONSULTA PÚBLICA N° 58, DE 2015

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

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

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

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

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

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

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

* A regra citada para carência e cobertura parcial temporária de doenças e lesões pré-existentes (CPT) é a prevista na legislação em vigor. O contrato poderá conter cláusula reduzindo ou isentando o cumprimento de carência ou CPT.

** Ressalvadas as operadoras na modalidade de autogestão.

6.6.4. SEMANA DE ORIENTAÇÃO AO CONSUMIDOR EM BELÉM DO PARÁ

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

6.6.5. PRODUÇÃO EDITORIAL

No primeiro semestre de 2015, a ANS manteve e ampliou a divulgação de informações e de conhecimento por meio de livros, periódicos, cartilhas e folhetos disponíveis em seu portal na internet. O Caderno de Informação da Saúde Suplementar - publicado desde março de 2004, com periodicidade trimestral, foi reformulado, passando a apresentar análises antes disponíveis na publicação “Foco – Saúde Suplementar” e também dados da Fiscalização e de Atendimento ao Consumidor. Os detalhes estão descritos no item 2.7.1 deste Relatório.

7. DESTAQUES DA GESTÃO INTERNA

7.1. PLANEJAMENTO PARTICIPATIVO

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

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

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

7.2. PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO INSTITUCIONAL

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

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

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

TABELA 18 - INDICADORES DO PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO INSTITUCIONAL EM 2015

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

Fonte: ANS, 2015.

7.3. BOAS PRÁTICAS REGULATÓRIAS

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

- elaboração do Manual Prático de Boas Práticas Regulatórias;
- criação da comunidade e inserção das ferramentas para o uso dos técnicos;
- realização de Espaço Aberto com a presença da ANVISA para a divulgação e compartilhamento das Boas Práticas;

- reuniões com o grupo executivo para definição de estratégias de disseminação da melhoria da qualidade regulatória; e
- acompanhamento dos trabalhos dos grupos temáticos da DIPRO.

7.4. RELATÓRIO DE GESTÃO – TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO

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

7.5. CARTA DE SERVIÇOS

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

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

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

7.6. PLANO DE TRABALHO

Em colaboração com a equipe da Gerência de Recursos Humanos (GERH), a GPLAN propôs a construção de uma nova ficha de avaliação para o Plano de Trabalho procurando aproximar ainda mais as ferramentas de planejamento com os processos de gestão. A nova ficha traz mais agilidade no seu preenchimento e facilita a discussão entre os membros das equipes de trabalho em relação ao alcance de suas metas e foi resultado de intenso esforço de síntese e organização das informações de forma a facilitar esta aproximação dos processos de planejamento e gestão.

7.7. ORÇAMENTO

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

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

7.8. CURSO DE GESTÃO DE RISCOS MINISTRADO PELO TCU

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

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

7.9. ESPAÇO ABERTO

O Espaço Aberto é realizado desde junho de 2006. Seus encontros começaram restritos a uma gerência, que convidava técnicos da Agência para explicar processos de trabalho, sistemas de informação e normas recém-publicadas. Posteriormente, estendeu-se para uma diretoria e, como a participação de técnicos das demais diretorias começou a ser frequente, foi aberta participação para toda a Agência. As reuniões são periódicas, com duração de até 60 minutos, e se caracterizam pela pluralidade de temas abordados e pelo desejo de compartilhar experiências, expertises, práticas e visões uns com os outros. Tem como características a participação ativa dos servidores, a flexibilidade nos assuntos abordados e a colaboração mútua entre os envolvidos, e tem se revelado propício para o aprimoramento das equipes e para a aproximação das pessoas.

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

TABELA 19 - HISTÓRICO DE ENCONTROS E PARTICIPAÇÕES NO ESPAÇO ABERTO

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

Fonte: ANS, 2015.

7.10. NOVA BIBLIOTECA VIRTUAL DA ANS

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

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

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

7.11. CONSULTA INTERNA SOBRE PONTO ELETRÔNICO

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

7.12. REDUÇÃO DO TEMPO MÉDIO DE CONCLUSÃO DOS INQUÉRITOS ADMINISTRATIVOS

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

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

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

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

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

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

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

7.13. PARCEIROS DA CIDADANIA - ACORDO ASSINADO

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

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

7.14. APRIMORAMENTO DA GESTÃO DE CONTRATAÇÃO E LICITAÇÃO

Aprimoramento dos processos de contratação e licitação da ANS.

