



GRUPO TÉCNICO

ACREDITAÇÃO DE OPERADORAS

GEEIQ/DIDES
31/03/2017

Tríade para Sustentabilidade do Setor



Coordenadoria de Avaliação e Estímulo à Qualificação de Operadoras



Programa de Qualificação de Operadoras

- Programa que avalia, anualmente, a qualidade das operadoras de planos privados de saúde, por meio do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar - IDSS
- O IDSS é um índice combinado que varia de zero a um (0 a 1)
- Conta com 4 dimensões e 27 indicadores



Acreditação de Operadoras

- Tem como objetivo certificar a qualidade das operadoras avaliadas por entidades homologadas pela ANS.
- A análise leva em conta a administração, a estrutura e a operação dos serviços de saúde, o desempenho da rede e o nível de satisfação dos beneficiários.
- A certidão de acreditação pode ser conferida em 3 níveis

PROGRAMA DE ACREDITAÇÃO DE OPERADORAS

Objetivos do Programa de Acreditação de Operadoras

OPERADORAS

- ❖ Estimular a adoção das melhores práticas por parte das operadoras

Gestão das Operadoras

- ❖ Possibilitar a identificação e resolução de problemas com mais consistência, segurança e agilidade

BENEFICIÁRIOS

- ❖ Desenvolver no setor condições para a competição qualitativa facilitando a escolha qualificada

ANS

Aprimorar o seu papel de indutor de qualidade das operadoras

SOBRE A ACREDITAÇÃO DE OPERADORAS

ACREDITAÇÃO

É um processo voluntário de reconhecimento de competências

ANS

Estimular a adoção das melhores práticas, desenvolvendo no mercado competitivo e com maior qualidade

OPERADORAS

Aprimoramento da gestão, identificação e resolução de problemas com mais consistência, segurança e agilidade

INMETRO

ACORDOS DE RECONHECIMENTO INTERNACIONAL

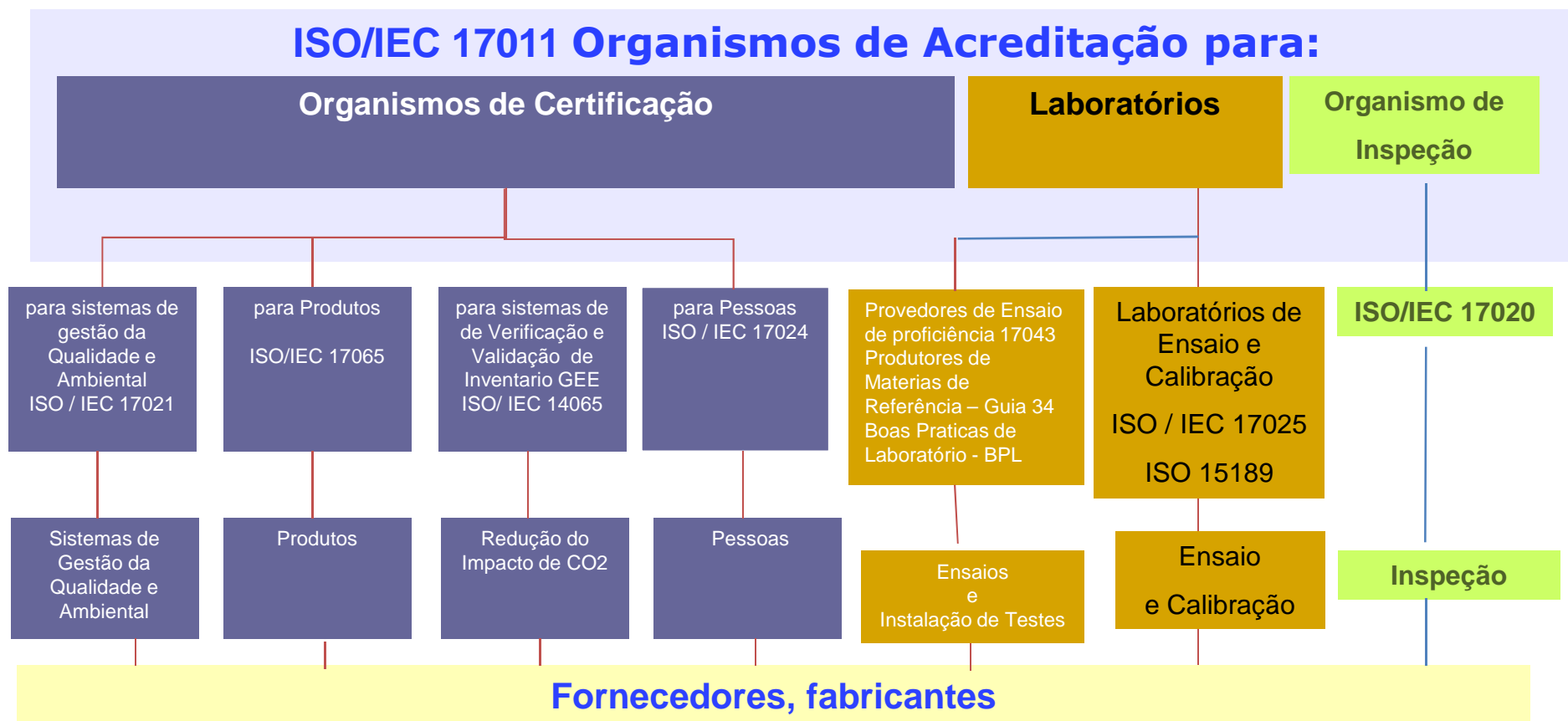
- Assinados entre Organismos de Acreditação;
- Promovem a confiança na utilização dos resultados certificados;
- Facilitam a circulação no comércio internacional (evitando multiplicidades) .



