



www.unimed.coop.br
Alameda Santos, 1827 - 10º andar
01419-909 - São Paulo - SP
T. (11) 3265-4176

PRES 081/17

São Paulo, 26 de abril de 2017

À

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS

DIRETORIA DE DESENVOLVIMENTO SETORIAL - DIDES

At. Dra. Martha Regina de Oliveira

Ref. Contribuições Acreditação das Operadoras - RN nº 277/11

A UNIMED DO BRASIL - CONF. NACIONAL DAS COOPERATIVAS MÉDICAS, representante institucional do Sistema Unimed em âmbito nacional e operadora registrada na ANS sob o número 300870, por seu representante legal que abaixo subscreve, vem apresentar suas considerações a respeito da revisão da Resolução Normativa nº 277, apresentada durante reunião realizada em 31/03/2017.

Foram realizadas reuniões internas e com o Sistema Unimed para a análise dos requisitos e levantamento de necessidades para melhorar a redação e disposição dos requisitos facilitando a implantação por parte das Operadoras e evitando interpretações diversas por parte das Instituições Acreditoras.

Para adequar a estrutura da RN 277 a lógicas já utilizadas em outras normas e principalmente seguindo o conceito de gestão, a estrutura foi alterada para contemplar a Gestão da organização contando com os requisitos já existentes de estratégia, processos, pessoas e estruturas de apoio e operação, gestão da rede prestadora, gestão dos beneficiários e análise de resultados que comprovem a eficácia das ações desenvolvidas pela operadora.

Como em outras normas de gestão faz-se necessário e extremamente importante, para a qualidade do serviço prestado e a garantia da execução dos processos estabelecidos, que o certificado de acreditação seja revalidado pelas instituições creditoras no máximo uma vez ao ano. Da mesma forma que a validade máxima concedida para as instituições acreditadas em Nível I não ultrapasse 3 anos, como prática adotada por outras normas de gestão consagradas nacional e internacionalmente.

O processo de preparação para obtenção do certificado de acreditação é extenso e trabalhoso, mas extremamente importante para a sustentabilidade das operadoras e para a garantia de um atendimento

seguro e de qualidade para os beneficiários. Levando-se em consideração, também, que a própria norma exige evidências mínimas com 06 meses de implantação, solicitamos que a ANS, assim como outras organizações detentoras de normas de certificação/acreditação, dê um prazo mínimo de 02 anos para as organizações se prepararem para a implantação e consequente certificação na nova versão proposta. Para as operadoras que já possuem o certificado que sejam obrigadas a atender aos novos requisitos a partir do vencimento do certificado original.

Abaixo, descreveremos as alterações que o Sistema Unimed julga necessário para adequação dos requisitos, as exclusões necessárias, todas as justificativas de alteração e como ficaria a nova versão proposta.

Alterações sugeridas por Dimensão da norma atual:

DIMENSÃO 1

Alterar o termo “Programa de Melhoria da Qualidade” para “Sistema de Gestão Integrado” visando a participação multidisciplinar dentro da OPS e desvinculando a responsabilidade pelo acompanhamento do programa somente dos escritórios de Qualidade e Processos.

Requisito 1.7 “O grupo responsável pelo PMQ institui e acompanha indicadores da qualidade dos serviços oferecidos pela OPS”. Não compete ao grupo responsável pelo PMQ ou como solicitado pelo Sistema Unimed, SGI, instituir os indicadores da OPS. Essa atividade é executada pelas áreas responsáveis por cada processo executado, cabendo, portanto, apenas o acompanhamento do desempenho dos indicadores.

Agrupar os requisitos 1.10 e 7.1.1 que tratam de comunicação interna. Tanto as atividades desempenhadas pelo grupo responsável pelo SGI como as demais ações podem ser comunicadas e divulgadas por meio dos mesmos mecanismos de comunicação.

Requisito 1.11 “A OPS possui sistema de gestão da qualidade implementado.” O item gera dúvidas com relação ao sistema de gestão da qualidade implementado. Caso a OPS possua certificação ISO 9001 ela pontua automaticamente? Quem não possui certificação na referida norma é obrigado a se certificar? Como a Instituição Acreditora avalia um sistema implementado caso a OPS não possua certificação? A sugestão é somar a este requisito o que foi solicitado no item 7.3.1 e exigir evidências de auditoria interna.

DIMENSÃO 2

Requisito 2.2 “A OPS tem políticas e procedimentos documentados para promoção do credenciamento de médicos e demais prestadores, nos casos de falta de qualidade ou deficiência de segurança por parte dos prestadores.” Pela lei nº 9.656 art. 17 a OPS só pode substituir um prestador por outro equivalente o que não é a realidade das operadoras localizadas no interior do país. Como a norma busca a qualidade dos processos executados e conseqüentemente dos serviços oferecidos pela operadora entendemos que o desenvolvimento de fornecedores é mais importante que o simples credenciamento. Portanto, solicitamos a vinculação com o requisito 2.5

Requisito 2.3 “A OPS dispõe de políticas e procedimentos documentados para o acesso aos prontuários de seus beneficiários, observados os limites legais.” Por se tratar de assuntos em comum, a unificação dos requisitos 2.3, 2.11, 2.12 e 6.2.7 se torna essencial para evitar redundâncias.

Requisito 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.” Agrupar os requisitos 2.4 e 2.6 por abordarem assuntos semelhantes e complementares.

Requisito 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.” O requisito precisa abordar, não apenas a auditoria, mas as ações tomadas pela OPS no caso de identificação de falta de qualidade ou segurança por parte dos prestadores.

