

Anexo Ofício VP 01/2017

ANEXO 1 - RN 277 /2011, com comentários da UNIDAS

****Por alteração regimental, onde lê-se DIOPE , leia-se DIDES.**

*** Em virtude da edição da [RN 336/2013](#), que alterou a [RN 197/09](#), os procedimentos relativos a Acreditação de Operadoras passaram a ser de competência da Diretoria de Desenvolvimento Setorial.**

[\[Anexos da RN nº 277\]](#)

[\[Índice\]](#) [\[Correlações\]](#)

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. 86, inciso II, alínea "a" da Resolução Normativa- [RN nº 197](#), de 16 de julho de 2009, em reunião ordinária realizada em 18 de outubro de 2011, adotou a seguinte Resolução Normativa e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação.

CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Esta resolução institui o Programa de Acreditação de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde - OPS, com o objetivo de incentivar a melhoria continuada na qualidade assistencial da saúde suplementar.

Art. 2º Para efeitos desta resolução, considera-se:

I - Programa de Acreditação de OPS: processo voluntário de avaliação da adequação e eficiência dos serviços disponibilizados pelas OPS, realizado por entidades acreditadoras;

II - certificado de acreditação: documento emitido pela [Coordenação Geral de Acreditação - CGCRE do Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia - INMETRO](#), reconhecendo formalmente que um organismo de certificação atende a requisitos previamente definidos e demonstra possuir competência para executar o Programa de Acreditação de OPS, em conformidade com todos os requisitos estabelecidos pela CGCRE do INMETRO e pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS;

III - homologação: ato pelo qual a Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras - DIOPE** da ANS autoriza um organismo de certificação, com certificado de acreditação válido e emitido pela CGCRE do INMETRO, a atuar como entidade acreditadora das OPS;

IV - entidades acreditadoras: são pessoas jurídicas de direito público ou privado que receberam o certificado de acreditação emitido pela CGCRE do INMETRO e foram homologadas pela DIOPE**, e

V - **certidão de acreditação**: documento com prazo de validade, emitido por uma entidade acreditadora, após a aplicação do Programa de Acreditação em uma OPS, que estabelece em três níveis o padrão de qualidade encontrado, desde que alcançada uma pontuação final mínima.

CAPÍTULO II

DO CERTIFICADO DE ACREDITAÇÃO E DA HOMOLOGAÇÃO

Seção I

Do Certificado de Acreditação

Art. 3º Cabe a CGCRE do INMETRO realizar processo avaliativo para reconhecer a competência dos organismos de certificação que pretenderem executar o Programa de Acreditação de OPS, em conformidade com todos os requisitos estabelecidos pela CGCRE do INMETRO e pela ANS.

§ 1º O reconhecimento de competência técnica de que trata o caput será feito por meio da expedição do certificado de acreditação, que deverá ser renovado na periodicidade determinada pela CGCRE do INMETRO.

§ 2º Além do certificado de acreditação, será emitida documentação acessória onde constará expressamente que o organismo de certificação possui competência para aplicar o Programa de Acreditação de OPS previsto nesta Resolução.

Seção II

Da Homologação

Art. 4º Somente serão homologadas pela DIOPE** como entidades acreditadoras, os organismos de certificação que:

I - possuem representação no Brasil;

II - possuir em manual, ou documento equivalente, que contenha a descrição detalhada da metodologia desenvolvida pelo respectivo organismo de certificação para a avaliação dos graus de conformidade dos itens constantes do Programa de Acreditação de OPS, estabelecidos no [Anexo III desta Resolução](#);

III - possuem certificado de acreditação e documentação acessória, conforme disposto nos § 1º e 2º do [art. 3º](#), ambos válidos e emitidos pela CGCRE do INMETRO, salvo se o pedido de homologação for efetuado durante o período transitório previsto no [art.22](#); e

IV - cumprirem as demais exigências previstas nesta Resolução.

§ 1º Apenas os organismos de certificação que receberem a homologação da ANS serão reconhecidos como entidades acreditadoras aptas a executar o Programa de Acreditação de OPS e a emitir a certidão de acreditação.

Comentário UNIDAS:

Quais os critérios de avaliação da ANS para homologar as entidades como entidades certificadoras?

§ 2º A homologação será publicada no [Diário Oficial da União - DOU](#) e será válida pelo tempo previsto no certificado de acreditação, salvo na hipótese prevista no [artigo 22 desta Resolução](#).

Art. 5º O organismo de certificação deverá enviar envelope lacrado para a DIOPE**, localizada na Av. Augusto Severo, nº 84 - 8º andar, Glória, CEP: 20.021-040, Rio de Janeiro/RJ, com o requerimento de homologação, acompanhado da seguinte documentação:

I - documento indicando formalmente um representante perante a ANS e o cargo que ocupa na instituição;

II - cópia autenticada do cartão de registro no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica - CNPJ da pessoa jurídica e do cartão de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas - CPF dos membros da diretoria e dos conselhos de administração, fiscal e afim, quando houver, ambos fornecidos pela Receita Federal;

III - cópia autenticada dos seus atos constitutivos e alterações, registrados no órgão competente; e

IV - cópia autenticada do seu certificado de acreditação e de documentação complementar, de acordo com o disposto no §2º do art.3º, observado o estabelecido nos artigos [22](#) e [23](#) desta Resolução; e

V - cópia autenticada do documento previsto no inciso II do [art. 4º](#), de acordo com o modelo constante no [Anexo IV desta Resolução](#).

§ 1º O requerimento de homologação também deverá conter o endereço completo do organismo de certificação, números de telefone e outros dados para contato, tais como e-mail e número de FAX.

§ 2º Deverá constar, do lado externo do envelope especificado no caput, "ACREDITAÇÃO DE OPS - REQUERIMENTO DE HOMOLOGAÇÃO".

Art. 6º A cada renovação do certificado de acreditação, o organismo de certificação deverá enviar novo requerimento à DIOPE** com vistas a obter nova homologação, de acordo com o previsto nos artigos [4º](#) e [5º](#) desta Resolução.

Art. 7º A qualquer tempo, a homologação será anulada pela DIOPE** na hipótese de ocorrência de fraude ou revogada, no caso de descumprimento das exigências previstas nesta Resolução.

Parágrafo único. A anulação da homologação será publicada no [D.O.U.](#).

CAPÍTULO III

DO PROGRAMA DE ACREDITAÇÃO DE OPS

Seção I

Do Funcionamento

Art. 8º As OPS poderão, voluntariamente, se submeter ao Programa de Acreditação de OPS, executado por uma entidade acreditadora de sua escolha.

Comentário UNIDAS:

Devendo os custos serem assumidos pela operadora .

