

- Programa de Acreditação Operadoras
- Atenção Primária à Saúde - APS
- Índice de Desempenho da Saúde Suplementar - IDSS

Encontro ANS - Florianópolis

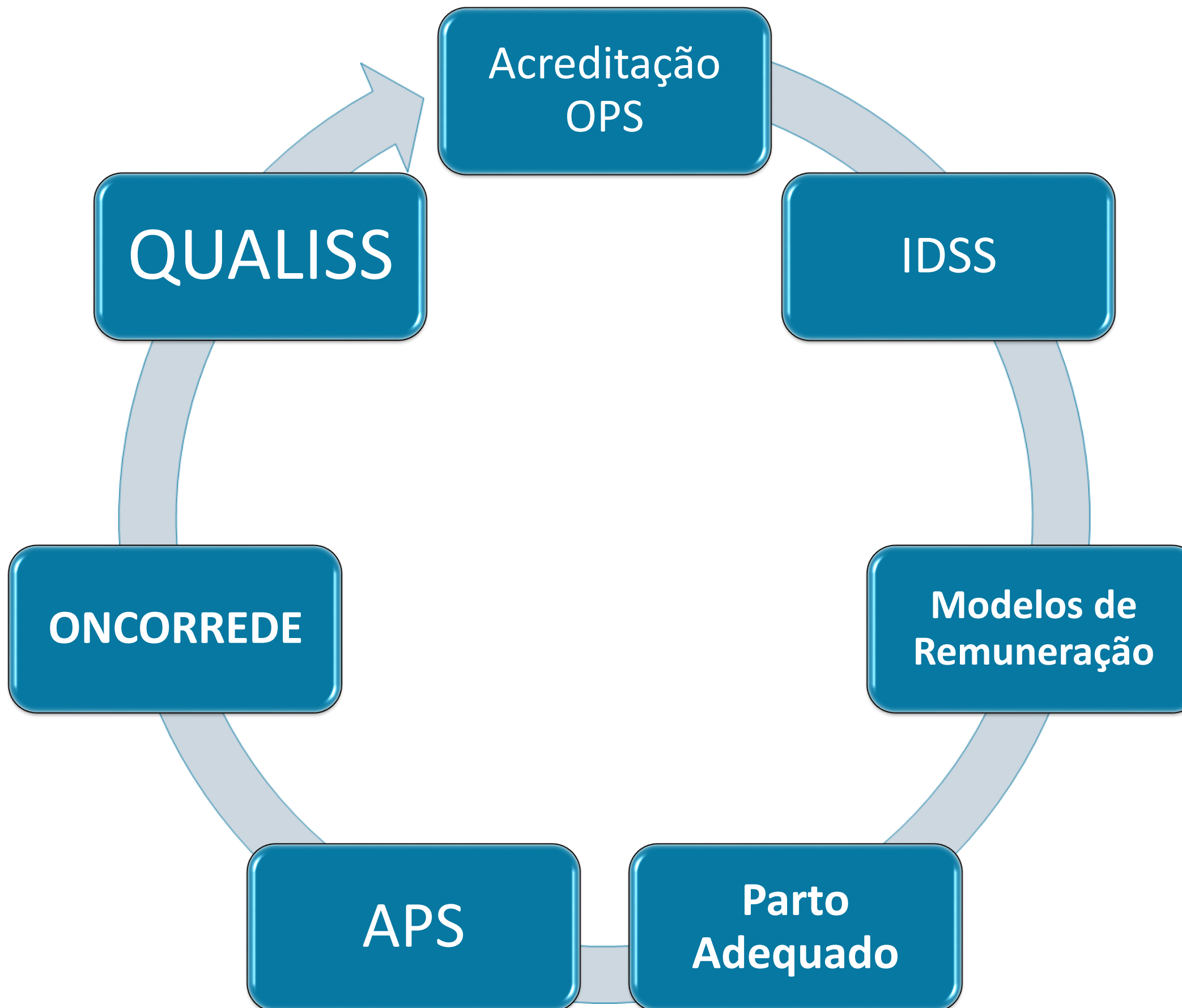
*Diretoria de Desenvolvimento Setorial – DIDES
Agência Nacional de Saúde Suplementar*

Rosana Neves e Daniele Silveira
29 de maio de 2018

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 0,5 na dimensão IDGR do IDSS 2017 (ano-base 2016)
- Pontuação Base de acordo com o nível no IDSS 2017 (ano-base 2017).

ACREDITAÇÃO DE OPERADORAS

Acreditação de Operadoras

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



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

Fluxograma da Acreditação de Operadoras

A Entidade Acreditadora (EA) é reconhecida pelo INMETRO para o Programa de Acreditação de Operadoras da ANS

A Entidade Acreditadora é homologada pela ANS

A ANS divulga em seu Portal a lista com as Entidades Acreditadoras reconhecidas para o Programa

Operadora procura uma das Entidades Acreditadoras reconhecida pela ANS

Entidade Acreditadora avalia a Operadora de acordo com os requisitos estabelecidos pela ANS

Entidade Acreditadora envia relatório de acreditação para a ANS

A ANS homologa e divulga a acreditação da operadora no Portal

Diagnóstico do Programa de Acreditação OPS

As Dimensões devem ser revistas
As Dimensões devem se conceituadas
As Dimensões devem ter seus requisitos revistos

Os requisitos e itens estão superpostos e precisam de maior clareza e precisão, de modo a evitar interpretações subjetivas e imprecisões

Ausência de Diretrizes para a interpretação dos requisitos;
Ausência de descrição das formas de obtenção das evidências de cada requisito;

Forma de pontuação dos itens com critérios imprecisos e subjetivo;

Diagnóstico do Programa de Acreditação OPS

Há heterogeneidade das avaliações das Entidades Acreditadoras
Cada manual estabelece critérios próprios e díspares um do outro para validação das operadoras;

Ausência de procedimentos e obrigações mais específicos para manutenção e suspensão do reconhecimento das Entidades Acreditadoras;
Ausência de critérios de qualificação de auditores

Ausência de critérios técnicos de manutenção e suspensão da acreditação da operadora;
Ausência de padrão mínimo para os relatórios de avaliação emitidos pelas Entidades Acreditadoras;

A norma não contempla as operadoras exclusivamente odontológicas.

