

MANUAL DO PROGRAMA DE ACREDITAÇÃO DE OPERADORAS DE PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Resolução Normativa - RN 507/2022



MANUAL DO PROGRAMA DE ACREDITAÇÃO DE OPERADORAS DE PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Resolução Normativa - RN 507/2022

MANUAL DO PROGRAMA DE ACREDITAÇÃO DE OPERADORAS DE PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Resolução Normativa - RN 507/2022



2023. Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Sem Derivações. Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

O conteúdo desta, e de outras obras da Agência Nacional de Saúde Suplementar, pode ser acessado na página <http://www.ans.gov.br/biblioteca/index.html>

Versão online

ELABORAÇÃO, DISTRIBUIÇÃO E INFORMAÇÕES:

Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS

Gerência Geral de Análise Técnica da Presidência - GGATP

Av. Augusto Severo, 84 – Glória

CEP 20021-040 – Rio de Janeiro, RJ – Brasil

Tel: +55 (21) 2105-0000

Disque-ANS: 0800 701 9656

www.gov.br/ans

e-mail específico: ggatp@ans.gov.br

DIRETORIA COLEGIADA DA ANS

Presidência - PRESI

Diretoria de Desenvolvimento Setorial – DIDES

Diretoria de Fiscalização – DIFIS

Diretoria de Gestão – DIGES

Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras – DIOPE

Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO

COORDENAÇÃO:

Ana Paula Silva Cavalcante

Angelica Villa Nova de Avellar Du Rocher Carvalho

Mauricio Nunes da Silva

Renata Gasparello de Almeida

Rosana Vieira das Neves

EQUIPE TÉCNICA:

Ana Paula Silva Cavalcante, Andréa de Souza Cazes, Bruno Cortat de Carvalho, Renata Gasparello de Almeida, Rosana Vieira das Neves, Sonia Maria Marinho de Souza.

PROJETO GRÁFICO

Gerência de Comunicação Social – GCOMS/SECEX/PRESI

NORMALIZAÇÃO

Biblioteca/CGDOP/GEQIN/DIGES

Ficha Catalográfica

A265m Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). Ouvidoria.
Manual do programa de acreditação de operadoras de planos privados de assistência à saúde: RN 507/2022 [recurso eletrônico]
/ Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). Ouvidoria. – Rio de Janeiro: ANS, novembro, 2023.
4Kb; ePUB.

1. Acreditação. 2. Planos de saúde - acreditação. 3. Operadoras de planos privados. 4. Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil) I. Título.

CDU 370.1.22.3

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - ACREDITAÇÃO DE OPERADORAS: MELHOR EXPERIÊNCIA PARA O BENEFICIÁRIO	8
FIGURA 2 - OBJETIVOS DA ACREDITAÇÃO	10
FIGURA 3 - ETAPAS PARA RECONHECIMENTO DE ENTIDADE ACREDITADORA	11
FIGURA 4 - DOCUMENTOS QUE DEVEM SER ENVIADOS PELA ENTIDADE ACREDITADORA (EA) À ANS	12
FIGURA 5 - VIGÊNCIA E CANCELAMENTO DO RECONHECIMENTO DA EA	14
FIGURA 6 - DIMENSÕES DO PROGRAMA DE ACREDITAÇÃO DE OPERADORAS	16
FIGURA 7 - REQUISITOS POR DIMENSÃO DO PROGRAMA DE ACREDITAÇÃO DE OPERADORAS	18
FIGURA 8 - ANEXOS QUE COMPÕEM A RN 507/2022	20
FIGURA 9 - TIPOS DE SERVIÇOS PRESTADOS PELAS ENTIDADES ACREDITADORAS (EA)	24
FIGURA 10 - FORMAÇÃO DOS AUDITORES DO PROGRAMA	25
FIGURA 11 - INTEGRAÇÃO PROGRAMA DE ACREDITAÇÃO DE OPERADORAS COM A CERTIFICAÇÃO EM APS	33
FIGURA 12 - ETAPAS PARA OBTENÇÃO DOS INCENTIVOS FINANCEIROS	36

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - ENTIDADE ACREDITADORA (EA) E CONFLITOS DE INTERESSES	13
QUADRO 2 - TERMO DE RESPONSABILIDADE A SER ASSINADO PELA EA	14
QUADRO 3 - OBJETIVOS DAS DIMENSÕES DO PROGRAMA DE ACREDITAÇÃO DE OPERADORAS	17
QUADRO 4 - CLASSIFICAÇÃO DOS ITENS DE VERIFICAÇÃO	19
QUADRO 5 PROCESSO DE ACREDITAÇÃO – PRÉ-REQUISITOS	22
QUADRO 6 - DOCUMENTOS A SEREM APRESENTADOS PELA EA PARA HOMOLOGAÇÃO ACREDITAÇÃO	26
QUADRO 7 - NÍVEL DE ACREDITAÇÃO	31
QUADRO 8 - ITENS DO REQUISITO 2.2 DA RN 507/2022, COM PONTUAÇÃO AUTOMÁTICA PARA OPERADORAS CERTIFICADAS EM APS	31
QUADRO 9 - OUTROS REQUISITOS DA RN 507/2022, COM PONTUAÇÃO AUTOMÁTICA PARA OPERADORAS CERTIFICADAS EM APS	32

SUMÁRIO

1 Introdução	8
1.1 OBJETIVO GERAL	9
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	9
2 Critérios para Reconhecimento das Entidades Acreditoras (EA)	11
3 O escopo do programa de acreditação operadoras	16
3.1 DIMENSÕES DO PROGRAMA DE ACREDITAÇÃO DE OPERADORAS	16
3.1.1 REQUISITOS	17
3.1.2 ITENS DE VERIFICAÇÃO	18
3.2 ANEXOS DA RN 507/2022	20
4 O Processo de Acreditação	21
4.1 PRÉ-REQUISITOS PARA ACREDITAÇÃO	21
4.2 AS AUDITORIAS PARA ACREDITAÇÃO	22
4.2.1 AVALIAÇÃO INICIAL DE DIAGNÓSTICO	23
4.2.2 SEGURANÇA E PROTEÇÃO DE DADOS	25
4.2.3 FORMAÇÃO DOS AUDITORES DO PROGRAMA DE ACREDITAÇÃO DE OPERADORAS	25
4.3 A HOMOLOGAÇÃO DA CERTIDÃO DE ACREDITAÇÃO PELA ANS	25
4.3.1 TRANSPARÊNCIA E DIVULGAÇÃO DA ACREDITAÇÃO	26
5 Manutenção da Acreditação e Reacreditação	28
6 Forma de Pontuação do Programa de Acreditação de Operadoras	30
6.1 PONTUAÇÃO AUTOMÁTICA PARA OPERADORAS COM CERTIFICAÇÃO EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	31
7 Os Incentivos Regulatórios	35
7.1 BONIFICAÇÃO NO ÍNDICE DE DESEMPENHO DA SAÚDE SUPLEMENTAR (IDSS)	35
7.2 REDUÇÃO DA EXIGÊNCIA DE CAPITAL REGULATÓRIO	35
7.2.1 PRAZOS DE VERIFICAÇÃO E DE ENVIO DE RELATÓRIOS	36
8 Penalidade	38
9. ANEXOS	39
9.1 RN 507/2022 DE 30 DE MARÇO DE 2022	39
9.2 RN 507/ 2022 - ANEXO I - REQUISITOS E ITENS DE VERIFICAÇÃO	47
9.2.1 DIMENSÃO 1: GESTÃO ORGANIZACIONAL	47
9.2.2 DIMENSÃO 2: GESTÃO DA REDE PRESTADORA DE SERVIÇOS DE SAÚDE	103

9.2.3 DIMENSÃO 3: GESTÃO EM SAÚDE _____	123
9.2.4 DIMENSÃO 4: EXPERIÊNCIA DO BENEFICIÁRIO _____	155
9.3 RN 507/2022 - ANEXO II – GLOSSÁRIO _____	177
9.4 RN 507/2022 - ANEXO III– FORMA DE CÁLCULO DOS CRITÉRIOS DE PONTUAÇÃO _____	199
9.5 RN 507/2022 - ANEXO IV –DIRETRIZES PARA ELABORAÇÃO DO RELATÓRIO DA ACREDITAÇÃO DA OPERADORA PELA ENTIDADE ACREDITADORA _____	208
9.6 RN 507/2022 - ANEXO V - FORMULÁRIO DE REQUERIMENTO PARA: RECONHECIMENTO DE ENTIDADE ACREDITADORA JUNTO À DIDES/ANS OU SOLICITAÇÃO DE ATUALIZAÇÃO CADASTRAL _____	210
9.6.1 TERMO DE RESPONSABILIDADE JUNTO À ANS _____	211
9.6.2 DECLARAÇÃO AUSÊNCIA DE CONFLITOS DE INTERESSES _____	212

CAPÍTULO 1

INTRODUÇÃO

A Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS foi criada pela Lei 9.961/2000 para regular as operadoras de planos de saúde e tem entre as suas competências, a qualificação das operadoras, devendo fixar parâmetros e diretrizes para aferição da qualidade dos serviços prestados.

O Programa de Acreditação de Operadoras foi lançado em 2011, com a publicação da RN 277/2011, tendo sido totalmente reformulado e revisto em 2020, com a aprovação da RN 452/2020, alterada pela RN 471/2021. No processo de revisão do estoque regulatório, as duas Resoluções Normativas foram consolidadas e substituídas pela RN 507/2022¹, sem mudança de escopo.