§ 1º A OPS que desejar se submeter ao programa de acreditação de OPS deverá verificar previamente a situação da instituição escolhida para executar o Programa, mediante verificação da validade do certificado de acreditação e da documentação acessória, bem como a situação de homologação feita pela ANS.

§ 2º Somente receberão a certidão de acreditação, as OPS que atenderem aos requisitos do Programa de Acreditação de OPS.

§ 3º As entidades acreditadoras deverão, no prazo de até 10(dez) dias do final do processo avaliativo, enviar relatório à ANS, no qual conste o desempenho da OPS submetida ao Programa de Acreditação, bem como cópia da certidão de acreditação, quando houver.

Comentário UNIDAS:

Ficando expresso que o relatório deverá atender aos requisitos mínimos estabelecidos pela ANS, conforme Anexo IV (a ser criado).

§ 4º A ANS dará conhecimento aos consumidores de planos privados de assistência à saúde, por meio de divulgação em seu sítio www.ans.gov.br , da lista de OPS que receberem a certidão de acreditação.

§ 5º O relatório de que trata o § 3º não será divulgado pela ANS, em nenhuma hipótese, sendo utilizado apenas para a realização de estudos referentes à qualidade da saúde suplementar.

Art. 9º Não poderão se submeter ao Programa de Acreditação as operadoras que estiverem em regime de direção fiscal, direção técnica ou em plano de recuperação perante a ANS.

Art. 10. As OPS que veicularem material publicitário ou propaganda, por qualquer meio, com menção a processo de acreditação, certidão de acreditação ou documento similar, que tenha sido executado ou emitido, respectivamente, por organismo de certificação que não tenha obtido previamente a homologação da DIOPE**, estarão sujeitas às penalidades previstas na regulamentação setorial em vigor.

Comentário UNIDAS:

Nesta cláusula questiona-se se uma OPS possuir ISO ou outra certificação, se estará impedida de divulgar?

As operadoras estão proibidas de ser certificadas e divulgar outras certificações?

Seção II

Do Programa de Acreditação

Art. 11. O Programa de Acreditação de OPS consiste em uma série de itens, distribuídos em sete dimensões, cujo objetivo é avaliar o grau de conformidade de cada item quando confrontado com as práticas adotadas pela operadora, de acordo com o [Anexo III](#).

Comentário UNIDAS:

Incluir um Parágrafo Terceiro:

A ANS definirá os critérios mínimos exigidos das OPS com referência a avaliação presencial de sua sede, filiais, escritórios regionais e outras unidades de negócios.

§ 1º A entidade acreditadora escolhida pela operadora executará o Programa de Acreditação e confrontará o padrão de cada um dos itens com o padrão encontrado na operadora, sendo então aferido o grau de conformidade que a operadora apresenta em relação a cada um dos itens.

§ 2º O Programa de Acreditação de OPS será sempre aplicado na íntegra, sendo vedada a sua aplicação parcial, mesmo nos casos em que a operadora já tenha sido anteriormente submetida ao Programa.

Seção III

Do Sistema de Pontuação

Art. 12. A entidade acreditadora deverá obedecer aos critérios de pontuação estabelecidos nesta Resolução, quando da aplicação do Programa de Acreditação.

Art. 13. Para cada dimensão será atribuída uma nota - D, calculada pela média aritmética da pontuação dos itens, onde deverá ser atingida uma pontuação mínima pela operadora, caso contrário, não haverá aprovação, independentemente da nota final - NF.

Art. 14. A NF obtida pela OPS corresponderá ao cálculo da média ponderada das notas obtidas em cada dimensão.

Art. 15. A média será ponderada pelos respectivos pesos atribuídos às dimensões.

Art. 16. A metodologia de cálculo prevista nos artigos [13](#), [14](#) e [15](#) encontra-se no [Anexo II](#) desta resolução.

Art. 17. Ficam definidos os seguintes graus de conformidade de um item, para fins de avaliação:

I - total;

II - parcial;

III - não existente.

Art. 18. Para a aplicação do sistema de pontuação, ficam assim determinados os graus de conformidade, para efeitos de avaliação de cada item constante das dimensões:

I - total: o item é avaliado como implantado em pelo menos 90% (noventa por cento) há, no

mínimo, 12 (doze) meses;

II - parcial: o item é avaliado como implantado de 50% (cinquenta por cento) a 89% (oitenta e nove por cento) há, no mínimo, 6 (seis) a 11 (onze) meses;

III - não existente: o item é avaliado como implantado abaixo de 50% (cinquenta por cento) ou há menos de 6 (seis) meses.

Comentário UNIDAS:

II - parcial: o item é avaliado como implantado de 50% (cinquenta por cento) a 89% (oitenta e nove por cento) há, no mínimo, 3 (três) a 11 (onze) meses;

III - não existente: o item é avaliado como implantado abaixo de 50% (cinquenta por cento) ou há menos de 3 (três) meses.

Parágrafo único. Para a determinação do grau de conformidade prevalecerão os prazos previstos nos incisos deste artigo, ainda que o percentual de implantação de determinado item seja alcançado anteriormente a esses prazos.

Art. 19. Para cada item avaliado, serão atribuídos os seguintes pontos, de acordo com o grau de conformidade verificado na operadora pela entidade acreditadora:

I - total: 10 (dez) pontos;

II - parcial: 5 (cinco) pontos;

III - não existente: 0 (zero) pontos.

Parágrafo único. O grau de conformidade de cada item avaliado será verificado mediante análise documental e/ou observação direta ou inspeção.

Art 20. Ficam definidas, no [Anexo III](#) da presente Resolução, as dimensões e seus respectivos itens que deverão ser usados pelas entidades acreditadoras no processo de avaliação das OPS, quando da aplicação do Programa de Acreditação.

Art .21. As certidões de acreditação serão emitidas em três níveis, de acordo com a pontuação final obtida pela OPS:

I - certidão nível I: para as OPS que obtiverem NF entre 90 (noventa) e 100 (cem) pontos;

II - certidão nível II: para as OPS que obtiverem NF entre 80 (oitenta) e 89 (oitenta e nove) pontos; ou

III - certidão nível III: para as OPS que obtiverem NF entre 70 (setenta) e 79 (setenta e nove) pontos.

Parágrafo único. As certidões nível II e nível III terão prazo de validade de no mínimo 2 (dois) e no máximo 3 (três) anos e a certidão nível I será válida por no mínimo 3 (três) e no máximo 4 (quatro) anos.

Comentário UNIDAS:

Parágrafo Primeiro. As certidões terão prazo de validade de 3 (três).

Parágrafo Segundo. As OPS que obtiverem NF abaixo de 70 pontos não serão certificadas.