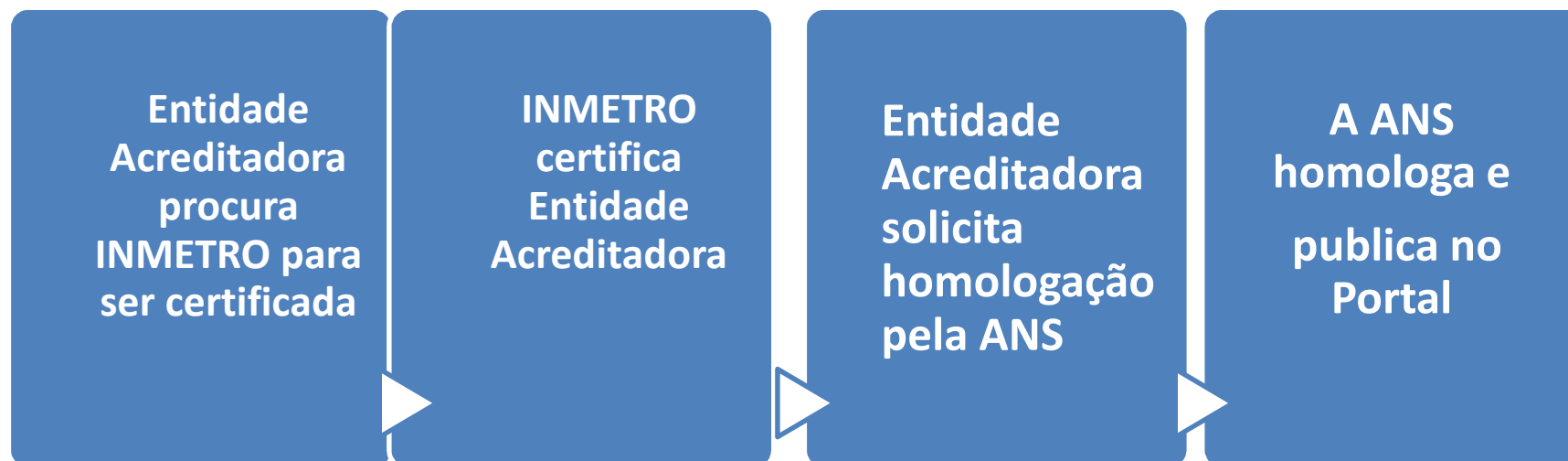
IAAC

InterAmerican Accreditation Cooperation

Normas para acreditação



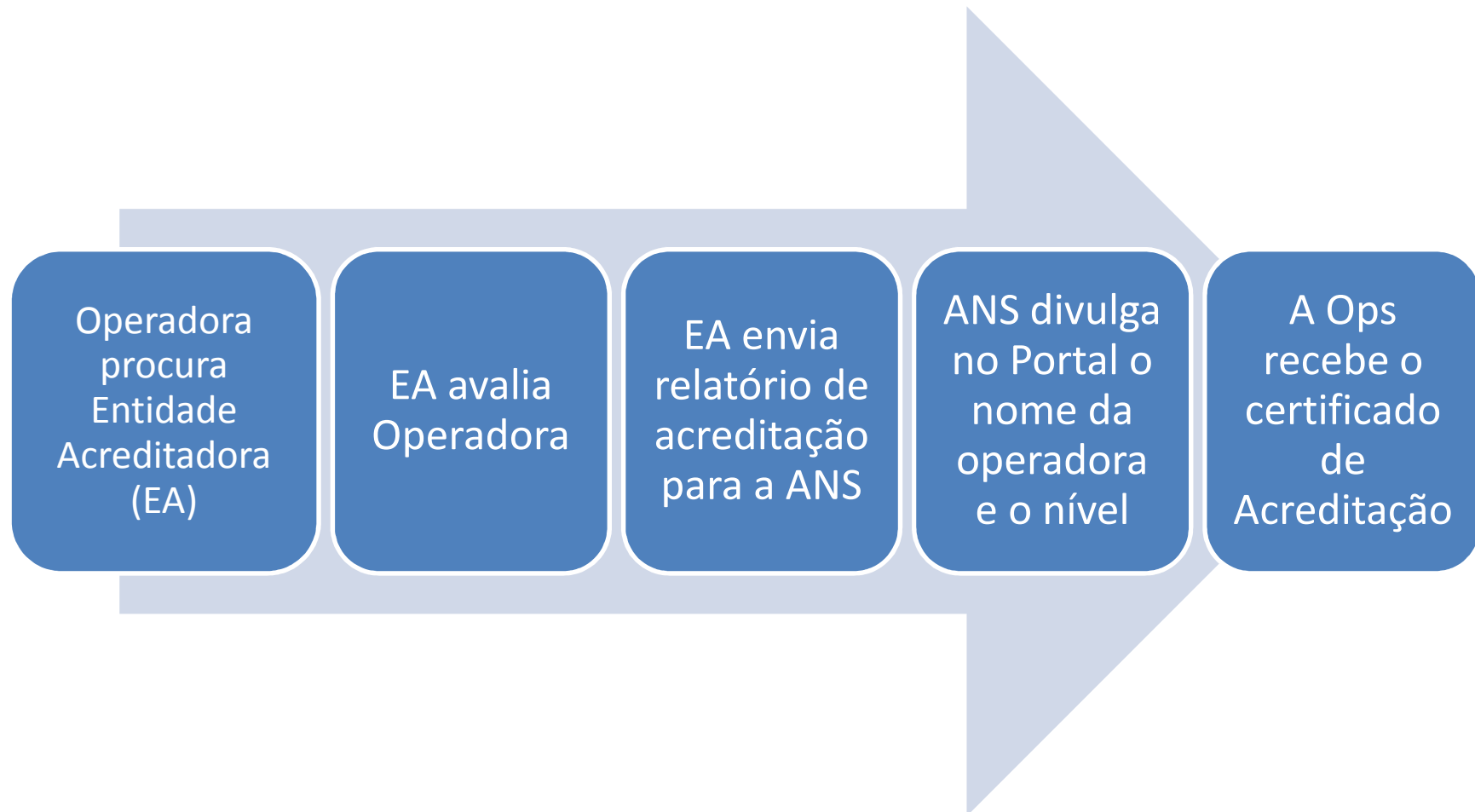
Fluxograma da Homologação de Entidades Acreditoras de Operadoras



Padrões utilizados pelo INMETRO para Acreditar as Entidades Acreditadoras

ISO 17.011	ISO 17.065
IAF	Internacional Accreditation Forum
IAAC	Américas
(CGCRE/INMETRO)	Brasil
ISO	IAF
ABNT	INMETRO

Fluxograma da Acreditação de Operadoras



Requisitos para solicitar acreditação

Entidade Acreditadora
certificada pelo INMETRO e

Não estar em Plano de
Recuperação
(Plano de Adequação
Econômico-financeira)

Não estar em Regime Especial perante a ANS

❖ **Direção Técnica**

❖ **Direção Fiscal**

Dimensões do Programa de Acreditação de Operadoras



Total:
147 itens

Dimensão 1 – Programa de Melhoria da Qualidade (Avalia a gestão interna da qualidade – 11 itens – peso 1)

1.1	Existe um grupo responsável pelo Programa de Melhoria da Qualidade (PMQ) da OPS.
1.2	Há um médico especificamente designado participando do grupo responsável pelo Programa de Melhoria da Qualidade (PMQ) da OPS.
1.3	O grupo responsável pelo PMQ avalia os processos operacionais relacionados à melhoria de qualidade em todas as atividades da OPS.
1.4	A estrutura e funções do grupo responsável pelo PMQ estão formalmente definidas, bem como existem registros de frequência e das atas (datadas e assinadas) das reuniões do grupo, onde todas as suas decisões e ações estão detalhadas.
1.5	O grupo responsável pelo PMQ possui um plano anual de trabalho.
1.6	Existem instalações e equipamentos suficientes direcionados para o grupo responsável pelo PMQ.
1.7	O grupo responsável pelo PMQ institui e acompanha indicadores da qualidade dos serviços oferecidos pela OPS.
1.8	O grupo responsável pelo PMQ recomenda, no mínimo anualmente, políticas de melhoria da qualidade para a alta direção da OPS.
1.9	Os resultados das atividades do grupo do PMQ são analisados, no mínimo anualmente, e avaliados pela alta direção da OPS.
1.10	A OPS promove divulgação interna das atividades (realizadas e em andamento) do grupo responsável pelo PMQ no mínimo anualmente.
1.11	A OPS possui sistema de gestão da qualidade implementado.

