

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

MANUAL DO PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO INSTITUCIONAL





MANUAL DO PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO INSTITUCIONAL



2019. Agência Nacional de Saúde Suplementar.

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

O conteúdo desta, e de outras obras da Agência Nacional de Saúde Suplementar, pode ser acessado na página <http://www.ans.gov.br>

Versão online

ELABORAÇÃO, DISTRIBUIÇÃO E INFORMAÇÕES

Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS

Diretoria de Desenvolvimento Setorial – DIDES

Diretoria Adjunta-DIRAD

Gerência de Padronização, Interoperabilidade e Análise de Informação- GEPIN

Av. Augusto Severo, 84 – Glória

CEP 20.021-040

Rio de Janeiro, RJ – Brasil

Tel.: +55(21) 2105-0000

Disque ANS 0800 701 9656

www.ans.gov.br

DIRETORIA COLEGIADA DA ANS

Diretoria Colegiada da ANS

Diretoria de Desenvolvimento Setorial – DIDES

Diretoria de Fiscalização – DIFIS

Diretoria de Gestão – DIGES

Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras – DIOPE

Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO

COORDENAÇÃO

Andrea Carlesso Lozer

EQUIPE TÉCNICA

Leonardo Fernandes Ferreira

Bruno Catroli da Silva

Aline Gouvea Triunfo

PROJETO GRÁFICO

Gerência de Comunicação Social – GCOMS/SEGER/DICOL

Gerência de Qualificação Institucional – GEQIN/DIGES
Coordenadoria de Qualificação Institucional- CQINS/GEQIN/DIGES

MANUAL DO PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO INSTITUCIONAL



LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Ciclo de Qualificação 2020/2023	7
Figura 2: Período de Revisão	8
Figura 3: Etapas de Avaliação	9
Figura 4: Exemplo de ficha técnica de indicador	11
Figura 5: Relatórios semestrais elaborados por Diretoria	14
Figura 6: Relatório Anual publicado no sítio da ANS	15
Figura 7: Etapas da Transformação de Processos	17
Figura 8: Painel de Indicadores do Programa de Qualificação Institucional	19

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	7
2. AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO INSTITUCIONAL	7
2.1. Ciclo de Qualificação	7
2.2. Revisão dos Indicadores	8
2.3. Etapas de Avaliação	9
2.3.1. Etapa I: Seleção e Definição dos Indicadores	9
2.3.2. Etapa II: Monitoramento dos Indicadores	13
2.3.3. Etapa III: Da Análise do Resultado Alcançado	14
3. MELHORIA CONTÍNUA DO DESEMPENHO INSTITUCIONAL	15
3.1. Transformação dos Processos	15
4. DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS	19

1. INTRODUÇÃO

O Programa de Qualificação Institucional consiste em um conjunto de ações de avaliação e melhoria contínua do desempenho da Agência Nacional de Saúde Suplementar, inclusive no que tange a seus reflexos no setor de saúde suplementar.

O desempenho institucional é construído a partir de medidas que avaliam o alcance dos objetivos definidos no Mapa Estratégico da ANS.

A unidade responsável pelo Programa é a Coordenação de Qualificação Institucional (CQINS/GEQIN/DIGES).

2. AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO INSTITUCIONAL

2.1. CICLO DE QUALIFICAÇÃO

A avaliação institucional é realizada através de um conjunto de indicadores relacionados aos objetivos estratégicos que a ANS definiu em seu Mapa Estratégico. Essa avaliação ocorre em Ciclos de Qualificação, com duração de 4 (quatro) anos cada. O objetivo do ciclo é garantir ao Programa um grau mínimo de estabilidade no acompanhamento e avaliação dos objetivos estratégicos e seus respectivos indicadores, além de compatibilidade com o período do Plano Estratégico definido na Lei nº 13.848, de 25 de junho de 2019.

Cada ciclo é dividido em períodos avaliativos, que se iniciam em 1º de janeiro e se encerram em 31 de dezembro de cada ano (Figura 1).

