

Encontro ANS – Natal

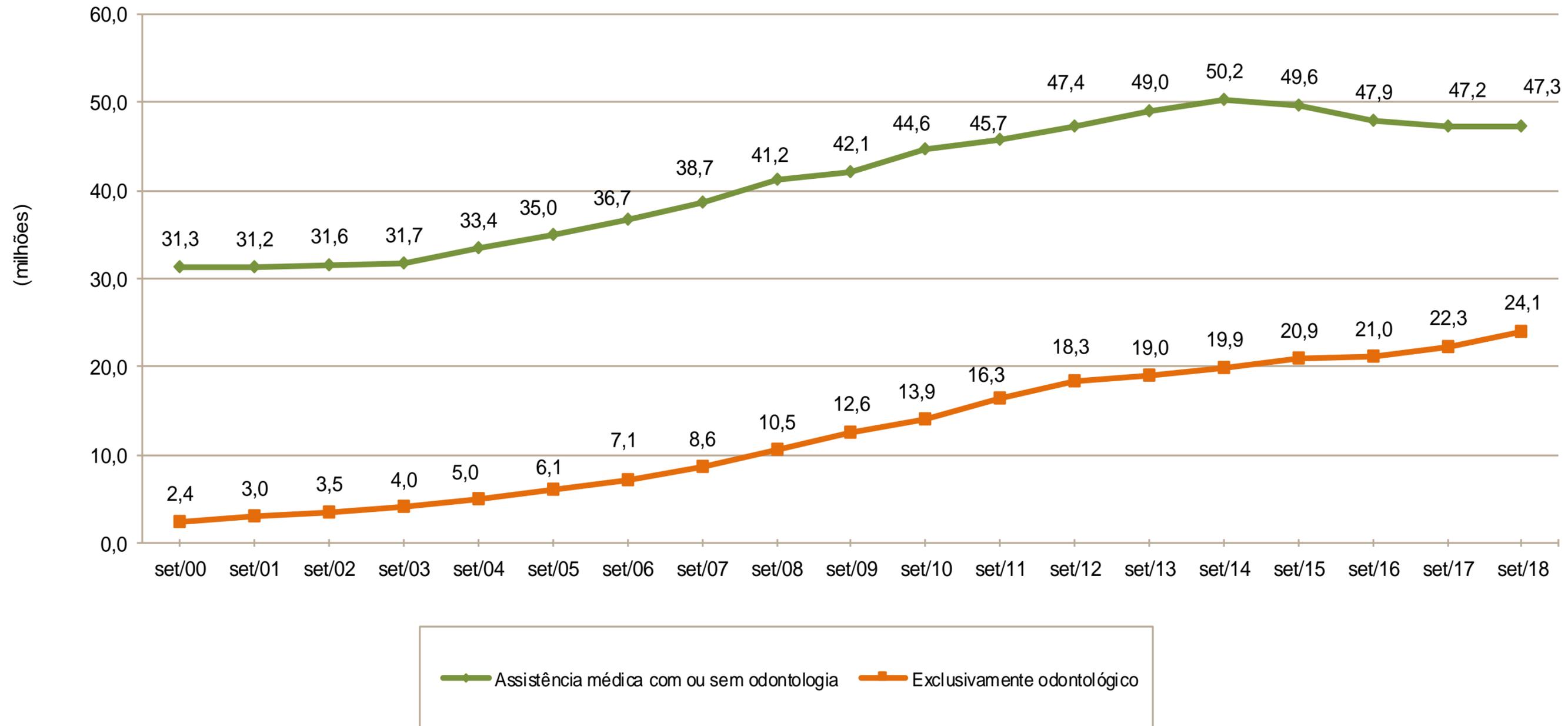
Acreditação OPS e Certificação APS

Ana Paula Cavalcante

05 de dezembro de 2018

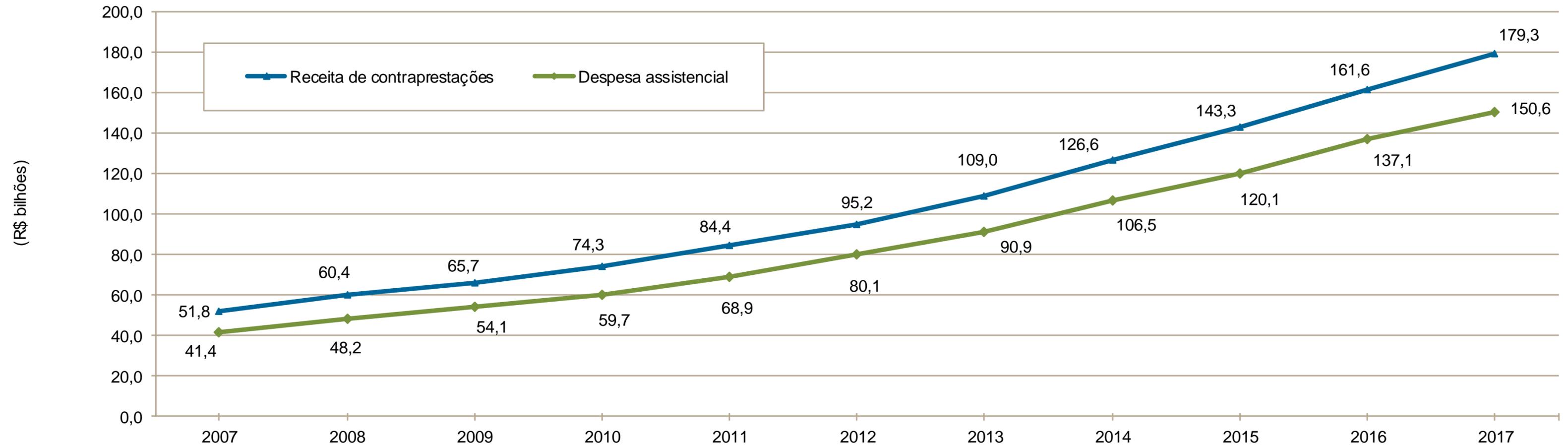
DADOS DO SETOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Beneficiários de planos privados de assistência à saúde Brasil (2000-2018)



Fonte: SIB/ANS/MS – 09/2018

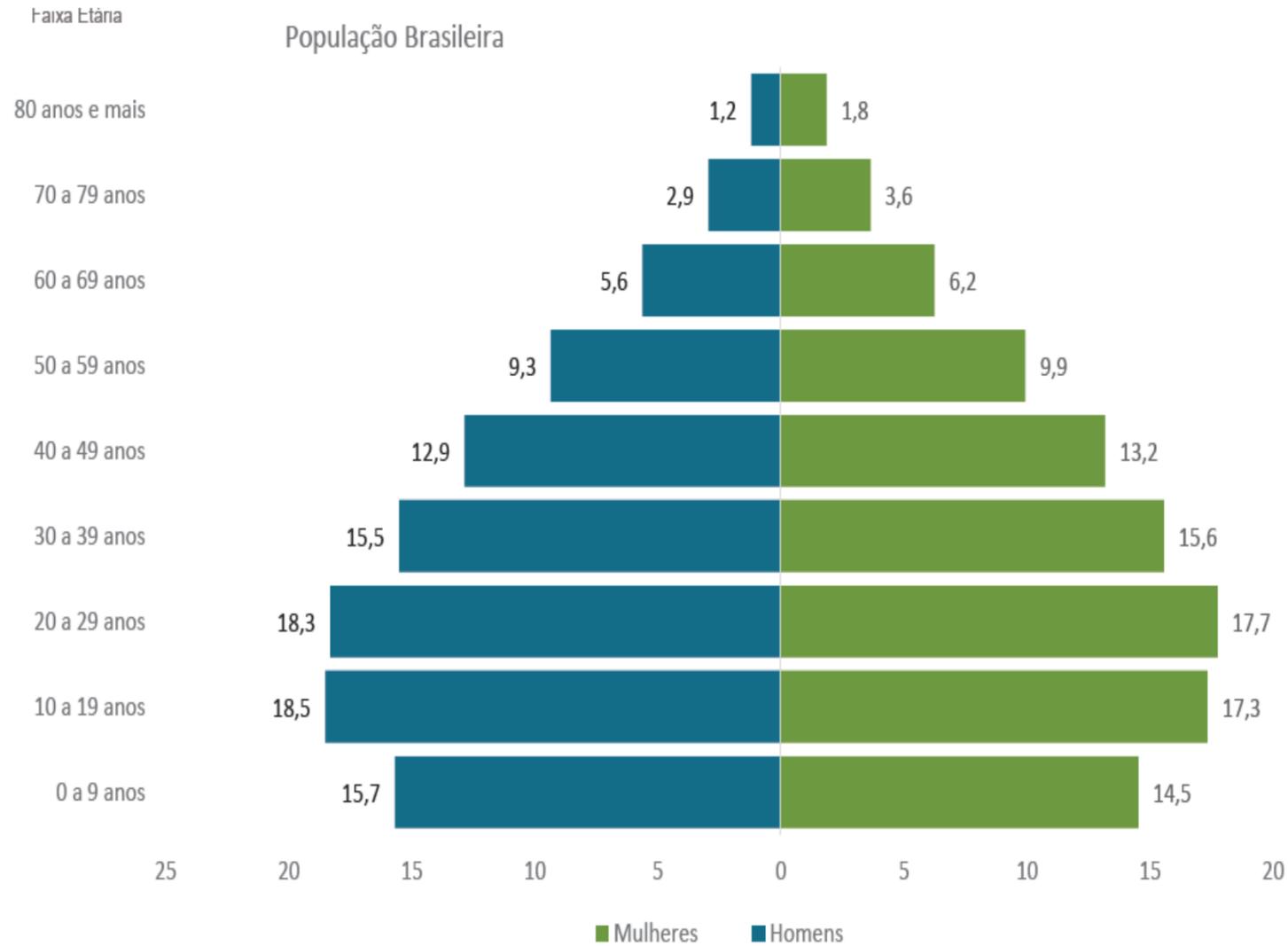
Receita de contraprestações e despesa assistencial de todas as operadoras (Brasil - 2007-2017)



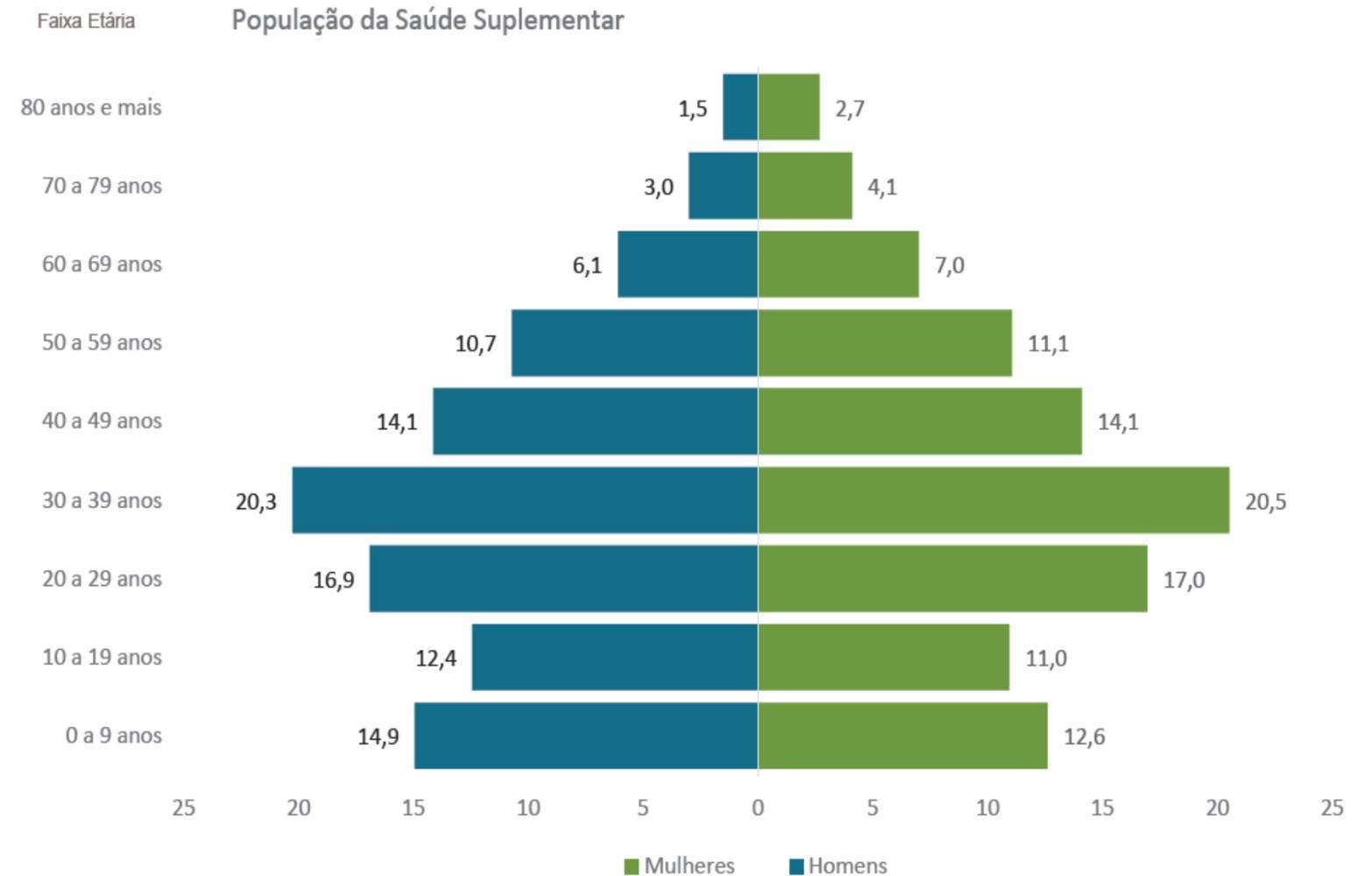
Sinistralidade do Setor: saiu de 79,9% em 2007 para 83,99% em 2017

Pirâmide da estrutura etária da população (Brasil - 2016)

Brasil

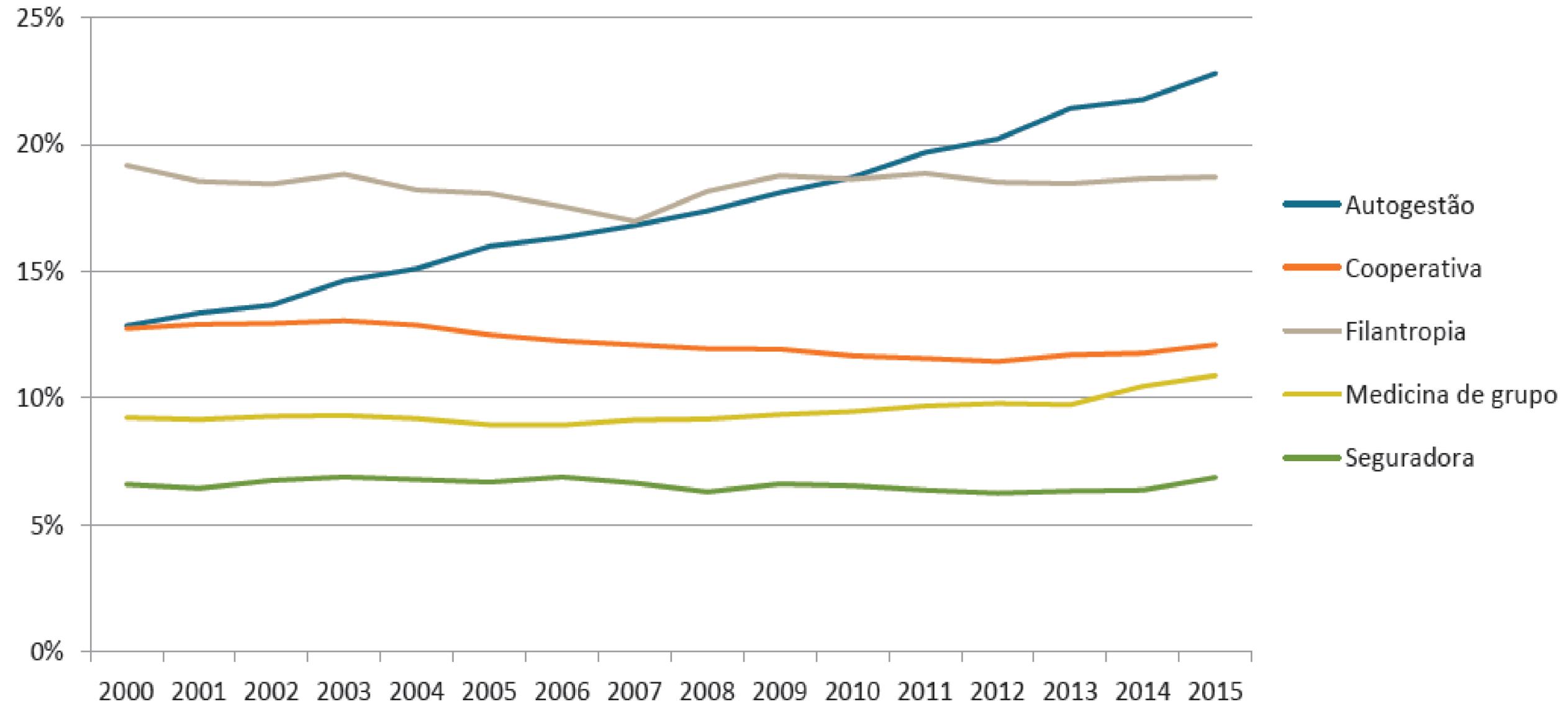


Setor Suplementar



Fonte: SIB/ANS/MS, MARÇO 2016
<http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>