O Programa de acreditação de operadoras é uma certificação de boas práticas em gestão organizacional e em gestão em saúde, de caráter voluntário, realizada por Entidades Acreditoras (EA). A finalidade é a melhoria contínua da qualidade na prestação dos serviços de assistência à saúde e a satisfação dos beneficiários.

Com o estabelecimento de um programa de boas práticas direcionado para as operadoras de planos de saúde, a ANS busca cumprir o seu papel de indutor da qualidade no setor suplementar de saúde, garantindo uma melhor experiência para o beneficiário (figura 1).

■ FIGURA 1 - ACREDITAÇÃO DE OPERADORAS: MELHOR EXPERIÊNCIA PARA O BENEFICIÁRIO



Fonte: Elaboração própria (2023)

No setor de saúde, a acreditação surgiu como uma estratégia para avaliar a qualidade de estruturas físicas e tecnológicas dos prestadores de serviços de saúde, assim como para avaliar a gestão e assistência prestada².

¹ RN 507/2022 disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDE5Ng==>

² NOVAES, H. M. Garantia de qualidade em Hospitais da América Latina e do Caribe. In: Organização Pan-americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde - Federação Latino-Americana de Hospitais. Acreditação de Hospitais para América Latina e o Caribe. Ed. Federação Brasileira de Hospitais, Série SILOS nº13, Brasília: 1992.

Para as operadoras, a acreditação se constitui como uma importante ferramenta de gestão, permitindo que conheçam melhor seu próprio negócio, melhorando seu desempenho, além de possibilitar a identificação e a resolução de problemas com mais consistência, segurança e agilidade. O Programa é voltado para o conjunto das operadoras de planos de saúde, tanto do segmento médico-hospitalar quanto do segmento exclusivamente odontológico, com exceção das Administradoras de Benefícios, que embora sejam classificadas como operadoras, não contam com beneficiários cadastrados.



ATENÇÃO

O Programa de Acreditação de Operadoras não se aplica às Administradoras de Benefícios (RN 507/2022).

1.1 Objetivo Geral

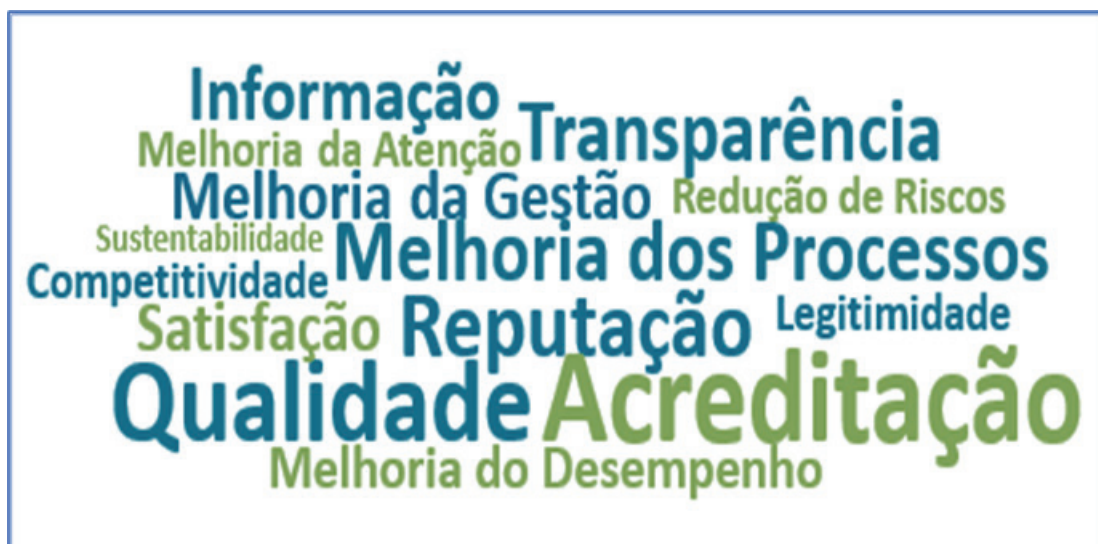
O objetivo do programa de acreditação é a qualificação da prestação dos serviços oferecidos pelas operadoras de plano de saúde, induzindo à mudança no modelo de gestão e de atenção à saúde existente, propiciando uma melhor experiência para o beneficiário.

1.2 Objetivos Específicos

São objetivos específicos do Programa de Acreditação de Operadoras (figura 2):

- induzir à melhoria contínua da qualidade das operadoras de planos de saúde;
- incentivar a mudança do modelo de atenção, com vistas a torná-lo integral, com alta coordenação do cuidado e centrado no paciente;
- permitir a redução de riscos, com ganhos para a sustentabilidade da organização;
- ampliar a satisfação dos beneficiários com os serviços prestados;
- garantir a informação para a escolha qualificada das operadoras pelos beneficiários e potenciais consumidores;
- melhorar a reputação da operadora perante a sociedade e seus clientes, aumentando a vantagem competitiva da operadora;
- induzir à competição do setor baseada em valor;
- tornar mais transparente as informações sobre o setor de saúde suplementar para a sociedade em geral.
- Reduzir a assimetria de informação, facilitando a escolha qualificado do beneficiário ou contratante na hora de escolher uma operadora ou trocar de plano de saúde.

■ FIGURA 2 - OBJETIVOS DA ACREDITAÇÃO



Fonte: Elaboração própria, com base na RN 507/2022.

CAPÍTULO 2

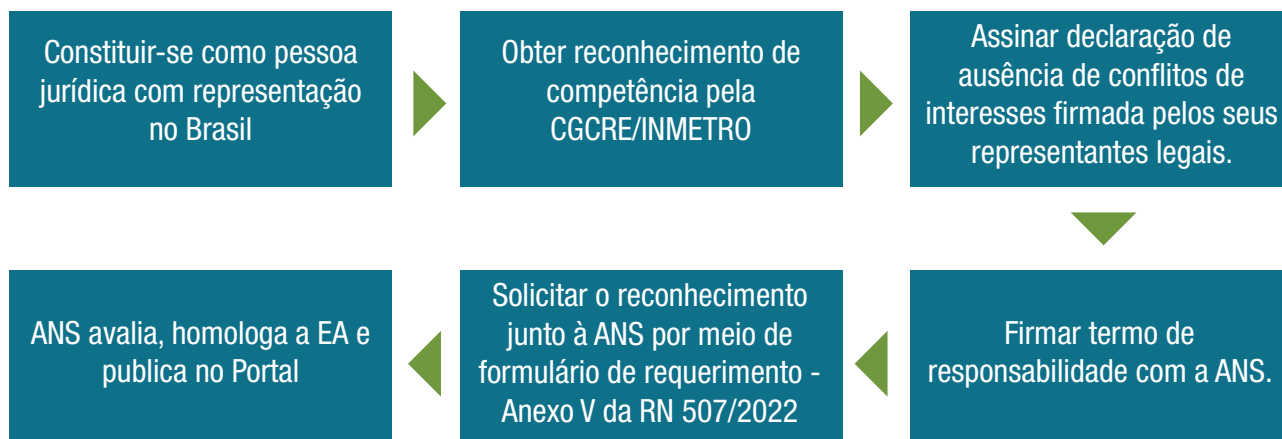
CRITÉRIOS PARA RECONHECIMENTO DAS ENTIDADES ACREDITADORAS (EA)

O Programa de Acreditação Operadoras da ANS é operacionalizado por Entidades Acreditoras reconhecidas pelo Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia - INMETRO.

Assim, para uma operadora se submeter ao processo de acreditação, deverá buscar uma Entidade Acreditoras (EA) reconhecida pelo Inmetro para essa finalidade na lista de Entidades Acreditoras divulgadas pela ANS em seu portal institucional na internet.

Para ser reconhecida pela ANS como EA, a organização deve atender às seguintes etapas junto à ANS, resumidas na figura 3:

FIGURA 3 - ETAPAS PARA RECONHECIMENTO DE ENTIDADE ACREDITADORA



Fonte: Elaboração própria, com base na RN 507/2022.

Os documentos a serem enviados pelas Entidades Acreditoras para a ANS, junto com o formulário de requerimento, encontram-se listados a seguir (figura 4).

■ FIGURA 4 - DOCUMENTOS QUE DEVEM SER ENVIADOS PELA ENTIDADE ACREDITADORA (EA) À ANS



Fonte: Elaboração própria, com base na RN 507/2022.



ATENÇÃO

É vedado o reconhecimento de Entidades Acreditoras para atuarem no Programa de Acreditação de Operadoras que tenham tido o seu reconhecimento de competência cancelado pela ANS nos últimos 5 (cinco) anos

Seguem os possíveis conflitos de interesses das Entidades Acreditoras, descritos no quadro 1.

■ QUADRO 1 - ENTIDADE ACREDITADORA (EA) E CONFLITOS DE INTERESSES

Declaração de Ausência de Conflitos de Interesses para a Entidade Acreditadora (EA)	Não possuir administradores, acionistas, controladores, sócios, alta gerência ou equipe de auditores com:	conflito de interesses para o exercício das atividades de certificação;
		participação societária ou interesse, direto ou indireto, em operadora;
		Relação de trabalho, direta ou indireta, como empregado, administrador ou colaborador assalariado em operadora.
	Caso a EA pertença a um grupo econômico, esse não deverá possuir pessoas jurídicas controladoras, coligadas ou equiparadas a coligadas com membros ou prepostos que tenham:	conflito de interesses para o exercício das atividades de certificação;
		participação societária ou interesse, direto ou indireto, em operadora;
		Relação de trabalho, direta ou indireta, como empregado, administrador ou colaborador assalariado em operadora.
	Caso EA pertença a um grupo econômico, esse não deverá possuir pessoas jurídicas controladoras, coligadas ou equiparadas a coligadas que possuam investimentos financeiros que representem conflito de interesses para o exercício das atividades de certificação.	