ANEXO I – LISTA DE RESOLUÇÕES NORMATIVAS RELATIVAS À DIDES EXPEDIDAS ENTRE AGOSTO DE 2014 E MAIO DE 2017

2014		
RN nº	Data DOU	Ementa
354	26/08/2014	Altera o Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, instituído pela Resolução Normativa - RN nº 197, de 16 de julho de 2009, e a RN nº 198, de 16 de julho de 2009, que define o quadro de cargos comissionados e cargos comissionados técnicos da ANS.
358	01/12/2014	Dispõe sobre os procedimentos administrativos físico e híbrido de ressarcimento ao SUS, previsto no art. 32 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e estabelece normas sobre o repasse dos valores recolhidos a título de ressarcimento ao SUS.
359	01/12/2014	Altera a Resolução Normativa nº 190, de 30 de abril de 2009 que dispõe sobre a criação obrigatória de portal corporativo na Internet pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, sobre a designação de profissional responsável pela troca de informações em saúde suplementar (Padrão TISS) referente aos eventos prestados aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde.
360	04/12/2014	Estabelece o conteúdo mínimo obrigatório a ser observado pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde para identificação unívoca de seus beneficiários, bem como sua disponibilização obrigatória de forma individualizada da Identificação Padrão da Saúde Suplementar, e dá outras providências.
361	04/12/2014	Altera os §§ 1º e 2º do art. 3º; altera o caput e o § 2º do art. 26; acrescenta os §§ 3º a 5º no art. 3º; e revoga o § 1º do art. 26; todos da Resolução Normativa - RN nº 295, de 9 de maio de 2012, que dispõe, em especial, sobre a geração, a transmissão e o controle de dados cadastrais de beneficiários do Sistema de Informações de Beneficiários da Agência Nacional de Saúde Suplementar - SIB/ANS.
363	12/12/2014	Dispõe sobre as regras para celebração dos contratos escritos firmados entre as operadoras de planos de assistência à saúde e os prestadores de serviços de atenção à saúde e dá outras providências.
364	12/12/2014	Dispõe sobre a definição de índice de reajuste pela Agência Nacional de Saúde Suplementar- ANS - a ser aplicado pelas operadoras de planos de assistência à saúde aos seus prestadores de serviços de atenção à saúde em situações específicas.
365	12/12/2014	Dispõe sobre a substituição de prestadores de serviços de atenção à saúde não hospitalares.
366	16/12/2014	Altera o Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, instituído pela Resolução Normativa - RN nº 197, de 16 de julho de 2009, e a RN nº 198, de 16 de julho de 2009, que define o quadro de cargos comissionados e cargos comissionados técnicos da ANS.
367	19/12/2014	Dispõe sobre o Índice de Valoração do Ressarcimento - IVR.

2015

RN nº	Data DOU	Ementa
375	29/04/2015	Altera a Resolução Normativa nº 227, de 19 de agosto de 2010, que dispõe sobre a constituição, vinculação e custódia dos ativos garantidores das Provisões Técnicas, especialmente da Provisão de Eventos / Sinistros a Liquidar.
376	29/04/2015	Altera a Resolução Normativa - RN nº 295, de 9 de maio de 2012, que dispõe, em especial, sobre a geração, a transmissão e o controle de dados cadastrais de beneficiários do Sistema de Informações de Beneficiários da Agência Nacional de Saúde Suplementar - SIB/ANS; e a RN nº 360, de 3 de dezembro de 2014, que estabelece o conteúdo mínimo obrigatório a ser observado pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde para identificação unívoca de seus beneficiários, bem como sua disponibilização obrigatória de forma individualizada da Identificação Padrão da Saúde Suplementar.
377	11/05/2015	Altera a Resolução Normativa nº 358, de 27 de novembro de 2014 que dispõe sobre os procedimentos físicos e híbridos de ressarcimento ao SUS, previsto no art. 32 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e estabelece normas sobre a cobrança referente ao ressarcimento ao SUS.
379	03/06/2015	Altera a Resolução Normativa – RN nº 360, de 3 de dezembro de 2014, que estabelece o conteúdo mínimo obrigatório a ser observado pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde para identificação unívoca de seus beneficiários, bem como sua disponibilização obrigatória de forma individualizada da Identificação Padrão da Saúde Suplementar.
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.
398	11/02/2016	Dispõe sobre a Obrigatoriedade de Credenciamento de Enfermeiros Obstétricos e Obstetrias 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.

2016

RN nº	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.
409	25/07/2016	Altera o anexo da Resolução Normativa Nº 398, de 05 de fevereiro de 2016, a qual 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
413	14/11/2016	Dispõe sobre a contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde.
415	29/11/2016	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

2017

RN nº	Data DOU	Ementa
421	24/03/2017	Altera a Resolução Normativa – RN n.º 405, de 9 de maio de 2016, que dispõe sobre o Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviço na Saúde Suplementar – QUALISS.