Requisito 2.8 “A OPS possui procedimentos documentados para verificação da renovação de certificados, diplomas e alvarás necessários ao funcionamento da rede prestadora, segundo a legislação estadual e federal, dentro do prazo de validade, e condiciona a manutenção do credenciamento à atualização desses documentos.” Pela mesma justificativa apresentada para o requisito 2.2 retirar o credenciamento em caso de desatualização dos documentos pois a realidade encontrada no território nacional não pode ser comparada, tendo como base apenas grandes capitais. Operadoras que se localizam em cidades menores enfrentaram problemas com a documentação legal dos seus prestadores e estarão impedidas, pela própria ANS, de providenciar o seu credenciamento por não ter outro prestador similar para substituição. Reforçamos a importância do desenvolvimento do prestador ao invés do simples credenciamento.

Requisito 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.” Requisito aplicável somente para operadoras de grande porte e que possuem um serviço de atendimento pré-hospitalar de urgência e emergência. Vincular a auditoria para esses atendimentos “e/ou” somente do atendimento hospitalar possibilitando o atendimento ao requisito por um número maior de operadoras. Reforçamos a importância da comunicação com a rede prestadora e registro de ações no caso de identificação de falta de qualidade ou quebra da segurança assistencial.

DIMENSÃO 3

Reavaliar a definição de Atenção primária à saúde, pois a mesma referência apenas o médico da família. As especialidades descritas na norma, como Clínica Geral, Pediatria, G.O. e Cirurgia Geral não caracterizam atenção primária, os mesmos fazem parte da rede de apoio ao médico da família. Como a realidade da saúde suplementar não abrange atendimento preferencial de um médico da família solicitamos a retirada do termo “Atenção Primária à Saúde”. Portanto, todos os requisitos atrelados ao atual 3.1.1 foram retirados da proposta de revisão.

Requisito 3.2.1 “A OPS estabelece procedimentos para assegurar o acesso dos beneficiários à rede prestadora de atenção primária à saúde.” Importante destacar que a garantia do acesso deve seguir o que já está previsto na RN 259 e não há necessidade de abordarmos o assunto em três requisitos distintos, portanto, sugerimos a junção dos requisitos 3.2.1, 3.2.2 e 3.2.3.

A mesma lógica de agrupamento proposto para o requisito 3.2.1 também deve ser aplicada para os requisitos 3.2.4, 3.2.5 e 3.2.6.

Requisito 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.” A RN 277 não deve estabelecer prazo divergente do que a própria agência estabelece na RN 259. Para que a revisão da RN 277 não passe a depender da revisão de normativas correlacionadas sugerimos substituir os prazos estabelecidos Nesta resolução para “de acordo com a legislação da saúde suplementar”.

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.” Adequar o texto à RN 259.

DIMENSÃO 4

Requisito 4.1 “A OPS possui procedimento devidamente documentado para identificar a população-alvo, com base nas reclamações e solicitações dos beneficiários, para realização da avaliação de satisfação.” Vincular com o requisito 4.3 por se tratarem de assuntos complementares e que não deveriam ser avaliados separadamente.

Requisito 4.4 “A OPS possui registro de avaliação das reclamações e solicitações dos beneficiários, realizada, no mínimo, anualmente.” Vincular com o requisito 4.9 por se tratarem de assuntos complementares.

Requisito 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.” Vincular aos requisitos 4.7 e 4.8 pois são complementares.

DIMENSÃO 5

O conceito técnico para casos complexos abrange o acometimento, para o mesmo paciente, de duas ou mais etiologias de difícil controle, com comprometimento de moderado a grave do sistema cerebrocardiovascular e dependência parcial ou total com os cuidados básicos da vida como: se alimentar, fazer a própria higiene, fazer compras, caminhar, tomar decisões etc. Essa definição não é utilizada pela maioria das operadoras de saúde, que para atenderem aos requisitos, acabam definindo incorretamente os seus grupos de casos complexos. Outro ponto relevante é que, aproximadamente, 6,2% da população adulta brasileira é diabética e 25% hipertensa, o que justifica apenas a exigência de gerenciamento de um tipo específico de grupo, neste caso os crônicos. Para não ter distinção e exigirmos das operadoras um gerenciamento eficaz de casos, independentemente da sua realidade, pedimos a exclusão dos 22 requisitos existentes para o grupo de complexos deixando a gestão de grupos de forma genérica, ficando a redação como “Gerenciamento de Casos”. Na proposta apresentada esses requisitos passam a fazer parte da Dimensão 2 - Operações.

Necessidade de criar um requisito inicial que exija da OPS um estudo que comprove a necessidade e a identificação dos grupos que serão trabalhados pela operadora. Faz-se necessário identificar o perfil epidemiológico dos beneficiários que justifique a criação de um grupo para gerenciamento de casos. O requisito proposto foi descrito como 2.2.1.1 no modelo sugerido.

Requisito 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.” Retirar do requisito a busca através de reclamações de beneficiários pois a identificação de elegíveis deve ser realizada a partir de estudo e análise técnica.

Requisito 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.” Retirar “Programa de Gerenciamento de Doenças Crônicas” pois será trabalhada a Gestão de Casos e vincular com o requisito 5.1.5.1.

Requisito 5.1.2.3 “A OPS possui sistemática para notificação, dos beneficiários participantes, das datas programadas de reavaliação.” Necessário agrupar este requisito com o requisito 5.1.3.11 por se tratarem da mesma atividade, “É estabelecida uma rotina para acompanhamento e comunicação com o beneficiário.”

