



A DIRETORIA DE DESENVOLVIMENTO SETORIAL DESAFIOS ENFRENTADOS EM 2018

Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)

CATEC
GEEIQ/DIDES

19/Dezembro/ 2018



Revisão Programa de Acreditação de Operadoras

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

Reformulação do Novo Programa - Consulta Pública nº 71



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 Prestadora 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

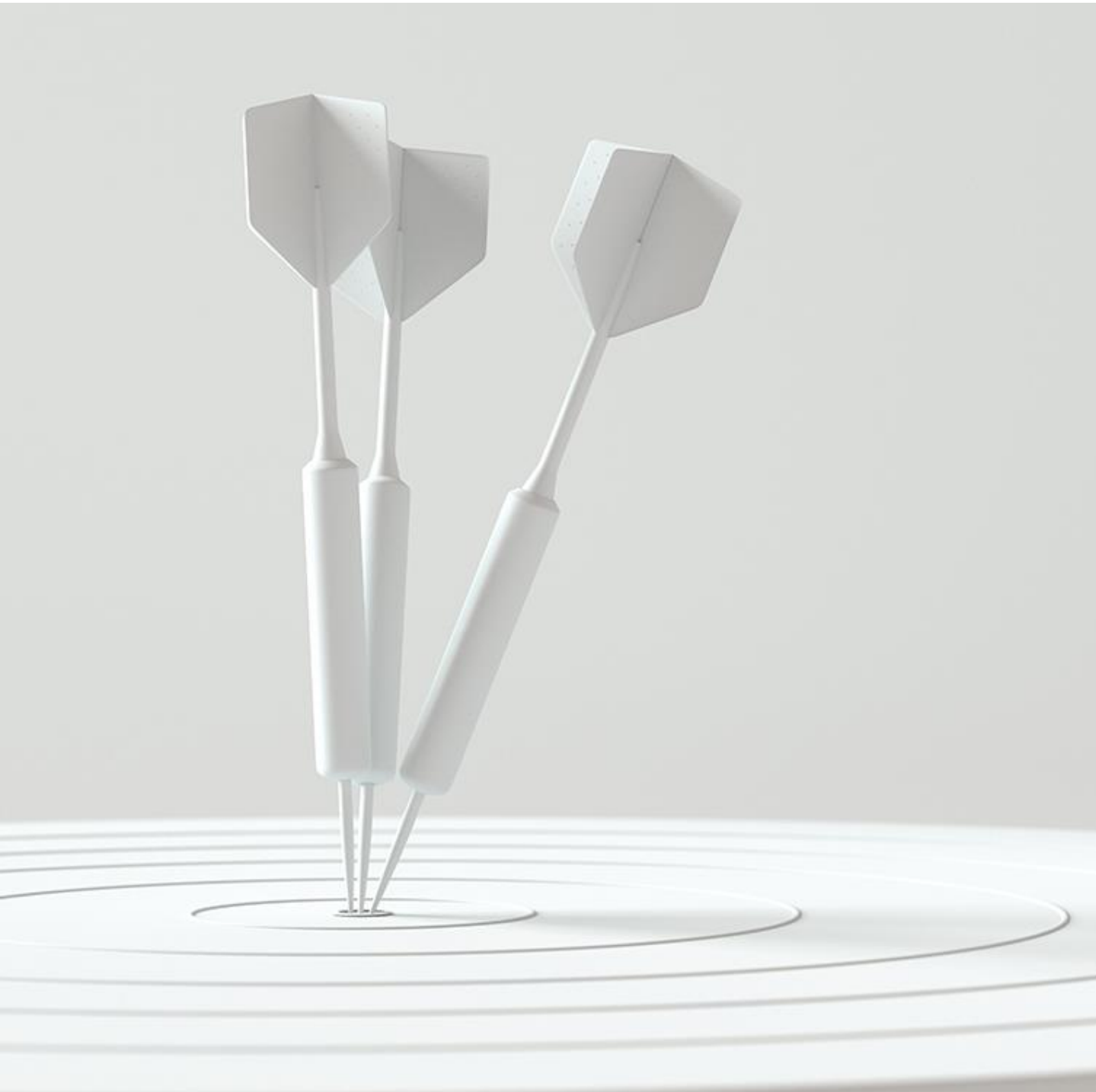
29 itens

- CP 71 ocorrida entre 06/set e 05/out – recebidas 693 contribuições de 48 demandantes

Índice de Desempenho da Saúde Suplementar - IDSS



Objetivos do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar - IDSS



- 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 maior **poder de escolha**
- Estimular a **Qualidade Setorial**
- 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

Indicadores do IDSS ano-base 2017 por Dimensão

Programa de Operadora Acreditada - Pontuação Base no IDSS da OPS de acordo com o Nível de Acreditação obtido (I-0,15; II-0,12; III-0,09)

Qualidade na Atenção à Saúde -IDQS

Garantia do Acesso - IDGA

1.1 - Proporção de Parto Cesáreo

2.1 - Sessões de Hemodiálise Crônicas por Beneficiário

1.2 - Taxa de Consultas Pré-Natal

2.2 - Taxa de Consultas médicas ambulatoriais com generalista por Idosos

1.3 - Taxa de Citopatologia Cérvico-Vaginal Oncótica

2.3 - Índice de Dispersão Combinado de Serviços de Urgência e Emergência 24 horas

1.4 - Taxa de Internação por fratura de fêmur

2.4 - Taxa de Primeira Consulta ao Dentista por Beneficiário por ano

1.5 - Razão de Consultas Médicas Ambulatoriais com Generalista/Especialista para idosos

2.5 - Índice de Dispersão Combinado da Rede Assistencial Odontológica

1.6 - Taxa de Consultas Médicas Ambulatoriais com Pediatria (até 4 anos)

2.6 - Frequência de Utilização de Rede de Hospitais, SADT e Consultórios com Atributo de Qualidade

1.7 - Taxa de Hemoglobina Glicada (entre 19 e 75 anos)