Série Histórica da participação da população idosa na carteira das operadoras por modalidade - Brasil, 2010 a 2015



Fonte: SIB/ANS/MS, MARÇO 2016
<http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>

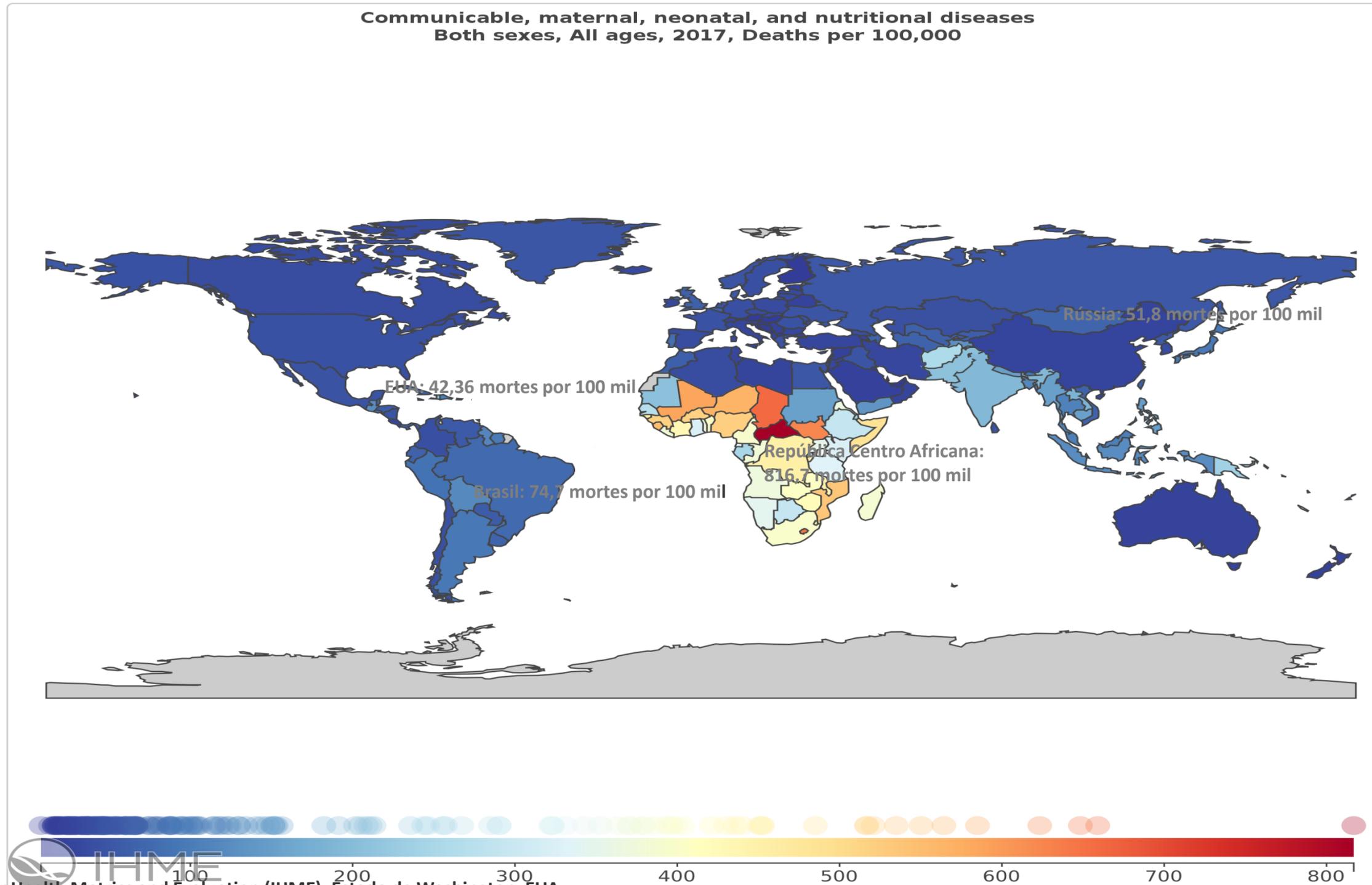
Índice de Envelhecimento por sexo segundo a filiação a planos privados médico-hospitalares na Região Sudeste, 2003, 2008 e 2013

Índice de envelhecimento (60+ / 15-)	Com Plano Privado			Sem Plano Privado		
	2003	2008	2013	2003	2008	2013
Total	0,5	0,59	0,78	0,37	0,51	0,7
Masculino	0,4	0,48	0,61	0,31	0,43	0,62
Feminino	0,61	0,69	0,96	0,42	0,59	0,78

Quanto maior o resultado da Razão – maior a quantidade de idosos

Mapa global – Distribuição das Doenças Transmissíveis, doenças Maternas e Perinatais, Desordens Nutricionais

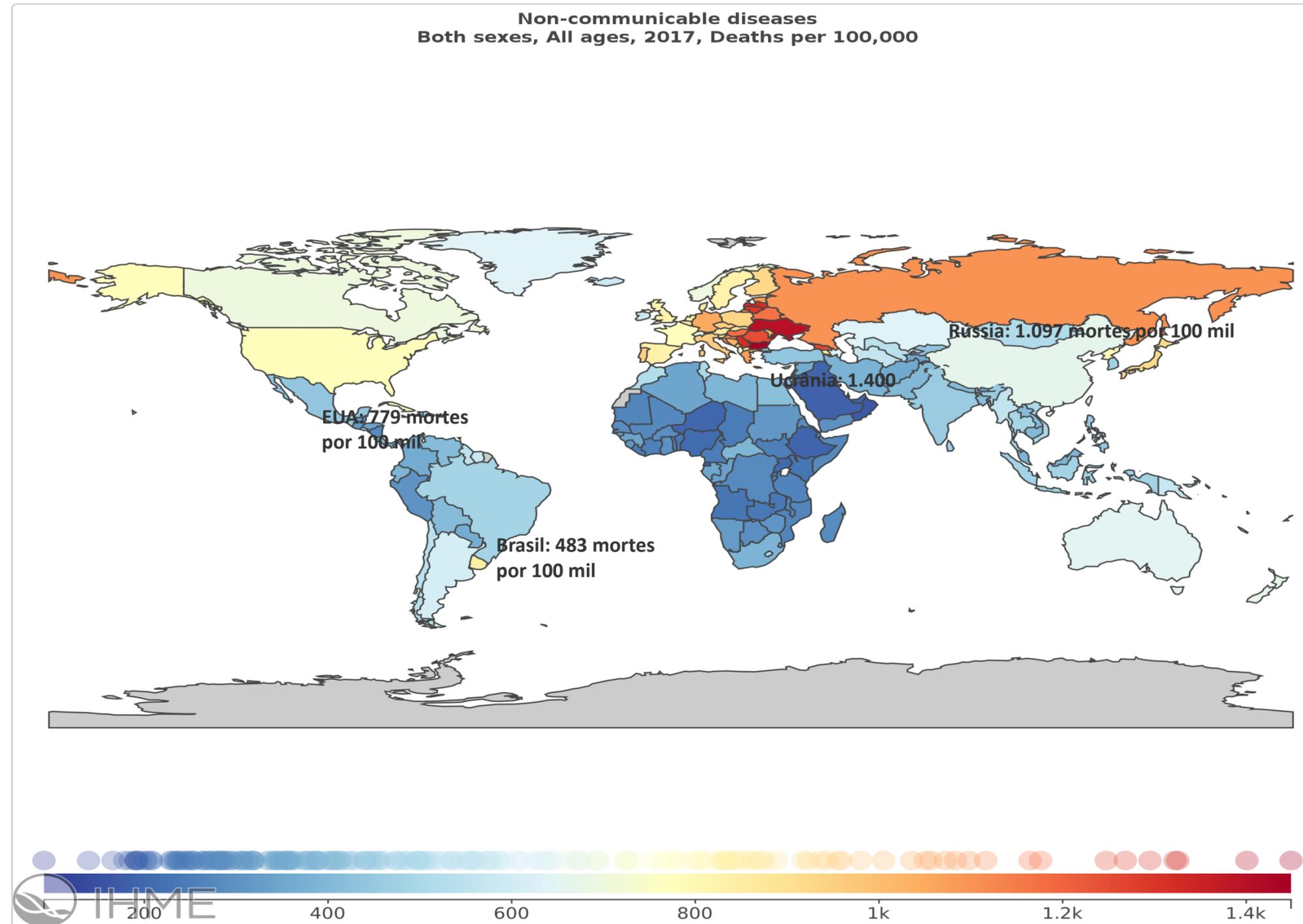
Taxa de Mortalidade por 100 mil - 2017 (ambos os sexos, todas as idades)



Mapa global – Distribuição das Doenças Crônicas Não Transmissíveis

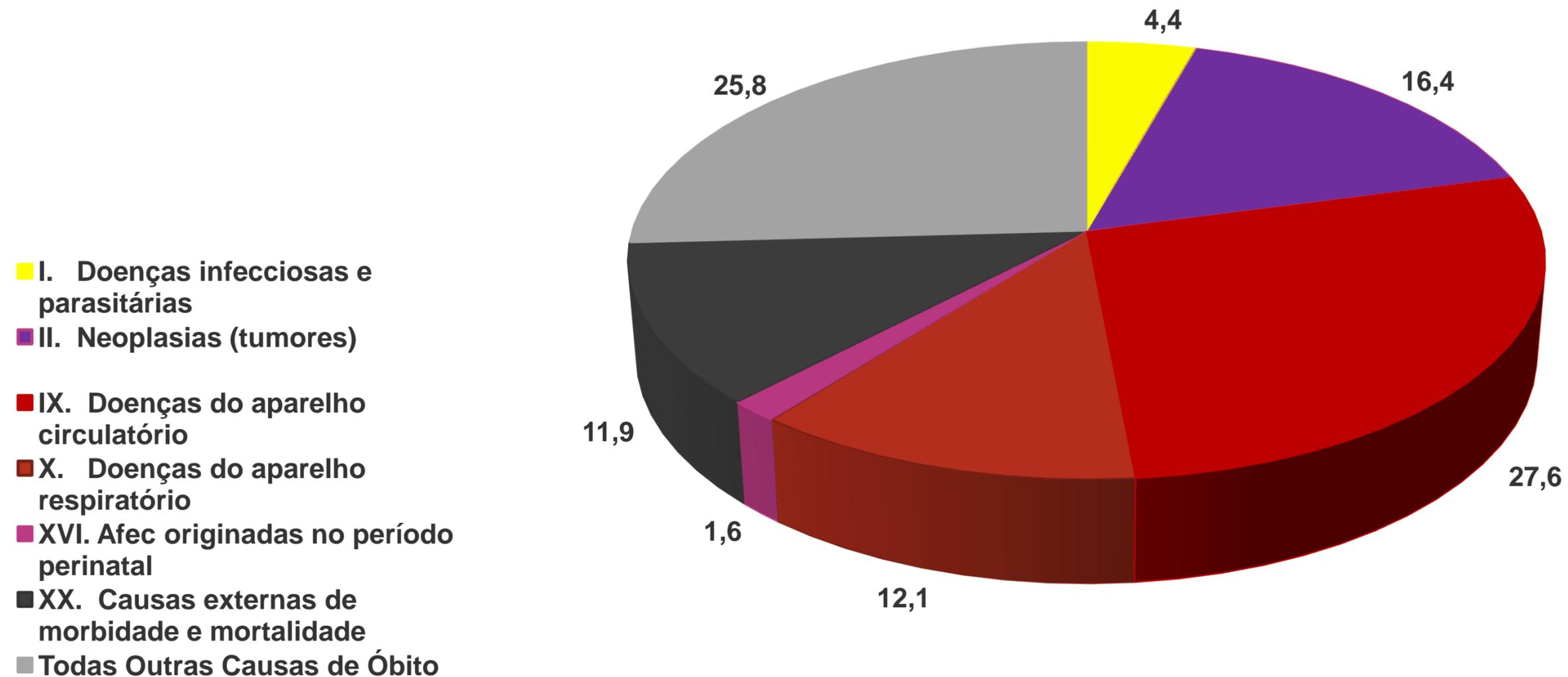
Taxa de Mortalidade por 100 mil - 2017 (ambos os sexos, todas as idades)

(excluindo as causas violentas)



Fonte: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), Estado de Washington, EUA
<https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>

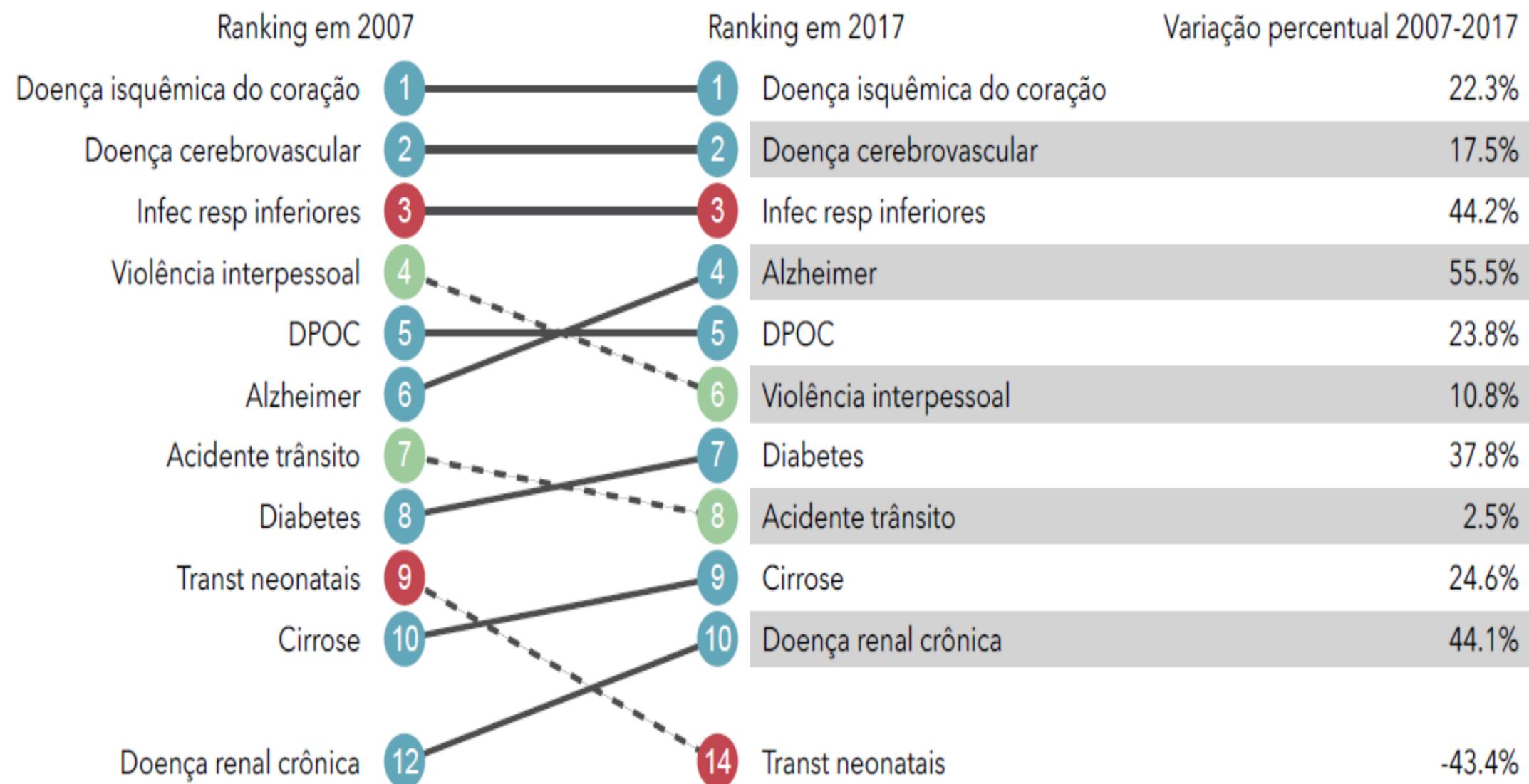
Mortalidade Proporcional por Causas (CID10), Brasil, 2016



Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM, 2016

O que causa a maioria das mortes no Brasil?