Requisito 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.” Necessário agrupar este requisito com o requisito 5.1.3.3 pois são complementares “5.1.3.3 A OPS possui registro que comprove formalmente o consentimento do beneficiário em participar do programa.”

Requisito 5.1.3.6 “É realizada uma avaliação inicial para o planejamento das atividades diárias do beneficiário.” O requisito está genérico e leva a várias interpretações divergentes por parte das Instituições Acreditoras. Sugerimos a substituição do planejamento das atividades diárias por plano de cuidados. Agrupar com os requisitos 5.1.3.7 e 5.1.3.8 pois as atividades exigidas já fazem parte da avaliação inicial.

Requisito 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.” Entendemos que não é responsabilidade da Operadora avaliar as necessidades das pessoas que auxiliam o beneficiário. Compete à OPS avaliar se o beneficiário consegue compreender as orientações repassadas pela equipe de saúde ou se já possui perda da autonomia e funcionalidade a ponto de necessitar de ajuda de cuidadores, mas não compete a avaliação desses cuidadores.

Requisito 5.1.3.10 “A OPS avalia, no mínimo anualmente, e registra os benefícios econômico-financeiros auferidos com o programa.” Todos os requisitos atrelados a indicadores a análise de resultados de eficácia de processos serão deslocados para a Dimensão 4 - Resultados.

Requisito 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 de Gerenciamento de Casos.” Como o requisito trata de satisfação de beneficiários na proposta feita pelo Sistema Unimed este requisito foi deslocado para a Dimensão 3 - Beneficiários.

Requisito 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 de Gerenciamento de Casos.” Como o requisito trata de reclamação de beneficiários na proposta feita pelo Sistema Unimed este requisito foi deslocado para a Dimensão 3 - Beneficiários.

Requisitos 5.1.6.1, 5.1.6.2 e 5.1.6.3 devem ser unificados pois indicadores sem meta e sem análise crítica não representam qualidade de nenhum tipo de sistema. Como a meta e a análise crítica estão diretamente relacionados à definição de indicadores os requisitos não podem permanecer separados pois permitem a pontuação de operadoras que apenas definiram indicadores, mesmo sem determinar meta ou realizar análise. Como a proposta do Sistema Unimed contempla uma dimensão exclusiva para resultados os requisitos devem ser deslocados para a Dimensão 4.

Requisito 5.3.1 “A OPS disponibiliza Programas antitabagismo voltados a todas as faixas etárias.” Entendemos que estabelecer um programa antitabagismo envolve o cumprimento de todos os requisitos estabelecidos para o Gerenciamento de Casos e registro do mesmo junto à ANS mesmo não sendo a realidade de algumas Operadoras. Consequentemente, as OPS’s terão gastos desnecessários apenas para atendimento do requisito. Deve-se alterar o requisito de forma que contemple a distribuição de materiais ou campanhas antitabagismo voltados às idades vulneráveis e de acordo com a realidade de cada organização.

Requisitos 5.3.2, 5.3.3 e 5.3.4 podem ser unificados em um único requisito abrangendo apenas a divulgação de materiais. Necessária a criação de um requisito separado para os treinamentos de assuntos mais relevantes. Desta forma, não há pontuação igual para operadoras que só fornecem material explicativo e operadoras que fornecem treinamentos.

Requisito 5.3.5 “A OPS fornece material explicativo acerca da importância da cobertura vacinal das crianças sob sua responsabilidade.” Aumentar a abrangência do material a outras faixas etárias relevantes como adolescentes, gestantes e idosos.

Requisito 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.” Segundo a lei nº 9.656, de 1998, a assistência à saúde no ambiente domiciliar (Home Care) não consta entre as coberturas obrigatórias. Entendemos a relevância de ações que visam evitar internações desnecessárias ou abreviar períodos de internação, portanto, solicitamos substituição da palavra “Home Care” para “Atenção Domiciliar”.

DIMENSÃO 6

Requisito 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”. Entendemos que mais do que avaliar se as ligações são atendidas em 30 segundos é a gestão que a OPS faz das ligações e ações tomadas caso não consiga atender a este prazo. Sugerimos alteração na redação contemplando a necessidade de estabelecimento de plano de ação para os casos em que o tempo de atendimento não seja atendido. A mesma observação se aplica ao requisito 6.1.5.

Requisito 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.” A redação deve ser adequada à RN 195 que exige a distribuição do guia de leitura contratual e adaptado ao que consta no modelo fornecido pela própria agência e que não contempla, por exemplo, as regras reembolso de despesas.

Outra questão é a similaridade dos requisitos 6.2.2 e 6.2.3 que devem ser unificados.

Requisito 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.” Adequar o requisito ao que é exigido pela RN 365 e incluir a divulgação via portal institucional ou sítio eletrônico.

Requisito 6.2.5 “A OPS atualiza, no mínimo quinzenalmente, a lista em seu sítio eletrônico, promovendo a atualização completa da lista impressa anualmente.” Retirar do requisito e necessidade de atualização da lista impressa tendo em vista que não é mais uma prática realizada pela maioria das OPS’s. Não atribuir no requisito periodicidade mínima mas exigir que a OPS atualize sempre que necessário evitando assim, retrabalhos e atividades desnecessárias.

Requisito 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.” Deve-se retirar o prazo e fazer referência às normativas da agência que determinam a execução da ação proposta.

DIMENSÃO 7

Requisito 7.1.2 “A OPS possui estrutura, sistemas, registros e processos de gestão de pessoas”. Sugestão de alteração de redação, pois o requisito está genérico.