1.8 - Proporção de Procedimentos Preventivos em Saúde Bucal – CÁRIE

1.9 - Proporção de Procedimentos Preventivos em Saúde Bucal – PERIONDOTIA

1.10 - Programa de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças - PROMOPREV - Bônus 10% ou 15%

1.11 - Participação em Projetos de Indução da Qualidade da ANS - Pontuação Base 0,15

Indicadores do IDSS ano-base 2017 por Dimensão

Sustentabilidade no Mercado - IDSM	Gestão de Processos e Regulação - IDGR
3.1 - Índice de Recursos Próprios	4.1 - Índice composto de Qualidade Cadastral (SIB)
3.2 - Taxa de Resolutividade de Notificação de Intermediação Preliminar	4.2 - Taxa de utilização do SUS
3.3 - Índice Geral de Reclamações (IGR)	4.3 - Razão de Completude do Envio dos Dados do Padrão TISS (razão TISS)
3.4 - Proporção de NTRPs com valor comercial da Mensalidade Atípicos	4.4 - Proporção de Glosas de Pagamento a Prestadores de Serviços de Saúde
3.5 - Pesquisa de Satisfação do Beneficiário - Pontuação base 0,25	4.5 - Proporção de Diagnósticos inespecíficos nos eventos de internação preenchidos nas Guias TISS (BÔNUS 10%)
3.6 - Autorização prévia anual para movimentação da carteira de títulos e valores mobiliários - Bônus 10%	

Total de 29 indicadores

ESTÍMULO E INDUÇÃO DA QUALIDADE



Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde - Programa de APS

Programa de APS

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 **melhoria 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

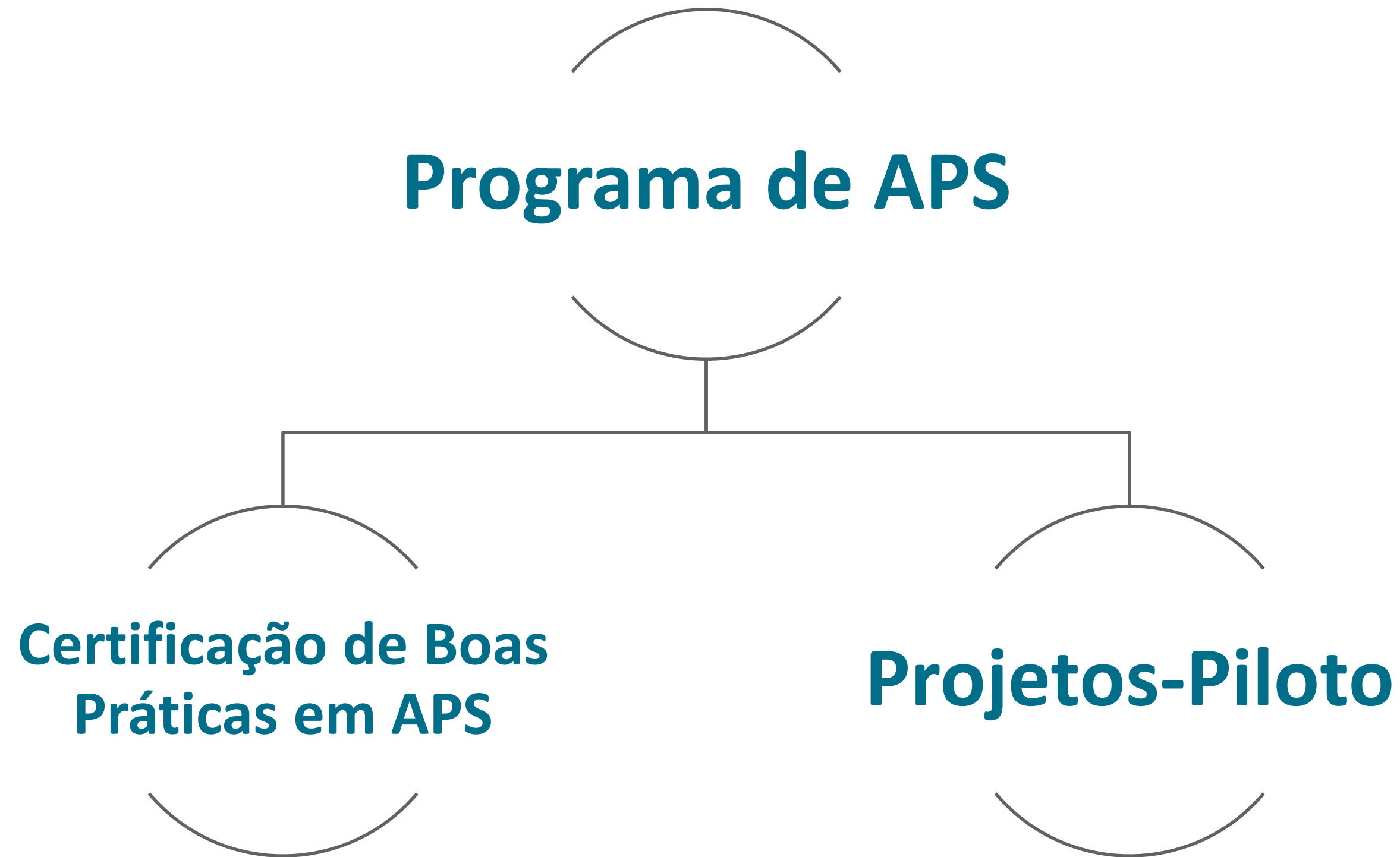
Reduzir as internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP)