Fonte: Elaboração própria, com base na RN 507/2022.

O Termo de Responsabilidade perante a ANS deverá ser firmado pela EA como descrito no quadro 2, abaixo.

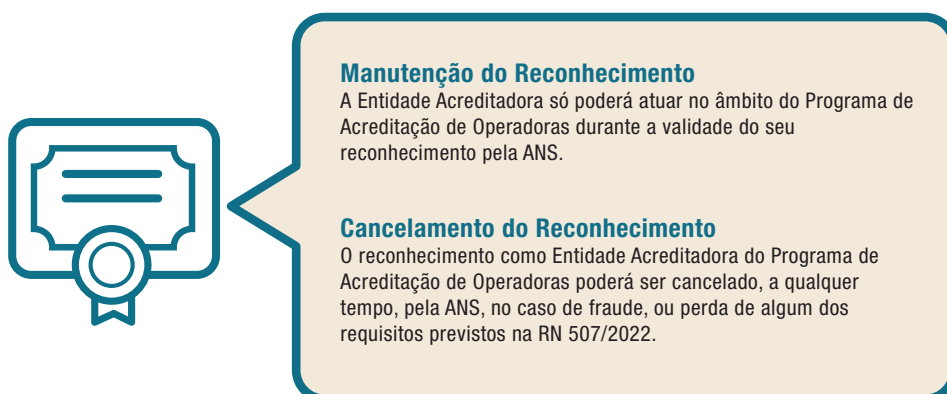
■ QUADRO 2 - TERMO DE RESPONSABILIDADE A SER ASSINADO PELA EA

Termo de responsabilidade com a ANS	Avaliar as operadoras pelos critérios técnicos pré-estabelecidos pela ANS.
	Não realizar consultoria às operadoras já acreditadas pela própria Entidade Acreditadora durante o período de 3 anos após o fim de vigência da certidão de acreditação da operadora
	Só realizar acreditação, incluindo visitas de diagnóstico e de auditoria, na mesma operadora após um período de 3 anos do fim da realização de consultoria
	Não realizar auditoria independente para Pesquisa de Satisfação de Beneficiários nas operadoras a serem acreditadas pela própria Entidade Acreditadora
	Comunicar à ANS qualquer mudança que altere os requisitos para ser uma EA, no prazo de 30 dias corridos, utilizando o formulário do Anexo V da RN 507/2022
	Submeter-se às avaliações da CGCRE/INMETRO, tais como avaliação de escritório e auditoria de testemunha.
	Manter a documentação comprobatória de todos os atos praticados, inclusive a comprovação da formação e experiência profissional dos auditores.

Fonte: Elaboração própria, com base na RN 507/2022.

A manutenção do reconhecimento da Entidade Acreditadora deve seguir os critérios descritos na figura 5.

■ FIGURA 5 - VIGÊNCIA E CANCELAMENTO DO RECONHECIMENTO DA EA



Fonte: Elaboração própria, com base na RN 507/2022.

O cancelamento do reconhecimento da Entidade Acreditadora será publicado no sítio institucional da ANS.

A operadora, previamente acreditada por EA, cujo reconhecimento seja cancelado, terá o prazo de 180 (cento e oitenta) dias corridos, afim de escolher uma EA diversa, que a acompanhe. Esta substituição de

EA deve ser comunicada à ANS, tão logo seja concretizada, não sendo necessário iniciar novo processo de acreditação. Cumpridas as condições, a vigência original da acreditação e seu nível serão mantidos.

Caso a operadora previamente acreditada por EA, cujo reconhecimento seja cancelado, não cumpra as condições estabelecidas, a acreditação dessa operadora perderá a validade, após o prazo de 180 (cento e oitenta) dias corridos. Este prazo começa a contar a partir da publicação da perda do reconhecimento de Entidade Acreditadora, no Portal da ANS na internet.



ATENÇÃO

A qualquer tempo, uma vez constatados indícios de conduta comissiva ou omissiva do auditor ou da Entidade Acreditadora, em relação ao cumprimento dos critérios que ensejaram a acreditação, a operadora perderá a acreditação, e a EA perderá seu reconhecimento junto à ANS.

CAPÍTULO 3

O ESCOPO DO PROGRAMA DE ACREDITAÇÃO DE OPERADORAS

O Programa de Acreditação de Operadoras busca descrever a metodologia de avaliação de todo o espectro de atuação de uma operadora de planos de Saúde. Para tornar a compreensão mais facilitada, o manual é dividido em 4 grandes dimensões avaliativas, conforme figura 6.

■ FIGURA 6 - DIMENSÕES DO PROGRAMA DE ACREDITAÇÃO DE OPERADORAS



Fonte: Elaboração própria, com base na RN 507/2022.

3.1 Dimensões do Programa de Acreditação de Operadoras

O Programa de Acreditação de Operadora é composto pelas seguintes dimensões: Gestão Organizacional, Gestão da Rede Prestadora de Serviços de Saúde, Gestão em Saúde e Experiência do Beneficiário. O objetivo de cada dimensão encontra-se descrito no quadro 3, a seguir.

■ QUADRO 3 - OBJETIVOS DAS DIMENSÕES DO PROGRAMA DE ACREDITAÇÃO DE OPERADORAS

Dimensão 1 	GESTÃO ORGANIZACIONAL Busca avaliar a gestão das operadoras considerando aspectos relativos à estrutura organizacional, a processos de trabalho, a governança corporativa, a gestão de riscos corporativos, a sua sustentabilidade e a melhoria da qualidade;
Dimensão 2 	GESTÃO DA REDE PRESTADORA DE SERVIÇOS DE SAÚDE Busca avaliar a gestão da rede assistencial das operadoras, considerando critérios de qualidade para sua conformação, bem como mecanismos de regulação do acesso dos beneficiários.
Dimensão 3 	GESTÃO EM SAÚDE Busca avaliar a gestão do cuidado em saúde pelas operadoras, bem como ações de monitoramento relativas à qualidade da atenção à saúde de sua rede prestadora de serviços de saúde; e
Dimensão 4 	EXPERIÊNCIA DO BENEFICIÁRIO Busca avaliar o resultado da interação entre a operadora, seus beneficiários e a sociedade, incluindo potenciais beneficiários, tendo como parâmetros a percepção dos beneficiários quanto ao atendimento de suas necessidades e expectativas, bem como as ações promovidas pela Operadora com foco na melhoria da qualidade dos serviços prestados.

Fonte: Elaboração própria, com base na RN 507/2022.

Ao se submeterem ao processo de acreditação, as operadoras deverão ser avaliadas em relação à conformidade com os requisitos e itens de verificação que compõem as 4 dimensões.

3.1.1 REQUISITOS

Cada dimensão é composta por requisitos, detalhados em itens de verificação, de modo a facilitar a auditoria. O Programa apresenta um total de 169 itens de verificação, distribuídos ao longo de 21 Requisitos (ver figura 7), aplicados às operadoras Médico-Hospitalares (MH). O detalhamento da forma de cálculo consta no Anexo III da RN 507/2022. A figura 7 descreve os requisitos do programa.

■ FIGURA 7 - REQUISITOS POR DIMENSÃO DO PROGRAMA DE ACREDITAÇÃO DE OPERADORAS

	8 requisitos e 78 itens		4 requisitos e 23 itens		5 requisitos e 40 itens		4 requisitos e 28 itens
I – Gestão Organizacional	1.1 Planejamento e Gestão Estratégica 1.2 Sistema de Governança Corporativa 1.3 Política de Gestão de Pessoas e Desenvolvimento de Lideranças 1.4 Tecnologia da Informação 1.5 Política de Segurança e Privacidade das Informações 1.6 Gestão de Riscos Corporativos 1.7 Sustentabilidade da Operadora 1.8 Programa de Melhoria da Qualidade	II – Gestão da Rede Prestadora	2.1 Acesso do Beneficiário à Rede Prestadora de Serviços de Saúde 2.2 Estrutura da Rede Prestadora com base em APS 2.3 Relação e Contratualização com a Rede Prestadora de Serviços 2.4 Mecanismos de Regulação	III – Gestão em Saúde	3.1 Política de Qualidade e Segurança do Paciente 3.2 Coordenação e Integração do cuidado 3.3 Programa de Gestão do Cuidado de Condições Crônicas de Saúde 3.4 Assistência Farmacêutica 3.5 Modelos de Remuneração Baseado em Valor	IV – Experiência do Beneficiário	4.1 Disponibilização de Informações à Sociedade 4.2 Canais de Comunicação com Beneficiário – Resposta à Demandas (reativo) 4.3 Canais de Comunicação com o Beneficiário – Disponibilização de Informações Essenciais (proativo) 4.4 Pesquisa de Satisfação de Beneficiários

Fonte: Elaboração própria, com base na RN 507/2022.

3.1.2 ITENS DE VERIFICAÇÃO

As operadoras Médico Hospitalares devem ser avaliadas em todos os itens de verificação previstos nos requisitos.

As operadoras exclusivamente odontológicas, bem como as classificadas na modalidade de autogestão, por suas especificidades de atuação, têm quantidade diferenciada de itens de verificação aplicáveis, devendo ser avaliadas apenas de acordo com os itens e requisitos previstos no Anexo III da RN 507/2022.