ANEXO II – LISTA DE INSTRUÇÕES NORMATIVAS EXPEDIDAS PELA DIDES ENTRE AGOSTO DE 2014 E MAIO DE 2017

2014		
IN/DIDES n°	Data DOU	Ementa
53	14/11/2014	Dispõe sobre a avaliação de desempenho das operadoras, referente ao ano de 2014, pelo Programa de Qualificação da Saúde Suplementar - Componente Operadoras, da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no que tange aos incisos I, II, III e IV do artigo 22-A da Resolução Normativa - RN nº139, de 24 de novembro de 2006.
54	01/12/2014	Dispõe sobre o protocolo eletrônico de impugnações e recursos de processos administrativos híbridos de ressarcimento ao SUS, previsto no artigo 32 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e na Resolução Normativa nº 358, de 27 de novembro de 2014.
55	04/12/2014	Altera o caput do art. 32 e o anexo I, e revoga o § 1º do art. 32, todos da Instrução Normativa - IN nº 50, de 25 de setembro de 2012, que dispõe, em especial, sobre a geração, a transmissão e o controle de dados cadastrais de beneficiários do Sistema de Informações de Beneficiários da Agência Nacional de Saúde Suplementar - SIB/ANS.
56	12/12/2014	Regulamenta o CAPÍTULO III da Resolução Normativa - RN nº 365, de 11 de dezembro de 2014, que dispõe sobre a disponibilização das informações relativas à substituição de prestadores de serviços de atenção à saúde não hospitalares no Portal Corporativo das operadoras de planos privados de assistência à saúde.

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

2015		
IN/DIDES 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		
IN/DIDES 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.
63	26/10/2016	Dispõe sobre a regulamentação dos parágrafos 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 profissionais de saúde, laboratórios, clínicas e outros estabelecimentos de saúde não hospitalares
64	11/11/2016	Altera a Instrução Normativa nº 63 da Diretoria de Desenvolvimento Setorial, de 25 de outubro de 2016, que dispõe sobre o Fator de Qualidade a ser aplicado ao índice de reajuste definido pela ANS para profissionais de saúde, laboratórios, clínicas e demais estabelecimentos de saúde não hospitalares.

2017

IN/DIDES nº	Data DOU	Ementa
65	13/02/2017	Dispõe sobre a comunicação eletrônica entre a Diretoria de Desenvolvimento Setorial - DIDES e as operadoras de planos privados de assistência à saúde.
66	15/02/2017	Altera a Instrução Normativa - IN nº 63, de 25 de outubro de 2016, que dispõe sobre regulamentação dos parágrafos do artigo 7º da Resolução Normativa - RN nº 364, de 11 de dezembro de 2014, que trata sobre o Fator de Qualidade a ser aplicado ao índice de reajuste definido pela ANS para profissionais de saúde, laboratórios, clínicas e outros estabelecimentos de saúde não hospitalares.
67	10/03/2017	Regulamenta o monitoramento periódico para verificar o cumprimento da Resolução Normativa – RN nº 389, de 26 de novembro de 2015, que dispõe sobre a transparência das informações no âmbito da saúde suplementar, estabelece a obrigatoriedade da disponibilização do conteúdo mínimo obrigatório de informações referentes aos planos privados de saúde no Brasil e dá outras providências.
68	16/05/2017	Altera Instrução Normativa - IN nº 60, de 9 de outubro de 2015, da Diretoria de Desenvolvimento Setorial - DIDES, que detalha a Resolução Normativa - RN nº 386, de 9 de outubro de 2015, que dispõe sobre o Programa de Qualificação de Operadoras e dá outras providências.

ANEXO III – LISTA DE INSTRUÇÕES DE SERVIÇO E PORTARIAS EXPEDIDAS PELA DIDES ENTRE AGOSTO DE 2014 E MAIO DE 2017

INSTRUÇÕES DE SERVIÇO		
IS DIDES nº	Data	Ementa
05	15/12/2014	Regulamenta as atividades relacionadas ao Protocolo e Arquivo dos processos de Ressarcimento ao Sistema Único de Saúde - SUS no âmbito da Diretoria de Desenvolvimento Setorial - DIDES
06	11/03/2015	Dispõe sobre a instituição do Laboratório de Desenvolvimento, Sustentabilidade e Inovação Setorial.

PORTARIAS		
Portaria nº	Data	Ementa
02	26/02/2016	Fica instituída a experiência-piloto de teletrabalho no âmbito da Gerência-Executiva de Integração e Ressarcimento ao SUS, considerando o disposto no art. 6º, § 6º, do Decreto nº 1.590, de 10 de agosto de 1995, bem como a autorização ministerial constante da Nota Técnica nº 3518/GEIRS/DIDES/ANS, de 17 de junho de 2015, nos autos do Processo Administrativo nº 33902.278651/2015-93.