As 10 principais causas de morte em 2017 e variação percentual, 2007-2017, todas as idades, ambos os sexos



Fonte: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), Estado de Washington, EUA
<http://www.healthdata.org/>

Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)

- ✓ Dados do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), do Ministério da Saúde, mostram que, em 2015, as DCNT representaram 68% das mortes no Brasil (SVS/MS, 2015).
- ✓ Maioria das mortes prematuras por DCNT são evitáveis;
- ✓ Estudos realizados em diversos países - dos 38 milhões de vidas perdidas por DCNT, em 2012, 16 milhões (42%) de mortes foram prematuras e poderiam ter sido evitadas (WHO, 2015);
- ✓ DCNT vem aumentando na última década no Brasil: 14,2% de prevalência hipertensão e 61,8% de diabetes (Vigitel/MS, 2017).
- ✓ No setor suplementar – Entre 2008 e 2016, a proporção de beneficiários adultos com excesso de peso passou de 46,5% para 53,7% e a proporção de obesos aumentou de 12,5% para 17,7% (Vigitel 2016).

Principais causas de internação de idosos beneficiários de planos de saúde, internados em hospitais públicos (SUS), por sexo e idade, Brasil, 2015

Causas da Internação em Idosos Beneficiários no SUS - Capítulo CID-10	MULHERES (%)		HOMENS (%)	
	60 - 79 anos	80 anos +	60 - 79 anos	80 anos +
II. Neoplasias (tumores)	20,0	10,9	18,7	13,3
IX. Doenças do aparelho circulatório	19,0	22,0	23,8	22,9
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	10,0	15,4	10,0	11,5
XI. Doenças do aparelho digestivo	7,3	5,3	9,0	6,2
X. Doenças do aparelho respiratório	7,2	15,8	7,0	16,7
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	6,8	6,2	7,1	6,5
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	5,7	7,6	5,9	8,6
VII. Doenças do olho e anexos	4,4	2,7	2,6	2,5
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	3,8	1,9	2,2	0,9
VI. Doenças do sistema nervoso	3,5	2,4	2,8	1,5
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	2,6	3,5	2,3	2,9
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	2,5	1,4	2,2	2,0
V. Transtornos mentais e comportamentais	2,5	1,2	2,0	0,7
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	2,2	1,9	2,0	1,9
XXI. Contatos com serviços de saúde	0,9	0,3	1,2	0,3
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	0,9	1,1	0,8	1,2
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômica	0,4	0,1	0,2	0,1
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0,2	0,1	0,1	0,0
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Tabnet ANS – Ressarcimento ao SUS
http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_res.def

Desafios para a Saúde Suplementar

Perfil demográfico e projeção (2010, 2030, 2050)



Fonte: IBGE, Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 1980-2050 – Revisão 2008 e SIB/ANS/MS – 12/2009

Notas: 1. As pirâmides de beneficiários em 2030 e 2050 foram calculadas aplicando-se sobre a projeção da população do Brasil, publicada pelo IBGE, as taxas de cobertura referentes a 2009.

2. As faixas etárias são apresentadas de 5 em 5 anos e a última faixa é 80 anos ou mais.

- ❖ Transição Demográfica de rápida evolução
- ❖ Transição Epidemiológica
- ❖ Transição Tecnológica

➤ É necessária a realização da correspondente transição na organização dos serviços de saúde



ACREDITAÇÃO OPERADORAS

Acreditação de Operadoras



Definição

- Certificação do cumprimento de boas práticas em gestão organizacional e gestão em saúde pelas Operadoras, com o objetivo de qualificação da prestação dos serviços e redução de custos, levando a uma melhor experiência para o beneficiário.



Operacionalização

- Processo é realizado por Entidades Acreditoras reconhecidas pelo INMETRO e homologadas pela ANS a partir de requisitos estabelecido pelo órgão regulador.



Operadoras Acreditadas

- Atualmente existem 42 operadoras MH acreditadas.



Entidades Acreditoras

- Atualmente o Programa conta com 06 Entidades Acreditoras reconhecidas pelo INMETRO e homologadas pela ANS existem 42 operadoras MH acreditadas

Objetivos da Acreditação de Operadoras

ANS

- Aprimorar o seu papel de indutor de qualidade das operadoras
- Desenvolver no setor condições para a competição facilitando a escolha qualificada

OPERADORA

- Adoção das melhores práticas por parte das operadoras
- Evidência da competência técnica
- Reconhecimento e aceitação de suas atividades
- Aumento da confiança dos clientes

BENEFICIÁRIO

- Redução da Assimetria de Informação
- Aumento na confiança ao escolher uma operadora

Por que o Programa de Acreditação é necessário?

Falhas de mercado persistentes

(Silva, 2003).

A incerteza

O risco

A assimetria de informações

Assimetria de Informação

(Sanchez & Ciconelli, 2012).

Desigualdade na distribuição de informação entre os atores

Uma das partes do sistema de saúde detém informações significativas, enquanto que a outra parte não possui informações suficientes

Não há como fazer uso do sistema de forma adequada ou suficiente

O Sistema de Saúde é um “bem credencial”

(Lopes, 2009).

Quando o consumidor não consegue avaliar com suficiência todos os atributos de qualidade relacionados a esse serviço, mesmo após sua utilização, necessitando de amparo de especialistas

Falta de empoderamento

(Sanchez e Ciconelli, 2012)

O conhecimento precário ou ausente impede o indivíduo de realizar as escolhas mais adequadas para a sua necessidade

A Lei 9.656, de 1998 e a criação da ANS por meio da Lei 9.961, de 2000, foram importantes marcos para regular o setor, **reduzindo falhas de mercado importantes**, como a assimetria de informação.

Por que o programa de acreditação é necessário?

Baixa Cultura de Qualidade Setor

Qualidade é tudo aquilo que atende às expectativas dos clientes e está direcionado à sua satisfação (Coutinho, 2014).

Como qualquer organização, as operadoras devem buscar a qualidade e a satisfação de seus beneficiários

No Brasil, a cultura da qualidade ainda precisa ser ampliada.

O número de prestadores de serviços de saúde acreditados ainda é baixo frente ao número total de prestadores de serviços existentes

Mercado potencial para acreditação

Apenas 42 OPS MH acreditadas = 21,17% do Total de Beneficiários

Potencial de 722 operadoras médico-hospitalares

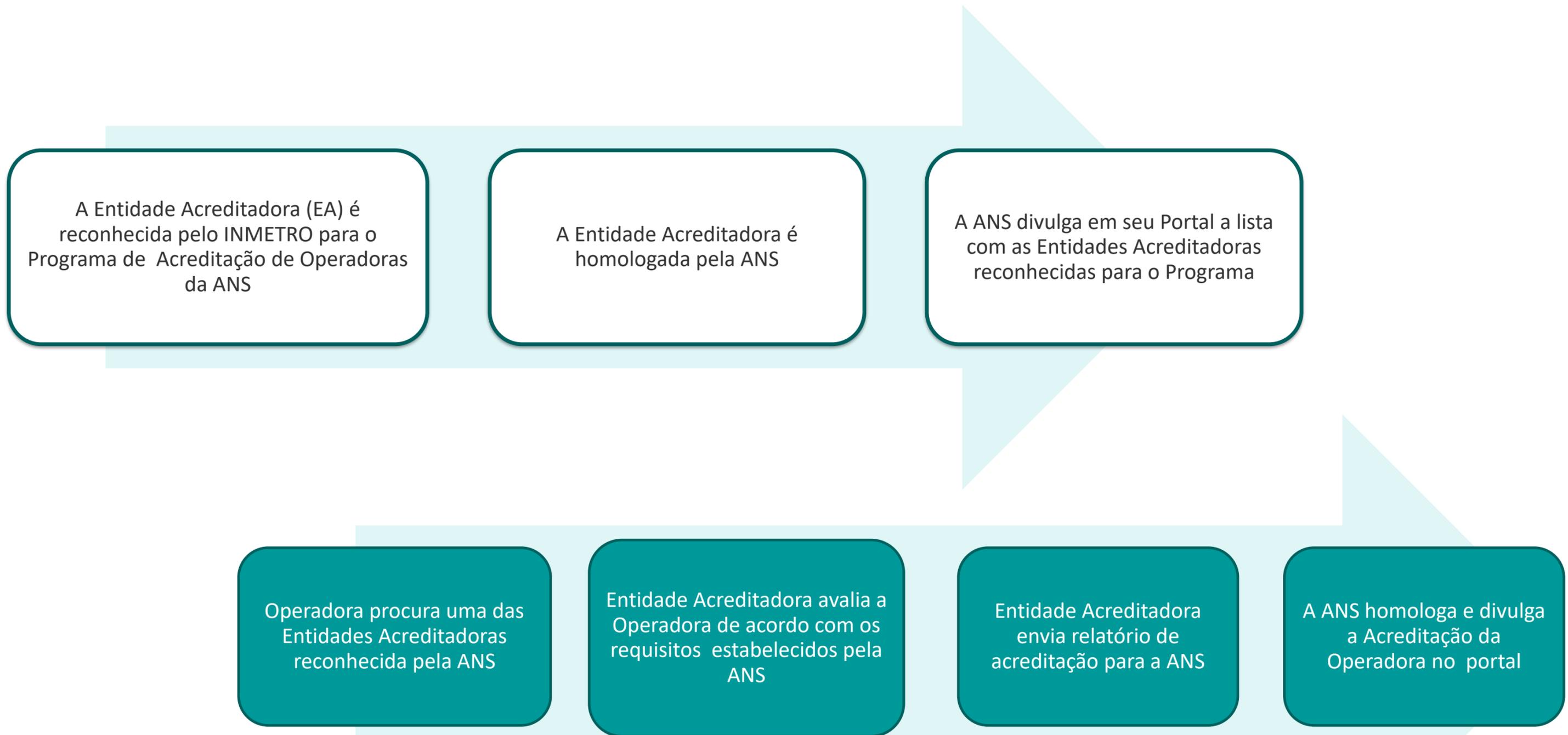
Potencial de 321 operadoras exclusivamente odontológicas

De 3.777 Hospitais Privados, apenas 170 são acreditados

Em que pontos a operadora acreditada é atualmente avaliada – RN 277/2011

Dimensões da RN 277/2011	Quantidade de Itens
1 - Programa de Melhoria da Qualidade - PMQ	11
2 - Dinâmica da Qualidade e Desempenho Rede Prestadora	12
3- Sistemáticas de Gerenciamento das Ações dos Serviços de Saúde	25
4- Satisfação dos Beneficiários	9
5- Programa de Gerenciamento de Doenças e Promoção da Saúde	51
6- Estrutura e Operação	15
7- Gestão	24
TOTAL	147

Fluxograma da Acreditação de Operadoras



Operadoras Acreditadas



Operadoras Acreditadas – Nível I



1	Bradesco Saúde S.A.	00571-1	20	Unimed Erechim Cooperativa de Serviços de Saúde Ltda	35702-2
2	Central Nacional Unimed – Cooperativa Central	33967-9	21	Unimed Franca - Sociedade e Cooperativa de Serviços Médicos e Hospitalares	35478-3
3	Fundação São Francisco Xavier	33995-4	22	Unimed Goiânia - Cooperativa de Trabalho Médico	38287-6
4	Medical Medicina Cooperativa Assistencial de Limeira	36076-7	23	Unimed Juiz de Fora - Sociedade e Cooperativa de Serviços Médicos e Hospitalares	30688-6
5	SAMP Espírito Santo Assistência Médica Ltda.	34203-3	24	Unimed Nordeste RS Sociedade Cooperativa de Serviços Médicos Ltda.	32557-1
6	São Francisco Sistemas de Saúde Sociedade Empresária LTDA.	30209-1	25	Unimed Noroeste do Paraná Cooperativa de Trabalho Médico	36577-7
7	Unimed Apucarana - Cooperativa de Trabalho Médico	35809-6	26	Unimed Norte Pioneiro - Cooperativa de Trabalho Médico	36606-4
8	Unimed Belo Horizonte – Cooperativa de Trabalho Médico	34388-9	27	Unimed Paranavaí Cooperativa de Trabalho Médico	32086-2
9	Unimed Chapecó - Cooperativa de Trabalho Médico da Região Oeste Catarinense	35429-5	28	Unimed Pato Branco Cooperativa de Trabalho Médico	37068-1
10	Unimed Cooperativa de Serviços de Saúde Vales do Taquari e Rio Pardo	30639-8	29	Unimed Porto Alegre - Cooperativa Médica	35250-1
11	Unimed Costa Oeste Cooperativa de Trabalho Médico	37110-6	30	Unimed Regional Sul Goiás Cooperativa de Trabalho Médico	30547-2
12	Unimed Curitiba Sociedade Cooperativa de Médicos	30470-1	31	Unimed Rio Branco Cooperativa de Trabalho Médico Ltda.	33787-1
13	Unimed de Cascavel Cooperativa de Trabalho Médico	37007-0	32	Unimed RS Federação das Cooperativas Médicas do RS Ltda.	36708-7
14	Unimed de Guarulhos Cooperativa de Trabalho Médico	33305-1	33	Unimed São José do Rio Preto - Cooperativa de Trabalho Médico	33510-0
15	Unimed de Londrina Cooperativa de Trabalho Médico	34326-9	34	Unimed Sorocaba Cooperativa de Trabalho Médico	34829-5
16	Unimed de Piracicaba Sociedade Cooperativa de Serviços Médicos	31572-9	35	Unimed Uberaba Cooperativa De Trabalho Medico Ltda.	35406-6
17	Unimed de Santa Bárbara D'oste e Americana – Coop de Trabalho Médico	36929-2	36	Unimed Vale das Antas RS Cooperativa de Assistência à Saúde Ltda.	33554-1
18	Unimed do Estado do Paraná - Federação Estadual das Cooperativas Médicas	31272-0	37	Unimed Vale do Sinos Cooperativa de Assistência à Saúde Ltda	35641-7
19	Unimed Encosta da Serra/RS Sociedade Cooperativa de Serviços de Saúde Ltda.	31171-5	38	Unimed Vitória Cooperativa de Trabalho Médico	35739-1

Operadoras Acreditadas – Níveis II e III



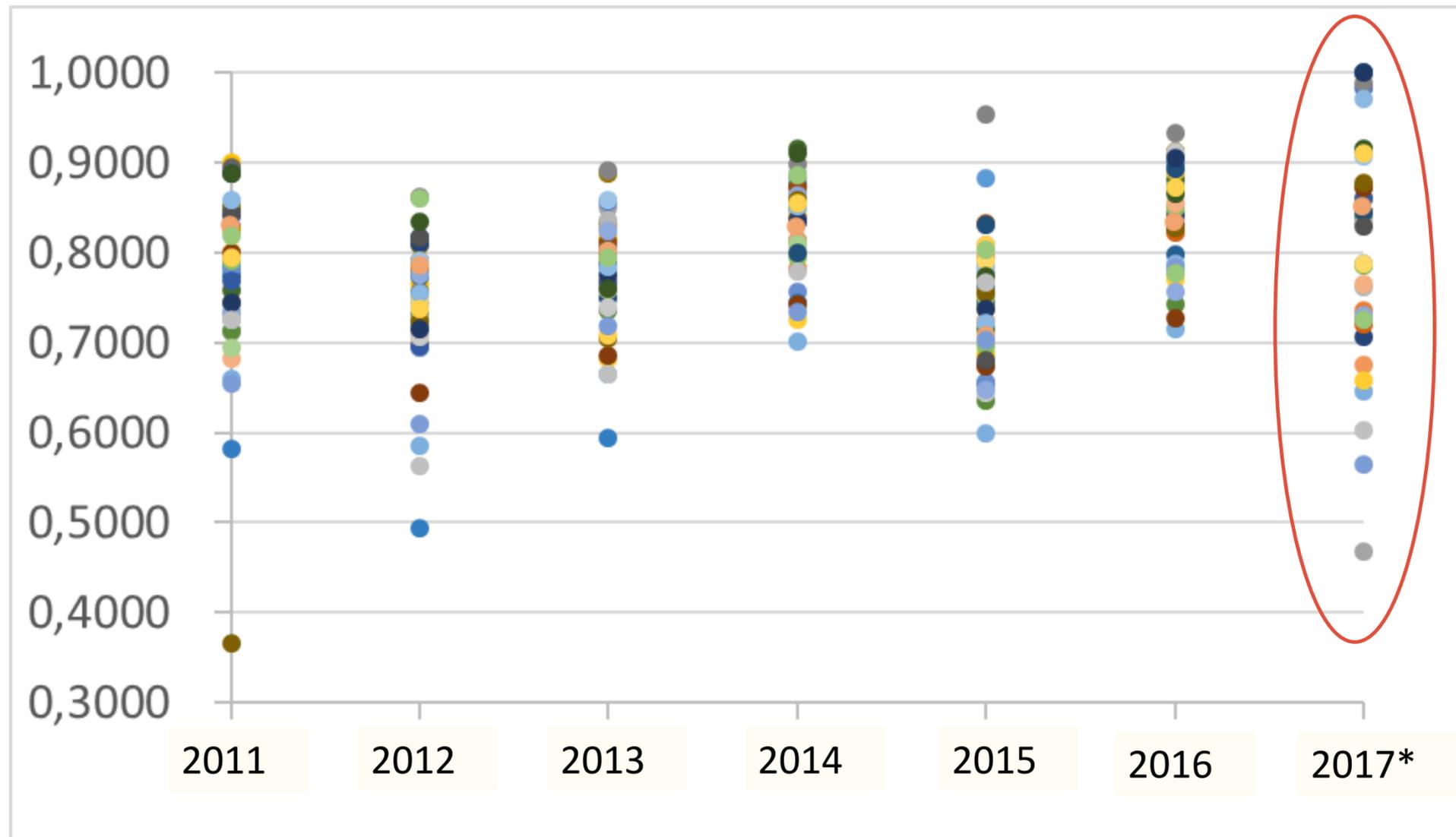
39	Unimed Noroeste RS - Sociedade Cooperativa de Assistência à Saúde Ltda.	35726-0	Nível II
40	Unimed Norte Capixaba Cooperativa de Trabalho Médico	37177-7	
41	Unimed Sul Capixaba Cooperativa de Trabalho Médico	32070-6	
42	Unimed Vertente do Caparaó Cooperativa de Trabalho Médico	31789-6	Nível III