Dimensão 2 – Dinâmica da Qualidade e Desempenho da Rede Prestadora

(Avalia a gestão da qualidade na rede prestadora – 12 itens – peso 2)

- | | |
|------|---|
| 2.1 | A OPS tem procedimento documentado e adequado que priorize a qualificação acadêmico-profissional nas etapas de avaliação e seleção de médicos e demais prestadores para sua rede. |
| 2.2 | A OPS tem políticas e procedimentos documentados para promoção do descredenciamento de médicos e demais prestadores, nos casos de falta de qualidade ou deficiência de segurança por parte dos prestadores. |
| 2.3 | A OPS dispõe de políticas e procedimentos documentados para o acesso aos prontuários de seus beneficiários, observados os limites legais. |
| 2.4 | A OPS possui política clara e formalizada em contrato, de incentivos (financeiros ou não-financeiros) aos seus prestadores, vinculados à adoção de boas práticas, desfechos clínicos e excelência no atendimento a padrões e protocolos. |
| 2.5 | A OPS viabiliza a participação em programas de capacitação e educação continuada em saúde, para sua rede prestadora, com o objetivo de melhorar os resultados da atenção à saúde. |
| 2.6 | A OPS possui procedimento documentado de incentivos à acreditação/certificação de sua rede prestadora e mantém registros atualizados periodicamente sobre o grau de qualidade de sua rede. |
| 2.7 | A auditoria concorrente (própria ou terceirizada) possui procedimentos documentados de operação, no intuito de aferir a qualidade e adequação dos serviços prestados pela rede. |
| 2.8 | A OPS possui procedimentos documentados para verificação da renovação de certificados, diplomas e alvarás necessários ao funcionamento da rede prestadora, segundo a legislação estadual e federal, dentro do prazo de validade, e condiciona a manutenção do credenciamento à atualização desses documentos. |
| 2.9 | A OPS efetua e registra regularmente a auditoria dos atendimentos hospitalares e pré-hospitalares de urgência e emergência em que um médico qualificado analisa o quadro clínico de entrada, bem como procedimentos, condutas e diagnósticos de alta. |
| 2.10 | A OPS tem programa de qualidade devidamente documentado e implementado relativo à segurança do paciente, que inclui a análise da adequação do atendimento, bem como supervisão efetiva das atividades de melhoria contínua do atendimento aos pacientes. |
| 2.11 | A OPS possui procedimento documentado para orientação da rede prestadora com relação à manutenção da confidencialidade dos dados clínicos dos beneficiários. |
| 2.12 | A OPS possui procedimento documentado para estimular a melhoria constante da qualidade dos arquivos médicos mantidos pela rede prestadora. |

Dimensão 3 – Sistemáticas de Gerenciamento das Ações dos Serviços de Saúde

(Avalia a gestão do acesso a rede – 25 itens – peso 2)

3.1 Distribuição Quantitativa e Geográfica da Rede Prestadora

3.1.1 Atenção Primária à Saúde (Clínica Geral, Medicina da Família, Pediatria, G.O. e Cirurgia Geral)

- | | |
|---------|---|
| 3.1.1.1 | Existem critérios quantitativos, devidamente documentados, para estabelecer o número adequado de prestadores de atenção primária à saúde da rede. |
| 3.1.1.2 | Existem critérios quantitativos, devidamente documentados, para a distribuição geográfica dos prestadores de atenção primária à saúde da rede. |
| 3.1.1.3 | Anualmente é realizada análise e registro do desempenho do número de prestadores de atenção primária à saúde da rede, tendo como referência os critérios previamente estabelecidos. |
| 3.1.1.4 | Anualmente é realizada análise e registro do desempenho da distribuição geográfica dos prestadores de atenção primária à saúde da rede, tendo como referência os critérios previamente estabelecidos. |

Dimensão 3 – Sistemáticas de Gerenciamento das Ações dos Serviços de Saúde

(Avalia a gestão do acesso a rede – 25 itens – peso 2)

3.1.2 Atenção Especializada à Saúde (demais especialidades médicas)

- | | |
|---------|--|
| 3.1.2.1 | Existem critérios quantitativos, devidamente documentados, para estabelecer o número adequado de prestadores de atenção especializada à saúde da rede. |
| 3.1.2.2 | Existem critérios quantitativos, devidamente documentados, para a distribuição geográfica dos prestadores de atenção especializada à saúde da rede. |
| 3.1.2.3 | Anualmente é realizada análise e registro do desempenho do número de prestadores de atenção especializada à saúde da rede, tendo como referência os critérios previamente estabelecidos |
| 3.1.2.4 | Anualmente é realizada análise e registro do desempenho da distribuição geográfica dos prestadores de atenção especializada à saúde da rede, tendo como referência os critérios previamente estabelecidos. |

3.1.3 Atenção de Urgência e Emergência à Saúde

- | | |
|---------|---|
| 3.1.3.1 | Existem critérios quantitativos, devidamente documentados, para estabelecer o número adequado de prestadores de atenção de urgência e emergência à saúde da rede. |
| 3.1.3.2 | Existem critérios quantitativos, devidamente documentados, para a distribuição geográfica dos prestadores de atenção de urgência e emergência à saúde da rede. |
| 3.1.3.3 | Anualmente é realizada análise e registro do desempenho do número de prestadores de atenção de urgência e emergência à saúde da rede, tendo como referência os critérios previamente estabelecidos. |
| 3.1.3.4 | Anualmente é realizada análise e registro do desempenho da distribuição geográfica dos prestadores de atenção de urgência e emergência à saúde da rede, tendo como referência os critérios previamente estabelecidos. |

Dimensão 3 – Sistemáticas de Gerenciamento das Ações dos Serviços de Saúde

(Avalia a gestão do acesso a rede – 25 itens – peso 2)

3.2 Identificação de Obstáculos ao Acesso à Rede Prestadora

3.2.1	A OPS estabelece procedimentos para assegurar o acesso dos beneficiários à rede prestadora de atenção primária à saúde.
3.2.2	A OPS estabelece procedimentos para assegurar o acesso dos beneficiários à rede prestadora de atenção especializada à saúde.
3.2.3	A OPS estabelece procedimentos para assegurar o acesso dos beneficiários à rede prestadora de atenção de atenção de urgência e emergência à saúde.
3.2.4	A OPS estabelece e implementa prontamente um plano de ação, devidamente documentado, quando identifica obstáculos ao acesso dos beneficiários à rede prestadora de atenção primária à saúde da rede.
3.2.5	A OPS estabelece e implementa prontamente um plano de ação, devidamente documentado, quando identifica obstáculos ao acesso dos beneficiários à rede prestadora de atenção especializada à saúde da rede.
3.2.6	A OPS estabelece e implementa prontamente um plano de ação, devidamente documentado, quando identifica obstáculos ao acesso dos beneficiários à rede prestadora de atenção de urgência e emergência à saúde da rede.
3.2.7	A OPS possui procedimento documentado para coordenar ativamente os atendimentos de urgência e emergência, integrando as unidades prestadoras e o serviço de remoção e atenção pré-hospitalar para assegurar acesso adequado e oportuno aos beneficiários.