CAPÍTULO IV

DAS DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS

Art. 22. Da data da publicação desta Resolução até 2 de maio de 2013, os organismos de certificação que pretenderem executar o Programa de Acreditação de OPS estarão dispensados da apresentação do certificado de acreditação e da documentação acessória, emitidos pela CGCRE do INMETRO para efeitos da homologação.

Art. 23. A partir de 3 de maio de 2013, será obrigatória, para a homologação, a apresentação do certificado de acreditação e da documentação acessória, emitidos pela CGCRE do INMETRO, mesmo para aquelas entidades acreditadoras cujos requerimentos já tenham sido homologados anteriormente pela DIOPE**.

Parágrafo único. No caso de não apresentação dos referidos documentos, por parte dos organismos de certificação, as homologações deferidas anteriormente à data estabelecida no [caput](#) serão automaticamente revogadas.

Art. 24. A homologação feita na forma do [art. 22](#) será publicada no Diário Oficial da União - DOU e será válida até 2 de maio de 2013 e, após o cumprimento do disposto no [art. 23](#), pelo tempo previsto no certificado de acreditação.

CAPÍTULO V

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 25. A Resolução Normativa - [RN nº 124](#), de 30 de março de 2006, passa a vigorar acrescida do seguinte artigo:

"[Art. 74-D](#). Veicular material publicitário ou propaganda, por qualquer meio, com menção a processo de acreditação, certidão de acreditação ou documento similar, que tenha sido executado ou emitido, respectivamente, por organismo de certificação que não tenha obtido previamente a homologação da DIOPE**.

Sanção - advertência
multa de R\$ 80.000,00."

Comentário UNIDAS:

Pode o órgão regulador impedir que outras entidades façam a certificação das OPS?

Art. 26. Os [Anexos desta Resolução](#) estarão disponíveis para consulta e cópia na página da internet www.ans.gov.br.

Art. 27. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

MAURICIO CESCHIN

Diretor-Presidente

Este texto não substitui o texto normativo original e nem o de suas alterações, caso haja, publicados no Diário Oficial.

ANEXOS DA RN 277/2011

ANEXO I

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

ANEXO III

DIMENSÃO 1- PROGRAMA DE MELHORIA DA QUALIDADE - PMq	Graus de Conformidade			Ações
	Total	Parcial	Não existente	

<p>1.1 Existe um grupo responsável pelo Programa de Melhoria da Qualidade (PMQ) da OPS. 1.2 Há um médico especificamente designado participando do grupo responsável pelo Programa de Melhoria da Qualidade (PMQ) da OPS.</p> <p style="text-align: center;">Comentário UNIDAS:</p> <p style="text-align: center;">Não deve ser obrigatória a participação de um médico, e sim um profissional especificamente designado</p> <p>1.3 O grupo responsável pelo PMQ avalia os processos operacionais relacionados à melhoria de qualidade em todas as atividades da OPS. 1.4 A estrutura e funções do grupo responsável pelo PMQ estão formalmente definidas, bem como existem registros de frequência e das atas (datadas e assinadas) das reuniões do grupo, onde todas as suas decisões e ações estão detalhadas. 1.5 O grupo responsável pelo PMQ possui um plano anual de trabalho. 1.6 Existem instalações e equipamentos suficientes direcionados para o grupo responsável pelo PMQ.</p> <p style="text-align: center;">Comentário UNIDAS:</p> <p style="text-align: center;">Deve a ANS definir melhor o que são instalações e equipamentos suficiente.</p> <p>1.7 O grupo responsável pelo PMQ institui e acompanha indicadores da qualidade dos serviços oferecidos pela OPS.</p> <p style="text-align: center;">Comentário UNIDAS:</p> <p style="text-align: center;">O ideal é que a ANS defina um Rol mínimo de indicadores de qualidade:</p> <p style="text-align: center;">Ex:</p> <p style="text-align: center;">Indicadores de regulação do acesso, Indicadores de auditoria em saúde, Rede assistencial e Faturamento de contas.</p> <p>1.8 O grupo responsável pelo PMQ recomenda, no mínimo anualmente, políticas de melhoria da qualidade para a alta direção da OPS. 1.9 Os resultados das atividades do grupo do PMQ são analisados, no mínimo anualmente, e avaliados pela alta direção da OPS. 1.10 A OPS promove divulgação interna das atividades (realizadas e em andamento) do grupo responsável pelo PMQ no mínimo anualmente. 1.11 A OPS possui sistema de gestão da qualidade implementado.</p>				<p>1.1 Criação do grupo responsável pelo Programa de Melhoria da Qualidade (PMQ) 1.2 Contratação de médico designado para o grupo responsável pelo Programa de Melhoria da Qualidade (PMQ) 1.3 O grupo responsável pelo PMQ avalia os processos operacionais relacionados à melhoria de qualidade em todas as atividades da OPS. 1.4 A estrutura e funções do grupo responsável pelo PMQ estão formalmente definidas, bem como existem registros de frequência e das atas (datadas e assinadas) das reuniões do grupo, onde todas as suas decisões e ações estão detalhadas. 1.5 O grupo responsável pelo PMQ possui um plano anual de trabalho. 1.6 Existem instalações e equipamentos suficientes direcionados para o grupo responsável pelo PMQ. 1.7 O grupo responsável pelo PMQ institui e acompanha indicadores da qualidade dos serviços oferecidos pela OPS. 1.8 O grupo responsável pelo PMQ recomenda, no mínimo anualmente, políticas de melhoria da qualidade para a alta direção da OPS. 1.9 Os resultados das atividades do grupo do PMQ são analisados, no mínimo anualmente, e avaliados pela alta direção da OPS. 1.10 A OPS promove divulgação interna das atividades (realizadas e em andamento) do grupo responsável pelo PMQ no mínimo anualmente. 1.11 A OPS possui sistema de gestão da qualidade implementado.</p>
<p>DIMENSÃO 2 - DINÂMICA DA QUALIDADE E DESEMPENHO DA REDE PRESTADORA</p>	<p>Total</p>	<p>Parcial</p>	<p>Não existe</p>	<p>Ações</p>
<p>2.1 A OPS tem procedimento documentado e adequado que priorize a qualificação acadêmico-profissional nas etapas de avaliação e seleção de médicos e demais prestadores para sua rede.</p>				