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

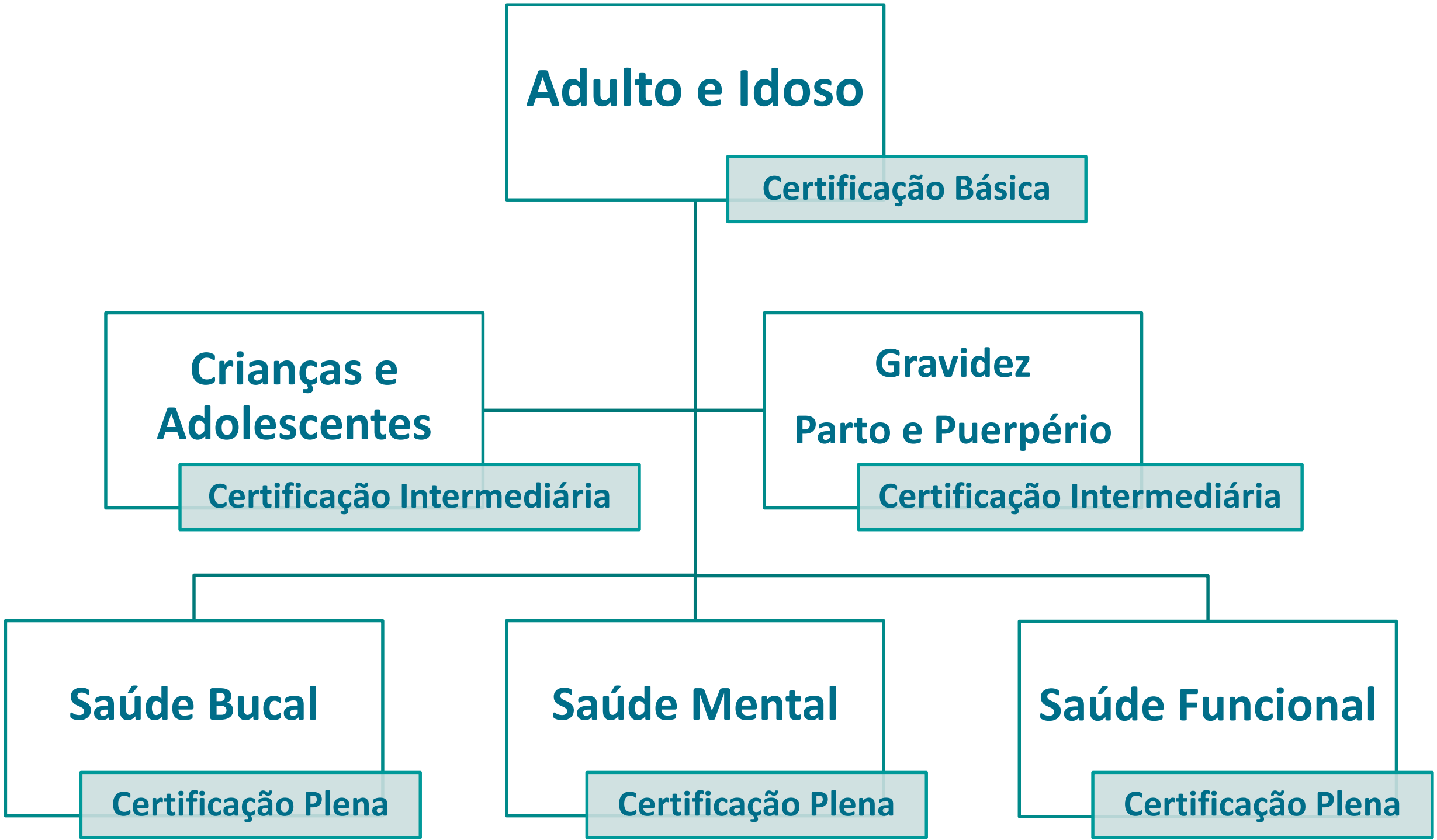
Programa de APS

As Operadoras poderão aderir ao Programa de APS em duas modalidades:



