

# DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO

Publicado em: 11/04/2022 | Edição: 69 | Seção: 1 | Página: 96

Órgão: Ministério da Saúde/Agência Nacional de Saúde Suplementar

## RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 507, DE 30 DE MARÇO DE 2022

Dispõe sobre o Programa de Acreditação de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõe os arts. 4º, incisos XV, XXIV e XXXVII, e 10, inciso II, ambos da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; art. 24, inciso III da Resolução Regimental nº 21, de 26 de janeiro de 2022, adotou a seguinte Resolução Normativa e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação.

### CAPÍTULO I

#### DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Esta Resolução dispõe sobre o Programa de Acreditação de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde.

Art. 2º O Programa de Acreditação de Operadoras é uma certificação de boas práticas em gestão organizacional e em gestão em saúde, de caráter voluntário, realizado por Entidades Acreditoras, 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.

Parágrafo único. O Programa de Acreditação de Operadoras previsto nessa norma não se aplica às Administradoras de Benefícios.

### CAPÍTULO II

#### DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

##### Seção I

Das Entidades Acreditoras do Programa de Acreditação de Operadoras Subseção I

Dos Requisitos para Reconhecimento das Entidades Acreditoras

Art. 3º Para fins de reconhecimento pela ANS da aptidão para ser uma Entidade Acreditora do Programa de Acreditação de Operadoras, as pessoas jurídicas deverão cumprir, cumulativamente, os seguintes requisitos:

I - possuir representação no Brasil;

II - ter reconhecimento de competência pela Coordenação Geral de Acreditação - CGCRE do Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia - INMETRO;

III - não possuir administradores, acionistas controladores, sócios, alta gerência ou equipe de auditores com:

a) conflito de interesses para o exercício das atividades de certificação;

b) participação societária ou interesse, direto ou indireto, em operadora ou em alguma de suas controladas, coligadas ou equiparadas à coligada; e

c) relação de trabalho, direta ou indireta, como empregado, administrador ou colaborador assalariado em operadora ou em alguma de suas controladas, coligadas ou equiparadas à coligada;

IV - A Entidade Acreditora do Programa de Acreditação de Operadoras não pode ter tido o seu reconhecimento cancelado pela ANS nos últimos 5 (cinco) anos.

§ 1º O disposto no inciso III deste artigo se aplica às pessoas jurídicas controladoras, coligadas ou equiparadas a coligadas de uma pessoa jurídica a ser reconhecida como Entidade Acreditora do Programa de Acreditação de Operadoras.

§ 2º O disposto no inciso III deste artigo não afasta a possibilidade de serem identificadas outras causas que caracterizem comprometimento da imparcialidade da pessoa jurídica que pretende ser reconhecida pela ANS como Entidade Acreditadora do Programa de Acreditação de Operadoras.

#### Subseção II

##### Do Processo de Reconhecimento da Entidade Acreditadora

Art. 4º As pessoas jurídicas que se adequem aos requisitos descritos no art. 3º desta RN poderão solicitar o reconhecimento da ANS com o envio do requerimento previsto no Anexo V desta Resolução Normativa, acompanhado da seguinte documentação:

I - cópia do certificado de acreditação emitido pela CGCRE- INMETRO;

II - cópia autenticada dos atos constitutivos e suas alterações registrados no órgão competente ou cópia simples com a apresentação dos originais para autenticação por servidor da ANS no instante do protocolo da documentação na sede ou nos núcleos da ANS;

III - declaração, firmada pelos seus representantes, de ausência de conflitos de interesses, conforme Anexo V desta Resolução Normativa;

IV - firmar termo de responsabilidade com a ANS, conforme o Anexo V desta Resolução Normativa, com as obrigações de:

a) avaliar as operadoras pelos critérios técnicos pré-estabelecidos pela ANS;

b) não realizar consultoria às operadoras já acreditadas pela própria Entidade Acreditadora durante o período de 3 (três) anos após o fim de vigência da certidão de acreditação da operadora;

c) só realizar acreditação incluindo visitas de diagnóstico e de auditoria, na mesma operadora após um período de 3 (três) anos do fim da realização de consultoria;

d) não realizar auditoria independente para Pesquisa de Satisfação de Beneficiários, prevista no requisito 4.4 da Dimensão 4 (Experiência do Beneficiário) estabelecida no inciso IV do parágrafo único do art. 12 desta Resolução Normativa, nas operadoras a serem acreditadas pela própria Entidade Acreditadora;

e) comunicar à ANS qualquer mudança na pessoa jurídica que altere os requisitos previstos no art. 3º desta Resolução Normativa no prazo de 30 (trinta) dias corridos utilizando o formulário descrito no Anexo V desta Resolução Normativa; e

f) manter a documentação comprobatória de todos os atos praticados de acordo com esta Resolução Normativa, inclusive a comprovação da formação e experiência profissional dos auditores prevista no art. 14 desta Resolução Normativa.

Art. 5º O reconhecimento da Entidade Acreditadora e sua renovação serão publicados no sítio eletrônico da ANS na internet.

#### Subseção III

##### Da Vigência e do Cancelamento do Reconhecimento da Entidade Acreditadora

Art. 6º A validade do reconhecimento ou da renovação do reconhecimento de Entidade Acreditadora pela ANS seguirá os seguintes critérios:

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 pela CGCRE-INMETRO, caso a Entidade Acreditadora solicite o reconhecimento à ANS em até 30 (trinta) dias corridos da sua emissão; e

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 pela CGCRE-INMETRO.

§ 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.

§ 2º Será excluída, do Programa de Acreditação de Operadoras, a Entidade Acreditoradora que for cancelada pela CGCRE-INMETRO ou a Entidade Acreditoradora que solicitar formalmente sua exclusão.

Art. 7º O reconhecimento da Entidade Acreditoradora do Programa de Acreditação de Operadoras poderá ser cancelado a qualquer tempo pela ANS, na hipótese de fraude ou perda de algum dos requisitos previstos nesta Resolução Normativa.

Art. 8º A ANS informará o cancelamento do reconhecimento da Entidade Acreditoradora à CGCRE- INMETRO.

Art. 9º O cancelamento do reconhecimento da Entidade Acreditoradora do Programa de Acreditação de Operadoras será publicado no sítio eletrônico da ANS na internet.

§ 1º Em caso de perda do reconhecimento da Entidade Acreditoradora pela ANS, a operadora terá o prazo de 180 (cento e oitenta) dias corridos, a contar da publicação mencionada no caput, para passar a ser acompanhada por Entidade Acreditoradora diversa e comunicar a substituição à ANS, não sendo necessário iniciar novo processo de acreditação.

§ 2º No caso descrito no § 1º deste artigo, a vigência original da acreditação da operadora e o nível da acreditação serão mantidos.

§ 3º Caso não haja as providências descritas no § 1º, a acreditação conferida perderá validade após o prazo de 180 (cento e oitenta) dias corridos a contar da publicação mencionada no caput.

## Seção II

### Do Processo de Acreditação de Operadoras

#### Subseção I

##### Dos Pré-Requisitos para a Acreditação de Operadoras

Art. 10. As operadoras poderão se submeter de forma voluntária ao Programa de Acreditação de Operadoras executado por uma Entidade Acreditoradora de sua livre escolha, dentre as Entidades Acreditoradoras reconhecidas pela ANS, de acordo com o disposto nesta Resolução Normativa.

Parágrafo único. A operadora que se submeter ao Programa de Acreditação de Operadoras deverá verificar previamente se a Entidade Acreditoradora escolhida é reconhecida pela ANS para esta finalidade, e encontra-se na listagem de Entidades Acreditoradoras do Programa de Acreditação de Operadoras publicadas no sítio eletrônico da ANS na internet.

Art. 11. A operadora a ser submetida à avaliação de conformidade com os requisitos e itens de verificação para acreditação ou para a renovação deve possuir os seguintes pré-requisitos:

I - ter registro ativo como operadora junto à ANS;

II - não estar em uma das seguintes situações:

a) plano de recuperação assistencial;

b) plano de adequação econômico-financeira;

c) regime especial de direção técnica;

d) regime especial de direção fiscal;

e) processo de liquidação extrajudicial;

f) intervenção fiscalizatória; e

g) ter se posicionado na faixa 3 (três) do monitoramento da garantia de atendimento 2 (duas) vezes consecutivas nos 12 (doze) meses anteriores a avaliação de conformidade, de acordo com a Instrução Normativa 02/2022 de 29 de março de 2022 e suas alterações posteriores;

III - possuir Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) e de suas dimensões no Programa de Qualificação de Operadoras (PQO) da Agência Nacional de Saúde Suplementar igual ou maior a 0,6 (seis décimos); e

IV - não possuir Auditoria Independente das demonstrações financeiras com parecer adverso ou com abstenção de opinião do último exercício disponível.

Parágrafo único. Perderão a acreditação as operadoras que, a qualquer tempo, passem a descumprir quaisquer dos pré-requisitos previstos neste artigo.

## Subseção II

### Das Características do Programa de Acreditação de Operadoras

Art. 12. O Programa de Acreditação de Operadoras é composto de requisitos e itens de verificação distribuídos nas seguintes dimensões:

I - Gestão Organizacional - a dimensão 1 busca avaliar a gestão das operadoras considerando aspectos relativos à estrutura organizacional, a processos de trabalho, a governança corporativa, a gestão de riscos corporativos, a sua sustentabilidade e a melhoria da qualidade;

II - Gestão da Rede Prestadora de Serviços de Saúde - a dimensão 2 busca avaliar a gestão da rede assistencial das operadoras, considerando critérios de qualidade para sua conformação, bem como mecanismos de regulação do acesso dos beneficiários;

III - Gestão em Saúde - a dimensão 3 busca avaliar a gestão do cuidado em saúde pelas operadoras, bem como ações de monitoramento relativas à qualidade da atenção à saúde de sua rede prestadora de serviços de saúde; e

IV - Experiência do Beneficiário - a dimensão 4 busca avaliar o resultado da interação entre a operadora, seus beneficiários e a sociedade, incluído potenciais beneficiários, tendo como parâmetros a percepção dos beneficiários quanto ao atendimento de suas necessidades e expectativas, bem como as ações promovidas pela operadora com foco na melhoria da qualidade dos serviços prestados.

Parágrafo único. Além de ser avaliada nos itens e requisitos estabelecidos nas Dimensões elencadas neste artigo, previstas no Anexo I desta Resolução Normativa, as operadoras também serão avaliadas em relação ao cumprimento dos requisitos referentes aos processos de governança, gestão de riscos e controles internos estabelecidos no corpo da Resolução Normativa e do Anexo IA da Resolução Normativa nº 443, de 28 de janeiro de 2019.

Art. 13. Para obtenção da acreditação, as operadoras serão avaliadas em sua conformidade com os itens e requisitos estabelecidos no Anexo I desta Resolução Normativa.

§ 1º Para a obtenção da acreditação das operadoras médico-hospitalares, o programa deverá ser aplicado na íntegra, considerando todos os itens e requisitos previstos no Anexo I desta Resolução Normativa, inclusive nas reacreditações, de acordo com os critérios de pontuação estabelecidos nesta Resolução Normativa.

§ 2º Para obtenção da acreditação, as operadoras exclusivamente odontológicas deverão ser avaliadas nos itens e requisitos previstos no Anexo I desta RN, excetuando-se aqueles elencados no Anexo III desta Resolução Normativa, inclusive nas reacreditações, de acordo com os critérios de pontuação estabelecidos nesta Resolução Normativa.

§ 3º Para obtenção da acreditação, as operadoras classificadas na modalidade de autogestão deverão ser avaliadas nos itens e requisitos previstos no Anexo I desta RN, excetuando-se aqueles elencados no Anexo III desta Resolução Normativa, inclusive nas reacreditações, de acordo com os critérios de pontuação estabelecidos nesta Resolução Normativa.

§ 4º Independentemente do cumprimento dos requisitos previstos no parágrafo único do artigo 12, as operadoras que cumprirem os itens e requisitos previstos no Anexo I desta Resolução Normativa serão acreditadas no nível correspondente à pontuação obtida.

## Subseção III

### Das Auditorias para Acreditação de Operadoras

Art. 14. A Auditoria para fins de acreditação de operadora deverá ser feita por uma equipe com a seguinte conformação mínima:

I - ser composta por, no mínimo, 3 (três) auditores com formação universitária;

II - possuir, no mínimo, 1 (um) auditor com formação universitária, com pós-graduação em uma das seguintes áreas: gestão em saúde, saúde coletiva, saúde pública, administração hospitalar ou auditoria em saúde ou experiência mínima de 5 (cinco) anos em acreditação em saúde ou auditoria em saúde; e

III - possuir, no mínimo, 1 (um) auditor com ou formação universitária, ou pós-graduação, em uma das seguintes áreas: administração, economia, engenharia de produção, gestão de negócios, controladoria, finanças, auditoria empresarial, economia empresarial, ciências contábeis, ciências atuariais, gerenciamento de risco corporativo ou experiência mínima de 5 (cinco) anos em auditoria empresarial ou controladoria.

Art. 15. A operadora poderá solicitar à Entidade Acreditadora uma avaliação inicial de diagnóstico, sem fins de acreditação, para identificação dos processos que não atendem aos requisitos da norma, desde que não se configure consultoria conforme previsto no Anexo V desta Resolução Normativa.

#### Subseção IV

##### Da Forma de Pontuação para Obtenção da Acreditação

Art. 16. A Entidade Acreditadora deverá obedecer aos critérios de pontuação estabelecidos no Anexo III e no corpo desta Resolução Normativa, quando da aplicação do Programa de Acreditação de Operadoras.

Art. 17. Para ser acreditada, a operadora deverá atingir pontuação mínima de 70 (setenta) pontos em cada uma das quatro dimensões, independentemente da nota final.

Art. 18. A operadora poderá ser acreditada em três níveis:

I - Nível I: com validade de 3 (três) anos;

II - Nível II: com validade de 2 (dois) anos; ou III - Nível III: com validade de 2 (dois) anos.

§ 1º Para ser acreditada no nível III, além do disposto no art. 17 desta Resolução Normativa, a operadora deverá obter nota final maior ou igual a 70 (setenta) e menor que 80 (oitenta).

§ 2º Para ser acreditada no nível II, além do disposto no art. 17 desta Resolução Normativa, a operadora deverá obter nota final maior ou igual a 80 (oitenta) e menor que 90 (noventa).

§ 3º Para ser acreditada no nível I, além do disposto no art. 17 desta Resolução Normativa, a operadora deverá obter o seguinte desempenho:

I - obter nota final maior ou igual a 90 (noventa);

II - obter conformidade em pelo menos 80% (oitenta por cento) dos itens de excelência; e III - obter IDSS acima de 0,8 (oito décimos) na última avaliação divulgada.

§ 4º No caso do descumprimento dos incisos II e III do § 3º deste artigo, mesmo cumprindo os demais requisitos para atingir o nível I, a operadora será acreditada no nível II.

Art. 19. A Nota Final da operadora será apurada pela média aritmética da pontuação das 4 (quatro) dimensões do Programa de Acreditação de Operadoras.

§ 1º Para cada dimensão, será atribuída uma nota de 0 (zero) a 100 (cem), a ser calculada pela média aritmética dos seus requisitos.

§ 2º A avaliação dos requisitos será realizada da seguinte maneira:

I - a nota do requisito será apurada pela proporção de itens de verificação em conformidade e varia de 0 (zero) a 100 (cem); e

II - a operadora deverá ter alcançado conformidade em todos os itens de verificação essenciais de um requisito, caso contrário receberá nota zero no requisito inteiro.

Art. 20 A avaliação dos itens de verificação deverá considerar a conformidade em dois domínios:

I - o escopo; e

II - o tempo de implantação.

§ 1º Para fins de avaliação, o item poderá ter duas avaliações:

a) conforme; ou

b) não conforme.

§ 2º Será considerado "conforme", o item de verificação que obtiver o seguinte desempenho:

a) cumprir o escopo do item; e

b) tempo de implantação de 12 (doze) meses ou mais.

§ 3º A conformidade de cada item avaliado será verificada mediante análise documental e/ou observação direta ou inspeção, de acordo com a interpretação dos requisitos e as possíveis formas de obtenção de evidências descritos no Anexo I desta Resolução Normativa.

Art. 21. As operadoras que possuírem certificação de Boas Práticas em Atenção Primária à Saúde - APS, de acordo com a Resolução Normativa nº 506, de 30 de março de 2022, serão pontuadas da seguinte forma:

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, 2.2.3, 2.2.4 e 2.2.6, como descritos no Anexo I desta Resolução Normativa; e

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 Resolução Normativa.

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 Acreditoradora deverá verificar, durante a auditoria de manutenção, o atendimento aos itens 2.2.1, 2.2.2, 2.2.3, 2.2.4 e 2.2.6 e aos requisitos 3.2 e 3.3, descritos no Anexo I desta Resolução Normativa, e reavaliar a pontuação da operadora, podendo ensejar a perda da pontuação e, eventualmente, da acreditação.

Art. 22. As fórmulas para o cálculo das pontuações descritas nesta Subseção encontram-se dispostas no Anexo III desta Resolução Normativa.

#### Subseção V

##### Da Manutenção da Acreditação e da Reacreditação

Art. 23. Para manutenção da Acreditação, a operadora deverá sofrer auditorias de manutenção pela Entidade Acreditoradora, anualmente, até o fim do ciclo avaliativo.

§ 1º Fica a critério da Entidade Acreditoradora estabelecer o escopo aplicável nas auditorias de manutenção.

§ 2º Caso seja averiguada mudança na pontuação da operadora durante as auditorias de manutenção, se a nota final for de 70 (setenta) pontos ou mais, não ensejará em mudança de nível de acreditação.

§ 3º As Auditorias de manutenção poderão gerar perda da acreditação, nos casos de nota final inferior a 70 (setenta) pontos.

§ 4º Nas auditorias de manutenção, fica a critério da Entidade Acreditoradora estabelecer um prazo máximo de 60 (sessenta) dias corridos para as operadoras comprovarem a correção das inconformidades quando a nota final for inferior a 70 (setenta) pontos.

§ 5º Em caso de perda de acreditação, a Entidade Acreditoradora deverá comunicar formalmente a ANS em, no máximo, 15 (quinze) dias úteis.

Art. 24. A operadora deverá informar a qualquer tempo à Entidade Acreditoradora mudanças que possam afetar o atendimento aos requisitos e pré-requisitos da acreditação, sob pena de perda da acreditação.

Art. 25. Ao fim do período de validade da certidão de acreditação, fica a critério da operadora a escolha da Entidade Acreditoradora para reacreditação, desde que respeitadas as regras desta RN, com resultados independentes da acreditação anterior.

Art. 26. Caso a operadora deseje alcançar um nível mais elevado de acreditação, poderá antecipar seu processo de reacreditação, com resultados independentes da acreditação em vigência.

#### Subseção VI

## Da Homologação da Acreditação das Operadoras pela ANS

Art. 27. Para a homologação da certidão de acreditação de operadora pela ANS, a Entidade Acreditadora deverá enviar os seguintes documentos:

I - certidão de acreditação da operadora com o nível e o período de vigência;

II - relatório de avaliação da acreditação da operadora, conforme diretrizes descritas no Anexo IV desta Resolução Normativa; e

III - cópia dos certificados de graduação e/ou pós-graduação dos auditores que conduziram a acreditação.

§ 1º A entidade acreditadora deve estar com seu reconhecimento vigente durante todo o processo de avaliação.

§ 2º O resultado do requerimento da homologação de acreditação junto à ANS, constante no caput deste artigo, será comunicado formalmente à Entidade Acreditadora e à operadora avaliada.

Art. 28. Serão indeferidas as solicitações de homologação de acreditação de operadoras em caso de descumprimento desta Resolução Normativa.

§ 1º Caso a ANS considere que o relatório de avaliação não apresenta a descrição de evidências suficientes para comprovação do cumprimento dos requisitos e itens de verificação estabelecidos no Anexo I desta Resolução Normativa, a homologação da acreditação será indeferida.

§ 2º Excepcionalmente, com vistas ao melhor esclarecimento, a ANS poderá solicitar informações adicionais à Entidade Acreditadora relativas ao processo de acreditação, quando necessário.

Art. 29. A certidão de acreditação possui caráter personalíssimo da operadora avaliada, não podendo ser transferida ou estendida, a qualquer título, a outra sem que se cumpra os requisitos desta Resolução Normativa de submissão ao Programa de Acreditação de Operadoras executado por uma Entidade Acreditadora.

### Subseção VII

#### Dos Incentivos Regulatórios

Art. 30. As Operadoras acreditadas na forma desta Resolução Normativa receberão bonificação correspondente ao nível atingido no Índice de Desempenho da Saúde Suplementar - IDSS do Programa de Qualificação Operadoras, conforme a ficha técnica estabelecida e divulgada anualmente.

Art. 31. As Operadoras acreditadas em qualquer nível no âmbito desta Resolução Normativa até dezembro de 2022 farão jus à redução da exigência mensal de Margem de Solvência em 5% (cinco por cento) do exercício corrente.

§ 1º Para fins do caput deste artigo, a auditoria de acreditação deverá observar o disposto no arts. 12 e 13 e ser documentada em relatório específico conforme estabelecido no Anexo IV desta RN.

§ 2º Para acompanhamento do cumprimento do disposto no §1º, deverá ser realizada auditoria de manutenção anual pela Entidade Acreditadora, documentada em relatório específico, conforme estabelecido no Anexo IV desta Resolução Normativa.

§ 3º O relatório a que se refere os §§ 1º e 2º deverá ser assinado pelo auditor que possua as competências estabelecidas no inciso III, art. 14 desta Resolução Normativa.

§ 4º O relatório deverá ser enviado anualmente à Diretoria de Desenvolvimento Setorial da ANS - DIDES, pela Entidade Acreditadora, quando da realização da acreditação e respectivas auditorias de manutenções.

§ 5º Para que façam jus à redução de que trata o caput, a DIDES comunicará à Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras - DIOPE as Operadoras que foram acreditadas, a qual dará efeito à redução de margem de solvência, a partir do mês da acreditação ou manutenção.

Art. 32. As Operadoras acreditadas em qualquer nível no âmbito dessa Resolução Normativa 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 Resolução Normativa nº 451, de 06 de março de 2020, independentemente do cumprimento do rito previsto no art. 12 da Resolução Normativa nº 443, de 28 de janeiro de 2019.

§ 1º A verificação dos requisitos previstos no caput deverá ser obrigatoriamente efetuada na auditoria de acreditação realizada pela Entidade Acreditadora, documentada em relatório específico conforme estabelecido no Anexo IV desta Resolução Normativa.

§ 2º O acompanhamento do cumprimento dos requisitos previstos no caput deverá ser realizado obrigatoriamente na auditoria de manutenção anual pela Entidade Acreditadora, documentado em relatório específico conforme estabelecido no Anexo IV desta Resolução Normativa.

§ 3º O relatório relativo ao cumprimento dos requisitos previstos no caput deverá ser assinado pelo auditor com as competências estabelecidas no inciso III, art. 14 desta Resolução Normativa.

§ 4º O relatório deverá ser enviado anualmente à DIDES, pela Entidade Acreditadora, quando da realização da acreditação e respectivas auditorias de manutenções.

§ 5º Caso a operadora faça jus aos fatores reduzidos de que trata o caput, a DIDES comunicará a DIOPE, que informará seu período de vigência.

§ 6º A ANS poderá, a qualquer tempo, desconsiderar os fatores reduzidos de que trata o caput, na hipótese de identificação de ocorrência de desconformidade ou verificação de não atendimento a requisitos.

§ 7º Na hipótese de que trata o §6º, a operadora será previamente notificada para prestar esclarecimentos no prazo de 10 (dez) dias úteis.

§ 8º As operadoras que verifiquem os requisitos de governança estabelecidos no Anexo I-A da Resolução Normativa nº 443, de 28 de janeiro de 2019, e alterações posteriores, na forma deste artigo, independente de cumprimento integral daqueles requisitos e observância do prazo estipulado no § 4º, ficam dispensadas de envio de relatório previsto no art. 11 c/c art. 17 da Resolução Normativa nº 443, de 28 de janeiro de 2019.

### CAPÍTULO III

#### DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 33. A ANS dará publicidade, por meio de divulgação em seu sítio eletrônico na internet, da lista de operadoras que receberem a certidão de acreditação.

Art. 34. O relatório de que trata o inciso II do art. 27 não será divulgado pela ANS, em nenhuma hipótese, sendo utilizado apenas para a realização de estudos referentes à qualidade da saúde suplementar.

Art. 35. As operadoras acreditadas podem divulgar amplamente a certidão de acreditação em seu sítio eletrônico na internet e utilizar para fins comerciais, incluindo material publicitário ou propaganda.

Parágrafo único. A utilização da certidão de acreditação prevista no caput deste artigo só poderá ocorrer após a recepção do ofício da ANS dando ciência do deferimento da homologação da acreditação ou quando for divulgado no sítio eletrônico da ANS na internet.

Art. 36. A qualquer tempo e uma vez constatado indícios de conduta comissiva ou omissiva do auditor ou da Entidade Acreditadora em relação aos fatos que ensejam a acreditação, a operadora poderá perder a certidão de acreditação, após o regular processo administrativo.

Art. 37. Todo material relativo à acreditação da operadora, utilizado pela Entidade Acreditadora e pela operadora, tais como: relatórios de auditoria, fichas de entrevistas, evidências consideradas, comprovantes de todos os atos praticados, documentos em geral e a comprovação da formação e experiência profissional dos auditores prevista nesta RN, deverão estar à disposição da ANS e poderão ser requisitados a qualquer tempo durante o período de vigência da certidão de acreditação.

Art. 38. Compõem este normativo cinco Anexos:

- a) Anexo I - Requisitos e Itens de Verificação;
- b) Anexo II - Glossário;
- c) Anexo III - Forma de cálculo dos critérios de Pontuação;

d) Anexo IV - Diretrizes para elaboração do Relatório da Acreditação da Operadora pela Entidade Acreditadora; e

e) Anexo V - Formulários.

Parágrafo único. Os anexos desta Resolução Normativa serão publicados e estarão disponíveis para consulta no sítio institucional da ANS na internet.

Art. 39. Ficam revogadas as Resoluções Normativas nº 452, de 09 de março de 2020, e nº 471, de 29 de setembro de 2021.

Art. 40. Esta Resolução entra em vigor na data da publicação.

**PAULO ROBERTO REBELLO FILHO**

Diretor-Presidente

ANEXO I - Requisitos e Itens de verificação

## RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 507, DE 30 DE MARÇO DE 2022 - ANEXO

2. Gestão da Rede Prestadora de Serviços de Saúde		
A dimensão 2 busca avaliar a gestão da rede assistencial das operadoras, considerando critérios de qualidade para sua conformação, bem como mecanismos de regulação do acesso dos beneficiários.		
2.1 Acesso do beneficiário à Rede Prestadora de serviços de saúde		
<p>Interpretação:</p> <p>As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (Ministério da Saúde, 2010).</p> <p>A rede em saúde consiste em um conjunto de diferentes organizações, ou de arranjos institucionais, que presta serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida e que está pronta a prestar contas dos resultados clínicos e econômicos da população que a utiliza (OPAS, 2011).</p> <p>A conformação das redes das operadoras deve ter em consideração o porte, a operação com rede própria, credenciada ou referenciada, a área geográfica de abrangência de sua atuação e, especialmente, o perfil demográfico e epidemiológico de seus beneficiários.</p> <p>A constituição de redes assistenciais que garantam o acesso contínuo ao cuidado à saúde, resolutivo e de qualidade, de acordo com o que foi contratado, aponta para uma maior organização e eficiência da gestão assistencial pelas operadoras.</p> <p>A avaliação do acesso dos beneficiários à rede prestadora constitui um importante instrumento para estimar se a rede assistencial da operadora é quantitativamente suficiente. Ademais, é importante ressaltar que a organização da rede assistencial e a oferta de serviços devem ser orientados mais pelas necessidades de saúde dos beneficiários do que pela disponibilidade de serviços ou pela demanda espontânea (ANS, 2015).</p> <p>A identificação de falhas no acesso permite que as próprias operadoras reavaliem suas práticas de gestão e identifiquem as lacunas existentes na prestação da assistência à saúde, com vistas à realização de planejamento que permita organizar a rede assistencial e implementar ações de modo a garantir o atendimento oportuno (ANS, 2015).</p>		
2.1.1	A Operadora utiliza critérios quantitativos para estabelecer o número adequado de prestadores de serviços da rede de atenção à saúde da operadora.	Essencial
<p>Interpretação:</p> <p>A avaliação da adequação do número de prestadores de serviços, por meio de critérios quantitativos e estruturais, significa que a operadora ajusta o quantitativo de estabelecimentos, recursos, serviços e profissionais de saúde frente à quantidade de beneficiários de seus produtos que utilizam a rede de saúde em uma determinada região geográfica. A rede de saúde deve ser construída considerando as necessidades de saúde da população de beneficiários da carteira, após a análise do seu perfil demográfico e epidemiológico.</p> <p>Esta adequação deve ser cotejada com a mensuração de acesso por parâmetros quantitativos, tais como: número anual de consultas com clínico ou com médico generalista por beneficiário adulto; número mensal de sessões de hemodiálise por beneficiário com doença renal crônica avançada; tempo entre o diagnóstico e o tratamento de algum tipo de neoplasia que acometa o beneficiário, dentre outros parâmetros.</p> <p>Quanto à sua localização, a operadora deve observar as seguintes regras: localização no mesmo município; em caso de indisponibilidade ou inexistência do prestador equivalente no mesmo município, poderá ser indicado prestador em município limítrofe; em caso de indisponibilidade ou inexistência de prestador equivalente nos municípios limítrofes, poderá ser indicado prestador na Região de Saúde à qual faz parte o município. (ANS, 2014) (Brasil, 1998) (RN 354, 2014) (RN 259, 2011) (NOTA 315-2015)</p>		