<p>Comentário UNIDAS: A OPS tem procedimento documentado e adequado que priorize a qualificação dos prestadores de serviços de saúde, conforme critérios definidos pelo órgão regulador -QUALISS</p> <p>2.2 A OPS tem políticas e procedimentos documentados para promoção do descredenciamento de médicos e demais prestadores, nos casos de falta de qualidade ou deficiência de segurança por parte dos prestadores. 2.3 A OPS dispõe de políticas e procedimentos documentados para o acesso aos prontuários de seus beneficiários, observados os limites legais.</p> <p>Comentário UNIDAS: Não entendemos esse item como critério objetivo de qualidade, portanto, sugerimos a exclusão</p> <p>2.4 A OPS possui política clara e formalizada em contrato, de incentivos (financeiros ou não-financeiros) aos seus prestadores, vinculados à adoção de boas práticas, desfechos clínicos e excelência no atendimento a padrões e protocolos. 2.5 A OPS viabiliza a participação em programas de capacitação e educação continuada em saúde, para sua rede prestadora, com o objetivo de melhorar os resultados da atenção à saúde.</p> <p>Comentário UNIDAS: Esse requisito não é atribuição da OPS. Propomos a exclusão desse item.</p> <p>2.6 A OPS possui procedimento documentado de incentivos à acreditação/certificação de sua rede prestadora e mantém registros atualizados periodicamente sobre o grau de qualidade de sua rede. 2.7 A auditoria concorrente (própria ou terceirizada) possui procedimentos documentados de operação, no intuito de aferir a qualidade e adequação dos serviços prestados pela rede.</p> <p>Comentário UNIDAS: 2.7 A auditoria concorrente ou in loco (própria ou terceirizada) possui procedimentos documentados de operação, no intuito de aferir a qualidade e adequação dos serviços prestados pela rede.</p> <p>2.8 A OPS possui procedimentos documentados para verificação da renovação de certificados, diplomas e alvarás necessários ao funcionamento da rede prestadora, segundo a legislação estadual e federal, dentro do prazo de validade, e condiciona a manutenção do credenciamento à atualização desses documento 2.9 A OPS efetua e registra regularmente a auditoria dos atendimentos hospitalares e pré-hospitalares de urgência e emergência em que um médico qualificado analisa o quadro clínico de entrada, bem como procedimentos, condutas e diagnósticos de alta. 2.10 A OPS tem programa de qualidade devidamente documentado e implementado relativo à segurança do paciente, que inclui a análise da adequação do atendimento, bem como supervisão efetiva das atividades de melhoria contínua do atendimento aos pacientes.</p> <p>Comentário UNIDAS: Não cabe à operadora. Propõe-se exclusão deste requisito .</p> <p>2.11 A OPS possui procedimento documentado para orientação da rede prestadora com relação à manutenção da confidencialidade dos dados clínicos dos beneficiários.</p> <p>Comentário UNIDAS: Não cabe à operadora. Propõe-se exclusão deste requisito .</p> <p>2.12 A OPS possui procedimento documentado para estimular a melhoria constante da qualidade dos arquivos médicos mantidos pela rede prestadora.</p>				
<p>DIMENSÃO 3 - SISTEMÁTICAS DE GERENCIAMENTO DAS AÇÕES DOS SERVIÇOS DE SAÚDE:</p>	<p>Total</p>	<p>Parcial</p>	<p>Não existe</p>	<p>Ações</p>
<p>3.1 Distribuição Quantitativa e Geográfica da Rede Prestadora:</p>				
<p>3.1.1 Atenção Primária à Saúde (Clínica Geral, Medicina da Família,</p>				

<p>Pediatria, G.O. e Cirurgia Geral):</p> <p>Comentário UNIDAS: Rever a dimensão inteira: o item trata da suficiência de rede na urgência e emergência, nas áreas de atenção básica à saúde e nas especialidades médicas. Raramente as OPS contratam rede assistencial conforme nível de atenção, quer seja na atenção primária ou secundária. portanto, parece desnecessária a subdivisão dessa dimensão para avaliação da qualidade da OPS</p>				
<p>3.1.1.1 Existem critérios quantitativos, devidamente documentados, para estabelecer o número adequado de prestadores de atenção primária à saúde da rede. 3.1.1.2 Existem critérios quantitativos, devidamente documentados, para a distribuição geográfica dos prestadores de atenção primária à saúde da rede. 3.1.1.3 Anualmente é realizada análise e registro do desempenho do número de prestadores de atenção primária à saúde da rede, tendo como referência os critérios previamente estabelecidos 3.1.1.4 Anualmente é realizada análise e registro do desempenho da distribuição geográfica dos prestadores de atenção primária à saúde da rede, tendo como referência os critérios previamente estabelecidos</p>				
<p>3.1.2 Atenção Especializada à Saúde (demais especialidades médicas):</p>	Total	Parcial	Não existe nte	Ações
<p>3.1.2.1 Existem critérios quantitativos, devidamente documentados, para estabelecer o número adequado de prestadores de atenção especializada à saúde da rede. 3.1.2.2 Existem critérios quantitativos, devidamente documentados, para a distribuição geográfica dos prestadores de atenção especializada à saúde da rede. 3.1.2.3 Anualmente é realizada análise e registro do desempenho do número de prestadores de atenção especializada à saúde da rede, tendo como referência os critérios previamente estabelecidos. 3.1.2.4 Anualmente é realizada análise e registro do desempenho da distribuição geográfica dos prestadores de atenção especializada à saúde da rede, tendo como referência os critérios previamente estabelecidos.</p>				
<p>3.1.3 Atenção de Urgência e Emergência à Saúde</p>	Total	Parcial	Não existe nte	Ações
<p>3.1.3.1 Existem critérios quantitativos, devidamente documentados, para estabelecer o número adequado de prestadores de atenção de urgência e emergência à saúde da rede. 3.1.3.2 Existem critérios quantitativos, devidamente documentados, para a distribuição geográfica dos prestadores de atenção de urgência e emergência à saúde da rede. 3.1.3.3 Anualmente é realizada análise e registro do desempenho do número de prestadores de atenção de urgência e emergência à saúde da rede, tendo como referência os critérios previamente estabelecidos. 3.1.3.4 Anualmente é realizada análise e registro do desempenho da distribuição geográfica dos prestadores de atenção de urgência e emergência à saúde da rede, tendo como referência os critérios previamente estabelecidos.</p>				
<p>3.2 Identificação de Obstáculos ao Acesso à Rede Prestador</p> <p>Comentário UNIDAS: Entendemos que não devem ser separados os critérios com obstáculos ao acesso por níveis de atenção (primário, especializado, urgência e emergência). Todos os critérios de regulação do acesso são definidos no Regulamento do Plano no ato do registro do Produto na ANS. Neste caso, a avaliação deveria confrontar os critérios de regulação do acesso com o que está sendo realizado na prática, guardadas as normas legais .</p>	Total	Parcial	Não existe nte	Ações
<p>3.2.1 A OPS estabelece procedimentos para assegurar o acesso dos beneficiários à rede prestadora de atenção primária à saúde. 3.2.2 A OPS estabelece procedimentos para assegurar o acesso dos beneficiários à rede prestadora de atenção especializada à saúde. 3.2.3 A OPS estabelece procedimentos para assegurar o acesso dos beneficiários à rede prestadora de atenção de urgência e emergência à saúde. 3.2.4 A OPS estabelece e implementa prontamente um plano de ação, devidamente documentado, quando identifica obstáculos ao acesso dos beneficiários à rede prestadora de atenção primária à saúde da rede. 3.2.5 A OPS estabelece e implementa prontamente um plano de ação, devidamente documentado, quando identifica obstáculos ao acesso dos beneficiários à rede prestadora de atenção especializada à saúde da rede. 3.2.6 A OPS estabelece e implementa prontamente um plano de ação, devidamente documentado, quando identifica obstáculos ao acesso dos beneficiários à rede prestadora de atenção de urgência e</p>				