Dimensão 3 – Sistemáticas de Gerenciamento das Ações dos Serviços de Saúde

(Avalia a gestão do acesso a rede – 25 itens – peso 2)

3.3 Autorizações Prévias

- 3.3.1 A OPS mantém documentação adequada e devidamente arquivada e controlada, por meio físico ou eletrônico, contendo suas respostas às solicitações de autorização para realização de exames, procedimentos e internações, incluindo as justificativas técnico-administrativas (especialmente quando há não autorização).
- 3.3.2 A autorização ou não-autorização para realização de exames, procedimentos e internações é supervisionada por médicos, acessíveis no local ou por telefone, responsáveis pela verificação da consistência e da adequação das decisões.
- 3.3.3 A OPS apresenta resposta à solicitação de autorização ou não-autorização para realização eletiva de exames, procedimentos e internações em, no máximo, setenta e duas horas.
- 3.3.4 A OPS disponibiliza justificativa devidamente documentada, por escrito, quando assim solicitada pelos beneficiários, nos casos de não-autorização para realização eletiva de exames, procedimentos e internações.
- 3.3.5 A OPS dispõe de mecanismo formal e devidamente documentado para providenciar com agilidade a formação de junta médica, de acordo com a legislação de saúde suplementar, nas situações de divergência médica a respeito de autorização prévia, para casos eletivos, em até 15 dias, contados da não-autorização.
- 3.3.6 Existem políticas e evidências devidamente documentadas de que a OPS notifica o médico solicitante de que há médico responsável disponível para discutir questões pertinentes relativas à não-autorização e os meios para entrar em contato com ele.

Dimensão 4 – Satisfação dos Beneficiários

(Avalia a gestão da satisfação dos beneficiários – 9 itens – peso 2)

- | | |
|-----|--|
| 4.1 | A OPS possui procedimento devidamente documentado para identificar a população-alvo, com base nas reclamações e solicitações dos beneficiários, para realização da avaliação de satisfação. |
| 4.2 | A OPS possui procedimento devidamente documentado para seleção apropriada de uma amostra da população-alvo, caso seja utilizada uma amostra. |
| 4.3 | A OPS possui procedimento devidamente documentado para coletar e validar os dados relativos à população-alvo, com base nas reclamações e solicitações dos beneficiários. |
| 4.4 | A OPS possui registro de avaliação das reclamações e solicitações dos beneficiários, realizada, no mínimo, anualmente. |
| 4.5 | A OPS tem políticas e procedimentos para registrar, analisar, responder e gerenciar as reclamações dos beneficiários, efetuadas por qualquer canal de comunicação. |
| 4.6 | A OPS pesquisa a satisfação dos beneficiários com relação, no mínimo, à facilidade para marcação de consultas e de exames complementares na rede credenciada. |
| 4.7 | A OPS pesquisa a satisfação dos beneficiários com o atendimento prestado pela rede prestadora. |
| 4.8 | A OPS possui procedimento devidamente documentado para mensuração da satisfação dos beneficiários com relação a todos os canais de atendimento disponibilizados pela OPS. |
| 4.9 | A OPS possui procedimento devidamente documentado para identificar, no mínimo anualmente, os pontos específicos para o implemento de melhorias, estabelece prioridades e decide quando agir oportunamente, com base na análise das reclamações e solicitações dos beneficiários. |

Dimensão 5 – Programas de Gerenciamento de Doenças e Promoção da Saúde

(Avalia a gestão de doenças e promoção à saúde – 51 itens – peso 1)

5.1 Programas de Gerenciamento de Casos Complexos

5.1.1 Identificação da População-Alvo

- | | |
|---------|--|
| 5.1.1.1 | A OPS utiliza, no mínimo, as seguintes fontes de dados para identificar beneficiários potencialmente elegíveis: relatórios de altas hospitalares; relatório sobre medicamentos solicitados (caso ofereça benefício-farmácia); relatórios de utilização e de reclamações dos beneficiários. |
| 5.1.1.2 | A OPS dispõe de canais de comunicação e meios de pesquisa para receber indicações de possíveis candidatos ao Programa: Programas de Gerenciamento de Doenças Crônicas; beneficiários (auto-indicação); médicos assistentes da rede prestadora. |

5.1.2 Sistemas de Informação

- | | |
|---------|---|
| 5.1.2.1 | A OPS possui registros devidamente controlados que evidenciam a observância dos protocolos e diretrizes clínicas, elaborados por entidades nacionais de referência (Ministério da Saúde; Associação Médica Brasileira-AMB; Associação de Medicina Intensiva Brasileira-AMIB; sociedades de especialidades médicas). |
| 5.1.2.2 | Cada interação/ação feita com um beneficiário participante do Programa é formalmente documentada e datada. |
| 5.1.2.3 | A OPS possui sistemática para notificação, dos beneficiários participantes, das datas programadas de reavaliação. |

Dimensão 5 – Programas de Gerenciamento de Doenças e Promoção da Saúde

(Avalia a gestão de doenças e promoção à saúde – 51 itens – peso 1)

5.1.3 Aspectos Operacionais dos Programas de Gerenciamento de Casos Complexos

- | | |
|----------|--|
| 5.1.3.1 | A OPS fornece material explicativo referente aos Programas aos beneficiários elegíveis com informações, no mínimo, sobre: regras de utilização; critérios de elegibilidade; procedimentos que o beneficiário deve seguir para aderir ou se desligar dos Programas. |
| 5.1.3.2 | A OPS possui políticas e procedimentos para assegurar o direito do beneficiário elegível de recusar-se a participar dos programas ou, caso participante, de neles permanecer, a qualquer momento. |
| 5.1.3.3 | A OPS possui registro que comprove formalmente o consentimento do beneficiário em participar do programa. |
| 5.1.3.4 | A história clínica e a utilização de medicamentos estão adequadamente documentadas |
| 5.1.3.5 | É realizada uma avaliação inicial que inclui condições específicas da saúde do beneficiário. |
| 5.1.3.6 | É realizada uma avaliação inicial para o planejamento das atividades diárias do beneficiário. |
| 5.1.3.7 | É realizada uma avaliação inicial do estado mental, incluindo funções cognitivas, do beneficiário. |
| 5.1.3.8 | É realizada uma avaliação inicial dos aspectos relativos à linguagem, preferências ou limitações do beneficiário. |
| 5.1.3.9 | É realizada uma avaliação inicial quanto à adequação das pessoas que auxiliam o beneficiário em seu tratamento ou de identificar se o beneficiário necessitará de pessoas que o auxiliem em seu tratamento. |
| 5.1.3.10 | A OPS avalia, no mínimo anualmente, e registra os benefícios econômico-financeiros auferidos com o programa. |
| 5.1.3.11 | É estabelecida uma rotina para acompanhamento e comunicação com o beneficiário. |

Dimensão 5 – Programas de Gerenciamento de Doenças e Promoção da Saúde

(Avalia a gestão de doenças e promoção à saúde – 51 itens – peso 1)

5.1.4 Avaliação da Satisfação do Beneficiário - Programas de Gerenciamento de Casos Complexos

5.1.4.1 Pelo menos uma vez ao ano a OPS realiza avaliação e registra os resultados da satisfação dos beneficiários participantes dos Programas.

