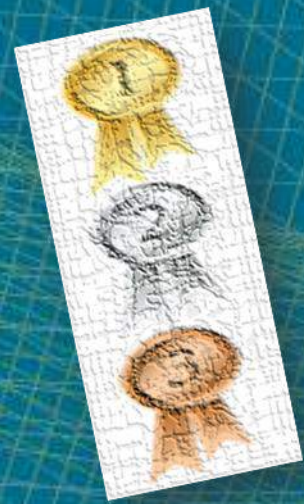


AUDIÊNCIA PÚBLICA Nº 18
PROPOSTA DE ALTERAÇÕES NO
PROGRAMA DE ACREDITAÇÃO DE OPERADORAS
RN 452/2020

Gerência de Estímulo à Inovação e Avaliação da Qualidade Setorial
DIDES/ANS

OBJETIVOS DA ACREDITAÇÃO



ANS

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

OPERADORA

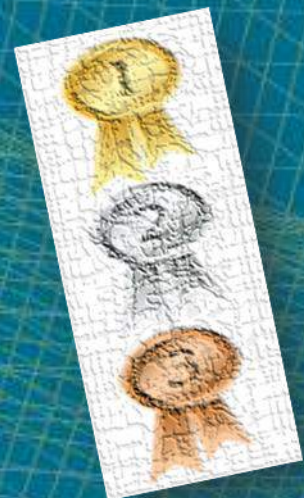
- Adoção das melhores práticas por parte das operadoras;
- Evidência da competência técnica;
- Reconhecimento e aceitação de suas atividades;
- Aumento da confiança dos clientes.

BENEFICIÁRIO

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



BREVE HISTÓRICO DO NORMATIVO





A **Acreditação de Operadoras** é uma Certificação de Boas Práticas em Gestão Organizacional e em Gestão em Saúde, de caráter **voluntário**, realizado por Entidades Acreditadoras, cujo objetivo é a qualificação da prestação dos serviços, induzindo a mudança no modelo de atenção à saúde existente, propiciando uma melhor experiência para o beneficiário.

- 1. **Gestão Organizacional**
- 2. **Gestão da Rede Prestadora de Serviços de Saúde**
- 3. **Gestão em Saúde**
- 4. **Experiência do Beneficiário**

A RN
452/2020
foi **aprovada**
na 523ª
DICOL de 04
de março de
2020

Processo de Avaliação da Reformulação do programa de acreditação operadoras

Início das Discussões: Novembro de 2016

Formado dois Grupos de Discussão: Interno e Externo

- **Interno:** Inter diretorias
- **Externos:** Atores da Saúde Suplementar
- **Total de 20 reuniões internas e externas com representantes de Operadoras, Prestadores de Serviços, Órgão de Defesa do Consumidor, INMETRO, Entidades Acreditoras e com técnicos das diversas diretorias da ANS.**

Após a 4ª reunião, por sugestão dos membros dos grupos de trabalho, as reuniões do Grupo Externo transformaram-se em Oficinas para a discussão da concepção e elaboração dos requisitos da nova norma conjuntamente

Assim, a minuta da nova proposta foi elaborada de forma conjunta com o setor, sob a coordenação da ANS.

Após consolidação interna, a minuta foi submetida à Consulta Pública:

- **Período da Consulta Pública nº 71: Entre 06/09/2018 e 05/10/2018**

Grupo Técnico de Acreditação de Operadoras

Descrição

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

Reuniões

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

Todo o material do GT: apresentações, áudios, etc., está disponível no Portal da ANS em:

<http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/camaras-e-grupos-tecnicos/grupo-tecnico-de-acreditacao-de-operadoras>

Consulta Pública nº 71 - Programa de Acreditação de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde


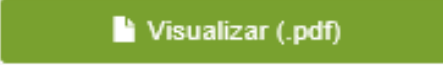
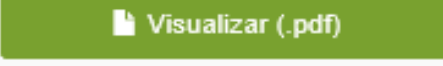
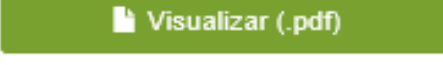
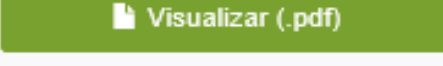
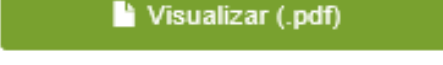
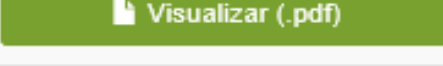

Período:

06/09/2018 a 05/10/2018

Descrição:

A Consulta Pública tem como finalidade reunir informações, subsídios, sugestões ou críticas relativas à revisão do Programa de Acreditação de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde.

Arquivos Relacionados:

Descrição	Documento
Edital da Consulta Pública	
Nota técnica (AIR)	
Minuta de Resolução Normativa	
Anexo I - Requisitos e Itens de verificação	
Anexo II – Glossário	
Anexo III – Forma de Cálculo – Critérios de pontuação	
Anexo IV- Diretrizes para elaboração do Relatório da Acreditação da Operadora pela Entidade Acreditadora	
Anexo V – Formulário de requerimento para homologação de entidade acreditadora	
Relatório da Consulta Pública	
Contribuições	

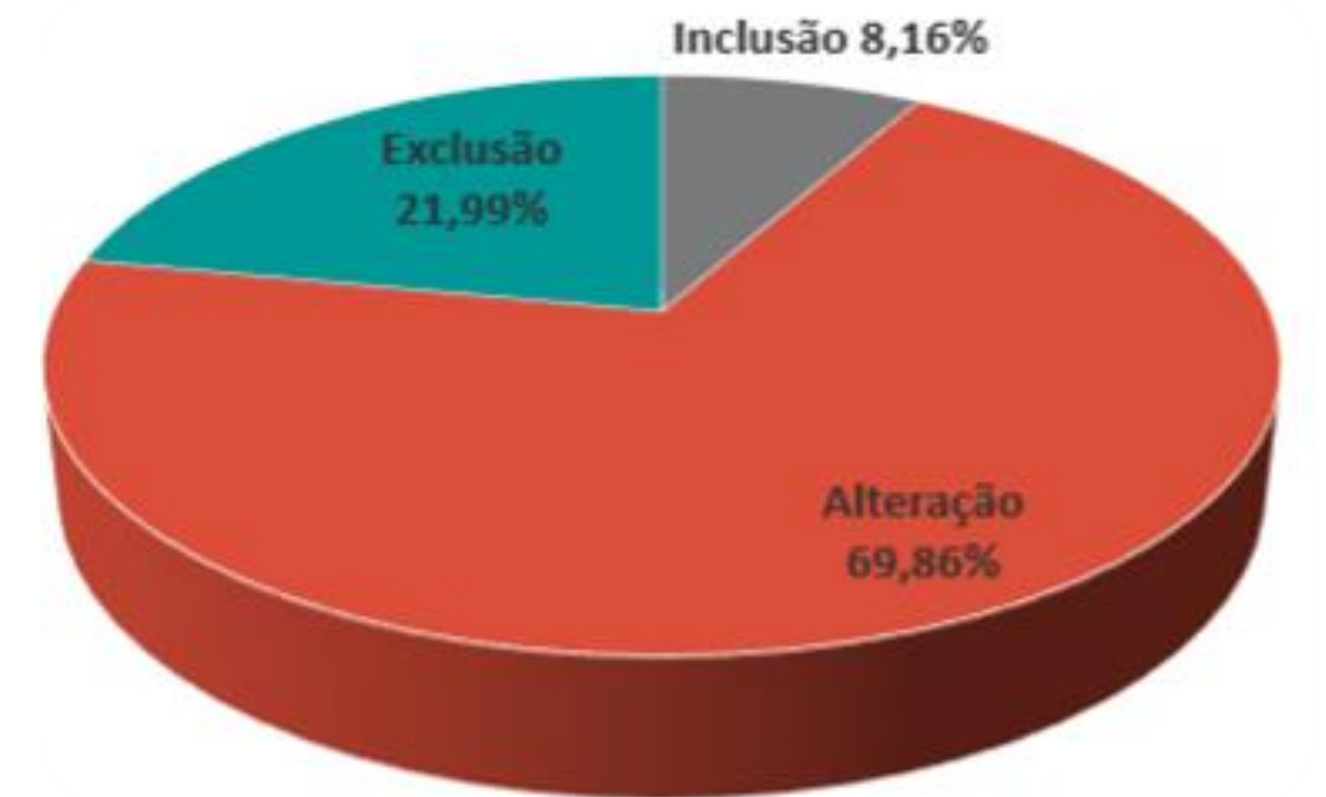
Resultados Completos da Consulta pública - Relatório e Planilha com justificativas - encontram-se disponíveis no Portal da ANS em:

www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/consultas-e-participacoes-publicas/consultas-publicas-encerradas/consulta-publica-n-71

Período da Consulta Pública nº 71: Entre 06/09/2018 e 05/10/2018

- Foram recebidas 706 demandas classificadas em: i. aplicáveis; ii. não aplicáveis; iii. continuação da demanda anterior; iv. repetidas pelo demandante.
- **Total 564 contribuições aplicáveis de 37 demandantes.**

Tipo de Solicitação	Quantidade
Inclusão	46
Alteração	394
Exclusão	124
Total	564



Manifestação favorável do Ministério da Economia



78 itens

I – Gestão Organizacional

- *Planejamento e Gestão Estratégica*
- *Sistema de Governança Corporativa*
- *Política de Gestão de Pessoas e Desenvolvimento de Lideranças*
- *Tecnologia da Informação*
- *Política de Segurança e Privacidade das Informações*
- *Gestão de Riscos Corporativos*
- *Sustentabilidade da Operadora*
- *Programa de Melhoria da Qualidade*