Para os itens de verificação que exijam para seu cumprimento eventual adequação dos instrumentos formais de contratação entre a operadora e prestadores de serviços de saúde, as operadoras devem ter em conta as regras para celebração de contratos estabelecidas na RN nº 503, de 30 de março de 2022.

Além disso, todas as operadoras devem ser avaliadas em relação ao cumprimento dos critérios referentes às **práticas mínimas de governança corporativa, com ênfase em controles internos e gestão de riscos para fins de solvência** estabelecidos no corpo e no Anexo I da Resolução Normativa – RN 518, de 29 de abril de 2022³.

Os itens de verificação são classificados em: **essencial, complementar e excelência** (ver quadro 4). Para fins de apuração da pontuação das operadoras, o requisito só será avaliado e pontuado, quando houver pelo menos 1 (um) item essencial aplicável ao segmento da operadora. Assim, por exemplo, o requisito 3.3 não deve ser avaliado para as operadoras odontológicas, pois não há nenhum item essencial aplicável neste requisito para as operadoras deste segmento.

3 A RN 518/2022 substituiu a RN 443/2019.

■ QUADRO 4 - CLASSIFICAÇÃO DOS ITENS DE VERIFICAÇÃO

Classificação do item	Definição
 Essencial	Os itens essenciais são condição sine qua non para pontuar o requisito. Caso 01 item essencial do requisito não seja cumprido, a operadora receberá nota Zero no requisito inteiro.
 Complementar	Os itens complementares são boas práticas recomendáveis e, se cumpridos pela operadora, elevam a pontuação do requisito.
 Excelência	Os itens de excelência são práticas pouco disseminadas no setor e de maior dificuldade de consecução. O cumprimento de 80% dos itens de excelência é uma das exigências para a operadora alcançar a Acreditação nível I.

Fonte: Elaboração própria, com base na RN 507/2022



ATENÇÃO

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

Em cada item de verificação consta uma interpretação do tema abordado com a exemplificação das formas de obtenção de evidências daquele item descrito.

3.1.2.1 INTERPRETAÇÃO

A interpretação aborda o escopo do item de verificação, detalhando quais critérios precisam ser cumpridos pela operadora, para que o item seja considerado **conforme**.

A avaliação dos itens de verificação deverá considerar a conformidade em dois domínios – **o escopo** e **o tempo** de implantação do item.

O escopo diz respeito ao cumprimento do objeto descrito na interpretação do item, ou seja, sua finalidade ou propósito. A avaliação do escopo busca assegurar o cumprimento do que foi estabelecido como meta a ser atingida de acordo com a interpretação.

O tempo diz respeito ao intervalo entre o início da implementação do item e a data da auditoria e busca assegurar a consolidação e manutenção do cumprimento do escopo.

3.1.2.3 FORMA DE OBTENÇÃO DE EVIDÊNCIAS

A análise de conformidade dos itens de verificação deverá buscar evidências que comprovem o escopo do item. Os exemplos citados para cada item de verificação são apenas ilustrativos, sugestivos, e têm caráter elucidativo, não se caracterizando como uma lista extensiva.

Na avaliação dos itens, podem ser considerados apenas dois status:

- a) **conforme:** cumpre o escopo do item pelo tempo de implantação de 12 (doze) meses ou mais; ou
- b) **não conforme:** não cumpre o escopo, ou cumpre **por menos** de 12 (doze) meses.



ATENÇÃO

A conformidade de cada item será avaliada com base no escopo descrito na interpretação e no tempo de implementação, e verificada de acordo com as possíveis formas de obtenção de evidências, mediante análise documental, por observação direta ou inspeção.

3.2 Anexos da RN 507/2022

A norma que estabelece o Programa de Acreditação de Operadoras, RN 507/2022 possui cinco (5) anexos, relacionados a seguir na figura 8, e integrados ao final deste documento.

■ FIGURA 8 - ANEXOS QUE COMPÕEM A RN 507/2022

Anexo I	Requisitos e Itens de verificação
Anexo II	Glossário
Anexo III	Forma de Cálculo dos Critérios de Pontuação
Anexo IV	Diretrizes para elaboração do Relatório da Acreditação da Operadora pela Entidade Acreditadora
Anexo V	Formulário de requerimento para: reconhecimento de entidade acreditadora ou atualização cadastral

Fonte: Elaboração própria, com base na RN 507/2022

CAPÍTULO 4

O PROCESSO DE ACREDITAÇÃO

As operadoras podem se submeter de forma voluntária ao Programa de Acreditação, que é executado por uma Entidade Acreditadora (EA) de sua livre escolha, dentre as Entidades homologadas pela ANS.

Para iniciar o processo de acreditação, a operadora deverá contratar uma das Entidades Acreditadoras (EA) ativas no mercado. A lista das EAs homologadas pela ANS pode ser encontrada no espaço do Programa de Acreditação de Operadoras, no HYPERLINK “<https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/acreditacao-de-operadoras-1>” [portal da ANS](#) na internet.

4.1 Pré-requisitos para Acreditação

A operadora, antes de se submeter ao processo de acreditação, deve atender aos pré-requisitos estabelecidos pelo Programa, listados no quadro 5 a seguir.

■ QUADRO 5 PROCESSO DE ACREDITAÇÃO – PRÉ-REQUISITOS⁴

ACREDITAÇÃO Pré-requisitos a serem cumpridos pelas Operadoras

- 1 - Ter registro ativo como operadora junto à ANS
- 2 - Não se encontrar em plano de recuperação assistencial
- 3 - Não se encontrar em plano de adequação econômico-financeira
- 4 - Não se encontrar em regime especial de direção técnica
- 5 - Não se encontrar em regime especial de direção fiscal
- 6 - Não se encontrar em processo de liquidação extrajudicial
- 7 - Não se encontrar em intervenção fiscalizatória
- 8 - Não ter se posicionado na faixa 3 do monitoramento da garantia de atendimento 2 vezes consecutivas nos 12 (doze) meses anteriores a avaliação de conformidade
- 9 - Desempenho no IDSS e nas suas dimensões igual ou maior a 0,60
- 10 - Não possuir Auditoria Independente das demonstrações financeiras com parecer adverso ou com abstenção de opinião do último exercício disponível

Fonte: Elaboração própria, com base na RN 507/2022



ATENÇÃO

Perderão a acreditação as operadoras que, a qualquer tempo, passem a descumprir quaisquer dos pré-requisitos previstos no Normativo.

4.2 As Auditorias para Acreditação

As operadoras devem contratar uma EA para realizar uma Auditoria com fins de Acreditação. A Auditoria é um exame sistemático das atividades desenvolvidas em determinada operadora, com o objetivo de averiguar se estão em conformidade com as disposições estabelecidas previamente no Manual de Acreditação de Operadoras, e se foram implementadas de forma adequada durante o período de tempo mínimo exigido e com eficácia.

Durante as auditorias para acreditação e renovação da acreditação, deverão ser avaliadas a conformidade de todos os itens e requisitos estabelecidos no manual, que devem ser aplicados na íntegra, respeitando as excepcionalidades previstas para as operadoras odontológicas e autogestão.

⁴ As notas de Desempenho no IDSS e suas dimensões consideram 4 casas decimais e não podem ser arredondadas (item 9).

Os auditores realizarão a avaliação dos pré-requisitos e dos requisitos, compostos pelos itens de verificação previstos nas 4 dimensões avaliativas.

Para as operadoras do segmento médico-hospitalar devem ser avaliados os 169 itens em 21 requisitos assim distribuídos:

- Dimensão I - Gestão Organizacional - 8 requisitos e 78 itens de verificação;
- Dimensão II - Gestão da Rede Prestadora - 4 requisitos e 23 itens de verificação;
- Dimensão III - Gestão em Saúde - 5 requisitos e 40 itens de verificação;
- Dimensão IV - Experiência do Beneficiário - 4 requisitos e 28 itens de verificação.

Para as Operadoras da modalidade Autogestão devem ser validados 167 itens de verificação em 21 requisitos, sendo:

- Dimensão I - Gestão Organizacional - 8 requisitos e 78 itens de verificação;
- Dimensão II - Gestão da Rede Prestadora - 4 requisitos e 23 itens de verificação;
- Dimensão III - Gestão em Saúde - 5 requisitos e 40 itens de verificação;
- Dimensão IV - Experiência do Beneficiário - 4 requisitos e 26 itens de verificação.

Para as Operadoras exclusivamente odontológicas devem ser validados 133 itens de verificação em 18 requisitos, sendo:

- Dimensão I - Gestão Organizacional - 8 requisitos e 78 itens de verificação;
- Dimensão II - Gestão da Rede Prestadora - 3 requisitos e 15 itens de verificação;
- Dimensão III - Gestão em Saúde - 3 requisitos e 12 itens de verificação⁵;
- Dimensão IV - Experiência do Beneficiário - 4 requisitos e 28 itens de verificação.

Ao fim do processo de avaliação, os auditores da EA devem elaborar o Relatório de Auditoria da Operadora e enviá-lo à ANS, para análise e homologação da certidão de acreditação.

Entretanto, antes de iniciar um processo de Acreditação, a operadora pode, eventualmente, solicitar uma avaliação inicial de diagnóstico a uma Entidade Acreditadora (EA).

4.2.1 AVALIAÇÃO INICIAL DE DIAGNÓSTICO

A Avaliação inicial de diagnóstico tem como finalidade identificar os processos que não atendam aos requisitos da norma. Este diagnóstico inicial permitirá à operadora identificar quais processos precisam ser melhorados, afim de avaliar suas chances de ter sucesso, ao se submeter a uma auditoria com fins de Acreditação.