emergência à saúde da rede. 3.2.7 A OPS possui procedimento documentado para coordenar ativamente os atendimentos de urgência e emergência, integrando as unidades prestadoras e o serviço de remoção e atenção pré-hospitalar para assegurar acesso adequado e oportuno aos beneficiários				
3.3 Autorizações Prévia	Total	Parcial	Não existente	Ações
3.3.1 A OPS mantém documentação adequada e devidamente arquivada e controlada, por meio físico ou eletrônico, contendo suas respostas às solicitações de autorização para realização de exames, procedimentos e internações, incluindo as justificativas técnico-administrativas (especialmente quando há não-autorização). 3.3.2 A autorização ou não-autorização para realização de exames, procedimentos e internações é supervisionada por médicos, acessíveis no local ou por telefone, responsáveis pela verificação da consistência e da adequação das decisões. 3.3.3 A OPS apresenta resposta à solicitação de autorização ou não-autorização para realização eletiva de exames, procedimentos e internações em, no máximo, setenta e duas horas. 3.3.4 A OPS disponibiliza justificativa devidamente documentada, por escrito, quando assim solicitada pelos beneficiários, nos casos de não-autorização para realização eletiva de exames, procedimentos e internações. 3.3.5 A OPS dispõe de mecanismo formal e devidamente documentado para providenciar com agilidade a formação de junta médica, de acordo com a legislação de saúde suplementar, nas situações de divergência médica a respeito de autorização prévia, para casos eletivos, em até 15 dias, contados da não-autorização. 3.3.6 Existem políticas e evidências devidamente documentadas de que a OPS notifica o médico solicitante de que há médico responsável disponível para discutir questões pertinentes relativas à não-autorização e os meios para entrar em contato com ele				
DIMENSÃO 4 - SATISFAÇÃO DOS BENEFICIÁRIO	Total	Parcial	Não existente	Ações
4.1 A OPS possui procedimento devidamente identificar a população-alvo, com base nas reclamações e solicitações dos beneficiários, para realização da avaliação de satisfação 4.2 A OPS possui procedimento devidamente documentado para seleção apropriada de uma amostra da população-alvo, caso seja utilizada uma amostra. 4.3 A OPS possui procedimento devidamente documentado para coletar e validar os dados relativos à população-alvo, com base nas reclamações e solicitações dos beneficiários. 4.4 A OPS possui registro de avaliação das reclamações e solicitações dos beneficiários, realizada, no mínimo, anualmente. 4.5 A OPS tem políticas e procedimentos para registrar, analisar, responder e gerenciar as reclamações dos beneficiários, efetuadas por qualquer canal de comunicação. 4.6 A OPS pesquisa a satisfação dos beneficiários com relação, no mínimo, à facilidade para marcação de consultas e de exames complementares na rede credenciada. 4.7 A OPS pesquisa a satisfação dos beneficiários com o atendimento prestado pela rede prestadora. 4.8 A OPS possui procedimento devidamente documentado para mensuração da satisfação dos beneficiários com relação a todos os canais de atendimento disponibilizados pela OPS. 4.9 A OPS possui procedimento devidamente documentado para identificar, no mínimo anualmente, os pontos específicos para o implemento de melhorias, estabelece prioridades e decide quando agir oportunamente, com base na análise das reclamações e solicitações dos beneficiários				
DIMENSÃO 5 - PROGRAMAS DE GERENCIAMENTO DE DOENÇAS E PROMOÇÃO DA SAÚDE	Total	Parcial	Não existente	Ações
5.1 Programas de Gerenciamento de Casos Complexos	Total	Parcial	Não existente	Ações
5.1.1 Identificação da População-Alvo	Total	Parcial	Não existente	Ações
5.1.1.1 A OPS utiliza, no mínimo, as seguintes fontes de dados para identificar beneficiários potencialmente elegíveis: relatórios de altas hospitalares; relatório sobre medicamentos solicitados (caso ofereça benefício-farmácia); relatórios de utilização e de reclamações dos beneficiários. 5.1.1.2 A OPS dispõe de canais de comunicação e meios de pesquisa para receber indicações de possíveis candidatos ao Programa: Programas de Gerenciamento de Doenças Crônicas; beneficiários (auto-indicação); médicos assistentes da rede prestadora.				
5.1.2 Sistemas de Informação	Total	Parcial	Não existente	Ações
5.1.2.1 A OPS possui registros devidamente controlados que evidenciam a observância dos protocolos e diretrizes clínicas, elaborados por entidades nacionais de referência (Ministério da Saúde; Associação Médica Brasileira-AMB; Associação de Medicina Intensiva Brasileira-AMIB; sociedades de especialidades médicas). 5.1.2.2 Cada interação/ação feita com um beneficiário participante do Programa é formalmente documentada e datada. 5.1.2.3 A OPS possui sistemática para notificação, dos beneficiários participantes, das datas programadas de reavaliação				