ANEXO IV – LISTA DE EVENTOS E REUNIÕES DE GRUPOS TÉCNICOS REALIZADOS PELA DIDES ENTRE AGOSTO DE 2014 E MAIO DE 2017 E OS PREVISTOS ATÉ O FIM DE 2016

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

continua

continuação

Nº	Evento	Região	Cidade	Dia	Mês	Ano
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
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

continua

continuação

Nº	Evento	Região	Cidade	Dia	Mês	Ano
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
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	Grupo Técnico Interáreas da ANS (DIDES, DIPRO e DIFIS)	Sudeste	Rio de Janeiro	14	julho	2016
63	3º Reunião do Grupo de Trabalho Externo de OPME (GTEOPME) - Grupo Protocolos	Sudeste	Rio de Janeiro	15	julho	2016
64	4º Reunião do Grupo de Trabalho Externo de OPME - Plenária	Sudeste	Rio de Janeiro	15	julho	2016

continua

continuação

Nº	Evento	Região	Cidade	Dia	Mês	Ano
65	Reunião do Comitê Técnico de Avaliação da Qualidade Setorial (COTAQ) e Entidades Parceiras	Sudeste	Rio de Janeiro	19	julho	2016
66	Diálogos SIB - Aprimoramento da Informação de Beneficiários	Sudeste	São Paulo	20 à 22	julho	2016
67	Diálogos SIB - Aprimoramento da Informação de Beneficiários	Sudeste	Belo Horizonte	10 a 12	agosto	2016
68	Lab Odonto	Sudeste	Rio de Janeiro	1º	setembro	2016
69	Grupo Técnico Interáreas da ANS (DIDES, DIPRO e DIFIS)	Sudeste	Rio de Janeiro	5	setembro	2016
70	Idoso Bem cuidado	Sudeste	Rio de Janeiro	6	setembro	2016
71	Lab Odonto	Sudeste	Rio de Janeiro	14	setembro	2016
72	GT de Remuneração	Sudeste	Rio de Janeiro	14	setembro	2016
73	Diálogos SIB - Aprimoramento da Informação de Beneficiários	Nordeste	Fortaleza	14 á 16	setembro	2016
74	Lançamento do Projeto Sorrir	Sudeste	Rio de Janeiro	22	setembro	2016
75	Diálogos SIB - Aprimoramento da Informação de Beneficiários	Sudeste	Campinas	27 á 29	setembro	2016
76	COTAQ	Sudeste	Rio de Janeiro	29	setembro	2016
77	OncoRede	Sudeste	Rio de Janeiro	5	outubro	2016
78	Planejamento DIDES	Sudeste	Rio de Janeiro	18	outubro	2016
79	GT Interáreas	Sudeste	Rio de Janeiro	31	outubro	2016
80	SAP do Parto	Sudeste	São Paulo	17	novembro	2016
81	GT Interáreas	Sudeste	Rio de Janeiro	22	novembro	2016
82	GT de Remuneração	Sudeste	Rio de Janeiro	29	novembro	2016
83	Abertura Hackathon ANS	Sudeste	Rio de Janeiro	5	dezembro	2016
84	Hackathon ANS	Sudeste	Rio de Janeiro	12 á 13	dezembro	2016
85	Programa Novo Ciclo: Educação para a Aposentadoria	Sudeste	Rio de Janeiro	15	dezembro	2016
86	COTAQ	Sudeste	Rio de Janeiro	11	janeiro	2017
87	Reunião do Grupo Técnico de Remuneração	Sudeste	Rio de Janeiro	14	fevereiro	2017
88	Reunião do Grupo Técnico de Coparticipação e Franquia	Sudeste	Rio de Janeiro	14	fevereiro	2017

continua

continuação

Nº	Evento	Região	Cidade	Dia	Mês	Ano
89	Lei 13.00	Sudeste	Rio de Janeiro	15	fevereiro	2017
100	Idoso bem Cuidado	Sudeste	São Paulo	16	fevereiro	2017
101	Oncorede	Sudeste	São Paulo	17	fevereiro	2017
102	Audiência Pública sobre Franquia e Cooparticipação	Sudeste	Rio de Janeiro	20	março	2017
103	Indicadores do Programa de Qualificação de Operadoras	Sudeste	Rio de Janeiro	24	março	2017
104	GT Acreditação de Operadoras	Sudeste	Rio de Janeiro	31	março	2017
105	GT de Remuneração	Sudeste	Rio de Janeiro	11	abril	2017
106	Reunião Coparticipação & Franquia (público Interno)	Sudeste	Rio de Janeiro	26	abril	2017
107	Grupo Técnico de Qualificação de Operadoras	Sudeste	Rio de Janeiro	26	abril	2017
108	Reunião do COPISS	Sudeste	Rio de Janeiro	27	abril	2017
109	SAP 1 Nacional - Projeto Parto Adequado	Sudeste	São Paulo	2e3	maio	2017
110	Reunião Coparticipação & Franquia (Público Interno)	Sudeste	Rio de Janeiro	4	maio	2017
111	Oficina de Trabalho do Projeto Sorrir	Sudeste	Rio de Janeiro	9	maio	2017
112	Grupo Técnico de Acreditação de Operadoras	Sudeste	Rio de Janeiro	12	maio	2017
113	GT de Remuneração	Sudeste	Rio de Janeiro	19	maio	2017
114	Evento AMB - Novas Formas de Remuneração: Causas e Consequências: Uma Avaliação Crítica (participação ANS)	Sudeste	São Paulo	31	maio	2017