5.1.4.2 Pelo menos uma vez ao ano a OPS realiza avaliação e registra os resultados das reclamações e solicitações dos beneficiários participantes dos Programas.

5.1.5 Informações à Rede Prestadora

5.1.5.1 A OPS disponibiliza à rede prestadora informações acerca do funcionamento dos Programas e de como o médico assistente do beneficiário pode colaborar com os Programas.

5.1.6 Avaliação da Efetividade dos Programas de Gerenciamento de Casos Complexos

5.1.6.1 A OPS avalia a efetividade de seus Programas utilizando no mínimo três indicadores clínicos e/ou laboratoriais quantitativos.

5.1.6.2 Para cada indicador a OPS estabelece metas de desempenho para avaliação periódica de sua efetividade.

5.1.6.3 Ao fazer a análise dos indicadores de efetividade de seus Programas, a OPS identifica oportunidades e implanta melhorias, caso necessário.

Dimensão 5 – Programas de Gerenciamento de Doenças e Promoção da Saúde

(Avalia a gestão de doenças e promoção à saúde – 51 itens – peso 1)

5.2 Programas de Gerenciamento de Doenças Crônicas

5.2.1 Identificação da População-Alvo

5.2.1.1 A OPS utiliza, no mínimo, as seguintes fontes de dados para identificar beneficiários potencialmente elegíveis: relatórios de altas hospitalares; relatório sobre medicamentos solicitados (caso ofereça benefício-farmácia); relatórios de utilização e de reclamações dos beneficiários.

5.2.1.2 A OPS dispõe de canais de comunicação e meios de pesquisa para receber indicações de possíveis candidatos ao Programa: beneficiários (auto-indicação); médicos assistentes da rede prestadora.

5.2.2 Sistemas de Informação

5.2.2.1 A OPS possui registros devidamente controlados que evidenciam a observância dos protocolos e diretrizes clínicas, elaborados por entidades nacionais de referência (Ministério da Saúde; Associação Médica Brasileira-AMB; Associação de Medicina Intensiva Brasileira-AMIB; sociedades de especialidades médicas).

5.2.2.2 Cada interação/ação feita com um beneficiário participante do Programa é formalmente documentada e datada.

5.2.2.3 A OPS possui sistemática para notificação, dos beneficiários participantes, das datas programadas de reavaliação.

Dimensão 5 – Programas de Gerenciamento de Doenças e Promoção da Saúde

(Avalia a gestão de doenças e promoção à saúde – 51 itens – peso 1)

5.2.3 Aspectos Operacionais dos Programas de Gerenciamento de Doenças Crônicas

5.2.3.1	A OPS fornece material explicativo referente aos Programas aos beneficiários elegíveis com informações, no mínimo, sobre: regras de utilização; critérios de elegibilidade; procedimentos que o beneficiário deve seguir para aderir ou se desligar dos Programas.
5.2.3.2	A OPS possui políticas e procedimentos para assegurar o direito do beneficiário elegível de recusar-se a participar dos programas ou, caso participante, de neles permanecer, a qualquer momento.
5.2.3.3	A OPS possui registro que comprove formalmente o consentimento do beneficiário em participar do programa.
5.2.3.4	A história clínica e a utilização de medicamentos estão adequadamente documentadas.
5.2.3.5	É realizada uma avaliação inicial que inclui condições específicas da saúde do beneficiário.
5.2.3.6	É realizada uma avaliação inicial para o planejamento das atividades diárias do beneficiário.
5.2.3.7	É realizada uma avaliação inicial do estado mental, incluindo funções cognitivas, do beneficiário.
5.2.3.8	É realizada uma avaliação inicial dos aspectos relativos à linguagem, preferências ou limitações do beneficiário.
5.2.3.9	É realizada uma avaliação inicial quanto à adequação das pessoas que auxiliam o beneficiário em seu tratamento ou de identificar se o beneficiário necessitará de pessoas que o auxiliem em seu tratamento.
5.2.3.10	A OPS avalia, no mínimo anualmente, e registra os benefícios econômico-financeiros auferidos com o programa.
5.2.3.11	É estabelecida uma rotina para acompanhamento e comunicação com o beneficiário.

Dimensão 5 – Programas de Gerenciamento de Doenças e Promoção da Saúde

(Avalia a gestão de doenças e promoção à saúde – 51 itens – peso 1)

5.2.4 Avaliação da Satisfação do Beneficiário - Programas de Gerenciamento de Doenças Crônicas

5.2.4.1 Pelo menos uma vez ao ano a OPS realiza avaliação e registra os resultados da satisfação dos beneficiários participantes dos Programas.

5.2.4.2 Pelo menos uma vez ao ano a OPS realiza avaliação e registra os resultados das reclamações e solicitações dos beneficiários participantes dos Programas.

5.2.5 Informações à Rede Prestadora

5.2.5.1 A OPS disponibiliza à rede prestadora informações acerca do funcionamento dos Programas e de como o médico assistente do beneficiário pode colaborar com os Programas.

5.2.6 Avaliação da Efetividade dos Programas de Gerenciamento de Doenças Crônicas

5.2.6.1 A OPS avalia a efetividade de seus Programas utilizando no mínimo três indicadores clínicos e/ou laboratoriais quantitativos.

5.2.6.2 Para cada indicador a OPS estabelece metas de desempenho para avaliação periódica de sua efetividade.

5.2.6.3 Ao fazer a análise dos indicadores de efetividade de seus Programas, a OPS identifica oportunidades e implanta melhorias, caso necessário.

Dimensão 5 – Programas de Gerenciamento de Doenças e Promoção da Saúde

(Avalia a gestão de doenças e promoção à saúde – 51 itens – peso 1)

5.3 Programas de Promoção da Saúde

5.3.1	A OPS disponibiliza Programas anti-tabagismo voltados a todas as faixas etárias.
5.3.2	A OPS promove treinamento ou fornece material explicativo a seus beneficiários relativo à saúde bucal.
5.3.3	A OPS promove treinamento ou fornece material explicativo especialmente voltado aos idosos, incluindo medidas preventivas para risco de quedas.
5.3.4	A OPS promove treinamento ou fornece material explicativo acerca de hábitos de vida saudáveis, incluindo hábitos nutricionais, medidas de higiene e prevenção de infecções.
5.3.5	A OPS fornece material explicativo acerca da importância da cobertura vacinal das crianças sob sua responsabilidade.
5.3.6	A OPS efetua vacinação de seus beneficiários de forma suplementar ao SUS, especialmente em epidemias.
5.3.7	A OPS disponibiliza programas de Home Care, com o objetivo de evitar ou abreviar o período de internação sempre que possível, incluindo até mesmo doentes de alta complexidade.