22 itens

II – Gestão da Rede Prestadora

- *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*



40 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*



28 itens

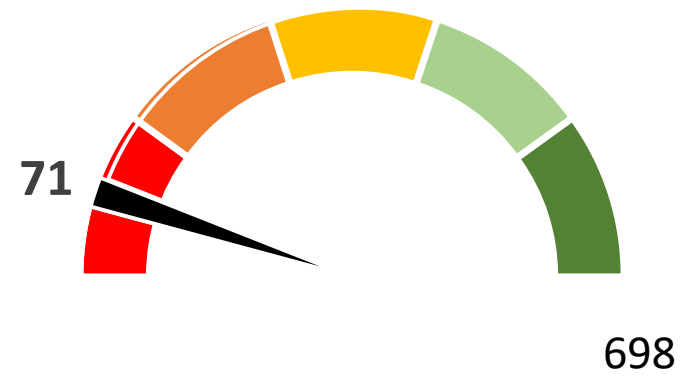
IV - Experiência do Beneficiário

- *Disponibilização de Informações à Sociedade*
- *Canais de Comunicação com Beneficiário – Resposta à Demandas (reativo)*
- *Canais de Comunicação com o Beneficiário – Disponibilização de Informações Essenciais (proativo)*
- *Pesquisa de Satisfação de Beneficiários*

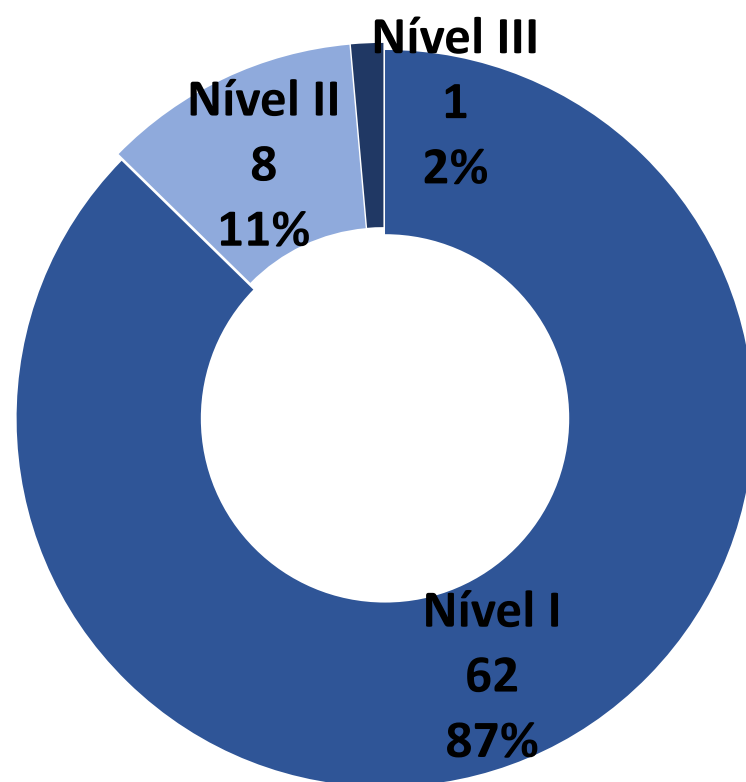
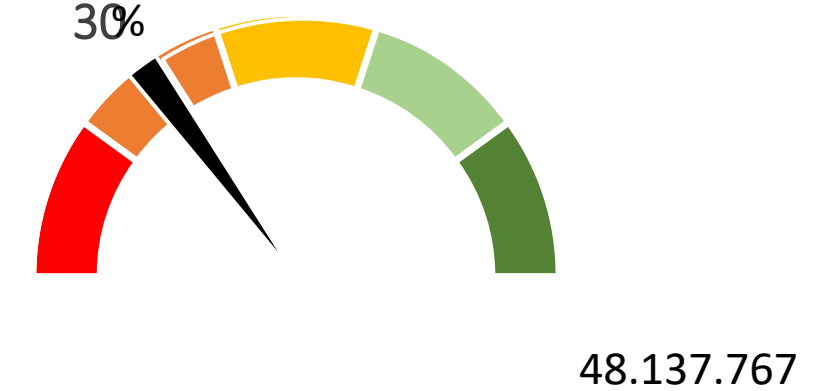
Total de 21 Requisitos e 168 itens de verificação



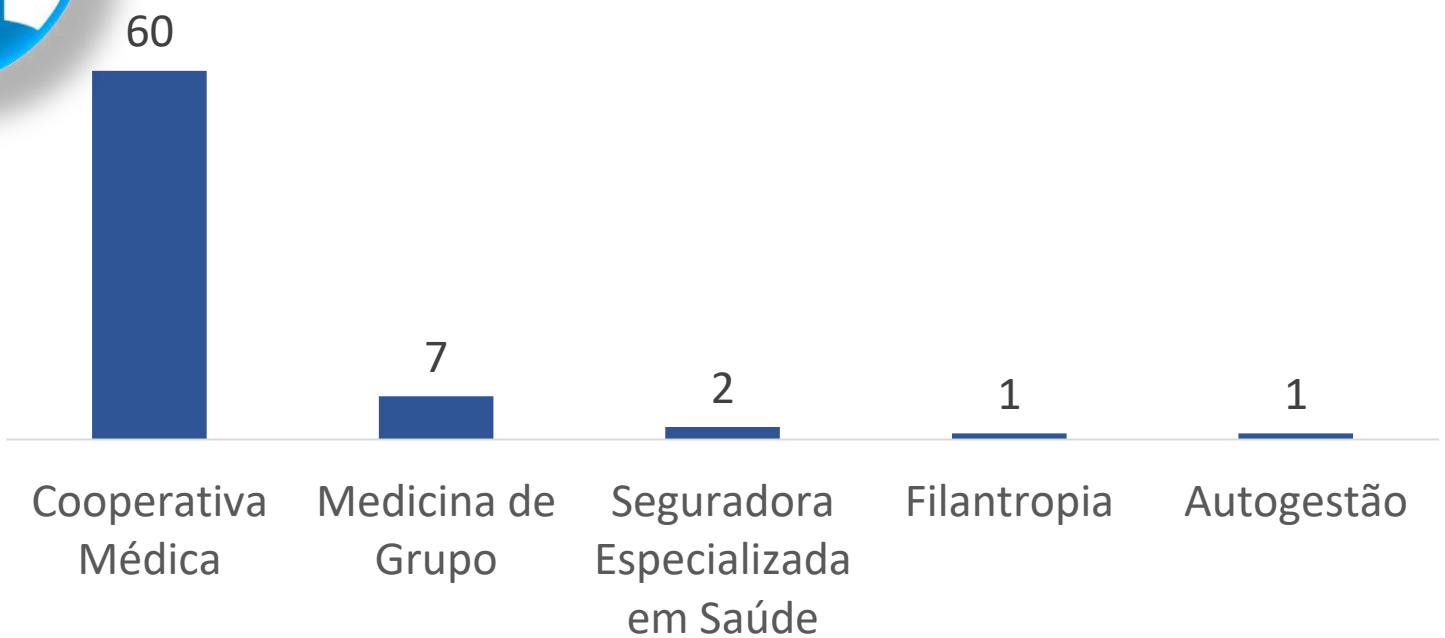
Total de Operadoras MH Acreditadas (10,2%)



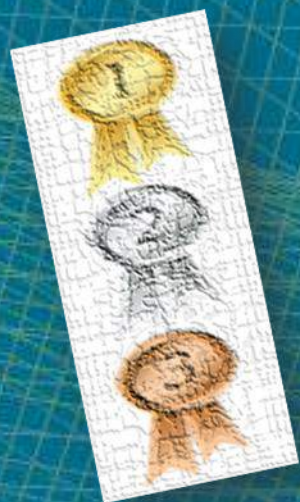
Total de Beneficiários em Operadoras MH Acreditadas (30%)



Modalidade



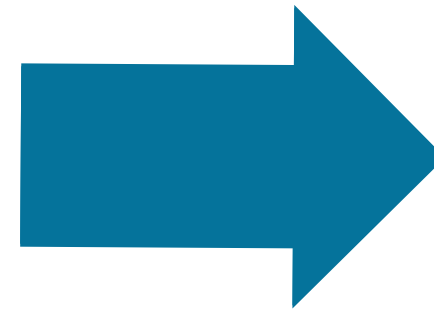
ALTERAÇÕES PROPOSTAS





Alteração de Norma INMETRO

- Eliminou o fim de vigência de expiração das certidões das EA – item 10.5 da NIE-CGCRE-036.