Importante ressaltar que essa auditoria de diagnóstico não se confunde com consultoria.

Consultoria se constitui como uma prestação de serviço realizada por profissional qualificado e conhecedor do tema de acreditação, que contempla o diagnóstico, o aconselhamento, a preparação, ou produção de manuais, ou procedimentos e a orientação, com o propósito de levantar as necessidades, identificar soluções e recomendar ações sem, no entanto, ocorrer um envolvimento na execução do processo de acreditação.

As consultorias não poderão ser realizadas pela própria Entidade Acreditadora durante o período de 3 (três) anos, após o fim de vigência da certidão de acreditação da operadora.

Por outro lado, as operadoras só poderão ser avaliadas por uma Entidade Acreditadora para fins de auditoria, incluindo visita diagnóstica, após o período de 3 (três) anos do fim da realização de uma consultoria com a mesma EA.

⁵ O requisito 3.3 não deve ser avaliado para as operadoras odontológicas, pois não há nenhum item essencial aplicável neste requisito para as operadoras deste segmento.

Em suma, a EA que desejar oferecer seus serviços de consultoria a uma operadora, para a qual trabalhou como acreditadora, terá que esperar o transcurso de um período mínimo de 3 (três) anos, após o final da Acreditação, para iniciar o novo processo.



ATENÇÃO

A operadora poderá solicitar uma avaliação inicial de diagnóstico, sem fins de acreditação, para identificação dos processos que não atendem aos requisitos e itens do programa de acreditação, desde que não seja configurada como CONSULTORIA.

As EA podem realizar, no âmbito do Programa de Acreditação Operadoras, diversos tipos de serviços, desde que não se configure conflito de interesses, conforme descrito na figura 9, a seguir.

■ FIGURA 9 - TIPOS DE SERVIÇOS PRESTADOS PELAS ENTIDADES ACREDITADORAS (EA)

Avaliação inicial de diagnóstico: Desenvolvida por avaliadores habilitados e qualificados que compõem a equipe de Entidades Acreditadoras reconhecidas pela ANS. É uma avaliação pontual, sem fins de certificação, com o objetivo de subsidiar a compreensão do atual estado da organização da operadora.

Auditoria de Acreditação: é um exame sistemático das atividades desenvolvidas em determinada operadora, que tem o objetivo de averiguar se estão em conformidade com as disposições estabelecidas previamente no Manual e se foram implementadas de forma adequada e com eficácia.

Consultoria: Prestação de serviço por profissional qualificado e conhecedor do tema, que contempla o diagnóstico, aconselhamento e orientação a uma operadora com o propósito de levantar as necessidades, identificar soluções e recomendar ações sem, no entanto, ocorrer um envolvimento na execução.

Curso de Capacitação: é uma prática que permite o desenvolvimento dos envolvidos para o aperfeiçoamento de habilidades técnicas. É uma atividade teórica, que não inclui questões operacionais nem específicas de uma operadora ou de um conjunto de operadoras.

Fonte: Elaboração própria, com base na RN 507/2022

4.2.2 SEGURANÇA E PROTEÇÃO DE DADOS

As avaliações das operadoras realizadas pelas Entidades Acreditoras, no âmbito do Programa de Acreditação de Operadoras, deverão observar a proteção de dados pessoais, nos termos da Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – LGPD) e atualizações posteriores, devendo as organizações se adequarem à LGPD.

4.2.3 FORMAÇÃO DOS AUDITORES DO PROGRAMA DE ACREDITAÇÃO DE OPERADORAS

A equipe de auditores deverá ter uma conformação mínima de modo a abarcar a diversidade de temas abordados no Manual. Deverá ser composta por, no mínimo, 3 (três) auditores, com diferentes formações universitárias, devendo ser obedecido o seguinte:

- 1 Auditor com Formação na área de saúde;
- 1 Auditor com formação na área de gestão organizacional;
- 1 Auditor com formação geral em qualquer área.

As especificações da área de formação de cada Auditor encontram-se descritas na figura 10.

■ FIGURA 10 - FORMAÇÃO DOS AUDITORES DO PROGRAMA



Saúde

1 (um) auditor com formação universitária, com pós-graduação em uma das seguintes áreas: gestão em saúde, saúde coletiva, saúde pública, administração hospitalar ou auditoria em saúde ou experiência mínima de 5 (cinco) anos em acreditação em saúde ou auditoria em saúde;



Gestão Organizacional

1 (um) auditor com formação universitária, ou pós-graduação, em uma das seguintes áreas: administração, economia, engenharia de produção, gestão de negócios, controladoria, finanças, auditoria empresarial, economia empresarial, ciências contábeis, ciências atuariais, gerenciamento de risco corporativo ou experiência mínima de 5 (cinco) anos em auditoria empresarial ou controladoria.



Formação Universitária

1 (um) auditor com formação universitária em qualquer área.

Fonte: Elaboração própria, com base na RN 507/2022

4.3 A Homologação da Certidão de Acreditação pela ANS

Para que uma Operadora tenha sua certidão de acreditação homologada pela ANS, a Entidade Acreditora (EA) responsável por sua acreditação deverá enviar os seguintes documentos conforme descrito no quadro 6, a seguir.

■ QUADRO 6 - DOCUMENTOS A SEREM APRESENTADOS PELA EA PARA HOMOLOGAÇÃO DA ACREDITAÇÃO

Condições necessárias para a homologação da Acreditação da Operadora

- Certidão de acreditação da operadora com o nível e o período de vigência.
- Relatório de avaliação da acreditação da operadora, conforme diretrizes estabelecidas no anexo IV da RN 507/2022.
- Cópia dos certificados de graduação e/ou pós-graduação dos auditores que conduziram a acreditação.
- Relatório comprovando a avaliação das práticas mínimas de governança corporativa, conforme RN nº 518, de 29 de abril de 2022, e de acordo com o Anexo IV da RN 507/2022.

Fonte: Elaboração própria, com base na RN 507/2022

O relatório de avaliação da acreditação deverá conter os resultados da avaliação dos requisitos e respectivos itens de verificação, contendo a justificativa para decisão de conformidade ou não conformidade e breve síntese da forma de obtenção das evidências de cumprimento de cada item verificado. Deve incluir também as fragilidades e oportunidades de melhoria, se for o caso.



ATENÇÃO

A certidão de acreditação possui caráter personalíssimo da operadora avaliada, não podendo ser transferida ou estendida, a qualquer título, sem que se cumpram os requisitos da RN 507/2022.

Serão indeferidas as solicitações de homologação de acreditação de operadoras que descumpram a RN 507/2022.

Todo o material relativo à acreditação da operadora utilizado, tais como: relatórios de auditoria, fichas de entrevistas, evidências consideradas, comprovantes de todos os atos praticados, documentos em geral e a comprovação da formação e experiência profissional dos auditores, deverá estar à disposição da ANS e poderá ser requisitado a qualquer tempo, durante o período de vigência da certidão de acreditação.

4.3.1 TRANSPARÊNCIA E DIVULGAÇÃO DA ACREDITAÇÃO

A ANS dará publicidade às operadoras acreditadas por meio de seu site institucional na internet. As operadoras acreditadas também poderão divulgar, amplamente, a certidão de acreditação após a recepção do ofício da ANS informando a homologação da acreditação.

A qualquer tempo, uma vez constatados indícios de fraudes ou de descumprimento dos itens e requisitos, a operadora poderá perder a certidão de acreditação.



ATENÇÃO

A Entidade Acreditora deve estar com o seu reconhecimento vigente durante todo o processo de avaliação

CAPÍTULO 5

MANUTENÇÃO DA ACREDITAÇÃO E REACREDITAÇÃO

Para a manutenção da Acreditação, a operadora deverá sofrer auditorias de manutenção anualmente realizadas pela Entidade Acreditadora até o fim do ciclo avaliativo. O escopo da Auditoria de Manutenção fica a critério da Entidade Acreditadora. Caso seja verificada mudança na pontuação da operadora, durante as auditorias de manutenção, se a nota final for de 70 (setenta) pontos ou mais, não haverá mudança do nível de acreditação. Entretanto, as Auditorias de Manutenção poderão gerar perda da acreditação nos casos de nota final inferior a 70 (setenta) pontos.

Para manutenção da Acreditação, a EA deve enviar:



- I. Relatório de Manutenção da Acreditação
- II. cópia dos certificados de graduação e/ou pós-graduação dos auditores que conduziram a avaliação; e
- III. relatório comprovando o cumprimento dos requisitos referentes aos processos de governança, gestão de riscos e controles internos estabelecidos na RN nº 518, de 29 de abril de 2022, e de acordo com o Anexo IV da RN 507/2022.

Como a auditoria de manutenção não avalia necessariamente todas as dimensões, para o cálculo da nota final, as dimensões ou itens não avaliados devem ter sua última nota repetida, de forma que seja possível calcular a Nota Final da Operadora.

O relatório de manutenção de acreditação deverá ser encaminhado à ANS, indicando expressamente se a Operadora:



- IV. Mantém o nível de acreditação;
- V. Tem o nível de acreditação rebaixado;
- VI. Tem a acreditação suspensa; ou
- VII. Tem a acreditação cancelada.

Em caso de perda da acreditação, a Entidade Acreditadora deverá comunicar o ocorrido formalmente à ANS, em no máximo 15 (quinze) dias, a contar da verificação da perda.

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



ATENÇÃO

Em caso de não conformidades detectadas na auditoria de manutenção, fica a critério da Entidade Acreditadora estabelecer o prazo máximo de 60 (sessenta) dias corridos, para que a operadora comprove a correção, quando a nota final for inferior a 70.