Programa de APS

Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças

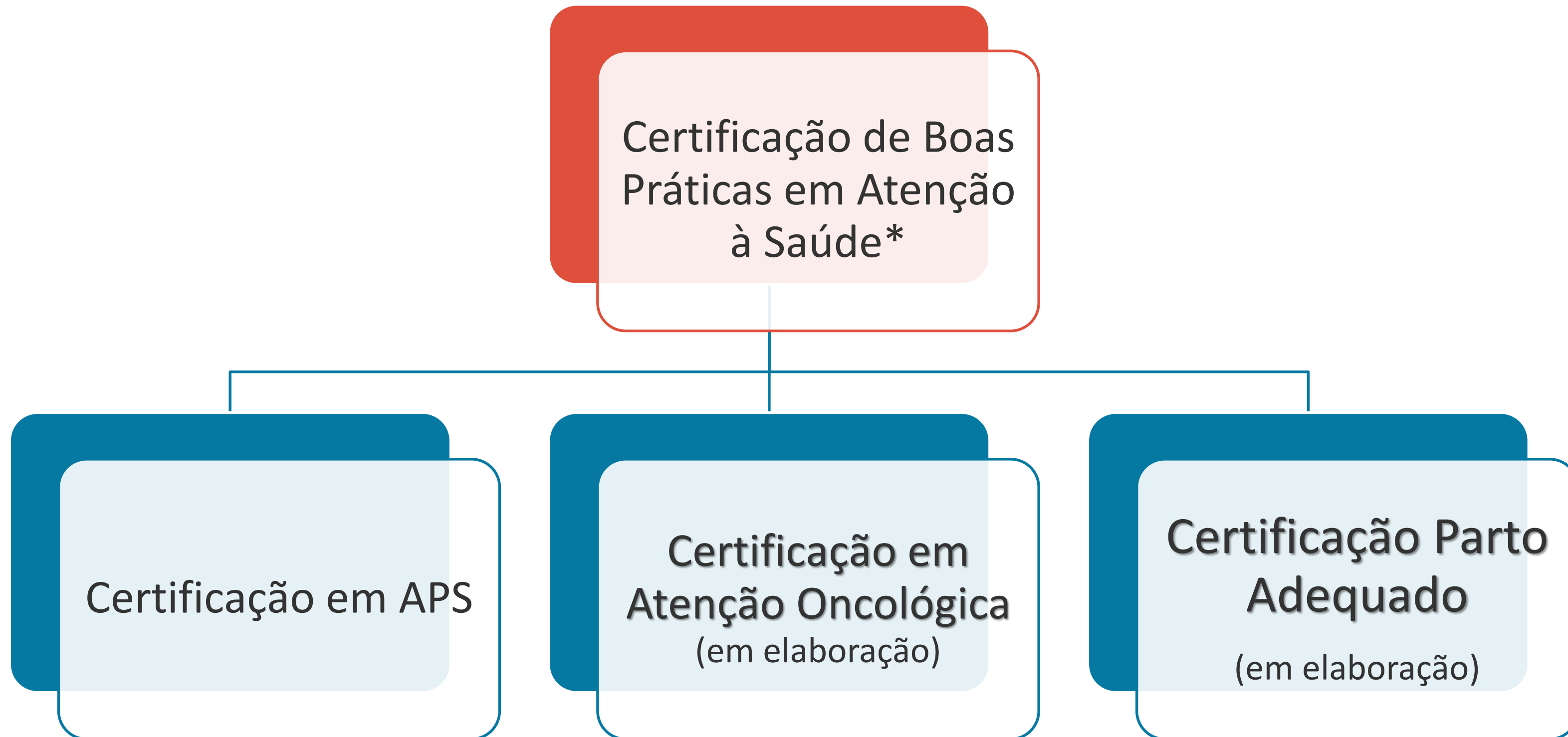


➤ O ideal é a inclusão de toda a população da operadora

Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde

PCBP

Certificação de Boas Práticas em APS: o 1º PCBP



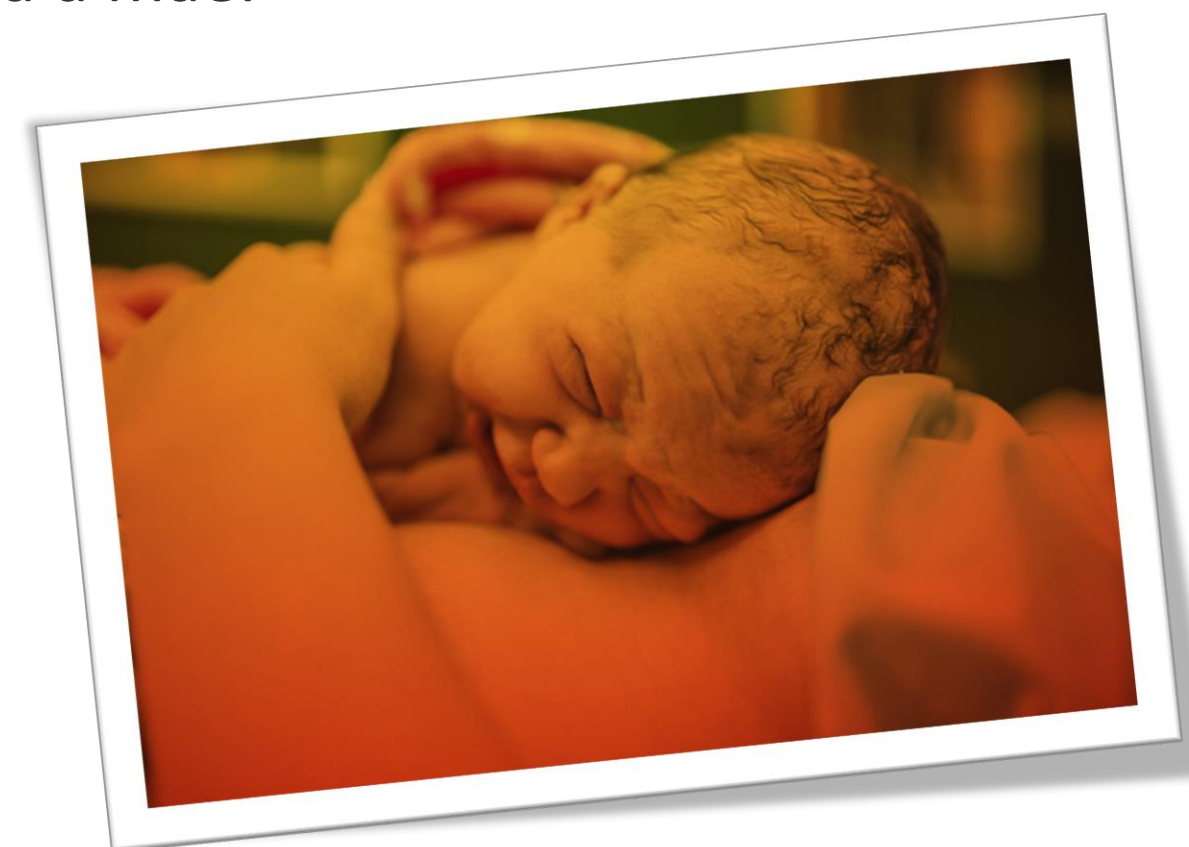
*Processo voluntário realizado por Entidade Acreditadora em Saúde reconhecida pela ANS



Programa Parto Adequado

Projeto Parto Adequado

- ❑ Proporção de Cesariana na Saúde Suplementar: 84%.
- ❑ OMS: não existem evidências que justifiquem proporções de cesariana superiores a 15% - 18%.
- ❑ Cesarianas desnecessárias podem levar a complicações para o bebê e para a mãe.
 - ❑ Para o bebê:
 - ❑ Prematuridade iatrogênica;
 - ❑ Aumento de risco de internação em UTI;
 - ❑ Problemas Respiratórios;
 - ❑ Icterícia fisiológica.
 - ❑ Para a mulher:
 - ❑ Atraso na amamentação;
 - ❑ Sangramento e necessidade de transfusão de sangue;
 - ❑ Infecção pós-parto.



Projeto Parto Adequado

Objetivos:

- Identificar modelos inovadores e viáveis de atenção ao parto e nascimento;
- Valorizar o parto normal;
- Reduzir o percentual de cesarianas sem indicação clínica na saúde suplementar;
- Oferecer às mulheres e aos bebês o cuidado certo, na hora certa, ao longo da gestação, durante todo o trabalho de parto e pós-parto.