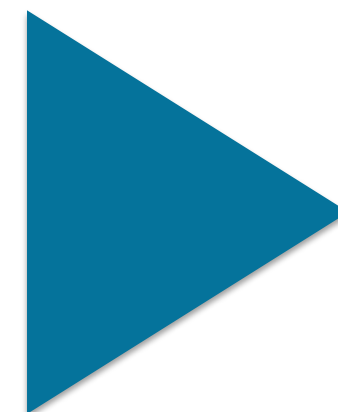


Art. 5º e 6º da RN 452, de 2020

- Supressão da referência a data final de vigência do INMETRO na norma

Revogação da IN DIOPE nº 14/2007

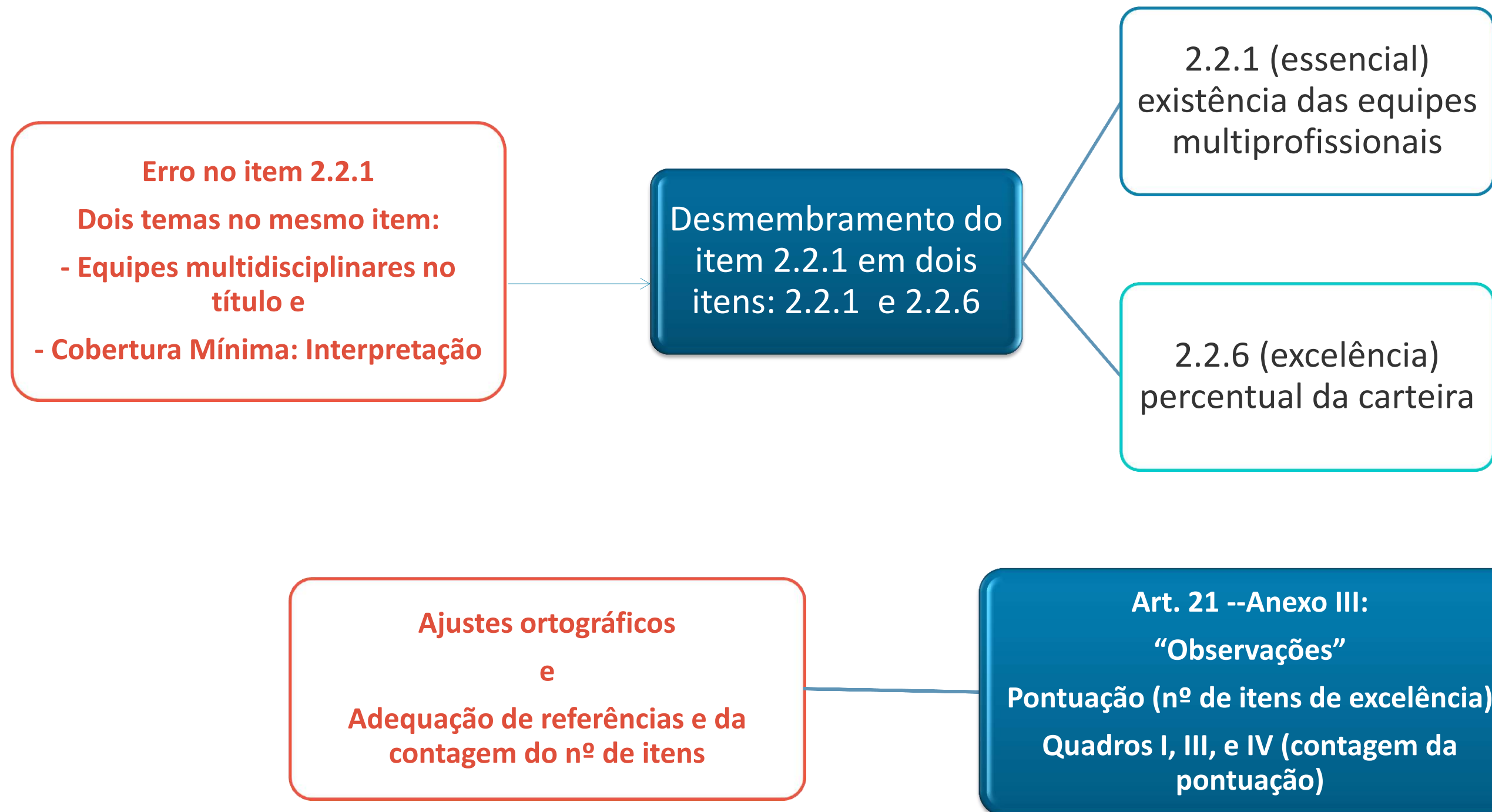
- Foi revogada a necessidade de aprovação pela ANS do modelo de capital próprio.



Anexo I – item 1.7.13

- Supressão no item a referência à aprovação nos moldes da IN DIOPE 14/2007
- Acréscimo de referência à RN 443/2019 para definir os itens de governança, gestão de riscos e controles internos.
 - (Anexos I-A e II da RN 443/2019), cabendo ao auditor verificar os Anexos IV-A e V da RN nº 443, de 2019.

DIOPE



Alterações propostas pela DIOPE

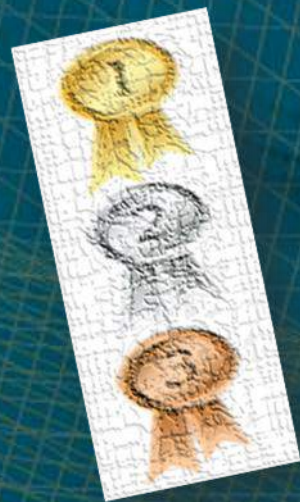
visando aumentar a clareza, facilitar a interpretação e, conseqüentemente, o cumprimento do normativo

Art. 32 - § 8º - Evitar dupla carga administrativa a partir de jan/2023

Dispensa do envio do PPA via DIOPE, caso a OPS Acreditada envie o relatório (Anexo IV da RN 452/2020) para DIDES, até 15/05 do ano seguinte ao ano-base avaliado.

Anexo IV, item “d” - Orientação para o auditor sobre o relatório de requisitos de governança
Abordagem do “pratique e explique”.

INCENTIVOS REGULATÓRIOS



- **Problema regulatório:**
Risco de insolvência e descontinuidade de operações dada baixa capacidade de gestão de algumas operadoras
- **Questionário de Riscos**
Baixa maturidade de gestão de riscos no setor
- **“Autopsia” entre Operadoras Liquidadas**

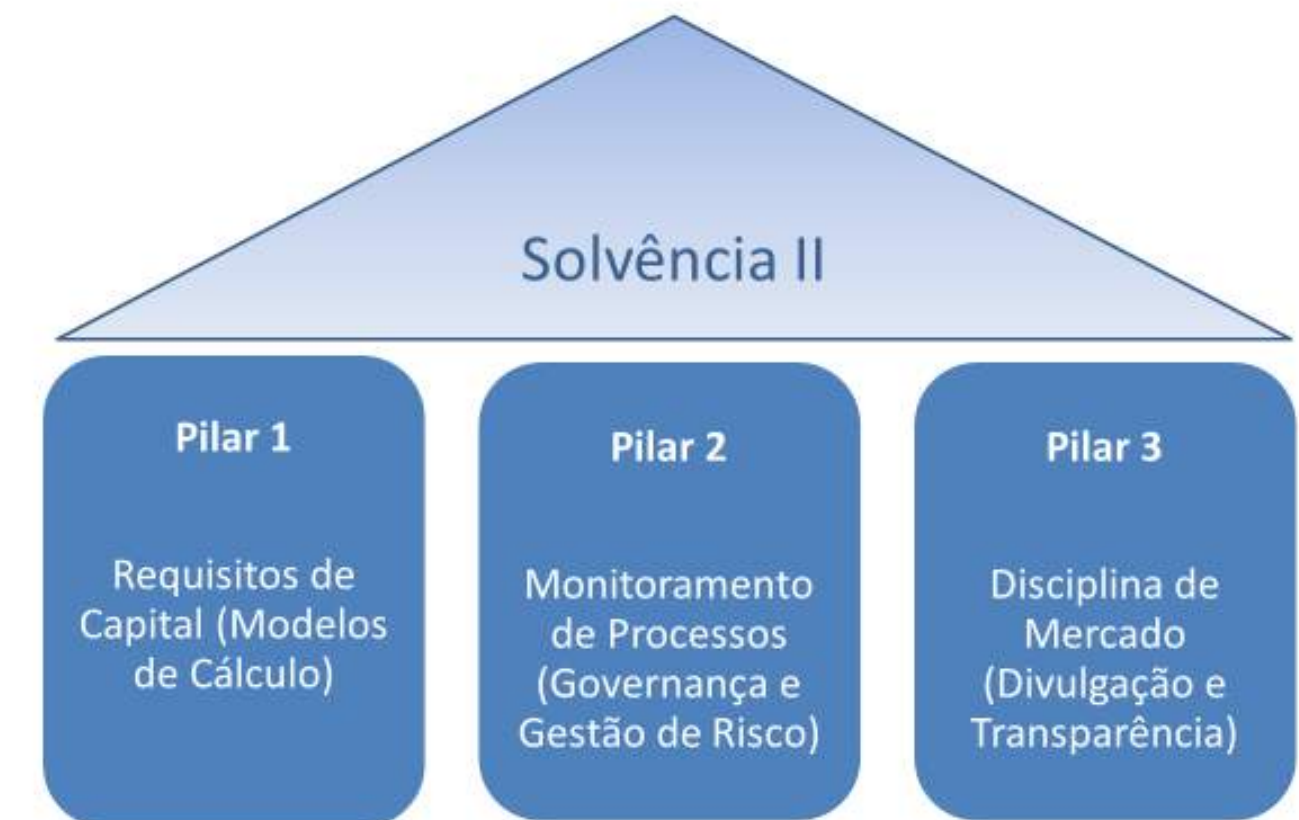


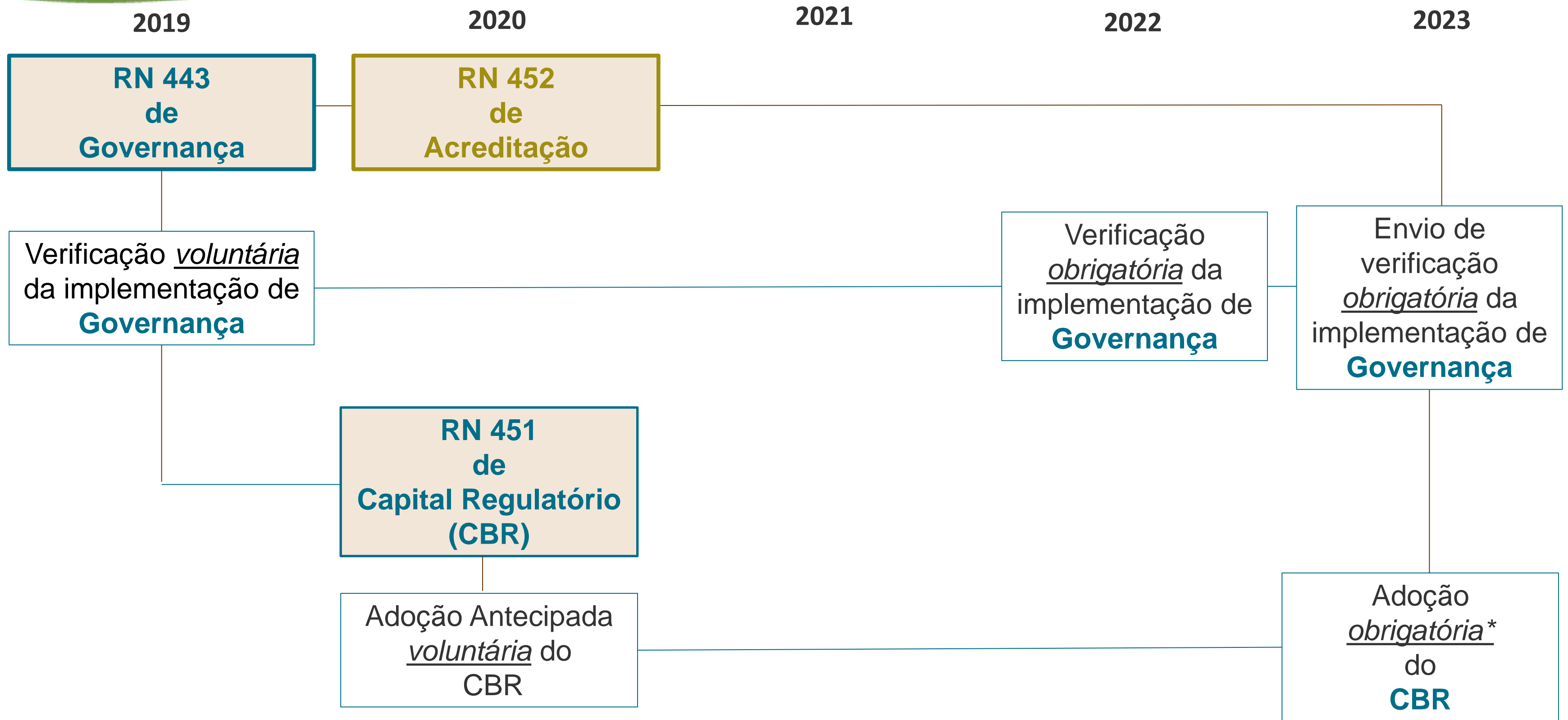
Problemas de gestão	100%
Falta de confiabilidade das informações	98%
Deficiências nos controles internos	82%