Grupo Técnico de Acreditação de Operadoras

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
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)
		Apresentação - Ana Paula Cavalcante	Visualizar (.pdf)
		Apresentação – Novas Dimensões RN	Visualizar (.xlsx)
		Convidados GT Externo Acreditação	Visualizar (.xls)

Total de 16 reuniões, entre reuniões do GT, dos Subgrupos e do Grupo Interno

Mercado Potencial para Acreditação - Brasil

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

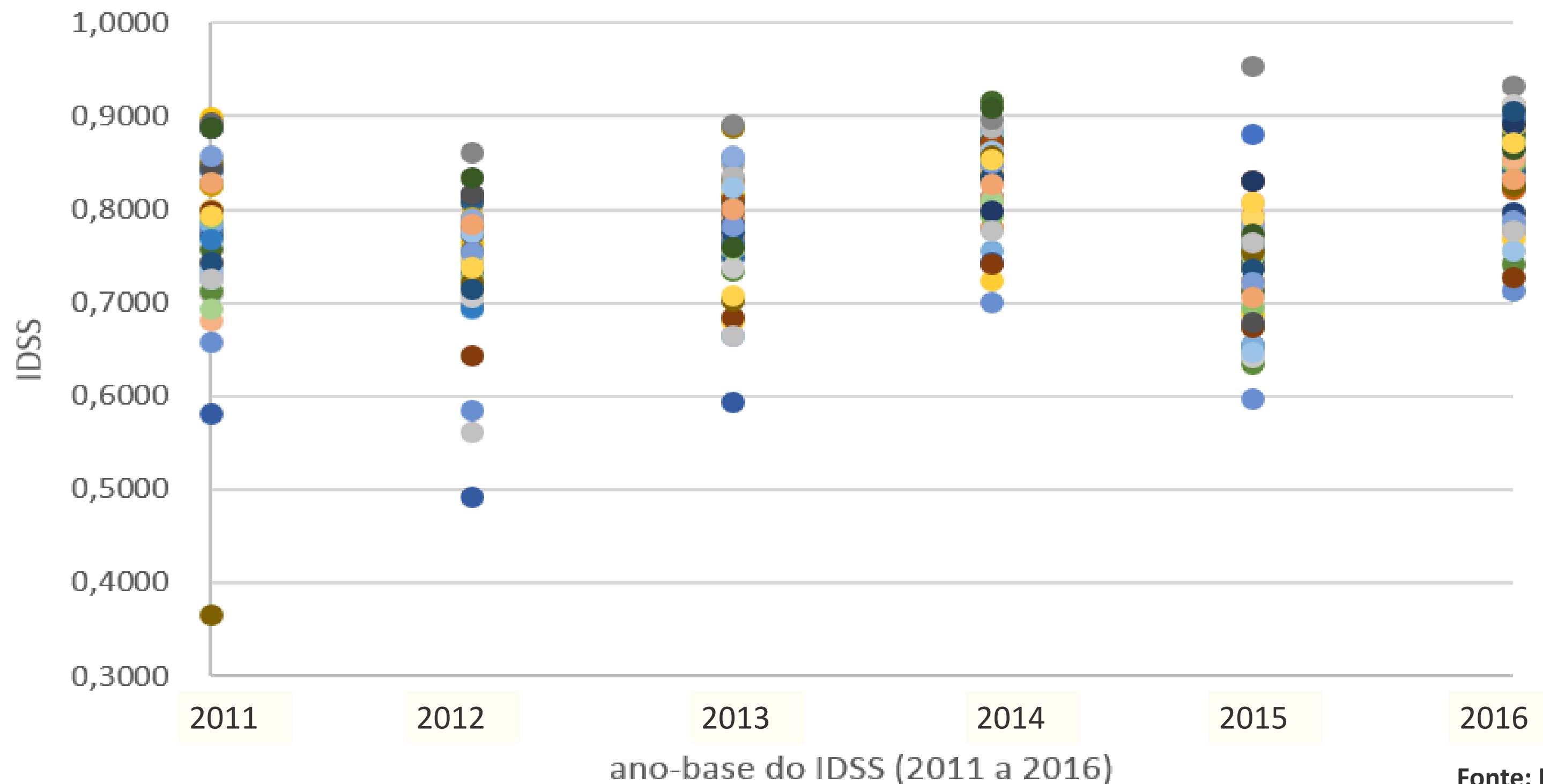
Beneficiários

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

Evidências na Indução da Qualidade

Dispersão da Nota do IDSS das 40 operadoras acreditadas, de 2011 a 2016 (ano-base)



Fonte: Portal da ANS, abril/2018.

- Deslocamento do IDSS das operadoras acreditadas para notas mais elevadas, bem como menor distância entre as notas destas operadoras (menor dispersão).

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 2016 ano-base 2015 e Notas por Dimensão das Operadoras Acreditadas em 2016

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

IDSS 2017 ano-base 2016 e Notas por Dimensão das Operadoras Acreditadas em 2018

Operadora	IDSS 2017 ano-base 2016	IDQS	IDGA	IDSMM	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	0,9677
OPS 39	0,7773	0,5833	0,8865	0,7393	0,9000
OPS 40	0,8725	0,8846	0,8143	0,7912	1,0000

notas em faixas inferiores:

DE:
87,5%
das 16 operadoras acreditadas

PARA:
22,55%
das 40 operadoras acreditadas

PROPOSTA REFOMULAÇÃO DO PROGRAMA ACREDITAÇÃO OPERADORAS

Pré-requisitos para Acreditação de OPS

I – Ter Registro ativo como OPS na ANS;

II – Não estar em uma das seguintes situações:

- a) Plano de recuperação assistencial;
- b) Plano de adequação econômico-financeira;
- c) Regime especial de direção técnica;
- d) Regime especial de direção fiscal;
- e) Processo de liquidação extrajudicial; e
- f) Processo de cancelamento do registro perante a ANS.

III - Possuir Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) e dimensões igual ou maior a 0,6;

IV– Não possuir Auditoria Independente das demonstrações contábeis com parecer adverso ou com abstenção de opinião do último exercício disponível.

As operadoras de planos privados de assistência à saúde perderão o certificado de acreditação a qualquer tempo caso descumpram quaisquer dos requisitos previstos.

Dimensões Acreditação Operadoras

DIMENSÕES

I – Gestão Organizacional: Essa dimensão busca avaliar a gestão das operadoras considerando aspectos relativos a estrutura organizacional, a processos de trabalho, a governança corporativa, gestão de riscos corporativos, sua sustentabilidade e a melhoria da sua qualidade.

II – Gestão da Rede prestadora de serviços de saúde: Essa dimensão busca avaliar a gestão da rede assistencial das operadoras, considerando critérios de qualidade para a conformação da rede assistencial, bem como mecanismos de regulação do acesso dos beneficiários.

III – Gestão em Saúde: Essa dimensão busca avaliar a gestão do cuidado em saúde pelas operadoras, bem como ações de monitoramento relativas à qualidade da atenção à saúde de sua rede prestadora de serviços de saúde.

IV - Experiência do beneficiário: Essa dimensão busca avaliar o resultado da interação entre a operadora e seu beneficiário, tendo como parâmetros a percepção dos beneficiários quanto ao atendimento de suas necessidades e expectativas, bem como as ações promovidas pela operadora com foco na melhoria da qualidade dos serviços prestados.