Pressupostos:

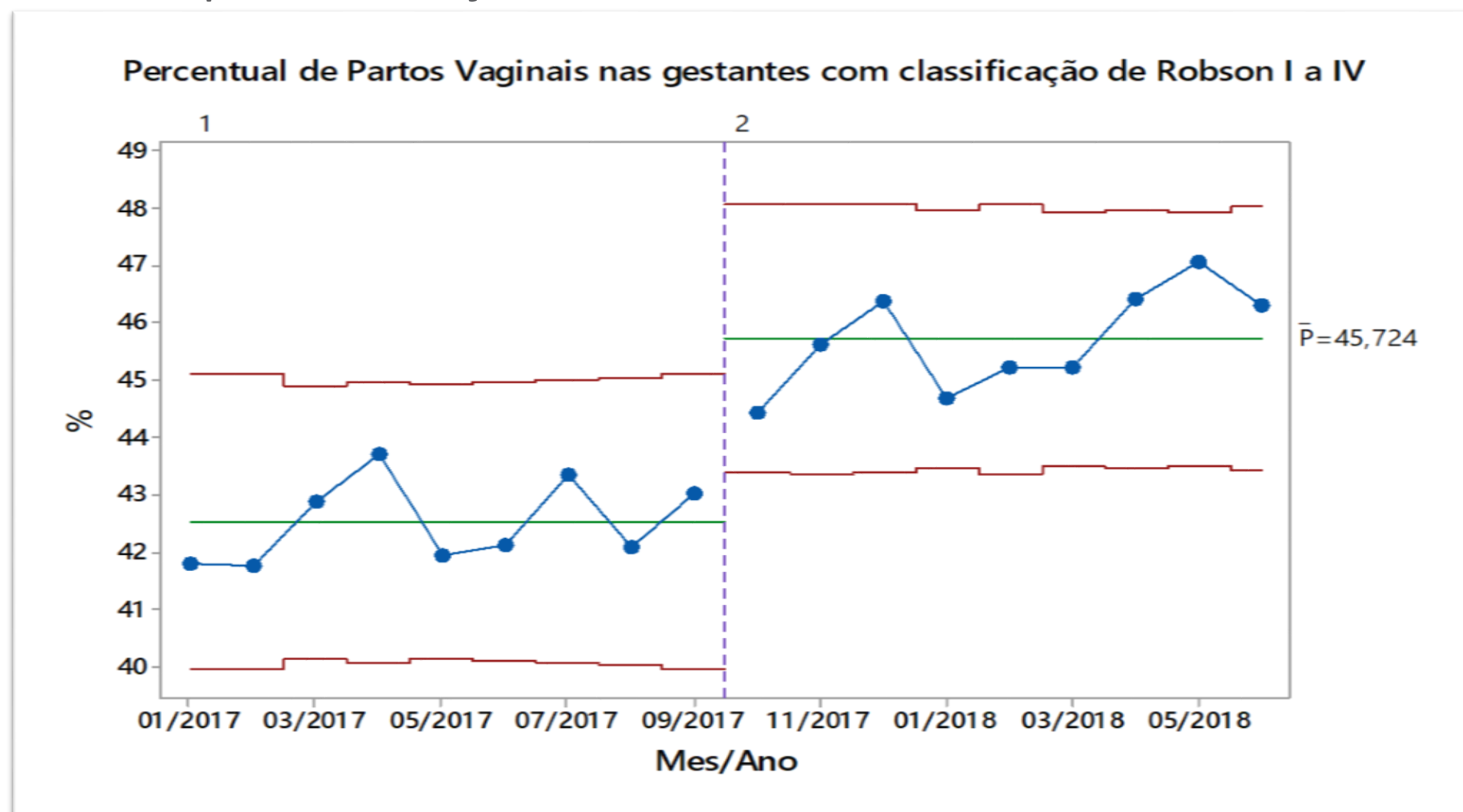
- Estrutura e preparo da equipe multiprofissional;
- Medicina baseada em evidências;
- Condições socioculturais e afetivas da gestante e da família.

- Desenvolvido pela ANS, o Hospital Albert Einstein e o Institute for Healthcare Improvement (IHI), com o apoio do Ministério da Saúde.

Projeto Parto Adequado

❑ Resultados alcançados:

- ❑ Na Fase 1, “piloto”, o projeto contou com a adesão de 35 hospitais.
- ❑ Ao longo de 18 meses: foi evitada a realização de 10 mil cesarianas desnecessárias.
- ❑ Na Fase 2: participam atualmente 117 hospitais.
- ❑ A média de partos normais na população-alvo do Projeto foi de 46%, o que representa um aumento de 8,2% no período de janeiro de 2017 a maio de 2018.



- Resultado consolidado de percentagem de partos vaginais classificados em Robson I a IV – população-alvo do projeto.
- Na análise foram considerados 87 hospitais com dados completos para o período compreendido entre jan/2017 e mai/18