FIGURA 1: CICLO DE QUALIFICAÇÃO 2020/2023



2.2. REVISÃO DOS INDICADORES

Ao longo do Ciclo de Qualificação, o conjunto de indicadores deve ser estável, cabendo alterações anuais apenas em duas situações:

I - Ajuste de Meta

- Desde que devidamente justificado.

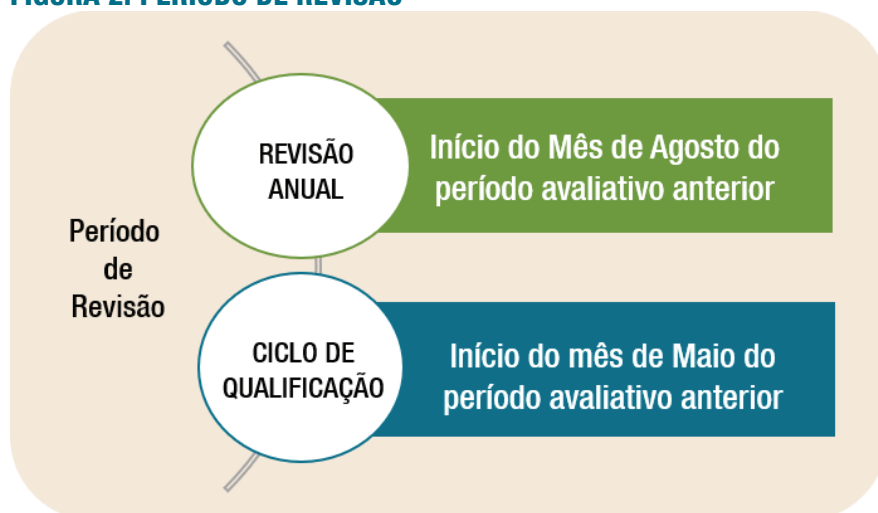
II - Alteração, Inclusão ou Exclusão de Indicadores

- Devido a alterações ou descontinuidade de processos de trabalho, normativos ou do Mapa Estratégico ou a fim de aprimorar o conjunto de indicadores.

O término do Ciclo de Qualificação não implica a necessidade de mudança dos indicadores, mas é o momento adequado para uma revisão sistemática com foco na atualização das medidas, especialmente em relação às mudanças estratégicas da instituição.

As revisões anuais devem ocorrer a partir do mês de agosto do período avaliativo anterior, quando a unidade responsável pelo Programa consulta as unidades responsáveis pelos indicadores com a finalidade de definir se, para o período avaliativo seguinte, os indicadores vigentes podem permanecer, sofrer ajustes, ser substituídos por outros indicadores ou excluídos do Programa, sendo necessária a homologação da DICOL, em todos os casos. As revisões ao final do Ciclo de Qualificação devem incorporar as alterações periódicas realizadas no Mapa Estratégico da ANS, o que significa que tendem a conter uma quantidade superior de alterações que as revisões anuais dentro do Ciclo, e devem ser iniciadas ainda no mês de maio do período avaliativo anterior.