Requisito 7.1.3 “A OPS possui programas de prevenção à evasão de beneficiários”. Vincular o requisito a uma Dimensão que trata especificamente da Gestão de Beneficiários. No modelo proposto pelo Sistema Unimed o requisito foi deslocado para a Dimensão 3 - Beneficiários

Requisito 7.1.4 “A política de gestão de pessoas é formal e transparente - com metas e indicadores”. É necessário definir o que se trata a política de Gestão de Pessoas, como por exemplo, cargos e salários, recrutamentos internos e externos e plano de desenvolvimento, carreira, Manual de Políticas e Práticas de gestão de RH. Se possuem meios de comunicação deve-se incluir os exemplos de canais.

Requisito 7.1.5 “A OPS possui políticas e programas de qualidade de vida no trabalho (segurança, saúde, higiene, medicina ocupacional, assistência social) acompanhados regularmente e reconhecidos como satisfatórios por mais de 50% (cinquenta por cento) dos colaboradores.” - Necessário retirar do requisito os programas de assistência social por não se ter referencial claro de quais ações devem ser executadas pela OPS. Deixar claro que a satisfação deve ser medida apenas entre os participantes dos programas e a meta deve ser alterada para 60%.

Requisito 7.1.6 “A OPS possui visão, missão e valores definidos e amplamente divulgados aos seus colaboradores.” Este requisito deve compor o sub item de gestão estratégica, pois a definição de visão, missão e valores faz parte da estratégia da organização. É necessário ampliar os critérios do requisito contemplando a avaliação da efetividade do desdobramento e de como a operadora de plano de saúde gerencia as ações para alcance da visão.

Requisito 7.1.7 “A OPS tem procedimento para identificação de suas necessidades, desenvolvendo programas de treinamento adequados à consecução de suas atividades (exemplos: estágios, trainees, idiomas, capacitação digital, e-learning, universidade corporativa).” Necessário retirar “universidade corporativa” pois o requisito trata apenas de capacitação para o exercício do cargo. A “universidade corporativa” tem o objetivo de desenvolver competências.

Requisito 7.1.8 “São realizadas, com frequência regular, pesquisas de satisfação entre os colaboradores, com metas e indicadores definidos para avaliar a satisfação dos colaboradores.” Na pesquisa de clima organizacional deve-se medir engajamento e suporte. Assim é possível garantir que a empresa que possui um bom clima, terá um suporte organizacional. É preciso cobrar que a OPS fortaleça a cultura organizacional. Para tanto, é necessário especificar frequência mínima anual para aplicação da pesquisa e exigir, como parte integrante do requisito o registro de planos de ação mediante os resultados apresentados.

Requisito 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.” Os planos de desenvolvimento devem ser alinhados a programas de meritocracia e não simplesmente disponibilizados a todos os colaboradores.

Requisito 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.” Necessário retirar o trecho “existem programas de preparação para a aposentadoria” pois da forma como está atualmente um requisito cobra dois processos totalmente diferentes e independentes. A realidade das operadoras de saúde mostra que os principais motivos de desligamento não estão vinculados à aposentadoria dos colaboradores, portanto o requisito torna-se irrelevante.

Requisito 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.” Necessário excluir “necessidades de longo prazo da OPS”, pois a estratégia para crescimento profissional e garantia de profissionais competentes para execução das atividades a longo prazo deve ser garantida com base em treinamento e desenvolvimento como já descrito no requisito 7.1.9, que passa a ser requisito 1.3.6 na

nova estrutura proposta. Os exemplos de “diversidade” citados no requisito devem ser melhorados com foco em perfil e experiências.

Requisito 7.1.12 “O acesso dos colaboradores às hierarquias superiores, para sugestões de melhorias, é garantido através de processos e mecanismos formais.” Importante garantir, por meio do requisito, que os processos para acesso às hierarquias superiores seja independente de forma a evitar conflito de interesses e aumentar a adesão dos colaboradores ao processo.

Requisito 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.” No novo modelo proposto pelo Sistema Unimed o requisito foi deslocado para a Dimensão 3.

Requisitos 7.2.1 e 7.2.2 são repetitivos e exigem a mesma ação por parte da OPS. Os mesmos devem ser agrupados e auditados uma única vez.

Requisito 7.3.1 “A OPS utiliza sistemas de gestão integrados de seus processos operacionais.” Como os requisitos da Dimensão 1, contemplam a implantação e análise de processos e considerando a melhoria contínua, sugere-se o deslocamento deste requisito para a Dimensão 1 junto ao antigo requisito 1.11.

Requisito 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.” Entendemos que a análise de rentabilidade dos planos ofertados pela OPS é uma análise estratégica e que permite a tomada de decisão por parte da alta direção da operadora, portanto o item deve ser deslocado para a Dimensão que trata de Gestão Estratégica, no modelo proposto Dimensão 1.

Requisito 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.” A redação apresentada para o requisito está tecnicamente incorreta e deve ser adequada. De acordo com as melhores práticas em relação ao tema no mercado, chegamos à conclusão de que a intenção é verificar se a OPS publica Relatórios de Sustentabilidade, pressupondo a existência de um processo contínuo de identificação, mapeamento e acompanhamento de temas importantes para a organização, nos âmbitos social, econômico e ambiental e seus respectivos públicos de relacionamento. Incorporando em sua gestão a mitigação de impactos negativos nos três referidos pilares e planejamento de metas para o futuro. Vale ressaltar que GRI (Global Reporting Initiative) trata-se de uma organização internacional, sediada na Holanda, com pontos focais em diferentes países, que desde 1990 fornece parâmetros específicos para a confecção de Relatórios de Sustentabilidade. Sendo

hoje a metodologia mais utilizada no Brasil para reportes de sustentabilidade. Importante ressaltar que deve ser seguida sempre a última versão da metodologia, porém, não pode se tornar obrigatória a checagem junto ao GRI devido ao custo excessivo e não ter característica de auditoria.