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*



II – Gestão da Rede

1. *Acesso do beneficiário à rede prestadora de serviços de saúde*
2. *Relação e contratualização com a Rede Prestadora de Serviços*
3. *Mecanismos de Regulação*



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*



IV - Experiência do beneficiário




1. *Disponibilização de Informações ao Beneficiário*
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*

Total de Itens por Requisito

1. Gestão Organizacional	Itens
1.1 Planejamento e Gestão Estratégica	7
1.2 Sistema de Governança Corporativa	14
1.3 Política de gestão de pessoas e desenvolvimento de lideranças	10
1.4 Tecnologia da Informação	9
1.5 Política de segurança e privacidade das informações	6
1.6 Gestão de Riscos Corporativos	10
1.7 Sustentabilidade da Operadora	9
1.8 Programa de Melhoria da Qualidade - PMQ	8
Total	73
2. Gestão da Rede Prestadora de Serviços de Saúde	Itens
2.1 Acesso do beneficiário à rede prestadora de serviços de saúde	5
2.2 Relação e contratualização com a Rede Prestadora de Serviços	5
2.3 Mecanismos de Regulação	6
Total	16

3. Gestão em Saúde	Itens
3.1 Política de Qualidade e Segurança do Paciente	8
3.2 Coordenação e Integração do cuidado	6
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	42
4. Experiência do Beneficiário	Itens
4.1 Disponibilização de Informações ao beneficiário	5
4.2 Canais de Comunicação com Beneficiário - resposta à demandas (reativo)	9
4.3 Canais de Comunicação com Beneficiário - disponibilização de informações essenciais (proativo)	6
4.4 Pesquisa de Satisfação de Beneficiários	9
Total	29
Total Geral	160

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

Níveis de Certificação

Critérios para Nivelamento	Nível de Certificação		
	Nível III - Bronze	Nível II - Prata	Nível I - Ouro
1- Nota final	70 -80	80-90	≥ 90
2- Conformidade em pelo menos	-	-	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

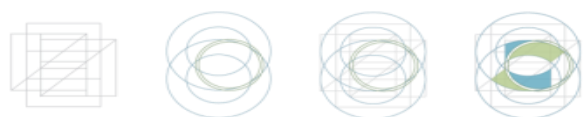
- A Nota Final da operadora será apurada pela média aritmética da pontuação dos requisitos do Programa.
- Para obter a pontuação no requisito, a OPS deve atender, minimamente, a todos os itens essenciais.
- A pontuação mínima nas 4 dimensões é de 70 pontos para que a OPS seja acreditada.

Pontuação Mínima de 70 por dimensão

Requisitos por Dimensão		Quantidade de Requisitos	Itens	Total de Itens	Itens Essenciais	Itens Complementares	Itens de Excelência
1. Gestão Organizacional							
Requisitos	1.1 Planejamento e Gestão Estratégica	8	7	73	4	2	1
	1.2 Sistema de Governança Corporativa		14		8	4	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		6		6	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							
Requisitos	2.1 Acesso do beneficiário à rede prestadora de serviços de saúde	3	5	16	3	1	1
	2.2 Relação e contratualização com a Rede Prestadora de Serviços		5		2	3	0
	2.3 Mecanismos de Regulação		6		3	2	1
3. Gestão em Saúde							
Requisitos	3.1 Política de Qualidade e Segurança do Paciente	5	8	42	5	1	2
	3.2 Coordenação e Integração do cuidado		6		2	2	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							
Requisitos	4.1 Disponibilização de Informações ao beneficiário	4	5	29	2	1	2
	4.2 Canais de Comunicação com Beneficiário - resposta à demandas (reativo)		9		3	4	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	Total Geral	20	160 (38 de excelência)				

Exemplo:

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%

Regras de Transição para Acreditação OPS

- No decorrer do prazo de 18 meses, a partir da data de publicação da nova RN, serão considerados válidos os certificados de acreditação já emitidos os termos da RN 277, de 2011;
- No decorrer do prazo de 180 dias a partir da data de publicação da nova RN, as operadoras poderão optar pela acreditação nos termos da RN 277, de 2011 ou nos termos da presente Resolução Normativa.
 - ✓ No decorrer do prazo de 180 dias a partir da data de publicação da nova RN, as Operadoras que optarem pela acreditação nos termos da RN 277, de 2011, o certificado terá validade até 18 meses da data de publicação da nova RN independentemente do nível obtido.
 - ✓ Após 180 dias da publicação da nova RN, as OPS só poderão ser acreditadas de acordo com o estabelecido na nova RN.

Manual do Programa de Acreditação Operadoras

A Norma prevê os seguintes Anexos:

- Glossário;
- Requisitos e Itens;
- Interpretação dos itens e requisitos e a forma de obtenção das evidências;
- Forma de cálculo dos critérios de pontuação;
- Diretrizes para elaboração do Relatório da Acreditação da Operadora pela Entidade Acreditadora; e
- Formulário de Requerimento para Homologação da Entidade Acreditadora junto à DIDES/ANS ou Solicitação de Alteração Cadastral.

Acreditação de Operadoras

Próximos Passos

Para ampliar a participação da sociedade a proposta será submetida a Mecanismos de Consulta Pública

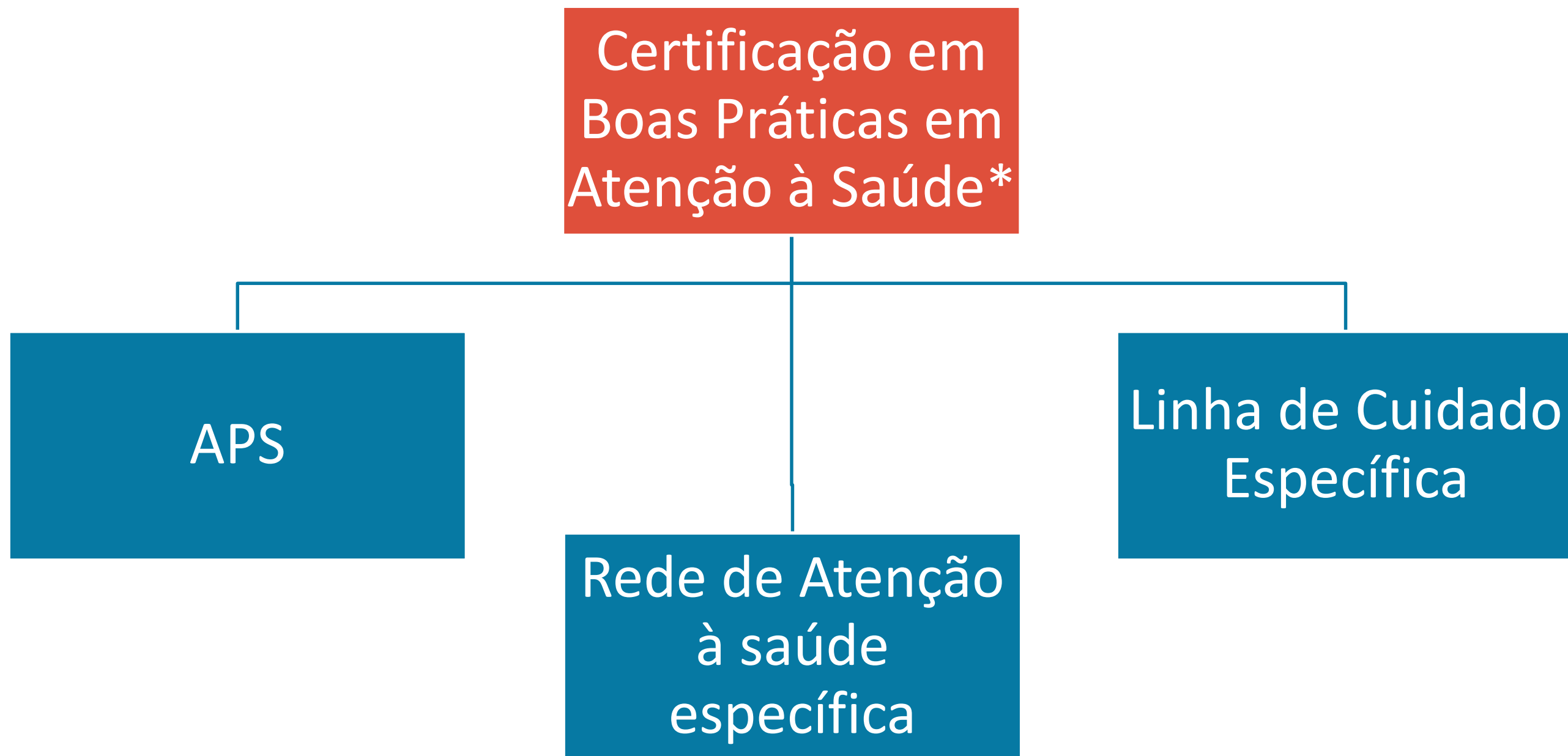
Consolidação das contribuições, apreciação da PROGE e aprovação da DICOL