ANEXO V – INDICADORES DA DIDES ENTRE 2014 E 2017

INDICADORES DE PLANEJAMENTO 2014/2017 - DIDES

Julho/2016

CONTRATO DE GESTÃO 2015/2017

Perspectiva Estratégica	Objetivo Estratégico	Indicador	2015		2016		2017		Gerência
			Meta	Alcançado	Meta	Alcançado	Meta	Alcançado	
Resultados (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%	90,61%	65%	93,67%	70%	-	GEEIQ

AGENDA REGULATÓRIA 2016/2018

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

AGENDA REGULATÓRIA 2016/2018				
Eixos	Macroprojetos	Projetos	Gerência	
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	

PLANO PLURIANUAL (PPA) 2012/2015

OBJETIVO

0728 - Aprimorar a regulação e a fiscalização da saúde suplementar articulando a relação público-privado, gerando maior racionalidade e qualidade no setor saúde.

Metas		Meta 2012	Meta 2013	Meta 2014	Meta 2015	Gerência
Agilizar o processo de ressarcimento das operadoras ao SUS	Previsto (acumulado)	118.700	237.400	356.100	474.800	GEIRS
	Alcançado (acumulado)	155.306	364.778	603.980	696.383	

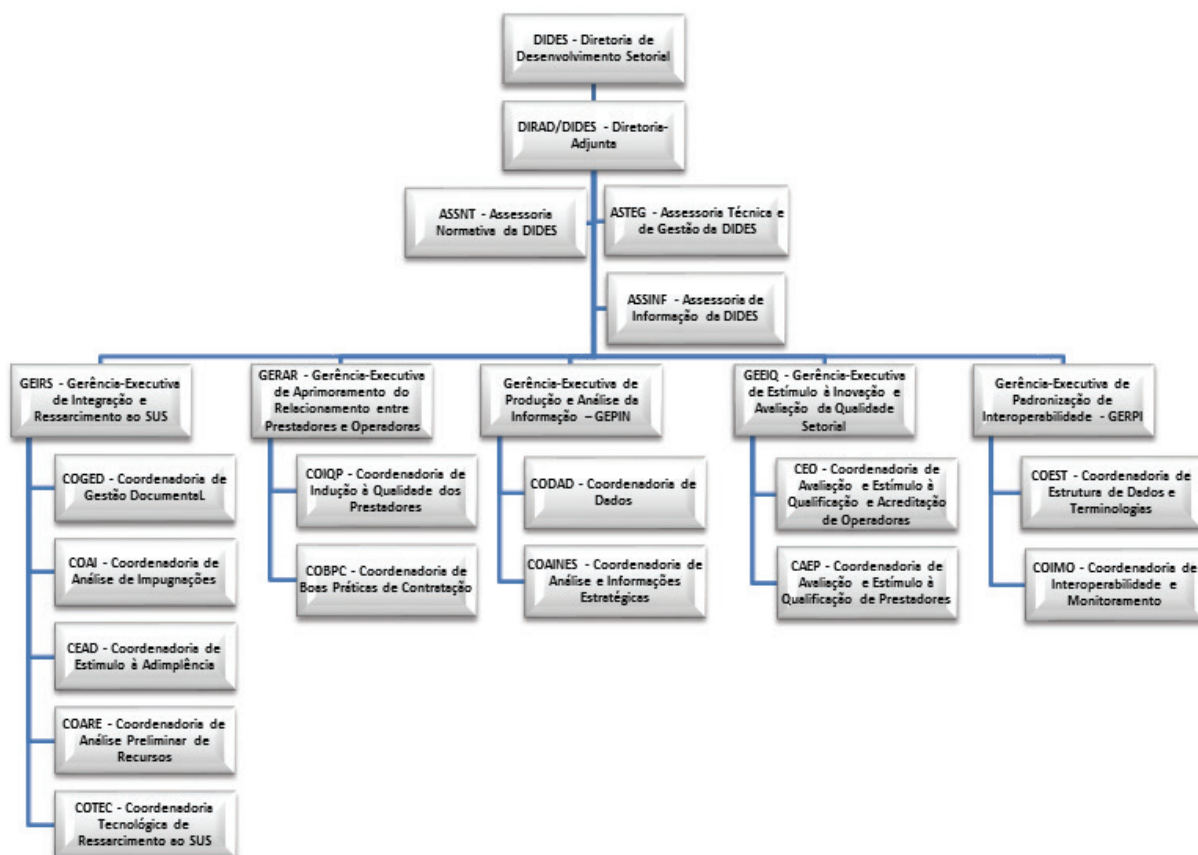
PLANO PLURIANUAL (PPA) 2016/2019

OBJETIVO

0728 - Aprimorar o marco regulatório da Saúde Suplementar, estimulando soluções inovadoras de fiscalização e gestão, voltadas para a eficiência, acesso e qualidade na atenção à saúde, considerando o desenvolvimento sustentável do setor.