FIGURA 2: PERÍODO DE REVISÃO

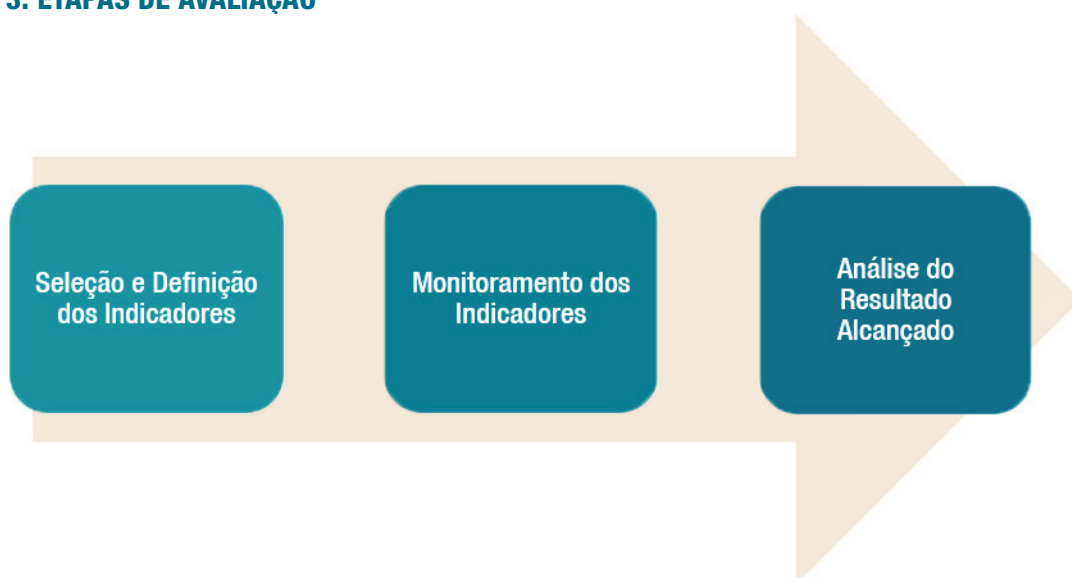


Todas as revisões devem ser planejadas pela unidade responsável pelo Programa de forma que sua proposta final seja homologada pela DICOL de acordo com o seguinte prazo:

Prazo para Homologação da proposta final com os indicadores pela DICOL e para a divulgação das fichas técnicas dos indicadores no sítio institucional da ANS:
31 de dezembro do ano anterior ao período avaliativo.

2.3. ETAPAS DE AVALIAÇÃO

FIGURA 3: ETAPAS DE AVALIAÇÃO



2.3.1. ETAPA I: SELEÇÃO E DEFINIÇÃO DOS INDICADORES

O início da primeira etapa do Programa se dá com a criação de uma lista de opções de indicadores para avaliar cada objetivo do Mapa Estratégico vigente da ANS. Esta lista é criada pela área responsável pelo Programa a partir de pesquisa com outras Agências Reguladoras e demais autarquias congêneres e da análise de ações e programas divulgados, interna e externamente, pela ANS.

A partir dessa lista, os indicadores que irão compor o Ciclo são definidos pelas unidades responsáveis pelos respectivos temas em reunião presencial com a unidade responsável pelo Programa. Cada objetivo estratégico deve possuir, pelo menos, 1 (um) indicador, exceto se devidamente justificado.

Em caso de indicadores e temas transversais, caso as Diretorias envolvidas não entrem em acordo, a DICOL aprovará a proposta que julgar mais adequada.

As fichas técnicas são construídas pela unidade responsável pelo Programa após a seleção dos indicadores e devem conter, no mínimo:

- a. Descrição:** significado do indicador;
- b. Objetivo:** o que se pretende alcançar com o indicador;
- c. Interpretação:** definição se o resultado do indicador é melhor quando seu valor aumenta ou diminui;
- d. Cálculo do indicador:** fórmula matemática que expressa a forma de realização do cálculo;
- e. Detalhamento:** especificação de todos os critérios utilizados no cálculo do indicador, incluindo a definição de cada variável constante na fórmula e as exceções aplicáveis;
- f. Meta:** valor do resultado que se deseja alcançar no período de avaliação, ou seja, o valor com o qual se deve comparar o resultado alcançado para analisar o desempenho;
- g. Memória de cálculo da meta:** descrição de quais métodos estatísticos foram utilizados para a definição da meta, incluindo a explicitação da série histórica utilizada, se for o caso, e demais valores de referência;
- h. Unidade de medida:** quantidade específica de determinada grandeza física, utilizada como padrão para comparações;
- i. Periodicidade de apresentação dos dados:** intervalo de tempo no qual os dados são apresentados, podendo ser trimestral (coincidindo com a coleta) ou mensal¹;
- j. Unidade e servidor responsável pela coleta:** unidade regimental e servidor responsáveis por realizar a coleta dos dados e inserir na planilha disponibilizada pela unidade responsável pelo Programa;
- k. Fonte de dados:** sistema ou arquivo de onde os dados são coletados;
- l. Instruções para coleta:** passo-a-passo de como realizar a coleta de forma a atender todas as especificações do indicador.