Previsão de publicação da nova RN, contendo regras de transição, ainda em 2018.



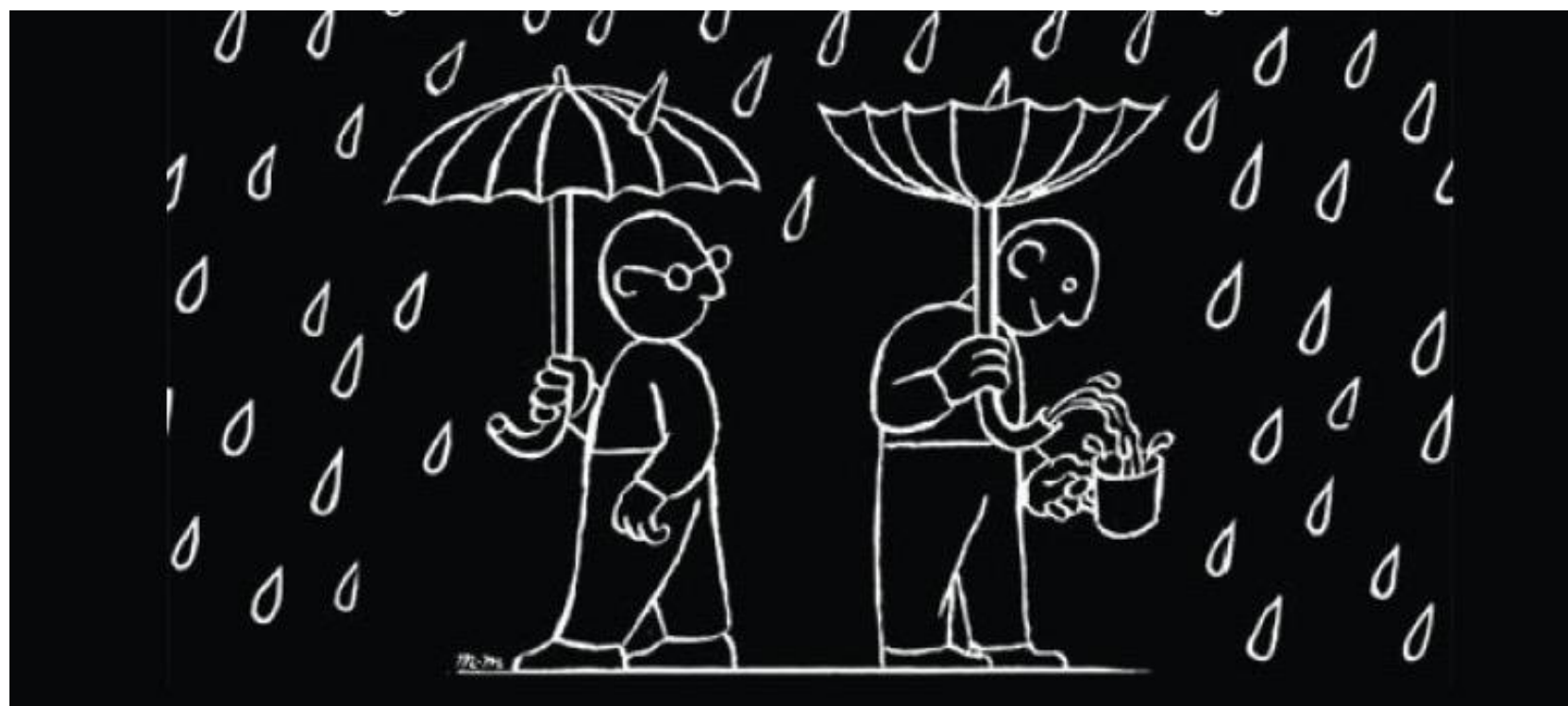
BOAS PRÁTICAS EM ATENÇÃO A SAÚDE

Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde



*Processo voluntário de avaliação da adequação a critérios técnicos pré-estabelecidos para uma rede de atenção à saúde específica ou uma linha de cuidado específica de uma operadora, realizado por Entidade Acreditadora em Saúde com aptidão reconhecida pela ANS

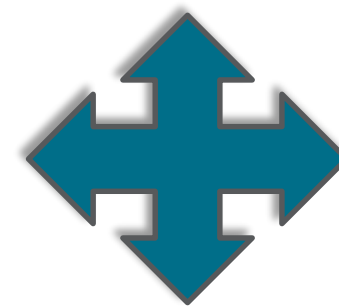
Visão: Mudança do Modelo de Gestão Assistencial e do Modelo de Remuneração para geração de valor.



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

CONTEXTO - PRINCIPAIS PROBLEMAS IDENTIFICADOS NO SISTEMA

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



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

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

PROJETO APS: O MODELO DE CUIDADO INTEGRAL

- ❖ Baseado em Condições crônicas/agudas e agudas cronificadas;
- ❖ Ambulatorial;
- ❖ Multiprofissional;
- ❖ Integral e continuado;
- ❖ Focado em cuidados de promoção, prevenção, reabilitação e cuidados paliativos;
- ❖ Avaliação da Qualidade;
- ❖ Incorporação de Tecnologias em Saúde baseada em evidências;
- ❖ Adoção de Protocolos e Diretrizes Clínicas baseada em evidências;
- ❖ Remuneração dos Serviços baseado em Valor.