5.1.3 Aspectos Operacionais dos Programas de Gerenciamento de Casos Complexos	Total	Parcial	Não existente	Ações
<p>5.1.3.1 A OPS fornece material explicativo referente aos Programas aos beneficiários elegíveis com informações, no mínimo, sobre: regras de utilização; critérios de elegibilidade; procedimentos que o beneficiário deve seguir para aderir ou se desligar dos Programas.</p> <p>5.1.3.2 A OPS possui políticas e procedimentos para assegurar o direito do beneficiário elegível de recusar-se a participar dos programas ou, caso participante, de neles permanecer, a qualquer momento</p> <p>5.1.3.3 A OPS possui registro que comprove formalmente o consentimento do beneficiário em participar do programa.</p> <p>5.1.3.4 A história clínica e a utilização de medicamentos estão adequadamente documentadas.</p> <p>5.1.3.5 É realizada uma avaliação inicial que inclui condições específicas da saúde do beneficiário.</p> <p>5.1.3.6 É realizada uma avaliação inicial para o planejamento das atividades diárias do beneficiário.</p> <p>5.1.3.7 É realizada uma avaliação inicial do estado mental, incluindo funções cognitivas, do beneficiário.</p> <p>5.1.3.8 É realizada uma avaliação inicial dos aspectos relativos à linguagem, preferências ou limitações do beneficiário.</p> <p>5.1.3.9 É realizada uma avaliação inicial quanto à adequação das pessoas que auxiliam o beneficiário em seu tratamento ou de identificar se o beneficiário necessitará de pessoas que o auxiliem em seu tratamento.</p> <p>5.1.3.10 A OPS avalia, no mínimo anualmente, e registra os benefícios econômico-financeiros auferidos com o programa.</p> <p>5.1.3.11 É estabelecida uma rotina para acompanhamento e comunicação com o beneficiário</p> <p>Comentário UNIDAS: Agrupar os itens 5.1.3.5; 5.1.3.6, 5.1.3.7, 5.1.3.8 e 5.1.3.9 em um único item que trate da avaliação inicial, realizada de acordo com as práticas médicas (evidências científicas)</p>				
5.1.4 Avaliação da Satisfação do Beneficiário Programas de Gerenciamento de Casos Complexo	Total	Parcial	Não existente	Ações
<p>5.1.4.1 Pelo menos uma vez ao ano a OPS realiza avaliação e registra os resultados da satisfação dos beneficiários participantes dos Programas.</p> <p>5.1.4.2 Pelo menos uma vez ao ano a OPS realiza avaliação e registra os resultados das reclamações e solicitações dos beneficiários participantes dos Programas.</p>				
5.1.5 Informações à Rede Prestadora	Total	Parcial	Não existente	Ações
5.1.5.1 A OPS disponibiliza à rede prestadora informações acerca do funcionamento dos Programas e de como o médico assistente do beneficiário pode colaborar com os Programas				
5.1.6 Avaliação da Efetividade dos Programas de Gerenciamento de Casos Complexos	Total	Parcial	Não existente	Ações
<p>5.1.6.1 A OPS avalia a efetividade de seus Programas utilizando no mínimo três indicadores clínicos e/ou laboratoriais quantitativos.</p> <p>Comentário UNIDAS: Sugere-se não definir quantidade mínima de indicadores</p> <p>5.1.6.2 Para cada indicador a OPS estabelece metas de desempenho para avaliação periódica de sua efetividade.</p> <p>5.1.6.3 Ao fazer a análise dos indicadores de efetividade de seus Programas, a OPS identifica oportunidades e implanta melhorias, caso necessário</p>				
5.2 Programas de Gerenciamento de Doenças Crônicas	Total	Parcial	Não existente	Ações
Comentário UNIDAS: As mesmas sugestões propostas no 5.1 Programas de Gerenciamento de Casos Complexos				
5.2.1 Identificação da População-Alvo	Total	Parcial	Não existente	Ações
<p>5.2.1.1 A OPS utiliza, no mínimo, as seguintes fontes de dados para identificar beneficiários potencialmente elegíveis: relatórios de altas hospitalares; relatório sobre medicamentos solicitados (caso ofereça benefício-farmácia); relatórios de utilização e de reclamações dos beneficiários.</p> <p>5.2.1.2 A OPS dispõe de canais de comunicação e meios de pesquisa para receber indicações de possíveis candidatos ao Programa: beneficiários (auto-indicação); médicos assistentes da rede prestadora.</p> <p>5.2.2.3 A OPS possui sistemática para notificação, dos beneficiários participantes, das datas programadas de reavaliação</p>				
5.2.3 Aspectos Operacionais dos Programas de Gerenciamento de Doenças Crônica	Total	Parcial	Não existente	Ações

			n	te
<p>5.2.3.1 A OPS fornece material explicativo referente aos Programas aos beneficiários elegíveis com informações, no mínimo, sobre: regras de utilização; critérios de elegibilidade; procedimentos que o beneficiário deve seguir para aderir ou se desligar dos Programas.</p> <p>5.2.3.2 A OPS possui políticas e procedimentos para assegurar o direito do beneficiário elegível de recusar-se a participar dos programas ou, caso participante, de neles permanecer, a qualquer momento.</p> <p>5.2.3.3 A OPS possui registro que comprove formalmente o consentimento do beneficiário em participar do programa.</p> <p>5.2.3.4 A história clínica e a utilização de medicamentos estão adequadamente documentadas.</p> <p>5.2.3.5 É realizada uma avaliação inicial que inclui condições específicas da saúde do beneficiário.</p> <p>5.2.3.6 É realizada uma avaliação inicial para o planejamento das atividades diárias do beneficiário.</p> <p>5.2.3.7 É realizada uma avaliação inicial do estado mental, incluindo funções cognitivas, do beneficiário.</p> <p>5.2.3.8 É realizada uma avaliação inicial dos aspectos relativos à linguagem, preferências ou limitações do beneficiário.</p> <p>5.2.3.9 É realizada uma avaliação inicial quanto à adequação das pessoas que auxiliam o beneficiário em seu tratamento ou de identificar se o beneficiário necessitará de pessoas que o auxiliem em seu tratamento.</p> <p>5.2.3.10 A OPS avalia, no mínimo anualmente, e registra os benefícios econômico-financeiros auferidos com o programa. 5.2.3.11 É estabelecida uma rotina para acompanhamento e comunicação com o beneficiário.</p>				
5.2.4 Avaliação da Satisfação do Beneficiário - Programas de Gerenciamento de Doenças Crônicas:	Total	Parcial	Não existe	n
<p>5.2.4.1 Pelo menos uma vez ao ano a OPS realiza avaliação e registra os resultados da satisfação dos beneficiários participantes dos Programas.</p> <p>5.2.4.2 Pelo menos uma vez ao ano a OPS realiza avaliação e registra os resultados das reclamações e solicitações dos beneficiários participantes dos Programas.</p>				
5.2.5 Informações à Rede Prestadora	Total	Parcial	Não existe	n
<p>5.2.5.1 A OPS disponibiliza à rede prestadora informações acerca do funcionamento dos Programas e de como o médico assistente do beneficiário pode colaborar com os Programas</p>				
5.2.6 Avaliação da Efetividade dos Programas de Gerenciamento de Doenças Crônicas:	Total	Parcial	Não existe	n
<p>5.2.6.1 A OPS avalia a efetividade de seus Programas utilizando no mínimo três indicadores clínicos e/ou laboratoriais quantitativos.</p> <p>5.2.6.2 Para cada indicador a OPS estabelece metas de desempenho para avaliação periódica de sua efetividade.</p> <p>5.2.6.3 Ao fazer a análise dos indicadores de efetividade de seus Programas, a OPS identifica oportunidades e implanta melhorias, caso necessário</p>				
5.3 Programas de Promoção da Saúde	Total	Parcial	Não existe	n
<p>5.3.1 A OPS disponibiliza Programas anti-tabagismo voltados a todas as faixas etárias.</p> <p>Comentário UNIDAS: A OPS disponibiliza programas de promoção da saúde com base no perfil epidemiológico de sua população. Excluir os tipos de programas, uma que estes dependem do perfil epidemiológico de cada OPS</p>				
<p>5.3.2 A OPS promove treinamento ou fornece material explicativo a seus beneficiários relativo à saúde bucal.</p> <p>5.3.3 A OPS promove treinamento ou fornece material explicativo especialmente voltado aos idosos, incluindo medidas preventivas para risco de quedas.</p> <p>5.3.4 A OPS promove treinamento ou fornece material explicativo acerca de hábitos de vida saudáveis, incluindo hábitos nutricionais, medidas de higiene e prevenção de infecções.</p> <p>Comentário UNIDAS: A OPS fornece treinamento ou fornece materiais explicativos relativos aos seus programas de promoção</p>				
<p>5.3.5 A OPS fornece material explicativo acerca da importância da cobertura vacinal das crianças sob sua responsabilidade</p> <p>5.3.6 A OPS efetua vacinação de seus beneficiários de forma suplementar ao SUS, especialmente em epidemias.</p> <p>Comentário UNIDAS:</p>				