Metas	Meta 2016	Meta 2017	Meta 2018	Meta 2019	Gerência
Disponibilizar para 100% dos beneficiários com o Cartão Nacional de Saúde o Registro Individualizado de Saúde	25%	40%	70%	100%	GERPI
Alcançar o patamar de 70% no Índice de Desempenho da Saúde Suplementar	65%	65%	70%	70%	GEEIQ
Estimular a adesão ao Plano Nascer Saudável e a novos modelos assistenciais, visando a redução anual de parto cesariano nos serviços ofertados pela saúde suplementar	25%	50%	75%	100%	GERAR
Aumentar, anualmente, o ressarcimento dos planos de saúde ao SUS em decorrência das internações hospitalares e atendimentos ambulatoriais especializados (reduzir o passivo de processos administrativos de ressarcimento dos planos de saúde ao SUS, não analisados, com aumento da produtividade e da efetividade dos processos de trabalho e melhorias na gestão do quadro de pessoal dedicado aos processos de análise dos atendimentos à saúde realizados no SUS por usuários que possuem plano de saúde)	30,80% do passivo analisado no ano	35,62% do passivo analisado no ano, ou 53,40% no período 2016-2017	44,02% do passivo analisado, ou 72,11% no período 2016-2018	62,28% do passivo analisado, ou 88,68% no período 2016-2019	GEIRS