Entidades Acreditoras homologadas

ENTIDADE ACREDITADORA	VALIDADE DA HOMOLOGAÇÃO*
1) A4 Quality Services Auditoria e Certificação Ltda	09 de janeiro de 2022
2) Consórcio Brasileiro de Acreditação - CBA	19 de junho de 2021
3) Det Norske Veritas –DNV	02 de agosto de 2021
4) Instituto Nacional da Qualidade e Desenvolvimento Social - ISOPOINT	11 de julho de 2019
5) Fundação Carlos Alberto Vanzolini	14 de julho de 2021
6) ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas	27 de novembro de 2021

Evidências na Indução da Qualidade

Dispersão da Nota do IDSS das 42 operadoras acreditadas, de 2011 a 2017* (ano-base)



Fonte: Portal da ANS; Sistema Qualificação, out/2018.

*2017 - Resultado Preliminar

- Até o ano-base 2016: deslocamento do IDSS das operadoras acreditadas para notas mais elevadas, bem como menor distância entre as notas destas operadoras (menor dispersão).
- Aumento das OPS acreditadas => Interesse pela busca das melhores práticas:

	Qtde de OPS acreditadas
Dez/2015	8
Dez/2016	16
22/Nov/2018	42

Evidências na Indução da Qualidade

O IDSS médio-ponderado demonstra melhor desempenho das operadoras acreditadas

O grau de diferenciação das OPS acreditadas pode ser efeito da pontuação base adicionada?

O IDSS médio ponderado, sem pontuação extra para as OPS acreditadas demonstra uma associação entre acreditação e melhor desempenho.

Média ponderada do IDSS ano-base (AB) 2017*
OPS Acreditadas X OPS não acreditadas

Operadoras MH	Total OPS	Média de Beneficiários AB 2017	IDSS médio ponderado	IDSS médio ponderado sem pontuação extra para OPS Acreditada
Não Acreditadas	708	43.162.260	0,5895	0,5895
Acreditadas	38	11.248.398	0,8395	0,6900

Além disso, das operadoras que ficaram na faixa 1 do IDSS, (desempenho entre 0,8 e 1), 61% são acreditadas, o que reforça ainda mais a sinergia entre os Programas.

IDSS e Notas por Dimensão do IDSS das Operadoras Acreditadas

Estudo: Notas grifadas em vermelho: notas abaixo de 0,6 (faixas inferiores de avaliação de desempenho)

IDSS ano-base 2015 e Dimensões

Operadora	IDSS 2016 ano-base 2015	IDGA	IDGR	IDQS	IDSM
1	0,88200	0,90450	1,00000	0,75710	0,86640
2	0,80880	0,92710	1,00000	0,54920	0,75890
3	0,73670	0,99430	0,49150	0,68390	0,77730
4	0,75090	0,96900	0,82360	0,47170	0,73930
5	0,79200	0,76980	1,00000	0,40810	0,99010
6	0,64330	0,77740	0,61220	0,26520	0,91830
7	0,76370	0,97060	0,63200	0,57330	0,81770
8	0,95420	0,96460	0,98160	1,00000	0,87080
9	0,73980	0,78810	1,00000	0,39070	0,78040
10	0,69660	0,74370	0,55050	0,56520	0,92680
11	0,80770	0,94990	0,96490	0,41470	0,90160
12	0,71470	0,96940	0,48440	0,54180	0,86310
13	0,75590	0,95810	0,57560	0,60430	0,88540
14	0,74650	0,83770	0,80980	0,47390	0,86450
15	0,83210	0,95870	0,99330	0,50830	0,86790
16	0,74374	0,84560	1,00000	0,32510	0,80410

100% das OPS com IDSS ≥ 0,6

IDSS ano-base 2016 e Dimensões

Operadora	IDSS 2017 ano-base 2016	IDQS	IDGA	IDSM	IDGR
OPS 1	0,8996	0,9953	0,7393	0,8640	1,0000
OPS 2	0,7784	1,0000	0,7895	0,5700	0,7543
OPS 3	0,8479	0,7614	0,8266	0,8035	1,0000
OPS 4	0,8486	0,6903	0,9423	0,9240	0,8379
OPS 5	0,8707	0,8288	0,8500	0,8040	1,0000
OPS 6	0,8729	0,8854	0,8705	0,8296	0,9062
OPS 7	0,7975	0,8637	0,8788	0,8002	0,6472
OPS 8	0,9115	0,8324	0,8896	0,9240	1,0000
OPS 9	0,8274	0,5945	0,8511	0,8640	1,0000
OPS 10	0,9115	0,7355	0,9324	0,9780	1,0000
OPS 11	0,8421	0,6708	0,8532	0,9150	0,9294
OPS 12	0,8804	0,7327	0,8739	0,9150	1,0000
OPS 13	0,7143	0,5984	0,8069	0,7582	0,6938
OPS 14	0,8325	0,5518	0,8742	0,9038	1,0000
OPS 15	0,8523	0,6010	0,9210	0,9660	0,9213
OPS 16	0,7697	0,5271	0,9281	0,6245	0,9992
OPS 17	0,8249	0,8929	0,7082	0,6987	1,0000
OPS 18	0,8502	0,8762	0,5946	0,9300	1,0000
OPS 19	0,8245	0,9195	0,5596	0,8191	1,0000
OPS 20	0,8227	0,6708	0,8506	0,9240	0,8453
OPS 21	0,9328	1,0000	0,8673	0,8640	1,0000
OPS 22	0,8896	0,7575	0,8739	0,9270	1,0000
OPS 23	0,8941	0,9315	0,8480	0,7970	1,0000
OPS 24	0,7428	0,6158	0,8176	0,8640	0,6738
OPS 25	0,7847	0,6922	0,6799	0,7670	1,0000
OPS 26	0,8554	0,8270	0,8301	0,8719	0,8925
OPS 27	0,9126	0,7462	0,9103	0,9940	1,0000
OPS 28	0,8906	0,7085	0,8599	0,9940	1,0000
OPS 29	0,7564	0,7640	0,8250	0,8308	0,6057
OPS 30	0,8694	0,8607	0,8515	0,7654	1,0000
OPS 31	0,8928	0,6708	0,9065	0,9940	1,0000
OPS 32	0,7277	0,8118	0,6602	0,7150	0,7237
OPS 33	0,8289	0,5621	0,9191	0,9940	0,8405
OPS 34	0,8268	0,6279	0,8324	0,9240	0,9231
OPS 35	0,9055	0,9241	0,9410	0,7569	1,0000
OPS 36	0,8658	0,7358	0,8222	0,9240	0,9811
OPS 37	0,7879	0,6861	0,8861	0,8135	0,7659
OPS 38	0,8330	0,6095	0,9090	0,9767	0,8367
OPS 39	0,7773	0,5833	0,8865	0,7393	0,9000
OPS 40	0,8725	0,8846	0,8143	0,7912	1,0000

100% das OPS com IDSS ≥ 0,6

IDSS ano-base 2017 (*Resultados preliminares*) e Dimensões

Operadora	IDSS OPER	IDQS	IDGA	IDSM	IDGR
1	0,7870	0,5327	0,3058	1,0000	0,8546
2	0,7358	0,5706	0,2974	0,7781	0,9194
3	0,4680	-	-	0,8934	0,5000
4	0,7272	0,3475	0,2641	0,9914	0,9626
5	0,9829	0,7319	0,7110	1,0000	1,0000
6	0,7854	0,4963	0,3412	0,9785	0,9054
7	1,0000	0,8140	0,9179	0,8844	0,9949
8	0,8357	0,5055	0,4468	1,0000	1,0000
9	0,7260	0,4713	0,3509	0,9645	1,0000
10	0,8750	0,9107	0,5996	0,7998	0,6194
11	0,7063	0,5276	0,3644	0,6913	0,8131
12	0,8452	0,6085	0,5354	0,8825	0,8729
13	0,6460	0,6125	0,1831	0,5329	0,9741
14	0,6757	0,1500	0,4051	0,8787	0,9561
15	0,7619	0,4581	0,3085	0,9398	1,0000
16	0,6587	0,4960	0,3378	0,5458	0,9479
17	0,9137	0,7340	0,5153	0,9630	1,0000
18	1,0000	0,8742	0,7376	1,0000	0,9238
19	1,0000	0,6934	0,8148	1,0000	0,9786
20	0,9879	0,9190	0,5408	1,0000	1,0000
21	0,8609	0,7543	0,4898	0,8200	0,9166
22	0,8606	0,7631	0,2903	1,0000	0,9461
23	0,8395	0,5303	0,4346	1,0000	1,0000
24	0,9063	0,6204	0,5875	1,0000	0,9398
25	0,7652	0,4528	0,2732	0,9914	1,0000
26	0,8338	0,6862	0,2681	1,0000	0,9758
27	0,7871	0,6721	0,1184	1,0000	1,0000
28	0,7301	0,7091	0,2529	0,7384	1,0000
29	0,8453	0,7652	0,4629	0,8243	0,7954
30	0,8444	0,4669	0,5146	1,0000	1,0000
31	0,8716	0,6867	0,3854	1,0000	1,0000
32	0,8295	0,4601	0,4938	1,0000	0,9334
33	0,8783	0,5874	0,5070	1,0000	1,0000
34	1,0000	0,9399	0,7013	1,0000	0,8197
35	0,9156	0,7646	0,5198	0,9342	1,0000
36	0,9711	0,7045	0,6993	1,0000	1,0000
37	0,8513	0,5153	0,5191	0,9701	1,0000
38	0,9107	0,7105	0,4975	1,0000	0,9834
39	0,7199	0,5940	0,4810	0,9914	1,0000
40	0,6023	0,4242	0,5019	0,8104	0,8139
41	0,5649	0,2435	0,4314	0,9817	0,6793
42	0,7256	0,6017	0,4890	1,0000	0,9841

95% das OPS com IDSS ≥ 0,6

Operadoras Acreditadas

Informações e Avaliações de Ope x +

Não seguro | www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras

Ir para o conteúdo 1 Ir para o menu 2 Ir para a busca 3 Ir para o rodapé 4

Acessibilidade A A- A+

BRASIL Serviços Simplifique! Participe Acesso à informação Legislação Canais

Acesso à Informação DISQUE ANS 0800 7019656 CENTRAL DE ATENDIMENTO Fale sobre a ANS Sala de Imprensa English Español

ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar | A Agência Reguladora de Planos de Saúde do Brasil

Buscar no sítio da ANS

Principal A ANS Planos e Operadoras Legislação Participação da Sociedade Prestadores Dados do Setor Gestão em Saúde Central de Atendimento

Principal / Planos e Operadoras / Informações e Avaliações de Operadoras

Informações e Avaliações de Operadoras

- Espaço do Consumidor
- Informações e Avaliações de Operadoras**
- Espaço da Operadora
- Contratação e Troca de Plano

Consultar Dados e Planos da Operadora
Confira os dados de os planos ativos de uma Operadora.

Monitoramento da Garantia de Atendimento
Acesse aqui o resultado completo do monitoramento da garantia de atendimento.

Programa de Qualificação de Operadoras

www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras

Saúde Suplementar | ANOS

Operadoras Acreditadas

The screenshot shows a web browser window with the URL www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras. The page features a navigation menu on the left with the following items: "de plano de saúde", "Monitoramento de Garantia de Atendimento", "Espaço da Operadora" (highlighted in green), and "Contratação e Troca de Plano". The main content area contains several informational cards:

- Programa de Qualificação de Operadoras**: Confirma o desempenho de uma empresa de planos de saúde ou baixe um arquivo com os resultados de todas elas no programa de Qualificação da ANS. (Icon: magnifying glass over a bar chart)
- Índice de Reclamações**: Conheça a posição de uma operadora no ranking das empresas de planos de saúde que mais recebem reclamações de seus consumidores. (Icon: group of people with a megaphone)
- Acreditação de Operadoras**: Informações sobre entidades acreditadoras existentes e operadoras acreditadas. (Icon: checklist with a green pen) **A red arrow points to this card.**
- Operadoras em Regime Especial de Liquidação ou Falência**: Confira aqui as operadoras que tiveram seu registro cancelado pelo Regime Especial de Liquidação Extrajudicial ou que tiveram a falência decretada. (Icon: padlock)
- Percentual de Pagamento Administrativo das Operadoras junto ao Ressarcimento ao SUS**: Confira aqui o índice de adimplência das operadoras de planos de saúde. (Icon: keyboard and document)

In the bottom right corner, there is a logo for ANS (Associação Nacional de Suplementar) celebrating 18 ANOS.

Operadoras Acreditadas

← → ↻ 🏠 ⓘ Não seguro | www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/acreditacao-de-operadoras ☆ set | 👤 ⋮

- Informações e Avaliações de Operadoras
 - Consultar Dados e Planos da Operadora
 - Qualificação ANS
 - Índice de Reclamações
 - Acreditação de Operadoras**
 - Operadoras em Regime Especial de Liquidação ou Falência
 - Índice de Efetivo Pagamento ao Ressarcimento ao SUS (antigo Índice de Adimplência de Ressarcimento ao SUS)
 - Taxas de partos cesáreos por operadora de plano de saúde
 - Monitoramento de Garantia de Atendimento
- Espaço da Operadora
- Contratação e Troca de Plano

O Programa de Acreditação tem como objetivo certificar a qualidade assistencial das operadoras de planos de saúde, de acordo com avaliação feita por entidades de acreditação homologadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e, a partir de 03/05/2013, obrigatoriamente habilitadas pelo Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia (INMETRO).

A análise das empresas leva em conta diversos pontos para conceder a certidão, como a administração, a estrutura e a operação dos serviços de saúde oferecidos, o desempenho da rede de profissionais e de estabelecimentos de saúde conveniados e o nível de satisfação dos beneficiários.

A certidão de acreditação pode ser conferida em 3 níveis:

-  **Nível I:** operadoras de planos de saúde avaliadas entre 90 (noventa) e 100 (cem) pontos;
-  **Nível II:** operadoras de planos de saúde avaliadas entre 80 (oitenta) e 89 (oitenta e nove) pontos;
-  **Nível III:** operadoras de planos de saúde avaliadas entre 70 (setenta) e 79 (setenta e nove) pontos.