<p>Exclusão deste item. Não é papel da OPS efetuar essa atividade.</p> <p>5.3.7 A OPS disponibiliza programas de Home Care, com o objetivo de evitar ou abreviar o período de internação sempre que possível, incluindo até mesmo doentes de alta complexidade</p> <p>Comentário UNIDAS: Sugere-se exclusão. Não está relacionado a promoção da saúde, e não existe a obrigatoriedade desse tipo de serviço pelas OPS</p>				
<p>DIMENSÃO 6 – ESTRUTURA E OPERAÇÃO:</p>	Total	Parcial	Não existente	Ações
<p>6.1 Qualidade da Estrutura Físico-Funcional:</p>	Total	Parcial	Não existente	Ações
<p>6.1.1 A OPS possui ambiente adequado, que respeite a privacidade do beneficiário para o atendimento pessoal, inclusive de gestantes, idosos, crianças e portadores de necessidades especiais.</p> <p>Comentário UNIDAS: Qual o entendimento da ANS de “estrutura adequada”?</p> <p>6.1.2 Os arquivos físicos da OPS, contendo a documentação cadastral, tanto dos beneficiários quanto dos prestadores da rede, se encontram em local que assegure sua integridade e estão ordenados de forma facilite sua localização e manuseio.</p> <p>6.1.3 A OPS possui serviço de atendimento gratuito ao beneficiário via telefone disponível vinte e quatro horas e sete dias por semana para atendimento aos beneficiários.</p> <p>Comentário UNIDAS: Este requisito não está em conformidade com artigo 7º da RN 395, tendo em vista que é assegurado tratamento diferenciado para as OPS de pequeno e médio porte, exclusivamente odontológicas e filantrópicas .</p> <p>6.1.4 A OPS avalia trimestralmente se as ligações telefônicas em seu serviço de atendimento gratuito ao beneficiário via telefone são atendidas dentro de 30 segundos (URA). Em 23/05/2011: especificar a sigla URA e prever atendimento pessoal</p> <p>Comentário UNIDAS: Em conformidade com o Decreto 6.523/2008.</p> <p>6.1.5 A OPS avalia, trimestralmente, se o abandono de ligações recebidas no serviço de atendimento gratuito ao beneficiário via telefone é de, no máximo, 5% (cinco por cento)</p> <p>Comentário UNIDAS: Avalar sem definir o percentual de 5%, exceto se houver uma fundamentação para esse padrão</p>				
<p>6.2 Interface com Beneficiários</p>	Total	Parcial	Não existente	Ações
<p>6.2.1 A OPS presta atendimento por telefone (horário comercial) ou pelo site para fornecer aos clientes informações sobre os contratos, especialmente acerca de mecanismos de regulação, segundas vias de carteira de beneficiário e de boletos de cobrança.</p> <p>6.2.2 A OPS fornece, aos seus clientes, manuais para consulta rápida, em linguagem clara e objetiva, contendo todas as explicações acerca dos itens contratuais, especialmente os que se referem às regras de funcionamento dos mecanismos de regulação (financeiros e não-financeiros), do reembolso de despesas e dos reajustes das mensalidades.</p> <p>6.2.3 A OPS fornece lista atualizada de sua rede prestadora no momento da contratação.</p> <p>Comentário UNIDAS: Ou disponibiliza lista no seu portal corporativo.</p> <p>6.2.4 A OPS promove divulgação imediata de qualquer alteração da lista por meio de seu serviço de atendimento gratuito ao beneficiário via telefone ou atendimento pessoal, quando há solicitação do beneficiário.</p> <p>6.2.5 A OPS atualiza, no mínimo quinzenalmente, a lista em seu sítio eletrônico, promovendo a atualização completa da lista impressa anualmente.</p>				

6.2.6 A OPS possui manuais que são utilizados por seus colaboradores da área de atendimento, contendo informações detalhadas acerca dos itens contratuais dos beneficiários, especialmente os relacionados ao funcionamento dos mecanismos de regulação, bem como dos canais adequados para recebimento de sugestões e reclamações.

Comentário UNIDAS:
Normalmente o documento utilizado pelos colaboradores das OPS é o Próprio regulamento do Plano

6.2.7 A OPS tem políticas documentadas que contemplem a segurança e a proteção da confidencialidade da informação clínica de seus beneficiários e de todos os dados pessoais que possam causar riscos ou danos, inclusive morais aos mesmos.

Comentário UNIDAS:
Excluir do item a palavra clínica, pois as OPS não tem dados clínicos dos seus beneficiários.

6.2.8 A OPS oferece aos beneficiários um programa completo de assistência farmacêutica, incluindo doentes crônicos.

Comentário UNIDAS:
Excluir esse item. Está fora do contexto da dimensão e não é cobertura obrigatória da OPS

6.2.9 A OPS notifica os beneficiários com trinta dias de antecedência do término do contrato de prestadores das especialidades básicas e oferece outras opções aos beneficiários.

Comentário UNIDAS:
A OPS notifica aos beneficiários com trinta dias de antecedência do término do contrato de prestadores observada a legislação vigente

6.2.10 Os beneficiários são informados de qualquer alteração na rotina operacional da utilização dos serviços, especialmente dos canais de comunicação com a OPS (ex: novos números de telefone para contato, novos endereços, etc).