Para reacreditação, ao término do período de validade da certidão de acreditação, fica a critério da operadora a escolha da Entidade Acreditadora para se submeter novamente ao programa.

Nesse caso, a operadora deverá se submeter a nova auditoria para fins de acreditação, sendo necessário avaliar de novo todos os requisitos e itens de verificação previsto no Manual, devendo observar o estabelecido pela RN 507/2022 e seus anexos.

Caso a operadora deseje alcançar um nível mais elevado de acreditação, poderá antecipar seu processo de reacreditação, cujos resultados serão independentes da acreditação vigente.

CAPÍTULO 6

FORMA DE PONTUAÇÃO DO PROGRAMA DE ACREDITAÇÃO DE OPERADORAS

Após a avaliação de todo o escopo previsto no manual, a equipe de auditoria deverá realizar os cálculos para pontuação final da operadora, que servirá para deferir ou não a acreditação e estabelecer o nível. A conformidade dos itens de verificação, a nota de cada requisito e dimensão e a nota final da operadora devem constar no relatório enviado à ANS.

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

Para pontuar cada dimensão, é atribuída uma nota de 0 (zero) a 100 (cem), a ser calculada pela média aritmética das notas dos seus requisitos.

A nota dos requisitos é apurada pela proporção de itens de verificação em conformidade, e varia de 0 (zero) a 100 (cem). Para pontuar em um requisito, todos os itens de verificação classificados como essenciais devem estar conformes.

Caso a nota final seja superior a 70, a operadora obterá a certidão de acreditação. Além disso, os auditores deverão avaliar o conjunto de critérios para classificar a operadora em um dos três níveis da acreditação.

Os critérios para classificação em cada nível estão descritos no quadro 7, a seguir:

■ QUADRO 7 - NÍVEL DE ACREDITAÇÃO

	Nível I Validade de 3 anos	• Obter nota final maior ou igual a 90 • Conformidade em pelo menos 80% dos itens de excelência • IDSS acima de 0,8 e Dimensões acima de 0,6
	Nível II Validade de 2 anos	• Nota final maior ou igual a 80 e menor que 90 • IDSS e Dimensões acima de 0,6
	Nível III Validade de 2 anos	• Nota final maior ou igual a 70 e menor que 80 • IDSS e Dimensões acima de 0,6

IDSS ACIMA DE 0,8 E DIMENSÕES ACIMA DE 0,6.

Fonte: Elaboração própria, com base na RN 507/2022

6.1 Pontuação Automática para operadoras com Certificação em Atenção Primária à Saúde

Com o objetivo de integrar o Programa de Acreditação de Operadoras com o Programa de Certificação em Boas Práticas em Atenção Primária à Saúde (PCBP-APS), as operadoras previamente certificadas em APS, de acordo com a RN 506/2022, receberão automaticamente a pontuação integral dos seguintes itens da RN 507/2022, pertencentes ao Requisito 2.2 – Estrutura da Rede Prestadora com base na Atenção Primária à Saúde – APS, da Dimensão 2, como descrito no quadro 8.

■ QUADRO 8 - ITENS DO REQUISITO 2.2 DA RN 507/2022, COM PONTUAÇÃO AUTOMÁTICA PARA OPERADORAS CERTIFICADAS EM APS

ITEM		CLASSIFICAÇÃO
2.2.1	A operadora disponibiliza equipes multiprofissionais de referência em atenção primária como primeiro acesso (porta de entrada).	Essencial
2.2.2	A rede de Serviço de Atenção Primária (SAP) da Operadora ofertada inclui obrigatoriamente a Atenção à Saúde do Adulto e Idoso.	Essencial
2.2.3	A operadora garante um agendamento oportuno nos serviços de atenção primária, permitindo atenção à saúde efetiva e de qualidade.	Complementar
2.2.4	A Operadora organiza a rede e o fluxo de cuidados primários em saúde, de modo que o tempo máximo de espera do paciente/beneficiário seja inferior a 30 minutos, no estabelecimento de saúde, para obtenção de atendimento por profissional de saúde.	Excelência
2.2.6	A cobertura populacional mínima para o programa de atenção primária da operadora obedece aos percentuais da carteira de acordo com o porte da operadora.	Excelência

Fonte: Elaboração própria, com base na RN 507/2022

As operadoras receberão também a pontuação integral de outros dois requisitos (3.2 Coordenação e Integração do Cuidado da Dimensão e 3.3 Programa de Gestão do Cuidado de Condições Crônicas de Saúde) ambos compõem a Dimensão 3 – Gestão em Saúde da RN 507/2022, tendo em vista que ambos estão subsumidos em uma rede organizada de APS, como descrito no quadro 9 (ver Observações contidas no Anexo III da RN 507/2022).

■ QUADRO 9 - OUTROS REQUISITOS DA RN 507/2022, COM PONTUAÇÃO AUTOMÁTICA PARA OPERADORAS CERTIFICADAS EM APS

REQUISITO 3.2 – COORDENAÇÃO E INTEGRAÇÃO DO CUIDADO		
3.2.1	A operadora coordena as ações e serviços da sua rede assistencial de modo integrado, adotando mecanismos de referência e contra referência que possibilitam o acesso oportuno e qualificado dos beneficiários aos diferentes níveis de atenção.	Essencial
3.2.2	A operadora realiza ações de coordenação do cuidado e integração da rede assistencial.	Essencial
3.2.3	A Operadora realiza busca ativa de pacientes crônicos e/ou crônicos complexos após ocorrência de idas frequentes à emergência ou alta de internação hospitalar.	Complementar
3.2.4	A Operadora realiza o acompanhamento de pacientes crônicos e/ou crônicos complexos, após ocorrência de idas frequentes à emergência ou alta de internação hospitalar.	Excelência
3.2.5	A Operadora possui programa estabelecido com critérios de elegibilidade para atenção domiciliar e cuidados paliativos com o objetivo de evitar ou abreviar o período de internação.	Excelência
REQUISITO 3.3 – PROGRAMA DE GESTÃO DO CUIDADO DE CONDIÇÕES CRÔNICAS DE SAÚDE.		
3.3.1	A operadora possui documento técnico descrevendo o Programa de Gestão do Cuidado de Condições Crônicas de Saúde contendo a metodologia e a população-alvo do Programa.	Essencial
3.3.2	A operadora realiza análises epidemiológicas e demográficas da carteira que justifiquem a escolha da população-alvo abordada no Programa.	Essencial
3.3.3	A operadora realiza a busca ativa de beneficiários para o Programa a partir das análises epidemiológicas e demográficas de sua carteira.	Essencial
3.3.4	A Operadora fornece material explicativo contendo informações sobre o programa aos beneficiários elegíveis.	Essencial
3.3.5	O Programa adota protocolos e diretrizes clínicas, baseados em evidência, elaborados por entidades nacionais e internacionais de referência.	Essencial
3.3.6	Existe um coordenador/gestor do cuidado do Programa na Operadora.	Essencial
3.3.7	O Programa realiza avaliação clínica inicial e avaliações periódicas de acordo com o protocolo estabelecido e necessidades individuais dos beneficiários.	Essencial
3.3.8	As ações realizadas são formalmente registradas no prontuário de cada beneficiário.	Essencial
3.3.9	O Programa adota formalmente Termo de Consentimento Informado para participação e Termo de Desligamento do Programa	Complementar

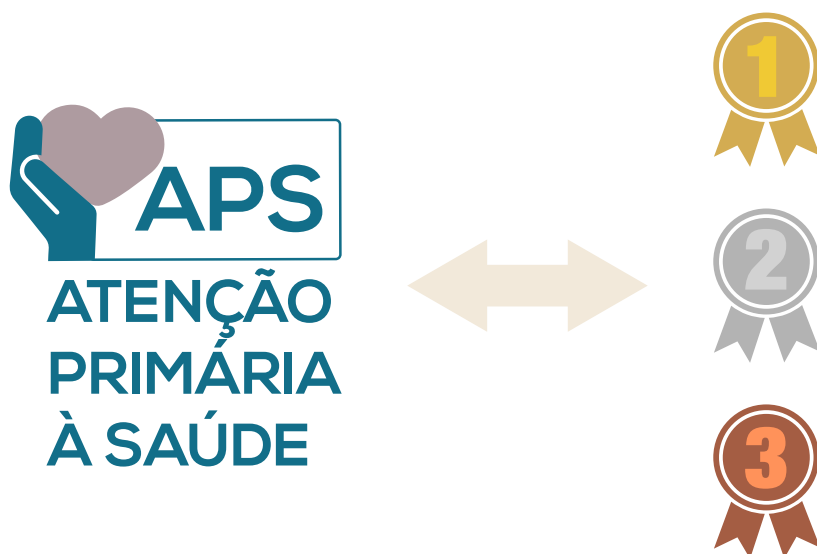
3.3.10	A Operadora monitora os resultados do Programa por meio de indicadores, de acordo com a periodicidade planejada.	Complementar
3.3.11	O Programa de crônicos e/ou crônicos complexos conta com cobertura mínima de 20% da população-alvo.	Complementar
3.3.12	Existe estratégia de educação continuada para a equipe do Programa.	Complementar
3.3.13	A Operadora estabelece parcerias com estabelecimentos e instituições, com vistas a estimular a adesão dos beneficiários a hábitos saudáveis, tais como academias, restaurantes, clubes, etc.	Complementar
3.3.14	A Operadora possui Programa para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças aprovado pela ANS.	Complementar
3.3.15	O Programa é gerido por meio de sistema de informação que contempla o cadastro dos participantes e o registro do acompanhamento das ações.	Excelência
3.3.16	A Operadora avalia o impacto em saúde dos resultados do Programa e adota plano de ação a partir da avaliação dos resultados.	Excelência
3.3.17	A Operadora avalia o impacto econômico-financeiro dos resultados do Programa e adota plano de ação a partir da avaliação dos resultados.	Excelência

Fonte: Elaboração própria, com base na RN 507/2022

A integração entre os dois programas – Acreditação de Operadoras e Certificação em APS, é uma forma de incentivar a adesão das operadoras a boas práticas assistenciais, de forma sinérgica, com vistas ao cuidado integral à saúde.