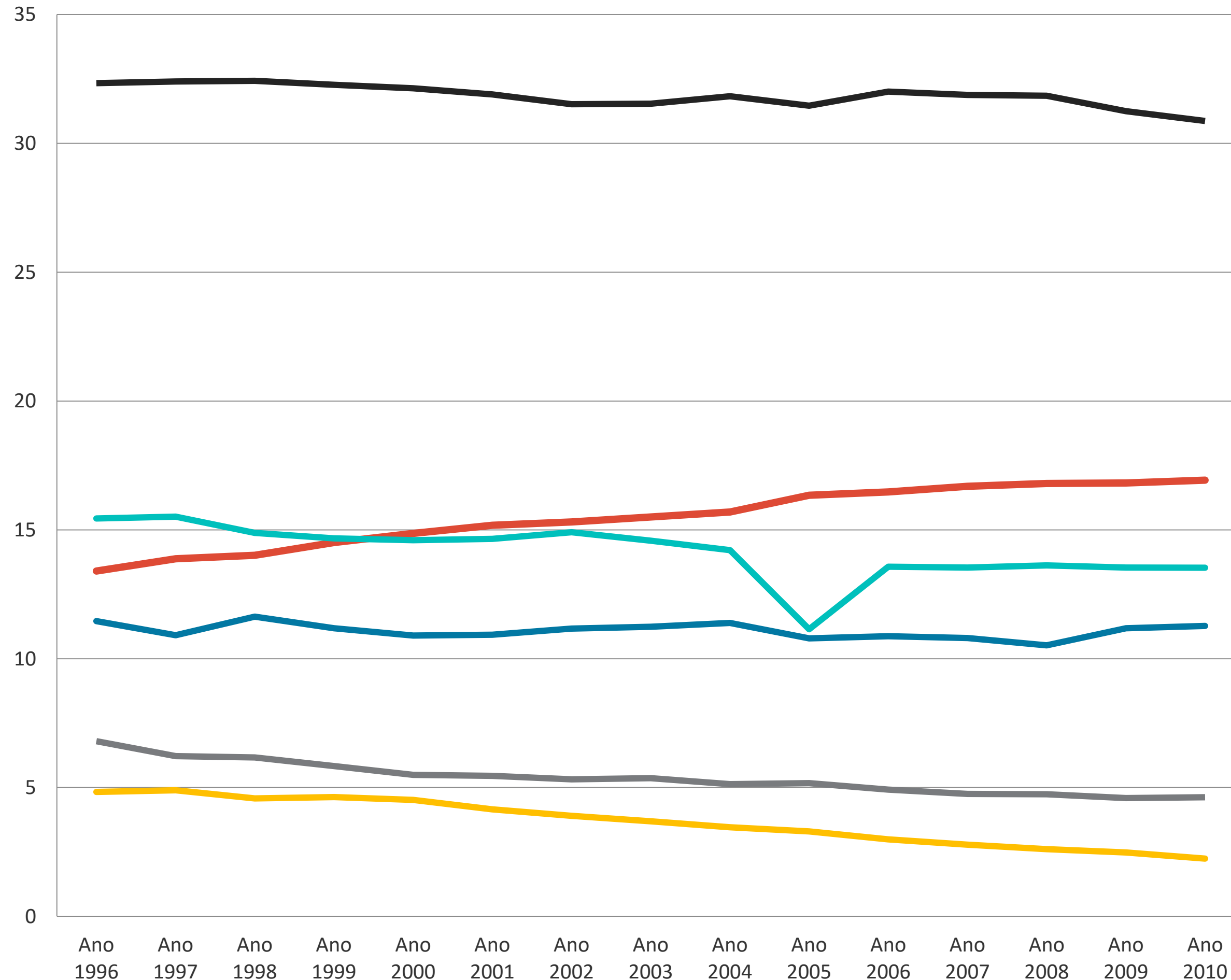
Projeto OncoRede

Cuidado Integral em Oncologia na Saúde Suplementar



Transição Epidemiológica

Mortalidade Proporcional por Causas, Brasil, 1996 a 2010

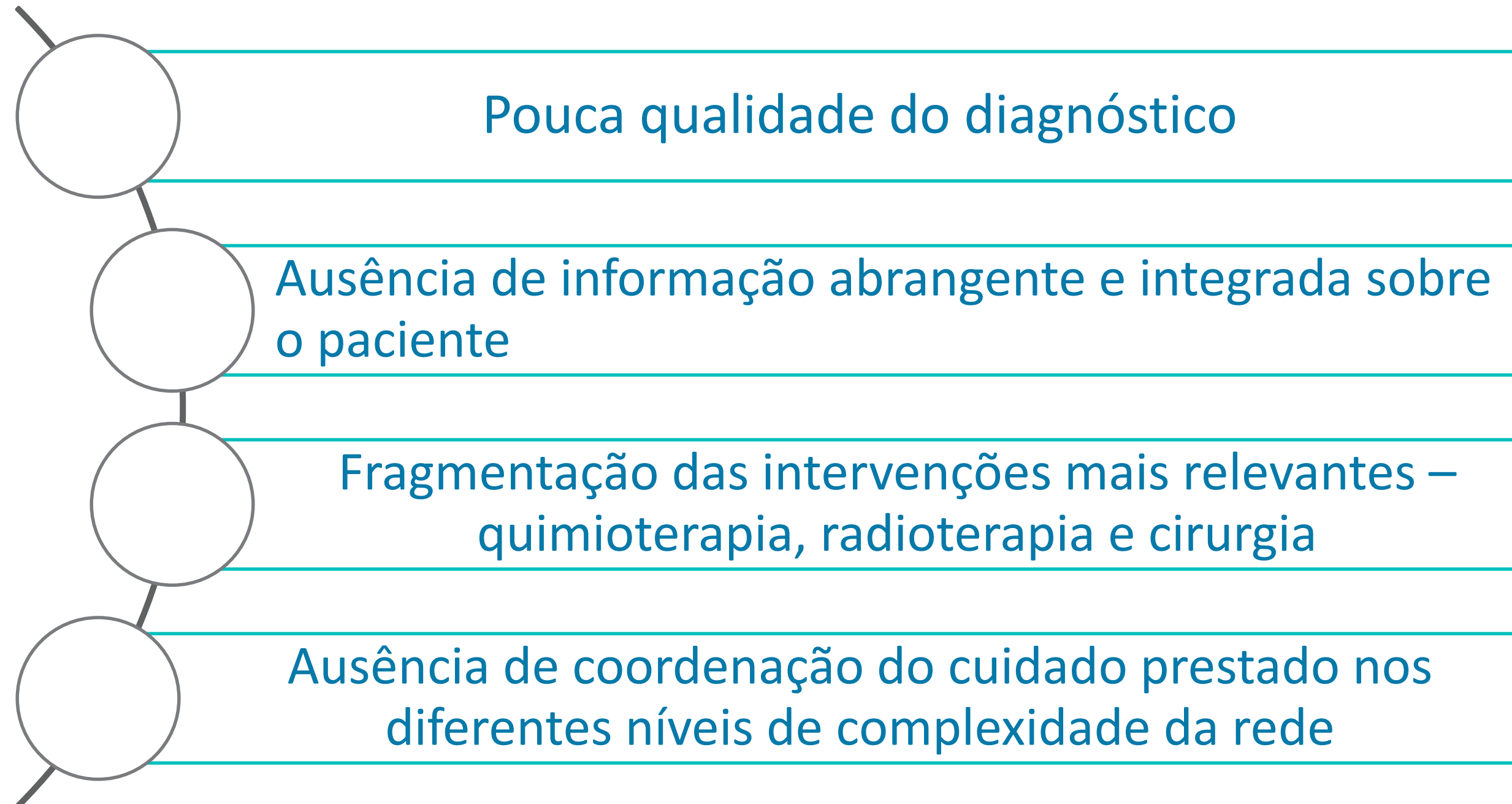


Aumento progressivo da Mortalidade Proporcional por neoplasias

- D Infeciosas e Parasitárias
- Neoplasias
- D Ap Cardiovascular
- D Ap Respiratório
- D Originadas Período Perinatal
- Causas Externas

Fonte: Seminário: aspectos operacionais dos programas de controle de câncer do colo do útero e mama. Coordenação do Programa de Atenção à Saúde Indígena. Centro de Estudos do IPC. Fortaleza, julho de 2017

Problemas identificados na assistência ao paciente com câncer na Saúde Suplementar



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



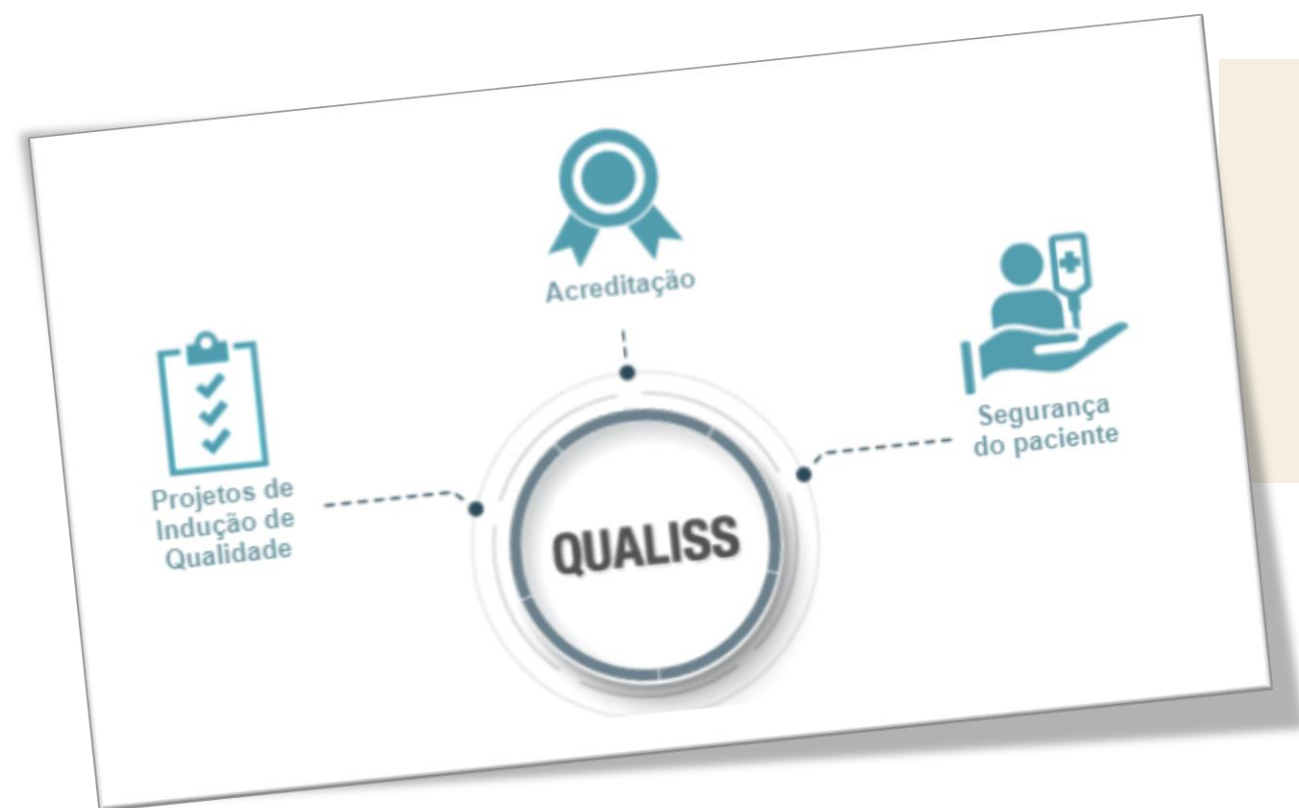
O Projeto OncoRede é uma iniciativa da ANS de implementação de um modelo de cuidado mais coordenado e de qualidade a pacientes oncológicos beneficiários de planos privados de saúde.

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 da continuidade 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



QUALISS

Características do QUALISS

QUALISS

A participação dos prestadores é voluntária