<p><b>Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:</b>          Verificar se a operadora possui documento técnico, que subsidie a conformação da rede em saúde, baseado na literatura sobre dimensionamento de rede, na experiência da operadora, em estudos ou protocolos, bem como nas necessidades de saúde da sua população de beneficiários. Esse documento técnico deve descrever a metodologia utilizada para a definição dos parâmetros quantitativos, para a organização da rede de atenção à saúde a seus beneficiários.          É importante mensurar a necessidade de prestadores de serviço de saúde por tipo (hospitais, hospitais-dia, SADT e profissionais de saúde), considerando sua dispersão e levando em consideração a possibilidade de a demanda ser absorvida por prestadores em municípios limítrofes ou na mesma região de saúde. Esse documento deve conter referências à literatura utilizada.</p>		
2.1.2	A Operadora utiliza critérios qualitativos para estabelecer a conformação da sua rede prestadora de serviços.	Essencial
<p><b>Interpretação:</b>          Qualidade do cuidado é o grau em que os serviços de saúde, organizados para o atendimento das necessidades em saúde de indivíduos e populações, aumentam a probabilidade de resultados desejados e consistentes com o conhecimento médico-profissional corrente (IOM, 1999).          A operadora deve estabelecer critérios de qualidade baseados na literatura científica, que devem estar explicitados e justificados em documento, para o credenciamento e referenciamento de todos os tipos de prestadores de serviços (Hospitais, hospitais-dia, SADT, clínicas, e consultórios isolados). Também quando houver rede própria, a operadora deve se comprometer com critérios de qualidade dos seus prestadores de serviços.          Para fins de avaliação da qualidade dos prestadores que compõem a sua rede de assistência em saúde, a operadora deve contemplar o disposto no Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar - QUALISS, estabelecido pela RN 405/2016 e o Fator de Qualidade, estabelecido pela RN 364/2014, alterado pela RN 436/2018. O programa QUALISS consiste no estabelecimento e, avaliação e divulgação de atributos de qualificação relevantes para o aprimoramento da qualidade assistencial dos prestadores de serviços na Saúde Suplementar. Os atributos de qualificação do QUALISS são critérios qualitativos de avaliação dos prestadores, que possibilitam às operadoras investir em redes assistenciais mais efetivas na atenção à saúde.          O Fator de Qualidade estabelece atributos de qualificação para o estabelecimento de um percentual sobre o índice utilizado para o reajuste dos prestadores de serviço.</p>		
<p><b>Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:</b>          Verificar a existência de documento técnico contendo os critérios de qualidade estabelecidos pela operadora, baseados na literatura, no programa QUALISS e no Fator de Qualidade.</p>		
<p>Os atributos de qualidade aferidos no QUALISS são os seguintes: Certificado de Acreditação; Certificado de Qualidade Monitorada obtido no Programa de Monitoramento de Indicadores da Qualidade de Prestadores de Serviços de Saúde - PM-QUALISS; Certificado ou documento equivalente emitido pelas Entidades Gestoras de Outros Programas de Qualidade; Notificação de eventos adversos pelo Notivisa/Anvisa (exceto para consultórios individualizados, laboratórios clínicos e os serviços móveis e de atenção domiciliar); Certificado ABNT NBR ISO 9001; Titulação na área de saúde para profissionais de saúde que trabalham em consultórios isolados: Pós-graduação lato sensu com no mínimo 360 (trezentas e sessenta) horas; Título de especialista outorgado pela sociedade de especialidade e/ou Conselho Profissional da categoria; Residência em saúde, Mestrado, Doutorado ou Pós-doutorado, reconhecidos pelo MEC. Além destes, considera-se atributo de qualificação a participação dos prestadores de serviço de saúde nos programas de indução da qualidade da DIDES/ANS e a adesão ao Programa Nacional de Segurança do Paciente - PNSP, com a implantação de Núcleo de Segurança do Paciente (exceto para consultórios individualizados, laboratórios clínicos e os serviços móveis e de atenção domiciliar).</p>		
<p>Quanto ao Fator de Qualidade, os critérios de aplicação são os estabelecidos no anexo da RN 436/2018. Além disso, verificar se a adscrição dos prestadores de assistência à saúde à rede da operadora foi realizada de acordo com critérios de qualidade bem estabelecidos, descritos em documento técnico disponível para consulta do auditor.</p>		
2.1.3	A Operadora utiliza critérios qualitativos e quantitativos para estabelecer a exclusão ou substituição de prestadores de serviços da sua rede prestadora.	Essencial
<p><b>Interpretação:</b>          A substituição de prestadores é a exclusão de um prestador de sua rede e a inclusão de outro prestador com a mesma capacidade operacional de atendimento. A utilização de critérios de qualidade e quantidade dos prestadores na alteração da rede é fundamental para a garantia da qualidade da rede de atenção em saúde.          A avaliação da adequação do número de prestadores de serviços, por meio de critérios quantitativos e estruturais, significa que a operadora ajusta o quantitativo de estabelecimentos, recursos, serviços e profissionais de saúde frente à quantidade de beneficiários de seus produtos que utilizam a rede de saúde em uma determinada região geográfica.</p>		
<p>São considerados critérios qualitativos os atributos de qualificação previstos na literatura científica, no QUALISS, conforme disposto na RN 405/2016, e o Fator de Qualidade, estabelecido pela RN 364/2014, alterado pela RN 436/2018.          Quanto à sua localização, a operadora deve observar as seguintes regras: localização no mesmo município; em caso de indisponibilidade ou inexistência do prestador equivalente no mesmo município, poderá ser indicado prestador em município limítrofe; em caso de indisponibilidade ou inexistência de prestador equivalente nos municípios limítrofes, poderá ser indicado prestador na Região de Saúde à qual faz parte o município. A substituição do prestador deve buscar equivalência qualitativa e quantitativa.          (ANS, 2014) (Brasil, 1998) (RN 354, 2014) (RN 259, 2011) (NOTA 315/2015/GGREP/DIPRO/ANS)</p>		

<p>Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:</p> <p>A análise da conformidade se dará pela verificação se a operadora, ao fazer a substituição de um prestador por outro, em sua rede de atenção à saúde, utiliza como critérios de escolha a mesma capacidade operacional e os atributos de qualificação equivalentes.</p> <p>Quanto aos atributos, é possível utilizar os previstos no programa QUALISS e Fator de Qualidade, quando possível.</p> <p>Quanto à localização geográfica, deve se observar se a Operadora leva em consideração a possibilidade de substituição por um prestador localizado em município limítrofe ou na mesma região de saúde.</p> <p>Para a exclusão de um prestador de serviço de saúde de sua rede, a operadora também deverá considerar que os prestadores que irão absorver a demanda possuem a mesma capacidade operacional e os atributos de qualificação equivalentes.</p>		
2.1.4	A Operadora divulga a substituição ou a exclusão de prestadores de Estabelecimentos Hospitalares e Serviços de Urgência e Emergência (U/E) 24h, indicando a rede substituta ou a exclusão, por plano/produto, no seu portal institucional, com 30 dias de antecedência, permanecendo esta informação durante prazo mínimo de 180 dias.	Essencial
<p>Interpretação:</p> <p>A operadora deve comunicar as substituições ou exclusões na rede de prestadores de Estabelecimentos Hospitalares e Serviços de Urgência e Emergência (U/E) 24h, ao público e aos beneficiários, em particular, por meio de seu portal corporativo ou outros canais de comunicação - presencial, telefônico e digital (redes sociais e aplicativos), com 30 (trinta) dias de antecedência. Essas informações devem permanecer disponíveis ao público para consulta por pelo menos 180 dias.</p> <p>O prazo de 180 dias para manutenção da informação de rede substituída ou excluída por produto nos canais de comunicação da operadora visa permitir que a informação esteja disponível por tempo suficiente para ampla ciência do público (beneficiários potenciais) e dos beneficiários, em particular (ANS, 2014).</p>		
<p>Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:</p> <p>Verificar casos de substituição e/ou exclusão de rede por parte da operadora e identificar se os meios de comunicação (<i>call center</i>, atendimento pessoal, portal na internet, erratas nos livros impressos da rede contratada, referenciada e credenciada) foram devidamente divulgados com 30 dias de antecedência, e se a informação completa da rede substitutiva ou aviso de exclusão, quando não foi indicada rede substitutiva, foram disponibilizados por pelo menos 180 dias.</p>		
2.1.5	A Operadora divulga a substituição ou a exclusão de prestadores de serviços de saúde (SADT, Clínicas e Consultórios), indicando a rede substituta ou a exclusão, por plano/produto, no seu portal institucional, com 30 dias de antecedência, permanecendo esta informação durante prazo mínimo de 180 dias.	Complementar
<p>Interpretação:</p> <p>A operadora deve comunicar as substituições ou exclusões na rede de todos os prestadores de serviços de saúde que não sejam classificados como Estabelecimentos Hospitalares e Serviços de Urgência e Emergência (U/E) 24h.</p> <p>A comunicação deverá ser direcionada ao público e aos beneficiários, em particular, por meio de seu portal corporativo ou outros canais de comunicação - presencial, telefônico e digital (redes sociais e aplicativos), com 30 (trinta) dias de antecedência. Essas informações devem permanecer disponíveis ao público para consulta por pelo menos 180 dias.</p>		
<p>O prazo de 180 dias para manutenção da informação de rede substituída ou excluída por produto nos canais de comunicação da operadora visa permitir que a informação esteja disponível por tempo suficiente para ampla ciência do público (beneficiários potenciais) e dos beneficiários, em particular (ANS, 2014).</p>		
<p>Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:</p> <p>Verificar casos de substituição e/ou exclusão de rede por parte da operadora e identificar se os meios de comunicação (<i>call center</i>, atendimento pessoal, portal na internet, erratas nos livros impressos da rede contratada, referenciada e credenciada) foram devidamente divulgados com 30 dias de antecedência, e se a informação completa da rede substitutiva ou aviso de exclusão, quando não foi indicada rede substitutiva, foram disponibilizados por pelo menos 180 dias.</p>		
2.1.6	A Operadora comunica diretamente aos beneficiários com trinta dias de antecedência sobre a substituição de prestadores de serviços de saúde e informa outras opções de prestadores aos beneficiários.	Complementar
<p>Interpretação:</p> <p>A operadora deve comunicar as substituições ou exclusões na rede de prestadores de serviços hospitalares e não hospitalares aos beneficiários. A comunicação direta ao beneficiário se dá pela divulgação no portal institucional da operadora da informação da substituição, em área aberta a toda a sociedade, além de informar ao beneficiário outras opções de prestadores de serviço por meio da área restrita do beneficiário ou do envio mensagem eletrônica de e-mail, ou ainda carta aos beneficiários.</p>		
<p>Possíveis Formas de Obtenção de Evidência:</p> <p>A análise da conformidade se dará pela verificação do portal da operadora e pelos registros das mensagens eletrônicas ou das cartas enviadas aos beneficiários ou outros meios utilizados pela operadora para comunicação direta com os beneficiários.</p>		
2.1.7	A operadora avalia e monitora a conformação de sua rede prestadora de serviços de acordo com os critérios definidos nos itens 2.1.1 a 2.1.2 e implementa a adequação necessária, quando identifica dificuldade de acesso dos beneficiários.	Excelência

<p><b>Interpretação:</b> A operadora monitora as demandas de seus beneficiários sobre a dificuldade de acesso à rede, <i>viacall center</i>ou áreas afins, sendo capaz de identificá-las e acompanhá-las ao longo do tempo. Na ocorrência de dificuldade de acesso, a operadora é capaz de identificar o problema e disponibilizar prestador alternativo para atendimento, dentro dos prazos previstos pela RN 259/2011.</p>		
<p><b>Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:</b> A comprovação da conformidade se dará pela verificação da análise das demandas recebidas <i>porcall center</i>, ou áreas afins, da operadora e pela disponibilização de rede qualificada para atender ao beneficiário dentro do tempo previsto na RN 259/2011, quando identificada reclamação do beneficiário de indisponibilidade de prestador para atendimento de suas demandas de serviço ou procedimento.</p>		
<p><b>2.2 Estrutura da Rede Prestadora com base na Atenção Primária à Saúde - APS</b></p>		
<p><b>Interpretação:</b> A Atenção Primária à Saúde - APS tem um papel de extrema relevância para que haja um fluxo contínuo do usuário pelo sistema, em serviços de diferentes densidades tecnológicas e integrados por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, que buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010). Desse modo, a APS reorganiza e qualifica a porta de entrada para a rede da operadora, aumentando as possibilidades de que os beneficiários tenham suas necessidades de saúde atendidas de maneira mais adequada e eficiente, evitando-se tanto situações de uso excessivo quanto de subutilização de serviços, ações e tecnologias em saúde (ANS, 2018).</p>		
<p>A APS qualificada integra as atividades preventivas com as curativas e de reabilitação, os generalistas com os especialistas e privilegia as equipes multiprofissionais, a interdisciplinaridade e as ações intersetoriais para a promoção da saúde (ANS, 2018). Com vistas ao ordenamento da rede assistencial às estratégias em Atenção Primária à Saúde, a Operadora deve contar com um Plano Estruturado. Este plano é um documento que, de modo coerente e integrado, contempla os diversos esforços qualitativos que os profissionais e/ou instituições realizam de maneira a potencializar os benefícios para os usuários. O Plano Estruturado configura-se como um documento contendo: objetivos, políticas, diretrizes, atividades que serão desenvolvidas, finalidades e resultados esperados das ações relacionadas à Atenção Primária à Saúde, bem como as devidas justificativas.</p>		
2.2.1	A operadora disponibiliza equipes multiprofissionais de referência em atenção primária como primeiro acesso (porta de entrada). (Este item não se aplica às operadoras exclusivamente odontológicas)	Essencial
<p><b>Interpretação:</b> 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). 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</p>		
<p>ampliado de problemas de saúde, não sendo aceitável que ela seja caracterizada como uma resposta a apenas algumas doenças prioritárias (OMS, 2008; ANS, 2018). 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).</p>		
<p>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. 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. A operadora deverá indicar os prestadores de serviço que trabalham no modelo APS.</p>		

<p><b>Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:</b></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. Verificar relatórios extraídos do sistema de informação da operadora, que indiquem o número de beneficiários adscritos por equipe multidisciplinar.</p>		
2.2.2	A rede de Serviço de Atenção Primária (SAP) da Operadora ofertada inclui obrigatoriamente a Atenção à Saúde do Adulto e Idoso. (Este item não se aplica às operadoras exclusivamente odontológicas)	Essencial
<p><b>Interpretação:</b></p> <p>A disponibilidade de serviços de cuidados primários na saúde suplementar no Brasil, embora apresente desafios inerentes à atual lógica organizativa da rede de serviços ofertados pelas operadoras de planos privados de saúde, oferece oportunidade ímpar de melhoria da qualidade e redesenho do arranjo assistencial caracterizado hoje pela fragmentação e descontinuidade do cuidado existentes no setor. Este item tem por objetivo analisar se a rede de APS está voltada para a Atenção à Saúde do Adulto e Idoso, população alvo mínima para que seja considerada um SAP pela RN 440/2018.</p>		
<p><b>Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:</b></p> <p>Verificar se a rede de Serviço de Atenção Primária da Operadora contempla as populações-alvo. Também deverá ser verificado se a equipe multiprofissional é composta pelas especialidades mínimas citadas na interpretação (Médico generalista, enfermeiro, outro profissional de saúde e Técnico de enfermagem, caso esteja incluída a realização de procedimentos na Carteira de Serviços).</p>		
2.2.3	A operadora garante um agendamento oportuno nos serviços de atenção primária, permitindo atenção à saúde efetiva e de qualidade. (Este item não se aplica às operadoras exclusivamente odontológicas)	Complementar
<p><b>Interpretação:</b></p> <p>Dentre as barreiras de acesso à APS, destacam-se, tanto no contexto nacional quanto internacional, o agendamento, o número de usuários (beneficiários) sob responsabilidade de um médico e a disponibilidade do profissional para o atendimento (BERRY-MILLET et al., 2009).</p> <p>Incentivos para que os serviços de atenção primária à saúde (SAPs) proporcionem atendimento em horário estendido, aloquem novos pedidos de consulta médica (encaixes) e estimulem o atendimento por equipe multiprofissional são iniciativas que as fontes pagadoras (públicas ou privadas) podem adotar para vencer as barreiras de acesso aos SAPs (ROCHA et al., 2016).</p> <p>O sistema de agendamento denominado de "acesso avançado" ou "acesso aberto" ou "agendamento para o mesmo dia", foi pela primeira vez aplicado por Murray e Tantau (2000) no gerenciamento do serviço de SAP da Kayser Permanent na Califórnia. Este sistema é fundamentado em dois pilares: a continuidade do cuidado, proporcionando aos beneficiários a oportunidade de consultarem-se preferencialmente com seu médico de referência, e a reestruturação da agenda, permitindo ao beneficiário ser atendido no mesmo dia, pela diminuição do número de consultas pré-agendadas e consequente aumento do espaço da agenda para as demandas do mesmo dia (VIDAL, 2013).</p> <p>Considera-se atendimento oportuno nos SAPs a disponibilização de consultas não urgentes com o prazo máximo de 72 horas. Quando for necessário que o paciente seja referido para um atendimento com médico especialista, ou encaminhado para a realização de exames ou internação, o prazo a ser seguido deverá ser o estabelecido pela RN nº 259/2011.</p>		
<p><b>Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:</b></p> <p>A análise de conformidade deste item deverá buscar evidências do tipo de gestão da agenda adotada nos SAPs da operadora (tradicional, de encaixe, acesso avançado). Ao mesmo tempo, deverão ser verificados o tempo médio de espera para atendimento nos SAPs da operadora e o percentual de consultas realizadas com o médico de referência do beneficiário.</p>		
2.2.4	A Operadora organiza a rede e o fluxo de cuidados primários em saúde, de modo que o tempo máximo de espera do paciente/beneficiário seja inferior a 30 minutos, no estabelecimento de saúde, para obtenção de atendimento por profissional de saúde. (Este item não se aplica às operadoras exclusivamente odontológicas)	Excelência
<p><b>Interpretação:</b></p> <p>A rede é um conjunto de diferentes organizações que presta, ou realiza arranjos para prestar, serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida e que está pronta a prestar contas em razão de resultados clínicos e econômicos e pelo estado de saúde da população que a utiliza.</p> <p>A conformação de Redes de Atenção à Saúde (RAS), nas quais os cuidados primários de saúde estão inseridos, de extrema relevância para que haja um fluxo contínuo do beneficiário pelo sistema, nos serviços de diferentes densidades tecnológicas e integrados por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, que buscam garantir a integralidade do cuidado. A implementação de redes assistenciais aponta para uma maior eficácia na produção de saúde e melhoria na eficiência da gestão do sistema. (OPAS/OMS; 2010)</p>		

<p>Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:</p> <p>Verificar se o Plano Estruturado organiza a rede e o fluxo de cuidados primários de forma que o tempo máximo de espera do paciente seja inferior a 30 minutos. A avaliação dos resultados deve se dar através de indicadores de monitoramento de tempo de espera, os quais devem ser apresentados ao auditor. Pode ser considerada uma margem de até 80% dos atendimentos mensais com tempo de espera de até 30 minutos. Além disso, deverá ser verificada a existência de uma análise crítica e plano de ação quando houver o não atingimento da meta.</p> <p>As evidências também poderão ser verificadas a partir da análise no sistema de informação dos serviços de APS da operadora.</p>		
2.2.5	A rede de Serviço de Atenção Primária da Operadora ofertada inclui obrigatoriamente a Atenção à Saúde do Adulto e Idoso associadas à pelo menos duas das opções a seguir: Saúde da Criança e do Adolescente; Atenção à Gravidez e Puerpério; Saúde bucal; Saúde Mental e Saúde Funcional. Este item não se aplica às operadoras exclusivamente odontológicas)	Excelência
<p>Interpretação:</p> <p>A disponibilidade de serviços de cuidados primários na saúde suplementar no Brasil, embora apresente desafios inerentes à atual lógica organizativa da rede de serviços ofertados pelas operadoras de planos privados de saúde, oferece oportunidade ímpar de melhoria da qualidade e redesenho do arranjo assistencial caracterizado hoje pela fragmentação e descontinuidade do cuidado existentes no setor. Este item tem por objetivo analisar se a rede de Serviço de Atenção Primária - SAP está voltada às populações-alvo e/ou condições de saúde previstas no item (Atenção à Saúde do Adulto e Idoso, Saúde da Criança e do Adolescente, Atenção à Gravidez e Puerpério além de saúde bucal, mental e funcional). O termo "saúde funcional" é empregado para designar a habilidade física, mental ou emocional de uma pessoa em realizar suas atividades humanas da forma mais autônoma possível, constituindo um campo de atuação que engloba ações de prevenção e reabilitação, desenvolvidas por profissionais com formação em áreas como Fisioterapia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional e Nutrição.</p> <p>De forma a atender ao item, a equipe multiprofissional também deverá contar no mínimo com Cirurgião Dentista para aspectos relativos à Saúde bucal, Pediatra para aspectos relativos à saúde da criança e do adolescente, Psicólogos para aspectos relativos à saúde mental além de fisioterapeuta e/ou fonoaudiólogo e/ou terapeuta ocupacional e/ou nutricionista para os aspectos relativos à saúde funcional.</p>		
<p>Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:</p> <p>Verificar se a rede de Serviço de Atenção Primária da Operadora contempla as populações-alvo e/ou condições de saúde prevista no item. Também deverá ser verificado se a equipe multiprofissional é composta pelas especialidades mínimas citadas na interpretação (Cirurgião Dentista, Pediatra, Psicólogos, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Terapeuta Ocupacional e Nutricionista).</p>		
2.2.6	A cobertura populacional mínima para o programa de atenção primária da operadora obedece aos percentuais da carteira de acordo com o porte da operadora. (Este item não se aplica às operadoras exclusivamente odontológicas)	Excelência

<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. O percentual da carteira a ser abrangido no momento da auditoria de acreditação e respectivas auditorias de manutenção deve ser o seguinte:</p> <p>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.</p> <p>Fórmula de cálculo do percentual mínimo de cobertura: <math>0,7 \times n^{\circ}</math> de beneficiários da carteira</p> <p>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.</p> <p>Fórmula de cálculo do percentual mínimo de cobertura: <math>2.500 / n^{\circ}</math> beneficiários da operadora</p> <p>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.</p> <p>Fórmula de cálculo do percentual mínimo de cobertura: <math>[1 / \ln (n^{\circ} \text{ beneficiários}) \times 1,5] * 50</math>.</p>		
<p>Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:</p> <p>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.</p>		
2.3 Relação e Contratualização com a Rede Prestadora de Serviços		

<p><b>Interpretação:</b> A ANS tem competências que vão além de estabelecer as características gerais dos instrumentos contratuais utilizados na atividade das operadoras e de fixar critérios para os procedimentos de credenciamento e descredenciamento de prestadores de serviço às operadoras. As operadoras de planos de saúde e os prestadores de serviços enfrentam grandes desafios de como encontrar formas de relacionamento que garantam o foco na qualidade da assistência prestada, que atenda às necessidades dos usuários, com custos compatíveis, e permita o desenvolvimento do mercado de saúde suplementar (QUALIHOSP, 2013).</p> <p>Assim, buscando progressivamente o aumento da qualidade nos serviços prestados, as operadoras de planos de saúde acreditadas devem estabelecer boa relação contratual com sua rede prestadora de serviços de saúde e buscar formas de incentivar a qualidade na prestação de serviços. Os itens elencados nesse requisito devem levar em consideração todos os tipos de prestadores de serviços de saúde. No entanto, a contratualização não se aplica à relação entre o profissional de saúde cooperado, submetido ao regime jurídico das sociedades cooperativas na forma da Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, e a operadora classificada na modalidade de cooperativa, médica ou odontológica, a qual está associado. Porém, o atendimento ao item poderá ser verificado por documento interno ou procedimento documentado entre operadora e cooperado. Quando o prestador for contratado da cooperativa, o contrato pode ser verificado.</p>		
2.3.1	A Operadora possui política ou documento com diretrizes para priorizar a conformação de sua rede de prestadores de serviços de saúde.	Essencial
<p><b>Interpretação:</b> A operadora deve elaborar política ou documento contendo: objetivos, requisitos, critérios para credenciamento, indicadores para monitoramento, atividades que serão desenvolvidas, finalidades e resultados esperados das ações relacionadas à qualificação da sua rede prestadora de serviços. A política de qualificação de prestadores de serviços da operadora deve ser definida conforme critério da própria operadora, desde que fundamentada em literatura de saúde baseada em evidências científicas e que sejam efetivamente voltadas ao incremento de qualidade na prestação dos serviços de saúde dos beneficiários.</p> <p><b>Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:</b> Verificar a existência de política ou documento (normas ou manuais de procedimentos) que estabeleça as diretrizes de qualificação da rede prestadora conforme estabelecido na interpretação do item, além da existência de análise efetuadas com base nas diversas informações disponíveis.</p>		
2.3.2	A Operadora prioriza na conformação de sua rede prestadores de serviços que possuam atributos de qualidade e desempenho preestabelecidos na sua política de qualificação de prestadores de serviços.	Essencial
<p><b>Interpretação:</b> Cabe à Operadora garantir a qualidade dos serviços prestados por sua rede prestadora dos serviços de saúde. Os atributos de qualidade e desempenho a serem considerados para fins de conformação da sua rede prestadora devem estar contidos na política de qualificação de prestadores de serviços da operadora, e serão definidos conforme critério da própria operadora, desde que fundamentado em literatura de saúde baseada em evidências científicas e que sejam efetivamente voltadas ao incremento de qualidade na prestação dos serviços de saúde aos beneficiários.</p> <p>Constam nos normativos da ANS atributos de qualificação que podem ser adotados pela Operadora na conformação da sua rede, previstos no Programa QUALISS, disposto pela RN 405, de 2016 e no Fator de Qualidade, regulamentado pela RN nº 436, de 2018</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Selos de qualidade: Acreditação e Certificação;</li> <li>- Indicadores de Qualidade;</li> <li>- Participação em projetos de indução da qualidade da ANS;</li> <li>- Qualificação profissional;</li> <li>- Horas de Capacitação anual por profissional;</li> <li>- Efetivo envio de notificações - NOTIVISA;</li> <li>- Uso regular da última versão do Padrão TISS.</li> </ul> <p><b>Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:</b> A análise da conformidade se dará pela verificação:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- de processo documentado de priorização de prestadores que atendam aos critérios de Qualidade baseados na literatura e normativos da ANS previstos pela operadora na sua política de qualificação de prestadores de serviço.</li> <li>- Verificar na rede da operadora a representatividade dos prestadores de serviço de saúde que possuem atributos de qualificação.</li> </ul>		
2.3.3	A Operadora possui dispositivo contratual com a rede de prestadores de serviços em saúde que garanta a confidencialidade dos dados clínicos e cadastrais do paciente inclusive após a rescisão contratual.	Essencial
<p><b>Interpretação:</b> O sigilo da informação do usuário deve ser garantido, como preconizado na Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS) do Ministério da Saúde. A operadora pode adotar um Registro eletrônico em saúde (RES), recomendado na PNIIS e que consiste em um repositório de informações processáveis sobre o cuidado em saúde do indivíduo, armazenadas e transmitidas de forma segura e acessível por múltiplos usuários autorizados.</p>		

Ao utilizar um sistema de informação em saúde do seu usuário, a operadora deve garantir a confiabilidade do hardware e software, segurança e facilidade de utilização, sistema de entrada de usuários, recursos disponíveis e aplicáveis aos requisitos legais e a privacidade das informações sobre o paciente. Esta política também é preconizada pelo projeto TISS da ANS, como estabelecido na RN nº 305/2012.

A Lei 13003/2014, que alterou a Lei 9656/98, estabeleceu a obrigatoriedade de contrato escrito entre prestadores de serviço de saúde e operadoras de planos privados de saúde e estabeleceu direitos, obrigações e responsabilidades das partes. A confidencialidade dos dados clínicos dos pacientes deve estar prevista no dispositivo contratual entre as partes. Cabe observar que a confidencialidade dos dados clínicos e cadastrais do paciente também deverá observar a Lei 13.709/2018 (LGPD - Lei Geral de Proteção de Dados).

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

A análise da conformidade se dará pela verificação dos dispositivos contratuais de forma a constar cláusula contratual sobre o tema.

2.3.4	A Operadora verifica e acompanha a manutenção da regularidade de funcionamento da rede de prestadores de serviços (contratados, credenciados, referenciados, cooperados, etc.) junto aos órgãos competentes.	Complementar
-------	--	--------------

Interpretação:

A verificação periódica da regularidade de funcionamento de um estabelecimento de saúde é relevante para a segurança e a qualidade da prestação de serviços. Em razão disso é importante que a operadora acompanhe a regularidade de funcionamento dos prestadores que compõem sua rede assistencial, observando os normativos e regulamentos emitidos pelos órgãos Municipais, Estaduais e Federais.

Os órgãos de regulação da atividade profissional (Conselhos Profissionais) são responsáveis pelo estabelecimento de requisitos e mecanismos que assegurem o exercício eficaz da profissão, de modo a apresentar à sociedade um profissional com as garantias que correspondam aos parâmetros éticos e técnicos exigidos pelos Conselhos Profissionais (BRASIL, 2013b).

Por sua vez, o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária - SNVS é o responsável pelo licenciamento sanitário de estabelecimentos de saúde, sem o qual não podem operar e oferecer serviços aos pacientes. O licenciamento sanitário garante que uma instituição de saúde atende a padrões mínimos, a fim de proteger a saúde e a segurança da população (ANVISA, 2018).

No mínimo semestralmente, a Operadora deverá proceder a verificação da regularidade de funcionamento da rede de prestadores de acordo como estabelecido neste item de verificação.

Dentre os itens de regularidade de funcionamento da rede de prestadores, vale destacar as normas sanitárias, o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, o funcionamento regular do Núcleo de Segurança do Paciente, as Notificações compulsórias, o funcionamento da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH, dentre outros.

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

A análise da conformidade se dará pela verificação dos contratos ou documentos internos com os prestadores de serviço de saúde, das cláusulas de obrigatoriedade de disponibilização para a operadora dos certificados, diplomas e alvarás necessários ao funcionamento da rede prestadora, segundo a legislação municipal, estadual e federal, dentro do prazo legal ou de validade, incluindo a verificação das formas de controle e de atualização de documentos, ressaltando-se a necessidade do acompanhamento dos prazos de validade dos documentos.

Os procedimentos de contratualização da rede de prestadores de serviço devem contemplar, dentre outros itens: (1) para os profissionais de saúde que atuam em consultórios isolados: o registro no Conselho Profissional correspondente e a licença sanitária do consultório isolado e registro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES; (2) para os estabelecimentos de saúde (excetuando-se os consultórios isolados): licença de funcionamento sanitário; anotação de responsabilidade técnica e inscrição da empresa junto ao(s) Conselho(s) Profissional(ais)

correspondente(s); e registro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES. Igualmente, devem ser considerados nestes procedimentos outras autorizações, certificações, alvarás e licenciamentos exigidos pela legislação municipal, estadual e federal, de acordo com a área de abrangência geográfica dos produtos da operadora.

Do mesmo modo, deve haver procedimentos documentados para verificação da renovação do registro junto aos Conselhos Profissionais correspondentes dos profissionais que atuam em consultórios isolados e, para os demais estabelecimentos de saúde, renovação da licença sanitária, certificado de anotação de responsabilidade técnica, certificado de inscrição da empresa junto ao(s) Conselho(s) Profissional(ais) e de outras autorizações, certificações, alvarás e licenciamentos concedidos por período determinado.

Ademais, vale destacar outras obrigações dos prestadores de Saúde como funcionamento das CCIH, Núcleo de Segurança do Paciente, Notificações (NOTIVISA), etc.

2.3.5	A operadora formaliza em seus contratos, ou documentos internos, com sua rede prestadora de serviços cláusulas de obrigatoriedade de informação dos atributos de qualidade estabelecidos pela ANS para fins de divulgação.	Complementar
-------	--	--------------

Interpretação:

De acordo com as normas estabelecidas pela RN nº 405/2016, que trata do Programa de Qualificação de Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar - QUALISS, as operadoras de planos privados de saúde têm a obrigatoriedade de divulgar os atributos de qualidade de seus prestadores de serviço de saúde. Entretanto, a RN 405/2016 não prevê a obrigatoriedade de divulgação destes atributos pelos prestadores. Assim, o objetivo deste item é garantir a informação sobre a qualificação de sua rede aos beneficiários e a sociedade como um todo.

Desta forma, é considerada uma boa prática a operadora buscar os atributos de qualidade junto aos seus prestadores prevendo em contrato, ou documento interno o compromisso do prestador em enviar suas informações para a divulgação.