Fonte: 119 Relatórios da Comissão de Inquéritos /ANS - Causas de insolvência de OPS liquidadas em 2012 -2018

- **Capital Baseado em Riscos (CBR)**
 - A **Margem de Solvência** (fatores simples) será substituída pelo **CBR**
 - **CBR** calculado por principais riscos da operação, de forma **customizada**
 - Implementação do CBR é holística, requerendo **governança e gestão adequados**
 - Operadora precisa **identificar** seus riscos adequadamente e, se possível, **controlá-los**





* Exceto Autogestão Patrocinada até 2007 dispensadas da regra de capital.

Requisitos

Práticas Mínimas – (Anexo I-A ou I-B, RN 443)

- ✓ Tratamento de recomendações sobre controle internos e gestão de riscos
- ✓ Análise e monitoramento econômico-financeiro
- ✓ Práticas de gestão de riscos: *subscrição, crédito, mercado, legal e operacional*
- ✓ **Transparência** (Específico para Administradoras de Benefícios)

Relatório de Verificação

PPA
Auditoria Independente
Práticas Mínimas
(Anexo IV-A ou IV-B, RN 443)

OU

Auditoria de Acreditação
Práticas Mínimas
(RN 452, art. 12, par. Único e Anexo IV-Item D)

Obrigações

OPS* de Médio e Grande Porte
Administradoras de Benefícios



Informação Periódica

* Exceto Autogestão por RH.

- Abordagem do “**Comply or Explain**” (“Pratique ou Explique”) da ANS
 - (i) Cumpre integralmente as recomendações do regulador (“**Comply**”) ou
 - (ii) Administração da empresa identifica práticas alternativas adotadas e apresenta explicações (“**Explain**”)



Requisitos e Indicadores

Práticas Mínimas
(Anexo I-A ou I-B)

Práticas Avançadas e Estruturas
(Anexo II)

Status



Cumprido Integralmente

Tratamento Diferenciado

Redução de Fatores de Capital

↓ 24% do CBR Subs
↓ 14,6% do CBR Total Prov

SEM EFEITO

Art. 32 - § 8º - Evitar dupla carga administrativa a partir de jan/2023:

As operadoras que verifiquem requisitos de governança estabelecidos no Anexo I-A da RN nº 443/2019, independente de cumprimento integral de requisitos, e desde que enviem o relatório para ANS até o 1º trim de cada ano, relativo ao ano-base anterior, ficam dispensadas de envio de relatório previsto no art. 11 c/c art. 17 da RN nº 443/ 2019.

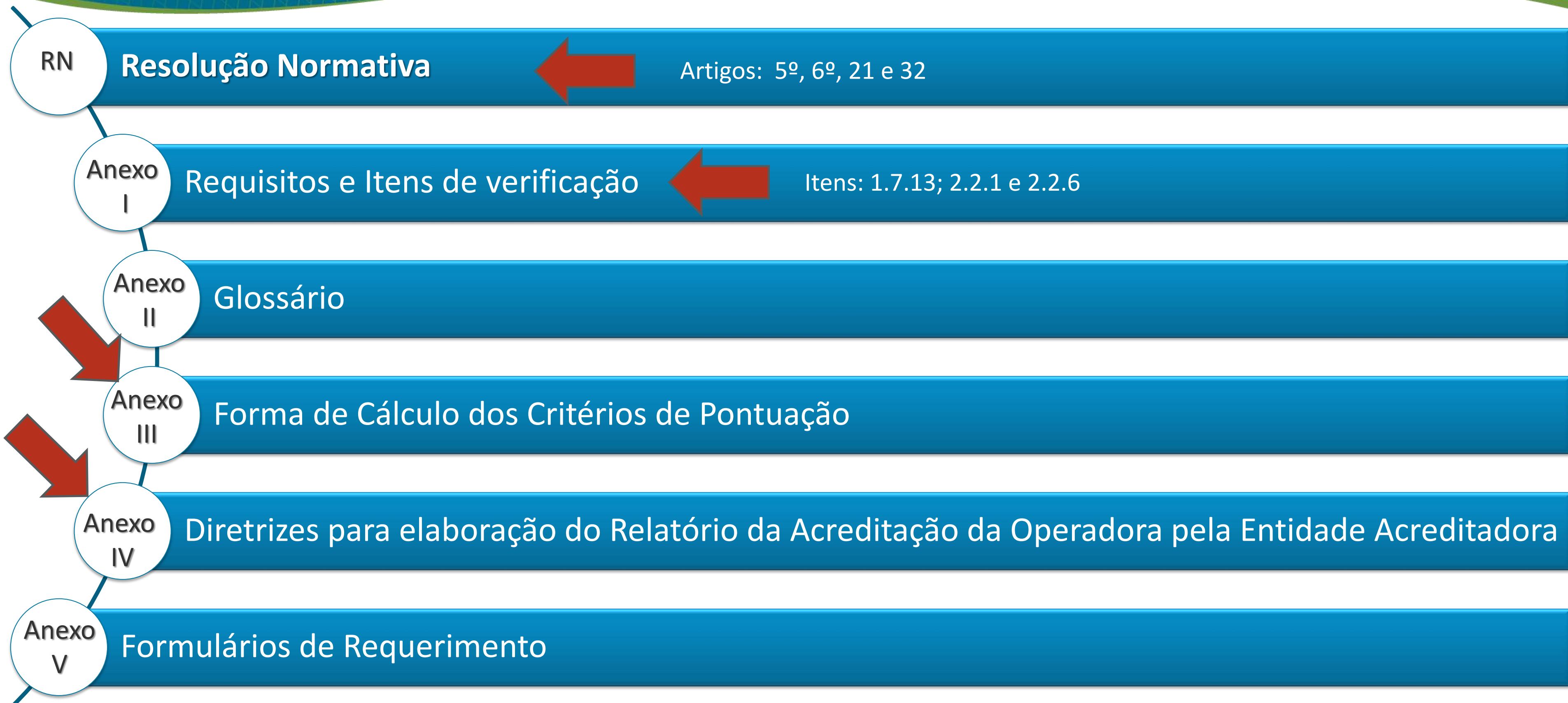
Anexo IV, item “d” - Orientação para o auditor sobre o relatório de requisitos de governança

Abordagem do “pratique e explique” na RN nº 443/19 (parágrafo único do art. 11 da RN nº 443/19) se aplica à verificação de mesmos requisitos pela via da RN nº 452/20

Alterações propostas pela DIOPE

visando aumentar a clareza, facilitar a interpretação e, conseqüentemente, o cumprimento do normativo

CONSIDERAÇÕES FINAIS





8 requisitos -
78 itens

I – Gestão Organizacional

- 1.1 Planejamento e Gestão Estratégica
- 1.2 Sistema de Governança Corporativa
- 1.3 Política de Gestão de Pessoas e Desenvolvimento de Lideranças
- 1.4 Tecnologia da Informação
- 1.5 Política de Segurança e Privacidade das Informações
- 1.6 Gestão de Riscos Corporativos
- 1.7 Sustentabilidade da Operadora
- 1.8 Programa de Melhoria da Qualidade



4 requisitos -
23 itens

II – Gestão da Rede Prestadora

- 2.1 Acesso do Beneficiário à Rede Prestadora de Serviços de Saúde
- 2.2 Estrutura da Rede Prestadora com base em APS
- 2.3 Relação e Contratualização com a Rede Prestadora de Serviços
- 2.4 Mecanismos de Regulação



5 requisitos -
40 itens

III – Gestão em Saúde

- 3.1 Política de Qualidade e Segurança do Paciente
- 3.2 Coordenação e Integração do cuidado
- 3.3 Programa de Gestão do Cuidado de Condições Crônicas de Saúde
- 3.4 Assistência Farmacêutica
- 3.5 Modelos de Remuneração Baseado em Valor



4 requisitos -
28 itens

IV - Experiência do Beneficiário

- 4.1 Disponibilização de Informações à Sociedade
- 4.2 Canais de Comunicação com Beneficiário – Resposta à Demandas (reativo)
- 4.3 Canais de Comunicação com o Beneficiário – Disponibilização de Informações Essenciais (proativo)
- 4.4 Pesquisa de Satisfação de Beneficiários

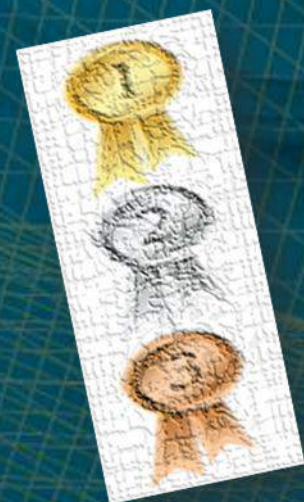
Total de 21 Requisitos e 169 itens de verificação



- ✓ Planos de Saúde lidam com bem mais precioso das pessoas, demandando gestão adequada e confiabilidade
- ✓ Governança é **investimento**, não custo
 - ✓ Alinha interesses de atores-chave
 - ✓ Reduz custos e aumenta eficiência
 - ✓ Sinalização para acesso a **crédito** e atração de investimentos