Exclusões sugeridas:

Requisito 1.6 “Existem instalações e equipamentos suficientes direcionados para o grupo responsável pelo PMQ”. A ausência de infraestrutura apresenta impacto direto no atendimento de todos os requisitos propostos, sendo impossível implementar e manter um Sistema de Gestão sem esse pré-requisito.

Requisito 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.” De acordo a Lei nº 9.656, artigo 12, inciso 2 e alínea E a operadora de planos de saúde só é obrigada a garantir remoção intra-hospitalar. Exigir que as operadoras, independente do porte, estruturam um processo e contratem prestadores de atendimento pré-hospitalar de urgência e emergência é inviável e favorece apenas as organizações de grande porte. Da mesma forma que gerenciar serviços de remoção pré-hospitalares públicos, como o SAMU, é impossível e não compete às OPS’s.

Requisito 5.3.6 “A OPS efetua vacinação de seus beneficiários de forma complementar ao SUS, especialmente em epidemias.” A vacinação não está prevista no ROL da ANS, portanto, não se pode cobrar que as operadoras executem essa atividade e nem se atribua critério de qualidade para quem realiza.

Requisito 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.” Como o serviço de atendimento gratuito por telefone já é exigência da RN 395 o requisito se torna desnecessário por já ser exigência da agência.

Requisito 6.2.8 “A OPS oferece aos beneficiários um programa completo de assistência farmacêutica, incluindo doentes crônicos.” De acordo com o art. 10 da lei 9.656 e RN 310 a assistência farmacêutica é obrigatória apenas para a distribuição de quimioterápicos via oral, portanto, não deve ser requisito obrigatório pela RN 277.

Requisito 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.” Como existem regras diferentes em cada estado e considerando o Sistema Unimed com abrangência de atendimento em mais de 80% do território nacional solicitamos a exclusão do item por entender, também, que a Qualidade do serviço prestado por uma Operadora de Saúde não se mede com a distribuição de lucros para os seus colaboradores.

Requisito 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.” deve ser unido ao requisito 7.4.2 por serem complementares e a obrigatoriedade de registro em contrato deve ser retirada. Registrar indicadores em contrato não garante qualidade no gerenciamento do serviço prestado por terceiros. A OPS deve ter processos de qualificação, avaliação e desenvolvimento de fornecedores críticos.

Necessário criar um requisito para gestão de fornecedores críticos.

Conclusão:

Com as alterações propostas a nova versão da norma passaria a contar com 4 Dimensões e 84 requisitos como exemplificado abaixo:

RN 277 - Modelo Proposto
DIMENSÃO 1 - GESTÃO
1.1 Gestão Estratégica
1.1.1 A OPS possui visão, missão, valores definidos e objetivos estratégicos claros e amplamente divulgados a seus colaboradores (antigo 7.1.6)
1.1.2 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. (antigo 7.3.2)
1.1.3 A OPS estabelece indicadores de gestão que contenham, minimamente, informações de desempenho e investimento econômico, social, ambiental e de governança e presta contas, anualmente, para todos os públicos com os quais se relaciona seguindo a última versão da metodologia GRI - Global Reporting Initiative (antigo 7.3.3)
1.2 Sistema de Gestão Integrado

1.2.1 Existe um grupo multidisciplinar estruturado e com funções formalmente definidas, contendo minimamente um médico participante, responsável pelo Sistema de Gestão Integrado (SGI) da OPS (antigos 1.1, 1.2 e parte do 1.4)

1.2.2 O grupo responsável pelo SGI avalia os processos operacionais documentados pela OPS relacionados à eficácia dos processos e melhoria de qualidade em todas as atividades da OPS e mantém registros das avaliações. (antigo 1.3)

1.2.3 O grupo responsável pelo SGI possui plano anual de trabalho, estrutura e funções formalmente definidas, com suas decisões e ações planejadas, registradas, avaliadas e monitoradas. 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. (antigos 1.4 e 1.5)

1.2.4 O grupo responsável pelo SGI acompanha os indicadores da qualidade dos serviços oferecidos pela OPS e registra análise nas atas de reunião. (antigo 1.7)

1.2.5 O grupo responsável pelo PMQ recomenda, de maneira formal e com periodicidade mínima de um ano, ações de melhoria da qualidade para a alta direção bem como apresenta resultados das atividades desempenhadas pelo grupo. (antigos 1.8 e 1.9)

1.2.6 A OPS possui canais permanentes de comunicação com seus colaboradores, disponibilizando espaços para compartilhamento de conhecimento e integração além de promover a divulgação interna das atividades (realizadas e em andamento) do grupo responsável pelo SGI. (antigos 1.10 e 7.1.1)

1.2.7 A OPS possui sistema de gestão integrado e implementado, evidenciado por meio de auditorias internas.(antigos 1.11 e 7.3.1)

1.3 Gestão de Pessoas

1.3.1 A OPS possui estrutura organizacional, registros e processos formais de gestão de pessoas. (antigo 7.1.2)

1.3.2 A política de gestão de pessoas (ex.: plano de desenvolvimento, cargos e salários, políticas de recrutamento e seleção) possui processos devidamente documentados e comunicados de forma transparente (ex.: manuais, canais de comunicação, e-mail corporativo, mural, intranet, etc.) - com metas e indicadores. (antigo 7.1.4)