<p>Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:</p> <p>A análise da conformidade se dará pela verificação da rede de assistência à saúde da operadora em seu portal institucional e pela análise dos contratos, ou documentos internos, entre as operadoras e seus prestadores de saúde que deverão ter cláusula contratual prevendo a informação dos atributos de qualificação do prestador e de divulgação destes pela operadora.</p> <p>Deve-se verificar também se a Operadora realiza a divulgação dos atributos de qualidade em seus materiais de divulgação da rede.</p>		
2.3.6	A operadora possui política de atendimento à rede assistencial adotando canais de comunicação para facilitar, agilizar e coordenar os atendimentos às demandas.	Excelência
<p>Interpretação:</p> <p>Dificuldades e problemas de relacionamento entre a operadora e sua rede assistencial ocorrem pela falta de comunicação e negociação.</p> <p>O estabelecimento de canais de comunicação efetivos pode facilitar a interlocução entre a operadora de plano privado de assistência à saúde e o prestador de serviços.</p>		
<p>A operadora deve fornecer número de protocolo para todos os atendimentos e solucionar o problema de forma negociada com o prestador de serviços demandante reduzindo a necessidade de múltiplos contatos.</p> <p>O estímulo ao diálogo entre operadoras e prestadores auxilia na compreensão das diferentes perspectivas do problema, de sorte que a visão dicotômica do ganhar-perder ou do tudo-nada possa ser substituída pela ideia de que outros resultados são possíveis e de que estes poderão atender ainda melhor às expectativas, ao contribuírem para redução da duração do conflito, desestímulo à judicialização e manutenção do vínculo existente entre as partes, reduzindo, assim, o ônus inerente e satisfazendo os anseios de todos os envolvidos.</p> <p>É importante o estímulo à negociação, ou seja, quando as partes dialogam diretamente, sem a interferência de terceiros (autocomposição de conflitos). (BRASIL, 1996); (BRASIL, 2015), (BRASIL 2015a) ; (CNJ, 2015) ; (CNJ, 2016)</p>		
<p>Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:</p> <p>Identificar os canais de comunicação da operadora e o fornecimento de número de protocolos para os prestadores de serviços.</p> <p>Averiguar existência de protocolos operacionais ou "diagrama de árvore de decisão" para as principais demandas dos prestadores.</p>		
<p>Verificar a melhora e o aumento numérico da solução alcançada para as principais dificuldades verificadas no setor de saúde: Inadimplemento contratual sobre pagamento e reajuste; rescisão em desacordo com o contrato; eminência de descredenciamento caso não consinta com os termos do contrato; dificuldade de negociação na pactuação de cláusula ou definição do reajuste; ausência de resposta da operadora às observações feitas nas cláusulas contratuais; negativa de prestadores de serviço em assinar aditivos aos contratos celebrados ; suspensão de serviços de prestadores; situações alegadas pelas operadoras de superfaturamento, cobrança indevida de procedimentos ou cobrança em duplicidade, envio inadequado da informação/documentação para pagamento.</p>		
2.3.7	A operadora possui uma frequência de utilização pelos beneficiários em hospitais e/ou rede de SADT Acreditados superior a 30 %. (Este item não se aplica às operadoras exclusivamente odontológicas)	Excelência
<p>Interpretação:</p> <p>Cada vez mais a Acreditação de Serviços de Saúde vem sendo utilizada para estimular a qualidade dos serviços e vem se tornando um diferencial para a instituição, pois reafirma seu compromisso com o serviço que é prestado e incentiva a busca constante pelo melhor desempenho da sua atividade.</p>		
<p>A Acreditação de serviços de saúde é um processo de certificação, nacional ou internacional, cujo objetivo principal é a garantia da qualidade dos serviços prestados, com base em padrões previamente aceitos. A Acreditação pode ser obtida sem níveis ou por níveis, ou seja, com escalonamento dentro da metodologia aplicada e a depender do grau de maturidade da instituição avaliada. Para efeitos desse item, deverão ser considerados os estabelecimentos que obtiveram o nível máximo de acreditação, quando couber. Também devem ser considerados os certificados de Acreditação emitidos por Entidades Acreditoras de Serviços de Saúde que possuam reconhecimento de competência ou de metodologia de acreditação emitidos pela ISQua - <i>The International Society For Quality in Health Care</i>.</p> <p>O item permite avaliar a frequência com que os beneficiários da operadora são atendidos em hospitais e/ou rede SADT Acreditados em nível máximo. Ou seja, deverão ser verificados o total de atendimentos realizados pela Operadora e os atendimentos realizados em hospitais e/ou rede de SADT acreditados em nível máximo.</p>		
<p>Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:</p> <p>Verificar se o resultado da divisão (Total de utilização em hospital e/ou rede de SADT Acreditado em nível máximo)/(Total de utilização em hospital e/ou rede de SADT) é superior ao parâmetro definido no item.</p>		
<h2>2.4 Mecanismos de Regulação</h2>		
<p>Interpretação:</p> <p>Os mecanismos de regulação são um conjunto de instrumentos que auxiliam no gerenciamento das ações de saúde, através de atividades de controle ou regulação, tanto no momento da demanda quanto da utilização dos serviços assistenciais.</p> <p>As operadoras deverão seguir os seguintes requisitos gerais para a utilização de mecanismos de regulação:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A previsão e as regras de sua aplicação devem estar descritas de forma clara no contrato;</li> <li>- Estar em consonância com os códigos de ética profissionais;</li> </ul>		

- Divulgar no livro ou indicador de serviços, no sítio eletrônico ou em qualquer mídia que venha a ser utilizada para contato com o beneficiário;  
 - Divulgar previamente no material publicitário no momento da comercialização do produto; e  
 - Não estabelecer de forma diferenciada por usuários, faixas etárias e graus de parentesco.  
 Os mecanismos de regulação assistencial deverão ser operacionalizados respeitando o direito de acesso aos procedimentos de cobertura obrigatória previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em saúde e nas cláusulas contratuais e deverão ser operacionalizados respeitando os prazos máximos de atendimento estabelecidos pela ANS.

2.4.1	A análise técnica para a autorização prévia de eventos assistenciais é supervisionada por auditor em saúde, responsável pela verificação da consistência e da adequação das decisões.	Essencial
-------	---	-----------

**Interpretação:**

A atividade de autorização de eventos assistenciais é bastante utilizada para o acesso dos beneficiários à assistência de saúde.

A Autorização Prévia é a exigência de autorização por parte de pessoal administrativo ou técnico da operadora para a realização de determinado procedimento. A presença de auditor em saúde é importante para qualificação do trabalho de autorização.

De acordo com a resolução do CONSU n.º 8, de 1998, a autorização de eventos é prática de regulação de demanda permitida, desde que não impeça ou dificulte o atendimento em situações caracterizadas como de urgência ou emergência ou negue autorização para realização do procedimento exclusivamente em razão do profissional solicitante não pertencer à rede própria ou credenciada da operadora (CONSU n.º 8, 1998).

Ademais, para a verificação da conformidade com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e as Diretrizes de Utilização - DUT, faz-se necessária a supervisão por auditor em saúde, de forma a manter a prestação de serviços de acordo com os normativos e em tempo coerente com as regulamentações vigentes.

**Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:**

A análise da conformidade se dará pela verificação da existência de auditor em saúde contratado, da estruturação do processo de análise de autorização/não autorização (e-mail, gravação telefônica, sistema de informação, formulário etc.) e de seus registros.

2.4.2	A Operadora possui procedimentos padronizados para acompanhar o cumprimento dos prazos máximos de atendimento, nos casos de solicitação de autorização para realização de eventos assistenciais.	Essencial
-------	--	-----------

**Interpretação:**

Após o período de carência, o beneficiário tem direito ao atendimento de suas demandas de assistência à saúde, conforme a segmentação do plano (referência, ambulatorial, hospitalar sem obstetrícia, hospitalar com obstetrícia, exclusivamente odontológico ou combinações de segmentação). Além disso, este atendimento deverá ocorrer dentro dos prazos máximos estabelecidos pela RN nº 259/2011 da ANS.

O acompanhamento do cumprimento dos prazos é importante pois a operadora poderá identificar a necessidade de disponibilização de profissional ou estabelecimento de saúde da rede assistencial, prestador não integrante da rede no mesmo município, prestador integrante ou não da rede nos municípios limítrofes ou mesmo o custeio do atendimento por prestador apto, em outro município, incluindo o transporte do beneficiário e, eventualmente, o reembolso dos valores pagos pelo beneficiário, quando necessário.

**Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:**

A análise de conformidade deste item deverá buscar evidências de que a operadora de fato possui procedimentos padronizados para o acompanhamento dos prazos de atendimento, incluindo a análise crítica dos casos em que o prazo de atendimento ultrapasse o máximo definido pela RN nº 259/2011. São exemplos de forma de obtenção de evidências: sistemas de acompanhamento, soluções de TI para acompanhamento dos prazos registrados, acompanhamento da abertura de NIPs junto à ANS, disponibilidade de médicos e/ou dentistas auditores responsáveis pela análise e autorização de procedimentos, entre outros.

É exemplo de forma de obtenção de evidência a avaliação do resultado do monitoramento da garantia de atendimento realizado pela ANS, com base na IN DIPRO nº 48/15 pela qual pode ser observado se a operadora teve planos suspensos ou se encontraram na faixa mais gravosa.

2.4.3	A Operadora realiza auditoria concorrente (própria ou terceirizada) no intuito de aferir a qualidade e adequação dos serviços prestados pela rede. (Este item não se aplica às operadoras exclusivamente odontológicas)	Complementar
-------	---	--------------

**Interpretação:**

A auditoria concorrente é uma análise ligada ao evento que o paciente está envolvido. Seria a visita do auditor durante a internação do paciente para conferência do prontuário (FERNANDES, 2013).

Identificou-se que a auditoria concorrente, quando utilizada, visa primordialmente a qualidade assistencial, principalmente em setores de gastos hospitalares maiores como Unidades de Tratamento Intensivo (UTI) e Centros Cirúrgicos (ANDREOTTI, 2017).

A operacionalização da auditoria na forma concorrente nos hospitais proporciona que o auditor esteja in loco na unidade de atendimento do paciente e em contato com a equipe de profissionais de saúde, visualizando divergências nas anotações, sanando dúvidas dos profissionais e visitando o paciente quando necessário. Constitui-se em uma atividade capaz de verificar a qualidade da assistência prestada aos pacientes, contribuindo para sua constante melhoria. Neste sentido, a implantação de auditoria pode contribuir e endossar parâmetros de qualidade, podendo ser percebida como uma forma de avaliar sistematicamente a assistência à saúde. A avaliação da efetividade e economicidade das ações em saúde tem na auditoria uma ferramenta eficaz de gestão e esta, por sua vez, tem condições de contribuir para o complexo planejamento dos serviços de saúde (VIANA *et al.*, 2016).

#### Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

A análise da conformidade se dará pela existência de protocolos formalizados na Operadora, estabelecendo critérios para a utilização da auditoria concorrente. Além disso, a análise da conformidade se dará pela verificação da comprovação de visitas de auditoria concorrentes na rede de prestadores de serviços da operadora. Estas visitas devem objetivar a melhoria da qualidade do serviço prestado e não apenas o ajustamento de contas.

#### Referências Bibliográficas para Gestão da Rede Prestadora de Serviços de Saúde

ALMEIDA P.F, FAUSTO M.C.R, GIOVANELLA L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. Rev Panam Salud Publica, 2011;

ANDREOTTI, E.T;*et al.* Auditoria concorrente de enfermagem em prestadores de assistência à saúde: uma revisão integrativa da literatura. Rev. Adm. Saúde, 2017;

ANS - AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Resolução do Conselho de Saúde Suplementar - CONSU N° 08 de 3 de Novembro de 1998. Dispõe sobre mecanismos de regulação nos Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde. Rio de Janeiro, 1998. Disponível em: <  
<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzA3>>;

\_\_\_\_\_. Manual técnico para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar/Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). - 4. ed. rev. e atual. - Rio de Janeiro : ANS, 2011. Disponível em:

[http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais\\_para\\_pesquisa/Materiais\\_por\\_assunto/manual\\_promoprev\\_web.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/manual_promoprev_web.pdf). Acesso em: 08 mai. 2018.

\_\_\_\_\_. Resolução Normativa - RN nº 259 de 17 de Junho de 2011. Dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde e altera a Instrução Normativa - IN nº 23, de 1º de dezembro de 2009, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO. Rio de Janeiro: ANS, 2011. Disponível em: <  
<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=M Tc1OA==>>; Acesso em: 29/06/2018;

\_\_\_\_\_. Resolução Normativa - RN nº 305, de 9 de outubro de 2012. Esta Resolução estabelece o Padrão obrigatório para Troca de Informações na Saúde Suplementar - Padrão TISS dos dados de atenção à saúde dos beneficiários de Plano Privado de Assistência à Saúde; revoga

a Resolução Normativa - RN nº 153, de 28 de maio de 2007 e os artigos 6º e 9º da RN nº 190, de 30 de abril de 2009. Rio de Janeiro: ANS, 2012. Disponível em:

<  
<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mj12OA==>>;

\_\_\_\_\_. Resolução Normativa - RN nº 365, de 12 de dezembro de 2014. Dispõe sobre a substituição de prestadores de serviços de atenção à saúde não hospitalares. Disponível em:

<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mjg1OQ==>

\_\_\_\_\_. Resolução Normativa - RN nº 440, de 13 de dezembro de 2018. Institui o Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzY2MQ==>

\_\_\_\_\_. Rede assistencial e garantia de acesso na saúde suplementar. Rio de Janeiro: ANS, 2015;

\_\_\_\_\_. Resolução Normativa - RN nº 405, de 9 de maio de 2016. Dispõe sobre o Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar - QUALISS; revoga a Resolução Normativa - RN nº 267, de 24 de agosto de 2011, com exceção do art.44-B incorporado à RN nº 124, de 30 de março de 2006; e revoga também a RN nº 275, de 1º de novembro de 2011, a RN nº 321, de 21 de março de 2013, a RN nº 350, de 19 de maio de 2014, e a Instrução Normativa - IN nº 52, de 22 de março de 2013 da Diretoria de Desenvolvimento Setorial, e dá outras providências. Rio de Janeiro: ANS, 2016a. Disponível em: <  
<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=MzI0OA==>>; Acesso em: 29/06/2018;

\_\_\_\_\_. Resolução Normativa - RN nº 395 de 14 de janeiro de 2016. Dispõe sobre as regras a serem observadas pelas Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde nas solicitações de procedimentos e/ou serviços de cobertura assistencial apresentados pelos

beneficiários, em qualquer modalidade de contratação. Rio de Janeiro: ANS, 2016b. Disponível em: <  
<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzE2OA==>>; Acesso em: 29/06/2018;

\_\_\_\_\_. Resolução Normativa - RN nº 424 de 26 de Junho de 2017. Dispõe sobre critérios para a realização de junta médica ou odontológica formada para dirimir divergência técnico-assistencial sobre procedimento ou evento em saúde a ser coberto pelas operadoras de planos de assistência à saúde. Rio de Janeiro: ANS, 2017. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzQzOQ>; Acesso em: 29/06/2018;

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Laboratórios de inovação sobre experiências em atenção primária na saúde suplementar. Rio de Janeiro, 2018;

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Glossário do Ministério da Saúde: projeto de terminologia em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 142 p. Série F. Comunicação e Educação em Saúde;

\_\_\_\_\_. Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS). Brasília, 2016. Disponível em: < [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_infor\\_informatica\\_saude\\_2016.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_infor_informatica_saude_2016.pdf)>;

\_\_\_\_\_. Portaria Nº 4.279, de 30 de Dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2010. Disponível em: < [http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2011/img/07\\_jan\\_portaria4279\\_301210.pdf](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf)>; Acesso em: 29/06/2018;

\_\_\_\_\_. Portaria nº 1.646, de 2 de outubro de 2015. Institui o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Brasília, 2015. Disponível em: < [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1646\\_02\\_10\\_2015.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1646_02_10_2015.html)>. Acesso em: 29/06/2018;

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. CASA CIVIL. Decreto nº 6.523, de 31 de julho de 2008. Regulamenta a Lei no 8.078, de 11 de setembro de 1990, para fixar normas gerais sobre o Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC. Brasília, 2008. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2008/decreto/d6523.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/decreto/d6523.htm)>. Acesso em: 29/06/2018;

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/l8078.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/l8078.htm)>;

\_\_\_\_\_. Lei nº 9.307, de 23 de setembro de 1996. Dispõe sobre a arbitragem. Brasília, 1996. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l9307.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9307.htm)>;

\_\_\_\_\_. Lei nº 9.656, de 6 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L9656.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9656.htm) >;

\_\_\_\_\_. Lei nº 13.003, de 24 de junho de 2014. Altera a Lei no 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, com a redação dada pela Medida Provisória no 2.177-44, de 24 de agosto de 2001, para tornar obrigatória a existência de contratos escritos entre as operadoras e seus prestadores de serviços. Brasília, 2014. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2014/Lei/L13003.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/L13003.htm)>;

\_\_\_\_\_. Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015. Institui o Código de Processo Civil. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 17 março 2015. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2015/lei/l13105.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13105.htm)>

\_\_\_\_\_. Lei nº 13.140, de 26 de junho de 2015. Dispõe sobre a mediação entre particulares como meio de solução de controvérsias e sobre a autocomposição de conflitos no âmbito da administração pública; altera a Lei nº 9.469, de 10 de julho de 1997, e o Decreto nº 70.235, de 6 de março de 1972; e revoga o § 2º do art. 6º da Lei nº 9.469, de 10 de julho de 1997. Brasília, 2015a. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2015/lei/l13140.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13140.htm)>;

\_\_\_\_\_. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Dispõe sobre a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2018/lei/L13709.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/L13709.htm)>;

CNJ - CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA - Guia de Conciliação e Mediação Judicial: orientação para instalação de CEJUSC. Brasília/DF: 2015.

Azevedo, A. G. (Org.). Manual de Mediação Judicial, 6ª Edição (Brasília/DF:CNJ), 2016.

BENZAR, E., HANSEN, L., KNEITEL, A. H., & FROMME, E. K. (2011). *Discharge planning For palliative care patients: A qualitative analysis*. Journal of Palliative Medicine, 14(1), 65-69. doi 10.1089/jpm.2010.0335

BERRY-MILLET R, BANDARA S, BODENHEIMER T. The health care problem no one's talking about. J Fam Pract. 58(12):633-7, 2009;

COLEMAN, E. A., PARRY, C., CHALMERS, S., & MIN, S-J.(2006). *The care transitions intervention: Results of a randomized controlled trial*. Archives of Internal Medicine,166(25),1822-1828.doi10.1001/archinte.166.17.1822

FERNANDES, I.A; et al. Análise Comparativa da Auditoria Aplicada Pela Enfermagem. Revista Gestão & Saúde, Curitiba, 2013;

INTITUTE OF MEDICINE (IOM). To Err is Human: Building a Safer Health System. The National Academy of Sciences, 1999;

LANNIN, N. A., CLEMSON, L., MCCLUSKEY, A., LIN, C-W. C., CAMERON, I. D., & BARRAS, S. (2007). *Feasibility and results a randomised pilot-study pre-discharge occupational therapy home visits*. BioMed Central Health Services Research, 7(42). doi:10.1186/1472-6963-7-42.

LEMKE, R.A; SILVA, R.A.N. A busca ativa como princípio político das práticas de cuidado no território. Estudos e Pesquisas em Psicologia, v.10,n. 1, 2010. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-42812010000100018&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812010000100018&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 09 mai. 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica. 6. ed, DF, 2005b.

MENDES, E.V. As redes de atenção à Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011;

MURRAY, M., TANTAU C. Same-day appointments: exploding the access paradigm. Fam Pract Manag. 7(8):45-50, 2000;

OPAS/OMS. Organização Pan Americana de Saúde. Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington: OPS; 2010. (La renovación de la atención primaria de salud en las Américas nº4) Disponível em: < [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes\\_integradas\\_servicios\\_salud.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_integradas_servicios_salud.pdf)> Acesso em: 16 abr. 2018

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. Relatório mundial de saúde 2008: atenção primária em saúde agora mais do que nunca. OMS, 2008.

<p>_____. <i>Noncommunicable diseases</i>. 2017. Disponível em: &lt; <a href="http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases">http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases</a>&gt;. Acesso em: 30 abr. 2018.</p> <p>_____. <i>World report on ageing and health</i>. Geneva:WHO Press, 2015. Disponível em: &lt; <a href="http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf?sequence=1">http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf?sequence=1</a>&gt;. Acesso em: 30 abr. 2018.</p> <p>ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS. A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS - Contribuições para o debate. Brasília: OPAS, 2011;</p> <p>OUVERNEY, A.M e NORONHA, J.C. Modelos de organização e gestão da atenção à saúde: redes locais, regionais e nacionais. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013;</p>
<p>QUALIHOSP - CONGRESSO INTERNACIONAL DE QUALIDADE EM SERVIÇOS E SISTEMAS DE SAÚDE. Perspectivas da qualidade em redes de atenção à saúde. Anais 2013. São Paulo, 2013;</p> <p>ROCHA S.A, BOCCHI S.C.M, GODOY, M.F. Acesso aos cuidados primários de saúde: revisão integrativa. <i>Physis: Revista de Saúde Coletiva</i>. 26(1):87-111, 2016;</p>
<p>VIANA, C.D; <i>et al.</i> Implantação da Auditoria Concorrente de Enfermagem: Um Relato de Experiência. <i>Texto Contexto Enfermagem</i>, 2016;</p> <p>VIDAL T.B. O acesso avançado e sua relação com o número de atendimentos médicos em atenção primária à saúde. (Dissertação - Mestrado). Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013;</p> <p>WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. Integrated health services - what and why? Technical Brief No.1, May, 2008.</p>

## RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 507, DE 30 DE MARÇO DE 2022 - ANEXO

3. Gestão em Saúde		
A dimensão 3 busca avaliar a gestão do cuidado em saúde pelas operadoras, bem como ações de monitoramento relativas à qualidade da atenção à saúde de sua rede prestadora de serviços de saúde.		
3.1 Política de Qualidade da Atenção à Saúde e Segurança do Paciente		
<p>Interpretação:</p> <p>A realização de uma assistência ao paciente, com qualidade e ausência de riscos ou falhas, assumiu grande visibilidade, principalmente após a publicação de estudos americanos sobre a frequência das iatrogenias e seu impacto no custo das hospitalizações (CUNHA, 2016).</p> <p>A qualidade em saúde é definida pela OMS como "o grau de conformidade com os princípios e práticas aceitas, o grau de adequação às necessidades dos pacientes e os resultados alcançados" (OMS, 2008). Nesse sentido, pode-se dizer que a qualidade definirá a conduta organizacional, da qual serão originados o planejamento estratégico e seus objetivos (CAPUCHO, 2012). O Ministério da Saúde define qualidade como "o grau de atendimento a padrões estabelecidos, frente às normas e protocolos que organizam as ações e práticas, assim como aos atuais conhecimentos técnicos científicos" (BRASIL, 2006a).</p> <p>A OMS define segurança do paciente como: "a redução do risco de danos desnecessários durante os processos assistenciais e uso de boas práticas para alcançar os melhores resultados para o cuidado de saúde" (PADILHA et.al, 2015; OMS, 2008). Estes danos são decorrentes ou associados a planos ou ações, tomadas durante a prestação de cuidados de saúde, diferentemente de doenças ou lesões subjacentes (RUNCIMAN, 2009).</p> <p>O relatório "Errar é Humano" (IOM, 1999) foi um marco no estudo da segurança do paciente ao demonstrar que as falhas e acidentes na assistência à saúde não são eventos raros, e, ao mesmo tempo, são passíveis de tratamento. Os fatos relatados indicam a magnitude e a relevância das falhas e acidentes na assistência à saúde, e a necessidade de atenção para os complexos processos assistenciais, que constituem o cerne do cuidado aos clientes/pacientes (NETO, 2006).</p> <p>No contexto brasileiro, a portaria do Ministério da Saúde nº 529, publicada em 2013, institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) e considera a necessidade de se desenvolver estratégias, que promovam a mitigação da ocorrência de eventos adversos na atenção à saúde, produtos e ações direcionadas aos gestores, profissionais e usuários da saúde sobre segurança do paciente (BRASIL, 2013a).</p>		
3.1.1	A Operadora formaliza, junto à sua rede prestadora de serviços, a adoção de um Plano de Segurança do Paciente (PSP).	Essencial
<p>Interpretação:</p> <p>A ANVISA define o plano de segurança do paciente como o documento que expressa a relevância que a segurança do paciente possui na organização, por meio da definição de prioridades na implementação de práticas de segurança, na gestão de riscos e redesenho de processos, na identificação de estratégias que conectem a liderança e os profissionais da linha de frente do cuidado, nas necessidades de formação e de avaliação da cultura de segurança do paciente. Aponta situações de risco mais importantes e descreve as estratégias e ações definidas pelo serviço de saúde para a gestão de risco, visando a prevenção e a mitigação de incidentes em todas as fases de assistência ao paciente (ANVISA, 2016).</p> <p>O Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde é um documento exigido para os estabelecimentos de saúde, desde a publicação da RDC nº36/2013 da ANVISA. Devem ser desenvolvidos pelos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) e tem o intuito de nortear as ações de segurança do paciente na instituição, pois aponta situações de risco e descreve as estratégias e ações definidas pelo serviço de saúde para a gestão de risco, visando a prevenção e a mitigação dos incidentes, desde a admissão até a transferência, a alta ou o óbito do paciente no serviço de saúde (ANVISA, 2013).</p>		

O plano de segurança do paciente das organizações de saúde, segundo a norma publicada pela ANVISA, deve estabelecer estratégias e ações para a gestão de risco conforme as atividades desenvolvidas pelo serviço, com o objetivo de avaliar, monitorar e comunicar os riscos; estabelecer estratégias para melhorar a segurança do paciente no ambiente de serviços de saúde, entre outros (ANVISA, 2013).

Embora exista a obrigatoriedade de estruturação de planos de segurança do paciente pela ANVISA, torna-se necessário o incentivo à criação dos mesmos, de forma a aumentar a adesão dos prestadores de serviços de saúde ao mecanismo útil para o aumento da segurança em ambientes de saúde. Para o cumprimento do item o PSP deverá estar previsto nos contratos, documentos internos, termo de compromisso e congêneres em 100% dos hospitais e clínicas de apoio a diagnóstico e terapia, tais como clínicas de terapia renal substitutiva, quimioterapia e radioterapia, clínica de imagem da rede prestadora da Operadora.

#### Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Verificar a existência de cláusulas contratuais, documentos internos, termo de compromisso e congêneres formalizando a adoção de plano de segurança do paciente por parte dos prestadores. O incentivo a ser utilizado para induzir à adoção de boas práticas em segurança do paciente deve ser aplicado a toda a rede.

3.1.2	A Operadora formaliza, junto à sua rede prestadora de serviços, a adoção de protocolos e diretrizes clínicas e protocolos de segurança do paciente baseados em evidências e validados por entidades nacionais e internacionais de referência.	Essencial
-------	---	-----------

#### Interpretação:

Protocolos e Diretrizes, elaborados pelo Ministério da Saúde e por sociedades médicas de especialidades, orientam a prática clínica. Comumente, estes documentos oficiais estabelecem como devem ser realizados o diagnóstico, o tratamento (com critérios de inclusão e exclusão definidos) e o acompanhamento dos pacientes (follow-up), de acordo com a patologia ou linhas de cuidado. Normalmente, estes incluem informações sobre medicamentos, exames e demais terapias e são elaborados a partir de dados confiáveis, baseados em evidências científicas atuais. Esses protocolos devem ser utilizados por profissionais de saúde da rede, e devem estar disponíveis para consulta em locais de fácil acesso das unidades de saúde. Devem ser também compartilhados pelas operadoras de planos privados de saúde para sua rede própria ou credenciada.

Para o cumprimento do item deverá estar prevista nos contratos, documentos internos, termo de compromisso e congêneres adoção de protocolos e diretrizes clínicas e protocolos de segurança do paciente em 100% dos hospitais e clínicas de apoio a diagnóstico e terapia, tais como clínicas de terapia renal substitutiva, quimioterapia e radioterapia, clínica de imagem da rede prestadora da Operadora.

#### Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Verificar a existência de cláusulas contratuais, documentos internos, termo de compromisso e congêneres formalizando a adoção de protocolos, baseados em evidências científicas por parte dos prestadores. O incentivo a ser utilizado nos contratos para induzir à adoção de boas práticas em segurança do paciente deve ser aplicado a toda a rede (definição no contrato de: ex.: novos modelos de remuneração, desfechos clínicos e excelência no atendimento a padrões e protocolos) - sistema de indicadores de performance e desfecho/relatórios com os padrões utilizados/protocolos.

3.1.3	A Operadora formaliza, junto à sua rede prestadora de serviços, o monitoramento de indicadores de qualidade e segurança do paciente pelo prestador.	Essencial
-------	---	-----------

#### Interpretação:

Várias abordagens têm sido utilizadas internacionalmente para compreender, medir e controlar os problemas de segurança do paciente. Uma delas é o desenvolvimento de indicadores para mensuração e monitoramento do nível de segurança (THE HEALTH FOUNDATION, 2013), cujo objetivo é identificar problemas ou oportunidades de melhoria, comparar instituições e controlar o efeito das eventuais intervenções. Bons indicadores de segurança do paciente precisam ser válidos, confiáveis e úteis (apropriados) para identificar riscos assistenciais, orientar a tomada de decisão e detectar o alcance e a manutenção das melhorias propostas. (GAMA, 2016). A utilização de indicadores de mensuração de qualidade e de segurança do paciente é uma prática difundida na saúde e com recomendações internacionais. Portanto, o incentivo ao uso de indicadores para monitoramento da qualidade e da segurança do paciente pelos prestadores torna-se uma recomendação importante para melhorar a prestação de serviços em saúde.

#### Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Verificar a existência em contratos, documentos internos, termo de compromisso e congêneres de cláusulas de monitoramento dos padrões de qualidade e segurança via indicadores. O incentivo a ser utilizado nos contratos para induzir a adoção de boas práticas em segurança do paciente deve ser aplicado a toda a rede (definição no contrato de: ex.: novos modelos de remuneração, desfechos clínicos e excelência no atendimento a padrões e protocolos) - sistema de indicadores de performance e desfecho/relatórios com os padrões utilizados / protocolos.

3.1.4	A Operadora formaliza, junto à sua rede prestadora de serviços hospitalares e de serviços de apoio diagnóstico e terapia, a adoção de políticas de notificação para relatar eventos adversos relacionados à assistência à saúde. (Este item não se aplica às operadoras exclusivamente odontológicas)	Essencial
-------	---	-----------

#### Interpretação:

Eventos Adversos (EA) são injúrias não intencionais, sem relação com a evolução natural da doença de base, que ocasionam lesões mensuráveis nos pacientes afetados e/ou prolongamento do tempo de internação e/ou óbito (ANVISA, 2013).

Atualmente, a discussão aberta sobre a ocorrência de erros tem sido considerada como alicerce do movimento em prol da segurança do paciente. Os profissionais têm sido estimulados a comunicar e discutir com seus colegas, e com a própria instituição, de maneira que cada evento seja analisado e que recorrências sejam prevenidas (SAMPAIO, 2014).

Um dos métodos de captação de dados mais utilizados com objetivo de iniciar e estimular tal discussão consiste no processo de notificação de erros e eventos adversos (BELELA, 2011). Trata-se do relato detalhado das circunstâncias que envolvem o erro pelos profissionais diretamente envolvidos na atividade em questão. Ainda, segundo os autores acima citados, há recomendação para que toda vez que o profissional detectar um erro, uma notificação seja preenchida, sendo posteriormente classificada e analisada (SAMPAIO, 2014). Os relatos servem como fonte de informações que possibilitam identificar as causas, os tipos, os fatores predisponentes e relevantes relacionados aos erros, indicando ainda as situações que requerem mudanças na estrutura e processo envolvidos (SAMPAIO, 2014).

Acredita-se que, para alcançar a qualidade da assistência e garantir maior segurança do paciente, é fundamental a ocorrência de mudanças na cultura do cuidado em saúde, na qual os erros não devem ser percebidos como o resultado da incompetência da ação humana, mas, sobretudo, como oportunidades para melhorar o sistema, promovendo uma cultura de segurança (IOM, 2001).

Entretanto, na área da saúde, os eventos adversos são comumente associados ao desprestígio profissional, à autopunição e às possíveis sanções. Sendo assim, admitir e relatar o evento não são tarefas fáceis e rotineiras (MENDES et al., 2005). Portanto, observa-se a importância de a operadora estimular a notificação de eventos adversos por parte de sua rede de prestadores de serviços de saúde.

Para o cumprimento do item deverá estar prevista nos contratos, documentos internos, termo de compromisso e congêneres a adoção de protocolos e diretrizes clínicas e protocolos de segurança do paciente em 100% dos hospitais e clínicas de apoio a diagnóstico e terapia, tais como clínicas de terapia renal substitutiva, quimioterapia e radioterapia, clínica de imagem da rede prestadora da Operadora.

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Verificar em contratos, documentos internos, termo de compromisso e congêneres a formalização da obrigatoriedade de notificação de eventos adversos, conforme resolução da ANVISA acerca do tema. O incentivo a ser utilizado nos contratos para induzir a adoção de boas práticas em segurança do paciente deve ser aplicado a toda a rede.

3.1.5	A Operadora adota política de incentivo (financeiros ou não financeiros) para estimular adoção de prontuário eletrônico pela rede prestadora.	Excelência
-------	---	------------

Interpretação:

Segundo o Institute of Medicine: "O registro computadorizado de paciente é 'um registro eletrônico de paciente que reside em um sistema especificamente projetado para dar apoio aos usuários através da disponibilidade de dados completos e corretos, lembretes e alertas aos médicos, sistemas de apoio à decisão, links para bases de conhecimento médico, e outros auxílios'" (HANKEN e WATERS, 1999).

São numerosas as vantagens de um prontuário eletrônico, em relação ao baseado em papel, que vão desde questões ligadas ao melhor acesso, até maior segurança e, principalmente, oferta de novos recursos, os quais são impossíveis de existir no prontuário em papel, tais como: apoio à decisão, troca eletrônica dos dados entre instituições, etc (FARIAS, 2011). É possível também, através do prontuário eletrônico, obter-se uma melhoria na qualidade da assistência à saúde do paciente, melhor gerenciamento dos recursos, melhoria de processos administrativos e financeiros

e, ainda, a possibilidade para avaliação da qualidade.

Observa-se que o prontuário eletrônico pode ser classificado como uma inovação administrativa (DJELLAL e GALLOUJ, 2007; BIRKINSHAW, HAMEL e MOL, 2008). Este tipo de inovação propicia reorganização administrativa e logística e, com a introdução de um sistema de prontuário eletrônico, outros sistemas que compõem a gestão hospitalar, por exemplo, controle de pacientes, de uso de medicamentos e custos, ganham mais rigor e correção, uma vez que as informações dos pacientes são registradas em um sistema de informações que integra as áreas assistencial e administrativa, com possibilidade de gerar indicadores de performance para essas áreas. Essas vantagens foram apontadas na literatura por Sittig, Kuperman e Fiskio (1999); Costa (2001); Massad, Marin e Azevedo Neto (2003).