FIGURA 4: EXEMPLO DE FICHA TÉCNICA DE INDICADOR

Ficha Técnica do Indicador - Qualificação Institucional 2020



1. NOME DO INDICADOR

INFORMAÇÕES GERAIS DO INDICADOR								
DESCRIÇÃO								
OBJETIVO								
INTERPRETAÇÃO								
CÁLCULO DO INDICADOR								
DETALHAMENTO DO CÁLCULO DO INDICADOR								
META 2020								
UNIDADE DE MEDIDA								
Observações								
COLETA DE DADOS								
PERIODICIDADE DE APRESENTAÇÃO DOS DADOS								
UNIDADE E SERVIDOR RESPONSÁVEL PELA COLETA								
PONTE DE DADOS								
INSTRUÇÕES PARA COLETA								
MEMÓRIA DE CÁLCULO DA META								
	SÉRIE HISTÓRICA				METAS			
ANO	2015	2016	2017	2018	2020	2021	2022	2023
RESULTADO								
META								
JUSTIFICATIVA DAS METAS								

Os indicadores podem ser de 2 (dois) tipos:

I - DE MONITORAMENTO

- Indicador sem meta, cujo acompanhamento indica tendência para a tomada de decisão da ANS.

II - DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Indicador com meta anual;
- Levanta-se a série histórica durante os últimos 4 (quatro) anos ao do estabelecimento da meta;
- Deve prever aumentos anuais de performance durante todo o ciclo de qualificação, salvo exceção devidamente justificada.

DETERMINAÇÃO DA META:

- EXISTINDO SÉRIE HISTÓRICA DE 4 ANOS:** utiliza-se a média da série histórica:

Exemplo: Tempo médio de execução do processo "X"

2015	2016	2017	2018		2020
200	190	150	120		165

Média dos 4 últimos anos
para definir a meta do ano 2020

- SERIE HISTÓRICA INFERIOR A 4 ANOS:** avalia-se a pertinência e a viabilidade de usar a média durante o período disponível:

Exemplo: Tempo médio de execução do processo "X"

2015	2016	2017	2018		2020
-	-	150	120		135

Média dos 2 últimos anos
para definir a meta do ano 2020

(a ser avaliado se é
pertinente e viável)

- NÃO HAVENDO SÉRIE HISTÓRICA:** avalia-se a utilização de parâmetros de outras instituições congêneres para definir a meta.

Exemplo: Tempo médio de execução do processo "X"

ANEEL	ANVISA	TCU		2020
140	150	150		?

Traz para discussão na ANS as metas
estabelecidas em outras instituições

- **EXCEÇÕES:** pode haver exceções justificáveis para definição da meta, como casos previstos em normativos específicos.
- **AUSÊNCIA DE PARÂMETROS:** não existindo parâmetro para determinar a meta, o indicador será apenas de monitoramento, sendo estipulada a meta a partir do momento em que houver dados suficientes para compor uma série histórica.

Se um indicador for mantido no Programa para mais um ciclo, sua meta pode ser mantida de forma sequencial em relação ao ciclo anterior², contemplando os aumentos anuais de performance.

2.3.2. ETAPA II: MONITORAMENTO DOS INDICADORES

Durante todo o Ciclo de Qualificação, o monitoramento é constante e contempla:

a. Coleta e registro dos dados:

Ocorre trimestralmente. No primeiro dia útil após o término do trimestre, a unidade responsável pelo Programa encaminha e-mail solicitando o preenchimento dos dados necessários aos servidores responsáveis, com prazo até o dia 15 (quinze) do mesmo mês.