Dimensão 6 – Estrutura e Operação

(Avalia a gestão da estrutura de atendimento aos beneficiários 15 itens – peso 2)

6.1 Qualidade da Estrutura Físico-Funcional

- | | |
|-------|--|
| 6.1.1 | A OPS possui ambiente adequado, que respeite a privacidade do beneficiário para o atendimento pessoal, inclusive de gestantes, idosos, crianças e portadores de necessidades especiais. |
| 6.1.2 | Os arquivos físicos da OPS, contendo a documentação cadastral, tanto dos beneficiários quanto dos prestadores da rede, se encontram em local que assegure sua integridade e estão ordenados de forma facilite sua localização e manuseio. |
| 6.1.3 | A OPS possui serviço de atendimento gratuito ao beneficiário via telefone disponível vinte e quatro horas e sete dias por semana para atendimento aos beneficiários. |
| 6.1.4 | A OPS avalia trimestralmente se as ligações telefônicas em seu serviço de atendimento gratuito ao beneficiário via telefone são atendidas dentro de 30 segundos (URA). Em 23/05/2011: especificar a sigla URA e prever atendimento pessoal |
| 6.1.5 | A OPS avalia, trimestralmente, se o abandono de ligações recebidas no serviço de atendimento gratuito ao beneficiário via telefone é de, no máximo, 5% (cinco por cento). |

Dimensão 6 – Estrutura e Operação

(Avalia a gestão da estrutura de atendimento aos beneficiários 15 itens – peso 2)

6.2 Interface com Beneficiários

- 6.2.1 A OPS presta atendimento por telefone (horário comercial) ou pelo site para fornecer aos clientes informações sobre os contratos, especialmente acerca de mecanismos de regulação, segundas vias de carteira de beneficiário e de boletos de cobrança.
- 6.2.2 A OPS fornece, aos seus clientes, manuais para consulta rápida, em linguagem clara e objetiva, contendo todas as explicações acerca dos itens contratuais, especialmente os que se referem às regras de funcionamento dos mecanismos de regulação (financeiros e não-financeiros), do reembolso de despesas e dos reajustes das mensalidades.
- 6.2.3 A OPS fornece lista atualizada de sua rede prestadora no momento da contratação.
- 6.2.4 A OPS promove divulgação imediata de qualquer alteração da lista por meio de seu serviço de atendimento gratuito ao beneficiário via telefone ou atendimento pessoal, quando há solicitação do beneficiário.
- 6.2.5 A OPS atualiza, no mínimo quinzenalmente, a lista em seu sítio eletrônico, promovendo a atualização completa da lista impressa anualmente.
- 6.2.6 A OPS possui manuais que são utilizados por seus colaboradores da área de atendimento, contendo informações detalhadas acerca dos itens contratuais dos beneficiários, especialmente os relacionados ao funcionamento dos mecanismos de regulação, bem como dos canais adequados para recebimento de sugestões e reclamações.
- 6.2.7 A OPS tem políticas documentadas que contemplem a segurança e a proteção da confidencialidade da informação clínica de seus beneficiários e de todos os dados pessoais que possam causar riscos ou danos, inclusive morais aos mesmos.
- 6.2.8 A OPS oferece aos beneficiários um programa completo de assistência farmacêutica, incluindo doentes crônicos.
- 6.2.9 A OPS notifica os beneficiários com trinta dias de antecedência do término do contrato de prestadores das especialidades básicas e oferece outras opções aos beneficiários.
- 6.2.10 Os beneficiários são informados de qualquer alteração na rotina operacional da utilização dos serviços, especialmente dos canais de comunicação com a OPS (ex: novos números de telefone para contato, novos endereços, etc).

Dimensão 7 – Gestão

(Avalia a gestão de pessoas, tecnologia e estratégia – 24 itens – peso 1)

7.1 Gestão de Pessoas e Liderança

7.1.1	A OPS possui canais permanentes de comunicação com seus colaboradores, disponibilizando espaços para compartilhamento de conhecimento e a integração.
7.1.2	A OPS possui estrutura, sistemas, registros e processos de gestão de pessoas.
7.1.3	A OPS possui programas de prevenção à evasão de beneficiários.
7.1.4	A política de gestão de pessoas é formal e transparente – com metas e indicadores.
7.1.5	A OPS possui políticas e programas de qualidade de vida no trabalho (segurança, saúde, higiene, medicina ocupacional, assistência social.) acompanhados regularmente e reconhecidos como satisfatórios por mais de 50% (cinquenta por cento) dos colaboradores.
7.1.6	A OPS possui visão, missão e valores definidos e amplamente divulgados aos seus colaboradores.
7.1.7	A OPS tem procedimento para identificação de suas necessidades, desenvolvendo programas de treinamento adequados à consecução de suas atividades.(exemplos: estágios, trainees, idiomas, capacitação digital, e-learning, universidade corporativa).
7.1.8	São realizadas, com frequência regular, pesquisas de satisfação entre os colaboradores, com metas e indicadores definidos para avaliar a satisfação dos colaboradores.
7.1.9	A OPS prepara planos de desenvolvimento personalizados para todos os colaboradores com base em suas lacunas de competência e tem estratégias explícitas para a retenção dos talentos potenciais (programas de sucessão, trilhas de carreira e cenários) de forma a garantir, em longo prazo, a disponibilidade de recursos humanos e competências que serão necessários para o seu crescimento.
7.1.10	A rotatividade de pessoal é gerenciada, de forma que os desligamentos sejam feitos de modo responsável e existem programas de preparação para a aposentadoria.
7.1.11	A OPS possui procedimento documentado para o recrutamento e seleção baseado em competências e diversidade (personalidades, experiências, cultura, educação formal, minorias, etc.), de forma a atender, de modo amplo, às necessidades de longo prazo da OPS.
7.1.12	O acesso dos colaboradores às hierarquias superiores, para sugestões de melhorias, é garantido através de processos e mecanismos formais.
7.1.13	A OPS possui plano de cargos e salários e programa de benefícios compatíveis com as exigências e requerimentos das atribuições.
7.1.14	A OPS tem processos para desenvolvimento de novos produtos, serviços ou soluções, com o objetivo de fidelizar os atuais e conquistar novos beneficiários.
7.1.15	Existem programas de participação nos resultados (distribuição de lucros e/ou opções acionárias), bem como sistemas de remuneração com foco em resultados, quando aplicável.