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

OBJETIVOS

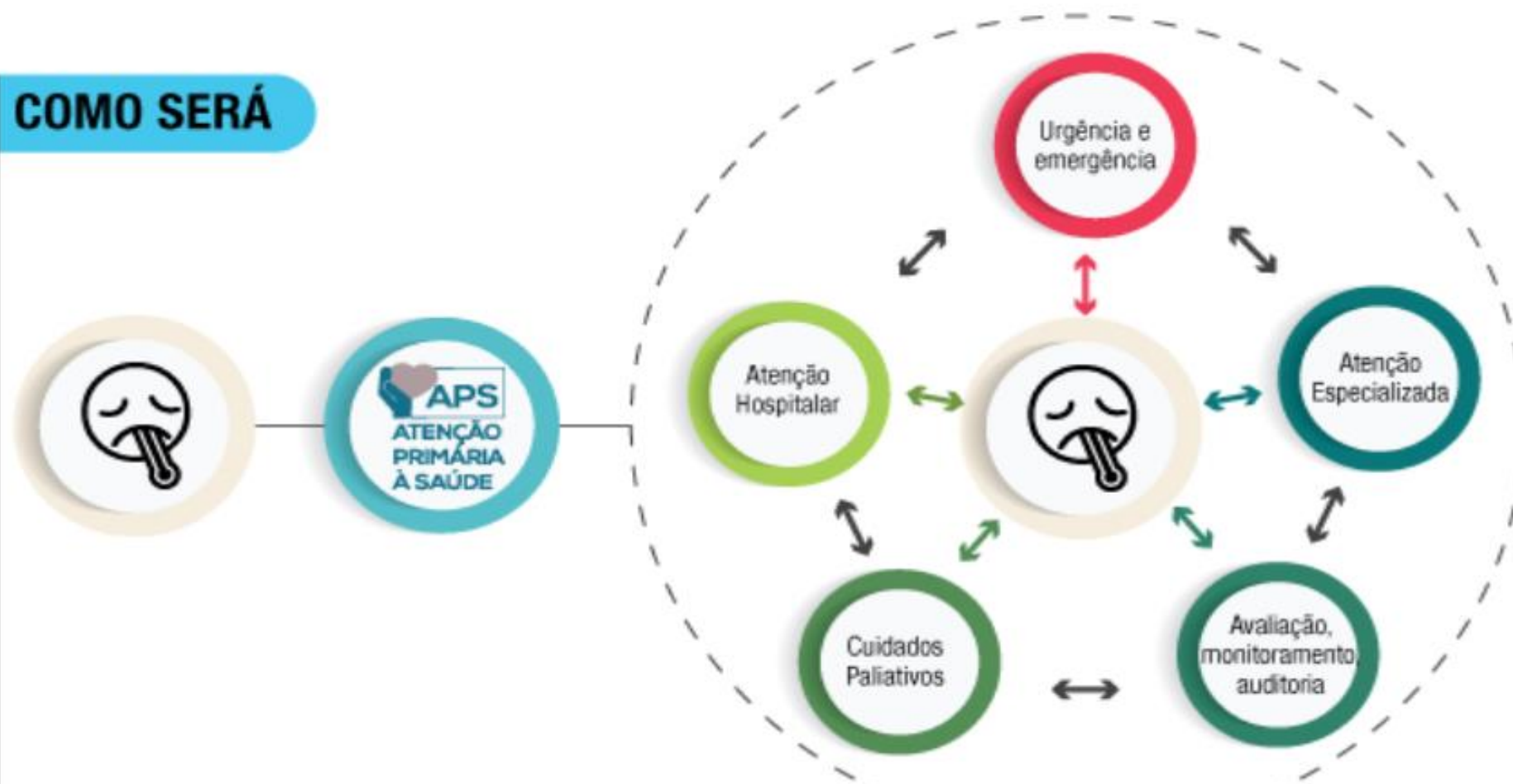
1. Promover a coordenação do cuidado em saúde, tendo a APS como porta-de-entrada principal e eixo organizativo da rede assistencial na prestação do cuidado na saúde suplementar
2. Estimular a implementação de modelos de remuneração para sustentabilidade do setor
3. Fomentar a adoção de boas práticas em APS pela rede assistencial das operadoras
4. Implementar indicadores de atenção primária, em conformidade com evidências, para monitoramento dos cuidados primários em saúde no setor suplementar.

O FLUXO DO PACIENTE NA REDE ASSISTENCIAL

HOJE



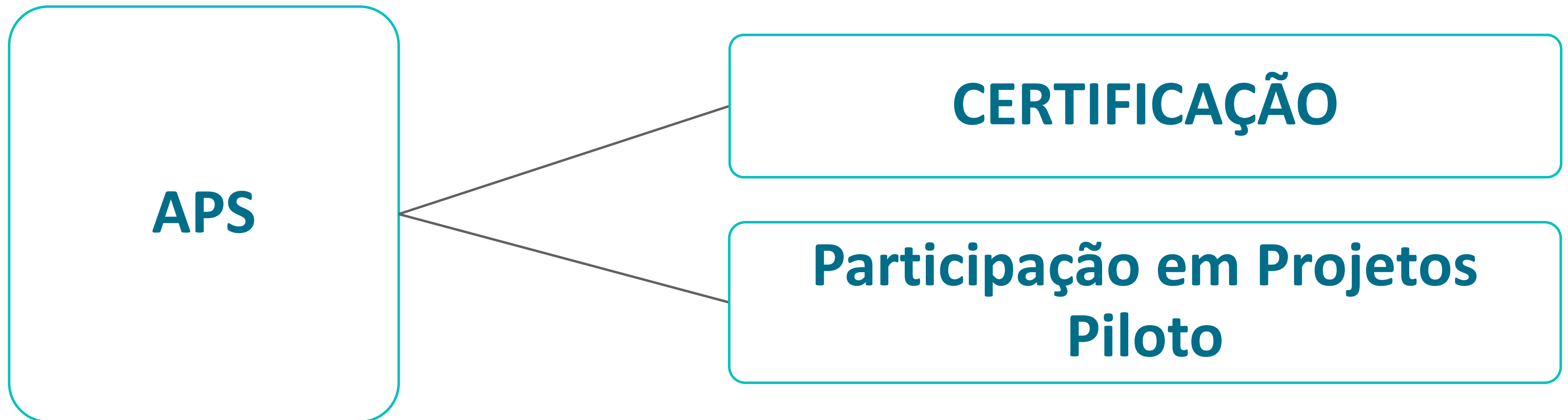
COMO SERÁ



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

Fonte: elaboração própria ANS.