A operacionalização da coleta dos dados se dá através de planilhas disponibilizadas no endereço de rede: M:\Coleta de Dados do Qualificação Institucional³.

Além de inserir os dados conforme as especificações da ficha técnica, a unidade responsável pelo indicador deve realizar a análise de desempenho do indicador no respectivo período. Essa análise consiste numa avaliação da unidade acerca do desempenho do indicador, detalhando os motivos que levaram ao resultado alcançado.

b. Acompanhamento do desempenho dos indicadores:

Ao longo de todo o ano, a unidade responsável pelo Programa acompanha os resultados a fim de adotar as seguintes medidas:

- Identificar tendências e resultados atípicos; e
- Elaborar e disponibilizar relatórios semestrais às respectivas Diretorias.

O acompanhamento do desempenho também deve ser realizado de forma contínua pelos gestores da unidade responsável pelo indicador.

² Exceto no ciclo de qualificação que se inicia em 2020, cuja totalidade de indicadores deverá passar pelos critérios de definição de meta estabelecidos nos itens a) a e).

³ O nome do endereço na rede segue com o respectivo ano do Programa.

2.3.3. ETAPA III: DA ANÁLISE DO RESULTADO ALCANÇADO

As análises realizadas pela unidade responsável pelo Programa são apresentadas com base:

- a) na comparação entre as metas fixadas e os resultados obtidos;
- b) na evolução de desempenho dos indicadores, com vistas à identificação de oportunidades de transformação dos processos de trabalho;
- c) na análise de desempenho feita pela própria unidade responsável pelo indicador.

As análises realizadas pela unidade responsável pelo Programa são apresentadas em:

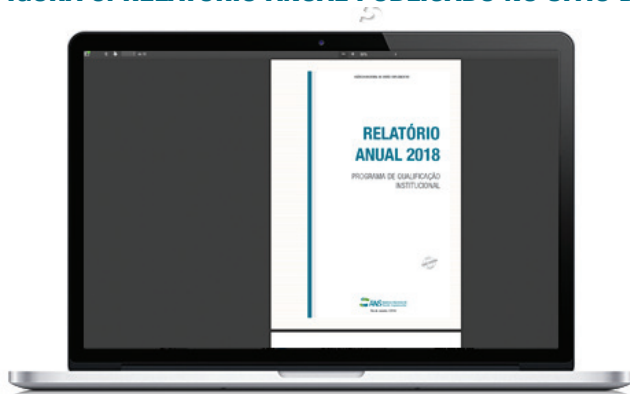
a. Relatórios semestrais: de âmbito interno e segmentado por Diretoria, PRESI e SEGER. Tem o objetivo de fornecer análise detalhada dos resultados, como forma de subsidiar o monitoramento e aprimorar o acompanhamento dos resultados pelas unidades responsáveis. São enviados através de processos separados no SEI para os respectivos Diretores-Adjuntos, Chefe de Gabinete e Secretário-Geral até 30 (trinta) dias após a conclusão da coleta e do registro dos dados;

FIGURA 5: RELATÓRIOS SEMESTRAIS ELABORADOS POR DIRETORIA



b. Relatório anual: de âmbito externo, disponibilizado no Portal da ANS, tem como objetivo dar transparência à sociedade acerca dos resultados da Agência, tanto no que diz respeito aos resultados dos indicadores em si como das ações de melhoria contínua do desempenho institucional, abordadas na seção 3, além de apresentar uma avaliação qualitativa dos resultados e sinalizar as mudanças para o período avaliativo seguinte. O relatório anual deve ser submetido pela Diretoria de Gestão à DICOL até o fim do primeiro trimestre do ano seguinte.