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Verificar em contratos, documentos internos, termo de compromisso e congêneres a formalização do registro de incentivo à adoção do prontuário eletrônico.

3.1.6	A Operadora estimula, por meio de incentivos financeiros ou não financeiros, a participação dos seus prestadores de serviços em programas de capacitação e educação continuada em saúde, com o objetivo de melhorar os resultados da atenção à saúde.	Excelência
-------	---	------------

Interpretação:

A educação continuada tem servido como espaço para pensar e executar a formação e o desenvolvimento pessoal, profissional e das equipes de saúde, com vistas a trabalhar os elementos que conferem a integralidade da atenção à saúde.

Além da necessidade da criação de programas de educação continuada em saúde, a literatura aponta também a necessidade de realizar avaliações periódicas e monitoramento dos mesmos, para verificar sua eficácia por duas razões. Em primeiro lugar, pelo fato de que, ao se analisar e trabalhar com problemas e situações complexas do processo de trabalho, existe a possibilidade de que as mudanças efetivas se revertam. Em segundo lugar, porque a avaliação contínua do programa é uma ferramenta importante para se identificar as necessidades de intervenções e mudanças (COTRIM-GUIMARÃES, 2009).

Ao propor um programa de educação continuada, a operadora deve também comprometer-se com a avaliação dos resultados do mesmo e com a realização de adaptações que sejam necessárias para o melhor aproveitamento do programa.

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Verificar a existência de documentação que comprove o apoio e incentivo financeiro ou não financeiro à educação continuada dos prestadores de serviço da rede da operadora.

3.1.7	A operadora avalia os resultados dos principais indicadores de qualidade e segurança do paciente de sua rede prestadora de serviços hospitalares e estabelece plano de ação, sempre que necessário. (Este item não se aplica às operadoras exclusivamente odontológicas)	Excelência
-------	--	------------

<p><b>Interpretação:</b> A qualidade é um conceito multidimensional, que requer diferentes abordagens para a sua avaliação. O uso de indicadores de qualidade permite o monitoramento do desempenho dos serviços de saúde, a programação de ações de melhoria de qualidade e orienta os pacientes para que realizem escolhas mais bem informadas (GOUVÊA, 2010; MAINZ, 2003; CAMPBELL, 2002). A inclusão de indicadores de segurança nos programas de monitoramento da qualidade representa uma importante estratégia para orientar medidas que promovam a segurança do paciente hospitalizado (GOUVÊA &amp; TRAVASSOS, 2010).</p>			
<p>A avaliação por parte da operadora dos resultados dos principais indicadores de qualidade da atenção e segurança do paciente monitorados pelos prestadores permite uma melhor seleção e contratualização de uma rede mais qualificada do ponto de vista assistencial. A operadora deve selecionar os principais indicadores a serem avaliados podendo incluir assistenciais já aferidos anualmente pelo IDSS. Tal escolha deverá ser baseada na literatura científica, devendo estar explicitada e justificada em documento específico. Os indicadores de segurança do paciente devem ser elaborados a partir das diretrizes estabelecidas no plano de segurança do paciente, observando-se o que determina a legislação vigente. Se gerados de forma regular e manejados em um sistema dinâmico, os indicadores são instrumentos valiosos para a gestão e avaliação da situação de saúde, em todos os níveis (RIPSA, 2008). Um conjunto de indicadores se destina a produzir evidência sobre a situação sanitária e suas tendências, como base</p>			
<p>empírica para identificar grupos humanos com maiores necessidades de saúde, estratificar o risco epidemiológico e identificar áreas críticas (OPAS, 2001; RIPSA, 2008). Constitui, assim, insumo para o estabelecimento de políticas e prioridades mais bem ajustadas às necessidades da população. O uso de indicadores em saúde pode servir, ainda, para comparar o observado em determinado local com o observado em outros locais ou com o observado em diferentes tempos (VAUGHAN, 1992). Portanto, a construção de indicadores de saúde é necessária para: analisar a situação atual de saúde; fazer comparações; e avaliar mudanças ao longo do tempo.</p>			
<p><b>Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:</b> Verificar a existência de documentos, arquivos, sistemas ou aplicativos que demonstrem o acompanhamento, por parte da operadora, dos resultados dos indicadores de qualidade e segurança do paciente monitorados pela rede prestadora, inclusive dos indicadores do IDSS. Além disso, a análise de conformidade deste item deve levar em consideração a existência de plano de ação com a possibilidade de solução de problemas-chave que possam ser encontrados por meio deste acompanhamento.</p>			
<p><b>3.2 Coordenação e Integração do cuidado</b></p>			
<p><b>Interpretação:</b> A integralidade do cuidado é um eixo prioritário da investigação e avaliação dos serviços e dos sistemas de atenção à saúde, estruturados como redes assistenciais, que articulam as dimensões clínicas, funcionais, normativas e sistêmicas em sua operacionalização, reconhecendo que nenhuma organização reúne a totalidade dos recursos e as competências necessárias para a solução dos problemas de saúde de uma população, em seus diversos ciclos de vida (HARTZ, 2004). O cuidado integrado pode ser concebido como estratégia de organização da atenção à saúde, especificamente voltada para promover a integração do cuidado, a partir da combinação entre flexibilidade de alocação de práticas e tecnologias e coordenação do cuidado para a garantia da longitudinalidade da atenção à saúde (OUVERNEY, 2013).</p>			
<p>No setor saúde, a coordenação dos cuidados pode ser definida como a articulação entre os diversos serviços e ações, de forma que, independentemente do local onde sejam prestados, esses serviços estejam sincronizados e voltados ao alcance de um objetivo comum. A coordenação se sustenta na existência de uma rede integrada de prestadores de serviços de saúde, de modo que distintas intervenções sejam percebidas e vividas pelo usuário de forma contínua, adequada às suas necessidades de atenção em saúde e compatível com suas expectativas pessoais. Logo, a coordenação assistencial seria um atributo organizacional dos serviços de saúde que se traduz na percepção de continuidade dos cuidados na perspectiva do usuário (NUNES, 2006; ALMEIDA, 2011). A segmentação dos sistemas de saúde tem graves consequências para a população, tais como problemas de iniquidade e ineficiência na prestação do cuidado, com duplicidade de funções, desarticulação da rede de atenção, prejudicando o acesso aos níveis de atenção mais complexos, e, portanto, descontinuidade e</p>			
<p>fragmentação do cuidado (SILVA, 2014; CONILL, 2007). Além disso, o envelhecimento populacional e o aumento da longevidade podem implicar serviços de custo mais altos, e os sistemas integrados de saúde representaram uma importante oportunidade para a obtenção de melhores resultados sanitários e maior custo/efetividade para esse grupo de pessoas (MENDES, 2011). Os sistemas integrados ou redes de atenção à saúde têm produzido resultados significativos em diversos países e são apontados como eficazes tanto em termos de organização interna (alocação de recursos, coordenação clínica, etc.), quanto em sua capacidade de fazer face aos desafios mais recentes do cenário socioeconômico, demográfico, epidemiológico e sanitário, tais como o crescimento proporcional das doenças crônicas, a elevação dos custos de tecnologias, as necessidades especiais advindas do envelhecimento populacional, etc (VERAS, 2011).</p>			
<p>A implementação de sistemas integrados de saúde se dá através de serviços baseados em diretrizes clínicas construídas com base em evidências, de equipes de saúde que compartilhem objetivos comuns, da oferta de um contínuo de serviços bem coordenados, do uso de prontuários clínicos integrados, da obtenção de ganhos de escala e do alinhamento dos incentivos financeiros (MENDES, 2011). A Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) tem atribuído forte destaque à formação de redes de atenção em suas atividades e documentos de referência relativos ao aperfeiçoamento dos sistemas de saúde.</p>			
<table border="1"> <tr> <td data-bbox="212 2665 296 2819">3.2.1</td> <td data-bbox="296 2665 1696 2819">A operadora coordena as ações e serviços da sua rede assistencial de modo integrado, adotando mecanismos de referência e contra referência que possibilitam o acesso oportuno e qualificado dos beneficiários aos diferentes níveis de atenção. (Este item não se aplica às operadoras exclusivamente odontológicas)</td> <td data-bbox="1696 2665 1879 2819">Essencial</td> </tr> </table>	3.2.1	A operadora coordena as ações e serviços da sua rede assistencial de modo integrado, adotando mecanismos de referência e contra referência que possibilitam o acesso oportuno e qualificado dos beneficiários aos diferentes níveis de atenção. (Este item não se aplica às operadoras exclusivamente odontológicas)	Essencial
3.2.1	A operadora coordena as ações e serviços da sua rede assistencial de modo integrado, adotando mecanismos de referência e contra referência que possibilitam o acesso oportuno e qualificado dos beneficiários aos diferentes níveis de atenção. (Este item não se aplica às operadoras exclusivamente odontológicas)	Essencial	

<p><b>Interpretação:</b> O sistema de referência e contra referência em saúde foi criado para melhorar a atenção global ao paciente. Através de uma troca de informações eficaz entre os diferentes níveis de assistência, permite-se a criação de um ambiente favorável à abordagem do paciente como um todo (SANTOS, 2015).</p>		
<p>Os sistemas de acesso regulado à atenção à saúde constituem-se de estruturas operacionais, que medeiam uma oferta determinada e uma demanda por serviços de saúde, de forma a racionalizar o acesso de acordo com graus de riscos e normas definidas em protocolos de atenção à saúde e em fluxos assistenciais. Os sistemas de acesso regulado à atenção à saúde têm os seguintes objetivos: organizar o acesso de forma equitativa, transparente e com segurança; organizar o acesso com foco na pessoa usuária; desenvolver e manter atualizados protocolos de atenção à saúde organizadores do processo de regulação do acesso; instrumentalizar os fluxos e processos relativos aos procedimentos operacionais de regulação do acesso; implementar uma rede informatizada de suporte ao processo de regulação do acesso; manter um corpo de profissionais capacitados para a regulação do acesso; e gerar sistemas de monitoramento e avaliação de suas atividades através da geração de relatórios padronizados (CONTANDRIOPOULOS, 1997; OPAS,2011; MENDES, 2002).</p>		
<p>Referência se caracteriza como o processo de encaminhamento do paciente para níveis mais complexos e especializados da assistência. Contra referência é definida como o processo inverso, no qual o indivíduo é encaminhado de níveis mais complexos para os níveis primários da assistência (FRATINI, 2008; SILVA, 2010).</p> <p>Um dos fundamentos para a coordenação do cuidado em redes de assistência à saúde é garantir a articulação e a integração entre os pontos de atenção no território e, para o cumprimento desse fundamento, identifica-se uma estreita relação com a operacionalização de um fluxo sistemático e eficiente de referência e contra referência atuante e que envolva os pontos de atenção da microrregião (PEREIRA, 2016).</p> <p>Um modelo eficiente de referência e contra referência tem como consequências: a maior humanização do cuidado em saúde, a manutenção dos vínculos entre pacientes, profissionais de saúde e as famílias (MENDES, 2011; FRATINI, 2008; ALMEIDA, 2013).</p>		
<p><b>Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:</b> Verificar a existência de um sistema de referência e contra referência implementado pela Operadora.</p>		
3.2.2	A operadora realiza ações de coordenação do cuidado e integração da rede assistencial.	Essencial
<p><b>Interpretação:</b> A coordenação do cuidado pode ser definida como a articulação entre os diversos serviços e ações relacionadas à atenção à saúde de maneira que, independentemente do local onde seja prestado, esteja sincronizado e voltado ao alcance de um objetivo comum (NUÑES et al., 2006 apud OLIVEIRA, 2013). Para que a operadora operacionalize a sincronização entre os prestadores de serviços do mesmo ou de diferentes níveis de atenção, é fundamental a existência de uma área ou gestor de coordenação/gestão das ações em saúde.</p>		
<p><b>Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:</b> Comprovar a existência de uma área ou de pessoa encarregada da coordenação das ações em saúde. A coordenação deve ser realizada por um ou mais profissionais de saúde com experiência ou formação em gestão em saúde ou saúde coletiva, comprovada através de currículo profissional ou certificados de formação nas áreas citadas, com a função de alinhar as ações nos diversos níveis de atenção à saúde, facilitar a comunicação entre os diversos profissionais de saúde envolvidos e garantir a continuidade e a integralidade do cuidado.</p>		
<p><b>Interpretação:</b> De acordo com o Ministério da Saúde, a busca ativa é um procedimento fundamental no conjunto de ações de cuidados primários em saúde e vigilância epidemiológica, tendo por objetivo a identificação precoce de casos suspeitos e uma rápida confirmação para orientar a adequação de medidas de controle e follow-up, principalmente no caso de doenças graves e agravos de notificação compulsória.</p>		
<p>A busca ativa pode também ser compreendida como uma das formas de identificação de uma população-alvo, como em medidas de rastreamento populacional para determinadas patologias que necessitam de prevenção ou controle (ex. Cânceres rastreáveis, hanseníase, tuberculose pulmonar, diabetes e outros). Na busca ativa, como a própria expressão indica, o serviço de saúde busca os beneficiários de forma ativa, direcionando para o serviço mais adequado, sem aguardar que as pessoas sintam a necessidade de buscar um serviço de saúde qualquer, por exemplo, para a busca de um exame diagnóstico com resultado positivo para uma patologia grave. Muitas vezes a "busca ativa" é usada como o oposto da simples "demanda espontânea", situação na qual o sistema de saúde aguarda passivamente a procura espontânea do beneficiário pelo serviço. Podem ser citados como exemplos de ações de busca ativa, envio de material explicativo para o domicílio do beneficiário, contatos telefônicos e ida ao domicílio do beneficiário.</p>		
<p>Mecanismos e estruturas de transição do cuidado em saúde são fundamentais para a efetiva coordenação do cuidado ao paciente e integração entre os serviços da rede de APS.</p> <p>Condições crônicas constituem um conjunto de agravos que faz com que hoje muitos autores e instituições definam seus portadores como "pacientes crônicos em situação de complexidade", determinado por um perfil de apresentação de cronicidade. Entre as características diferenciais mais prevalentes desse grupo estão a presença de várias enfermidades crônicas concorrentes, a grande utilização de serviços de hospitalização urgente, com diferentes episódios de ida ao hospital durante um mesmo ano, a presença de determinadas enfermidades como a insuficiência cardíaca, diminuição da autonomia pessoal temporária ou permanente e polimedicação (OMS, 2015).</p>		

Pacientes crônicos e/ou crônicos complexos que tenham recorrido à emergência hospitalar ou estejam em processo de alta hospitalar precisam ser identificados, por meio de busca ativa pelas equipes de APS, para receberem orientações adequadas a fim de evitar idas desnecessárias a emergência e evitar internações subsequentes, melhorando assim a qualidade do cuidado. É importante esclarecer que o momento da alta hospitalar é uma transição específica que prevê a continuidade dos cuidados no domicílio do paciente ou em outras estruturas da rede (unidades de reabilitação, por exemplo). Para tanto, a equipe de saúde deve desenvolver um plano global de conduta terapêutica, cuja logística inclui educação do paciente e da família e, sobretudo, coordenação entre profissionais diretamente implicados, em articulação com os serviços da rede. Além disso, intervenções domiciliares podem ser realizadas antes mesmo da alta, a fim de adaptar o ambiente e, por conseguinte, favorecer o desempenho de atividades de vida diária e capacitar o cuidador.

A Portaria nº 2.528 Ministério da Saúde (2006) reconhece a importância de estruturas de suporte qualificado

Pacientes crônicos e/ou crônicos complexos que tenham recorrido à emergência hospitalar ou estejam em processo de alta hospitalar precisam ser identificados, por meio de busca ativa pelas equipes de APS, para receberem orientações adequadas a fim de evitar idas desnecessárias a emergência e evitar internações subsequentes, melhorando assim a qualidade do cuidado. É importante esclarecer que o momento da alta hospitalar é uma transição específica que prevê a continuidade dos cuidados no domicílio do paciente ou em outras estruturas da rede (unidades de reabilitação, por exemplo). Para tanto, a equipe de saúde deve desenvolver um plano global de conduta terapêutica, cuja logística inclui educação do paciente e da família e, sobretudo, coordenação entre profissionais diretamente implicados, em articulação com os serviços da rede. Além disso, intervenções domiciliares podem ser realizadas antes mesmo da alta, a fim de adaptar o ambiente e, por conseguinte, favorecer o desempenho de atividades de vida diária e capacitar o cuidador.

A Portaria nº 2.528 Ministério da Saúde (2006) reconhece a importância de estruturas de suporte qualificado para pacientes crônicos e seus familiares destinadas a promover intermediação segura entre a alta hospitalar e a ida para o domicílio.

Ademais, uma alta hospitalar mal conduzida amplifica problemas de gestão da assistência em todos os níveis do sistema.

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

As estratégias de busca ativa e de acompanhamento de pacientes crônicos e/ou crônicos complexos deverão estar descritas de modo claro e detalhado no Plano Estruturado.

A avaliação deste item deve considerar o sistema de informação da Operadora e a comprovação de estratégias de busca ativa para captação de pacientes crônicos e/ou crônicos complexos. A operadora deve comprovar o acompanhamento de pacientes crônicos e/ou crônicos complexos a partir de dados de atendimentos e contatos promovidos junto a estes pacientes.

3.2.4	A Operadora realiza o acompanhamento de pacientes crônicos e/ou crônicos complexos, após ocorrência de idas frequentes à emergência ou alta de internação hospitalar. (Este item não se aplica às operadoras exclusivamente odontológicas)	Excelência
-------	---	------------

Interpretação:

As doenças crônicas dependem de uma resposta complexa e de longo prazo, coordenada por profissionais de saúde de formações diversas. A Organização Mundial da Saúde define o gerenciamento de doenças crônicas como a "gestão contínua de condições durante um período de anos ou décadas" (OMS, 2001; OPAS, 2005).

É importante destacar a definição de paciente crônico complexo e paciente crônico. Paciente crônico complexo é um indivíduo com múltiplas comorbidades e comprometimentos funcionais, que demandam ações específicas de saúde. Já um paciente crônico é aquele indivíduo portador de patologia (s), que levam à necessidade de acompanhamento médico prolongado, podendo evoluir ou não para a dependência parcial ou total (ANS, glossário APS, 2018).

A transição entre ambientes hospitalares e domiciliares tem sido destacada como uma das formas de superar a fragmentação da atenção e garantir a continuidade dos cuidados (HESELINK, 2012; WEBER, 2017). A transição ocorre em contexto que inclui o paciente, seus familiares e cuidadores, os profissionais que prestaram atendimento e os que continuarão a assistência. Portanto, é um processo complexo que exige coordenação e comunicação entre pessoas de diferentes formações, experiências e habilidades. Processos de transição adequados podem melhorar a qualidade dos resultados assistenciais e influenciar a qualidade de vida dos pacientes, contribuindo para evitar reinternações hospitalares desnecessárias e reduzir custos dos cuidados de saúde (WEBER, 2017).

A articulação do hospital com os demais serviços da rede assistencial ainda é uma atividade pouco realizada, demonstrando que embora haja preocupação com o acompanhamento pós-alta, esta atividade é feita pelo serviço de atenção primária (Weber, 2017). Estudos que utilizaram a articulação entre serviços, enfatizando a importância da comunicação entre diferentes níveis de atenção, verificaram que isto auxiliou na implementação de melhores práticas de transição e possibilitou a continuidade dos cuidados pós-alta (ULIN, 2016; KIND, 2012; BALABAN, 2008). Processos de transição de maior qualidade pressupõem foco nas necessidades individuais do paciente e família e no cuidado compartilhado. Dessa forma, profissionais, pacientes e familiares tornam-se parceiros no cuidado desde o momento de internação até os dias subsequentes ao regresso ao domicílio e o acompanhamento de doenças crônicas após agudização (GUERRERO, 2014; WEBER, 2017).

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Considerar a comprovação de rede de acompanhamento pós alta de pacientes com doenças crônicas, após episódio de agudização. O acompanhamento pode ser por meio de contato telefônico ou visitas domiciliares, com ênfase nas orientações de tratamento e acompanhamento de episódios de agudização.

3.2.5	A Operadora possui programa estabelecido com critérios de elegibilidade para atenção domiciliar e cuidados paliativos com o objetivo de evitar ou abreviar o período de internação. (Este item não se aplica às operadoras exclusivamente odontológicas)	Excelência
<p>Interpretação:</p> <p>No Brasil, a internação domiciliar tem sido um dos programas mais utilizados para a desospitalização do idoso e o mais amplamente recorrido pelo sistema de saúde suplementar (ANDRAOS, 2013; VERAS, 2008).</p> <p>A assistência domiciliar, desta forma, assume lugar como uma das alternativas de cuidado, com motivação inicial de descongestionar os hospitais e proporcionar a construção de nova lógica de atenção, com enfoque em ambiente psicossocial mais favorável aos pacientes e familiares, com promoção e prevenção à saúde e na humanização da atenção (VERAS, 2008; BAJOTTO, 2012). A atenção domiciliar abrange desde a promoção da saúde até a recuperação dos indivíduos acometidos por um agravo e que estão situados em seus respectivos domicílios (VERAS, 2012; LACERDA, 2006).</p>		

<p>O Ministério da Saúde estabelece uma série de critérios de inclusão, exclusão e alta para serviços de atenção domiciliar (BRASIL, 2013c). Critérios e condições de elegibilidade são um conjunto de elementos e informações que permitem avaliar o enquadramento do paciente na atenção domiciliar. (BRASIL, 2012b). O Ministério da Saúde sugere, ainda, dividir os critérios de elegibilidade em clínicos e administrativos: os critérios clínicos dizem respeito à situação do paciente, aos procedimentos necessários ao cuidado e à frequência de visitas de que necessita. Os critérios administrativos se referem aos quesitos administrativos/operacionais/legais necessários para que o cuidado em domicílio seja realizado, o que inclui residir no município e possuir ambiente domiciliar minimamente adequado e seguro para receber o paciente (BRASIL, 2012b).</p>
<p>Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:</p> <p>Avaliar o programa de atenção domiciliar da operadora, de forma a verificar se existem critérios de elegibilidade e se estes estão de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde, especialmente no que diz respeito às doenças de perfil prevalente na Atenção Domiciliar, que segundo o Ministério da Saúde são: Pacientes com processos crônicos reagudizados (cardiopatas, síndromes de imunodeficiência adquirida, hepatopatias crônicas, neoplasias, doença pulmonar obstrutiva crônica, demência avançada e doenças terminais); pacientes em processo pós-cirúrgico imediato e tardio (cirurgias de pequeno, médio e grande porte, pós-cirurgia tardia com complicações, pós-operatório de ortopedia e traumatologia); pacientes em tratamento de grandes úlceras; pacientes em situações agudas (pneumonias, pielonefrites, doenças vasculares e neurológicas); pacientes em nutrição parenteral, ventilação mecânica não invasiva e antibioticoterapia domiciliar; e pacientes em cuidados paliativos (Brasil, 2012b).</p>
<p>3.3 Programa de Gestão do Cuidado de Condições Crônicas de Saúde</p>
<p>Interpretação:</p> <p>As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) podem ser definidas como grupo de doenças que se caracterizam por apresentar, de uma forma geral, um longo período de latência, tempo de evolução prolongado, etiologia não elucidada totalmente, lesões irreversíveis e complicações que acarretam graus variáveis de incapacidade ou óbito. Compreende majoritariamente doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doenças respiratórias crônicas. Muitas das doenças desse grupo têm fatores de risco comuns e demandam por assistência continuada dos serviços, envolvendo longos períodos de supervisão, observação e cuidado (OWINGS MILLS, 1987). As DCNT são um problema de saúde global e uma ameaça à saúde e ao desenvolvimento humano. (SCHMIDT, 2011).</p>
<p>Em 2007, cerca de 72% das mortes no Brasil foram atribuídas às DCNT (doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, diabetes, câncer e outras, inclusive doenças renais), 10% às doenças infecciosas e parasitárias e 5% aos distúrbios de saúde materno-infantis (SCHMIDT, 2011).</p> <p>Sabe-se que as doenças crônicas de maior impacto mundial possuem, em linhas gerais, quatro fatores de risco em comum: inatividade física, uso abusivo do álcool, tabagismo e alimentação não saudável. Devem ser considerados também no desenvolvimento deste quadro epidemiológico fatores ambientais e sociais, como o estresse no ambiente de trabalho e crises econômicas (ANS, 2011a).</p>
<p>Os recursos humanos e tecnológicos disponíveis na atualidade, se bem administrados, são capazes de prevenir e controlar com eficiência o diabetes, as doenças cardiovasculares e o câncer, dentre outras patologias crônicas. Estudos cada vez mais bem delineados têm demonstrado evidências de que o acompanhamento regular da saúde associado aos incentivos ao autocuidado e ao tratamento eficiente possibilitam melhoras significativas dos pacientes (AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS, 2001). Nesse cenário, é recomendável o desenvolvimento de programas para o gerenciamento dessas doenças por meio de um conjunto de estratégias assistenciais e educacionais orientadas para um grupo de indivíduos</p>
<p>portadores de doenças crônicas com potencial risco de agravamento e, conseqüentemente, com a necessidade de um aporte de tecnologias mais complexas e de maior custo (ANS, 2011a).</p> <p>O gerenciamento de doenças crônicas foca no cuidado ao sujeito doente e em sofrimento e busca a construção de uma estrutura de apoio que possibilite ao mesmo, e a seus familiares, enfrentar os problemas cotidianos advindos da enfermidade. As intervenções em saúde decorrentes do gerenciamento do cuidado às pessoas portadoras de doenças crônicas, orientadas por profissionais de saúde responsáveis por este gerenciamento na operadora são, sem dúvida, favoráveis ao alcance de uma relação mais custo-efetiva (ANS, 2011a).</p> <p>Em linhas gerais, os objetivos de um programa para gerenciamento de crônicos são identificar os indivíduos doentes de risco, cujo agravamento poderá levar a uma assistência mais complexa e dispendiosa; prevenir as exacerbações e complicações das doenças; oferecer uma assistência de qualidade com tecnologias de cuidados diversas; aumentar o envolvimento do paciente no autocuidado; construir uma base de dados sobre os doentes crônicos da carteira (ANS, 2011a).</p>

3.3.1	A operadora possui documento técnico descrevendo o Programa de Gestão do Cuidado de Condições Crônicas de Saúde contendo a metodologia e a população-alvo do Programa. (Este item não se aplica às operadoras exclusivamente odontológicas)	Essencial
<p><b>Interpretação:</b> Um programa de gerenciamento de doenças para atingir os seus objetivos precisa estar alinhado às expectativas dos participantes. O sucesso depende diretamente dos benefícios cobertos, dos incentivos oferecidos e da participação institucional. Isso porque a atenção à saúde de forma organizada e coletiva parece apresentar resultados mais positivos do que se o indivíduo cuidasse isoladamente da sua condição de saúde. Alguns programas de gerenciamento de doenças falham em seus objetivos exatamente por não serem endereçados às necessidades individuais de cada paciente (SILVA, 2012). Assim, de acordo com a literatura publicada acerca do tema, percebe-se a importância da criação e divulgação de documento técnico descrevendo detalhadamente o Programa de Gestão do Cuidado de Condições Crônicas de Saúde, contendo a metodologia utilizada e a população-alvo. A metodologia deve abarcar as ações planejadas e sua periodicidade, bem como as equipes profissionais responsáveis pelas ações</p>		
<p><b>Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:</b> A operadora deve comprovar possuir documento técnico com detalhes sobre o Programa de Gestão, especialmente no que se refere à população-alvo e à metodologia a ser utilizada, contendo as ações planejadas e sua periodicidade, bem como as equipes responsáveis pelas ações. É importante também que o Programa seja divulgado aos beneficiários de forma clara e compreensível pela população leiga.</p>		
3.3.2	A operadora realiza análises epidemiológicas e demográficas da carteira que justifiquem a escolha da população-alvo abordada no Programa.(Este item não se aplica às operadoras exclusivamente odontológicas)	Essencial
<p><b>Interpretação:</b> Elaborar programas implica definir os objetivos, as áreas de atenção que serão abordadas, a população que será contemplada, as ações que serão implementadas e os resultados desejados (ANS, 2011a). A partir da análise das informações disponíveis na operadora, é possível iniciar o delineamento dos programas de Gestão do Cuidado de Condições Crônicas de Saúde. Para tal, é necessário definir a população para a qual se destina o programa. Esta população poderá ser definida conforme alguns critérios, entre eles: faixa etária; sexo; presença de agravos ou fatores de risco; prevalência de doenças; indivíduos com comorbidades e risco de maior demanda assistencial; pessoas em fases ou ciclos da vida que requeiram atenção especial. O estudo epidemiológico e demográfico da carteira da Operadora é necessário para adequar as ações às necessidades dos beneficiários (ANS, 2011a).</p>		
<p><b>Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:</b> Comprovação da existência de análises epidemiológicas e demográficas desenvolvidas pela Operadora, no sentido de conhecer as populações-alvo a serem consideradas para a elaboração de Programas específicos para gestão de doenças crônicas. A Operadora deve demonstrar os critérios utilizados e comprovar que estes foram criados seguindo evidências e boas práticas que justifiquem a criação do grupo de público-alvo, mostrando evidências que comprovem a escolha. Por exemplo: dados epidemiológicos com histórico de utilização da carteira.</p>		
3.3.3	A operadora realiza a busca ativa de beneficiários para o Programa a partir das análises epidemiológicas e demográficas de sua carteira. (Este item não se aplica às operadoras exclusivamente odontológicas)	Essencial
<p><b>Interpretação:</b> Além da definição da população-alvo, é necessário que seja realizada busca de beneficiários que possam se favorecer da participação no Programa. Em publicação do laboratório de inovação, a ANS identificou que essa é uma das estratégias mais utilizadas para captação de beneficiários para Programas de Prevenção e Promoção da Saúde (ANS, 2014)..</p>		
<p>Além da realização de busca ativa por meio do estudo demográfico e epidemiológico da carteira, a operadora também pode se valer do perfil de utilização dos beneficiários. Como exemplo, pode realizar a busca ativa de pacientes crônicos ou complexos após ocorrência de idas frequentes à emergência ou alta de internação hospitalar O sistema de informação utilizado pela operadora deve ser capaz de contribuir para o monitoramento do programa e o acompanhamento da sua execução, levando em conta o andamento das atividades programadas e a participação dos beneficiários.</p>		
<p><b>Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:</b> Verificar a comprovação de estratégias de busca ativa de beneficiários, a partir das análises epidemiológicas e demográficas realizadas para captação de beneficiários para os programas. A operadora deve comprovar a realização de busca ativa de beneficiários, através do envio de correio eletrônico, telefonemas, cartas enviadas tanto para os beneficiários quanto para a rede de prestadores de serviços de saúde.</p>		
3.3.4	A Operadora fornece material explicativo contendo informações sobre o programa aos beneficiários elegíveis. (Este item não se aplica às operadoras exclusivamente odontológicas)	Essencial
<p><b>Interpretação:</b> O envio de material explicativo com informações sobre o Programa, além de ser uma das formas de captação de beneficiários, pode auxiliar o entendimento e a adesão dos indivíduos ao conteúdo para participação no Programa. Outros Programas da ANS exigem que seja realizado envio de material explicativo sobre o Programa como forma de captação de beneficiários elegíveis (ANS, 2011a).</p>		