Dimensão 7 – Gestão

(Avalia a gestão de pessoas, tecnologia e estratégia – 24 itens – peso 1)

7.2 Gestão da Tecnologia

- | | |
|-------|--|
| 7.2.1 | Os cadastros dos beneficiários e dos prestadores da rede são padronizados e acessíveis por sistemas informatizados Para cada beneficiário ou prestador da rede existe um cadastro completo, sem dados incompletos. |
| 7.2.2 | Os cadastros dos beneficiários e o dos prestadores da rede são mantidos atualizados. |
| 7.2.3 | A OPS possui infraestrutura e utiliza ferramentas de TI e Telecom (hardware, software, sistemas, soluções, etc.) nos processos de gestão de saúde. |
| 7.2.4 | Existem planos e projetos para desenvolvimento e melhoria de tecnologia do setor, visando melhorar os processos assistenciais e demais aplicações em toda a organização. |

7.3 Gestão Estratégica

- | | |
|-------|---|
| 7.3.1 | A OPS utiliza sistemas de gestão integrados de seus processos operacionais. |
| 7.3.2 | A OPS possui procedimento documentado para avaliar a rentabilidade de cada plano ofertado, por tipo de cliente, canal de distribuição e de cada unidade de negócios. |
| 7.3.3 | A OPS publica Relatórios de Sustentabilidade, Balanço de Responsabilidade Social, GRI (Global Reporting Initiative) e Relatórios Ambientais, de forma regular e transparente, para todos os seus públicos-alvo. |

7.4 Gestão das Parcerias e Terceirizações

- | | |
|-------|---|
| 7.4.1 | Todas as atividades terceirizadas de prestação de serviços na OPS possuem contrato onde estejam previstas as responsabilidades de ambas as partes e onde são descritas claramente as atividades terceirizadas, bem como os indicadores a serem utilizados na avaliação de seu desempenho. |
| 7.4.2 | O contrato firmado entre a OPS e a empresa terceirizada contém cláusula que garanta a confidencialidade das informações médicas obtidas em razão da atividade desempenhada, inclusive em caso de rescisão contratual. |

PONTUAÇÃO DOS ITENS

Para cada um dos 147 itens é atribuído um dos seguintes graus de conformidade :

❖ **TOTAL - 10 pontos:**

- ❖ item com no mínimo 90% de implementação
- ❖ há pelo menos 12 meses

❖ **PARCIAL - 5 pontos:**

- ❖ item com implementação de 50% a 89%
- ❖ entre 6 e 11 meses

❖ **NÃO EXISTENTE 0 pontos:**

- ❖ item com implementação inferior a 50%
- ❖ implementado há menos de 6 meses

DIMENSÕES DO PROGRAMA

Dimensão	Nome da Dimensão	Quantitativo de Itens	Peso	Nota Mínima
Dimensão 1	Programa de Melhoria da Qualidade – PMQ	11	1	70
Dimensão 2	Dinâmica da Qualidade e Desempenho da Rede Prestadora	12	2	70
Dimensão 3	Sistemáticas de Gerenciamento das Ações dos Serviços de Saúde	25	2	70
Dimensão 4	Satisfação dos Beneficiários	9	2	70
Dimensão 5	Programas de Gerenciamento de Doenças e Promoção da Saúde	51	1	70
Dimensão 6	Estrutura e Operação	15	2	70
Dimensão 7	Gestão	24	1	70

PONTUAÇÃO FINAL

- Para cada dimensão será dada uma nota, calculada pela **MÉDIA ARITMÉTICA DOS ITENS**, onde deverá ser atingida uma nota mínima.
- A nota mínima de cada dimensão é de 70 pontos.
- A nota Final mínima é calculada através da **média ponderada** de cada dimensão, também é de 70 pontos.

NÍVEIS DO CERTIFICADO

- CERTIDÃO NÍVEL I (*OURO*): para as Operadoras que obtiveram Nota Final entre 100 (cem) e 90 (noventa) pontos:
 - **Validade de 3 a 4 anos;**
- CERTIDÃO NÍVEL II (*PRATA*): para as operadoras que obtiveram nota final entre 89 (oitenta e nove) e 80 (oitenta) pontos:
 - **Validade de 2 a 3 anos;**
- CERTIDÃO NÍVEL III (*BRONZE*): para operadoras que obtiveram nota final entre 79 (setenta e nove) e 70 (setenta) pontos
 - **Validade de 2 a 3 anos;**














Entidades Acreditoras homologadas

ENTIDADE ACREDITADORA	VALIDADE DA HOMOLOGAÇÃO*
A4 Quality Services Auditoria e Certificação Ltda	09 de jan de 2018
Consórcio Brasileiro de Acreditação - CBA	19 de jun de 2017
Det Norske Veritas -DNV	01 de mai de 2018
Instituto Nacional da Qualidade e Desenvolvimento Social - ISOPOINT	11 de jul de 2019
Fundação Carlos Alberto Vanzolini	09 de dez de 2017






- Consulta realizada em 20 de fevereiro de 2017
- Fonte: <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/acreditacao-de-operadoras>

Operadoras acreditadas

Operadora de Planos de Saúde	Reg ANS nº	Nível da Acreditação	Prazo de validade da Certidão
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 Belo Horizonte – Cooperativa de Trabalho Médico	34388-9	 Nível I	4 anos (A partir de 24 de fevereiro de 2014)
Unimed Cooperativa de Serviços de Saúde Vales do Taquari e Rio Pardo	30639-8	 Nível I	3 anos (A partir de 25 de agosto de 2014)
Unimed Erechim Cooperativa de Serviços de Saúde Ltda	35702-2	 Nível I	3 anos (A partir de 23 de novembro de 2015)
Unimed do Estado do Paraná - Federação Estadual das Cooperativas Médicas	31272-0	 Nível I	3 anos (A partir de 29 de março de 2016)
Unimed Goiânia - Cooperativa de Trabalho Médico	38287-6	 Nível I	3 anos (A partir de 2 de abril de 2015)
Unimed Nordeste RS Sociedade Cooperativa de Serviços Médicos Ltda.	32557-1	 Nível I	3 anos (A partir de 16 de maio de 2016)
Unimed Porto Alegre - Cooperativa Médica	35250-1	 Nível I	4 anos (A partir de 04 de julho de 2016)
Unimed de Santa Bárbara D'oeste e Americana – Coop de Trabalho Médico	36929-2	 Nível I	3 anos (A partir de 28 de novembro de 2016)
Unimed São José do Rio Preto - Cooperativa de Trabalho Médico	33510-0	 Nível I	4 anos (A partir de 08 de novembro de 2016)
Unimed Vale do Sinos Cooperativa de Assistência à Saúde Ltda	35641-7	 Nível I	3 anos (A partir de 25 de janeiro de 2016)
Unimed Vitória Cooperativa de Trabalho Médico	35739-1	 Nível I	4 anos (A partir de 28 de outubro de 2016)

Operadoras acreditadas

SAMP Espírito Santo Assistência Médica Ltda.	34203-3	 Nível II	3 anos (A partir de 28 de maio de 2015)
Unimed Sul Capixaba Cooperativa de Trabalho Médico	32070-6	 Nível II	3 anos (A partir de 19 de dezembro de 2016)
Unimed Vertente do Caparaó Cooperativa de Trabalho Médico	31798-6	 Nível III	3 anos (A partir de 21 de novembro de 2016)

- Consulta em 20 de fevereiro de 2017
- Fonte: <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/acreditacao-de-operadoras>

Vantagens da Acreditação para a operadora:

- Aumento da confiança dos clientes;
- Evidência da competência técnica;
- Reconhecimento e aceitação internacional de suas atividades;
- Aprimoramento das práticas de gestão;
- Redução de custos;
- Garantia dos serviços;
- Evitar o custo da não qualidade.