Operadoras Acreditadas

Operadora de Planos de Saúde	Reg ANS nº	Nível da Acreditação	Prazo de validade da Certidão
Unimed Uberaba Cooperativa De Trabalho Medico Ltda.	35406-6	 Nível I	3 anos (A partir de 21 de fevereiro de 2017)
Bradesco Saúde S.A.	00571-1	 Nível I	4 anos (A partir de 11 de maio de 2015)
Fundação São Francisco Xavier	33995-4	 Nível I	3 anos (A partir de 08 de dezembro de 2016)
Unimed Cooperativa de Serviços de Saúde Vales do Taquari e Rio Pardo	30639-8	 Nível I	4 anos (A partir de 20 de junho de 2017)



Operadoras Acreditadas

Entidades Acreditadoras



Confira abaixo as entidades acreditadoras homologadas pela ANS:

Acreditora	Portaria
A4 Quality Services Auditoria e Certificação Ltda.	
DNV - Det Norske Veritas	
ISOPOINT	
CBA – Consórcio Brasileiro de Acreditação	
Fundação Carlos Alberto Vanzolini	
ABNT	

Saiba Mais

Acesse a regulamentação relacionada

[RN nº 277, de 04/11/2011](#)

Compartilhe:



Mercado Potencial para Acreditação

Operadoras

Modalidade da Operadora	Acreditadas Nível I	Acreditadas Nível II	Acreditadas Nível III	Não acreditadas	Total Geral
Autogestão	0	0	0	160	160
Cooperativa Médica	32	3	1	258	294
Filantropia	1	0	0	44	45
Medicina de Grupo	2	0	0	254	256
Seguradora Especializada em Saúde	1	0	0	8	9
Total Geral	36	3	1	724	764

Beneficiários

Modalidade da Operadora	Acreditadas Nível I	Acreditadas Nível II	Acreditadas Nível III	Não acreditadas	Total Geral
Autogestão	-	-	-	4.876.141	4.876.141
Cooperativa Médica	6.913.764	170.021	13.465	10.732.888	17.830.138
Filantropia	204.272	-	-	900.350	1.104.622
Medicina de Grupo	811.147	-	-	23.116.073	23.927.220
Seguradora Especializada em Saúde	3.367.156	-	-	3.833.516	7.200.672
Total Geral	11.296.339	170.021	13.465	43.458.968	54.938.793

Total de Beneficiários nas 40 Operadoras Acreditadas: 11.479.825 = 21% do Total de Beneficiários em OPS MH

Fonte: Portal da ANS, abr/2018 e SIB de dez/2017

Por que atualizar o programa?

A norma atual não contempla as operadoras exclusivamente odontológicas

A forma de pontuação dos itens permite critérios imprecisos e subjetividade na avaliação

O Programa não conta com Manual que estabeleça a interpretação dos itens de verificação, possibilitando heterogeneidade de avaliação entre as diferentes EA

O Programa não conta com a descrição das formas de obtenção das evidências de cada item

Os itens de verificação muitas vezes estão superpostos, necessitando de maior diferenciação e clareza

Ausência de critérios técnicos de manutenção e suspensão da acreditação das OPS pela ANS

Por que atualizar o programa?

As EA constroem livremente seus próprios manuais, estabelecendo diferentes interpretações para avaliação das OPS, reduzindo a equidade nas avaliações

Ausência de procedimentos e obrigações específicos para manutenção e suspensão do reconhecimento das EA

Ausência de critérios de qualificação de auditores das EA

A norma não estabelece um padrão mínimo para os relatórios de avaliação emitidos pelas EA

O prazo máximo para expiração da acreditação é muito longo, 4 anos, gera incerteza na permanência do status inicialmente verificado na avaliação original

Grupo Técnico de Acreditação de Operadoras

❖ Total de 16 reuniões com representantes de Operadoras, Prestadores de Serviços, órgão de defesa do Consumidor, INMETRO e EA

❖ Todo o material do GT (apresentações, áudios, etc) está disponível em:
<http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/camaras-e-grupos-tecnicos/grupo-tecnico-de-acreditacao-de-operadoras>

❖ A proposta de alteração está baseada na literatura científica e em experiências nacionais e internacionais na área de acreditação.

❖ As referências estão descritas no AIR e no Manual.

Grupo Técnico de Acreditação de Operadoras

Descrição

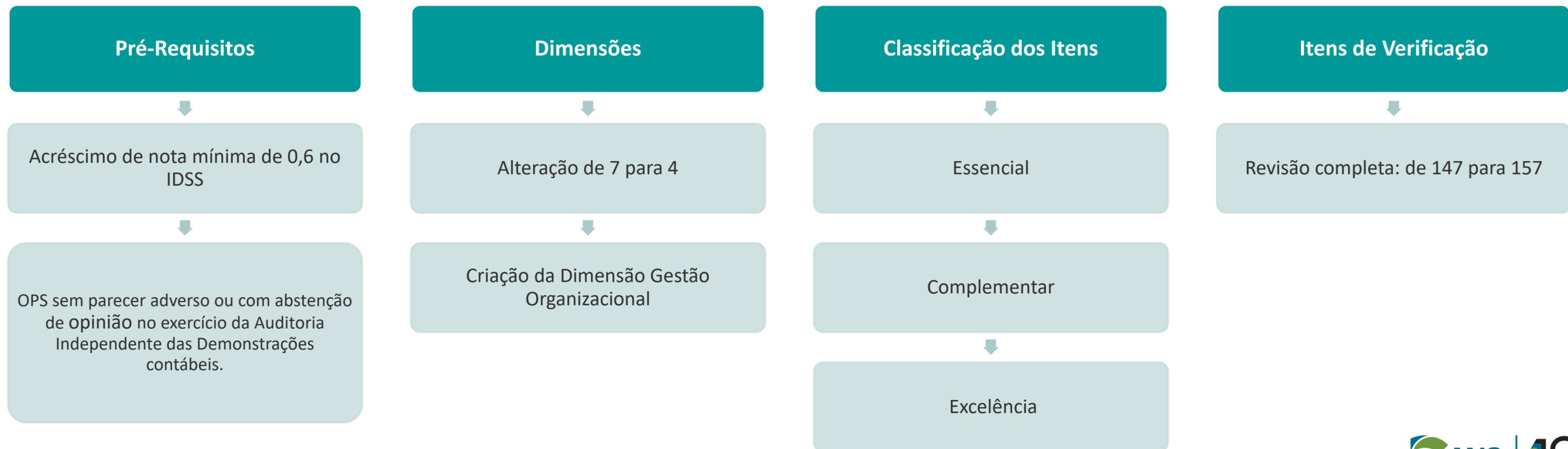
Grupo Técnico destinado a discutir as mudanças na Resolução Normativa RN 277 de 04 de novembro de 2011, que trata do Programa de Acreditação de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde.

Reuniões

Sessões	Datas	Descrição	Visualização
8º Reunião	26/04/2018	Programa de Acreditação de Operadoras – Ana Paula Cavalcante	Visualizar (.pdf)
7º Reunião	24/01/2018	Lista de presença	Visualizar (.pdf)
		Apresentação – Ana Paula Cavalcante, Rosana Neves e André Magalhães	Visualizar (.pdf)
		Transmissão via Periscope – parte 1	Assistir (Periscope)
		Transmissão via Periscope – parte 2	Assistir (Periscope)
6º Reunião	11/09/2017	Cronograma atualizado	Visualizar (.pdf)
		Lista de Presença	Visualizar (.pdf)
		Apresentação – Ana Paula Cavalcante e Rosana Neves	Visualizar (.pdf)
		Gravação via Skype for Business	Assistir (.mp4)
5º Reunião	07/08/2017	Lista de Presença	Visualizar (.pdf)
		Apresentação – Ana Paula Cavalcante e Rosana Neves	Visualizar (.pdf)
4ª reunião	23/06/2017	Lista de Presença	Visualizar (.pdf)

Reformulação do Programa de Acreditação OPS

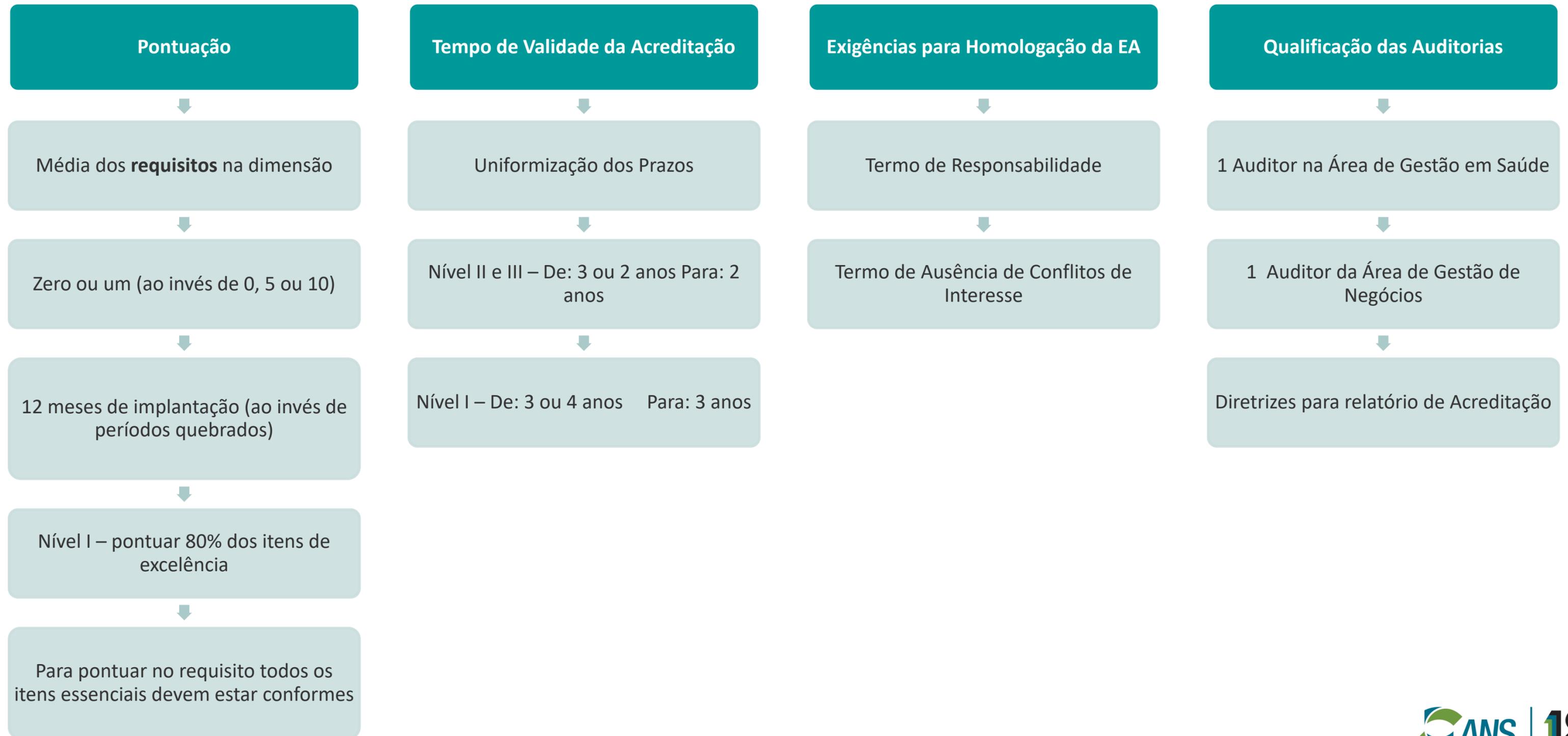
A proposta da reformulação das dimensões e requisitos teve como premissa a avaliação da operação típica de uma operadora de plano de saúde, não sendo incluídos requisitos que não estivessem na esfera de governabilidade das operadoras.



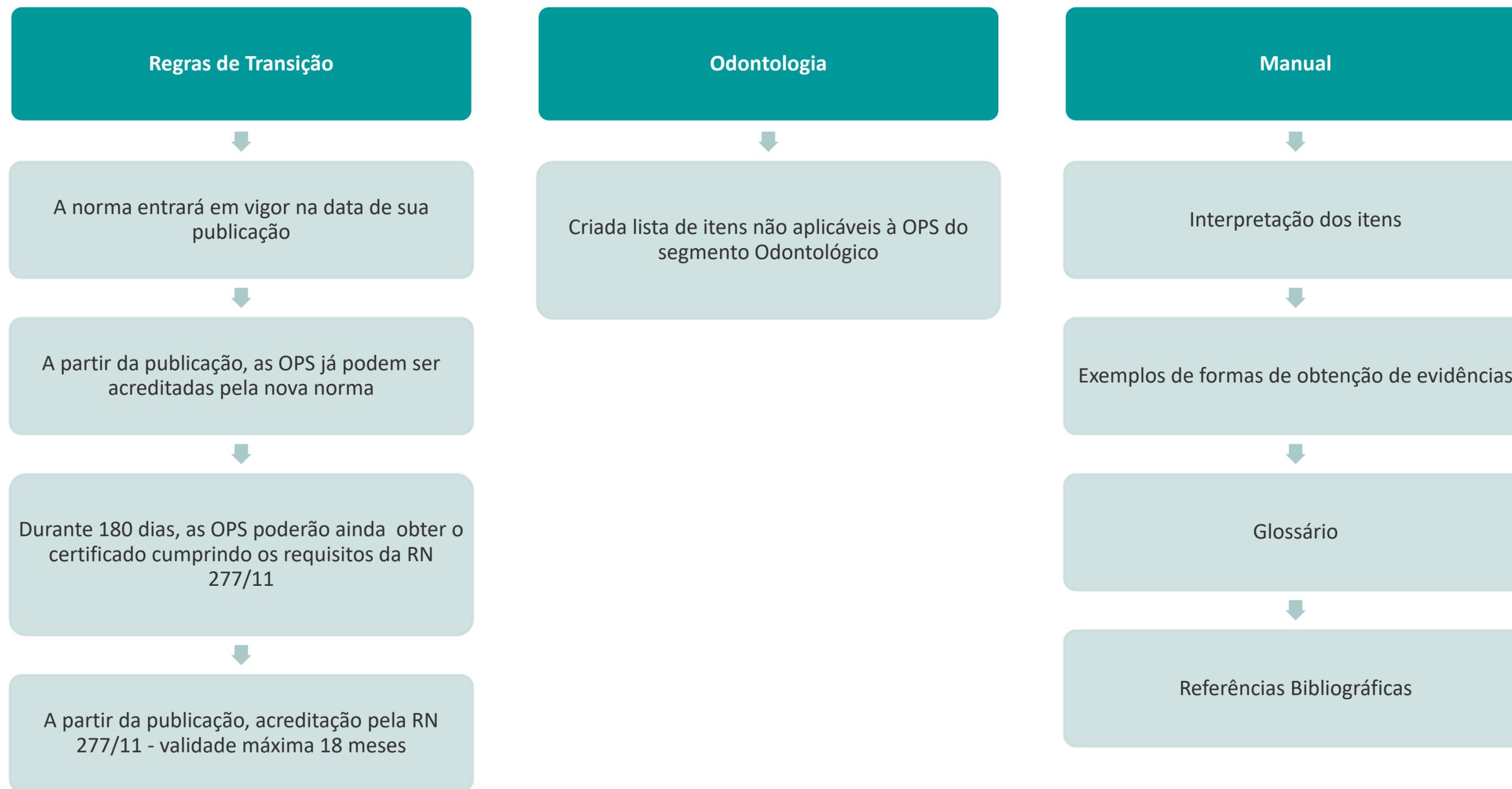
Classificação dos Itens

Classificação do Item	Definição	Ícone
Essencial	Os itens essenciais são condição <i>sine qua non</i> para pontuar o requisito. Caso 01 item essencial do requisito não seja cumprido, a operadora receberá nota Zero no requisito inteiro.	 Essencial
Complementar	Os itens complementares são boas práticas recomendáveis e, se cumpridos pela operadora, elevam a pontuação do requisito.	 Complementar
Excelência	Os itens de excelência são práticas pouco disseminadas no setor e de maior dificuldade de consecução. O cumprimento de 80% dos itens de excelência é uma das exigências para a operadora alcançar a Acreditação nível I - Ouro.	 Excelência

Reformulação do Programa de Acreditação OPS



Reformulação do Programa de Acreditação OPS



Reformulação do Programa de Acreditação OPS

Novas dimensões propostas	Dimensões equivalentes na RN 277/2011
1-Gestão Organizacional	1 - PMQ 4- Satisfação dos Beneficiários 6- Estrutura e Operação 7- Gestão
2-Gestão da Rede Prestadora de Serviços de Saúde	2 - Dinâmica da Qualidade e Desempenho Rede Prestadora 6- Estrutura e Operação
3-Gestão em Saúde	3- Sistemáticas de Gerenciamento das Ações dos Serviços de Saúde 5- Programa de Gerenciamento de Doenças e Promoção da Saúde 6- Estrutura e Operação
4-Experiência do Beneficiário	4- Satisfação dos Beneficiários

Novas Dimensões e Requisitos



I – Gestão Organizacional

1. Planejamento e Gestão Estratégica
2. Sistema de Governança Corporativa
3. Política de gestão de pessoas e desenvolvimento de lideranças
4. Tecnologia da Informação
5. Política de segurança e privacidade das informações
6. Gestão de Riscos Corporativos
7. Sustentabilidade da Operadora
8. Programa de Melhoria da Qualidade

72 itens



II – Gestão da Rede

1. Acesso do beneficiário à rede prestadora de serviços de saúde
2. Estrutura da Rede Prestadora com base em APS
3. Relação e contratualização com a Rede Prestado de Serviços
4. Mecanismos de Regulação