1.3.3 A OPS possui políticas e programas de qualidade de vida no trabalho (segurança, saúde, higiene e medicina ocupacional) acompanhados regularmente e reconhecidos como satisfatórios por mais de 60% (sessenta por cento) dos colaboradores participantes dos programas. (antigo 7.1.5)

1.3.4 A OPS tem procedimento para identificação de suas necessidades, desenvolvendo programas de treinamento adequados à consecução de suas atividades (exemplos: estágios, trainees, idiomas, capacitação digital e e-learning). (antigo 7.1.7)
1.3.5 São realizadas, no mínimo anualmente, pesquisas de satisfação entre os colaboradores, para avaliar clima e cultura organizacional, com a definição de indicadores, metas e planos de ação para a avaliação da satisfação. (antigo 7.1.8)
1.3.6 A OPS prepara planos de desenvolvimento para todos os colaboradores, considerando suas lacunas de competências. Aprimora ou desenvolve seus conhecimentos, habilidades e atitudes, através de programas como, por exemplo: Universidade Corporativa; Trilhas de Aprendizagem; Educação Formal; Liderança; Sucessão e Carreira. Garantindo assim, a disponibilidade de pessoas com as competências necessárias para o seu crescimento e retendo talentos potenciais. (antigo 7.1.9)
1.3.7 A rotatividade de pessoal é gerenciada, de forma que os desligamentos sejam feitos de modo responsável, os motivos avaliados e planos de ação estabelecidos. (antigo 7.1.10)
1.3.8 A OPS possui procedimento documentado para o recrutamento e seleção baseado em competências e diversidade (perfil profissional, comportamental, experiências, educação formal, etc.) de forma a garantir a sustentabilidade do negócio. (antigo 7.1.11)
1.3.9 O acesso dos colaboradores às hierarquias superiores, para sugestões de melhorias, é garantido através de processos e mecanismos formais e independentes. (antigo 7.1.12)
1.3.10 A OPS possui plano de cargos e salários e programa de benefícios compatíveis com as exigências e requerimentos das atribuições. (antigo 7.1.13)
1.4 Gestão da Tecnologia
1.4.1 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. (antigo 7.2.1)
1.4.2 A OPS possui infraestrutura e utiliza ferramentas de TI e Telecom (hardware, software, sistemas, soluções, etc.) nos processos de gestão de saúde. (antigo 7.2.3)
1.4.3 Existem planos e projetos para desenvolvimento e melhoria de tecnologia do setor, visando melhorar os processos assistenciais e demais aplicações em toda a organização. (antigo 7.2.4)
1.5 Gestão das parcerias e terceirizações
1.5.1 Todas as atividades terceirizadas de prestação de serviços na OPS possuem contrato onde estejam previstas as responsabilidades de ambas as partes, com descrição clara das atividades



terceirizadas, bem como cláusula que garanta a confidencialidade das informações obtidas em razão da atividade desempenhada, inclusive em casos de rescisão contratual. (antigos 7.4.1 e 7.4.2)
1.5.2 A OPS possui processos definidos e registros que comprovem a qualificação, avaliação e desenvolvimento dos fornecedores críticos de produtos e/ou serviços. (requisito novo)
1.6 Qualidade da estrutura físico-funcional
1.6.1 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. (antigo 6.1.1)
1.6.2 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 que facilite sua localização e manuseio. (antigo 6.1.2)
1.6.3 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) e estabelece planos de ação para os casos fora da meta. Em 23/05/2011: especificar a sigla URA e prever atendimento pessoal (antigo 6.1.4)
1.6.4 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) e estabelece planos de ação para os casos fora da meta. (antigo 6.1.5)
DIMENSÃO 2 - OPERAÇÕES
2.1 Rede Prestadora
2.1.1 Dinâmica da Qualidade e Desempenho da Rede Prestadora
2.1.1.1 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. (antigo 2.1)
2.1.1.2 A OPS tem políticas e procedimentos documentados para implantação de ações de educação continuada no intuito de desenvolvimento da sua rede prestadora, nos casos de falta de qualidade ou deficiência de segurança. (antigos 2.2 e 2.5)
2.1.1.3 A OPS dispõe de políticas e procedimentos documentados para estimular a melhoria constante da qualidade dos arquivos médicos mantidos pela rede prestadora garantindo a manutenção da confidencialidade dos dados clínicos dos beneficiários e para garantir o acesso, por parte dos colaboradores da OPS aos prontuários de seus beneficiários, observados os limites legais.