ANEXO VI – ORGANOGRAMA DA DIDES



ANEXO VII – COLABORADORES DIDES

COLABORADORES DIDES⁵

ADRIANA BION WANDERLEY

ANA PAULA BARBOSA GASPAR BEZERRA

ANA PAULA SILVA CAVALCANTE

ANDREIA RIBEIRO ABIB

ANETE MARIA GAMA

CARLOS EDUARDO XIMENES VIANA

CARMEN LETICIA PINTO DOS SANTOS SCHONBORN

CLAUDIA SOARES ZOUAIN

CRISTIANO SANTOS OLIVEIRA

DANIELE PINTO DA SILVEIRA

DANIELLE MELLO DE SOUZA ANASTACIO BISNETO

EUGENIO JOSE SCOTT BORGES

FELIPE DUQUE AGANETTI

FERNANDA FREIRE DE ARAUJO

FERNANDO LUIZ PEIXOTO GUIMARAES

GUSTAVO DE BARROS MACIEIRA

HEITOR FRANCO WERNECK

IOLA FERREIRA VASCONCELOS

JACQUELINE ALVES TORRES

JACSON HINZELMANN

JOAO FRANCO RABELO SARAIVA

JONATAS CASTRO DOS SANTOS

JORGE LUIZI PINHO

JOSE CANDIDO MONTEIRO BARBOSA

JOSE FELIPE RIANI COSTA

JOSELITA DIAS DA SILVA

JULIANA PIRES MACHADO

JULIO CESAR TINOCO ALVES

KATARINA RAMALHO VIANNA

LEONARDO FERNANDES FERREIRA

LEONARDO MACHADO DA COSTA

LIDIANE SIQUEIRA CALVANO

LIZZIE KAREN DO CARMO NERI

LUCIANA FINELLI BARROS

MARIA DA CONCEICAO ALVES GOMES

MARIA DAS GRACAS MOREIRA LIMA

COLABORADORES DIDES⁵

MARIA JOSE MIRANDA IGREJA

MARIANA RANGEL DA COSTA

MARLUCE CRISTINA IOTTE DE ALMEIDA CHRISPIM

MARTA SUNDFELD

MARTHA REGINA DE OLIVEIRA

MICHELLE MELLO DE SOUZA

MILENE LIMA SEFAIR VERDUSSEN

PAULA GIOVANA IORIO COELHO

PEDRO DA SILVEIRA VILLELA

PEDRO HENRIQUE DE MORAES PAPASTAWRIDIS

RAFAEL FOGEL

RENATA GASPARELLO DE ALMEIDA

RENATA VALADARES MACIEL

ROBERTO BARCELLOS JUNIOR

ROBERTO LUIZ PINEL DIAS

ROCHELE ALBERTO MARTINS SANTOS

ROSANA VIEIRA DAS NEVES

SONIA MARIA MARINHO DE SOUZA

TATIANA BARROS DA HORA

TATIANA PEREIRA DAS NEVES GAMARRA

URSULLA RAQUEL FIDALGO FERREIRA

VANESSA MARIA GOMES DE CARVALHO

ALESSANDRA ANASTACIA DE OLIVEIRA VILANOVA

ALEXANDRE GONCALVES OLIVAL

ALICE BARBOZA PEREIRA

ANA CAROLINA GOMES MELLAO HADAD

ANA CAROLINA PEREIRA SILVA

ANA LUISA VIEIRA FABIANO

ANDRE OSSE DE SORDI

ANNA BEATRIZ ALVIM DA CUNHA PEREIRA RODRIGUES

ANNA BEATRIZ DE OLIVEIRA BRUGNARA

AUGUSTO CESAR LISBOA MARTINS

BARBARA LESSA RIBEIRO

BRENO PORTO PEREIRA

BRUNA DE ARAUJO BAPTISTA

CAINA PEDRO FRANCO GOUVEIA

CARLA GUERRA LEMOS CARDOSO

CARLOS EDUARDO FARIA DE CASTRO JUNIOR

CARLOS GUILHERME DE SOUZA ALBUQUERQUE GALVAO

COLABORADORES DIDES⁵

CARLOS ROBERTO CARVALHO DOS SANTOS

CAROLINA DA SILVA PEREIRA

CAROLINA PAULO SILVA

CASSIUS IURI BUERI DE VASCONCELLOS

CHARLLES MENDES DE LIMA

CLARICE TAVARES DE BARROS

CRISTINE DA SILVA ALVES DE CARVALHO

DANDARA LELIS DA VERA CRUZ DE CARVALHO

DANIELLE MARA RIBEIRO SCHMIDT

DEBORA MELQUIADES DE CASTRO

ELSA WEYNE QUIXADA

ERICA RODRIGUES DE ASSIS

FABIO SOARES ROCHA

FELIPE BARBOZA PEREIRA

FELIPE GARCIA CONDE

FERNANDO DE PAULA MIRANDA

FERNANDO MENDONCA DE OLIVEIRA JUNIOR

FLAVIA TEIXEIRA NOGUEIRA DE SA

FLAVIO SILVEIRA MARTINS

GABRIELA ELISE AUEL

GABRIELE LOVATTE MAIA

GRAZIELA CAMPOS VARDIERO KROEBER RIBEIRO

GUILHERME CARDOSO JUNQUEIRA

IGOR MARCELLUS ARAUJO ROSA

ILSON ALVES JUNIOR

INES BORGES SANTOS

ISABELLA BARROS GAMA

IVES MITIO SAITO TOMITA

JESSE FAEDRICH CUNHA

JESSICA MARTINS TORRES

JULIA BOUSQUET MUYLART CARRILHO

JULIA GIACOMAZZI

JULIANA CRISTINA MARINHO CARMO

JULIANA GRANJA CABRAL

JULIANA SOBRAL PINHEIRO

LARISSA LETICIA PEREIRA SILVA

LAURO MUSUMECI ALVES VELHO

LIVIA GUIMARAES SOARES

LUCAS RUEDA FERREIRA

COLABORADORES DIDES⁵

LUIZ ANTONIO GARCIA MENDONCA BEZERRA

LUIZ CARLOS DA SILVA JUNIOR

LUIZ FELIPE DE OLIVEIRA MARINHO

MARCELLO RIBEIRO DE CARVALHO

MARCUS VINICIUS LEITAO LINS

MARILIA DEFILIPPO VIEIRA

MARJORY DEMARIA SUSIN

MILENA MACHADO ROCHA HERINGER

MIRIAN ARIAS VILLARES

MONIQUE DE ALMEIDA LAGOAS

NATALIA MENEZES DOS ANJOS

PAULA BASTOS MOREIRA

PAULA GUEDES BARRETO DE ARAUJO

PEDRO GUIMARAES DOS REIS

RAYANA MEDEIROS DE GOES LUCAS

RENATA GOMES DA SILVA

RICARDO AUGUSTO CARVALHAL

RODOLPHO DOS SANTOS ARPON MARANDINO

SUELY MARIA DE JESUS

TAINA MARTINS DA COSTA GONCALVES

TAISA SOARES PACHECO

THAIS BARRETO REIS

THAIS HONORATO FLEURY CURADO

VICTOR HUGO CABRAL CRUZ LONTRA

ADRIANA SUZANO DE CAMARGO CASTRO

ELISABETH ANDREA COVRE ALVES

VINICIUS BARILE FERREIRA

MARIZELIA LEAO MOREIRA

CELINA MARIA FERRO DE OLIVEIRA

JULIO CESAR LAURENTINO DI MAIO

ANA LUCIA DE PAIVA

ANDRE LUIZ FREIRES DA SILVA

ANDREA DA SILVA AMARAL

ANDRESSA DE OLIVEIRA SOUZA

APARECIDA TAVARES DA SILVA

AUGUSTO SILVEIRA NOGUEIRA

CARLOS AUGUSTO FERREIRA JUNIOR

CARLOS EDUARDO BRUNS CARIDADE

DANIELA DA COSTA VIEIRA MACHADO

COLABORADORES DIDES⁵

DAVID RAMPAGNI CONRADO DA CRUZ

DIEGO DE SA FERREIRA DA ROCHA

DIEGO TAVARES PONTES

EDMARA ESTOLE VEIGA PEDROSA

EDUARDO BRANDAO

ERICA NERY DOS SANTOS OLIVEIRA

FABIANE SANTOS DE OLIVEIRA

FABIO BARBOSA DA CONCEICAO

FLAVIA ADALGIZA MATA CASTRO

FLAVIA CARMO DOS SANTOS

GABRIELA VALENTIM DA SILVA

GABRIELLE RODRIGUES TEIXEIRA