16 itens



III – Gestão em Saúde

1. Política de Qualidade e Segurança do paciente
2. Coordenação e Integração do cuidado
3. Programa de Gestão do Cuidado de Condições Crônicas de saúde
4. Assistência Farmacêutica
5. Modelos de Remuneração Baseado em Valor

40 itens



IV - Experiência do beneficiário

1. Disponibilização de Informações à sociedade
2. Canais de Comunicação com Beneficiário – resposta à demandas (reativo)
3. Canais de Comunicação com o Beneficiário – disponibilização de informações essenciais (proativo)
4. Pesquisa de Satisfação de Beneficiários

29 itens

Pontuação Mínima de 70 por dimensão

Dimensão e Requisitos	Quantidade de Requisitos (1)	Itens (2)	Total de Itens (3)	Itens Essenciais (4)	Itens Complementares (5)	Itens de Excelência (6)
1. Gestão Organizacional						
1.1 Planejamento e Gestão Estratégica	8	7	72	4	2	1
1.2 Sistema de Governança Corporativa		14		9	3	2
1.3 Política de Gestão de Pessoas e Desenvolvimento de Lideranças		10		5	2	3
1.4 Tecnologia da Informação		9		3	4	2
1.5 Política de Segurança e Privacidade das Informações		5		5	0	0
1.6 Gestão de Riscos Corporativos		10		2	5	3
1.7 Sustentabilidade da Operadora		9		3	3	3
1.8 Programa de Melhoria da Qualidade - PMQ		8		4	3	1
2. Gestão da Rede Prestadora de Serviços de Saúde						
2.1 Acesso do Beneficiário à Rede Prestadora de Serviços de Saúde	4	5	16	3	1	1
2.2 Estrutura da Rede Prestadora com Base em APS		2		1	1	0
2.3 Relação e Contratualização com a Rede Prestadora de Serviços		5		2	3	0
2.4 Mecanismos de Regulação		4		3	1	0
3. Gestão em Saúde						
3.1 Política de Qualidade e Segurança do Paciente	5	8	40	5	1	2
3.2 Coordenação e Integração do Cuidado		4		2	0	2
3.3 Programa de Gestão do Cuidado de Condições Crônicas de Saúde		17		8	5	4
3.4 Assistência Farmacêutica		4		1	1	2
3.5 Modelos de Remuneração Baseado em Valor		7		2	2	3
4. Experiência do Beneficiário						
4.1 Disponibilização de Informações à Sociedade	4	7	29	4	2	1
4.2 Canais de Comunicação com Beneficiário - resposta à demandas (reativo)		7		2	3	2
4.3 Canais de Comunicação com Beneficiário - disponibilização de informações essenciais (proativo)		6		5	0	1
4.4 Pesquisa de Satisfação de Beneficiários		9		4	2	3
Total Geral	21	157	157	77	44	36

Exemplo de Pontuação de Requisito

1. Gestão Organizacional			
	1.1 Planejamento e Gestão Estratégica	Classificação do Item	Pontuação obtida
1.1	A Operadora possui visão, missão e valores definidos e amplamente divulgados entre seus colaboradores.	Essencial	1
1.2	A Operadora define claramente os objetivos estratégicos com seus respectivos planos de ação, indicadores, metas e cronograma.	Essencial	1
1.3	Os objetivos estratégicos e seus planos de ação são disseminados e executados pelas áreas responsáveis.	Essencial	1
1.4	Os gestores monitoram sistematicamente os resultados definidos no planejamento estratégico de acordo com o cronograma estabelecido.	Essencial	1
1.5	A alta direção monitora sistematicamente os resultados definidos no planejamento estratégico de acordo com o cronograma estabelecido.	Complementar	1
1.6	A Operadora atualiza o planejamento estratégico a partir dos resultados monitorados.	Complementar	0
1.7	A Operadora realiza periodicamente análise de mercado: análise de cenário interno e externo, com estudos de tendências do setor, com vistas a ajustar seu planejamento estratégico.	Excelência	0

Pontuação do Requisito: 5 / 7 = 71,43%

Itens não aplicáveis à Odontologia (26)

Dimensão	Requisito	Item	Tipo
2. Gestão da Rede Prestadora de Serviços de Saúde	2.2 Estrutura da Rede Prestadora com base em APS	2.2.1	Essencial
		2.2.2	Complementar
	2.4 Mecanismos de Regulação	2.4.4	Complementar
3. Gestão em Saúde	3.2 Coordenação e Integração do cuidado	3.2.3	Excelência
		3.2.4	Excelência
	3.3 Programa de Gestão do Cuidado de Condições Crônicas de Saúde	3.3.1	Essencial
		3.3.2	Essencial
		3.3.3	Essencial
		3.3.4	Essencial
		3.3.5	Essencial
		3.3.6	Essencial
		3.3.7	Essencial
		3.3.8	Essencial
		3.3.9	Complementar
		3.3.10	Complementar
		3.3.11	Complementar
		3.3.12	Complementar
		3.3.13	Complementar
		3.3.14	Excelência
		3.3.15	Excelência
		3.3.16	Excelência
	3.4 Assistência Farmacêutica	3.4.1	Essencial
		3.4.2	Complementar
		3.4.3	Excelência
		3.4.4	Excelência
	3.5 Modelos de Remuneração Baseado em Valor	3.5.5	Excelência

Reformulação do Programa de Acreditação OPS

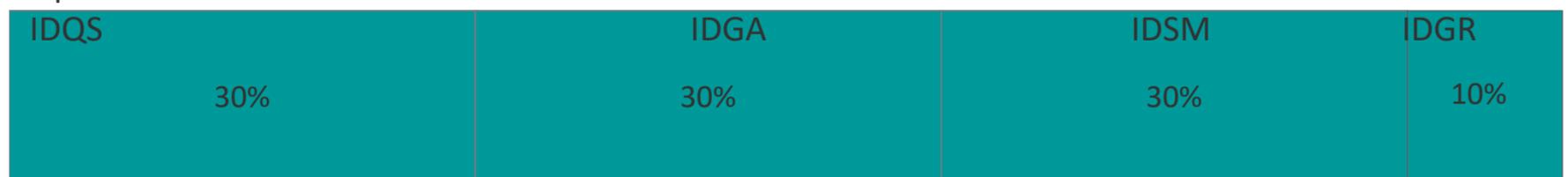
Critérios para Classificação	Nível de Certificação		
	Nível III Bronze	Nível II Prata	Nível I Ouro
1- Nota final	70 -80	80-90	≥ 90
2- Conformidade	-	-	80% dos itens de Excelência
3- Pontuação mínima no IDSS	0,6	0,6	0,8
4- Não zerar nenhum dos indicadores obrigatórios do IDSS	-	-	✓
5. Validade Máxima da Certidão	2 anos	2 anos	3 anos

Integração dos Programas de avaliação e indução de Qualidade da ANS

➤ O Certificado de Acreditação de Operadoras impactará ainda mais na nota final do **IDSS no ano-base 2018**

Peso da Acreditação Nível I no IDSS

Operadora Não acreditada



Operadora Acreditada Nível I no ano-base 2017



Ano-base 2017
Pontuação no IDSS de:
0,15 - Nível I
0,12 - Nível II
0,09 - Nível III

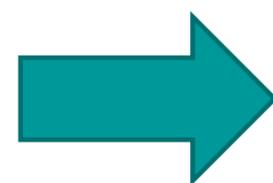
Operadora Acreditada Nível I no ano-base 2018



Ano-base 2018
Pontuação no IDSS de:
0,30 - Nível I
0,23 - Nível II
0,15 - Nível III

Integração dos Programas de avaliação e indução de Qualidade da ANS

- A Certificação em APS impactará na nota final na **Dimensão Gestão em Saúde** do Programa de Acreditação Operadoras em aproximadamente **60% ***

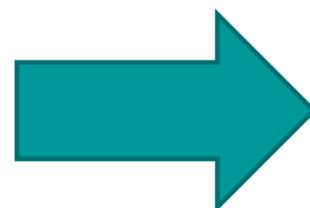


3. Gestão em Saúde	Itens
3.1 Política de Qualidade e Segurança do Paciente	8
3.2 Coordenação e Integração do cuidado	4
3.3 Programa de Gestão do Cuidado de Condições Crônicas de Saúde	17
3.4 Assistência Farmacêutica	4
3.5 Modelos de Remuneração Baseado em Valor	7
Total de Itens para os 5 requisitos	40

$*((4+17)/40 = 52,50\%)$

Integração dos Programas de avaliação e indução de Qualidade da ANS

- A Certificação em APS e a participação em outros Programas de indução e Qualidade impactará na nota da Dimensão de Qualidade da Atenção à Saúde do IDSS.



Pontuação base = 0,10 para participação em Projetos de Indução da Qualidade

Pontuação base para Certificação em APS de:

- Nível I: 0,30
- Nível II: 0,23
- Nível III: 0,15

Consulta Pública nº 71

Programa de Acreditação Operadoras

Período da Consulta Pública nº 71:

- Início: 06/09/2018
- Término: 05/10/2018

Documentos disponibilizados na Consulta Pública nº 71:

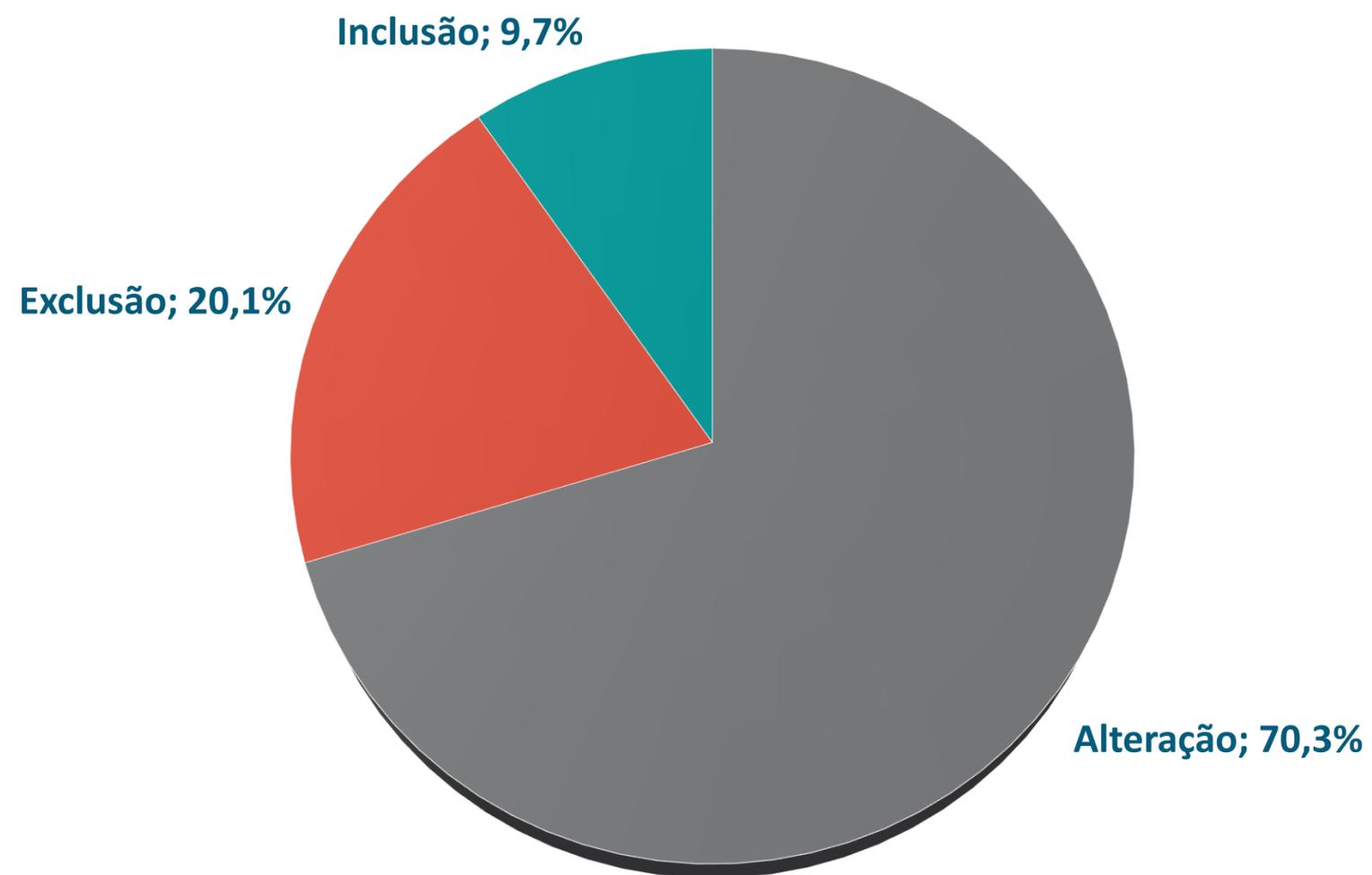
- Corpo da minuta de RN do PCBP e Anexos:
 - Minuta da RN;
 - Anexo I: Manual de Acreditação com Dimensões, Requisitos e itens de Verificação com as respectivas interpretações;
 - Anexo II: Glossário;
 - Anexo III: Forma de Cálculo e Critérios de Pontuação;
 - Anexo IV: Diretrizes para elaboração do relatório pela EA;
 - Anexo V: Formulários (Solicitação de homologação pela EA; Termo de responsabilidade da EA e Declaração de Ausência de Conflito de Interesses pela EA).
- Nota Técnica – AIR do Programa de Acreditação de Operadoras

As contribuições estão sendo analisadas pela área técnica responsável

Consulta Pública nº 71 – Dados estatísticos preliminares

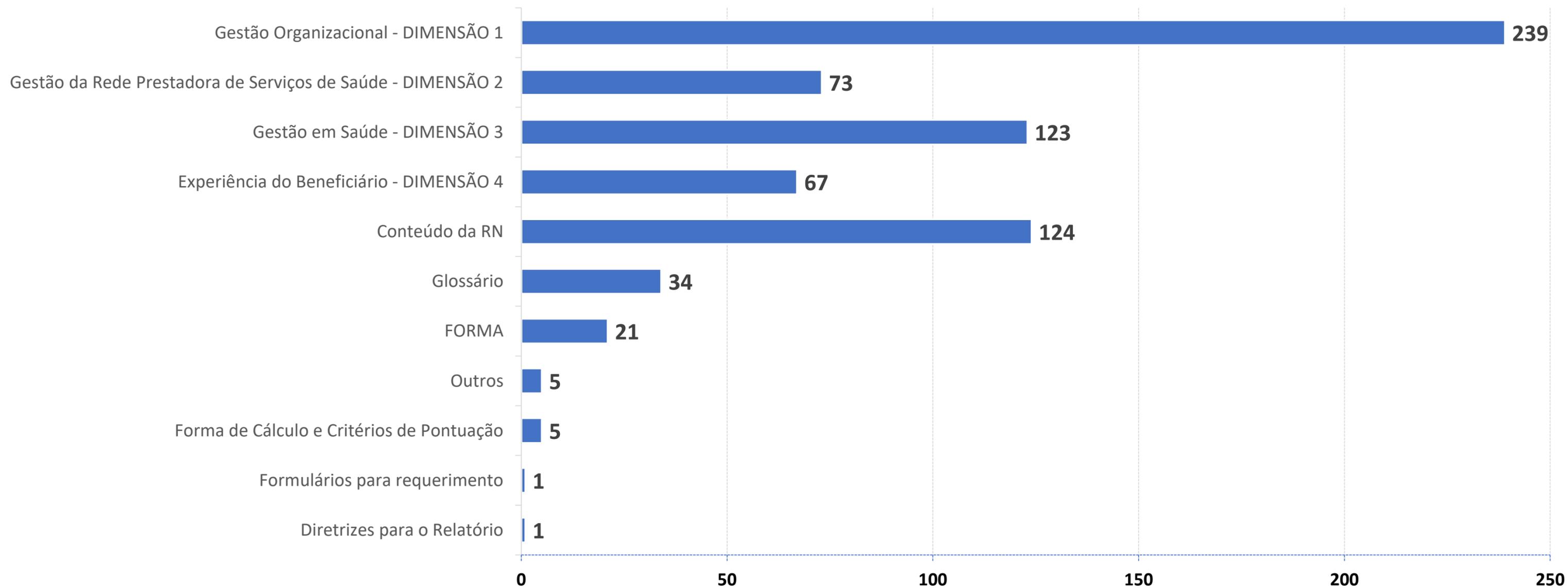
- **693 contribuições** recebidas por meio do sistema presente no portal da ANS (+ 1 correspondência) de 48 demandantes

Distribuição das Contribuições à Consulta Pública nº 71 quanto ao tipo de sugestão