(antigos 2.3, 2.11, 2.12 e 6.2.7)
2.1.1.4 A OPS possui política clara e formalizada de incentivos (financeiros ou não-financeiros) aos seus prestadores, vinculados à adoção de boas práticas, desfechos clínicos, excelência no atendimento a padrões e protocolos e busca por creditações e certificações. (antigos 2.4 e 2.6)
2.1.1.5 A auditoria concorrente (própria ou terceirizada) possui procedimentos documentados de operação, no intuito de aferir a qualidade e adequação dos serviços prestados pela rede. A auditoria concorrente (própria ou terceirizada), possui documentos, registros, planos de ação e evidências de comunicação dos resultados à rede prestadora, no intuito de garantir a qualidade e adequação dos serviços prestados. (artigo 2.7)
2.1.1.6 A OPS possui procedimentos documentados para verificação e controle da renovação de certificados, diplomas e alvarás necessários ao funcionamento da rede prestadora, segundo a legislação estadual e federal, dentro do prazo de validade. (artigo 2.8)
2.1.1.7 A OPS efetua e registra regularmente a auditoria dos atendimentos hospitalares e/ou pré-hospitalares de urgência emergência, no qual um médico qualificado analisa o quadro clínico de entrada, bem como procedimentos, condutas e diagnósticos de alta e registra planos de ação evidenciando a comunicação dos resultados e as ações propostas para resolução dos apontamentos. (artigo 2.9)
2.1.1.8 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. (artigo 2.10)
2.1.2 Atenção Especializada à Saúde
2.1.2.1 Existem critérios quantitativos, devidamente documentados, para estabelecer o número adequado de prestadores de atenção especializada à saúde da rede e registros de análise anual do desempenho dos mesmos tendo como referência os critérios previamente definidos (antigos 3.1.2.1 e 3.1.2.3)
2.1.2.2 Existem critérios quantitativos, devidamente documentados, para a distribuição geográfica dos prestadores de atenção especializada à saúde da rede e registros de análise anual do desempenho dos mesmos tendo como referência os critérios previamente definidos (antigos 3.1.2.2 e 3.1.2.4)
2.1.3 Atenção de Urgência e Emergência à Saúde
2.1.3.1 Existem critérios quantitativos, devidamente documentados, para estabelecer o número adequado de prestadores de atenção de urgência e emergência à saúde da rede e registros de análise

anual do desempenho dos mesmos tendo como referência os critérios previamente definidos (antigos 3.1.3.1 e 3.1.3.3)
2.1.3.2 Existem critérios quantitativos, devidamente documentados, para a distribuição geográfica dos prestadores de atenção de urgência e emergência à saúde da rede e registros de análise anual do desempenho dos mesmos tendo como referência os critérios previamente definidos (antigos 3.1.3.2 e 3.1.3.4)
2.1.4 Identificação de Obstáculos ao Acesso à Rede Prestadora
2.1.4.6 A OPS estabelece procedimentos para assegurar o acesso dos beneficiários à rede prestadora de atenção primária à saúde, especializada e urgência e emergência, conforme legislação da saúde suplementar (antigos 3.2.1, 3.2.2 e 3.2.3)
2.1.4.7 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, especializada e urgência e emergência (antigos 3.2.4, 3.2.5 e 3.2.6)
2.1.5 Autorizações Prévias
2.1.5.1 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). (antigo 3.3.1)
2.1.5.2 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. (antigo 3.3.2)
2.1.5.3 A OPS apresenta resposta à solicitação de autorização ou não-autorização para realização eletiva de exames, procedimentos e internações de acordo com os prazos estabelecidos em legislação da saúde suplementar (antigo 3.3.3)
2.1.5.4 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 de acordo com legislação da saúde suplementar (antigo 3.3.4)
2.1.5.5 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. (antigo 3.3.5)

2.1.5.6 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. (antigo 3.3.6)

2.2 Gerenciamento de Casos

2.2.1 Identificação da População-Alvo

2.2.1.1 A OPS possui registros devidamente documentados que comprovem o levantamento e a análise do perfil epidemiológico dos seus beneficiários para a definição dos grupos de gerenciamento de casos. (requisito novo)

2.2.1.2 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) e relatórios de utilização. (antigos 5.1.1.1 e 5.2.1.1)

2.2.1.3 A OPS dispõe de canais de comunicação para disponibilizar informações acerca dos programas à rede prestadora e meios de pesquisa para receber indicações de possíveis candidatos ao Programa: beneficiários (auto indicação); médicos assistentes da rede prestadora. (antigos 5.1.1.2, 5.2.1.2, 5.1.5.1 e 5.2.5.1)

2.2.2 Sistemas de Informação

2.2.2.1 A OPS possui registros devidamente controlados que evidenciam a observância dos protocolos e diretrizes clínicas, elaborados por entidades nacionais de referência (Ministério da Saúde; Associação Médica Brasileira-AMB; Associação de Medicina Intensiva Brasileira-AMIB; sociedades de especialidades médicas). (antigos 5.1.2.1 e 5.2.2.1)

2.2.2.2 Cada interação/ação feita com um beneficiário participante do Programa é formalmente documentada e datada. (antigos 5.1.2.2 e 5.2.2.2)

2.2.2.3 É estabelecida uma rotina para acompanhamento e comunicação com o beneficiário notificando os participantes das datas programadas de reavaliação. (antigos 5.1.2.3, 5.2.2.3, 5.1.3.11 e 5.2.3.11)

2.2.3 Aspectos Operacionais dos Programas de Gerenciamento de Casos

2.2.3.1 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. (antigos 5.1.3.1. e 5.2.3.1)

2.2.3.2 A OPS possui políticas e procedimentos para assegurar o direito do beneficiário elegível de recusar-se a participar dos programas ou, caso participante, de registrar formalmente o seu

consentimento e neles permanecer, a qualquer momento (antigos 5.1.3.2, 5.2.3.2, 5.1.3.3 e 5.2.3.3.)