**DE —→ PARA
ALTERAÇÕES PROPOSTAS**



Art. 5º

Redação Atual	Redação Proposta	Justificativa
<p style="text-align: center;">Subseção II Do Processo de Reconhecimento da Entidade Acreditadora</p> <p>(...) Art. 5º O reconhecimento da e sua renovação serão publicados no sítio eletrônico da ANS na internet, com a respectiva data de início e fim de validade.</p>	<p style="text-align: center;">Subseção II Do Processo de Reconhecimento da Entidade Acreditadora</p> <p>(...) Art. 5º O reconhecimento da Entidade Acreditadora e sua renovação serão publicados no sítio eletrônico da ANS na internet.</p>	<p>De acordo com as atuais normas do INMETRO, não há mais fim de validade ou necessidade de renovação do reconhecimento dos Organismos de Certificação junto ao INMETRO. O INMETRO adotou o entendimento de que a certidão só teria fim em caso de descumprimento de regras ou desconformidades. Nestes casos aplicaria-se suspensão ou cancelamento da acreditação. Portanto, o inciso III e o § 2º do art. 6º, e o art. 5º perderam seu efeito, devendo ser excluídos da norma ou alterados.</p>

Art. 6º

Redação Atual	Redação Proposta	Justificativa
<p style="text-align: center;">Subseção III</p> <p style="text-align: center;">Da Vigência e do Cancelamento do Reconhecimento da Entidade Acreditadora</p> <p>Art. 6º A validade do reconhecimento ou da renovação do reconhecimento de Entidade Acreditadora pela ANS seguirá os seguintes critérios:</p> <p>I – a validade do reconhecimento ou da renovação do reconhecimento da Entidade Acreditadora terá início a partir da data de emissão do certificado de acreditação pelo INMETRO, caso a Entidade Acreditadora solicite o reconhecimento à ANS em até 30 (trinta) dias corridos da sua emissão;</p> <p>II – a validade do reconhecimento ou da renovação do reconhecimento de Entidade Acreditadora terá início a partir da data de publicação no sítio eletrônico da ANS na internet, caso a Entidade Acreditadora solicite o reconhecimento à ANS após 30 (trinta) dias corridos da emissão do certificado pelo INMETRO; e</p> <p>III – o fim da validade do reconhecimento ou da renovação do reconhecimento de Entidade Acreditadora será igual à data de expiração do certificado de acreditação emitido pelo INMETRO.</p> <p>§ 1º A Entidade Acreditadora só poderá atuar no âmbito do Programa de Acreditação de Operadoras durante a validade do reconhecimento ou da renovação do reconhecimento pela ANS.</p> <p>§2º A Entidade Acreditadora do Programa de Acreditação de Operadoras deverá enviar requerimento de renovação do reconhecimento à ANS a cada renovação do certificado de acreditação pelo INMETRO.</p>	<p style="text-align: center;">Subseção III</p> <p style="text-align: center;">Da Vigência e do Cancelamento do Reconhecimento da Entidade Acreditadora</p> <p>Art. 6º A validade do reconhecimento, ou da renovação do reconhecimento de Entidade Acreditadora pela ANS, seguirá os seguintes critérios:</p> <p>I – a validade do reconhecimento, ou da renovação do reconhecimento da Entidade Acreditadora, terá início a partir da data de emissão do certificado de acreditação pelo INMETRO, caso a Entidade Acreditadora solicite o reconhecimento à ANS em até 30 (trinta) dias corridos da sua emissão; e</p> <p>II – a validade do reconhecimento, ou da renovação do reconhecimento de Entidade Acreditadora, terá início a partir da data de publicação no sítio eletrônico da ANS na internet, caso a Entidade Acreditadora solicite o reconhecimento à ANS após 30 (trinta) dias corridos da emissão do certificado pelo INMETRO.</p> <p>§ 1º A Entidade Acreditadora só poderá atuar no âmbito do Programa de Acreditação de Operadoras durante a validade do reconhecimento ou da renovação do reconhecimento pela ANS.</p> <p>§2º Será excluída do Programa de Acreditação de Operadoras a Entidade Acreditadora que for cancelada pelo INMETRO, ou a Entidade Acreditadora que solicitar formalmente sua exclusão.</p>	<p>De acordo com as atuais normas do INMETRO, não há mais fim de validade ou necessidade de renovação do reconhecimento dos Organismos de Certificação junto ao INMETRO. O INMETRO adotou o entendimento de que a certidão só teria fim em caso de descumprimento de regras ou desconformidades. Nestes casos aplicaria-se suspensão ou cancelamento da acreditação. Portanto, o inciso III e o § 2º do art. 6º, e o art. 5º perderam seu efeito, devendo ser excluídos da norma ou alterados.</p>

Art. 21



Redação Atual	Redação Proposta	Justificativa
<p>“Art. 21. As operadoras que possuem certificação de Boas Práticas em Atenção Primária à Saúde – APS, de acordo com a Resolução Normativa nº 440, de 14 de dezembro de 2018, receberão a pontuação integral dos itens 2.2.2 e 2.2.4 do requisito 2.2 Estrutura da Rede Prestadora com base na Atenção Primária à Saúde – APS da Dimensão 2. Gestão da Rede Prestadora de Serviços de Saúde e dos requisitos 3.2 Coordenação e Integração do cuidado e 3.3 Programa de Gestão do Cuidado de Condições Crônicas de Saúde da Dimensão 3. Gestão em Saúde, descritos no Anexo I desta RN.</p> <p>Parágrafo único. Caso o final de vigência da certificação em APS da operadora seja anterior ao final de vigência da certidão de acreditação da operadora, a Entidade Acreditadora deverá verificar durante a auditoria de manutenção o atendimento aos itens 2.2.2 e 2.2.4 e aos requisitos 3.2 e 3.3, descritos no Anexo I desta RN, e reavaliar a pontuação da operadora, podendo ensejar na perda da pontuação e, eventualmente, da acreditação.”</p>	<p>“Art. 21. As operadoras que possuem certificação de Boas Práticas em Atenção Primária à Saúde – APS, de acordo com a Resolução Normativa nº 440, de 14 de dezembro de 2018, serão pontuadas da seguinte forma:</p> <p>I – As Operadoras receberão a pontuação integral dos seguintes itens do requisito 2.2, que se refere à Estrutura da Rede Prestadora, com base na Atenção Primária à Saúde – APS, que compõe a Dimensão 2 - Gestão da Rede Prestadora de Serviços de Saúde: itens 2.2.1, 2.2.2, 2.2.4 e 2.2.6, como descritos no Anexo I desta RN.</p> <p>II- As operadoras receberão a pontuação integral de todos os itens, que compõem os seguintes requisitos da Dimensão 3 - Gestão em Saúde: 3.2 Coordenação e Integração do cuidado e 3.3 Programa de Gestão do Cuidado de Condições Crônicas de Saúde, como descritos no Anexo I desta RN.</p> <p>Parágrafo único. Caso o final de vigência da certificação em APS seja anterior ao final de vigência da certidão de acreditação da operadora, a Entidade Acreditadora deverá verificar durante a auditoria de manutenção o atendimento aos itens 2.2.1, 2.2.2, 2.2.4 e 2.2.6 e aos requisitos 3.2 e 3.3, descritos no Anexo I desta RN, e reavaliar a pontuação da operadora, podendo ensejar na perda da pontuação e, eventualmente, da acreditação.”</p>	<p>Decomposto o Art.21 em dois incisos, de modo a tornar mais claro o texto.</p> <p>Retificação em função da alteração do item 2.2.1 e inclusão do item 2.2.6 - excelência</p> <p>O item 2.2.6 refere-se a disponibilização de equipes multiprofissionais em APS obedecendo aos percentuais da carteira estabelecidos compatíveis com o estabelecido no anexo IV da RN 440/2018. Assim, automaticamente, uma Operadora que possuir a certificação de Boas Práticas em Atenção Primária de acordo com a RN 440/2018 cumprirá o item 2.2.6.</p>

ART. 32

Redação Atual	Redação Proposta	Justificativa
<p>Art. 32As Operadoras acreditadas em qualquer nível no âmbito dessa RN a partir de janeiro de 2023, que também demonstrem o cumprimento integral dos requisitos avaliados na forma do art. 12, parágrafo único, desta norma, farão jus aos fatores reduzidos de capital regulatório previstos no anexo III da RN nº 451 de 06 de março de 2020, independentemente do cumprimento do rito previsto no art. 12 da RN nº 443, de 28 de janeiro de 2019.</p> <p>(...)</p> <p>§ 4º O relatório deverá ser enviado anualmente à DIDES no mesmo prazo de envio do Documento de Informações Periódicas (DIOPS) do 1º trimestre de cada ano subsequente ao ano-base avaliado.</p> <p>(...)</p> <p>§ 7º Na hipótese de que trata o §6º, a operadora será previamente notificada para prestar esclarecimentos no prazo de 10 (dez) dias úteis.</p>	<p>Art. 32 As Operadoras acreditadas em qualquer nível no âmbito dessa RN a partir de janeiro de 2023, que também demonstrem o cumprimento integral dos requisitos avaliados na forma do art. 12, parágrafo único, desta norma, farão jus aos fatores reduzidos de capital regulatório previstos no anexo III da RN nº 451 de 06 de março de 2020, independentemente do cumprimento do rito previsto no art. 12 da RN nº 443, de 28 de janeiro de 2019.</p> <p>(...)</p> <p>§ 4º O relatório deverá ser enviado anualmente à DIDES no mesmo prazo de envio do Documento de Informações Periódicas (DIOPS) do 1º trimestre de cada ano subsequente ao ano-base avaliado.</p> <p>(...)</p> <p>§ 7º Na hipótese de que trata o §6º, a operadora será previamente notificada para prestar esclarecimentos no prazo de 10 (dez) dias úteis.</p> <p>§ 8º As operadoras que verifiquem requisitos de governança estabelecidos no Anexo I-A da RN nº 443, de 28 de janeiro de 2019, e alterações posteriores, na forma deste artigo, independente de cumprimento integral de requisitos e observado prazo estipulado no §4º, ficam dispensadas de envio de relatório previsto no art. 11 c/c art. 17 da RN nº 443, de 28 de janeiro de 2019.</p>	<p>A previsão visa simplificar o normativo, evitando possível incidência de dupla carga administrativa ao regulado no cumprimento da obrigação de informação periódica de envio de relatório de verificação de requisitos de governança previsto na RN nº 443/19 (art. 11 c/c art. 17 da RN nº 443/19). Uma vez realizando a verificação de requisitos de governança na forma da RN nº 452/20, fica dispensada a operadora a se submeter a mesma verificação com a contratação extra de auditoria independente na forma do ar. 11 da RN nº 443/19.</p>