<p>Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:</p> <p>A análise deve auditar o material, quanto ao estabelecido no item, e evidenciar a entrega (através de mailing, registro em prontuário, aviso de recebimento, assinatura em protocolos ou outros meios que garantam a comprovação da ciência). O auditor deve ainda avaliar o sistema de gestão de documentação implantado para verificar a adequação do documento ao item (verificar se este contém detalhamento suficiente sobre o Programa, com informações sobre desligamento de beneficiários do programa, recusa de participação, entre outros).</p>		
3.3.5	O Programa adota protocolos e diretrizes clínicas, baseados em evidência, elaborados por entidades nacionais e internacionais de referência. (Este item não se aplica às operadoras exclusivamente odontológicas)	Essencial
<p>Interpretação:</p> <p>O avanço tecnológico na área da saúde proporciona inúmeras opções diagnósticas e terapêuticas para o cuidado à saúde. Entretanto, esta variabilidade não necessariamente está relacionada às melhores práticas assistenciais e às melhores opções de tratamento.</p> <p>As diretrizes clínicas são recomendações desenvolvidas de maneira sistemática, com o objetivo de auxiliar profissionais de saúde e pacientes na tomada de decisão em relação à alternativa mais adequada para o cuidado à saúde em circunstâncias clínicas específicas (FIELD, LOHR e INSTITUTE OF MEDICINE, 1990). São desenvolvidas com o objetivo de sintetizar e sistematizar as evidências científicas em relação à prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de uma determinada condição ou doença e propor recomendações para o atendimento efetivo e seguro dos pacientes. Os protocolos clínicos, por sua vez, são adaptações das recomendações e orientações das diretrizes para os serviços em particular e definem fluxos de atendimento e algoritmos voltados para garantir o melhor cuidado em determinado serviço de saúde. Os protocolos clínicos são fixos, numa parte do processo da condição ou doença e, em geral, num único ponto de atenção à saúde (MENDES, 2007).</p> <p>A aplicação de protocolos clínicos permite a implementação de recomendações válidas, preconizadas nas diretrizes clínicas, padronizando o fluxo e as principais condutas diagnósticas e terapêuticas para uma condição clínica específica. A aplicação das recomendações das diretrizes clínicas por meio de protocolos clínicos aumenta a efetividade na assistência assim como a segurança. Deste modo, as diretrizes e os protocolos clínicos contribuem para melhorar a qualidade das decisões clínicas e para uniformizar as condutas, com resultados significativos sobre o cuidado à saúde, diminuindo a morbidade e a mortalidade e aumentando a qualidade de vida e a segurança dos pacientes.</p> <p>Entretanto, a adoção de diretrizes clínicas de má qualidade, baseadas em conhecimento científico incompleto ou mal interpretado, ou desatualizadas, pode incentivar a disseminação de procedimentos ineficazes ou que põem em risco a segurança dos pacientes. É necessário que as diretrizes e os protocolos clínicos adotados tenham alcançado os requisitos necessários para assegurar uma boa validade interna e externa, avaliados criticamente por meio de instrumentos validados como o <i>Appraisal of Guidelines for Research &amp; Evaluation II</i> (AGREE II) (KAHN, STEIN, 2014).</p>		
<p>Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:</p> <p>Buscar comprovações de que as rotinas e os fluxos dos cuidados dos serviços de saúde, e além das ações, condutas e procedimentos dos profissionais de saúde destes serviços, estão em conformidade com as diretrizes e protocolos clínicos, definidos pelo Programa de Gestão do Cuidado de Condições Crônicas de Saúde.</p> <p>O auditor deve verificar se as diretrizes e os protocolos clínicos adotados foram validados pelo método AGREE-II, ou pela metodologia proposta pela Associação Médica Brasileira (AMB), e Sociedades Brasileiras, pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2016), ou algum outro instrumento confiável.</p>		
3.3.6	Existe um coordenador/gestor do cuidado do Programa na operadora (Este item não se aplica às operadoras exclusivamente odontológicas)	Essencial
<p>Interpretação:</p> <p>Define-se a coordenação do cuidado como a articulação entre os diversos serviços e ações relacionados à atenção à saúde de maneira que, independentemente do local onde seja prestado, esteja sincronizado e voltado ao alcance de um objetivo comum (NUNES et al., 2006 apud OLIVEIRA, 2013). Para atingir esta sincronização entre os prestadores de serviços do mesmo ou de diferentes níveis de atenção, é importante a existência do coordenador/gestor do cuidado num Programa de Gerenciamento de Condições Crônicas de Saúde. Compete a este coordenador/gestor a ordenação dos fluxos e dos contrafluxos nos diversos níveis da rede de prestadores de serviço. Para tanto, é essencial que o mesmo tenha fácil acesso às informações a respeito de problemas e atendimentos anteriores das pessoas com doenças crônicas, tendo em conta que este histórico está relacionado às necessidades para os atendimentos presentes (STARFIELD, 2002).</p> <p>Desse modo, o coordenador/gestor do cuidado exerce um papel de facilitador da integração da atenção básica/primária com a atenção ambulatorial especializada e a atenção hospitalar no cuidado às pessoas com doenças crônicas (MENDES, 2012), superando a atuação fragmentada e pouco coordenada característica da Saúde Suplementar brasileira.</p> <p>Na perspectiva do beneficiário, a coordenação do cuidado possibilita que as distintas intervenções sejam percebidas e vivenciadas como continuidade assistencial e que suas necessidades de atenção à saúde, além de suas expectativas pessoais, sejam adequadamente atendidas (ALMEIDA, 2010).</p>		
<p>Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:</p> <p>Comprovar a existência de um coordenador/gestor de integração do cuidado do Programa. O coordenador/gestor deve ser um profissional de saúde com a função de alinhar as ações nos diversos níveis de atenção à saúde, facilitar a comunicação entre os diversos profissionais de saúde envolvidos e garantir a continuidade e a integralidade do cuidado às pessoas com doenças crônicas.</p>		
3.3.7	O Programa realiza avaliação clínica inicial e avaliações periódicas de acordo com o protocolo estabelecido e necessidades individuais dos beneficiários. (Este item não se aplica às operadoras exclusivamente odontológicas)	Essencial

<p><b>Interpretação:</b> As avaliações são importantes pontos de partida e de acompanhamento na atenção à saúde. Tendo como propósito fundamental dar suporte aos processos decisórios no âmbito do sistema de saúde, deve subsidiar a identificação de problemas e a reorientação de ações e serviços desenvolvidos, avaliar a incorporação de novas práticas sanitárias na rotina dos profissionais e mensurar o impacto das ações implementadas pelos serviços e programas sobre o estado de saúde da população. A avaliação em saúde deve ser um instrumento institucionalizado nos Programas de Saúde (BRASIL, 2005).</p>		
<p>Tendo como base políticas já implementadas, a ANS propõe que uma das ações mais importantes dentro do modelo de cuidado ao idoso é sem dúvida a avaliação funcional. Ela deve ser realizada logo ao iniciar o paciente na rede e repetida regularmente ou quando for necessária dentro das etapas do cuidado. Estudos têm demonstrado que medidas de avaliação da capacidade funcional são importantes preditores para o prognóstico e desfecho de internação para o idoso (ANS, 2016). Assim como na atenção ao idoso, a avaliação clínica inicial e periódica é de extrema importância no acompanhamento de doenças crônicas, identificando sintomas precocemente e dando maior subsídio a estratégias de acompanhamento e modificações na qualidade de vida da pessoa</p>		
<p><b>Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:</b> Para análise deste item, o auditor deve buscar comprovações de avaliações iniciais e periódicas realizadas de forma sistemática com os pacientes participantes do programa. A busca deve envolver pesquisas em prontuários e nos sistemas de informação que tratam do acompanhamento do programa.</p>		
3.3.8	As ações realizadas são formalmente registradas no prontuário de cada beneficiário. (Este item não se aplica às operadoras exclusivamente odontológicas)	Essencial
<p><b>Interpretação:</b> A importância do registro em saúde teve seu início na prática clínica, na qual os profissionais de saúde identificaram a necessidade de recorrer à história clínica e evolutiva para acompanhamento dos doentes. Estratégico para a decisão clínica e gerencial, para o apoio à pesquisa e formação profissional, atualmente o registro é considerado critério de avaliação da qualidade da prestação de serviço de saúde, isto é, a qualidade dos registros efetuados é reflexo da qualidade da assistência prestada, sendo ponto chave para informar acerca do processo de trabalho. Destina-se, ainda, ao subsídio dos processos de gestão, ao ensino e à pesquisa em saúde; à formulação, implementação e avaliação de políticas públicas; além de documentar demandas legais (VASCONCELLOS, 2008). Estudos relatam associação entre uso de registro em saúde com melhoria da qualidade do cuidado, na estrutura organizacional e na comunicação entre a equipe de saúde (ADAMS et al, 2003; VASCONCELLOS, 2008; WAGNER et al, 2000). Assim, verifica-se a importância de que as ações planejadas e executadas para o Programa sejam registradas para cada beneficiário.</p>		
<p><b>Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:</b> A análise deste item deve auditar os prontuários de cada beneficiário, constatando se as ações propostas nos protocolos foram cumpridas.</p>		
3.3.9	O Programa adota formalmente Termo de Consentimento Informado para participação e Termo de Desligamento do Programa. (Este item não se aplica às operadoras exclusivamente odontológicas)	Complementar
<p><b>Interpretação:</b> O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), originalmente, é um termo definido na Resolução nº 466/2012, que dispõe as diretrizes em ética em pesquisa com seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde (CNS): "TCLE - documento no qual é explicitado o consentimento livre e esclarecido do participante e/ou de seu responsável legal, de forma escrita, devendo conter todas as informações necessárias, em linguagem clara e objetiva, de fácil entendimento, para o mais completo esclarecimento sobre a pesquisa a qual se propõe participar". De acordo com a definição utilizada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), em sua Recomendação nº 1/2016, o consentimento livre e esclarecido consiste no ato de decisão, concordância e aprovação do paciente, ou de seu representante, após a necessária informação e explicações, sob a responsabilidade do médico, a respeito dos procedimentos diagnósticos ou terapêuticos que lhe são indicados (CFM, 2016). De acordo com a Recomendação nº 1/2016 do CFM, o consentimento livre e esclarecido é um direito do paciente e dever do médico, possuindo tripla função: a) Cumprir o papel primordial de respeitar os princípios da autonomia, da liberdade de escolha, da dignidade e do respeito ao paciente e da igualdade, na medida em que, previamente a qualquer procedimento diagnóstico e/ou terapêutica que lhe seja indicado, o paciente será cientificado do que se trata, o porquê da recomendação ou como será realizado. A informação deve ser suficiente, clara, ampla e esclarecedora, de forma que o paciente tenha condições de decidir se consentirá ou não; b) Efetivar estreita relação de colaboração e de participação entre médico e paciente; c) Definir os parâmetros de atuação do médico (CFM, 2016). Para o Ministério da Saúde, o Termo de Consentimento Informado tem por objetivo o comprometimento do paciente (ou de seu responsável) e do médico com o tratamento estabelecido. Deve ser assinado por ambos após leitura pelo paciente ou seu responsável e esclarecimento de todas as dúvidas pelo médico assistente. Com o objetivo de facilitar o entendimento por parte do paciente ou de seus cuidadores, o texto deve ser escrito em linguagem de fácil compreensão (BRASIL, 2014).</p>		
<p><b>Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:</b> Verificar os termos de consentimento informados e os termos de desligamento do programa pelos auditores, sendo que o consentimento formal, ou o desligamento do programa podem ser evidenciados por documento impresso assinado, ligação telefônica gravada ou outros meios eletrônicos, como e-mail. Para os casos de desligamento do programa por abandono do beneficiário, poderão ser aceitos registros formais no prontuário eletrônico do beneficiário.</p>		
3.3.10	A Operadora monitora os resultados do Programa por meio de indicadores, de acordo com a periodicidade planejada. (Este item não se aplica às operadoras exclusivamente odontológicas)	Complementar

<p><b>Interpretação:</b> Avaliar significa realizar um julgamento sobre uma intervenção com o objetivo de auxiliar na tomada de decisões (CONTANDRIOPOULOS et al, 1997), sendo considerada uma importante ferramenta para verificar a eficácia das ações estabelecidas e subsidiar o processo de planejamento. A OMS (2000) conceitua a avaliação como "Processo de determinação, sistemática e objetiva, da relevância, efetividade, eficiência e impacto de atividades fundamentadas em seus objetivos. É um processo organizacional para implementação de atividades e para colaborar no planejamento, programação e tomada de decisão". Instituído o programa, este precisa ser oferecido e acessível à população-alvo, além de ter adequada qualidade. Com isso, é necessário que a população aceite o programa e o utilize. Essa utilização resultará em uma dada cobertura da intervenção que, uma vez alcançada, produzirá um impacto (resultado populacional) sobre um comportamento ou sobre a saúde. Para que essas etapas sejam devidamente</p>		
<p>avaliadas, torna-se imprescindível a escolha de indicadores, o que dependerá das características do próprio programa ou intervenção (BRASIL, 2007; ANS, 2011b). Entende-se por indicadores de saúde, parâmetros utilizados, aceitos universalmente, com o objetivo de direcionar o planejamento das ações programáticas, avaliar e monitorar o estado de saúde da população coberta pelo programa em um período definido (ANS, 2009).</p>		
<p>Donabedian identifica três tipos de indicadores de avaliação: estrutura, processo e resultado. Indicadores de estrutura dizem respeito à área física, tecnologia apropriada, recursos humanos, medicamentos, acesso a normas de avaliação e manejo de pacientes, entre outros; e identificam as condições sob as quais o cuidado à saúde é oferecido aos usuários (DONABEDIAN, 1984). O indicador específico a ser utilizado na avaliação depende das características do próprio programa. A população a que o programa se dirige gera indicadores de cobertura. A natureza do programa, os instrumentos, equipamentos e recursos humanos utilizados, o método de veiculação para a população-alvo, entre outros, fornecem elementos para a formulação de indicadores de oferta. Os registros sobre a implementação do programa são úteis para a construção de indicadores de utilização e oferta. Os objetivos do programa, por sua vez, permitem construir indicadores de impacto (BRASIL, 2007; ANS, 2011b).</p>		
<p><b>Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:</b> Considerar a periodicidade planejada apresentada pela operadora para coleta de indicadores e avaliação dos resultados, buscando comprovações da aplicação dos indicadores e da elaboração de estudos de análise dos mesmos. A comprovação deve incluir: ficha técnica do(s) indicador(es), as análises periódicas e planos de ação, quando necessário. O plano de ação deverá ser devidamente documentado e possuir metas e prazos para a implementação das melhorias identificadas como necessárias e estar vinculado aos objetivos estratégicos da operadora, quando couber.</p>		
3.3.11	O Programa de crônicos e/ou crônicos complexos conta com cobertura mínima de 20% da população-alvo. (Este item não se aplica às operadoras exclusivamente odontológicas)	Complementar
<p><b>Interpretação:</b> Com o objetivo de realizar uma mudança do modelo de atenção e reorganização da rede assistencial na saúde suplementar, a proposta apresenta a exigência de uma cobertura populacional significativa da carteira da operadora de crônicos e/ou crônicos complexos. Em outros Programas da ANS, como o de promoção e prevenção, ressalta-se que para a efetividade das ações e obtenção de resultados positivos na saúde dos beneficiários, recomenda-se que os programas alcancem o maior número possível de beneficiários (ANS, 2011b). Sendo assim, apresenta-se a sugestão de que a operadora possua um Programa de Gestão de Condições Crônicas de Saúde que cubra, ao menos, 20% de sua população-alvo, sendo esta por sua vez, evidenciada através de estudos demográficos e epidemiológicos da carteira de beneficiários, conforme descrito anteriormente.</p>		
<p><b>Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:</b> Comprovação de cobertura mínima de 20% da população-alvo, de crônicos e/ou crônicos complexos, que é a população-alvo do programa. Recomenda-se a apresentação de estudos que comprovem a quantidade de beneficiários que apresentam condições crônicas e complexas em saúde, garantindo a participação de pelo menos 20% destes no Programa de Gestão de Condições Crônicas de Saúde da Operadora.</p>		
3.3.12	Existe estratégia de educação continuada para a equipe do Programa. (Este item não se aplica às operadoras exclusivamente odontológicas)	Complementar
<p><b>Interpretação:</b> A Educação Continuada é um processo permanente de treinamento, aperfeiçoamento e atualização profissional, visando atender necessidades do serviço e promover elevado padrão de assistência, sob o ponto de vista humano, técnico-científico e ético (LIMA, JORGE e MOREIRA, 2006).</p>		
<p>A educação continuada na saúde representa um conjunto de ações essenciais que possibilitam a qualificação dos profissionais responsáveis pelos cuidados ofertados aos clientes, além de permitir a integração da vivência diária com os conteúdos teóricos, para que haja qualidade na execução do trabalho. Sendo que essa educação baseia-se no problema vivenciado em cada localidade, a fim de resolvê-lo através do oferecimento de conhecimento e capacitação aos trabalhadores (HETTI et al, 2013; LAPROVITA et al, 2016; SANTOS, 2017). A educação continuada propõe transformações das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e devem ser executadas tendo como referência as necessidades de saúde e promoção da saúde das pessoas para que a atenção prestada seja relevante e de qualidade (SANTOS, 2017).</p>		
<p><b>Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:</b> Verificar se a operadora possui projeto com previsão de educação continuada para os profissionais envolvidos no programa de Gestão do Cuidado de Condições Crônicas de Saúde, e verificando se o projeto é implementado de fato.</p>		

3.3.13	A Operadora estabelece parcerias com estabelecimentos e instituições, com vistas a estimular a adesão dos beneficiários a hábitos saudáveis, tais como academias, restaurantes, clubes, etc. (Este item não se aplica às operadoras exclusivamente odontológicas)	Complementar
<p>Interpretação:</p> <p>Estudos epidemiológicos demonstram expressiva associação entre estilo de vida e qualidade de vida. Hábitos de vida que incorporam atividade física regular e dieta saudável previnem a ocorrência de eventos cardíacos, reduzem a incidência de acidente vascular cerebral, hipertensão, diabetes mellitus do tipo 2, cânceres de cólon e mama, fraturas osteoporóticas, doença vesicular, obesidade, depressão e ansiedade, além de retardarem a mortalidade (ACSM, 2007).</p>		
<p>Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:</p> <p>Para pontuar neste item, a operadora deve comprovar possuir parcerias com restaurantes, academias e outros espaços que favoreçam a adoção de hábitos de vida saudável para os beneficiários participantes do programa.</p>		
3.3.14	A Operadora possui Programa para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças aprovado pela ANS	Complementar
<p>Interpretação:</p> <p>A ANS considera como um Programa para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças aquele que possua um conjunto de atividades estrategicamente ordenadas e sistematizadas pelas operadoras de planos privados de saúde, não só para o controle de patologias e agravos, mas prioritariamente para a sua prevenção, direcionadas a toda a população da carteira ou com perfil epidemiológico de risco conhecido, sob a ação e a coordenação multiprofissional (ANS, 2009).</p> <p>Nesse sentido um programa para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças pode ser definido como um conjunto orientado de estratégias e ações programáticas integradas e transversais que objetivam a promoção da saúde; a prevenção de riscos, agravos e doenças; a compressão da morbidade; a redução dos anos perdidos por incapacidade e o aumento da qualidade de vida dos indivíduos e populações (ANS, 2011a; ANS, 2011b).</p>		
<p>A ANS publicou em agosto de 2011 a Resolução Normativa nº 264, que dispõe sobre Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças, define conceitos e estabelece as modelagens dos programas, e a Resolução Normativa nº 265 que dispõe sobre os incentivos para a participação dos beneficiários nos programas, mediante a oferta de descontos e prêmios.</p> <p>O intuito das normas é ampliar o esforço que a ANS vem fazendo no sentido de inverter a lógica existente hoje no setor, pautado pelo tratamento da doença e não pelo cuidado da saúde. A implementação de programas que coadunem estratégias para a promoção da saúde e a prevenção de riscos, vulnerabilidades e doenças tem por objetivo, entre outros, qualificar a gestão em saúde, através de um modo de produção do cuidado centrado nas necessidades dos indivíduos e, ao mesmo tempo, racionalizar os custos assistenciais.</p> <p>Devido a especificidades das Operadoras exclusivamente odontológicas devem ser verificados programas de Promoção da Saúde e prevenção de riscos e doenças na área de saúde bucal.</p>		
<p>Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:</p> <p>Declaração de aprovação de Programa para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças (Programa Promoprev) emitido pela ANS, cuja emissão é feita pelo link <a href="http://www.ans.gov.br/externo/site/perfil_operadoras/promoprev/DeclaracaoAprovacao/emitir_declaracao.asp">http://www.ans.gov.br/externo/site/perfil_operadoras/promoprev/DeclaracaoAprovacao/emitir_declaracao.asp</a></p>		
3.3.15	O Programa é gerido por meio de sistema de informação que contempla o cadastro dos participantes e o registro do acompanhamento das ações. (Este item não se aplica às operadoras exclusivamente odontológicas)	Excelência
<p>Interpretação:</p> <p>Define-se como Sistema de Informação Clínica o conjunto de componentes inter-relacionados que coletam, processam, armazenam e distribuem informações que permitem, por exemplo, auxiliar na prestação de cuidados de saúde, contribuir para os processos de decisão clínica, monitorar a qualidade dos cuidados prestados, melhorar a gestão e planejamento dos cuidados de saúde, contribuir para a pesquisa e para a formação dos profissionais de saúde (ARAÚJO, 2007; PIRES et al., 2015).</p>		
<p>Estes sistemas são estruturantes do Programa de Gestão do Cuidado de Condições Crônicas de Saúde, pois possibilitam a identificação única dos beneficiários participantes e o registro eletrônico de saúde (RES) ou prontuário eletrônico do paciente (PEP), um conjunto de informação estruturada e codificada que contém dados relacionados com a saúde e a doença de um paciente. Estes registros contêm dados relativos à história clínica do paciente, diagnósticos, tratamentos efetuados, prescrições terapêuticas, solicitações e resultados de exames complementares de diagnóstico, histórico de consulta, internação, cirurgias e outros (ARAÚJO, 2007).</p> <p>Os Sistemas de Informação Clínica fornecem subsídios precisos para a estratificação de risco da população de beneficiários adscritos ao Programa, planejamento e acompanhamento do cuidado na rede de prestadores de serviço e a comunicação entre a atenção básica/primária e os diferentes níveis de atenção (BRASIL, 2013d).</p>		
<p>Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:</p> <p>Comprovação da existência e do funcionamento de Sistema de Informação Clínica no qual estejam cadastrados os beneficiários participantes do Programa e estejam inseridos os RES da totalidade destes participantes. Do mesmo modo, deverá ser possível a obtenção de relatórios de monitoramento da qualidade do cuidado prestado, por meio de indicadores.</p>		
3.3.16	A Operadora avalia o impacto em saúde dos resultados do Programa e adota plano de ação a partir da avaliação dos resultados. (Este item não se aplica às operadoras exclusivamente odontológicas)	Excelência

<p><b>Interpretação:</b> A avaliação de um programa pode ser utilizada para detectar problemas e obstáculos, fazer modificações e evitar erros, com o objetivo de aumentar os resultados positivos. A avaliação implica coletar informação, analisá-la e discutir os resultados com todos os que exercem funções dentro do programa. Como resultado de uma avaliação pode-se renovar o programa ou descontinuí-lo, além de permitir a verificação da possibilidade de ampliar a cobertura para atender a mais pessoas ou outras regiões (OPAS, 1990). A avaliação do impacto em saúde obtido com a implementação do Programa torna-se, assim, essencial para que seja possível avaliá-lo de forma completa, repensar ações e reavaliar as etapas, objetivos e metas a serem implementadas.</p>		
<p><b>Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:</b> A operadora deve comprovar a realização de estudos de avaliação dos resultados em saúde, a partir da implementação do programa de gestão de condições crônicas de saúde, este documento deve ainda ser utilizado como base para possíveis modificações e adequações do programa. Deve-se verificar a existência de indicadores e/ou relatórios gerenciais que comprovem os benefícios do Programa.</p>		
3.3.17	A Operadora avalia o impacto econômico-financeiro dos resultados do Programa e adota plano de ação a partir da avaliação dos resultados. (Este item não se aplica às operadoras exclusivamente odontológicas)	Excelência
<p><b>Interpretação:</b> A avaliação econômico-financeira é a análise quantitativa dos custos e resultados de uma intervenção em programas e projetos. Sua finalidade é identificar a melhor utilização dos recursos através da estimativa e comparação de custos e consequências das opções existentes para a consecução de um objetivo dentro do programa (ZUNIGA, 1994). A avaliação econômico-financeira deve ser utilizada para elaboração de plano de ação, pois implica um processo de tomada de decisões mais embasado, uma vez que observa um parâmetro totalmente objetivo e racional, considerando um sistema consistente de valores para a consecução dos objetivos do programa. Os gestores então podem realizar os processos de decisão de forma transparente, indicando os critérios de decisão e a prioridade na alocação de recursos de acordo com a avaliação econômico-financeira (ROVIRA, 2004). Assim, a avaliação econômico-financeira dos resultados do Programa é etapa essencial para a tomada de decisões no sentido de fazer ajustes e modificações no plano de ação do programa.</p>		
<p><b>Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:</b> A operadora deve comprovar a realização de estudos de avaliação econômico-financeira dos resultados do programa a partir da implementação do programa de gestão de condições crônicas de saúde, este documento deve ainda ser utilizado como base para possíveis modificações e adequações do programa. Deve-se verificar a existência de indicadores e/ou relatórios gerenciais que comprovem os benefícios do Programa.</p>		
3.4 Assistência Farmacêutica		
<p><b>Interpretação:</b> O acesso a medicamentos, vacinas e tecnologia em saúde é um dos principais desafios em todos os países das Américas: a disponibilidade contínua de insumos públicos e tecnologias de qualidade nas instituições públicas e privadas de saúde, selecionados, adquiridos e usados, conforme as orientações dadas na política nacional de saúde, facilitam a atenção integral ao paciente e o bem-estar das populações mais vulneráveis no país (OPAS, 2011). A Assistência Farmacêutica envolve atividades de caráter abrangente, multiprofissional e intersetorial, que têm como finalidade precípua a promoção do acesso a medicamentos de qualidade, assim como de seu uso racional. Tem como seu objeto de trabalho a organização das ações e serviços relacionados ao medicamento (LUIZA, 2006). O uso racional de medicamentos parte do princípio que o paciente recebe o medicamento apropriado para suas necessidades clínicas, nas doses individualmente requeridas para um adequado período de tempo e a um baixo custo para ele e sua comunidade. O uso irracional de medicamentos por prescritores e consumidores é um problema muito complexo, o qual necessita da implementação de diferentes formas de intervenções ao mesmo tempo (OPAS, 2011).</p>		
3.4.1	A Operadora conta com política formalizada de assistência farmacêutica para os medicamentos de uso domiciliar de cobertura obrigatória, que contemple: armazenamento, dispensação e orientação dos beneficiários, coordenada por um farmacêutico. (Este item não se aplica às operadoras exclusivamente odontológicas)	Essencial
<p><b>Interpretação:</b> A assistência farmacêutica consiste em um conjunto de ações direcionadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, através da promoção do acesso aos medicamentos e uso racional. De acordo com a OMS, o uso adequado de medicamentos acontece quando os pacientes recebem os medicamentos apropriados à sua condição de saúde, em doses adequadas às suas necessidades individuais, por um período de tempo adequado e ao menor custo possível para eles e sua comunidade (OMS, 1985).</p>		
<p><b>Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:</b> Verificar a existência de documento com a descrição da política farmacêutica utilizada pela operadora, além da comprovação da implementação desta por meio de registros na operadora.</p>		
3.4.2	A Operadora oferece orientação sobre o uso racional de medicamentos para seus beneficiários, utilização e armazenamento adequado, em especial para os quimioterápicos de uso oral. (Este item não se aplica às operadoras exclusivamente odontológicas)	Complementar

<p><b>Interpretação:</b> O uso racional e seguro de medicamentos ocorre quando o indivíduo recebe o medicamento adequado à sua necessidade clínica, na dose e posologias corretas, por um período de tempo apropriado e com o menor custo para si próprio e para a comunidade. Medidas de disseminação de informações de uso racional e seguro de medicamentos, para os usuários, devem ser promovidas pelas operadoras de planos privados de saúde e estarem disponíveis em lugares de fácil visualização na rede credenciada de prestadores de serviços de saúde e nos sites das operadoras. O Conselho Federal de Farmácia (CFF), em parceria com o Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos (ISMP) e o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN),</p>		
<p>possui diretrizes e campanhas de orientação dos profissionais de saúde sobre a importância da clareza no preenchimento da prescrição e do prontuário visando melhorar a segurança do paciente. As Diretrizes são baseadas no Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), do Ministério da Saúde. De acordo com o Ministério da Saúde, em 2014, na atenção primária os erros de medicação foram a principal causa de eventos adversos, principalmente em crianças e idosos. Esses erros podem ser causados por diferentes fatores que potencialmente interferem na prescrição, na dispensação, na administração, no consumo e no monitoramento de medicamentos, o que pode ocasionar sérios prejuízos para a saúde e até mesmo a morte. É necessário ter transparência na prescrição, com esclarecimentos e disponibilidade do profissional diante de possíveis reações adversas e erros.</p>		
<p><b>Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:</b> As orientações e os Protocolos e Diretrizes de Uso Seguro devem estar documentados e disponíveis para consulta em todos os serviços da rede da operadora de planos privados de saúde.</p>		
3.4.3	A Operadora oferece programa de desconto em farmácia para medicamentos. (Este item não se aplica às operadoras exclusivamente odontológicas)	Excelência
<p><b>Interpretação:</b> No intuito de aumentar a adesão ao tratamento pelos beneficiários, uma das alternativas de fácil implementação é a oferta de descontos em medicamentos para beneficiários de planos de saúde. Esta mudança pode acarretar maior adesão ao tratamento e melhores resultados clínicos na assistência à saúde.</p>		
<p><b>Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:</b> Buscar a comprovação de existência de Contratos/Convênios com farmácias para fornecimento de descontos na compra de medicamentos para beneficiários da operadora de planos de saúde.</p>		
3.4.4	A Operadora dá cobertura parcial ou total de medicamentos, no âmbito do Programa de Gestão do Cuidado de Condições Crônicas de Saúde. (Este item não se aplica às operadoras exclusivamente odontológicas)	Excelência
<p><b>Interpretação:</b> Estudos demonstram que portadores de doenças crônicas, quando tratados de forma parcial ou incompleta, podem ter a sua condição de saúde agravada, levando a níveis elevados de utilização dos recursos de assistência à saúde (MILLER, 1997). A não cobertura de medicamentos ou serviços de suporte pode desestimular o autocuidado e a adesão aos programas. A associação do benefício farmacêutico, com os programas de gerenciamento de doenças, assegura o cumprimento dos planos terapêuticos e uso adequado dos medicamentos prescritos, potencializando os resultados.</p>		
<p><b>Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:</b> A análise deste item deve buscar evidências de disponibilização de medicamentos ou subsídios a beneficiários que participam de Programa de Gestão de Condições Crônicas de Saúde oferecidos pela Operadora.</p>		
<p><b>3.5 Modelos de Remuneração Baseado em Valor</b></p>		
<p><b>Interpretação:</b> As operadoras de planos de saúde remuneram de acordo com a negociação realizada e pactuada com os prestadores de serviços de saúde da rede credenciada. A hegemonia hoje dos modelos de pagamento é do modelo <i>Fee For Service</i>. A maioria dos sistemas de saúde lida com uma enorme variedade de metodologias de remuneração: "remuneração baseada em valor", dentre estes podemos destacar: pagamento por desempenho ("<i>pay for performance</i>"), remuneração por economias geradas ("<i>shared savings</i>"), pagamentos por episódio clínico ("<i>bundled payments</i>"), método de pagamento per capita ("<i>capitation</i>").</p>		
<p>Os critérios para eleição de incentivos financeiros e pactuação de metas devem estar orientados pelas decisões de alocação de recursos, prioridades da gestão de metas de qualidade em saúde e variam conforme diferentes coberturas populacionais e porte da operadora. A remuneração adequada e orientada por valor deve considerar os objetivos e metas estratégicas estabelecidas pela operadora ao contratar sua rede prestadora de serviços de saúde (OPAS, 2007). A remuneração baseada em valor visa a promoção da qualidade e o valor dos serviços de saúde. A finalidade do programa é alterar o pagamento baseado em volume, ou seja, pelos pagamentos de taxa por serviço para pagamentos que correspondem aos resultados. A sua implementação buscar incentivar ações centradas no paciente e melhorias organizacionais (CONASS, 2003).</p>		
3.5.1	A Operadora adota política de incentivos financeiros para estimular o monitoramento de indicadores de qualidade e segurança do paciente por sua rede prestadora de serviços.	Essencial
<p><b>Interpretação:</b> A adoção de modelos de remuneração que estejam atrelados à qualidade em saúde passa pela necessidade de se incentivar a avaliação de resultados em saúde (OPAS, 2007). A utilização de indicadores de mensuração de qualidade e de segurança do paciente é uma prática difundida na saúde e com recomendações internacionais. Portanto, o incentivo ao uso de indicadores para monitoramento da qualidade e da segurança do paciente pelos prestadores torna-se uma recomendação importante para melhorar a prestação de serviços em saúde.</p>		