2.2.3.4 A história clínica e a utilização de medicamentos estão adequadamente documentadas. (antigos 5.1.3.4 e 5.2.3.4)

2.2.3.5 É realizada uma avaliação inicial que inclui condições específicas da saúde do beneficiário. (antigos 5.1.3.5 e 5.2.3.5)

2.2.3.6 É realizada uma avaliação inicial, incluindo estado mental, funções cognitivas e aspectos relativos à linguagem, preferências ou limitações, para o planejamento do Plano de Cuidados do beneficiário. (antigos 5.1.3.6, 5.2.3.6, 5.1.3.7, 5.2.3.7, 5.1.3.8 e 5.2.3.8)

2.2.3.7 É realizada uma avaliação inicial se o beneficiário necessitará de pessoas que o auxiliem em seu tratamento. (antigos 5.1.3.9, 5.2.3.9)

2.2.4 Programas de Promoção da Saúde

2.2.4.1 A OPS disponibiliza materiais ou campanhas antitabagismo voltados às idades vulneráveis e de acordo com a realidade de cada organização. (antigo 5.3.1)

2.2.4.2 A OPS fornece material explicativo a seus beneficiários relativo a saúde bucal, medidas de higiene e prevenção de infecções. (antigos 5.3.2, 5.3.3 e 5.3.4)

2.2.4.3 A OPS promove treinamento aos seus beneficiários acerca de hábitos de vida saudáveis (hábitos alimentares, exercícios físicos, etc.) e especialmente voltado aos idosos, incluindo medidas preventivas para risco de quedas. (antigos 5.3.3 e 5.3.4)

2.2.4.4 A OPS fornece material explicativo acerca da importância da cobertura vacinal, das crianças, adolescentes, gestantes e idosos sob sua responsabilidade. (antigo 5.3.5)

2.2.4.5 A OPS disponibiliza serviços de Atenção Domiciliar, com o objetivo de evitar internações desnecessárias, ou abreviar o período de internação, sempre que possível. (Antigo 5.3.7)

Dimensão 3 - Beneficiários

3.1 Comunicação com beneficiários

3.1.1 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. (antigo 6.2.1)

3.1.2 A OPS fornece aos seus clientes, no momento da contratação, lista atualizada de sua rede prestadora e 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) e do reajuste de mensalidades. (antigos 6.2.2 e 6.2.3)

3.1.3 A OPS promove divulgação imediata de qualquer alteração da lista por meio de seu sítio eletrônico e pelo serviço de atendimento gratuito ao beneficiário via telefone ou atendimento pessoal, quando há solicitação do beneficiário. (artigo 6.2.4)

3.1.4 A OPS mantém a lista de seus prestadores sempre atualizada no seu sítio eletrônico. (artigo 6.2.5)

3.1.5 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. (artigo 6.2.6)

3.1.6 A OPS notifica os beneficiários, de acordo com legislação da saúde suplementar, sobre o término do contrato de prestadores das especialidades básicas e oferece outras opções aos beneficiários. (artigo 6.2.9)

3.1.7 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.). (artigo 6.2.10)

3.1.8 A OPS possui programas de prevenção à evasão de beneficiários.

3.2 Satisfação dos Beneficiários

3.2.1 A OPS possui procedimento devidamente documentado para identificar, coletar e validar a população-alvo, com base nas reclamações e solicitações dos beneficiários, para realização da avaliação de satisfação. (antigos 4.1 e 4.3)

3.2.2 A OPS possui procedimento devidamente documentado para seleção apropriada de uma amostra da população-alvo, caso seja utilizada uma amostra. (artigo 4.2)

3.2.3 A OPS pesquisa a satisfação dos beneficiários com relação, no mínimo, à facilidade para marcação de consultas e de exames complementares na rede credenciada, com relação ao atendimento prestado pela rede prestadora e com relação aos canais de atendimento disponibilizados pela OPS. (antigos 4.6, 4.7 e 4.8)

3.2.4 Pelo menos uma vez ao ano a OPS realiza avaliação e registra os resultados da satisfação dos beneficiários participantes dos Programas de Gerenciamento de Casos. (antigos 5.1.4.1 e 5.2.4.1)

3.2.5 A OPS tem políticas e procedimentos para registrar, analisar, responder e gerenciar as reclamações dos beneficiários, efetuadas por qualquer canal de comunicação. (artigo 4.5)

3.2.6 A OPS possui registros, minimamente anuais, de avaliação das reclamações e solicitações dos beneficiários e possui procedimento devidamente documentado para identificar os pontos específicos para o implemento de melhorias, estabelece prioridades e decide quando agir oportunamente. (antigos 4.4 e 4.9)

3.2.7 Pelo menos uma vez ao ano a OPS realiza avaliação e registra os resultados das reclamações e solicitações dos beneficiários participantes dos Programas de Gerenciamento de Casos. (antigos 5.1.4.2 e 5.2.4.2)

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

Dimensão 4 - Resultados

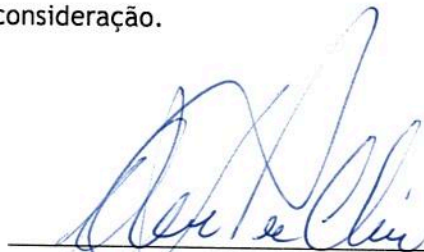
4.1 Avaliação da Efetividade dos Programas de Gerenciamento de Casos

4.1 A OPS avalia, no mínimo anualmente, e registra os resultados dos benefícios econômico-financeiros auferidos com o(s) programa(s) de gerenciamento de casos e estabelece planos de ação. (antigos 5.1.3.10 e 5.2.3.10)

4.2 A OPS avalia a efetividade de seus Programas de Gerenciamento de Casos utilizando no mínimo três indicadores clínicos e/ou laboratoriais quantitativos com metas e análises registradas. Caso necessário a OPS deve registrar planos de ação para resolução de problemas ou implantação de melhorias. (antigos 5.1.6.1, 5.2.6.1, 5.1.6.2, 5.2.6.2, 5.1.6.3 e 5.2.6.3)

Ante ao exposto, reitera o pleito para que as contribuições sejam apreciadas e acatadas, renovando protestos de estima e consideração.

Atenciosamente,



Orestes Barrozo Medeiros Pullin
Presidente da Unimed do Brasil