O Programa de Acreditação de Operadoras e a certificação em APS devem se complementar em seus objetivos e, preferencialmente, as operadoras deveriam aderir a ambos os Programas (Figura 11). Neste caso, os itens que se superpõem não necessitariam de dupla verificação.

■ FIGURA 11 - INTEGRAÇÃO PROGRAMA DE ACREDITAÇÃO DE OPERADORAS COM A CERTIFICAÇÃO EM APS



Fonte: Elaboração própria, com base na RN 507/2022



ATENÇÃO

Caso o final de vigência da certificação em APS da operadora seja anterior ao final de vigência da certidão de acreditação da operadora, a EA deverá verificar, durante a auditoria de manutenção, o atendimento aos itens e requisitos, descritos no Anexo I da RN 507/2022, reavaliando a pontuação total da operadora, o que pode ensejar a perda da acreditação.

CAPÍTULO 7

OS INCENTIVOS REGULATÓRIOS

A ANS estabeleceu dois incentivos para induzir a adesão das operadoras ao Programa de Acreditação de Operadoras:

7.1 Bonificação no Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS)

A operadora acreditada recebe um bônus adicionado à sua nota final no Índice de Desempenho da Saúde Suplementar - IDSS, de acordo com o nível de acreditação. O valor do bônus é determinado na ficha técnica, estabelecida pelo Programa de Qualificação de Operadoras e divulgada anualmente.

7.2 Redução da exigência de Capital Regulatório

De acordo com a RN nº 507/22, as operadoras acreditadas em qualquer nível fazem jus à redução dos fatores de Capital Baseado em Riscos (CBR), desde que adotem as **Práticas Mínimas de governança corporativa, com ênfase em controles internos e gestão de riscos, para fins de solvência**, definidas da RN nº 518/22⁶. Os fatores reduzidos de Capital estão detalhados no Anexo IV da RN nº 569/22⁷.

O processo de avaliação da adoção das **Práticas Mínimas de Governança Corporativa** será realizado pelas **Entidades Acreditoras**, concomitantemente à realização da auditoria para fins de acreditação. A EA deverá enviar à DIDES/ANS, além do Relatório de Auditoria da acreditação, o Relatório contendo a avaliação das **práticas mínimas de Governança Corporativa**, conforme previsto no Anexo IV da RN nº 507/22.

A verificação das **práticas mínimas de Governança Corporativa** por meio do processo de acreditação servirá para duas finalidades:

- Atestar o cumprimento de informação periódica prevista na RN nº 518/2022; e
- Obter a redução do fator para o cálculo do capital regulatório conforme descrito no Anexo IV da RN nº 569/2022.

⁶ Para mais informações sobre a RN 518/2022, consulte o "Manual sobre governança Corporativa para fins de Solvência", disponível no portal da ANS em: Assuntos \ Espaço da Operadora de Plano de Saúde \ Regulação Prudencial, Acompanhamento Assistencial e Econômico-Financeiro \ Regulação Prudencial <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/operadoras/regulacao-prudencial-acompanhamento-assistencial-e-economico-financeiro/regulacao-prudencial-1/governanca-para-fins-de-solvencia-1>

⁷ Mais informações sobre a RN 569/2022 em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDMyMw==>



ATENÇÃO

Em caso de não adoção de qualquer das práticas, ou de sua adoção de forma parcial, o benefício não será aplicável, independente do conteúdo da justificativa da administração da operadora e da prática alternativa adotada.

Para operadoras acreditadas, o envio do relatório de **práticas mínimas de Governança Corporativa** é sempre obrigatório para todos os portes ou modalidades de operadora, diferentemente das exceções definidas nas regras de envio de PPA previstas na RN 518/2022.

As etapas para obtenção dos incentivos financeiros, estão descritas na figura 12 a seguir.

■ FIGURA 12 - ETAPAS PARA OBTENÇÃO DOS INCENTIVOS FINANCEIROS



Fonte: Elaboração própria, com base na RN 507/2022

A ANS poderá, a qualquer tempo, suspender a redução do fator para o cálculo do Capital Regulatório, na hipótese de identificação de ocorrência de desconformidade ou verificação de não atendimento às **práticas mínimas de Governança Corporativa**, previstas na RN 518/2022.

7.2.1 PRAZOS DE VERIFICAÇÃO E DE ENVIO DE RELATÓRIOS

A data de envio do PPA para a DIOPE com a verificação dos requisitos de governança corporativa é anual, e deve ser entregue conjuntamente com o DIOPS do 1º trimestre de cada ano subsequente. As operadoras não acreditadas deverão seguir o calendário do PPA previsto pela DIOPE.

Ao aderir ao processo voluntário de Acreditação, a verificação das **Práticas Mínimas de Governança Corporativa, com ênfase em gestão de risco e controles internos**, deverá ser realizada pela Entidade Acreditora e deverá ser relativa aos dados dos 12 meses anteriores à data da acreditação, ou manutenção da acreditação.

O relatório contendo a verificação de requisitos das **Práticas Mínimas de Governança Corporativa** passa a ter como data-base, a data do certificado de auditoria de acreditação e deve ser enviado anualmente, em até 12 meses subsequentes ao envio do primeiro relatório de acreditação.



ATENÇÃO

Ao aderir ao processo voluntário de Acreditação de Operadoras, a verificação de práticas mínimas de Governança Corporativa passa a ser realizada pela entidade acreditadora a cada ano, na data da auditoria de manutenção. (RN 507/2022).

Entretanto, quando a operadora inicia a adesão ao processo de acreditação pela primeira vez após a data de envio do DIOPS do 1º trimestre, no primeiro ano prevalecerá o calendário de envio do PPA previsto pela DIOPE. Para melhor elucidar a questão, será apresentado o seguinte caso hipotético:

Uma EA enviou o relatório de acreditação de uma operadora em conjunto com o parecer de cumprimento das **Práticas Mínimas de Governança Corporativa** com data de início de vigência da certidão em **15 de junho de 2023**.

- Para estar regular com a informação periódica da RN 518/2022, essa operadora deve ter enviado o PPA da DIOPE até o prazo limite de envio do DIOPS do 1º trimestre de 2023.
- Assim, nesse caso particular, em 2024, para que permaneça fazendo jus aos fatores reduzidos de capital, a operadora deverá comprovar a manutenção do cumprimento integral das **práticas mínimas de governança corporativa** quando da auditoria de manutenção, que deverá ser realizada até **15 de junho de 2024** (a data-base da acreditação).
- Ou seja, a partir dos anos subsequentes à acreditação, a EA deverá reenviar anualmente o parecer de cumprimento das **práticas mínimas de governança corporativa** na mesma data-base da acreditação, 15 de junho.
- Caso a operadora renove a acreditação sem descontinuidade, a data-base é mantida.
- Entretanto, caso não renove a acreditação, a operadora deverá voltar a cumprir o calendário do PPA previsto pela DIOPE.



ATENÇÃO

A data-base para o envio do relatório do cumprimento da adoção de **práticas mínimas de Governança Corporativa** pelas operadoras (PPA) só se flexibiliza após a acreditação da operadora.

Neste caso, a data-base do envio, válida para a DIOPE, será a data da acreditação.

CAPÍTULO 8

PENALIDADE

Caso a operadora veicule 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 em desconformidade com a RN 507/2022 poderá sofrer penalidade: advertência ou multa de R\$ 80.000,00 – oitenta mil reais.

CAPÍTULO 9

ANEXOS

9.1 RN 507/2022 de 30 de março de 2022

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

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõe os arts. 4º, incisos XV, XXIV e XXXVII, e 10, inciso II, ambos da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; art. 24º, inciso III, do Anexo III da Resolução Regimental Nº21, de 26 de Janeiro 2022, em reunião ordinária realizada em 20 de março de 2020, adotou a seguinte Resolução Normativa e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação.

CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Esta Resolução dispõe sobre o Programa de Acreditação de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde e altera a Resolução Normativa - RN nº 124, de 30 de março de 2006, que dispõe sobre a aplicação de penalidades para as infrações à legislação de planos privados de assistência à saúde.

Art. 2º O Programa de Acreditação de Operadoras é uma certificação de boas práticas em gestão organizacional e em gestão em saúde, de caráter voluntário, realizado por Entidades Acreditoras, cujo objetivo é a qualificação da prestação dos serviços, induzindo a mudança no modelo de atenção à saúde existente, propiciando uma melhor experiência para o beneficiário.