ANEXO I - 1.7.13

Proposta de alteração de item de excelência

Redação Atual		Redação Proposta		Justificativa		
1.7.13	A operadora possui modelo próprio para o cálculo do capital baseado no risco de subscrição, atendendo ainda os requisitos estabelecidos pela ANS relativos aos processos de governança, gestão de riscos e controles internos.		1.7.13	A operadora possui modelo próprio para o cálculo do capital baseado no risco de subscrição, atendendo ainda aos requisitos estabelecidos pela ANS relativos aos processos de governança, gestão de riscos e controles internos.		<p>Perda da validade da previsão em função da revogação da Instrução Normativa DIOPE 14/2007.</p> <p>Cumprir consignar que o desenvolvimento de modelo próprio é fruto de amadurecimento da gestão de operadora. Não por acaso, a RN nº 443/19 prevê como boa prática para modelos próprios de capital os requisitos estabelecidos nos Anexos I-A e II da RN nº 443/19, a serem verificados pelos Anexos IV-A e V da RN nº 443/19. A menção expressa aos anexos na “interpretação” assim facilita o cumprimento do normativo e fornece mais clareza ao regulado e auditor para acreditação.</p>
<p>Interpretação:</p> <p>O risco de subscrição é um dos principais riscos com os quais as operadoras se defrontam, compreendendo o risco de precificação, associado à frequência e à severidade dos eventos em saúde, e o risco derivado da incerteza da estimativa de suas provisões técnicas. De acordo com estudos realizados pela ANS, o risco de precificação dos planos de saúde é o item mais relevante do risco de subscrição, que pode compreender os riscos de seleção, de desenho de produtos, de comportamento dos beneficiários etc.</p> <p>A modelagem para cálculo do capital baseado no risco de subscrição deverá ser aprovada previamente pela Diretoria de Normas e Habilitação de Operadoras DIOPE.</p>		<p>Interpretação:</p> <p>O risco de subscrição é um dos principais riscos com os quais as operadoras se defrontam, compreendendo o risco de precificação, associado à frequência e à severidade dos eventos em saúde, e o risco derivado da incerteza da estimativa de suas provisões técnicas. De acordo com estudos realizados pela ANS, o risco de precificação dos planos de saúde é o item mais relevante do risco de subscrição, que pode compreender os riscos de seleção, de desenho de produtos, de comportamento dos beneficiários etc.</p>				

1.7.13 - Continuação

O desenvolvimento de um modelo próprio de capital facilita a alocação mais eficiente do capital das operadoras, uma vez que considera suas especificidades. Esta metodologia não deve ser confundida com o modelo padrão de capital baseado no risco de subscrição estabelecido pela ANS.

(ANS, 2007) ; (ANS, 2019) ; (ANS, 2019a)

O desenvolvimento de um modelo próprio de capital facilita a alocação mais eficiente do capital das operadoras, uma vez que considera suas especificidades. Esta metodologia não deve ser confundida com o modelo padrão de capital baseado no risco de subscrição estabelecido pela ANS.

Os requisitos estabelecidos pela ANS relativos aos processos de governança, gestão de riscos e controles internos a serem verificados são os estabelecidos nos Anexos I-A e II da RN nº 443, de 2019. Para tanto, a operadora deverá cumprir integralmente referidos requisitos, e o auditor, seguir o estabelecido, respectivamente, nos Anexos IV-A e V da RN nº 443, de 2019.

(ANS, 2007); (ANS, 2019); (ANS, 2019a)

1.7.13 - Continuação

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

~~Verificar documentação onde deverá constar a aprovação pela ANS do modelo próprio de cálculo do capital baseado no risco de subscrição.~~



Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Para verificação deste item, o auditor durante o processo de acreditação, poderá solicitar como formas de evidência os seguintes documentos:

- Relatório de asseguarção razoável de auditoria independente, elaborado em conformidade com as normas técnicas e profissionais do Conselho Federal de Contabilidade, emitido por auditor registrado na Comissão de Valores Mobiliários – CVM, que assegure a manutenção e a efetividade dos controles internos, a fidedignidade dos dados utilizados no modelo próprio baseado no risco de subscrição da operadora;
- Relatório assinado por atuário legalmente habilitado e pelo representante legal da operadora contendo informações relativas à estratégia de gestão de risco e do capital relativo ao risco de subscrição e de como o modelo está incorporado aos procedimentos de governança, à estratégia geral de negócios e aos seus processos operacionais – ou seja o “teste de uso”;
- Apresentação de teste de adequação do modelo próprio baseado no risco de subscrição da operadora assinado por atuário legalmente habilitado e pelo representante legal da operadora perante a ANS;
- Relatório assinado por atuário legalmente habilitado demonstrando que o modelo está apropriadamente calibrado de forma a permitir uma estimativa justa e não tendenciosa do valor relativo ao risco de subscrição.

ANEXO I - 2.2.1

Proposta de alteração de item essencial

Redação Atual		Redação Proposta		Justificativa		
2.2.1	<p>A operadora disponibiliza equipes multiprofissionais de referência em atenção primária como primeiro acesso (porta de entrada).</p> <p>(Este item não se aplica às operadoras exclusivamente odontológicas)</p>		2.2.1	<p>A operadora disponibiliza equipes multiprofissionais de referência em atenção primária como primeiro acesso (porta de entrada).</p> <p>(Este item não se aplica às operadoras exclusivamente odontológicas)</p>		<p>Excluir a previsão de cobertura populacional para item essencial, pois tal exigência atribui a um item todo o escopo de uma certificação em APS, prevista em normativo distinto (RN 440/2018).</p>
<p>Interpretação:</p> <p>Evidências científicas vêm mostrando que os melhores exemplos de sistemas de saúde são os que têm uma Atenção Primária à Saúde qualificada e fortalecida, orientadora das ações e serviços disponíveis nesses sistemas, que oferecem alcance de maior equidade, maior eficiência na continuidade da atenção e satisfação dos usuários (ALMEIDA, 2011).</p> <p>O estabelecimento da APS como porta de entrada permite atuar sobre os problemas de saúde mais frequentes, muitos deles indiferenciados e inespecíficos, que uma abordagem inicial especializada não seria capaz de alcançar com a mesma resolutividade e eficiência. Contudo, há que se considerar que nos espaços da atenção primária os beneficiários podem apresentar um leque ampliado de problemas de saúde, não sendo aceitável que ela seja caracterizada como uma resposta a apenas algumas doenças prioritárias (OMS, 2008; ANS, 2018).</p>		<p>Interpretação:</p> <p>Evidências científicas vêm mostrando que os melhores exemplos de sistemas de saúde são os que têm uma Atenção Primária à Saúde qualificada e fortalecida, orientadora das ações e serviços disponíveis nesses sistemas, que oferecem alcance de maior equidade, maior eficiência na continuidade da atenção e satisfação dos usuários (ALMEIDA, 2011).</p> <p>O estabelecimento da APS como porta de entrada permite atuar sobre os problemas de saúde mais frequentes, muitos deles indiferenciados e inespecíficos, que uma abordagem inicial especializada não seria capaz de alcançar com a mesma resolutividade e eficiência. Contudo, há que se considerar que nos espaços da atenção primária os beneficiários podem apresentar um leque ampliado de problemas de saúde, não sendo aceitável que ela seja caracterizada como uma resposta a apenas algumas doenças prioritárias (OMS, 2008; ANS, 2018).</p>				

2.2.1 - Continuação

Compete à APS igualmente exercer a coordenação do cuidado, pois ela é a responsável, em sistemas de saúde organizados e custo-efetivos, por identificar as necessidades de atendimentos especializados, coordenar as referências para profissionais adequados e garantir a continuidade da atenção, acompanhando os resultados terapêuticos e a evolução clínica dos pacientes que percorrem os diversos níveis de atenção no sistema de saúde.

A mudança do ponto de entrada no sistema da saúde, do hospital e dos especialistas, para os centros de atenção primária, requer a inclusão de médicos generalistas (clínicos e pediatras gerais), médicos de família e comunidade e equipes multiprofissionais mais próximos do beneficiário. A estes prestadores de atenção primária a operadora deve responsabilizar pela saúde de um determinado contingente de beneficiários na sua totalidade: os doentes e os saudáveis, os utilizadores dos serviços e aqueles que não o utilizam (OMS, 2008).

As equipes multiprofissionais formadas deverão cobrir uma população máxima de 2.500 beneficiários, por equipe, ~~conforme estabelecido no anexo IV da RN 440/2018, que institui o Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde. O percentual da carteira a ser abrangido deverá ser o mesmo percentual estabelecido no anexo IV da RN 440/2018 sendo que para as Operadoras acima de 16 mil beneficiários, o percentual deverá ser no mínimo o percentual exigido para o primeiro ano de certificação.~~

Compete à APS igualmente exercer a coordenação do cuidado, pois ela é a responsável, em sistemas de saúde organizados e custo-efetivos, por identificar as necessidades de atendimentos especializados, coordenar as referências para profissionais adequados e garantir a continuidade da atenção, acompanhando os resultados terapêuticos e a evolução clínica dos pacientes que percorrem os diversos níveis de atenção no sistema de saúde.

A mudança do ponto de entrada no sistema da saúde, do hospital e dos especialistas, para os centros de atenção primária, requer a inclusão de médicos generalistas (clínicos e pediatras gerais), médicos de família e comunidade e equipes multiprofissionais mais próximos do beneficiário. A estes prestadores de atenção primária a operadora deve responsabilizar pela saúde de um determinado contingente de beneficiários na sua totalidade: os doentes e os saudáveis, os utilizadores dos serviços e aqueles que não o utilizam (OMS, 2008).


Um aspecto essencial para que a APS alcance a resolutividade esperada como serviço de primeiro contato do beneficiário e ordenadora do fluxo do paciente na rede é a conformação da equipe técnica. A heterogeneidade e complexidade das demandas inerentes aos cuidados primários exige algum grau de pluralidade na composição da equipe mínima. Ademais, o trabalho em equipes multidisciplinares em saúde é reconhecidamente a base das ações em saúde para efeitos de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação ou cuidados prolongados do paciente.