<p>Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:</p> <p>A análise deste item deve buscar evidências da utilização de incentivos financeiros ou adoção de modelos de remuneração que estimulem a utilização de monitoramento de indicadores de qualidade e segurança do paciente. Sugestão de implementação do item em pelo menos 30% dos hospitais, ou 30% dos serviços de apoio diagnóstico e terapia, ou 30% dos profissionais de saúde que compõem a rede da operadora.</p>		
3.5.2	A Operadora adota política de incentivos financeiros para estimular a rede prestadora de serviços na utilização de protocolos e diretrizes clínicas e protocolos de segurança do paciente, baseados em evidências e validados por metodologia reconhecida por entidades nacionais e internacionais de referência.	Essencial
<p>Interpretação:</p> <p>A temática segurança do paciente encontra-se intrinsecamente relacionada à qualidade nos serviços de saúde e vem sendo amplamente referida e discutida pelos setores prestadores de serviços de saúde, pelas entidades de classe e pelos órgãos governamentais (SAMPAIO, 2014).</p> <p>Acredita-se que para alcançar a qualidade da assistência e garantir maior segurança do paciente, é fundamental a ocorrência de mudanças na cultura do cuidado em saúde, na qual os erros não devem ser percebidos como o resultado da incompetência da ação humana, mas, sobretudo, como oportunidades para melhorar o sistema, promovendo uma cultura de segurança (IOM, 2001).</p>		
<p>Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:</p> <p>A análise deste item deve buscar evidências da utilização de incentivos financeiros que estimulem a utilização de protocolos e diretrizes clínicas, assim como protocolos de segurança do paciente, baseados em evidências e validados por metodologia reconhecida por entidades nacionais e internacionais de referência em pelo menos 30% dos hospitais, ou 30% dos serviços de apoio diagnóstico e terapia, ou 30% dos profissionais de saúde que compõem a rede da operadora. O auditor deve verificar se as diretrizes e os protocolos clínicos adotados foram validados pelo método AGREE-II, ou pela metodologia proposta pela Associação Médica Brasileira (AMB), pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2016), ou algum outro instrumento confiável.</p>		
3.5.3	A Operadora adota política de incentivos financeiros para estimular sua rede prestadora de serviços a implantar comissões de verificação de prontuário, incentivando a realização de auditoria médica/odontológica ou mecanismo similar dos prontuários.	Complementar
<p>Interpretação:</p> <p>A avaliação da qualidade da atenção assistencial dispensada aos beneficiários de planos de saúde depende da informação disponível registrada na rede de prestadores de serviços de saúde. Uma das fontes de informação primária é o prontuário do paciente, onde devem ser registradas todas as informações assistenciais relevantes sobre o usuário. A implantação das comissões de verificação de prontuário, conforme Resolução nº 1638/2002 do CFM, além de auditoria do prontuário do paciente, que deve ser realizada periodicamente, são medidas importantes para que a estratégia de prestação de serviços possa ser reavaliada</p>		
<p>Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:</p> <p>A análise desse item deve buscar evidência da adoção de incentivos por parte da operadora para que seus prestadores de serviço hospitalar implantem comissões de verificação de prontuário e implementem auditoria médica/odontológica nos prontuários dos pacientes.</p>		
3.5.4	Nos casos em que a operadora utiliza o <i>Fee For Service</i> para a remuneração de prestadores de serviços de saúde, este é conjugado com avaliação de desempenho do prestador.	Complementar
<p>Interpretação:</p> <p>O pagamento por procedimento (<i>Fee For Service</i>) incentiva os prestadores a realizarem muitos procedimentos e utilizarem tecnologias desnecessárias, pois isto garante sua maior remuneração. Uma forma de mitigar este efeito do sistema é atrelá-lo ao pagamento por desempenho, que consiste em incluir incentivos para que o prestador busque atingir uma meta de qualidade (BESSA, 2011). Os incentivos para a busca do melhor desempenho no atendimento ao cliente podem ser positivos (maior remuneração pela qualidade), ou negativos (menor remuneração, ou não pagamento do serviço). Estes incentivos podem ser implementados prospectivamente ou retrospectivamente. Para tanto é necessário mensurar a qualidade dos procedimentos prestados pela rede prestadora de serviços de saúde.</p>		
<p>Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:</p> <p>A análise desse item deve buscar verificar se a remuneração por procedimento prestado, praticado pela operadora, está acoplada a programas de incentivo para os prestadores que atingem a meta de qualidade previamente pactuada. Sugere-se que as metas sejam: pelo menos 15% dos hospitais, ou 15% dos serviços de apoio diagnóstico e terapia, ou 15% dos profissionais de saúde que compõem a rede da operadora.</p>		
3.5.5	A Operadora utiliza modelos de remuneração de prestadores de serviços de saúde alternativos ao <i>Fee For Service</i> na sua rede hospitalar. (Este item não se aplica às operadoras exclusivamente odontológicas)	Excelência
<p>Interpretação:</p> <p>O pagamento por procedimento ("<i>Fee For Service</i>") para a remuneração de prestadores de serviços de saúde é o sistema mais comumente utilizado no Brasil e no mundo, mas vem sendo substituído por outras formas de pagamento que agregam valor. Nos últimos anos, uma série de métodos de remuneração alternativos, que se enquadram no conceito de "remuneração baseada em valor", vem sendo adotados: pagamento por desempenho ("<i>pay-for performance</i>"); remuneração por economias geradas ("<i>shared savings</i>"); pagamentos por episódio clínico ("<i>bundled payments</i>"); e método de pagamento <i>per capita</i> ("<i>capitation</i>"), em que os fornecedores recebem um valor fixo por usuário inscrito no programa, assumindo todos os riscos envolvidos, em um determinado lapso de tempo (mensal ou anual). Cada método de remuneração</p> <p>de seus prestadores credenciados implica vantagens e desvantagens. Estes métodos de remuneração podem ser utilizados de forma isolada ou combinada. O mais importante é que a escolha recaia no método ou combinação de métodos que implique em maior valor agregado ao paciente.</p>		

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: A análise desse item deve buscar evidências da utilização de modelos de remuneração alternativos ao <i>Fee For Service</i> para pelo menos 15% da rede hospitalar		
3.5.6	A Operadora utiliza modelos de remuneração de prestadores de serviços de saúde alternativos ao <i>Fee For Service</i> em sua rede de SADT.	Excelência
<p>Interpretação:</p> <p>O pagamento por procedimento ("<i>Fee For Service</i>") para a remuneração de prestadores de serviços de saúde é o sistema mais comumente utilizado no Brasil e no mundo, mas vem sendo substituído por outras formas de pagamento que agregam valor. Nos últimos anos, uma série de métodos de remuneração alternativos, que se enquadram no conceito de "remuneração baseada em valor", vem sendo adotados: pagamento por desempenho ("<i>pay for performance</i>"); remuneração por economias geradas ("<i>shared savings</i>"); pagamentos por episódio clínico ("<i>bundled payments</i>"); e método de pagamento per capita ("<i>capitation</i>"), em que os fornecedores recebem um valor fixo por usuário inscrito no programa, assumindo todos os riscos envolvidos, em um determinado lapso de tempo (mensal ou anual). Cada método de remuneração de seus prestadores credenciados implica vantagens e desvantagens. Estes métodos de remuneração podem ser utilizados de forma isolada ou combinada. O mais importante é que a escolha recaia no método ou combinação de métodos que implique em maior valor agregado ao paciente.</p>		
Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: A análise desse item deve buscar evidências da utilização de modelos de remuneração alternativos ao <i>Fee For Service</i> para pelo menos 15% da rede de SADT.		
3.5.7	A Operadora utiliza modelos de remuneração de prestadores de serviços de saúde alternativos ao <i>Fee For Service</i> em sua rede de profissionais de saúde	Excelência
<p>Interpretação:</p> <p>O pagamento por procedimento ("<i>Fee For Service</i>") para a remuneração de prestadores de serviços de saúde é o sistema mais comumente utilizado no Brasil e no mundo, mas vem sendo substituído por outras formas de pagamento que agregam valor. Nos últimos anos, uma série de métodos de remuneração alternativos, que se enquadram no conceito de "remuneração baseada em valor", vem sendo adotados: pagamento por desempenho ("<i>pay for performance</i>"); remuneração por economias geradas ("<i>shared savings</i>"); pagamentos por episódio clínico ("<i>bundled payments</i>"); e método de pagamento per capita ("<i>capitation</i>"), em que os fornecedores recebem um valor fixo por usuário inscrito no programa, assumindo todos os riscos envolvidos, em um determinado lapso de tempo (mensal ou anual). Cada método de remuneração</p> <p>de seus prestadores credenciados implica vantagens e desvantagens. Estes métodos de remuneração podem ser utilizados de forma isolada ou combinada. O mais importante é que a escolha recaia no método ou combinação de métodos que implique em maior valor agregado ao paciente.</p>		
Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: A análise desse item deve buscar evidências da utilização de modelos de remuneração alternativos ao <i>Fee For Service</i> para pelo menos 15% da rede de profissionais de saúde.		
Referências Bibliográficas para Gestão em Saúde		
<p>ADAMS, W.G; MANN, A.M; BAUCHNER, H. Use of an electronic medical record improves the quality of urban pediatric primary care. <i>Pediatrics</i>, 2003;</p> <p>ALMEIDA, P.F. Estratégias de coordenação dos cuidados: fortalecimento da atenção primária à saúde e integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2010;</p> <p>ALMEIDA, P.F; et al. Estratégias de integração entre atenção primária à saúde e atenção especializada: paralelos entre Brasil e Espanha. <i>Saúde em Debate</i>. Rio de Janeiro, 2013;</p> <p>ALMEIDA, P.F, FAUSTO, M.C.R, GIOVANELLA, L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. <i>Rev Panam Salud Publica</i>, 2011;</p> <p>AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS. Ambulatory care formularies and pharmacy benefit management by managed care organisations. Philadelphia, PA: ACP, American Society of Internal Medicine, 2001;</p> <p>AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE - ACSM. Diretrizes do ACSM para os testes de esforço e sua prescrição. Traduzido por Giuseppe Taranto. 7ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007;</p> <p>ANDRAOS, C. e LORENZO, C. Sistema suplementar de saúde e internação domiciliar de idosos na perspectiva da bioética crítica. <i>Rev. bioét</i>, 2013;</p> <p>ARAÚJO, J.D. Polarização epidemiológica no Brasil. Informe Epidemiológico do SUS, 1992;</p> <p>ARAÚJO, S.C. Segurança na Circulação de Informação Clínica. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto, Porto, 2007;</p> <p>BAJOTTO, A.P; et al. Perfil do paciente idoso atendido por um Programa de Atenção Domiciliar do Sistema Único de Saúde em Porto Alegre, RS. <i>Rev HCPA</i>, 2012;</p> <p>BALABAN R.B.; et al. Redefining and redesigning hospital discharge to enhance patient care: a randomized controlled study. <i>J Gen Intern Med</i>, 2008;</p> <p>BELELA, A.S.C; et al. Revelação da ocorrência de erro de medicação em unidade de cuidados intensivos pediátricos. <i>Revista Brasileira de Terapia Intensiva</i>, São Paulo, 2010. Disponível em: &lt; <a href="http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-507X2010000300007&amp;script=sci_arttext">http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-507X2010000300007&amp;script=sci_arttext</a> Acesso em 17 de fevereiro;</p> <p>BERENSON, R; et al. Payment Methods and Benefit Designs: How They Work and How They Work Together to Improve Health Care. A Typology of Payment Methods. Research Report. Urban Institute, 2016;</p> <p>BESSA, R.O. Análise dos modelos de remuneração médica no setor de saúde suplementar brasileiro. São Paulo, 2011. Dissertação de Mestrado, Fundação Getúlio Vargas. SP, 2011;</p>		

BOACHIE, M K. Healthcare Provider-Payment Mechanisms: A Review of Literature. Journal of Behavioural Economics, Finance, Entrepreneurship, Accounting and Transport, 2014;

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Para entender a gestão do SUS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília: CONASS, 2003;

BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Nota Técnica nº 392 da Coordenadoria Geral de Legislação e Normas de Regulação e Supervisão da Educação Superior. Brasília: Ministério da Educação, 2013b;

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Cartilha para a modelagem de programas para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças. Rio de Janeiro: ANS, 2011a;

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Idoso na saúde suplementar: uma urgência para a saúde da sociedade e para a sustentabilidade do setor - Projeto Idoso bem cuidado. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2016;

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar. 3. ed. rev. e atual. - Rio de Janeiro: ANS, 2009;

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Manual técnico para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar. 4. ed. rev. e atual. - Rio de Janeiro: ANS, 2011b;

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Resolução Normativa nº 264, de 19 de agosto de 2011. Dispõe sobre Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças e seus Programas na saúde suplementar. Rio de Janeiro: ANS, 2011c;

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Resolução Normativa nº 265, de 19 de agosto de 2011. Dispõe sobre a concessão de bonificação aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde pela participação em programas para Promoção do Envelhecimento Ativo ao Longo do Curso da Vida e de premiação pela participação em programas para População-Alvo Específica e programas para Gerenciamento de Crônicos. Rio de Janeiro: ANS, 2011d;

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE - OPAS. Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar brasileira: Resultados do laboratório de inovação. Organizado pela Organização Pan-Americana da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar - Brasília, DF: OPAS; Rio de Janeiro: ANS, 2014;

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR.

Glossário APS. Disponível em:  
[http://www.ans.gov.br/images/ANEXO/RN/RN\\_440/Anexo\\_IV.2\\_Glossario\\_APS.pdf](http://www.ans.gov.br/images/ANEXO/RN/RN_440/Anexo_IV.2_Glossario_APS.pdf)

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA.

Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde - Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Brasília: ANVISA, 2016.

Disponível em: <

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 207, de 3 de janeiro de 2018. Dispõe sobre a organização das ações de vigilância sanitária, exercidas pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativas à Autorização de Funcionamento, Licenciamento, Registro, Certificação de Boas Práticas, Fiscalização, Inspeção e Normatização, no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária - SNVS. Brasília: ANVISA, 2018;

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Avaliação na Atenção Básica em Saúde: Caminhos da institucionalização. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Caderno de Atenção Domiciliar - Volume 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/geral/CAD\\_VOL1\\_CAP4.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/geral/CAD_VOL1_CAP4.pdf);

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2012. Disponível em: <

- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília, 2012c. Disponível em: < <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/pnan2011.pdf>>;
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria MS/GM nº 529, de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: < [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html)>;
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2013c. Disponível em: < [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963\\_27\\_05\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html)>;
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica. Brasília, DF, 2006b. (Cadernos de Atenção Básica, n. 14);
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA EXECUTIVA. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. Glossário temático: promoção da saúde. Brasília: 2012a;
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Síntese de evidências para políticas de saúde: adesão ao tratamento medicamentoso por pacientes portadores de doenças crônicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: < [http://brasil.evipnet.org/wp-content/uploads/2016/09/SinteseMedicamentos\\_set](http://brasil.evipnet.org/wp-content/uploads/2016/09/SinteseMedicamentos_set)>;
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sobre a Assistência Farmacêutica. 2018. Disponível em: < <http://portalms.saude.gov.br/assistencia-farmacaceutica/sobre-a-assistencia-farmacaceutica>>. Acesso em 02 mai. 2018;
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diretrizes Metodológicas - Elaboração de Diretrizes Clínicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: [http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2016/Diretrizes\\_Metodologicas\\_WEB.pdf](http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2016/Diretrizes_Metodologicas_WEB.pdf) (acesso em 14 de março de 2019).
- BUBALO, J. et al. Medication adherence: pharmacist perspective. Journal of the American Pharmacists Association, 2010;
- CAMPBELL S.M; et al. Research methods used in developing quality indicators in primary care. Qual Saf Health Care, 2002;
- CAPUCHO, H.C. Sistema manuscrito e informatizado de notificação voluntária de incidentes em saúde como base para a cultura de segurança do paciente. Ribeirão Preto, 2012. Tese (Doutorado), Universidade de São Paulo, SP. 2012;
- CARVALHO, T. et al. Posição oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte: atividade física e saúde. Revista Brasileira de Medicina do Esporte, 1996;
- CONILL, E.M. Análisis de la problemática de la integración de la APS en el contexto actual: causas que inciden en la fragmentación de servicios y sus efectos en la cohesión social. Intercambio III.2-1- 2007 Fortalecimiento de la Integración de la Atención Primaria con otros Niveles de Atención. Fundação Oswaldo Cruz, 2007;
- CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Programa de Suporte ao Cuidado Farmacêutico na Atenção à Saúde - PROFAR /. - Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2016;
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Recomendação CFM nº 1/2016. Dispõe sobre o processo de obtenção de consentimento livre e esclarecido na assistência médica. Brasília, 2016. Disponível em: < [https://portal.cfm.org.br/images/Recomendacoes/1\\_2016.pdf](https://portal.cfm.org.br/images/Recomendacoes/1_2016.pdf)>;
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Recomendação CFM nº 1638/2002. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde. Brasília, 2002. Disponível em: [http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cFm/2002/1638\\_2002.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cFm/2002/1638_2002.htm)
- CONTANDRIOPOULOS, A.P; et al. Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz Z, organizadora. Avaliação em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997;
- COSTA, C.G.A. Desenvolvimento e Avaliação Tecnológica de um Sistema de Prontuário Eletrônico do Paciente, Baseado nos Paradigmas da World Wide Web e da Engenharia de Software. 2001. Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual de Campinas, SP. 2001;
- COTRIM-GUIMARÃES, I.M.A. Programa de Educação Permanente e Continuada da Equipe de Enfermagem da Clínica Médica do Hospital Universitário Clemente de Faria: análise e proposições. 2009. Dissertação de Mestrado, Fundação Oswaldo Cruz, RJ. 2009;
- CUNHA, R.R. Implantação do Plano de Segurança do Paciente em um hospital público de Minas Gerais. 2016. Monografia apresentada para obtenção do título de Especialista em MBA Gestão em Saúde e Controle de Infecção da Faculdade INESP. São Paulo, 2016;
- DEAN, A. J. et al. A systematic review of interventions to enhance medication adherence in children and adolescents with chronic illness. Archives of Disease in Childhood, 2010;
- DONABEDIAN, A. La calidad de la atención médica - definición y métodos de evaluación. La Prensa Mexicana, México, 1984;
- EMMERICK, I.C.M. Avaliação da assistência farmacêutica no brasil: um pensar sobre a abordagem de pesquisa proposta pela OMS e seus indicadores. Dissertação de mestrado. Fundação Oswaldo Cruz, 2006;
- FIELD, M. J.; LOHR, K. N.; INSTITUTE OF MEDICINE, Eds. Clinical Practice Guidelines: Directions for a New Program. Washington, DC: National Academy Press, p.38. 1990;
- FRATINI, J.R.G; et al. Referência e contrarreferência: contribuição para a integralidade em saúde. Cienc Cuid Saúde, 2008;
- GAMA, Z.A.S; et al. Desenvolvimento e validação de indicadores de boas práticas de segurança do paciente: Projeto ISEP-Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2016;
- GELLAD, W. F. et al. A systematic review of barriers to medication adherence in the elderly: looking beyond cost and regimen complexity. The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy, 2011;

GLOMBIEWSKI, J. A. et al. Medication adherence in the general population. PLoS One, 2012;  
 GOUVÊA, C.S.D e TRAVASSOS, C. Indicadores de segurança do paciente para hospitais de pacientes agudos: revisão sistemática. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2010;  
 GUERRERO, K.S, PULS, S.E e ANDREW, D.A. Transition of care and the impact on the environment of care. Journal of Nursing Education and Practice, 2014;  
 HANKEN, M.A., WATERS, K.A. Electronic Health Records: Changing the Vision. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1999;

HARTZ, Z.M.A e CONTANDRIOPOULOS, A.P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2004;  
 HESSELINK G.; et al. Are patients discharged with care? A qualitative study of perceptions and experiences of patients, family members and care providers. BMJ Qual Saf., 2012;  
 HETTI, L. B. E. et al. Educação permanente/continuada como estratégias de gestão no serviço de atendimento móvel de urgência. Rev. eletrônica enferm, 2013;  
 INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington (US): National Academy Press, 2001;  
 INTITUTE OF MEDICINE (IOM). To Err is Human: Building a Safer Health System. The National Academy of Sciences, 1999;

KEEPING-BURKE L.; et al. Bridging the transition from hospital to home: effects of the VITAL telehealth program on recovery for CABG surgery patients and their caregivers. Res Nurs Health, 2013;  
 KHAN, G. S. C.; STEIN, A. T. Adaptação transcultural do instrumento *Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II* (AGREE II) para avaliação de diretrizes clínicas. Cadernos de Saúde Pública, 2014;  
 KIND J.; et al. Low-cost transitional care with nurse managers making mostly phone contact with patients cut rehospitalization at a VA hospital. Health Aff (Millwood), 2012;  
 LACERDA, M.R; et al. Atenção à Saúde no Domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. Saúde e Sociedade, v.15, 2006;  
 LAPROVITA, D. et al. Educação permanente no atendimento pré-hospitalar móvel: perspectiva de Emerson Merhy. Revista de enfermagem - UFPE, 2016;

LEITE, S.N e VASCONCELLOS, M.P.C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. Ciência & Saúde Coletiva, 2003;  
 LIMA, F.E.T; JORGE, M.S.B e MOREIRA, T.M.M. Humanização hospitalar: satisfação dos profissionais de um hospital pediátrico. Rev. Bras. Enferm, 2006;  
 MAINZ, J. Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. Int J Qual Health Care, 2003;  
 MARTINS, R.A.S; et al. Estratégias de efetivação do acesso à saúde: a busca ativa de pacientes mediante demanda reprimida na saúde no HC/UFTM. III Simpósio Mineiro de Assistentes Sociais. Minas Gerais - Belo Horizonte, 2013;  
 MENDES, E. V. A Modelagem das Redes de Atenção à Saúde. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2007. Disponível em:  
[http://www.saude.es.gov.br/download/A\\_MODELAGEM\\_DAS\\_REDES\\_DE\\_ATENCAO\\_A\\_SAUDE.p df](http://www.saude.es.gov.br/download/A_MODELAGEM_DAS_REDES_DE_ATENCAO_A_SAUDE.pdf).  
 Acesso em: 10/06/2012;

MENDES, E.V. As redes de atenção à Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011;  
 MILLER, N.H. Compliance with treatment regimens in chronic asymptomatic diseases. Am J Med, 1997;  
 NAVARRO, J. C. Evaluación de programas de salud y toma de decisiones. Washington, DC: OPAS/OMS, 1992;  
 NETO, A.Q. Segurança dos pacientes, profissionais e organizações: um novo padrão de assistência à saúde. Rev. De Adm em Saúde, 2006;  
 NETO, J.P.R. Assistência farmacêutica e o gerenciamento de doenças crônicas. J. Bras. Econ. Saúde, 2012;

NUNES, M.T; et al. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. Gac Sanit, 2006;  
 OLIVEIRA, G.S.M. Estratégias de coordenação do cuidado - uma análise do fortalecimento da Atenção Primária à Saúde e seu papel coordenador no município do Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2013;  
 ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Atenção Primária em Saúde: Agora mais que nunca. Relatório Mundial de Saúde, 2008;

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Envelhecimento ativo: um marco para elaboração de políticas. WHO, 2001;  
 ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Relatório Mundial da Saúde - Financiamento dos sistemas de saúde: o caminho para a cobertura universal. Genebra, 2010 - Disponível em:  
 < <http://www.who.int/eportuguese/publications/WHR2010.pdf?ua=1>>;  
 ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). Evaluación para el planeamiento de programas de educación para la salud: Guía para técnicos medios y auxiliares. OPAS, 1990;  
 ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). Indicadores de Salud: elementos básicos para el análisis de la situación de salud. Boletín Epidemiológico, 2001;  
 ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Inovação nos sistemas logísticos: Resultados do laboratório de inovação sobre redes integradas de atenção à saúde baseadas na APS. Brasília: OPAS, 2011;

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Modalidades de contratação e remuneração do trabalho médico: Os conceitos e evidências internacionais. OPAS, 2007;

OUVERNEY, A.M e NORONHA, J.C. Modelos de organização e gestão da atenção à saúde: redes locais, regionais e nacionais. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013;

OWINGS MILLS, M.D. Dictionary of Health Services Management. 2 ed. National Health Pub., 1987;

PEREIRA, J.S e MACHADO, W.C.A. Referência e contrarreferência entre os serviços de reabilitação física da pessoa com deficiência: a (des)articulação na microrregião Centro-Sul Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2016;

PIRES, M.R.G.M.*et al.*. Sistema de Informação para a Gestão do Cuidado na Rede de Atenção Domiciliar (SI GESCAD): subsídio à coordenação e à continuidade assistencial no SUS. Ciênc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro. 20(6): 1805-1814, 2015;

PRATA, P.R. A Transição Epidemiológica no Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1992;

RIPSA - Rede Interagencial de Informação para a Saúde. Rede Interagencial de Informação para a Saúde Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. - 2. ed. - Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008;

ROVIRA, J. Evaluación económica en salud: de la investigación a la toma de decisiones. Rev. Esp. Salud Pública, 2004;

RUNCIMAN, W.; et al. Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. International Journal for Quality in Health Care, 2009;

SALUM, N.C e PRADO, M.L. A educação permanente no desenvolvimento de competências dos profissionais de enfermagem. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2014;

SAMPAIO, K.R; et al. Segurança na assistência ao paciente: Uma revisão integrativa da literatura. Seminário Internacional de Integração pesquisa, ensino e serviço do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde UECE/CE/Brasil e do Programa de Pós-graduação em Investigação em Ciências Sócio Sanitária UCAM/Murcia/Espanha. Universidade do Estado do Ceará, 2014;

SANTOS, M.C. Sistema de referência - contrarreferência em saúde em São Sebastião da Vitória, Distrito de São João Del Rei - MG: O papel da rede na Atenção Básica. Trabalho de conclusão de curso de especialização em Estratégia de Saúde da Família. Universidade Federal de Minas Gerais, 2015;

SANTOS, T.O; et al. A Importância da Educação Continuada para Profissionais de Saúde que atuam no Atendimento Pré-hospitalar. International Nursing Congress, 2017;

SCHMIDT, M.I; et al. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. Saúde no Brasil: a série The Lancet. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011;

SILVA, R.M e ANDRADE, L.O.M. Coordenação dos cuidados em saúde no Brasil: o desafio federal de fortalecer a atenção primária à saúde. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2014;

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Tradução: Fidelity Translations. Brasília: Unesco, 2002;

TEIXEIRA, C.; SILVEIRA, P. Glossário de análise política em Saúde. Salvador: Edufba, 2016. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/22110/4/glossario%20em%20saude.pdf>>. Acesso em: 16 abr. 2018;

THE HEALTH FOUNDATION. Quality improvement made simple: What everyone should know about health care quality improvement. The Health Foundation, 2013;

TRAYNOR, K. Poor medication adherence remains a problem. American Journal of Health-System Pharmacy, 2012;

UGÁ, M.A.D. Sistemas de alocação de recursos a prestadores de serviços de saúde - a experiência internacional. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2012;

ULIN, K.; et al. Person-centred care - An approach that improves the discharge process. Eur J Cardiovasc Nurs, 2015;

VASCONCELLOS, M.M; GRIBEL, E.B; MORAES, I.H.S. Registros em saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica, Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2008;

VERAS, R.P; et al. Características demográficas dos idosos vinculados ao sistema suplementar de saúde no Brasil. Rev. Saúde Pública, 2008;

VERAS, R. Linha de Cuidado para o Idoso: detalhando o modelo. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 2016;

WAGER K.A; et al. Impact of an electronic medical record system on community-based primary care practices. J Am Board Fam Pract, 2000;

WEBER, L.A.F; et al. Transição do cuidado do hospital para o domicílio: revisão integrativa. Cogitare Enferm, 2017;

WILLIAMS, A. et al. Interventions to improve medication adherence in people with multiple chronic conditions: a systematic review. Journal of Advanced Nursery, 2008;

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: WHO, 2003;

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: OPAS, 2005;

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Quality of care: a process for making strategic choices in health systems. Geneva: WHO, 2006;

ZUNIGA, C.G; et al. Evaluación económica y toma de decisiones en salud ambiental. Rev. Saúde Pública, 1994.

## RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 507, DE 30 DE MARÇO DE 2022 - ANEXO

<b>4. Experiência do Beneficiário</b>		
A dimensão 4 busca avaliar o resultado da interação entre a operadora, seu beneficiário, e a sociedade, incluindo potenciais beneficiários, tendo como parâmetros a percepção dos beneficiários quanto ao atendimento de suas necessidades e expectativas, bem como as ações promovidas pela operadora com foco na melhoria da qualidade dos serviços prestados.		
<b>4.1 Disponibilização de Informações à Sociedade</b>		
Interpretação: Este requisito tem a finalidade de verificar quais são as informações fornecidas pela operadora à sociedade, e se a forma de divulgação é de fácil compreensão.		
4.1.1	A Operadora conta com portal corporativo na internet destinado ao público em geral e, em especial, aos seus beneficiários.	Essencial
Interpretação O portal corporativo na internet é uma das principais formas de relacionamento da operadora com os beneficiários e o público em geral. A disponibilidade de comunicação com a operadora via internet é fundamental para uma prestação de serviços satisfatória, pois reduz a necessidade de atendimentos presenciais, além de tornar mais célere o atendimento e contribuir para uma melhor assistência ao usuário. O portal corporativo deve ser destinado ao público em geral, especialmente aos seus beneficiários, e para os seus prestadores de serviço de saúde, e estar disponível 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 dias por semana (ANS, 2009).		
Possíveis Formas de Obtenção de Evidência: Verificar a existência do portal corporativo na Internet, organizado de forma didática e com linguagem simples de modo que não acarrete dificuldades de acesso ao usuário.		
4.1.2	A Operadora divulga em seu portal corporativo na internet destinado ao público em geral os planos disponíveis para contratação/adesão por região de comercialização e sua respectiva rede de atenção à saúde.	Essencial
Interpretação: A operadora deverá disponibilizar em seu portal corporativo, em sua área destinada ao público em geral ou público elegível, no caso das autogestões, especialmente a seus beneficiários, a relação de produtos disponíveis para comercialização/adesão e a relação da respectiva rede credenciada do plano. Essas informações devem estar disponíveis ao público em geral, pois é vedado às operadoras condicionar o acesso às informações de sua rede assistencial somente aos seus beneficiários, com exceção das autogestões. As operadoras deverão manter atualizados em tempo real os dados de sua rede assistencial, sem prejuízo da garantia dos direitos contratuais dos beneficiários. A consulta da rede assistencial a partir do Portal Corporativo da operadora na Internet deve permitir, de forma combinada e/ou isolada, a pesquisa de todos os dados dos prestadores de serviços de saúde. (ANS, 2011)		
Possíveis Formas de Obtenção de Evidência: Verificar no portal corporativo da operadora se todas as informações da rede de atenção à saúde estão disponíveis, a saber: a) nome comercial do produto; b) Nº de registro na ANS (ou código do Sistema de Cadastro de Planos Antigos - SCPA); c) abrangência geográfica; d) segmentação assistencial; e) tipo de estabelecimento do prestador de serviços de saúde; f) nome fantasia do estabelecimento, razão social e CNPJ (para pessoa jurídica) ou nome do profissional, com o número do respectivo Conselho Profissional; g) especialidades ou serviços contratados, de acordo com o contrato firmado junto à operadora; h) endereço completo (logradouro, número, bairro, UF, município, CEP); i) outras formas de contato (ddd e telefone, portal na Internet, caso exista)		
4.1.3	A operadora disponibiliza informações sobre: carência, doença ou lesão preexistente, cobertura assistencial, reajustes, mecanismos financeiros de regulação, características de planos coletivos e individuais, de forma clara e amigável ao cidadão no portal corporativo na internet	Essencial
Interpretação: Este item trata da transparência das informações no âmbito da saúde suplementar, com o objetivo de equilibrar a relação contratual firmada entre a operadora e os beneficiários, os quais se encontram em condição de hipossuficiência.		
Além das informações de divulgação obrigatória já estabelecidas pelos normativos da ANS, tais como: Carta de orientação ao consumidor; a Declaração Pessoal de Saúde; Guia de Contratação de Plano de Saúde, a operadora deve disponibilizar em seu portal corporativo as informações necessárias para esclarecer todas as dúvidas do cidadão, de maneira que este tenha segurança no momento da contratação de um plano de saúde, em especial as dúvidas referentes: aos prazos de carência (por tipo de produto - coletivo por adesão, empresarial ou individual); à cobertura parcial temporária (em função de doença ou lesão preexistente); à cobertura de acordo com a segmentação assistencial do plano, atendendo ao Rol de Procedimentos vigente e esclarecimentos sobre exclusão de coberturas; aos reajustes por tipo de plano (coletivo ou individual); e aos mecanismos financeiros de regulação (franquia e/ou coparticipação) adotados. Todas as informações deverão ser disponibilizadas de maneira clara e adequada, em linguagem acessível ao cidadão. O formato para facilitar o entendimento poderá ser: Cartilha, Manual, FAQ, dentre outros. (ANS, 2009a) ; (ANS, 2015a).		