Comentário UNIDAS:
comunicação pelo portal da OPS

DIMENSÃO 7 - GESTÃO:

Comentário UNIDAS:
Excluir o a dimensao iteira. Essa dimensao possui uma grande variedade em função da modalidade da OPS, conseqüentemente com características de cada OPS

7.1 Gestão de Pessoas e Liderança

7.1.9 A OPS prepara planos de desenvolvimento personalizados para todos os colaboradores com base em suas lacunas de competência e tem estratégias explícitas para a retenção dos talentos potenciais (programas de sucessão, trilhas de carreira e cenários) de forma a garantir, em longo prazo, a disponibilidade de recursos humanos e competências que serão necessários para o seu crescimento.

7.1.10 A rotatividade de pessoal é gerenciada, de forma que os desligamentos sejam feitos de modo responsável e existem programas de preparação para a aposentadoria.

7.1.11 A OPS possui procedimento documentado para o recrutamento e seleção baseado em competências e diversidade (personalidades, experiências, cultura, educação formal, minorias, etc.), de forma a atender, de modo amplo, às necessidades de longo prazo da OPS.

7.1.12 O acesso dos colaboradores às hierarquias superiores, para sugestões de melhorias, é garantido através de processos e mecanismos formais.

7.1.13 A OPS possui plano de cargos e salários e programa de benefícios compatíveis com as exigências e requerimentos das atribuições.

7.1.14 A OPS tem processos para desenvolvimento de novos produtos, serviços ou soluções, com o objetivo de fidelizar os atuais e conquistar novos beneficiários.

<p>6.2.6 A OPS possui manuais que são utilizados por seus colaboradores da área de atendimento, contendo informações detalhadas acerca dos itens contratuais dos beneficiários, especialmente os relacionados ao funcionamento dos mecanismos de regulação, bem como dos canais adequados para recebimento de sugestões e reclamações.</p> <p>Comentário UNIDAS: Normalmente o documento utilizado pelos colaboradores das OPS é o Próprio regulamento do Plano</p> <p>6.2.7 A OPS tem políticas documentadas que contemplem a segurança e a proteção da confidencialidade da informação clínica de seus beneficiários e de todos os dados pessoais que possam causar riscos ou danos, inclusive morais aos mesmos.</p> <p>Comentário UNIDAS: Excluir do item a palavra clínica, pois as OPS não tem dados clínicos dos seus beneficiários.</p> <p>6.2.8 A OPS oferece aos beneficiários um programa completo de assistência farmacêutica, incluindo doentes crônicos.</p> <p>Comentário UNIDAS: Excluir esse item. Está fora do contexto da dimensão e não é cobertura obrigatória da OPS</p> <p>6.2.9 A OPS notifica os beneficiários com trinta dias de antecedência do término do contrato de prestadores das especialidades básicas e oferece outras opções aos beneficiários.</p> <p>Comentário UNIDAS: A OPS notifica aos beneficiários com trinta dias de antecedência do término do contrato de prestadores observada a legislação vigente</p> <p>6.2.10 Os beneficiários são informados de qualquer alteração na rotina operacional da utilização dos serviços, especialmente dos canais de comunicação com a OPS (ex: novos números de telefone para contato, novos endereços, etc).</p> <p>Comentário UNIDAS: comunicação pelo portal da OPS</p>				
<p>DIMENSÃO 7 - GESTÃO:</p> <p>Comentário UNIDAS: Excluir o a dimensao iteira. Essa dimensao possui uma grande variedade em função da modalidade da OPS, conseqüentemente com características de cada OPS</p>	Total	Parcial	Não existente	Ações
<p>7.1 Gestão de Pessoas e Liderança</p>	Total	Parcial	Não existente	Ações
<p>7.1.9 A OPS prepara planos de desenvolvimento personalizados para todos os colaboradores com base em suas lacunas de competência e tem estratégias explícitas para a retenção dos talentos potenciais (programas de sucessão, trilhas de carreira e cenários) de forma a garantir, em longo prazo, a disponibilidade de recursos humanos e competências que serão necessários para o seu crescimento.</p> <p>7.1.10 A rotatividade de pessoal é gerenciada, de forma que os desligamentos sejam feitos de modo responsável e existem programas de preparação para a aposentadoria.</p> <p>7.1.11 A OPS possui procedimento documentado para o recrutamento e seleção baseado em competências e diversidade (personalidades, experiências, cultura, educação formal, minorias, etc.), de forma a atender, de modo amplo, às necessidades de longo prazo da OPS.</p> <p>7.1.12 O acesso dos colaboradores às hierarquias superiores, para sugestões de melhorias, é garantido através de processos e mecanismos formais.</p> <p>7.1.13 A OPS possui plano de cargos e salários e programa de benefícios compatíveis com as exigências e requerimentos das atribuições.</p> <p>7.1.14 A OPS tem processos para desenvolvimento de novos produtos, serviços ou soluções, com o objetivo de fidelizar os atuais e conquistar novos beneficiários.</p>				

7.1.15 Existem programas de participação nos resultados (distribuição de lucros e/ou opções acionárias), bem como sistemas de remuneração com foco em resultados, quando aplicável.				
7.2 Gestão da Tecnologia	Total	Parcial	Não existe nte	Ações
7.2.1 Os cadastros dos beneficiários e dos prestadores da rede são padronizados e acessíveis por sistemas informatizados Para cada beneficiário ou prestador da rede existe um cadastro completo, sem dados incompletos.				
7.2.2 Os cadastros dos beneficiários e o dos prestadores da rede são mantidos atualizados.				
7.2.3 A OPS possui infraestrutura e utiliza ferramentas de TI e Telecom (hardware, software, sistemas, soluções, etc.) nos processos de gestão de saúde.				
7.2.4 Existem planos e projetos para desenvolvimento e melhoria de tecnologia do setor, visando melhorar os processos assistenciais e demais aplicações em toda a organização				
7.3 Gestão Estratégica	Total	Parcial	Não existe nte	Ações
7.3.1 A OPS utiliza sistemas de gestão integrados de seus processos operacionais.				
7.3.2 A OPS possui procedimento documentado para avaliar a rentabilidade de cada plano ofertado, por tipo de cliente, canal de distribuição e de cada unidade de negócios.				
7.3.3 A OPS publica Relatórios de Sustentabilidade, Balanço de Responsabilidade Social, GRI (Global Reporting Initiative) e Relatórios Ambientais, de forma regular e transparente, para todos os seus públicos-alvo				
7.4 Gestão das Parcerias e Terceirizações	Total	Parcial	Não existe nte	Ações
7.4.1 Todas as atividades terceirizadas de prestação de serviços na OPS possuem contrato onde estejam previstas as responsabilidades de ambas as partes e onde são descritas claramente as atividades terceirizadas, bem como os indicadores a serem utilizados na avaliação de seu desempenho.				
7.4.2 O contrato firmado entre a OPS e a empresa terceirizada contém cláusula que garanta a confidencialidade das informações médicas obtidas em razão da atividade desempenhada, inclusive em caso de rescisão contratual				