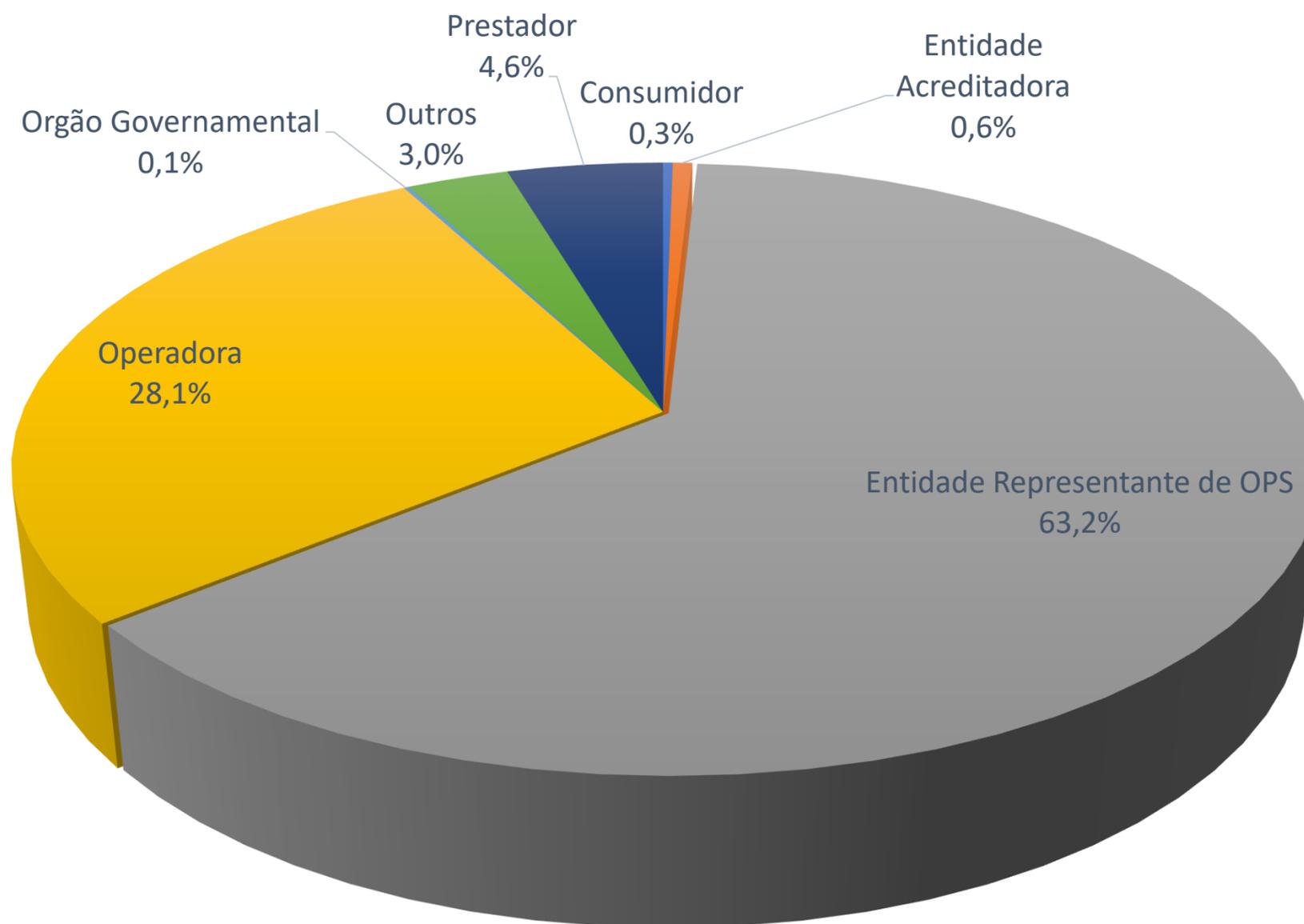
Consulta Pública nº 71 – Dados estatísticos preliminares

Distribuição das Contribuições à Consulta Pública nº 71 quanto ao tema



Consulta Pública nº 71 – Dados estatísticos preliminares

Distribuição das contribuições à Consulta Pública nº 71 pelos segmentos da sociedade civil e dos agentes regulados



Próximos Passos

- **No momento, a norma está passando por análise da CP;**
- **Apreciação DICOL;**
- **Análise da Procuradoria Federal junto à ANS;**
- **Aprovação da DICOL e Publicação**

CERTIFICAÇÃO EM ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE - APS

Qualidade em Saúde

- Qualidade em saúde como conceito multidimensional:



Qualidade e Segurança do paciente

Qualidade em Saúde

- Qualidade do cuidado é o grau em que os serviços de saúde voltados para indivíduos e populações aumentam a probabilidade de resultados desejados e são consistentes com o conhecimento profissional corrente (IOM, 1999).
- Os pilares da qualidade consiste em fazer com que o cuidado de saúde seja seguro, efetivo, centrado no paciente, oportuno, eficiente e equitativo.

Segurança do Paciente

- A redução, a um mínimo aceitável, do risco de um dano desnecessário associado ao cuidado de saúde (RUNCIMAN, W. et al., 2009, MENDES, W; NORONHA, J, 2013).
- Em 2009 a OMS atualizou o conceito: “ausência de dano desnecessário, real ou potencial, associado à atenção à saúde” (OMS, 2009).

Qualidade e Segurança do paciente

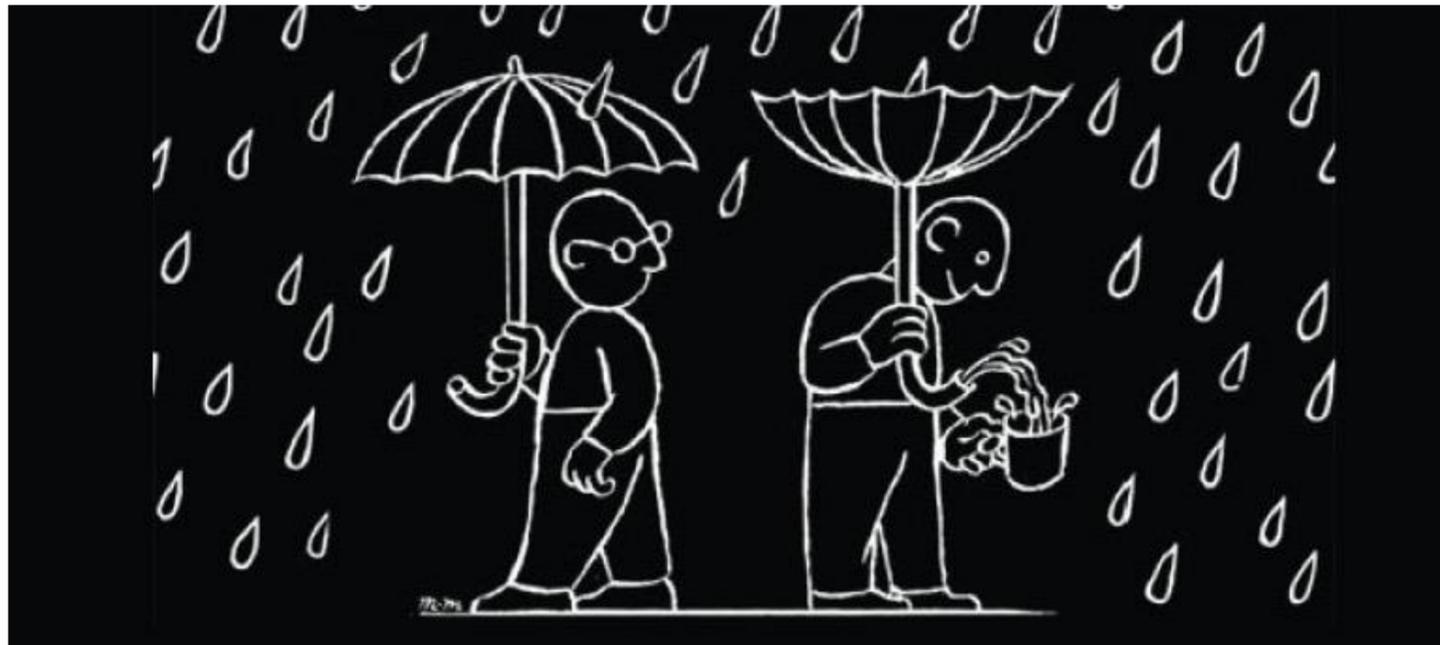
Induzir a melhoria da qualidade e da segurança da atenção à saúde por meio de projetos e programas factíveis que possam gerar resultados positivos em áreas críticas e prioritárias do setor suplementar.

**Projetos de Indução à Melhoria da
Qualidade**



Programa de Boas Práticas em Atenção Primária à Saúde

Visão: Mudança do Modelo de Gestão Assistencial e do Modelo de Remuneração para geração de valor.



O Programa é uma iniciativa desenvolvida pela ANS, que propõe um modelo inovador na saúde suplementar para reorganização da porta de entrada do sistema com base em cuidados primários em saúde.

Programa de Boas Práticas em Atenção Primária à Saúde

CONTEXTO - PRINCIPAIS PROBLEMAS IDENTIFICADOS NO SISTEMA

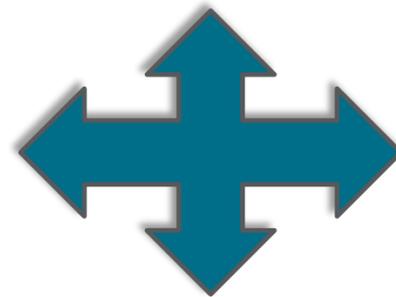
Necessidade de estruturação e organização de serviços oferecidos pela saúde suplementar no Brasil para atingir um cuidado integral e coordenado.

Serviços de saúde no Brasil estão orientados para o atendimento de casos agudos.

Busca por especialista
Ausência de médico de referência

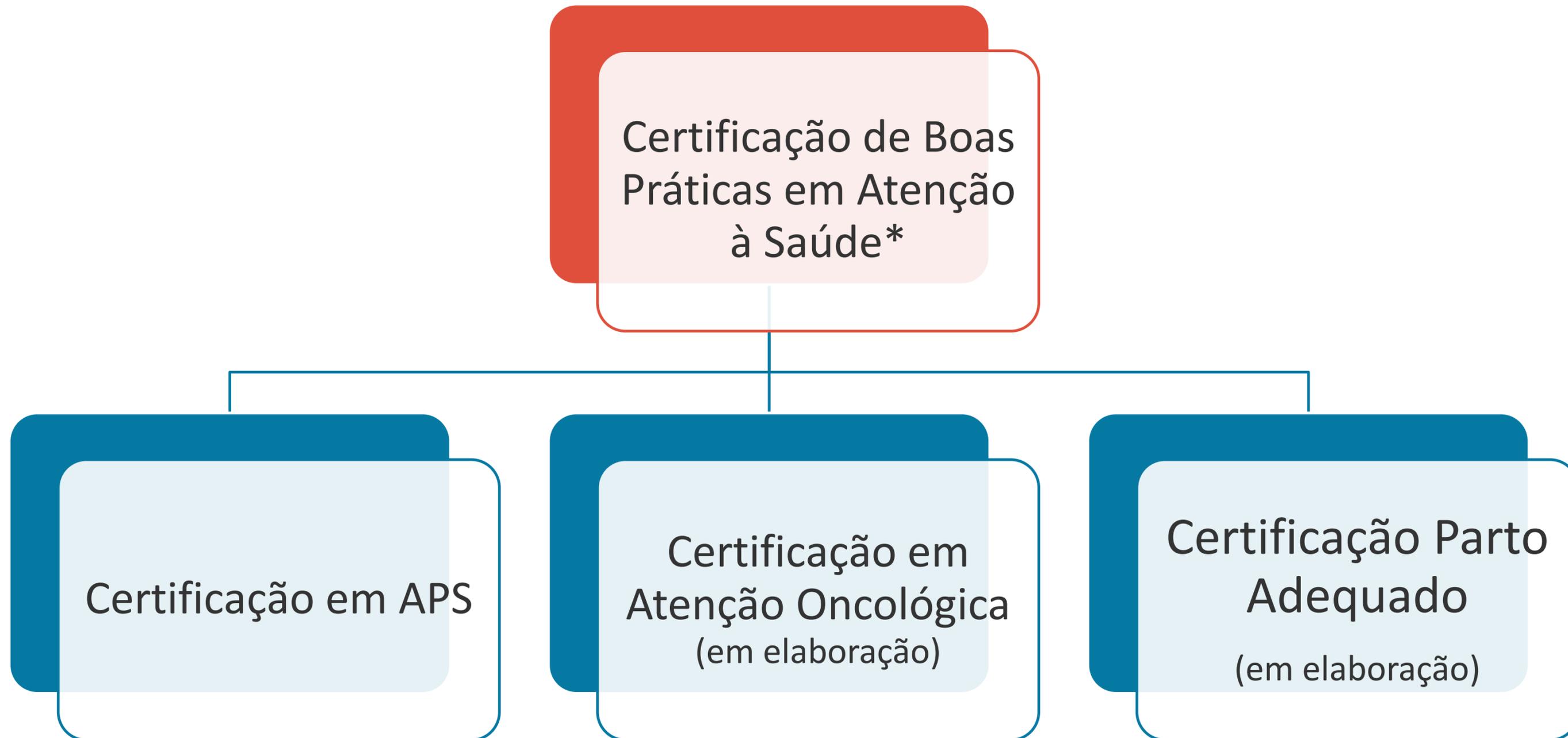
Sem coordenação do Cuidado
(Cuidado Desarticulado)

Emergência de hospitais como porta de entrada para o sistema de saúde.



Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde – PCBP

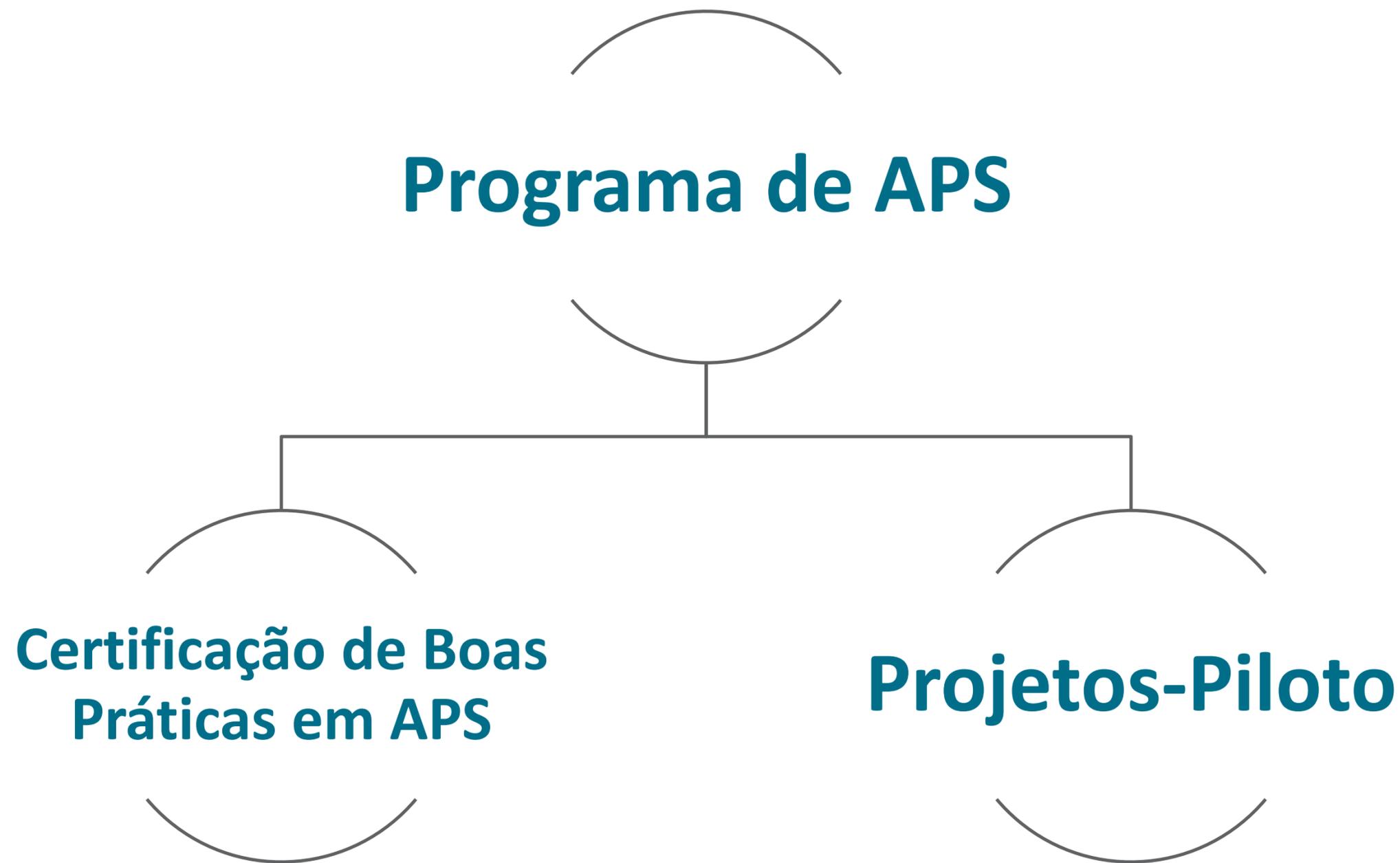
Certificação de Boas Práticas em APS: o 1º PCBP



* Processo voluntário realizado por Entidade Acreditadora em Saúde reconhecida pela ANS

Programa de Atenção Primária à Saúde - APS na Saúde Suplementar

As Operadoras poderão aderir ao Programa APS em duas modalidades:



Programa de APS

Os principais pilares de estruturação dos cuidados primários em saúde

Porta de entrada do sistema – acesso ao primeiro contato, acolhimento

Longitudinalidade do cuidado

Coordenação do cuidado

Integralidade do cuidado

Modelo de Atenção Atual: Itinerário Terapêutico



Programa de APS

Organização Poliárquica, com a APS como ordenadora da rede de atenção à saúde



Fonte: Adaptado de Mendes, 2010

Programa de APS : O Modelo de Cuidado Integral

Prioridade aos cuidados ambulatoriais

Equipes multiprofissionais

Cuidado abrangente e continuado

Organização da rede assistencial

Inclusão da promoção, prevenção, cura, reabilitação e cuidados paliativos;

Avaliação das ações realizadas

Incorporação de tecnologias em saúde baseada em evidências

Adoção de protocolos e diretrizes clínicas baseadas em evidências

Remuneração dos serviços baseada em valor

Utilização de ferramentas de TI.