GERALDO MAGELA AMARANTE RODRIGUES

GUILHERME REGUFE GRACA PINHEIRO

GUSTAVO DA SILVA RODRIGUES

JAMILLE DE SOUZA MORAES ANDRADE

JAMILLY SOUZA DE CARVALHO

JESSICA DE SOUZA GARGANO DIAS

JESSIKA FERREIRA GUIMARAES

JORGE CARDOSO DE OLIVEIRA JUNIOR

KEILA SILVA NUNES DE OLIVEIRA

KHATELYN ARAUJO DA SILVA BRAZ

LAYSA WERNECK ALMEIDA

LUCAS RODRIGUES SOBRAL

LUCIANA DE CARVALHO BARBOSA

LUZIA ALVES FIGUEIREDO ROCHA

MAGNO FERNANDES DA SILVA OLIVEIRA

MARA PRISCILA DE JESUS CAMPOS DA CRUZ

MARCELLA AGUILLERA VILLA MAIOR ECKSTEIN

MARCELO DA SILVA GOMES

MARCIA MARTINS

MARCUS AURELIU BEJAR MARTINI

MARIANA FIGUEIREDO SANTOS SANTANA

MAURO JORGE BELMONT GOMES

MICHELE DA SILVA SOUZA

NADJA ANDREIA SILVERIO DA SILVA ALMEIDA

PAULO RICARDO LOPES DA SILVA

RAFAEL DA COSTA TELLES

RAFAEL FIORILO LOPES

COLABORADORES DIDES⁵

RAPHAELA CRISTINA DE PINHO FERNANDES

ROBSON ERALDO DE SOUZA PANTOJA

RODRIGO ALVES BARBOSA

RODRIGO FIGUEREDO DE OLIVEIRA

SANDRA ALVES DE SOUZA ALMEIDA

SEBASTIAO CARLOS SANTOS

TATHIANE CAETANO ANTUNES

TERESA CRISTINA GOUVEIA BARROS

THAYANA FERREIRA BARRETO

THIAGO MIRANDA CAPELLO

THIAGO PEREIRA DOS SANTOS

THIAGO RODRIGUEZ SALLES

VANISSE DA SILVA GARCIA

VERA LUCIA SOARES COSTA

VINICIUS MORESCHI RODRIGUES

VITOR ALMEIDA DA CRUZ

VIVIAN DA SILVA SECUNDO ROCHA

VIVIANI CARVALHO DAS NEVES DE PAULA

DIEGO NASCIMENTO PEREIRA

ANEXO VIII – RESOLUÇÕES NORMATIVAS, INSTRUÇÕES NORMATIVAS, INSTRUÇÕES DE SERVIÇO E PORTARIAS DA DIDES PUBLICADAS ENTRE AGOSTO DE 2014 E MAIO DE 2017

RN 354

<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=Mjc3MQ==>

RN 358

<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=MjgyNw==>

RN 359

<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=MjgyNg==>

RN 360

<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=MjgzMQ==>

RN 361

<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=MjgzMw==>

RN362

<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=MjgzNg==>

RN 363

<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=Mjg1Nw==>

RN 364

<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=Mjg1OA==>

RN 365

<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=Mjg1OQ==>

RN 366

<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=Mjg2Mg==>

RN 367

<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=Mjg2Nw==>

RN 375

<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=Mjk1NQ==>

RN 376

<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=Mjk1Ng==>

RN 377

<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=Mjk2NQ==>

RN 379

<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=Mjk4Ng==>

RN 385

<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=MzA3MQ==>

RN 386

<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=MzEwMA==>

RN 389

<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=MzEzNw==>

RN 398

<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=MzE5Mw==>

RN 405

<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=MzI0OA==>

RN 409

<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=MzI4NA==>

RN 413

<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=MzMyNw==>

RN 415

<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=MzM0MA==>

RN 421

<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=MzM5MQ==>

IN 53

<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=MjgxOQ==>

IN 54

<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=MjgyOA==>

IN 55

<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=MjgzMg==>

IN 56

<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=Mjg2MA==>

IN 57

<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=Mjk1Nw==>

IN 58

<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=Mjk2Ng==>

IN 59

<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=MzA5MQ==>

IN 60

<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=MzEwNw==>

IN 61

<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=MzE00A==>

IN 62

<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=MzE5NQ==>

IN 63

<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=MzM5NQ==>

IN 64

<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=MzM5Ng==>

IN 65

<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=MzM20Q==>

IN 66

<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=MzM30A==>

IN 67

<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=MzM4Mw==>

IN 68

<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=MzQyNA==>

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



Disque ANS
0800 701 9656



Central de
Atendimento
www.ans.gov.br



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



Atendimento
exclusivo para
deficientes auditivos
0800 021 2105



Use a opção do código
para ir ao portal da ANS



Ministério da
Saúde