<p>Possíveis Formas de Obtenção de Evidência:</p> <p>Verificar no portal corporativo da operadora se há orientação sobre as características para contratação de planos de saúde, e aspectos a serem observados na contratação ou ingresso em um plano, conforme os exemplos citados na interpretação do item.</p> <p>Verificar se as informações são fornecidas em linguagem de fácil compreensão, especialmente as que se referem ao reembolso de despesas e à coparticipação.</p>		
4.1.4	A Operadora divulga o resultado do IDSS geral e de cada uma das dimensões, explicita ao público o que significa o Programa e disponibiliza o link do site da ANS em seu portal institucional na internet destinado ao público em geral.	Essencial
<p>Interpretação:</p> <p>O Índice de Desempenho da Saúde Suplementar da Operadora - IDSS consiste na avaliação sistemática do desempenho da operadora, expresso por um conjunto de indicadores, que representam atributos esperados no desempenho de áreas relacionadas ao setor de saúde suplementar.</p>		
<p>Os indicadores avaliados são agregados em dimensões que representam a qualidade em atenção à saúde, garantia de acesso, sustentabilidade no mercado e gestão de processos e regulação.</p> <p>Para cada dimensão é atribuído um índice de desempenho e o IDSS da operadora é calculado a partir do somatório dos índices de desempenho da dimensão, de forma ponderada. O IDSS varia de zero a um (0 a 1) e a nota de cada operadora é enquadrará em uma das cinco faixas de avaliação por ordem crescente de desempenho (0 a 0,19; 0,20 a 0,39; 0,40 a 0,59; 0,60 a 0,79; 0,8 a 1) (ANS, 2015).</p>		
<p>Possíveis Formas de Obtenção de Evidência:</p> <p>Verificar diretamente no portal eletrônico institucional da operadora, em outros portais mantidos pela operadora, nos aplicativos de comunicação com o público e nas mídias sociais utilizadas pela operadora, a existência das informações relativas ao IDSS geral e de cada uma das dimensões, o último ano avaliado, bem como a disponibilização do link do Programa para o portal da ANS.</p> <p>Os resultados do IDSS devem ser mantidos no portal eletrônico institucional da operadora de forma permanente, e substituídos quando da divulgação de novos resultados pela ANS.</p>		
4.1.5	A Operadora oferece em seu portal corporativo informações de contatos de canais de venda/adesão aos produtos.	Complementar
<p>Interpretação:</p> <p>As mídias digitais se estabeleceram como importantes canais de comunicação, e a ampla disseminação das redes sociais na Internet pode ser de grande valia para as organizações. A iniciativa de comunicação na rede é imprescindível para gerar conteúdo informativo e serviços on-line que sejam úteis. Os canais disponibilizados para venda/adesão aos produtos representam uma das funções mais importantes da publicidade para ativar o processo de compra por parte do consumidor ou associado. Portanto, num cenário competitivo, é fundamental que a operadora ofereça o apoio adequado ao potencial beneficiário, divulgando os contatos de seus canais de venda/adesão, incluindo o presencial. (ZUZA, 2003; BRANDÃO, 2011)</p>		
<p>Possíveis Formas de Obtenção de Evidência:</p> <p>Identificar no portal da operadora se as informações sobre os canais de contato, atendimento e/ou relacionamento disponibilizados para venda/adesão aos produtos, incluindo o canal presencial, estão acessíveis ao público em geral, e podem ser encontradas com facilidade.</p>		
4.1.6	A Operadora oferece serviço de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde no seu portal institucional destinado ao público em geral. (Este item não se aplica às operadoras do segmento de Autogestão)	Complementar
<p>Interpretação:</p> <p>A oferta de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde é estimulada pela ANS, que disponibiliza em seu portal institucional um Guia de Orientação de Contratação Eletrônica que contempla boas práticas em comércio eletrônico, com instruções para interação com o usuário, a fim de que as informações sejam transmitidas ao contratante com transparência e da forma mais simplificada possível. (ANS, 2016a).</p>		
<p>Possíveis Formas de Obtenção de Evidência:</p> <p>A verificação de conformidade deste item deve ser feita por comparação entre as práticas da operadora no processo de contratação eletrônica e o Guia disponibilizado pela ANS.</p> <p>Exemplo: verificar a existência de sumários com agrupamentos de perguntas e respostas básicas (FAQ), simulação de contratação com possibilidade de comparação entre os planos ofertados, ranking dos planos pela qualidade da rede de prestadores de serviços, vídeos tutoriais explicativos do processo de contratação e das características dos planos à venda, e espaço de dúvidas mais frequentes dos usuários; informações essenciais sobre as características do plano em contratação; e-mails contendo esclarecimentos quanto às etapas da contratação encaminhados ao contratante; disponibilização para download ou impressão dos guias e manuais obrigatórios na contratação presencial, registro de números de protocolo gerados durante contratação; garantia de acessibilidade para pessoas com deficiência visual dentre outros itens.</p>		
4.1.7	A Operadora disponibiliza à sociedade no seu portal institucional, destinado ao público em geral, o histórico do percentual de reajustes aplicados nos últimos 3 anos aos planos individuais. (Este item não se aplica às operadoras do segmento de Autogestão)	Excelência

**Interpretação:**

Este item trata da disponibilização das informações para a sociedade sobre os percentuais de reajustes aplicados aos planos individuais (reajuste anual) no portal da operadora. É de extrema importância que o potencial consumidor entenda as regras de reajuste.

O reajuste dos planos de saúde pode ocorrer anualmente, no mês da data de aniversário do contrato, ou quando há mudança de faixa etária do beneficiário. Os percentuais de variação por faixa etária são aplicados de acordo com o que estiver estipulado em contrato, e por isso não precisam ser publicizados. Para os contratos individuais/familiares celebrados após a vigência da Lei nº 9.656/98 (1º de janeiro de 1999) o percentual máximo de aumento anual é o definido pela ANS.

Já para os contratos individuais/familiares, celebrados antes de 1º de janeiro de 1999 e não adaptados à Lei nº 9.656/98, o reajuste anual fica limitado ao que estiver estipulado no contrato (com exceção dos casos em que houve assinatura do termo de compromisso entre a operadora e a ANS). Caso o contrato não seja claro ou não trate do assunto, o reajuste anual de preços deverá estar limitado ao mesmo percentual de variação divulgado pela ANS para os planos individuais/familiares celebrados após a Lei nº 9.656/98.

No caso dos planos de saúde coletivos, por adesão, ou empresarial, a ANS não estipula um percentual máximo de reajuste anual, apenas acompanha os aumentos aplicados, pois se entende que os empregadores, sindicatos ou associações (pessoas jurídicas) que mantêm os planos empresariais, no primeiro caso, e coletivos por adesão nos demais, têm um maior poder de negociação com as operadoras.

De forma a propiciar maior poder de decisão ao consumidor, as informações dos reajustes aplicados nos últimos 3 anos aos planos individuais devem estar disponíveis no portal da operadora, em área de acesso público. (ANS, 2008 ; ANS, 2008a e ANS 2012).

**Possíveis Formas de Obtenção de Evidência:**

Verificar no Portal da operadora a existência do histórico do percentual de reajustes aplicados nos últimos 3 anos aos planos individuais.

**4.2 Canais de Comunicação com Beneficiário - resposta às demandas (REATIVO)**

Este requisito diz respeito a avaliação dos atendimentos que são efetuados pela operadora a partir das solicitações feitas pelos beneficiários (MIRALDO, 2016).

4.2.1	A Operadora responde a totalidade das demandas dos beneficiários por meio de seus canais de atendimento e monitora a efetividade e o tempo médio de resposta.	Essencial
-------	---	-----------

**Interpretação:**

Este item visa verificar se a operadora efetivamente retorna todas as manifestações dos beneficiários, tais como reclamações, consultas, solicitações ou denúncias, recepcionadas por todos os canais de atendimento: central telefônica, cartas, formulário via site, e-mail, presencial, ouvidoria, redes sociais, aplicativos, etc.

Do mesmo modo, visa aferir se a operadora monitora a efetividade (consistência, resolutividade) e o tempo médio das respostas.

Para tanto, a operadora deve ter procedimentos para registrar, analisar, responder e gerenciar as manifestações dos beneficiários, efetuadas por qualquer canal de comunicação.

Ao mesmo tempo, seus sistemas de informação devem permitir a rápida localização das demandas e dos processos gerados a partir delas (rastreadibilidade), bem como a recuperação de todos os documentos enviados pelos beneficiários, recepcionados e anexados aos processos para a análise por outras áreas (ouvidoria, área técnica e área jurídica). Outrossim, estas áreas conseguem com facilidade acessar estas informações para as respostas aos questionamentos e manifestações dos beneficiários (TECPLAN, 2014).

**Possíveis Formas de Obtenção de Evidência:**

Verificar as seguintes práticas nos distintos canais de atendimento (central telefônica, cartas, formulário via site, e-mail, presencial, ouvidoria, redes sociais, aplicativos, etc.):

- Políticas, procedimentos ou documentos formais para registrar, analisar, responder e encaminhar as reclamações dos beneficiários, efetuadas por qualquer canal de comunicação - presencial, telefônico e digital (via internet/web, e-mail, redes sociais e aplicativos).
- Relatórios que contenham fluxogramas, rotinas implementadas, atribuições dos colaboradores envolvidos, método de processamento e classificação das manifestações dos beneficiários (solicitações, consultas, reclamações, elogios, denúncias, outros)

- Manuais, script de computador, cartilhas, treinamento, informações sistêmicas, árvore temática utilizados pelos colaboradores da operadora para o atendimento, contendo informações detalhadas acerca dos assuntos mais demandados. Por exemplo: cobertura, franquia, coparticipação, reembolso, reajuste por faixa etária etc.

- Canais adequados para recebimento de sugestões e reclamações.

- Relatórios gerenciais dos canais envolvidos no processo de atendimento, que contenham informações sobre as soluções para as demandas e manifestações dos beneficiários e o cumprimento dos prazos internamente acordados. Os relatórios deverão igualmente identificar as áreas e assuntos mais demandados, histórico de manifestações por natureza, prestação de serviço mais deficitária, comparação com períodos anteriores, motivos das insatisfações e do não atendimento dos objetivos e expectativas dos beneficiários e proposta de soluções.

- Disseminação da prática: entrevista com os atendentes para verificar as informações prestadas pelos canais de comunicação; cliente oculto.

- Monitoramento da efetividade (consistência, resolutividade) e o tempo médio das respostas por meio de indicadores (taxa de inconsistência - respostas incompletas e incorretas sobre o total de respostas, taxa de resposta, taxa de satisfação, taxa de resolutividade; taxa de abandono de ligações, taxa de contato de retorno para confirmação de solução da demanda, dentre outros).

4.2.2	A Operadora possui canal de ouvidoria, cadastrado na ANS, à disposição dos beneficiários, efetivamente autônoma e com poder de recomendação.	Essencial
<p><b>Interpretação:</b> Os serviços de atendimento ao cliente como SAC, Call Center, pontos de venda e postos presenciais são responsáveis pelo primeiro atendimento de problemas habituais, de baixa complexidade, que, em regra, já existem soluções padronizadas. Já a Ouvidoria recebe os casos complexos ou os que não foram resolvidos pelo primeiro nível de atendimento, seja por falta de autonomia na solução ou por falha do processo de trabalho. Assim, a Ouvidoria é a segunda instância para a solução administrativa dos conflitos, com foco no processo de interlocução entre o cidadão e a organização por ela representada. Trabalha na busca de soluções efetivas, assegurando uma avaliação justa e imparcial às suas demandas e garantindo que as manifestações possam contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços prestados. Deve atuar de forma isenta e independente, por meio da mediação e do diálogo aberto.</p> <p><b>São atribuições da Ouvidoria:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Receber, analisar e dar resposta às reclamações, sugestões, consultas e elogios registrados pelo beneficiário em relação à prestação de serviço da operadora de planos privados de assistência saúde, bem como de sua rede prestadora, quando não forem solucionadas no âmbito do primeiro atendimento;</li> <li>- Encaminhar às áreas internas da operadora as manifestações recebidas, acompanhando as providências adotadas e assegurando para que a resposta seja devidamente encaminhada ao beneficiário;</li> <li>- Mediar os eventuais conflitos entre o beneficiário e a operadora;</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Organizar e interpretar o conjunto de manifestações recebidas e monitorar o desempenho da operadora a partir delas;</li> <li>- Elaborar relatório estatístico e analítico;</li> <li>- Apresentar à alta direção da Operadora os relatórios com as principais manifestações e ações de melhoria;</li> <li>- Propor a correção de eventuais falhas no atendimento ou no processo interno de trabalho;</li> <li>- Responder aos órgãos de defesa do consumidor, quando demandada, sobre as manifestações recebidas; e</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Encaminhar o relatório anual para a Ouvidoria da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.</li> </ul> <p>A Ouvidoria de uma Operadora é uma fonte de oportunidades, visto que permite identificar pontos de estrangulamento na atuação da instituição e procedimentos inadequados, corrigindo-os a fim de que os serviços sejam aperfeiçoados. Além disso pode servir de instrumento de resolução de problemas, evitando a judicialização da questão e, conseqüentemente, reduzindo eventuais custos de um processo judicial. Outro ponto a ser destacado é que, possuindo uma Ouvidoria eficiente, a Operadora passa a mensagem para seus beneficiários de que se preocupa em solucionar os problemas ocorridos, valorizando a imagem da Empresa.</p> <p>As operadoras devem possuir um órgão de ouvidoria, ou, no caso de operadoras com número de beneficiários inferior a 20 (vinte) mil e operadoras exclusivamente odontológicas com número de beneficiários entre 20 (vinte) mil e 100 (cem) mil, de um representante institucional para exercício das atribuições de ouvidor.</p> <p>É imprescindível a apuração quanto à garantia de acesso da Ouvidoria/Ouvidor às informações necessárias para a elaboração de resposta independente e adequada às demandas recebidas e quanto à real disponibilidade e acessibilidade do canal ao beneficiário.</p> <p>A Ouvidoria não substitui qualquer outra unidade de atendimento, mesmo aquelas constituídas para responder os órgãos de defesa do consumidor ou a ANS. (ABRAREC, 2015 ; ANS, 2013; ANS, 2016c).</p> <p><b>Possíveis Formas de Obtenção de Evidência:</b> Avaliar a existência de atendimento de ouvidoria via formulário eletrônico, e-mail corporativo, contato telefônico, com ou sem 0800, correspondência escrita e/ou atendimento presencial, dentre outros, com geração de protocolo de atendimento quando couber.</p> <p>Outros itens relevantes são: a existência de relatórios de acompanhamento da análise, tratativa, encaminhamento e resposta às demandas e manifestações e dos tempos destas etapas, da evolução das manifestações, resolutividade, das áreas demandadas, etc.; facilidades de acesso, como sinalização adequada quando o atendimento for presencial ou identificação simples e legível em materiais impressos e eletrônicos; dentre outros.</p>		
4.2.3	A Operadora possui serviço de atendimento ao beneficiário via telefone disponível 24 horas e 7 dias por semana.	Complementar
<p><b>Interpretação:</b> Além da disponibilidade do serviço, este item visa determinar se o beneficiário é atendido e tem suas demandas resolvidas ou pelo menos analisadas, tratadas e encaminhadas para resolução a qualquer momento que entre em contato com a operadora por meio do canal telefônico (BRASIL, 1990).</p> <p><b>Possíveis Formas de Obtenção de Evidência:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Verificar se a operadora fornece protocolo para todos os atendimentos; soluciona os problemas do usuário ou direciona a ligação para o setor competente sem que haja necessidade de múltiplos contatos com a operadora.</li> <li>- Verificar se a operadora possui sistema de informação facilmente acessado por seus colaboradores da área de atendimento, contendo informações detalhadas acerca dos itens contratuais dos beneficiários (ex: carência, coparticipação, franquias e outros mecanismos de regulação), bem como dos canais adequados para recebimento de sugestões e reclamações.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Para verificação de conformidade do item sugere-se ligação do auditor ao canal, como cliente potencial ou cliente oculto.</li> <li>- Pode ser confirmada, ainda, a existência de registro contratual entre a operadora com a empresa de telefonia para verificar se a condição de atendimento 24h foi estipulada no contrato e está implementada.</li> </ul>		

4.2.4	A Operadora possui programas de retenção de beneficiários.	Complementar
<p>Interpretação:</p> <p>Para manutenção dos beneficiários, a operadora deve avaliar o nível de concorrência e traçar estratégias para melhor atender às necessidades dos beneficiários. A satisfação do beneficiário e a avaliação de custo-benefício estão diretamente relacionadas à preservação das carteiras.</p> <p>Portanto, a operadora deve adotar estratégias para prevenir a perda de beneficiários em suas carteiras. As organizações que: agregam benefícios; induzem melhores resultados em saúde; oferecem preços competitivos; e fornecem informações confiáveis, rápidas e de forma cortês aos seus clientes alcançam um aumento da percepção do valor agregado do plano de saúde e conduzem a uma maior satisfação dos beneficiários.</p>		
<p>A manutenção de beneficiários pode ser mais lucrativa no longo prazo do que a conquista de novos clientes. Por isso, é importante que a operadora identifique possíveis pontos de insatisfação e necessidades de melhoria capazes de evitar a evasão dos beneficiários.</p> <p>No caso das autogestões, embora não haja competição direta, a autogestão poderá envidar esforços para reter seu beneficiário. (ZEITHAML, 2014 ; PIVAet al., 2007 e NASCIMENTO et al., 2010).</p>		
<p>Possíveis Formas de Obtenção de Evidência:</p> <p>Para análise de conformidade do item pode ser verificado se existe na operadora:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mapeamento das reclamações e dos motivos de cancelamento dos contratos, demora nas informações solicitadas; avaliação do serviço recebido (satisfatório, inaceitável, ideal).</li> <li>- Guia de procedimentos para evitar o abandono, focando na qualidade da atenção e no atendimento.</li> <li>- Documentos que demonstrem a participação de gestores e/ou demais colaboradores em treinamentos visando à retenção de beneficiários, programa de combate à evasão dos beneficiários, devidamente documentado e alinhado com o Documento de Planejamento Estratégico da Operadora.</li> <li>- Monitoramento das etapas de relacionamento com os beneficiários (matriz SWOT do relacionamento com o beneficiário).</li> <li>- Estratégia de antecipação das necessidades dos beneficiários (marketing de relacionamento).</li> <li>- Estratégias de reorientação da percepção da qualidade dos serviços prestados a partir da utilização para a melhoria das condições de saúde dos beneficiários, por exemplo, promoção de estilos de vida saudáveis entre os beneficiários.</li> </ul>		
4.2.5	A Operadora implementa um Plano de Ação baseado nos pontos críticos, nas avaliações das demandas recebidas em todos os canais de comunicação, com vistas à melhoria da qualidade do atendimento.	Excelência
<p>Interpretação:</p> <p>Nesse item deve ser verificado se a operadora acompanha a satisfação dos seus beneficiários, avalia o atendimento prestado pelos seus agentes, procura identificar falhas, disfunções e deficiências no atendimento prestado, analisa suas causas e atua na solução dos pontos críticos encontrados (RODRIGUES et al., 2016).</p> <p>A qualidade do atendimento é ponto decisivo para a satisfação do beneficiário. A Operadora deve monitorar e possuir metas para os índices e métricas de seus canais de atendimento, desenvolvendo plano de ação no caso de não atingimento das metas.</p>		
<p>Para o canal de atendimento telefônico, por exemplo, existem diversos indicadores capazes de medir a qualidade do atendimento. Um indicador de atendimento precisa mensurar um fator de grande impacto na satisfação do beneficiário, como a agilidade, assertividade de solução e empatia.</p> <p>Diante de cada indicador, é fundamental buscar entender seus resultados e avaliar a forma como cada valor pode orientar melhorias nas práticas de atendimento.</p> <p>Este item tem o objetivo de verificar se a operadora avalia os indicadores da central telefônica, estipulando metas a serem alcançadas (TECPLAN, 2014).</p>		
<p>Possíveis Formas de Obtenção de Evidência:</p> <p>Para verificação de conformidade deste item o plano de ação deverá estar devidamente documentado e possuir metas e prazos para a implantação das ações corretivas identificadas como necessárias e estar alinhado aos objetivos estratégicos da Operadora.</p> <p>Deve haver evidências de acompanhamento da execução do plano, monitoramento da melhoria da qualidade do atendimento por meio de indicadores e comparação dos resultados obtidos com os definidos nas metas.</p> <p>Pode ser verificado se a operadora possui e analisa relatórios de monitoramento de indicadores de atendimento (por exemplo, a taxa de abandono e o tempo médio de espera do canal telefônico e documentos contendo avaliações dos horários de pico na central telefônica), comprovantes de treinamento dos colaboradores cujas práticas influenciam os principais indicadores, histórico comparativo de índices já analisados, e procedimento documentado para definição das metas a serem atingidas.</p>		
4.2.6	A Operadora oferece serviço de atendimento gratuito via telefone disponível para chamadas de longa distância nacional ao beneficiário 24h por dia e 7 dias por semana.	Excelência
<p>Interpretação:</p> <p>Além da disponibilidade do serviço de atendimento telefônico com custos para o beneficiário (item 4.2.3), este item aponta para a existência de canal de atendimento telefônico sem custos, no qual ele tem suas demandas atendidas a qualquer momento (vinte e quatro horas por dia e sete dias por semana) que entre em contato com a operadora de qualquer localidade do país.</p>		
<p>Possíveis Formas de Obtenção de Evidência:</p> <p>Verificar a existência de registro contratual entre a operadora e a empresa de telefonia para verificação da disponibilidade de atendimento ininterrupto e gratuito.</p> <p>Para verificação da gratuidade da ligação, sugere-se ligação do auditor ao canal, como cliente oculto.</p>		

<b>4.3 Canais de Comunicação com Beneficiário - disponibilização de informações (PROATIVO)</b>	
Este requisito se refere às ações realizadas em prol do beneficiário, por iniciativa da operadora. As práticas de marketing de relacionamento indicam que a satisfação do beneficiário está ligada à qualidade dos serviços, à sua percepção de seus próprios resultados em saúde e à satisfação global com a operadora e seus prestadores de serviço. As empresas com esta visão estratégica estabelecem vantagens competitivas, oferecendo serviços diferenciados ao cliente, com valor agregado, inovadores (de ponta) e geradores de receita.	
As novas tecnologias da informação vêm moldando as atuações das instituições para a implementação de estratégias para o envolvimento (criação de laços fortes) com os consumidores/beneficiários, pois estes passaram a ter um papel ativo na criação de valor e significado da marca. Os serviços que estas novas tecnologias possibilitaram incluem desde canal para resposta a perguntas, pedidos e reclamações a serviços financeiros envolvendo mensalidades, chats e serviços impessoais como programas-robô, páginas de perguntas mais frequentes (FAQs), sistema para marcação de exames e consultas, etc. Para um adequado fornecimento destes serviços é necessário que a operadora ofereça treinamento, compensação e apoio a seus colaboradores, para a geração de serviços de qualidade.	
4.3.1	A operadora disponibiliza no Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar (PIN-SS) o percentual do último reajuste apurado. <span style="float: right;">Essencial</span>
<p><b>Interpretação:</b> As operadoras devem possuir em seus portais na internet, espaço com acesso restrito ao beneficiário, titular ou dependente, para acesso aos dados do seu plano com vistas a promover a transparência de todo o processo que gera despesa assistencial e informar as características do plano contratado.</p> <p>A ampliação das funcionalidades no Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar (PIN-SS), com a disponibilização de informações adicionais, possibilita que o usuário resolva suas demandas com maior agilidade e autonomia.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- O componente cadastral do PIN-SS compreende a relação mínima de dados do beneficiário, do plano contratado e da operadora, como nome, data de nascimento, data de contratação do plano, prazo máximo previsto para carência, regras para a aplicação da coparticipação e franquia, dentre outros, quando couber.</li> <li>- O componente de utilização dos serviços do PIN-SS deve apresentar histórico de todos os procedimentos (consultas, exames, terapias e internações) realizados pelo beneficiário na rede credenciada, referenciada, cooperada ou fora de rede (quando houver cobertura para reembolso), com data de realização e valor correspondente, bem como os demonstrativos de coparticipação. (ANS, 2015a)</li> </ul> <p>- A eventual inclusão de serviços operacionais abrangeria questões financeiras e administrativas, tais como: emissão de boleto, recepção de boleto via e-mail, alteração da forma de pagamento (via boleto bancário, cartão de crédito, débito automático), alteração da data de vencimento, alterações cadastrais, troca de plano (produto), cancelamento do contrato, etc. (BRASIL, 2004).</p> <p>- O percentual do último reajuste apurado, já aplicado ou ainda a ser aplicado a depender do aniversário do plano/contrato, e sua motivação (reajuste anual ou por faixa-etária) devem ser disponibilizados para que o beneficiário possa compreender e acompanhar a evolução de preços de seu plano de saúde, e verificar se as cláusulas de reajuste estão sendo aplicadas de acordo com o estabelecido contratualmente.</p> <p>Essa divulgação deve ser realizada para todos os tipos de planos e contratos na modalidade de preço preestabelecido: Coletivo empresarial, por adesão e individual.</p> <p>A regulamentação vigente estabelece que, no caso de planos coletivos, após a efetiva aplicação do reajuste, os beneficiários, titulares ou dependentes, poderão solicitar formalmente o extrato pormenorizado para a operadora.</p> <p>Assim, a disponibilização prévia, proativamente, da informação pela Operadora, sem a necessidade de solicitação pelo beneficiário, é uma boa prática pois favorece o consumo consciente, a redução da assimetria de informação e tende a incrementar a capacidade de negociação e a competição, o que é benéfico para o setor, inclusive para planos individuais. Além disso, nos casos em que o beneficiário não arca com os custos, ter conhecimento do reajuste pode aumentar a sua participação no uso consciente do plano. .</p> <p><b>Possíveis Formas de Obtenção de Evidência:</b> A verificação de conformidade do item deve ser feita por pesquisa direta na área restrita ao beneficiário, no portal da operadora, avaliando se a informação do último reajuste apurado, para todos os tipos de planos e contratos na modalidade de preço preestabelecido (Coletivo empresarial, por adesão e individual), com a respectiva motivação ( reajuste por faixa-etária ou reajuste anual), está adequadamente disponibilizada no PIN-SS.</p> <p>Deverá ser observado que no caso de planos coletivos na modalidade de preço pós-estabelecido não há a necessidade de disponibilização do último reajuste apurado no PIN-SS.</p> <p>Também poderá ser verificado se as informações disponibilizadas no PIN-SS são fornecidas em linguagem clara e adequada.</p> <p><b>Outros componentes do PIN-SS poderão ser analisados. Tais como:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A forma como os procedimentos realizados pelos beneficiários são apresentados e se estes estão agrupados por categoria de despesa (consultas, exames/terapias, internação, outras despesas e odontologia).</li> <li>- A relação individualizada dos procedimentos realizados, especialmente os que se referem ao reembolso de despesas e à coparticipação, de modo a facilitar a compreensão pelo beneficiário.</li> <li>- Se as funcionalidades operacionais existentes são acessíveis, facilmente identificáveis e de simples utilização.</li> </ul>	

4.3.2	A Operadora mantém atualizados os dados de sua rede prestadora em seu portal corporativo na Internet, promovendo que estas atualizações estejam disponíveis nos demais canais de comunicação.	Essencial
<p>Interpretação: A rede prestadora (contratada, referenciada ou credenciada) é formada pelos médicos das mais variadas especialidades, outros profissionais de saúde, serviços de diagnóstico por imagem e laboratórios, clínicas e hospitais que são contratados pela operadora de plano de saúde para prestar o atendimento aos beneficiários.</p>		
<p>Deve ser garantido o direito à informação, ao público em geral, especialmente aos beneficiários da operadora, quanto à composição e localização geográfica de sua rede assistencial. A manutenção de informações atualizadas sobre a rede prestadora e sua disponibilização ao público e aos beneficiários, em particular, é um indicativo de que a operadora procura oferecer uma rede de atendimento qualificada para seus clientes atuais e potenciais. A atualização destes dados também aponta para uma transparência das regras de credenciamento adotadas pela operadora e de um controle do desempenho da rede prestadora em prol dos beneficiários. Observação: Este item não se aplica às operadoras que operam exclusivamente com planos de livre escolha (ANS, 2011 e OPAS, 2015).</p>		
<p>Possíveis Formas de Obtenção de Evidência: Verificar se a rede assistencial está disponível no portal corporativo da operadora na Internet por plano de saúde, contendo o nome e registro do plano na ANS, e se cada prestador é exibido por tipo de estabelecimento, nome do estabelecimento ou do profissional, especialidade ou serviço, endereço completo, UF, município, telefone e outros meios de contato. Verificar se estas informações estão disponíveis também nos demais canais de comunicação da operadora: presencial, telefônico, digital, redes sociais e aplicativos. Verificar se estão definidos e implantados os procedimentos para manter os dados sobre a rede prestadora atualizados e se estes dados podem ser acessados pelos beneficiários por meio de outros canais de atendimento.</p>		
4.3.3	A Operadora disponibiliza informações sobre a qualificação de sua rede prestadora, incluindo os atributos de qualidade do QUALISS/ANS, aos beneficiários em todos os seus canais de comunicação.	Essencial
<p>Interpretação: O Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar - QUALISS conta com a participação dos prestadores de serviços na saúde suplementar, de forma voluntária. Os prestadores que fazem parte do programa apresentam atributos específicos, associados a melhorias da qualidade na atenção à saúde. Entre estes atributos destacam-se, para os profissionais de saúde autônomos, aqueles advindos de sua formação; para os estabelecimentos de saúde, a acreditação e o monitoramento da qualidade por meio de indicadores (PM-QUALISS); e para ambos, a segurança do paciente (Sistema de Notificação de Eventos Adversos da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Notivisa/Anvisa), com exceção dos laboratórios clínicos, serviços móveis e de atenção domiciliar. Os atributos de qualificação obtidos são obrigatoriamente divulgados pelas operadoras aos beneficiários e à sociedade em geral, nos materiais de divulgação de rede prestadora, seja em meio eletrônico, impresso ou audiovisual.</p>		
<p>A divulgação dos atributos de qualificação possibilita o empoderamento do beneficiário e da sociedade em geral, na medida em que contribui para o aumento do poder de avaliação e escolha, a partir da consolidação das informações de forma padronizada e transparente (ANS, 2016; ANVISA, 2013).</p>		
<p>Possíveis Formas de Obtenção de Evidência: Verificar se a operadora disponibiliza os dados obtidos com a avaliação de seus prestadores por meio de materiais de divulgação, seja em meio eletrônico, impresso ou audiovisual, em local visível e em linguagem simples e de fácil compreensão pelos beneficiários. Do mesmo modo, verificar se são realizadas as atualizações dos atributos de qualificação nos materiais impressos da operadora, no máximo, a cada 12 meses e, nos meios eletrônicos (portal corporativo, redes sociais, aplicativos, etc.), em até 30 dias a partir do recebimento das informações do prestador.</p>		
4.3.4	As informações disponibilizadas na área restrita do portal da operadora são acessíveis aos deficientes visuais.	Complementar
<p>Interpretação: Com a evolução da sociedade tornam-se necessários a valorização e o reconhecimento do convívio com a diversidade. Assim, acessibilidade significa que as pessoas com deficiência podem entender, navegar, interagir e utilizar todos os serviços disponíveis com autonomia. A acessibilidade também beneficia idosos com baixa acuidade visual devido ao envelhecimento e indivíduos com limitações temporárias. A inclusão de serviços para pessoas com deficiência visa assegurar e promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais, promovendo a sua inclusão social e cidadania.</p>		
<p>Segundo dados do Censo 2010 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Brasil conta com mais de 6,5 milhões de pessoas com deficiência visual, sendo que destas, 582 mil são cegas e 6 milhões possuem baixa visão. Além disso, a Lei 13.146/2015, em seu art. 63 estabelece que é obrigatória a acessibilidade nos sítios da internet mantidos por empresas com sede ou representação comercial no país para o uso da pessoa com deficiência, garantindo-lhe acesso às informações disponíveis. Sendo assim o item visa garantir que a área restrita ao beneficiário também observe a Lei. (BRASIL, 2004 ; BRASIL, 2009 ; BRASIL, 2015, ANS, 2015a, IBGE, 2012).</p>		