FIGURA 6: RELATÓRIO ANUAL PUBLICADO NO SÍTIO DA ANS



3. MELHORIA CONTÍNUA DO DESEMPENHO INSTITUCIONAL

A melhoria contínua do desempenho institucional ocorre tanto a partir da natural apropriação do resultado do indicador por parte da unidade responsável pelo tema em questão, quanto a partir de iniciativa da unidade responsável pelo Programa ou da unidade responsável pelo indicador, que podem propor ações visando à transformação dos processos de trabalho⁴.

3.1. TRANSFORMAÇÃO DOS PROCESSOS

Sempre que um indicador não atingir a meta previamente definida no período avaliativo, deve ser realizada uma análise para identificação e implementação de transformação nos processos de trabalho relacionados.

Entende-se por transformação do processo de trabalho as alterações necessárias a fim de alcançar os objetivos institucionais, que podem ser desde implementação de melhorias incrementais até mudança de paradigma⁵.

Assim, é a partir da análise e identificação dos problemas ou gargalos relativos ao processo de trabalho que serão propostas as ações de transformação, isto é, cada tratamento de processo observará um diagnóstico de situação específico. As ações de transformação podem variar desde o redesenho do processo de trabalho, buscando eliminar etapas que não agregam valor ao produto final, por exemplo, até a proposição de projetos mais complexos e inovadores.

Para o tratamento dos problemas mais complexos, a abordagem utilizada para a transformação de processos poderá incluir o Laboratório de Inovação da ANS. Nesses casos, via de regra, serão realizadas as seguintes etapas:

⁴ Esse tipo de ação também pode ser realizado a partir de demandas do Simplifique, que é uma ferramenta através da qual qualquer usuário de serviços públicos pode contribuir e participar do processo de simplificação do país, fiscalizando os padrões de atendimento definidos pelo Decreto nº 9.094, de 17 de julho de 2017 (<http://www.simplifique.gov.br/>).

⁵ De acordo com o ABPMP BRAZIL Guia para o Gerenciamento de Processos de Negócio – Corpo Comum de Conhecimento (BPM CBOK). 1ª edição. Brasil, 2013.

- **Planejamento:** reunião inicial entre a unidade responsável pelo Programa e a unidade responsável pelo processo para discutir os problemas já identificados a partir de resultados do indicador;
- **Entrevistas:** a partir de um roteiro semiestruturado, a unidade responsável pelo Programa faz entrevistas individuais com os clientes e demais partes interessadas do processo de trabalho a ser transformado. O resultado das entrevistas serve como insumo para a etapa subsequente;
- **Oficina:** conduzida pela unidade responsável pelo Programa e pela Coordenação de Inovação (CODIN/GEQIN/DIGES), é o momento onde são utilizadas abordagens de inovação como o Design Thinking, Design Sprint, entre outras, a fim de se alcançar uma solução. A Oficina ocorre no Laboratório de Inovação e dura de 2 a 4 dias, dependendo da complexidade. Seus produtos finais são:
 - a. O protótipo da solução;
 - b. O Canvas do projeto de implementação da solução;
 - c. O cronograma do projeto.
- **Decisão da Diretoria:** A Oficina pode gerar uma ou mais soluções para o problema inicialmente identificado. Cabe ao patrocinador da Diretoria responsável pelo processo de trabalho a decisão de qual solução implementar. Em alguns casos, as soluções são complementares, podendo ser escolhida mais de uma ou uma combinação de diferentes soluções.
- **Implementação da Transformação:** É a etapa na qual a unidade responsável pelo Projeto cumpre o cronograma definido, implementando as mudanças planejadas e acordadas. A unidade responsável pelo Programa monitora a execução do Projeto.
- **Avaliação dos Resultados:** Além da avaliação da execução do Projeto, deve-se, através do próprio indicador do processo de trabalho, avaliar se as mudanças implementadas de fato surtiram o efeito desejado. Essa avaliação pode variar de acordo com o tipo do processo, mas, em geral, deve ocorrer ao longo dos 12 meses seguintes à implementação das mudanças realizadas.