As Operadoras poderão aderir de duas formas ao Programa APS:



PROGRAMA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA NA SAÚDE SUPLEMENTAR

CONDIÇÕES DE SAÚDE CONTEMPLADAS

I

1. DCNT mais prevalentes em adultos/idosos e Fatores de Risco associados

II

1. DCNT mais prevalentes em adultos e Fatores de Risco associados

2. Condições ligadas ao ciclo de vida (Crianças e adolescentes)

III

1. DCNT mais prevalentes em adultos e Fatores de Risco associados

3. Condições ligadas à maternidade e ao período perinatal

IV

1. DCNT mais prevalentes em adultos e Fatores de Risco

2. Condições ligadas ao ciclo de vida (Crianças e adolescentes)

3. Condições ligadas à maternidade e ao período perinatal




CERTIFICAÇÃO EM ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE - APS

- A ANS lançará uma Certificação em APS
- A Certificação será realizada por Entidades Acreditoras em Saúde independentes, mediante verificação *in loco*.



Requisitos	Total de Itens	Itens Essenciais	Itens Complementares	Itens de Excelência
1. PLANEJAMENTO E ESTRUTURAÇÃO TÉCNICA	13	9	2	2
2. AMPLIAÇÃO E QUALIFICAÇÃO DO ACESSO	7	3	3	1
3. QUALIDADE E CONTINUIDADE DO CUIDADO	14	8	4	2
4. INTERAÇÕES CENTRADAS NO PACIENTE	9	4	3	2
5. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA QUALIDADE	8	5	1	2
6. EDUCAÇÃO CONTINUADA	3	1	1	1
7. MODELOS INOVADORES DE REMUNERAÇÃO BASEADOS EM VALOR	4	1	1	2
Total	58	31	15	12

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

Níveis de Certificação

Critérios para Nivelamento	Nível de Certificação		
	Nível III	Nível II	Nível I
1- Nota final	70 -80	80-90	≥ 90
2- Conformidade em pelo menos	20% dos itens de Excelência	50% dos itens de Excelência	80% dos itens de Excelência
3- População alvo mínima	População I	População I + 1 população à escolha	População I + 2 populações à escolha
4- Pontuação mínima na dimensão IDQS do IDSS	-	-	0,8
5- Não zerar nenhum dos indicadores da dimensão IDQS do IDSS	-	-	✓

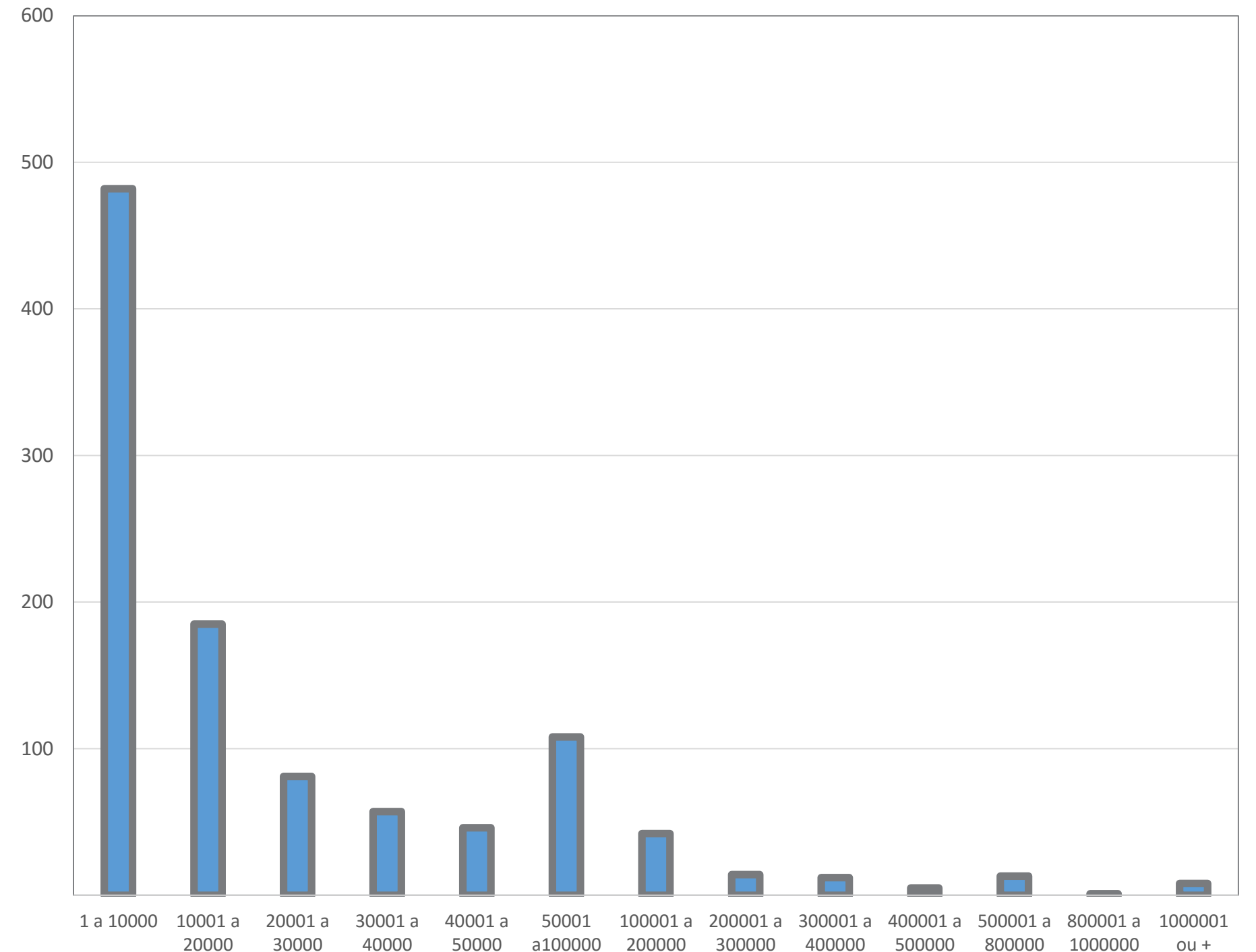
- A Nota Final da operadora será apurada pela média aritmética da pontuação dos 07 (sete) requisitos do Programa.

-Para obter a pontuação no requisito, a OPS deve atender, minimamente, a todos os itens essenciais.