<p>Possíveis Formas de Obtenção de Evidência:</p> <p>Verificar se a área restrita - (incluindo o Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar: PIN-SS) e se as páginas obrigatoriamente navegadas para se chegar até elas possuem ferramentas de acessibilidade conforme as melhores práticas e diretrizes, tais como: áudio-descrição, alternância de tamanho da fonte, opção de contraste de cores, ativação dos elementos da página através do teclado. Pode ser verificado ainda, se a operadora possui relatórios de testes de navegabilidade realizados envolvendo diversos níveis de deficiência visual, dentre outras.</p>		
4.3.5	A Operadora disponibiliza proativamente, sem ônus para o beneficiário, justificativa devidamente documentada por escrito nos casos de não-autorização para realização eletiva de exames, procedimentos e internações, em até 24h, independente da solicitação do beneficiário.	Excelência
<p>Interpretação:</p> <p>A negativa de cobertura por escrito (por correspondência ou de forma eletrônica) é um documento que contém o posicionamento oficial da operadora. Com este documento o beneficiário tem maior transparência no relacionamento com a operadora e ampliado o seu direito à informação. Esse item avalia se a informação da negativa é encaminhada com agilidade (em até 24 horas) e em linguagem clara, indicando a cláusula contratual ou o dispositivo legal que a justifique independente da solicitação do beneficiário. (ANS, 2016b).</p>		
<p>Possíveis Formas de Obtenção de Evidência:</p> <p>Verificar se existem:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- relatórios contendo o histórico de solicitações dos beneficiários relacionando as datas dos pedidos de autorização negados e de envio da justificativa de negativa.</li> <li>- manuais ou documentos formais com procedimentos definindo os prazos de resposta e as metodologias de apuração do cumprimento da regra.</li> </ul> <p>Realizar cruzamento entre informações sobre a data do pedido de autorização efetuado pelo beneficiário e a resposta da operadora, por exemplo, por meio de e-mails ou correspondência enviados aos beneficiários, contendo as justificativas da não cobertura.</p>		
4.3.6	A operadora promove a convergência de todos os canais de comunicação com seus beneficiários, de modo a permitir que o beneficiário obtenha as informações necessárias e adequadas às suas demandas, independentemente do canal escolhido.	Excelência
<p>Interpretação:</p> <p>A Operadora deve disponibilizar serviço de atendimento ao beneficiário em canais diversos (presencial, via portal, telefone, fax, carta, eletrônicos, etc) que possibilitem ao interessado a resolução de demandas referentes a informação, dúvida, reclamação e serviços. Este item determina se o beneficiário é atendido e tem suas demandas resolvidas quando entra em contato com a operadora por meio dos diferentes canais. Em suas rotinas de comunicação com as operadoras, comumente os beneficiários têm de utilizar múltiplos canais para obter as informações necessárias e adequadas às suas diversas demandas, tais como acessar os dados do seu plano, alterar as informações cadastrais, obter boletos bancários, consultar extratos de utilização e coparticipação.</p>		
<p>Este quesito refere-se à capacidade dos sistemas de comunicação da operadora, presencial, telefônico, via portal na internet ou aplicativo, em identificar ágil e facilmente os dados sobre os beneficiários, armazenados nos seus bancos de dados, de tal modo que os beneficiários sejam guiados até o atendimento de suas demandas sem que haja necessidade de múltiplos e não resolutivos contatos com a operadora.</p>		
<p>Possíveis Formas de Obtenção de Evidência:</p> <p>A operadora deve fornecer protocolo para todos os atendimentos e solucionar o problema do usuário ou dar continuidade ao atendimento de sua(s) demanda(s), direcionando-o para o setor competente, sem que haja necessidade de múltiplos contatos. Deve existir um sistema que organize os dados dos beneficiários de tal modo que as equipes dos diversos canais de comunicação da operadora possam acessá-los facilmente para fornecer informações adequadas e de qualidade às demandas dos beneficiários. Evidências de capacitação e alinhamento das equipes de atendimento dos diversos canais devem estar disponíveis</p>		
4.4 Pesquisa de Satisfação de Beneficiários		
<p>A realização de uma Pesquisa de Satisfação de Beneficiários deve ter como objetivo de estudo a experiência do beneficiário do plano de saúde, com vistas a aumentar a participação do beneficiário na avaliação da qualidade dos serviços oferecidos, de maneira que seus resultados tragam insumos para o aprimoramento das ações de melhoria contínua da qualidade dos serviços ofertados pela operadora (SEBRAE MINAS, 2013).</p>		
4.4.1	A Operadora realiza anualmente pesquisa de satisfação de beneficiários, utilizando metodologia que contemple uma amostra estatisticamente significativa de sua carteira de beneficiários.	Essencial

<p><b>Interpretação:</b> É fundamental que a amostra utilizada na pesquisa de satisfação de beneficiários seja representativa da população de beneficiários (carteira) da operadora, tendo em consideração todos os seus planos (produtos) e as características demográficas da população, especialmente o sexo e a faixa etária. A justificativa do tamanho amostral deve estar nitidamente explicitada. Ainda, devem estar claramente definidos o nível de significância e a margem de erro para as diversas estimativas da pesquisa. O nível de significância estatística de uma amostra pode ser traduzido como uma medida estimada do grau em que um determinado resultado obtido com a amostra é "verdadeiro", ou seja, representa o que realmente ocorre na população de beneficiários da operadora ("representatividade da população"). Não deve ser utilizado um nível de confiança inferior a 90% e nem uma margem de erro/erro amostral superior a 10%. As exceções a estes parâmetros deverão ser tecnicamente justificadas pelo responsável técnico da pesquisa. (COCHRAN, 1977 e RIBEIRO ; ECHEVESTE, 1998).</p>		
<p><b>Possíveis Formas de Obtenção de Evidência:</b> Verificar as evidências sobre a realização anual da pesquisa de satisfação de beneficiários e se esta pesquisa contempla metodologia documentada para estabelecer uma quantidade mínima de beneficiários de forma que a amostra seja estatisticamente significativa. São exemplos de formas de evidências que poderão ser verificadas: (1) Quanto à realização da pesquisa: Relatório contendo os resultados da pesquisa; relatório de auditoria independente da pesquisa; e entrevistas com beneficiários participantes da pesquisa; (2) Quanto à metodologia: Nota Técnica ou documento técnico contendo o planejamento da pesquisa, elaborado por estatístico ou por profissional com formação em estatística;</p>		
<p>(3) Quanto à significância estatística da amostra: Realização de procedimento para verificação da discrepância de uma hipótese estatística em relação aos dados observados, utilizando uma medida de evidência, por exemplo, p-valor; (4) Quanto ao universo amostrado: Verificação se há uma correspondência entre o universo de beneficiários e os beneficiários respondentes da pesquisa.</p>		
4.4.2	A pesquisa de satisfação de beneficiários se baseia em documento de planejamento, elaborado e assinado por profissional com formação em estatística contemplando itens mínimos de técnicas de amostragem estatística.	Essencial
<p><b>Interpretação:</b> A realização de uma pesquisa requer tempo, investimento e atenção. Para que o esforço não seja em vão, a pesquisa deve ser planejada por um profissional com formação estatística e esse planejamento deve ser devidamente documentado. Ainda, de forma que a amostra seja capaz de refletir o que realmente ocorre na população como um todo, a amostra deverá ser estabelecida através de técnicas de amostragem (BOLFARINE ; BUSSAB, 2005)</p>		
<p><b>Possíveis Formas de Obtenção de Evidência:</b> Verificar a existência de um documento contendo o planejamento da pesquisa, elaborado por profissional com formação estatística. A formação do profissional responsável poderá ser comprovada através de registro no Conselho Regional de Estatística (CONRE) do profissional ou do CNPJ de empresa de estatística, ou ainda, por meio de certificados (diplomas) de conclusão de cursos com conteúdo de estatística ou comprovação de experiência profissional em estatística.</p>		
<p>O documento de planejamento da pesquisa deve contemplar itens tais como: período de realização da pesquisa; unidade de análise e resposta; população-alvo e estratos adotados; sistemas de referência; especificação dos parâmetros populacionais de interesse; descrição da população amostrada; definição do tipo de coleta que utilizada; definição do plano amostral; definição do tamanho da amostra; definição dos estimadores utilizados e seus erros amostrais; seleção da amostra; descrição dos procedimentos para o tratamento dos erros não amostrais; verificação do sistema interno de controle; conferência e fiscalização da coleta de dados e do trabalho de campo; entre outros.</p>		
4.4.3	A pesquisa de satisfação de beneficiários conta com um relatório final contendo os resultados apurados.	Essencial
<p><b>Interpretação:</b> De forma a otimizar os insumos obtidos com a realização de uma Pesquisa de Satisfação de Beneficiários, para o aprimoramento das ações de melhoria contínua da qualidade dos serviços ofertados, os resultados apurados bem como a análise destes deverão estar documentados em um relatório (ANS, 2018).</p>		
<p><b>Possíveis Formas de Obtenção de Evidência:</b> Verificar a existência do relatório final da pesquisa contendo os resultados apurados. O relatório final da pesquisa deve contemplar itens tais como: a) A identificação do responsável técnico da pesquisa - profissional com formação em estatística; b) O nome da empresa que coletou os dados da pesquisa (se couber); c) Descrição do universo amostral;</p>		
<p>d) Descrição da população amostrada; e) Tamanho da amostra, erro amostral, erros não amostrais ocorridos, período de realização da pesquisa e descrição do grupo pesquisado; f) Forma de coleta de dados; g) Taxa de respondentes; h) Estatísticas com a quantidade de beneficiários da amostra classificados como: Questionário concluído; beneficiário não aceitou participar da pesquisa; beneficiário incapacitado de responder; beneficiário não localizado;</p>		

<p>i) Realização e demonstração de análises descritivas para os quesitos do questionário;  j) Tabelas contendo as estimativas, erros padrões e intervalo de confiança, com seu respectivo nível de confiança; e  k) Resultados apurados e conclusões sobre a pesquisa.</p>		
4.4.4	A pesquisa de satisfação de beneficiários contempla no mínimo perguntas relativas à Atenção à Saúde, Canais de Atendimento e Avaliação Geral da Operadora.	Essencial
<p><b>Interpretação:</b>  O objetivo principal de uma Pesquisa de Satisfação de Beneficiários deve ser a obtenção de insumos para o aprimoramento das ações de melhoria contínua da qualidade dos serviços ofertados pela operadora. Assim, perguntas relativas aos temas atenção à saúde, os canais de atendimento e a avaliação geral da operadora devem ser contempladas na pesquisa a ser realizada. Ressalta-se que os 3 temas solicitados no item também estão previstos na Pesquisa de Satisfação de Beneficiários do Programa de Qualificação de Operadoras, sendo um dos indicadores do IDSS (Índice de Desempenho da Saúde Suplementar). (AHRQ, 2013 e DAROSet <i>al.</i>, 2016).</p>		
<p><b>Possíveis Formas de Obtenção de Evidência:</b>  Verificar se o questionário aplicado na pesquisa aborda perguntas relativas aos temas: Atenção à Saúde, Canais de Atendimento e Avaliação Geral da Operadora. Por se tratar de item essencial, as perguntas deverão necessariamente abordar os três temas citados. Entretanto, poderão ser perguntas distintas das perguntas estabelecidas no Documento Técnico para a Realização da Pesquisa de Satisfação de Beneficiários de Planos de Saúde do Programa de Qualificação de Operadoras.</p>		
4.4.5	A Operadora publica, com destaque, o relatório com os resultados da pesquisa de satisfação de beneficiários em seu portal na internet.	Complementar
<p><b>Interpretação:</b>  A operadora deve primar por uma política de divulgação de informações que, além de atender às exigências legais, seja guiada pelo princípio da transparência que exige que as informações divulgadas sejam completas, objetivas, tempestivas e de fácil entendimento para o público. Assim, ao publicar os resultados da sua pesquisa de satisfação de beneficiários, a operadora contribui para a diminuição da assimetria de informações e torna público o grau de satisfação de seus usuários de planos de saúde.</p>		
<p><b>Possíveis Formas de Obtenção de Evidência:</b>  Verificar as evidências que comprovem a divulgação de informações atualizadas dos resultados da pesquisa de satisfação de beneficiários, de forma clara e objetiva, em local de destaque e de fácil acesso no portal da operadora na internet.</p>		
4.4.6	A pesquisa de satisfação de beneficiários conta com parecer de auditoria independente sem ressalvas que assegure a fidedignidade dos beneficiários selecionados para as entrevistas, bem como de suas respostas.	Complementar
<p><b>Interpretação:</b>  A auditoria independente é uma atividade que, utilizando-se de procedimentos técnicos específicos, tem a finalidade de atestar a adequação de um ato ou fato com o fim de imprimir-lhe características de confiabilidade. Assim, sua realização é essencial para a proteção dos usuários das informações auditadas e deve ter por objetivo assegurar a fidedignidade das informações consideradas e a ausência de fraudes durante o processo.  O parecer sem ressalvas, ou parecer limpo é emitido quando o auditor tem convicção e a expressa de forma clara e objetiva, sobre todos os aspectos relevantes dos assuntos tratados no âmbito da auditoria e de que os trabalhos foram realizados de acordo com as boas práticas aplicáveis. O parecer de auditoria independente não deverá expressar a opinião do auditor quanto à metodologia da pesquisa (cuja responsabilidade é do responsável técnico da pesquisa). (IBGC, 2009 e CNSP, 2014).</p>		
<p><b>Possíveis Formas de Obtenção de Evidência:</b>  Verificar as evidências sobre a realização de auditoria independente com emissão de parecer conclusivo sem ressalvas, contendo a identificação do auditor, síntese da análise da auditoria, assecuração quanto a (1) aderência da pesquisa ao escopo do planejamento; (2) fidedignidade dos beneficiários selecionados para a entrevista; (3) Fidedignidade das respostas. O parecer também deverá conter conclusão clara e explícita quanto aos itens avaliados e estar publicado junto com o relatório da pesquisa.</p>		
4.4.7	A Operadora utiliza o Documento Técnico para a Realização da Pesquisa de Satisfação de Beneficiários disponível no portal da ANS.	Excelência
<p><b>Interpretação:</b>  O Documento Técnico para a Realização da Pesquisa de Satisfação de Beneficiários disponível no portal da ANS faz parte do escopo do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) e a Operadora que realizar a pesquisa obedecendo os requisitos mínimos e diretrizes estabelecidos neste documento é elegível a uma pontuação extra no IDSS.  Os requisitos mínimos e as diretrizes do Documento Técnico para a Realização da Pesquisa de Satisfação de Beneficiários têm por objetivo a normalização com alto padrão técnico e a criação de uma série histórica dos resultados.</p>		
<p>O Documento Técnico determina as diretrizes para a condução da pesquisa e o mínimo de perguntas do questionário a ser aplicado. Ao mesmo tempo, estabelece que a pesquisa deve ser auditada por profissional independente e que seus resultados junto com o parecer da auditoria precisam ser disponibilizados no portal corporativo da operadora.  O Documento Técnico para a Realização da Pesquisa de Satisfação de Beneficiários a ser considerado deve ser a última versão disponível no portal da ANS no início do período de realização da pesquisa. (ANS, 2018).</p>		

**Possíveis Formas de Obtenção de Evidência:**  
Confrontar a pesquisa realizada com os requisitos mínimos e diretrizes da última versão do Documento Técnico para a Realização da Pesquisa de Satisfação de Beneficiários, disponível no Portal da ANS, com o intuito de verificar se a pesquisa: utiliza as perguntas estabelecidas no questionário; conta com auditoria independente; possui relatório final contendo os elementos mínimos estabelecidos; tem termo de responsabilidade assinado pelo responsável técnico (estatístico com número de registro profissional no CONRE - Conselho Regional de Estatística) e pelo representante legal da operadora e foi publicada no portal da operadora (relatório da pesquisa e parecer de auditoria).

Na avaliação da conformidade deste item, o auditor deverá se atentar para o período de realização da pesquisa, os resultados constatados pela auditoria independente bem como a publicação da pesquisa no portal da operadora.

Cabe ressaltar que o período de realização da pesquisa deve possuir intercessão com o período de análise da acreditação.

4.4.8	Além de utilizar o Documento Técnico para a Realização da Pesquisa de Satisfação de Beneficiários disponível no portal da ANS, a Operadora obteve resultado considerado "Excelente" na questão: Você recomendaria o seu plano de saúde para amigos ou familiares ?"	Excelência
-------	---	------------

**Interpretação:**

A realização de uma Pesquisa de Satisfação de Beneficiários deve ter como objetivo de estudo a experiência do beneficiário do plano de saúde, com vistas a aumentar a participação do beneficiário na avaliação da qualidade dos serviços oferecidos, de maneira que seus resultados tragam insumos para o aprimoramento das ações de melhoria contínua da qualidade dos serviços ofertados pela operadora. Além disso, todas as empresas procuram crescer, e o crescimento rentável, sustentável e orgânico ocorre mais frequentemente quando os beneficiários que se relacionam com a empresa contam suas experiências positivas para amigos e familiares. Ou seja, quando seus clientes se apresentam dispostos a recomendar a empresa para outra pessoa. Um beneficiário satisfeito será promotor da operadora e quanto mais beneficiários satisfeitos, mais promotores a operadora terá. Logo, é uma maneira de verificar a fidelidade e a satisfação de um beneficiário.

O Resultado considerado excelente é igual ou superior a 80% para a soma dos maiores níveis de opções de resposta, ou seja, as opções que indicam que os beneficiários recomendariam o plano de saúde para amigos ou familiares (por exemplo, considerando uma escala de 0 a 10, a soma dos resultados nas opções 9 e 10).

Para elegibilidade neste item, além da Operadora utilizar o Documento Técnico para a Realização da Pesquisa de Satisfação de Beneficiários disponível no portal da ANS, para a questão: "Você recomendaria o seu plano de saúde para amigos ou familiares?", a Operadora deverá ter obtido resultado igual ou superior a 80% para a soma dos maiores níveis de opções de resposta, ou seja, as opções que indicam que os beneficiários recomendariam o plano de saúde para amigos ou familiares. (SEBRAE MINAS, 2013, ANS, 2018).

**Possíveis Formas de Obtenção de Evidência:**

Verificar se além do já estabelecido no item 4.4.7, se a Operadora obteve o resultado estabelecido na interpretação do item.  
(ICC, 2016).

4.4.9	A Operadora implementa um Plano de Ação baseado nos resultados da Pesquisa de Satisfação de Beneficiários com vistas à melhoria.	Excelência
-------	--	------------

**Interpretação:**

A Pesquisa de Satisfação de Beneficiários deve ser finalizada com a elaboração de um relatório contendo os resultados apurados, eventuais pontos críticos identificados que necessitam de ações corretivas, bem como sugestões de melhorias a serem realizadas pela operadora nos aspectos abordados na pesquisa.

**Possíveis Formas de Obtenção de Evidência:**

A análise de conformidade deste item deverá buscar evidências sobre a adoção das ações propostas no plano de ação elaborado a partir dos resultados da pesquisa de satisfação de beneficiários.

Os tipos de evidência a serem verificados dependerão das ações propostas. Relatórios e atas de reuniões, registros de implementação/alteração em sistemas de informática e processos de trabalho, atualização de manuais, políticas e diretrizes da operadora ou outros documentos são possíveis exemplos de tipos de evidência deste item.

O plano de ação deverá estar devidamente documentado, haver a designação do(s) responsável(is) pela sua implementação e possuir metas e prazos para a implementação das melhorias identificadas como necessárias, além de estar vinculado aos objetivos estratégicos da organização.

#### Referências Bibliográficas para Experiência do Beneficiário

ABEP. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa - Diretrizes ESOMAR - Pesquisa de Opinião. Apresenta as diretrizes da ESOMAR - *European Society for Opinion and Market Research* para realização de pesquisas. 2018. Disponível em: < <http://www.abep.org/codigos-e-guias-da-abep>>.

ABRAREC- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DAS RELAÇÕES EMPRESA CLIENTE - ABRAREC E ABO - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OUVIDORES/ OMBUDSMAN. Manual de Boas Práticas de Ouvidoria. 2015. Disponível em: < [http://abrarec.com.br/wp-content/uploads/2015/07/Vs\\_pb.pdf](http://abrarec.com.br/wp-content/uploads/2015/07/Vs_pb.pdf)>

AHRQ- Agency for Health Care Research and Quality. CAHPS® Health Plan Surveys Version: Adult Medicaid Survey 5.0. 2013. Disponível em: < <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/cahps/surveys-guidance/hp/adult-med-eng-hp50-2152a.pdf>>

CAHPS® Health Plan Survey and Instructions - Fielding the CAHPS® Health Plan Survey 5.0. 2013. Disponível em: < <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/cahps/surveys-guidance/hp/fielding-the-survey-hp50-2013.pdf>>

ANS - AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Resolução Normativa RN Nº 171, de 29 de abril de 2008: critérios para aplicação de reajuste das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência suplementar à saúde médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica, contratados por pessoas físicas ou jurídicas. Rio de Janeiro: ANS, 2008. Disponível em:

< <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=MTI4NA==>>

\_\_\_\_\_. Resolução Normativa RN Nº 172, de 8 de julho de 2008: critérios para aplicação de reajustes das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência suplementar à saúde exclusivamente odontológicos. Rio de Janeiro: ANS, 2008a. Disponível em:

< <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=MTMwMw==>>

\_\_\_\_\_. Resolução Normativa RN Nº 190, de 30 de abril de 2009: criação obrigatória de portal corporativo na Internet pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, dentre outros. Rio de Janeiro: ANS, 2009. Disponível em:

< <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTQxMw==>>

\_\_\_\_\_. Instrução Normativa DIPRO IN Nº 20, de 29 de setembro de 2009: instrumentos de orientação aos beneficiários. Rio de Janeiro: ANS, 2009a. Disponível em: < <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTUxNw==> >

\_\_\_\_\_. Resolução Normativa - RN nº 285, de 23 de dezembro de 2011: obrigatoriedade de divulgação das redes assistenciais das operadoras de planos privados de assistência à saúde nos seus Portais Corporativos na Internet; e altera a Resolução Normativa - RN Nº 190, de 30 de abril de 2009 e a RN Nº 124, de 30 de março de 2006, que dispõem, respectivamente, sobre a criação obrigatória do Portal Corporativo na Internet pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde e sobre a aplicação de penalidades para as infrações no setor da

saúde suplementar. Rio de Janeiro: ANS, 2011. Disponível em: < <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTkyMw==> >

\_\_\_\_\_. Resolução Normativa - RN nº 309, de 24 de outubro de 2012: agrupamento de contratos coletivos de planos privados de assistência à saúde para fins de cálculo e aplicação de reajuste. Rio de Janeiro: ANS, 2012 Disponível em: < <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MjI4Mg==>>

\_\_\_\_\_. Resolução Normativa - RN nº 323, de 03 de abril de 2013: instituição de unidade organizacional específica de ouvidoria pelas operadoras de planos privados de assistência saúde. Rio de Janeiro: ANS, 2013. Disponível em: < <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/>>

view= legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MjQwNA==>

\_\_\_\_\_. Resolução Normativa - RN nº 365, de 11 de dezembro de 2014: substituição de prestadores de serviços de atenção à saúde não hospitalares. Rio de Janeiro: ANS, 2014. Disponível em: < <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mjg1OQ==>>

\_\_\_\_\_. Resolução Normativa - RN nº 386, de 9 de outubro de 2015: Programa de Qualificação de Operadoras e dá outras providências. Rio de Janeiro: ANS, 2015. Disponível em: < <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzEwMA==> >

\_\_\_\_\_. Resolução Normativa RN Nº 389, de 26 de novembro de 2015: transparência das informações no âmbito da saúde suplementar, estabelece a obrigatoriedade da disponibilização do conteúdo mínimo obrigatório de informações referentes aos planos privados de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: ANS, 2015a. Disponível em: < <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzEzNw==>>

\_\_\_\_\_. Resolução Normativa - RN Nº 405, de 9 de maio de 2016: Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar - QUALISS. Rio de Janeiro: ANS, 2016. Disponível em: < <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzI0OA==> >

\_\_\_\_\_. Resolução Normativa RN Nº 413, de 11 de novembro de 2016: Contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. Rio de Janeiro: ANS, 2016a. Disponível em: < <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=MzMwNw==>>

\_\_\_\_\_. Resolução Normativa RN Nº 395, de 14 de janeiro de 2016: Regras a serem observadas pelas Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde nas solicitações de procedimentos e/ou serviços de cobertura assistencial apresentados pelos beneficiários, em qualquer modalidade de contratação. Rio de Janeiro: ANS, 2016b. Disponível em: < <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=MzE2OA==>>

\_\_\_\_\_. REA-OUVIDORIAS - Relatório estatístico e analítico do atendimento das ouvidorias ANO BASE 2016. Rio de Janeiro: ANS, 2016c. Disponível em: < [http://www.ans.gov.br/images/REA\\_2017\\_-\\_Ano\\_Base\\_2016.pdf](http://www.ans.gov.br/images/REA_2017_-_Ano_Base_2016.pdf)>

\_\_\_\_\_. Documento Técnico para a realização da pesquisa de satisfação de beneficiários de planos de saúde. Rio de Janeiro: ANS, 2018. Disponível em: < [http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais\\_para\\_pesquisa/Perfil\\_setor/idss/pqo2019\\_nota\\_pesquisa\\_satisfacao.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/idss/pqo2019_nota_pesquisa_satisfacao.pdf)>

ANVISA - AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução DE DIRETORIA COLEGIADA RDC Nº 36, de 25 de julho de 2013: Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília: ANVISA, 2013. Disponível em: < [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036\\_25\\_07\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html)>

BOLFARINE, H.; BUSSAB, W. O. Elementos de Amostragem. ABE - Projeto Fisher. Ed. 1. 2005.

BRASIL. Decreto nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004. Regulamenta as Leis nº 10.048, e a nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Brasília, 2004. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/CCIVIL\\_03/\\_ATO2004-2006/2004/DECRETO/D5296.HTM](http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_ATO2004-2006/2004/DECRETO/D5296.HTM)>

\_\_\_\_\_. Decreto nº 6.523, de 31 de julho de 2008. Regulamenta a Lei Nº 8.078, de 11 de setembro de 1990, para fixar normas gerais sobre o serviço de atendimento ao consumidor - SAC. Brasília, 2008. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2008/decreto/d6523.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/decreto/d6523.htm)>

\_\_\_\_\_. Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. Promulga a convenção internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu protocolo facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Brasília, 2009. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/CCIVIL\\_03/\\_ATO2007-2010/2009/DECRETO/D6949.HTM](http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_ATO2007-2010/2009/DECRETO/D6949.HTM)>

\_\_\_\_\_. Lei nº 12.965, DE 23 DE ABRIL DE 2014. Estabelece princípios, garantias direitos e deveres para uso da internet no brasil. Brasília, 2014. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2014/lei/l12965.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l12965.htm)>

\_\_\_\_\_. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a lei brasileira de inclusão da pessoa com deficiência (Estatuto da pessoa com Deficiência). Brasília, 2015. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm)

BRANDÃO, V.C., Comunicação e marketing na era digital: a internet como mídia e canal de vendas. XXIV Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação. INTERCOM - Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação. Campo Grande - MS, 2011.

CMS - CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES. Quality Assurance Guidelines and Technical Specifications. v. 2. January, 2006.

CNSP - CONSELHO NACIONAL DE SEGUROS PRIVADOS. Resolução CNSP nº 311, de 2014. prestação de serviços de auditoria atuarial independente para as sociedades seguradoras, entidades abertas de previdência complementar, sociedades de capitalização e resseguradores locais.

COCHRAN, W. G. Sampling Techniques. 3<sup>rd</sup> Edition. John Wiley & Sons, inc. 1977.

DAROS, R.M. et al. A satisfação do beneficiário da saúde suplementar sob a perspectiva da qualidade e integralidade. Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 26 [ 2 ]: 525-547, 2016.

IBGC - INSTITUTO BRASILEIRO DE GOVERNANÇA CORPORATIVA. Cadernos de Governança Corporativa nº 7 - Guia de orientações para Melhores Práticas de Comitês de Auditoria. São Paulo. IBGC, 2009. Disponível em: < [http://www.ibgc.org.br/userfiles/files/Guia\\_7\\_.pdf](http://www.ibgc.org.br/userfiles/files/Guia_7_.pdf)>

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Questionário da Pesquisa Nacional de Saúde. Rio de Janeiro, 2014. 52 p. Disponível em: < [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pns/2013/default\\_microdados.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pns/2013/default_microdados.shtm)>.

\_\_\_\_\_. Manual do Recenseador - CD - 1.09Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro, 2010. 169 p. Disponível em: < [https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/instrumentos\\_de\\_coleta/doc2601.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/instrumentos_de_coleta/doc2601.pdf)>

\_\_\_\_\_. Pessoas com Deficiência 2012. Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: < <https://biblioteca.ibge.gov.br>>

ICC - INTERNATIONAL CHAMBER OF COMMERCE. ICC/ESOMAR International Code on Market, Opinion and Social Research and Data Analytics. 2016. Disponível em: < <https://www.iccwbo.org>>

LEEUW, E. D. et al. EAM - EUROPEAN ASSOCIATION OF METHODOLOGY. International Handbook of Survey Methodology. 2007-2008.

LOPES, L.G., Inovação organizacional em empresas operadoras de saúde: um estudo exploratório de casos. Belo Horizonte, 2003, 219p, Dissertação de mestrado em administração. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, 2011.

MILAN, G.S., TREZ, G. - Pesquisa De Satisfação: Um Modelo Para Planos De Saúde. Revista Eletrônica da Fundação Getúlio Vargas - Escola de Administração de Empresas de São Paulo. 2005. Disponível em: <http://www.rae.com.br/eletronica/index.cfm?FuseAction=Artigo&ID=2165&Secao=ARTIGOS&Volume=4&Numero=2&Ano=2005>

MIRALDO, C., A utilização de sistema de informação para gestão das demandas dos beneficiários de operadoras de saúde suplementar, como estratégia frente à regulação do setor e a notificação de intermediação preliminar (NIP). Dissertação de Mestrado Profissional em Administração e Gestão em Sistemas de Saúde. Universidade Nove de Julho, São Paulo, 2016.

NASCIMENTO, D.C.O et al, Estratégia de marketing em um plano de saúde: utilização de ferramenta MASP na resolução de problemas e na conquista da fidelização de clientes no norte fluminense. XXX ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, São Carlos, SP, 2010.

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde e ANS-Agência Nacional de Saúde. Conhecimento técnico-científico para qualificação da saúde suplementar. Brasília. DF: OPAS; Reio de Janeiro: ANS, 2015, 192 p.

PIVA, L. C. et al., Relação entre satisfação, retenção e rentabilidade de clientes no setor de planos de saúde. Revista de Ciências da Administração , v. 9, n. 19, p. 54-80, set./dez. 2007.

RIBEIRO, J. L. D.; ECHEVESTE, M. E. Dimensionamento da Amostra em Pesquisa de Satisfação de Clientes. In: ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, 18., Niterói, 1998. Anais. Niterói, 1998.

RODRIGUES, M. V., *et al.* Qualidade e Acreditação em Saúde. Rio de Janeiro: Editora FGV. 2016. 2. ed.

SEBRAE MINAS - Serviço de Apoio às Micro e Pequenas Empresas de Minas Gerais - Como elaborar uma Pesquisa de Mercado. Rede de Atendimento ao Empreendedor. 2013.

TECPLAN. Indicadores de Produtividade e de Gestão do Call Center. Tecplan Ltda, 2014. Disponível em: < <http://www.gestaoporprocessos.com.br/wp-content/uploads/2014/06/indicadores-de-produtividade-e-gestao-do-call-center.pdf> >

TEIXEIRA, Lucas; LOPES, Humberto. Aplicação do modelo canvas para o modelo de negócio do Banco do Brasil e da Caixa Econômica Federal. Revista de Gestão & Tecnologia.2016

Disponível em ZEITHAML, V.A.; BITNER, M.J.; GREMLER, D. D.. Marketing de Serviços: A Empresa com Foco no Cliente. 6.ed., AMGH Editora Ltda., 2014.

ZUZA, M.S.P., Melhoria do Processo de Atendimento ao Cliente: um estudo de caso. Dissertação de Mestrado em Engenharia de Produção. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

Este conteúdo não substitui o publicado na versão certificada.