FIGURA 7: ETAPAS DA TRANSFORMAÇÃO DE PROCESSOS



A abordagem de inovação aplicada na Oficina está estruturada a partir das seguintes premissas:

- **Empatia:** observa o que gera valor para as pessoas;
- **Colaboração:** potencializa a troca de conhecimento;
- **Experimentação:** facilita o aprendizado rápido com baixo custo.

As fases da inovação acontecem nos seguintes momentos de divergência e convergência:

- **Entendimento:** desconstrói o desafio inicial para nivelar o conhecimento entre os participantes e debater conceitos;
- **Observação:** gera mais conhecimento sobre o desafio inicial para entender as reais necessidades das pessoas impactadas por ele;
- **Ponto de vista:** redefine o desafio inicial a partir do conhecimento obtido nas fases anteriores;
- **Ideação:** cria ideias que sejam capazes de resolver o desafio redefinido;
- **Prototipagem:** transforma ideias em algo concreto para apresentar seu funcionamento;
- **Teste:** apresenta o protótipo e obtém feedback do grupo de teste;
- **Iteração:** refina o protótipo com o grupo de teste.

Essas etapas são desenvolvidas na oficina através das seguintes atividades:

- **Respostas das entrevistas:** reproduz falas e citações dos entrevistados no formato de “fichas” distribuídas aos participantes para geração de insights;
- **Mapa de empatia:** constrói uma representação (persona) de um desses atores (stakeholders) impactados para entender sua relação com o problema;
- **Jornada do usuário:** demonstra quais são as ações feitas pelo usuário, bem como a emoção sentida em cada ponto de interação;

- **Canvas e fluxo do processo:** levanta o diagrama do processo na forma como ele é executado na situação atual (atuais);
- **Identificação de causas:** reflete sobre variáveis relacionadas a pessoal, equipamentos, rotinas, materiais, finanças, gestão e meio ambiente;
- **Brainstorming:** provoca o surgimento de ideias individuais, em grupo e entre grupos;
- **Priorização das ideias:** define dois critérios para selecionar ideias que farão parte do protótipo;
- **Prototipagem rápida:** descreve características de funcionamento que servirão de base para propostas de solução mais concretas, que ajudem a comunicar a solução de forma objetiva;
- **Canvas do projeto:** resume o projeto de implementação do protótipo, incluindo objetivo, escopo e cronograma/plano de ação.

Participam da Oficina tanto a unidade que atua diretamente no processo de trabalho quanto outras partes interessadas. É altamente recomendável que seja convidada pessoa externa à instituição que atua em processo de trabalho similar a fim de enriquecer a troca de informações e experiências.

A análise para a transformação e a construção do plano de ação de fato são realizadas pela unidade ou Diretoria responsável pelo processo de trabalho durante a oficina, com o apoio metodológico da GEQIN, que a organiza.

Caso o indicador que não tenha alcançado a meta não avalie um processo de trabalho propriamente dito, a transformação se dá em formato de inovação em projeto, também por meio de metodologia definida pela unidade responsável pelo Programa, similar ao descrito neste tópico, porém com as adaptações necessárias a fim de dar conta das peculiaridades.