2.2.1 - Continuação

	<p>As equipes multiprofissionais formadas deverão cobrir uma população máxima de 2.500 beneficiários, por equipe. A operadora pode estabelecer um número inferior a 2,5 mil beneficiários por equipe de acordo com as necessidades, faixa etária e complexidade da população adscrita.</p> <p>A operadora deverá indicar os prestadores de serviço que trabalham no modelo APS.</p>	
<p>Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:</p> <p>A análise de conformidade deste item deverá buscar evidências da estruturação da rede da operadora com a disponibilização de médicos generalistas (clínicos e pediatras gerais), médicos de família e comunidade e equipes multiprofissionais no acesso dos beneficiários aos cuidados primários em saúde. Deve haver um ajuste entre as necessidades de saúde dos beneficiários da operadora e os serviços de APS ofertados de modo que sejam minimizados o tempo de espera e as barreiras estruturais e organizacionais de acesso aos centros de atenção primária nos quais atuam estes profissionais e equipes.</p>	<p>Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:</p> <p>A análise de conformidade deste item deverá buscar evidências da estruturação da rede da operadora com a disponibilização de médicos generalistas (clínicos e pediatras gerais), médicos de família e comunidade e equipes multiprofissionais no acesso dos beneficiários aos cuidados primários em saúde. Deve haver um ajuste entre as necessidades de saúde dos beneficiários da operadora e os serviços de APS ofertados de modo que sejam minimizados o tempo de espera e as barreiras estruturais e organizacionais de acesso aos centros de atenção primária nos quais atuam estes profissionais e equipes.</p> <p>A população beneficiária adscrita por equipe deve estar descrita e detalhada em um Plano estruturado de APS.</p> <p>Verificar relatórios extraídos do sistema de informação da operadora que indiquem o número de beneficiários adscritos por equipe multidisciplinar.</p>	

ANEXO I - 2.2.6

Proposta de inclusão de item de excelência

Redação Atual		Redação Proposta		Justificativa
	(item novo)	2.2.6	<p>A cobertura populacional mínima para a o programa de atenção primária da operadora obedece aos percentuais da carteira de acordo com o porte da operadora.</p> <p>(Este item não se aplica às operadoras exclusivamente odontológicas)</p>	 <p>Incluir item de excelência referente à disponibilização de equipes multiprofissionais em APS obedecendo os percentuais da carteira compatíveis com o estabelecido no anexo IV da RN 440/2018</p>
		<p>Interpretação:</p> <p>Tendo em vista que a APS ainda é um modelo a ser implementado ou ampliado na saúde suplementar, a cobertura mínima populacional é importante para que se atinja um maior número de beneficiários possíveis. É considerado item de excelência por ser de maior dificuldade de consecução.</p> <p>A população alvo da Atenção Primária em Saúde deveria ser toda a população de beneficiários que compõem a carteira da operadora, independentemente de faixa etária ou se estes compõem um grupo de risco específico, como idosos. Entretanto, levando-se em consideração as características da saúde suplementar e a inovação do modelo no setor, a cobertura mínima obrigatória foi reduzida aos percentuais descritos a seguir, como forma de incentivo à implementação do modelo de APS, com sugestão de aumento progressivo dessa cobertura.</p> <p>A operadora deverá indicar os prestadores de serviço que trabalham no modelo APS.</p>		

2.2.6 - Continuação

O percentual da carteira a ser abrangido no momento da auditoria de acreditação e respectivas auditorias de manutenção deve ser o seguinte:

I- Operadoras com total de beneficiários igual ou inferior a 3.572 deverão cobrir o mínimo de 70% dos beneficiários no programa de APS, ou seja, deverão ter uma equipe de APS disponível para até 2.500 beneficiários, considerando o porte reduzido destas operadoras, que não possuem escala que justifique a existência de mais de uma equipe.

Fórmula de cálculo do percentual mínimo de cobertura: $0,7 \times n^{\circ}$ de beneficiários da carteira

II- Operadoras com total de beneficiários entre 3.573 e 16 mil deverão ter cobertura populacional entre 15,6% e 70% (função linear decrescente), mantendo-se a obrigatoriedade de apenas uma equipe de APS disponível para até 2.500 beneficiários.

Fórmula de cálculo do percentual mínimo de cobertura: $2.500 / n^{\circ}$ beneficiários da operadora

III- Operadoras com total de beneficiários acima de 16 mil, deverão ter cobertura populacional entre 5% e 7,75% (função logarítmica decrescente), variando o número de equipes de APS disponíveis, desde que cada equipe atenda até 2.500 beneficiários.

Fórmula de cálculo do percentual mínimo de cobertura: $[1 / \ln (n^{\circ} \text{ beneficiários}) \times 1,5] * 50$.

2.2.6 - Continuação

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

A análise de conformidade deste item deverá buscar evidências de que o programa conta com a cobertura populacional mínima de acordo com o número de beneficiários da operadora.

A cobertura deve estar descrita e detalhada em um Plano estruturado de APS.

Verificar relatórios extraídos do sistema de informação da operadora que indiquem o alcance da cobertura populacional mínima, de acordo com as regras do Programa APS.

ANEXO III - OBSERVAÇÕES

Redação Atual	Redação Proposta	Justificativa
<p>Observações</p> <p>As operadoras que possuírem certificação de Boas Práticas em Atenção Primária à Saúde – APS de acordo com a Resolução Normativa 440 de 2018, receberão a pontuação integral dos itens 2.2.2 e 2.2.4 do requisito 2.2 Estrutura da Rede Prestadora com base na Atenção Primária à Saúde – APS da Dimensão 2. Gestão da Rede Prestadora de Serviços de Saúde e dos requisitos 3.2 Coordenação e Integração do Cuidado e 3.3 Programa de Gestão do Cuidado de Condições Crônicas de Saúde da Dimensão 3. Gestão em Saúde da presente norma, tendo em vista que ambos estão subsumidos em uma rede organizada na APS.</p> <p>Caso o final de vigência da certificação em APS da operadora seja anterior ao final de vigência do certificado de acreditação da operadora, a entidade acreditadora deverá verificar, durante a auditoria de manutenção, o atendimento aos itens 2.2.2 e 2.2.4 e aos requisitos 3.2 e 3.3 e reavaliar a pontuação da operadora, podendo ensejar na perda da acreditação.</p>	<p>Observações</p> <p>As operadoras que possuírem certificação de Boas Práticas em Atenção Primária à Saúde – APS, de acordo com a Resolução Normativa 440 de 2018, receberão a pontuação integral dos itens 2.2.1, 2.2.2, 2.2.4 e 2.2.6 do requisito 2.2 Estrutura da Rede Prestadora com base na Atenção Primária à Saúde – APS da Dimensão 2, que se refere à Gestão da Rede Prestadora de Serviços de Saúde. As Operadoras receberão também a pontuação integral dos requisitos 3.2 - Coordenação e Integração do Cuidado e 3.3 - Programa de Gestão do Cuidado de Condições Crônicas de Saúde, compreendidos na Dimensão 3 - Gestão em Saúde, da presente norma, tendo em vista que ambos estão subsumidos em uma rede organizada na APS.</p> <p>Caso o final de vigência da certificação em APS seja anterior ao final de vigência do certificado de acreditação da operadora, a entidade acreditadora deverá verificar, durante a auditoria de manutenção, o atendimento aos itens 2.2.1, 2.2.2, 2.2.4 e 2.2.6 e aos requisitos 3.2 e 3.3, reavaliando a pontuação total da operadora, o que pode ensejar a perda da acreditação.</p>	<p>Retificação em função da alteração do item 2.2.1 e inclusão do item 2.2.6 - excelência</p> <p>O item 2.2.6 refere-se a disponibilização de equipes multiprofissionais em APS obedecendo aos percentuais da carteira estabelecidos compatíveis com o estabelecido no anexo IV da RN 440/2018. Assim, automaticamente, uma Operadora que possuir a certificação de Boas Práticas em Atenção Primária de acordo com a RN 440/2018 cumprirá o item 2.2.6.</p>

ANEXO III – PONTUAÇÃO PARA NÍVEL I DE ACREDITAÇÃO

Pontuação para Nível I de Acreditação”

Por fim, considerando que há 44 itens de excelência, distribuídos em 21 requisitos, é necessário que a operadora do segmento médico-hospitalar cumpra, ao menos 35 itens de excelência (80% x 44) para atingir o nível máximo (Nível I) da acreditação, conforme critérios definidos para os níveis de acreditação no corpo da Resolução Normativa.

Para operadoras do segmento exclusivamente odontológico, há 32 itens de excelência, conforme indicado no Quadro II, tendo em vista que os itens apontados no Quadro IV não se aplicam a operadoras ~~exclusivamente odontológicas~~. Portanto, é necessário que a operadora do segmento exclusivamente odontológico cumpra, ao menos 25 itens de excelência (80% x 32) para atingir o nível máximo (Nível I) da acreditação, conforme critérios definidos para os níveis de acreditação no corpo da Resolução Normativa.

Para operadoras do segmento de Autogestões, há 43 itens de excelência, conforme indicado no Quadro III, tendo em vista que os itens apontados no Quadro III não se aplicam Autogestões. Portanto, é necessário que a operadora do segmento de Autogestões cumpra, ao menos 34 itens de excelência (80% x 43) para atingir o nível máximo (Nível I) da acreditação, conforme critérios definidos para os níveis de acreditação no corpo da Resolução Normativa.

Pontuação para Nível I de Acreditação”

Por fim, considerando que há 45 itens de excelência, distribuídos em 21 requisitos, é necessário que a operadora do segmento médico-hospitalar cumpra, ao menos, 36 itens de excelência (80% x 45) para atingir o nível máximo (Nível I) da acreditação, conforme critérios definidos para os níveis de acreditação, **contidos** no corpo da Resolução Normativa.

Para operadoras do segmento exclusivamente odontológico, há 32 itens de excelência, conforme indicado no Quadro II, tendo em vista que os itens apontados no Quadro IV não se aplicam a operadoras **deste segmento**. Portanto, é necessário que a operadora do segmento exclusivamente odontológico cumpra, ao menos, 25 itens de excelência (80% x 32) para atingir o nível máximo (Nível I) da acreditação, conforme critérios definidos para os níveis de acreditação, **contidos** no corpo da Resolução Normativa.