Cobertura: Distribuição das Operadoras por Número de Beneficiários

Faixa de beneficiários	Qtd de Ops
1 a 10000	482
10001 a 20000	185
20001 a 30000	81
30001 a 40000	57
40001 a 50000	46
50001 a 100000	108
100001 a 200000	42
200001 a 300000	14
300001 a 400000	12
400001 a 500000	5
500001 a 800000	13
800001 a 1000000	1
1000001 ou +	8
Total de OPS	1.054

Distribuição de Beneficiários por Operadoras



Distribuição das Operadoras por Número de Beneficiários

Cobertura populacional mínima para Certificação em APS

Faixas de Beneficiário	Cobertura APS	Nº mínimo de beneficiários Cobertos	Número de Equipes
<u>Igual ou inferior a 3.572 mil beneficiários</u>	Mínimo de 70% dos beneficiários.	De 1 beneficiário até 2.500 beneficiários	01 Equipe APS
<u>Entre 3.573 mil beneficiários e 16 mil beneficiários</u>	Cobertura entre 70% e 15,6% Função linear decrescente	2.500 beneficiários	01 Equipe APS
<u>Acima de 16 mil</u>	Cobertura entre 15,5% a 10% Função logarítmica decrescente	De 2,5 mil a 565 mil beneficiários	2 a 226 equipes de APS Função crescente

Para cada 2,5 mil beneficiários: 1 equipe de APS

Quadro exemplificativo - Regras de cobertura mínima

OPS nº	Quantidade de Beneficiários da OPS	Regra para Cobertura	% de cobertura	Nº benef cobertos	nº de equipes necessárias *	nº de equipes necessárias
54	300	Mínimo de 70% dos Beneficiários Cobertos	70,0%	210	0,08	1
262	3.572		70,0%	2.500	1,00	1
263	3.573	Cobertura entre 70% e 15,6% Função linear decrescente (Percentual de Cobertura = 2.500/ nº beneficiários da OPS)	70,0%	2.500	1,00	1
596	16.000		15,6%	2.500	1,00	1
597	16.200	Cobertura entre 15,5% e 10,0%	15,5%	2.507	1,00	2
1.046	1.000.000		10,9%	108.574	43,43	44
1.054	5.868.434	Função linear decrescente = [1 / ln (nº beneficiários) x 1,5] x 100	10%	564.812	225,92	226

*(bruto = nº benef. cobertos/2.500)

Composição da Equipe de APS

A equipe mínima de APS deve ser multiprofissional e composta por, no mínimo:

- (I) médico generalista (clínico geral), ou médico especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade;
- (II) enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família;
- (III) técnico de enfermagem; e
- (IV) um profissional de saúde não-médico.

- Caso a APS contemple Saúde Bucal, um cirurgião dentista na equipe torna-se obrigatório.
- Caso a APS contemple Crianças, um pediatra na equipe torna-se obrigatório.
- Podem ser acrescentados a essa composição outros profissionais de saúde de acordo com demandas específicas: nutricionais, fisioterapeutas, psicólogos, etc.

PROJETO PILOTO

As operadoras que ainda não tiverem como cumprir os requisitos da Certificação, poderão aderir ao Programa por meio de Projetos Piloto

- As Operadoras enviarão o Projeto para a ANS, no qual o responsável legal manifesta a intenção de participar do Programa e se compromete com atividades obrigatórias
- As Operadoras deverão, obrigatoriamente, vincular prestadores de serviços de saúde que integram a sua rede assistencial no Projeto
- O cumprimento dos requisitos mínimos em APS;
- Percentual de beneficiários poderá ser inferior ao mínimo exigido para a Certificação
- Participação em reuniões e sessões de aprendizagem virtuais e presenciais convocadas pela ANS.

PROJETO 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%
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%
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 Projeto	reduzir em 2%	reduzir em 3%	5%
4. Reduzir as internações por condições sensíveis a atenção primária (ICSAP)	Percentual de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP)	reduzir em 2%	reduzir em 4%	6%
5. Ampliar o número de médicos generalistas (Clínico Gral ou Médico de Família) por beneficiário (NHS)	Taxa de médicos generalistas por beneficiário	ampliar em 3%	ampliar em 3%	6%
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%

PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO OPERADORAS

**ÍNDICE DE DESEMPENHO DA SAÚDE
SUPLEMENTAR
IDSS 2019 (ANO-BASE 2018)**

IDSS – Índice de Desempenho da Saúde Suplementar

- ❖ O IDSS é um Programa da ANS instituído desde 2006 que avalia o desempenho das Operadoras
- ❖ É um índice composto (vários indicadores agregados em medida final), que mede o desempenho em 4 dimensões básicas:
 - ❖ I – Qualidade na Atenção à Saúde
 - ❖ II – Garantia do Acesso
 - ❖ III - Sustentabilidade no Mercado
 - ❖ IV - Gestão e Regulação
- ❖ O resultado varia de Zero a 1, sendo 1 o melhor desempenho

Objetivos do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar - IDSS

Estímulo à **Qualidade Setorial**

Avaliar o **desempenho das OPS por meio** de indicadores com vistas a dar transparência

Reduzir a **assimetria de informação entre o consumidor e as OPS**, oferecendo > poder de escolha

Benchmarking entre as OPS

Induzir o setor no sentido da consecução das **diretrizes da ANS e atingimento de melhores resultados**

Subsidiar ações regulatórias da ANS

Ajustes no IDSS

O IDSS sofrerá ajustes com vistas melhor mensurar o desempenho das ações das Operadoras em relação aos resultados regulatórios e em sua relação com beneficiários e prestadores de serviços de saúde

Ajustes no IDSS

- ❖ Conhecer o desempenho da OPS para subsidiar as políticas regulatórias (Incluindo a Pesquisa Satisfação Beneficiários)
- ❖ Manter Indicadores que avaliem qualidade nas 4 dimensões
- ❖ Ampliar os indicadores baseados em Resultados Regulatórios
- ❖ Integração com os demais projetos da ANS
 - Sinergias com Acreditação de Operadoras; Acreditação em APS; Parto Adequado; Novo modelo fiscalizatório; QUALISS, etc.



Proposta: pequenos ajustes no IDSS ano-base 2017 para definição do IDSS ano-base 2018

Nome/ Linha de Cuidado	Indicador	Peso	Fórmula de Cálculo	Pontuação (meta)	Proposta
Selo de Qualidade	Programa de Operadora Acreditada - Pontuação Base	Pontuação Base no IDSS: Nível I: 0,30 Nível II: 0,23 Nível III: 0,15	IDSS + Pontuação Base Acreditação ≤ 1	0,30	Alterar - Aumentar o peso
Selo de APS	Certificação em Atenção Primária à Saúde	Pontuação Base no IDQS : 0,15	IDQS + Pontuação Base APS ≤ 1	0,15	Incluir
1 - INDICADORES DA DIMENSÃO QUALIDADE EM ATENÇÃO À SAÚDE – IDQS					
<i>Qualidade da Assistência Prestada</i>					
Fratura em Idosos Saúde do Idoso	Taxa de Internação por Fratura de Fêmur em Idosos	2	Nº de internações hospitalares por fratura de fêmur em benef. ≥ 60 anos / Média de benef. ≥ 60 anos *1.000	Pontuação varia com o porte da OPS de acordo com a média de internações esperadas	Retirar
Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças dos Clientes	1.9 - Programa de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças – Bônus	Bônus de 5% ou 10% sobre a IDQS	Resultado do IDQS + (IDQS*0,05) ou Resultado do IDQS + (IDQS *0,10) (idoso)	Bônus de 10% (ou 15% — idoso)	Alterar - Reduzir o bônus para 10%