Tem natureza indutora da melhoria da qualidade setorial

Estabelece atributos de qualificação

Estabelece parcerias com entidades

Avalia a qualificação dos prestadores (PM-QUALISS)

Divulga os atributos de qualificação por meio de seus participantes e pelas operadoras

Instância Consultiva (COTAQ – Comitê Técnico de Avaliação da Qualidade Setorial)

QUALISS: Dados Publicados



PM - QUALISS: Parceria com H. Moinhos de Vento

- ❑ O Projeto intitulado “**Consórcio Nacional para Mensuração de Desfechos em Saúde**” foi apresentado pelo **Hospital Moinho de Ventos** à ANS pelo **PROADI-SUS** em Junho de 2018.
- ❑ O Projeto pretende construir um consórcio nacional de indicadores de desfecho em saúde para a população brasileira, aproveitando o conhecimento acumulado do Programa **Qualiss** e auxiliando a ANS na implementação dos indicadores do PM-Qualiss.
- ❑ **Objetivos:**
 - ❑ Construir um painel de indicadores: geral e específicos por linha de cuidado.;
 - ❑ Agregar conhecimento quanto à realidade dos hospitais privados e privados que atendem ao SUS;
 - ❑ Permitir avaliar indicadores específicos relativos às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT);
 - ❑ Criar uma plataforma que permita a entrada e comparação dos dados de hospitais participantes.