Fonte: Starfield, 2002; Mendes, 2009; Almeida et al., 2011; Rodrigues et al., 2014; AHRQ, 2015; Damaceno et al., 2016; Ramos, 2016

OBJETIVOS

1. Promover a **coordenação do cuidado** em saúde, tendo a **APS como porta de entrada principal** e **eixo organizativo da rede** assistencial;
2. Fomentar a adoção de **boas práticas em APS** na Saúde Suplementar;
3. Monitorar os cuidados primários em saúde por meio de **indicadores**, em conformidade com evidências;
4. Estimular a implementação de modelos de remuneração inovadores para **melhora da qualidade assistencial** e **sustentabilidade do setor**.

Objetivos Específicos

Ampliar o acesso a médicos generalistas na rede de cuidados primários da saúde suplementar

Ampliar a vinculação de pacientes com Condições Crônicas Complexas a Coordenadores do cuidado

Reduzir as idas desnecessárias a unidades de urgência e emergência

Reduzir as internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP)

Ampliar o número de médicos generalistas (Médico de Família e Comunidade ou Clínico Geral) por beneficiário

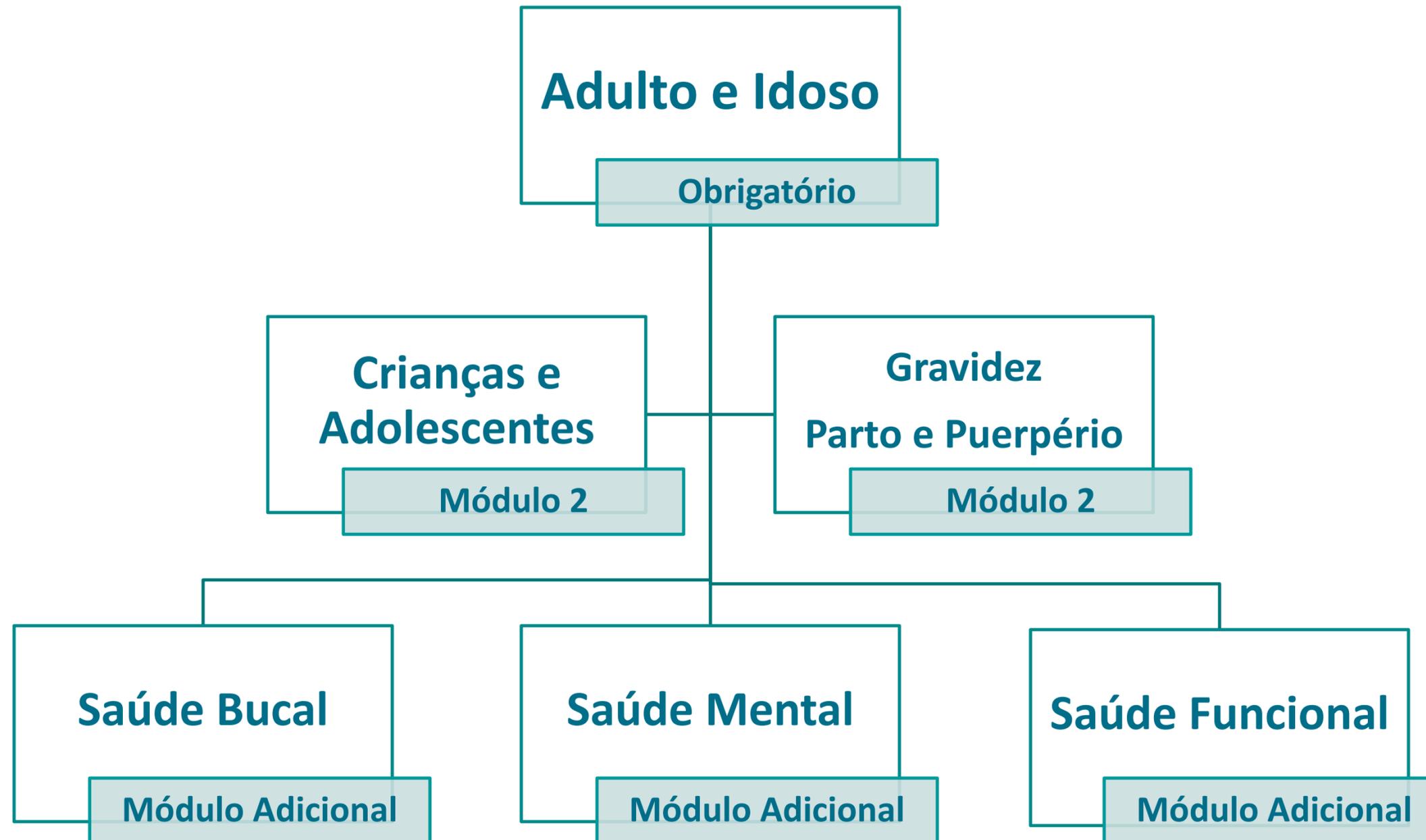
Ampliar a proporção de pessoas que faz uso regular de um mesmo serviço de saúde

CRITÉRIOS PROGRAMA DE CERTIFICAÇÃO EM APS: Pré-requisitos

- São pré-requisitos para as operadoras de planos de saúde solicitarem a adesão ao processo de Certificação ou de renovação do Certificação em APS:
- Ter Registro ativo como operadora de planos privados de assistência à saúde junto à ANS;
- Não estar em uma das seguintes situações:
 - Plano de recuperação assistencial;
 - Regime especial de direção técnica;
 - Regime especial de direção fiscal.
- Possuir Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) e de suas dimensões no Programa de Qualificação de Operadoras (PQO) da Agência Nacional de Saúde Suplementar igual ou maior a 0,5.

Programa de APS

Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças



- Outras condições de saúde podem ser incluídas
- O ideal é a inclusão de toda a população da operadora

Certificação em APS

- Contar com cobertura populacional mínima de acordo com as regras do Programa APS.
- Contar com equipe(s) de APS com a composição mínima prevista nesse Manual; e
- Estabelecer Carteira de Serviços, respeitando os critérios mínimos estabelecidos nesse Manual.

Níveis de Certificação

- **Módulo Obrigatório - Adulto e Idosos**

Nível III: Certificação Básica em APS

- **Adulto e Idosos;**
- **Crianças e Adolescentes**
- **Gravidez Parto e Puerpério**

Nível II – Certificação Intermediária em APS

- **Todos os módulos para toda a carteira, independente de faixa etária ou condição de saúde**

Nível I – Certificação Plena em APS

Níveis de Certificação

- Obter nota final maior ou igual a 70 e menor que 80.
- Obter conformidade em pelo menos 20% dos itens classificados como de Excelência;

Nível III: Certificação Básica em APS

- Obter nota final maior ou igual a 80 e menor que 90.
- Obter conformidade em pelo menos 50% dos itens classificados como de Excelência;

Nível II – Certificação Intermediária em APS

- Obter nota final maior ou igual a 90.
- Obter conformidade em pelo menos 80% dos itens classificados como de Excelência;
- IDQS (IDSS) $\geq 0,8$
- Não zerar indicado do IDQS (IDSS)

Nível I – Certificação Plena em APS

Programa de APS: Indicadores para Monitoramento

Objetivos Específicos	Nome do Indicador	Metas Escalonadas*		Total
		Ano 1	Ano 2	(Ano 1+Ano2)
1. Ampliar o acesso a médicos generalistas na rede de cuidados primários da saúde suplementar	Razão de consultas com Generalista X Especialista	ampliar em 5%	ampliar em 8%	13,40%
2. Ampliar a vinculação de pacientes com Condições Crônicas Complexas a Coordenadores do cuidado	Percentual de Beneficiários com Condições Crônicas Complexas vinculados a um Coordenador do Cuidado	ampliar em 3%	ampliar em 5%	8,15%
3. Reduzir as idas desnecessárias a unidades de urgência e emergência	Taxa de visita à emergência / pronto-atendimento em relação ao total de usuários cobertos pelo Programa	reduzir em 2%	reduzir em 3%	-4,94%
4. Reduzir as internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP)	Percentual de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP)	reduzir em 2%	reduzir em 4%	-5,92%
5. Ampliar o número de médicos generalistas (Clínico Geral ou Médico de Família e Comunidade) por beneficiário	Taxa de médicos generalistas por beneficiário	ampliar em 3%	ampliar em 3%	6,09%
6. Avaliar a proporção de pessoas que faz uso regular de um mesmo serviço de saúde	Proporção de pessoas que faz uso regular de um mesmo serviço de saúde	ampliar em 3%	ampliar em 5%	8,15%

Ampliação do Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde – PCBP para os demais Projetos de Indução de Qualidade da DIDES



Projeto Parto Adequado

Certificação de Operadoras no Projeto Parto Adequado

- As operadoras deverão se comprometer na contratação de uma Entidade Acreditadora de sua preferência, dentre as Entidades autorizada pela ANS a realizar a Certificação, bem como arcar com os respectivos custos decorrentes.
- As entidades Acreditadoras já reconhecidas pelo QUALISS, que se interessarem em participar do Projeto, deverão enviar solicitação para autorização pela ANS, para atuação específica no âmbito deste Projeto.

Serão estabelecidos requisitos nas seguintes dimensões:

1. Planejamento e estruturação técnica;
2. Integração entre operadoras e hospitais parceiros;
3. Uso e disseminação de práticas baseadas em evidência;
4. Centralidade do cuidado no paciente;
5. Monitoramento e avaliação da qualidade;
6. Modelos de Remuneração centrado em Valor.

A estruturação das dimensões e critérios serão debatidas e refinadas pela coordenação do PPA

Ampliação do Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde – PCBP para os demais Projetos de Indução de Qualidade da DIDES



O Projeto OncoRede é uma iniciativa da ANS de implementação de um modelo de cuidado mais coordenado e de qualidade a pacientes oncológicos beneficiários de planos privados de saúde.

Eixos da Certificação

1. Centralidade do Cuidado no Paciente
2. Ampliação do Acesso ao Diagnóstico e Tratamento Oportuno
3. Informação Qualificada e Integrada
3. Busca Ativa do Paciente
4. Garantia do Continuum do Cuidado – Coordenação do Cuidado
5. Avaliação de Resultados e Desfechos Clínicos
6. Incentivo à Adoção de Modelos Inovadores de Remuneração

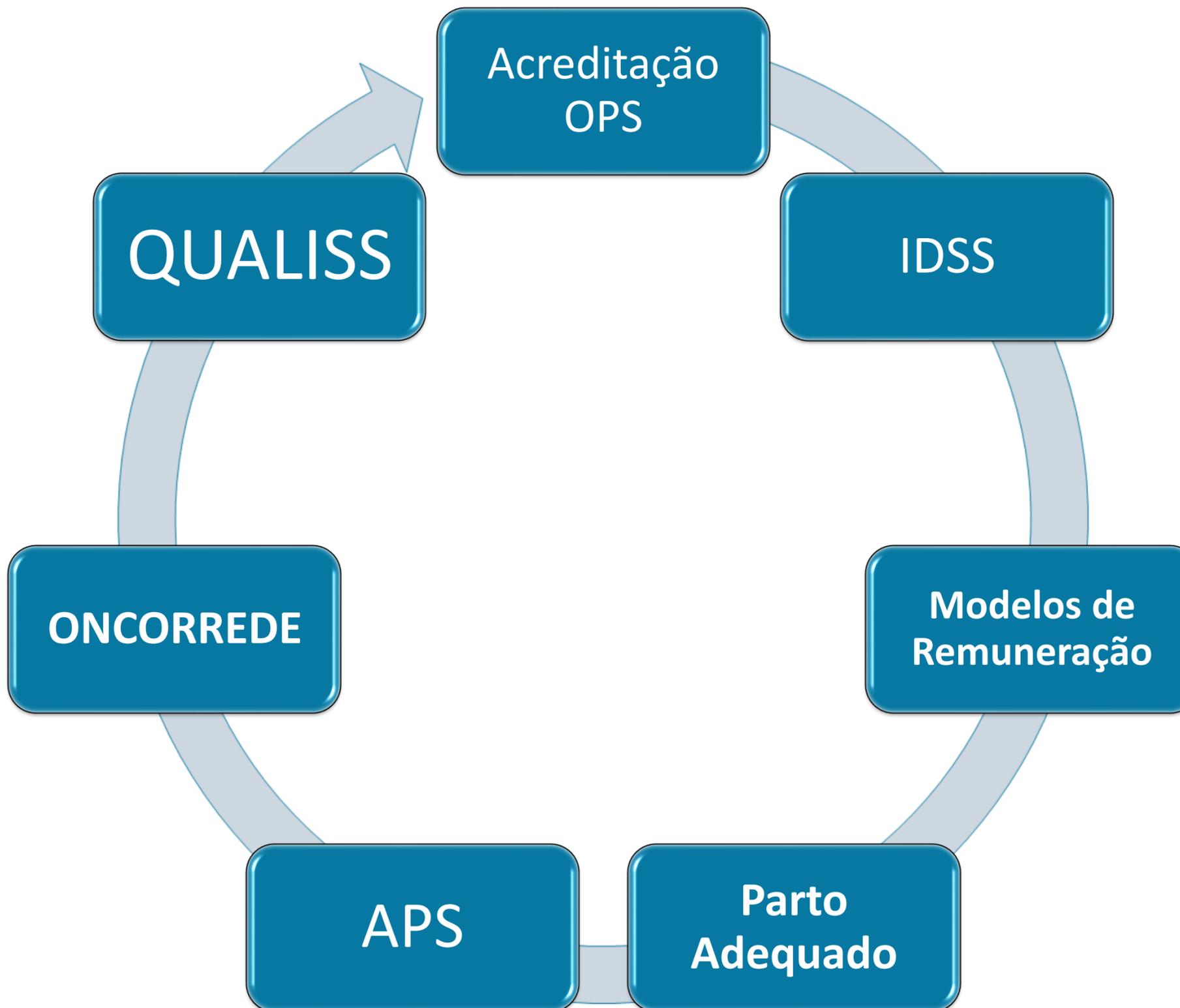
Estratégias de monitoramento

- Certificação: por meio de Entidades Acreditoras, mediante verificação in loco do Projeto
- Apoio técnico da ANS: reuniões virtuais e acompanhamento dos Relatórios das Entidades Acreditoras

Integração entre os programas de qualidade da ANS

A Certificação em APS impactará na nota final na Dimensão Gestão em Saúde em 60%;

A Certificação em APS e a participação em outros Programas de indução e Qualidade impactará na nota da Dimensão de Qualidade e Atenção à Saúde (IDQS) do IDSS.



Incentivo para Acreditação: Integração dos programas de qualidade:

IDSS ↔ Acreditação!

- Pontuação Base de acordo com o nível no IDSS 2017 (ano-base 2017).

- Participação em Projetos de Indução da Qualidade da ANS – Pontuação base na Dimensão de Qualidade e Atenção à Saúde (IDQS) do IDSS.

Obrigada!



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