Vantagens da Acreditação para o beneficiário:

- Aumento na confiança ao escolher um produto;
- Aumento da liberdade de escolha;
- Aumento da qualidade de vida.

Integração entre os programas de qualidade nos indicadores do IDSS

IDQS

- 1.7 Programa de Operadoras Apoiadoras dos programas de indução da Qualidade da DIDES (pontuação base de 15% na IDQS)

IDGA

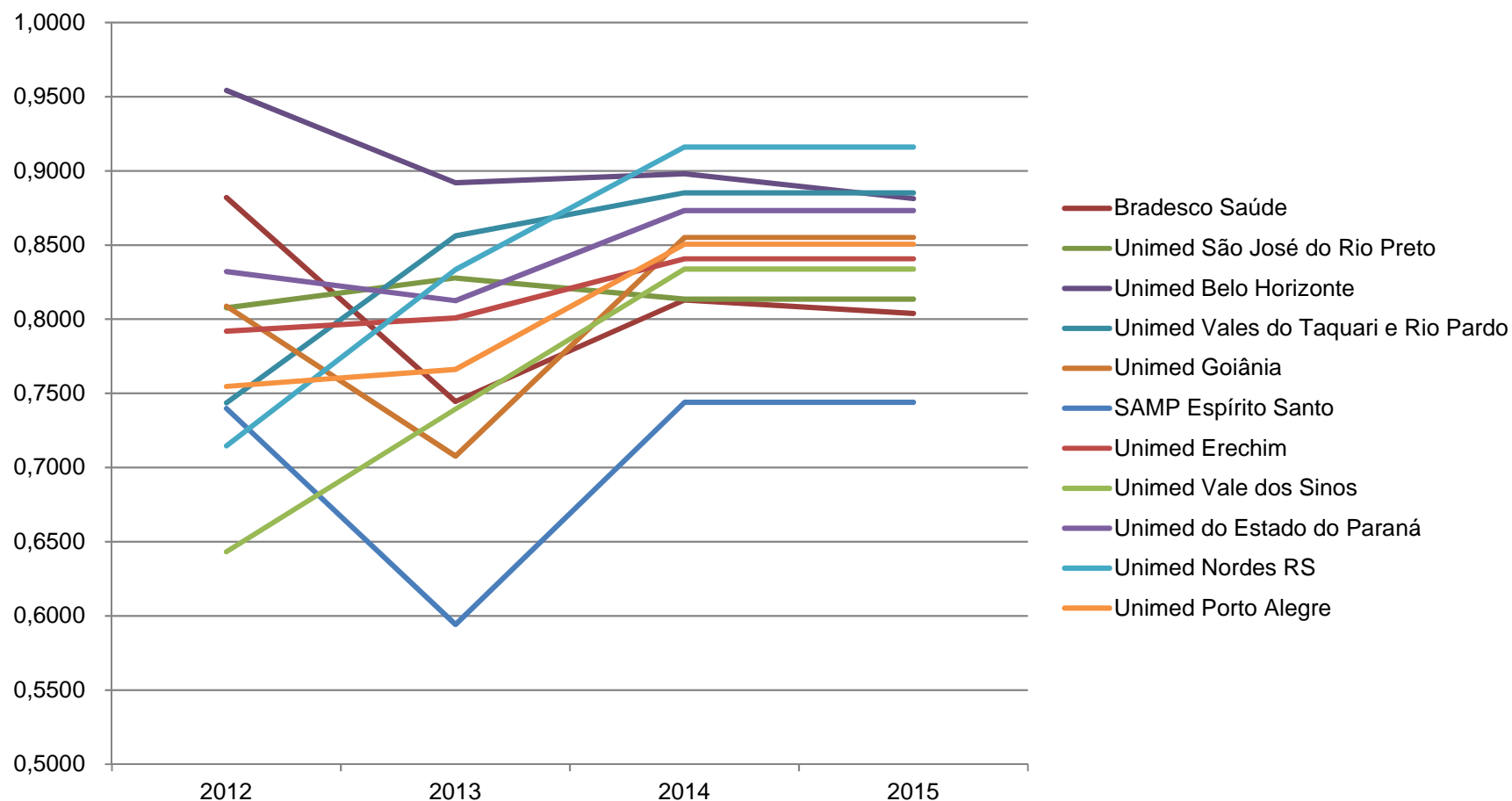
- 2.9 Frequência de utilização de rede de hospitais com Atributo de Qualidade
- 2.10 Frequência de utilização de rede de SADT e Consultórios com Atributo de Qualidade

IDGR

- 4.4 Programa de Operadora Acreditada (Pontuação base de 50% no IDGR)

Ac creditação e Programa de Qualificação de Operadoras

Operadoras Acreditadas apresentam bom desempenho no IDSS e melhora ao longo dos anos



Ac creditação e Programa de Qualificação de Operadoras

OPERADORA ACREDITADA	IDSS	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

Desafios para revisão do Programa de Acreditação de Operadoras

- ❖ Dimensões imprecisas e superpostas
 - ❖ Rever as dimensões (Deixar mais concisas e objetivas)
 - ❖ Caracterizar e conceituar melhor cada dimensão

- ❖ Indicadores pouco precisos
 - ❖ Retirar superposições
 - ❖ Deixar mais claro como atingir a pontuação (ex: Total, parcial, não existente)
 - ❖ Deixar claro como colher o dado
 - ❖ Reduzir os pontos subjetivos

Desafios para revisão do Programa de Acreditação de Operadoras

- ❖ Estabelecer outros critérios para a possibilidade da operadora se submeter ao processo.
 - ❖ Ex: estar em dia com o envio dos sistemas
 - ❖ Ter IDSS no último ano com nota acima de 0,7
- ❖ Incluir uma Dimensão relativa a conformidade regulatória
- ❖ Estabelecer Padronização para a elaboração dos Relatórios emitidos pelas Acreditadoras
- ❖ Rever a norma de modo a contemplar as operadoras odontológicas
- ❖ Avaliar de forma mais específica a situação econômico-financeira da operadoras
- ❖ Previsão de critérios para suspensão da Acreditação da operadora
- ❖ Previsão de Critérios para suspensão da homologação da Entidade Acreditora

Contribuições recebidas

A4 Quality	DNV	CBA	INMETRO
---------------	-----	-----	---------

CRONOGRAMA

Reunião com Entidades
Acreditadoras de Operadoras
RN 277

• 29/11/2016

Grupo de Trabalho Inter
diretoria para discutir a
Revisão da RN 277/11

• Reuniões quinzenais a partir de março de 2017
• Primeira reunião ocorreu em 24/03/2017

Reunião com as Operadoras
e Acreditadoras

• 31/03/2017

Recepção de novas sugestões
para a norma

• **26/04/2017**

Visão de futuro da Qualidade setorial



Obrigada!
qualificacao.operadoras@ans.gov.br

www.ans.gov.br | Disque ANS: 0800 701 9656



ans.reguladora



@ANS_reguladora



ansreguladora
oficial



ans_reguladora



Ministério da
Saúde