2 - INDICADORES DA DIMENSÃO GARANTIA DE ACESSO – IDGA

Qualidade e Acesso aos Hospitais, Laboratórios e Profissionais de Saúde

Nome	Indicador	Peso	Fórmula de Cálculo	Pontuação (meta)	Proposta
Planos Suspensos	2.6 Posicionamento no Acompanhamento e Avaliação da Garantia de Atendimento	1	Apresentar pontuação igual a '0' (zero) no somatório dos 4 trimestres (5 faixas de avaliação com valores de: 1; 0,75; 0,50; 0,25 e zero)	Zero: Resultados = 0% 1: Resultados = 100% Demais Resultados: Pontuação Escalonada	Incluir
Qualidade de Hospitais	2.7 - Frequência de Utilização de Rede de Hospitais com Atributo de Qualidade 2.8 - Frequência de Utilização de Rede de SADT com Atributo de Qualidade	1	Taxa de utilização de Rede Hospitalar com atributo de qualidade/ Total de utilização de rede de Hospitais	Zero: Resultados \leq 20% Mediana 1: Resultados \geq 80% Mediana do Setor Demais Resultados: Pontuação Escalonada	Alterar: Dividir em dois e retirar consultório

3 - INDICADORES DA DIMENSÃO SUSTENTABILIDADE NO MERCADO – IDSM

Solidez do Plano de Saúde

Nome	Indicador	Peso	Fórmula de Cálculo	Pontuação (meta)	Proposta
Solidez do seu Plano de Saúde	3.1 - Índice de Recursos Próprios	3	Patrimônio Liq. Ajustado / Recursos Próprios Mínimo	Zero: OPS irregulares com a exigência de Patrimônio Mínimo Ajustado 1: Resultado \geq 300% Notas intermediárias serão escalonadas	Alterar – Aprimorar (verificar sugestões da DIOPE)
Moderação de Reajustes	3.3 Índice de reajuste médio ponderado aplicado aos planos coletivos	2	Trata-se de um índice combinado com dois indicadores: 1. Desvio à direita (para mais) em relação ao índice oficial da ANS; e 2. Dispersão em si dos reajustes na carteira da operadora	Zero: maior dispersão e maior desvio 1: menor dispersão e menor desvio Demais Resultados: pontuação escalonada	Incluir
Capital Próprio	3.5 -Autorização para definição de Regra de Capital Próprio	Bônus de X% sobre a IDSM	Resultado do IDSM + (IDSM*X%)	Bônus X%	Incluir

4 - INDICADORES DA DIMENSÃO GESTÃO E REGULAÇÃO – IDGR

Qualidade da Gestão Administrativa do Plano de Saúde

Nome	Indicador	Peso	Fórmula de Cálculo	Pontuação (meta)	Proposta
Relacionamento do Plano de Saúde com Hospitais, Laboratórios e Profissionais de Saúde	4.4 - Proporção de Glosas de Pagamentos a Prestadores de Serviços de Saúde	1	$0,75 \times \text{Valor, em R\$, do somatório dos valores glosados dos procedimentos e itens assistenciais} / \text{Valor, em R\$, do somatório dos valores informados dos procedimentos e itens assistencias} + 0,25 \times \text{N}^\circ \text{ de prestadores com procedi. E itens assistenciais glosados} / \text{prestadores da OPS com troca de informação no mesmo período}$	Zero: resultado > P85 1: Resultado = 0 Demais Resultado: Pontuação Escalonada	Rever

4 - INDICADORES DA DIMENSÃO GESTÃO E REGULAÇÃO – IDGR

Qualidade da Gestão Administrativa do Plano de Saúde

Nome	Indicador	Peso	Fórmula de Cálculo	Pontuação (meta)	Proposta
Resolução de Queixas do Cliente	Taxa de Resolutividade de Notificação de Intermediação Preliminar	2	Demandas NIP assistências e não assistenciais / Demandas NIP assistenciais e não assistenciais	Zero: Resultados < 70% 1: Resultados ≥ 90% Demais resultados: Pontuação Escalonada	Substituir pelo INDIFISC Veio da Dimensão Sustentabilidade
Reclamações Gerais do Cliente	Índice Geral de Reclamações - IGR	1	IGR: Demandas NIP classificadas / Média do número de benef. dos 12 meses do ano base	Zero: IGR > Meta*2,90 1: IGR ≤ Meta Demais Resultados: Pontuação Escalonada	Substituir pelo INDIFISC Veio da Dimensão Sustentabilidade
Reclamações Concluídas	4.5 – Indicador de Fiscalização - INDFISC	3	$\left[\frac{\text{Total de reclamações concluídas} \times \text{Peso}}{\text{Média dos Beneficiários no período}} \right] \times 10.000$ <p>1. As reclamações são classificadas em: Procedente, RVPI, Inativa, Improcedente, assistenciais, não assistenciais, com e sem resposta do beneficiário.</p> <p>2. Cada classificação apresenta uma ponderação específica, variando de 1,00 (Procedente) a 0,0014 (Improcedente)</p>	1: INDIFISC = 0 Demais Resultados: Pontuação Escalonada	Incluir

4 - INDICADORES DA DIMENSÃO GESTÃO E REGULAÇÃO – IDGR

Qualidade da Gestão Administrativa do Plano de Saúde

Nome	Indicador	Peso	Fórmula de Cálculo	Pontuação (meta)	Proposta
<p>Acesso à contratação individual</p> <p>Resultado Regulatório</p>	4.6 Efetiva comercialização de planos individuais	5 (a definir)	Crescimento no número de beneficiários titulares em produtos individuais ativos (e a taxa de crescimento - a definir) e número de produtos ativos (por porte ou nº benef. da OPS)	<p>Pontuação zero: sem planos individuais ativos</p> <p>Pontuação escalonada de acordo com o crescimento no número de beneficiários titulares (e qtde. de produtos ponderado pelo porte)</p> <p>A base para pontuar será a mediana do setor por número beneficiários titulares em produtos individuais ativos (taxa de crescimento - a definir) e nº de produtos</p>	Incluir
Satisfação do Cliente/Paciente	4.7 - Pesquisa de Satisfação do Beneficiário - Pontuação base	Pontuação Base de 0,25 na IDGR	$(\text{PONTUAÇÃO BASE} + \text{IDSM}) \leq 1$	Pontuação base de 0,25 em caso de realização da pesquisa	Manter. Veio da Dimensão Sustentabilidade.

Próximos Passos

- ❖ Elaboração das ficas técnicas no Comitê Executivo, pelas áreas técnicas
- ❖ Recepção de sugestões e críticas para os indicadores propostos para o IDSS ano-base 2018
- ❖ Aprovação na DICOL

Obrigado!



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



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



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



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



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



Ministério da
Saúde