PM - QUALISS: Parceria com H. Moinhos de Vento

Importância do Projeto para a regulação da saúde suplementar:

Criação de estatísticas com relação a indicadores para os prestadores de serviços que atuam na saúde suplementar.

Os indicadores específicos por linha de cuidado oferecerão uma visão mais específica da atuação hospitalar nas DCNT.

A plataforma para coleta de dados dos indicadores será incorporada pela ANS para uso em larga escala:

- a. transparência dos dados;
- b. comparabilidade.

A criação de uma metodologia validada para classificação dos Hospitais, tornará possível a comparabilidade.



Fator de Qualidade

Fator de Qualidade – RN nº 364/2014 e suas alterações (incluindo RN nº 436/2018)



FQ é o percentual aplicado ao índice de reajuste anual dos prestadores de serviços de saúde estabelecido pela ANS.

O FQ é utilizado quando não há índice definido em contrato e não há acordo após a negociação, nos primeiros 90 dias do ano.

Está condicionado ao cumprimento de critérios de qualidade para: hospitais, hospitais-dia, SADT, HomeCare, clínicas ambulatoriais e profissionais de saúde

O índice de reajuste estabelecido pela ANS mantém-se o IPCA.

O FQ poder ser de 115%, 110%, 105% ou 100% do IPCA a depender do cumprimento dos requisitos de qualidade.

Os Critérios são estabelecidos no anexo da norma e escalonados de acordo com o percentual de aplicação do FQ.

A verificação é feita pela Operadora de Planos de Saúde a partir da documentação apresentada pelo Prestador de Serviços, seguindo os critérios estabelecidos pela norma.

Critérios de aplicação do FQ - Novidades

- Escalonamento dos percentuais da seguinte forma: **115%, 110%, 105% e 100% do IPCA.**

- A aplicação dos percentuais sobre o IPCA depende do cumprimento de **critérios de qualidade**, que foram descritos no anexo da norma, e selecionados utilizando uma composição que envolve:
 - Acreditação de Serviços de Saúde;**
 - Certificação de Serviços de Saúde;**
 - Utilização do TISS;**
 - Núcleo de Segurança do Paciente/NOTIVISA;**
 - Titulação de profissionais de saúde;**
 - Capacitação de profissionais de saúde.**



GT DE REMUNERAÇÃO

Modelos de Remuneração do Cuidado em Saúde

CONTEXTO

1. No mundo a implementação de modelos alternativos de pagamento de prestadores e do cuidado em saúde está associada a busca pelo **aumento da qualidade assistencial** e a necessidade de **redução dos elevados custos** envolvidos na prestação dos serviços de saúde.
2. O **Relatório da OMS**, publicado em 2010 aponta a mudança do modelo de remuneração de prestadores de serviços como uma **estratégia para alcançar melhores resultados em saúde**.
3. O Brasil ainda utiliza **hegemonicamente o *fee for service*** que induz a produção excessiva e desnecessária de procedimentos e não avalia nem considera os resultados em saúde (UGÁ, 2012; BOACHIE et al 2014; BICHUETTI & MERE JR., 2016; MILLER, 2018).
4. Em países desenvolvidos, a discussão sobre **Modelos de Remuneração tem sido feita desde à década de 1990**.
5. A remuneração de prestadores de serviços **baseada em valor**, em contraposição à remuneração **baseada em volume**, reduziria custos e levaria a melhores resultados em saúde (OMS, 2010; IOM, 2011; PORTER & TEISBERG, 2007; MILLER, 2012; MILLER, 2017).

Modelos de Remuneração: o que pode ser feito?

Discutir Modelos de Remuneração mais adequados

Instrumento de Mudança do Modelo Assistencial e do Modelo de Gestão da Operadora e do Prestador de Serviço.

Induzir a reorganização da saúde suplementar, tendo em vista que a forma como é prestada a atenção à saúde impacta em toda a cadeia produtiva e nas relações dos diversos atores.

Contribui de forma determinante para a sustentabilidade do setor.

GT DE REMUNERAÇÃO DA ANS

INICIATIVA INOVADORA DA ANS

Visão: Geração de Valor e Mudança do Modelo de Gestão Assistencial e do Modelo de Negócio.

- Início em Set/2016 – Vigente

FASE I – 2016 e 2017:

- Apresentação dos Principais Modelos de Remuneração focalizando na Experiência Internacional
- Comparativo entre os modelos identificados
- Compartilhamento de Experiências Exitosas com o Setor

FASE II - 2018:

- Avaliar a viabilidade de implementação prática de cada modelo de remuneração discutido, destacando riscos e vulnerabilidade em cada contexto.

FASE III – 2018:

- Implementação de métodos desenhados na fase II por meio de projetos piloto de adesão voluntária.
- Duração de 12 a 18 meses.

Fase III do GT de Remuneração

Objetivos da Fase III

Contribuir com iniciativas voltadas a **superar os desafios da implementação de modelos de remuneração alternativos ao *fee for service*.**

Apoiar **estratégias para viabilizar a implementação efetiva de novos modelos de remuneração inovadores**, centrados na perspectiva da melhoria da qualidade do cuidado em saúde e da sustentabilidade no âmbito da saúde suplementar.

Utilizando a estratégia **de melhoria da qualidade**, a Fase III terá início com um número pequeno de experiências, a partir das quais o Projeto poderá ser **ampliado em uma próxima fase**.

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



[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)



18
ANOS