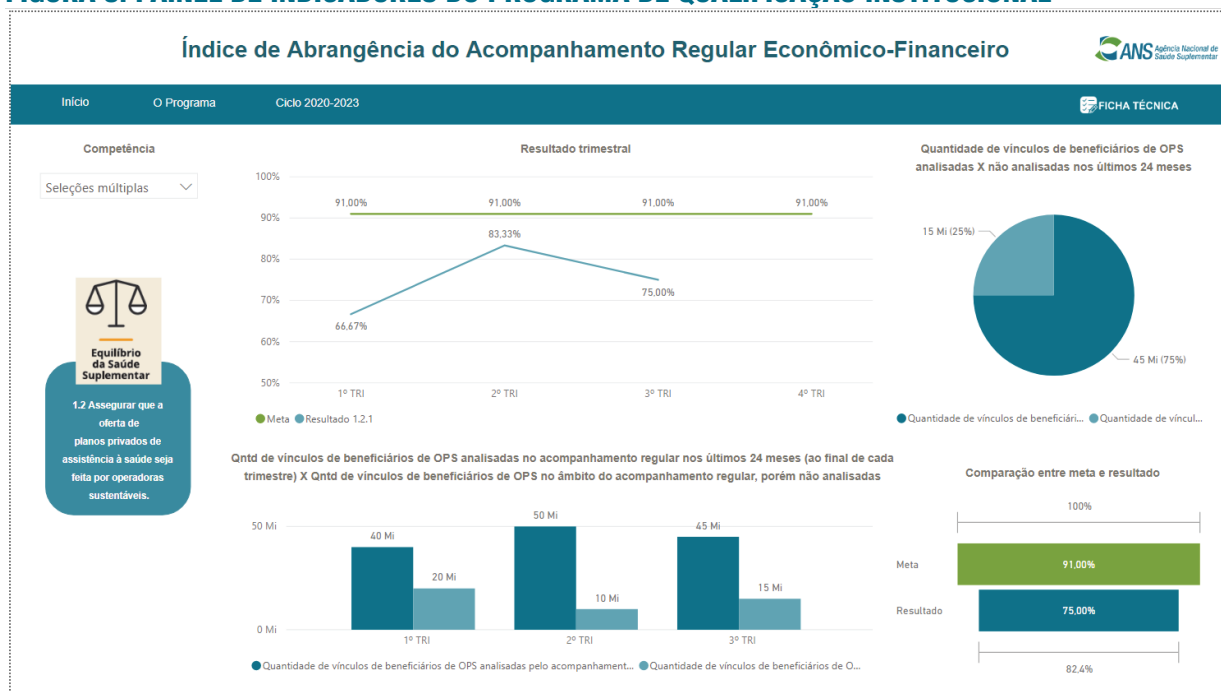
A realização da oficina não é restrita aos indicadores que não alcançaram a meta, uma vez que a busca da qualidade deve ser contínua para todos os processos da ANS e durante todo o Programa de Qualificação Institucional.

4. DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Todos os resultados do Programa de Qualificação Institucional devem ser disponibilizados no Painel de Indicadores do Programa, disponibilizado na intranet e no sítio institucional da ANS na internet – www.ans.gov.br – sendo atualizados imediatamente após a conclusão de cada coleta de dados.

O Painel de Indicadores é uma ferramenta através da qual o usuário consegue acompanhar em tempo real⁶ a evolução de cada indicador ao longo do ano, sob diferentes perspectivas, como na figura a seguir:

FIGURA 8: PAINEL DE INDICADORES DO PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO INSTITUCIONAL⁷



A divulgação do Relatório Anual de avaliação, descrito em 2.3.3, deve ser feita até o último dia útil de abril do ano seguinte ao período avaliativo no sítio institucional da ANS na internet.

O resultado anual também deve ser divulgado em formato aberto até 30 de abril⁸ do período avaliativo seguinte no sítio institucional de Dados Abertos do Governo Federal na internet (www.dados.gov.br).

⁶ Em relação à coleta e registro dos dados.

⁷ Exemplo com dados fictícios.

⁸ A unidade responsável pelo Programa deve encaminhar os dados à Gerência de Padronização, Interoperabilidade e Análise de Informação (GEPIN) até 31 de março.

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



0800 701 9656



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



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



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



[ans.reguladora](https://www.facebook.com/ans.reguladora)



[@ANS_reguladora](https://twitter.com/ANS_reguladora)



[company/ans_reguladora](https://www.linkedin.com/company/ans_reguladora)



[ansreguladoraoficial](https://www.youtube.com/ansreguladoraoficial)