Para operadoras do segmento de Autogestões, há 44 itens de excelência, conforme indicado no Quadro III, tendo em vista que os itens apontados no Quadro V não se aplicam **às** Autogestões. Portanto, é necessário que a operadora do segmento de Autogestões cumpra ao menos 35 itens de excelência (80% x 44) para atingir o nível máximo (Nível I) da acreditação, conforme critérios definidos para os níveis de acreditação, **contidos** no corpo da Resolução Normativa.

Retificação em função da inclusão do item 2.2.6 - excelência. Esta seção do Anexo III explica a quantidade de itens de excelência que devem ser cumpridos a fim de a Operadora ser apta ao nível I de Acreditação. Assim, a quantidade apresentada deverá ser atualizada em função da inclusão de mais um item de excelência.

ANEXO III – Quadro I

Redação Proposta (as alterações estão sombreadas)

Quadro I - Quantidade de Dimensões, Requisitos e Itens por classificação para operadoras do segmento Médico-Hospitalar

Dimensão	Dimensão e Requisitos	Quantidade de Requisitos	Itens	Total de Itens	Itens Essenciais	Itens Complementares	Itens de Excelência
	1. Gestão Organizacional						
8 Requisitos	1.1 Planejamento e Gestão Estratégica	8	7	78	4	2	1
	1.2 Sistema de Governança Corporativa		17		8	4	5
	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		4		4	0	0
	1.6 Gestão de Riscos Corporativos		10		2	5	3
	1.7 Sustentabilidade da Operadora		13		4	6	3
	1.8 Programa de Melhoria da Qualidade - PMQ		8		4	3	1
	2. Gestão da Rede Prestadora de Serviços de Saúde						
4 Requisitos	2.1 Acesso do beneficiário à rede prestadora de serviços de saúde	4	7	23	4	2	1
	2.2 Estrutura da Rede Prestadora com base na Atenção Primária à Saúde - APS		6		2	1	3
	2.3 Relação e contratualização com a Rede Prestadora de Serviços		7		3	2	2
	2.4 Mecanismos de Regulação		3		2	1	0
	3. Gestão em Saúde						
5 Requisitos	3.1 Política de Qualidade e Segurança do Paciente	5	7	40	4	0	3
	3.2 Coordenação e Integração do cuidado		5		2	1	2
	3.3 Programa de Gestão do Cuidado de Condições Crônicas de Saúde		17		8	6	3
	3.4 Assistência Farmacêutica		4		1	1	2
	3.5 Modelos de Remuneração Baseado em Valor		7		2	2	3
	4. Experiência do Beneficiário						
4 Requisitos	4.1 Disponibilização de Informações à sociedade	4	7	28	4	2	1
	4.2 Canais de Comunicação com Beneficiário - resposta à demandas (reativo)		6		2	2	2
	4.3 Canais de Comunicação com Beneficiário - disponibilização de informações essenciais (proativo)		6		3	1	2
	4.4 Pesquisa de Satisfação de Beneficiários		9		4	2	3
Total	Total Geral	21	169	169	75	49	45

ANEXO III – Quadro III

Quadro III - Quantidade de Dimensões, Requisitos e Itens por classificação para operadoras do segmento Autogestão

Dimensão	Dimensão e Requisitos	Aplicação às Autogestões	Quantidade de Requisitos	Itens	Total de Itens	Itens Essenciais	Itens Complementares	Itens de Excelência
	1. Gestão Organizacional							
8 Requisitos	1.1 Planejamento e Gestão Estratégica	SIM	8	7	78	4	2	1
	1.2 Sistema de Governança Corporativa	SIM		17		8	4	5
	1.3 Política de gestão de pessoas e desenvolvimento de lideranças	SIM		10		5	2	3
	1.4 Tecnologia da Informação	SIM		9		3	4	2
	1.5 Política de segurança e privacidade das informações	SIM		4		4	0	0
	1.6 Gestão de Riscos Corporativos	SIM		10		2	5	3
	1.7 Sustentabilidade da Operadora	SIM		13		4	6	3
	1.8 Programa de Melhoria da Qualidade - PMQ	SIM		8		4	3	1
	2. Gestão da Rede Prestadora de Serviços de Saúde							
4 Requisitos	2.1 Acesso do beneficiário à rede prestadora de serviços de saúde	SIM	4	7	23	4	2	1
	2.2 Estrutura da Rede Prestadora com base na Atenção Primária à Saúde - APS	SIM		6		2	1	3
	2.3 Relação e contratualização com a Rede Prestadora de Serviços	SIM		7		3	2	2
	2.4 Mecanismos de Regulação	SIM		3		2	1	0
	3. Gestão em Saúde							
5 Requisitos	3.1 Política de Qualidade e Segurança do Paciente	SIM	5	7	40	4	0	3
	3.2 Coordenação e Integração do cuidado	SIM		5		2	1	2
	3.3 Programa de Gestão do Cuidado de Condições Crônicas de Saúde	SIM		17		8	6	3
	3.4 Assistência Farmacêutica	SIM		4		1	1	2
	3.5 Modelos de Remuneração Baseado em Valor	SIM		7		2	2	3
	4. Experiência do Beneficiário							
4 Requisitos	4.1 Disponibilização de Informações à sociedade	PARCIAL	4	5	26	4	1	0
	4.2 Canais de Comunicação com Beneficiário - resposta à demandas (reativo)	SIM		6		2	2	2
	4.3 Canais de Comunicação com Beneficiário - disponibilização de informações essenciais (proativo)	SIM		6		3	1	2
	4.4 Pesquisa de Satisfação de Beneficiários	SIM		9		4	2	3
Total	Total Geral		21	167	167	75	48	44

ANEXO III – Quadro IV


Quadro IV - Itens não aplicáveis à operadoras exclusivamente odontológicas (OD)


Dimensão	Requisito	Item	Tipo	Situação para operadoras Exclusivamente OD
2. Gestão da Rede Prestadora de Serviços de Saúde	2.2 Estrutura da Rede Prestadora com base em APS	2.2.1	Essencial	NA
		2.2.2	Essencial	NA
		2.2.3	Complementar	NA
		2.2.4	Excelência	NA
		2.2.5	Excelência	NA
		2.2.6	Excelência	NA
	2.3 Relação e Contratualização com a Rede Prestadora de Serviços	2.3.7	Excelência	NA
	2.4 Mecanismos de Regulação	2.4.3	Complementar	NA
3. Gestão em Saúde	3.1 Política de Qualidade da Atenção à Saúde e Segurança do Paciente	3.1.4	Essencial	NA
		3.1.7	Excelência	NA
	3.2 Coordenação e Integração do cuidado	3.2.1	Essencial	NA
		3.2.3	Excelência	NA
		3.2.4	Excelência	NA
		3.2.5	Excelência	NA
	3.3 Programa de Gestão do Cuidado de Condições Crônicas de Saúde	3.3.1	Essencial	NA
		3.3.2	Essencial	NA
		3.3.3	Essencial	NA
		3.3.4	Essencial	NA
		3.3.5	Essencial	NA
		3.3.6	Essencial	NA
		3.3.7	Essencial	NA
		3.3.8	Essencial	NA
		3.3.9	Complementar	NA
		3.3.10	Complementar	NA
		3.3.11	Complementar	NA
	3.4 Assistência Farmacêutica	3.3.12	Complementar	NA
		3.3.13	Complementar	NA
		3.3.15	Excelência	NA
		3.3.16	Excelência	NA
		3.3.17	Excelência	NA
	3.5 Modelos de Remuneração Baseado em Valor	3.4.1	Essencial	NA
3.4.2		Complementar	NA	
3.4.3		Excelência	NA	
3.4.4		Excelência	NA	
		3.5.5	Excelência	NA


**ANEXO IV – DIRETRIZES PARA ELABORAÇÃO DO RELATÓRIO
DA ACREDITAÇÃO DA OPERADORA PELA ENTIDADE ACREDITADORA**

Redação Atual	Redação Proposta	Justificativa
<p>D) O relatório comprovando o cumprimento dos requisitos referentes aos processos de governança, gestão de riscos e controles internos estabelecidos na RN nº 443, de 28 de janeiro de 2019, e alterações posteriores deverá seguir o estabelecido no Anexo IV -A da RN nº 443, de 28 de janeiro de 2019, além de apresentar os seguintes itens:</p>	<p>D) O relatório comprovando o cumprimento dos requisitos referentes aos processos de governança, gestão de riscos e controles internos estabelecidos na RN nº 443, de 28 de janeiro de 2019, e alterações posteriores deverá seguir o estabelecido no Anexo IV-A da RN nº 443, de 28 de janeiro de 2019, bem como parágrafo único do art. 11 da referida RN no caso de não adoção de requisito ou de sua adoção de forma parcial, justificativa(s) da administração da operadora sobre o assunto e a(s) prática(s) alternativa(s) adotada(s), além de apresentar os seguintes itens:</p>	<p>A RN nº 443/19 (parágrafo único do art. 11 da RN nº 443/19) prevê que, no caso de não adoção de requisito ou de sua adoção de forma parcial, o relatório de verificação de requisitos de governança apresentará, circunstanciadamente, justificativa(s) da administração da operadora sobre o assunto e a(s) prática(s) alternativa(s) adotada(s). Sendo prevista a abordagem do “pratique e explique” na RN nº 443/19, essa também se aplica à verificação de mesmos requisitos pela via da RN nº 452/20. Para aprimorar a clareza normativa e evitar dúvidas no seu cumprimento por auditor para acreditação, sugere-se a inclusão de trecho destacado acima em negrito, facilitando a verificação a ser empreendida pelo auditor.</p> <p>Menção, no texto proposto, do previsto no art. 11, para dar maior clareza, ao invés de fazer referência</p>

Obrigada!

 DISQUE ANS
0800 701 9656


 Formulário eletrônico
www.ans.gov.br

 Atendimento presencial
12 Núcleos da ANS


 Atendimento exclusivo
para deficientes auditivos
0800 021 2105

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

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

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

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

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

 **ANS** Agência Nacional de
Saúde Suplementar

MINISTÉRIO DA
SAÚDE

 **PÁTRIA AMADA
BRASIL**
GOVERNO FEDERAL