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

CAPÍTULO II DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

SEÇÃO I DAS ENTIDADES ACREDITADORAS DO PROGRAMA DE ACREDITAÇÃO DE OPERADORAS

SUBSEÇÃO I DOS REQUISITOS PARA RECONHECIMENTO DAS ENTIDADES ACREDITADORAS

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

requisitos:

I – possuir representação no Brasil;

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

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

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

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

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

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

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

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

SUBSEÇÃO II

DO PROCESSO DE RECONHECIMENTO DA ENTIDADE ACREDITADORA

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

I - cópia do certificado de acreditação emitido pelo Emitido pela CGCRE-INMETRO

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

III – declaração, firmada pelos seus representantes, de ausência de conflitos de interesses, conforme Anexo V desta RN;

IV – firmar termo de responsabilidade com a ANS, conforme o Anexo V desta RN, com as obrigações de:

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

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

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

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

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

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

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

SUBSEÇÃO III

DA VIGÊNCIA E DO CANCELAMENTO DO RECONHECIMENTO DA ENTIDADE ACREDITADORA

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

I – a validade do reconhecimento ou da renovação do reconhecimento da Entidade Acreditadora terá início a partir da data de emissão do certificado de acreditação pelo CGCRE-INMETRO, caso a Entidade Acreditadora solicite o reconhecimento à ANS em até 30 (trinta) dias corridos da sua emissão;

II – a validade do reconhecimento ou da renovação do reconhecimento de Entidade Acreditadora terá início a partir da data de publicação no sítio eletrônico da ANS na internet, caso a Entidade Acreditadora solicite o reconhecimento à ANS após 30 (trinta) dias corridos da emissão do certificado pelo CGCRE-INMETRO; e

§ 1º A Entidade Acreditadora só poderá atuar no âmbito do Programa de Acreditação de Operadoras durante a validade do reconhecimento ou da renovação do reconhecimento pela ANS.

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

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

Art. 8º A ANS informará o cancelamento do reconhecimento da Entidade Acreditadora ao CGCRE-INMETRO.

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

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

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

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

SEÇÃO II

DO PROCESSO DE ACREDITAÇÃO DE OPERADORAS

SUBSEÇÃO I

DOS PRÉ-REQUISITOS PARA A ACREDITAÇÃO DE OPERADORAS

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

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

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

I – ter registro ativo como operadora junto à ANS;

II – não estar em uma das seguintes situações:

- a) plano de recuperação assistencial;
- b) plano de adequação econômico-financeira;
- c) regime especial de direção técnica;
- d) regime especial de direção fiscal;

e) processo de liquidação extrajudicial;

f) intervenção fiscalizatória; e

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

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

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

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

SUBSEÇÃO II

DAS CARACTERÍSTICAS DO PROGRAMA DE ACREDITAÇÃO DE OPERADORAS

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

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

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

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

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

Parágrafo único. Além de ser avaliada nos itens e requisitos estabelecidos nas Dimensões elencadas neste artigo, previstas no Anexo I desta RN, as operadoras também serão avaliadas em relação ao cumprimento dos requisitos referentes aos processos de governança, gestão de riscos e controles internos estabelecidos no corpo da RN e do Anexo I da RN nº 518, de 29 de abril de 2022.

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

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

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

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

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

SUBSEÇÃO III

DAS AUDITORIAS PARA ACREDITAÇÃO DE OPERADORAS

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

- I - ser composta por, no mínimo, 3 (três) auditores com formação universitária;
- II - possuir, no mínimo, 1 (um) auditor com formação universitária, com pós-graduação em uma das seguintes áreas: gestão em saúde, saúde coletiva, saúde pública, administração hospitalar ou auditoria em saúde ou experiência mínima de 5 (cinco) anos em acreditação em saúde ou auditoria em saúde; e
- III - possuir, no mínimo, 1 (um) auditor com ou formação universitária, ou pós-graduação, em uma das seguintes áreas: administração, economia, engenharia de produção, gestão de negócios, controladoria, finanças, auditoria empresarial, economia empresarial, ciências contábeis, ciências atuariais, gerenciamento de risco corporativo ou experiência mínima de 5 (cinco) anos em auditoria empresarial ou controladoria.

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

SUBSEÇÃO IV

DA FORMA DE PONTUAÇÃO PARA OBTENÇÃO DA ACREDITAÇÃO

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

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

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

- I - Nível I: com validade de 3 (três) anos;
- II - Nível II: com validade de 2 (dois) anos; ou
- III - Nível III: com validade de 2 (dois) anos.

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

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

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

- I – obter nota final maior ou igual a 90 (noventa);
- II – obter conformidade em pelo menos 80% (oitenta por cento) dos itens de excelência; e
- III - obter IDSS acima de 0,8 (oito décimos) na última avaliação divulgada.

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

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

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

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

- I – a nota do requisito será apurada pela proporção de itens de verificação em conformidade e varia de 0 (zero) a 100 (cem); e
- II – a operadora deverá ter alcançado conformidade em todos os itens de verificação essenciais de um requisito, caso contrário receberá nota zero no requisito inteiro.

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

- I - o escopo; e
- II - o tempo de implantação.

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

- a) conforme; ou
- b) não conforme.

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

- a) cumprir o escopo do item; e
- b) tempo de implantação de 12 (doze) meses ou mais.

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

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

I – as operadoras receberão a pontuação integral dos seguintes itens do requisito 2.2, que se refere à Estrutura da Rede Prestadora, com base na Atenção Primária à Saúde - APS, que compõe a Dimensão 2 - Gestão da Rede Prestadora de Serviços de Saúde: itens 2.2.1, 2.2.2, 2.2.3, 2.2.4 e 2.2.6, como descritos no Anexo I desta Resolução Normativa; e

II – as operadoras receberão a pontuação integral de todos os itens, que compõem os seguintes requisitos da Dimensão 3 - Gestão em Saúde: 3.2 - Coordenação e Integração do cuidado, e 3.3 - Programa de Gestão do Cuidado de Condições Crônicas de Saúde, como descritos no Anexo I desta Resolução Normativa.

Parágrafo único. Caso o final de vigência da certificação em APS da operadora seja anterior ao final de vigência da certidão de acreditação da operadora, a Entidade Acreditoradora deverá verificar, durante a auditoria de manutenção, o atendimento aos itens 2.2.1, 2.2.2, 2.2.3, 2.2.4 e 2.2.6 e aos requisitos 3.2 e 3.3, descritos no Anexo I desta RN, e reavaliar a pontuação da operadora, podendo ensejar na perda da pontuação e, eventualmente, da acreditação.

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

SUBSEÇÃO V

DA MANUTENÇÃO DA ACREDITAÇÃO E DA REACREDITAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SUBSEÇÃO VI

DA HOMOLOGAÇÃO DA ACREDITAÇÃO DAS OPERADORAS PELA ANS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SUBSEÇÃO VII

DOS INCENTIVOS REGULATÓRIOS

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

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

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

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

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

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

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

Art. 32. As Operadoras acreditadas em qualquer nível no âmbito dessa RN a partir de janeiro de 2023, que também demonstrem o cumprimento integral dos requisitos avaliados na forma do art. 12, parágrafo único, desta norma, farão jus aos fatores reduzidos de capital regulatório previstos no anexo IV da RN nº 569 de 19 de dezembro de 2022, independentemente do cumprimento do rito previsto no art. 12 da RN nº 518, de 29 de abril de 2022. .

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

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

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

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

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

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

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

§ 8º As operadoras que verifiquem os requisitos de governança estabelecidos no Anexo I da RN nº 518, de 29 de abril 2022, e alterações posteriores, na forma deste artigo, independente de cumprimento integral daqueles requisitos e observância do prazo estipulado no §4º, ficam dispensadas de envio de relatório previsto no art. 11 c/c art. 17 da RN nº 518, de 29 de abril de 2022

CAPÍTULO III

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

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

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

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

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

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

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

Art. 38. Compõem este normativo cinco Anexos:

- a) Anexo I - Requisitos e Itens de Verificação;
- b) Anexo II - Glossário;
- c) Anexo III - Forma de cálculo dos critérios de Pontuação;
- d) Anexo IV - Diretrizes para elaboração do Relatório da Acreditação da Operadora pela Entidade Acreditora; e
- e) Anexo V - Formulários.

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

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

Art. 40. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

PAULO ROBERTO REBELLO FILHO
DIRETOR-PRESIDENTE

9.2 RN 507/ 2022 - ANEXO I - Requisitos e Itens de verificação

9.2.1 DIMENSÃO 1: GESTÃO ORGANIZACIONAL

1. GESTÃO ORGANIZACIONAL

A dimensão 1 busca avaliar a gestão das operadoras considerando aspectos relativos a estrutura organizacional, a processos de trabalho, a Governança Corporativa, Gestão de Riscos Corporativos, sua sustentabilidade e a melhoria da qualidade.

1.1 Planejamento e Gestão Estratégica

Interpretação:

O Planejamento Estratégico de uma organização envolve várias etapas tais como: a declaração da visão e missão do negócio; análise do ambiente externo (oportunidades e ameaças); análise do ambiente interno (forças e fraquezas); formulação de metas e serviços; formulação de estratégia para atingir os objetivos de longo prazo.

A Gestão Estratégica tem a responsabilidade de avaliar e corrigir a implementação do planejamento estratégico, constituindo, portanto, etapa final de um ciclo, o qual, por sua vez, deve ser periodicamente reavaliado. A análise deste requisito deverá permitir que os auditores tenham uma percepção integral da operadora, de seu modus operandi, de sua visão e de seu modelo de negócio.

1.1.1

A Operadora possui visão, missão e valores definidos e amplamente divulgados entre seus colaboradores e possui uma análise de seu modelo de negócio.



Interpretação:

Estes conceitos estão relacionados ao referencial estratégico da operadora (FILHO *et al.*, 2016).

A declaração da visão deve ser formulada pela alta administração e/ou gestores e deve conter os elementos básicos nos quais a operadora se orienta para decidir seu posicionamento futuro. Necessita ser clara e objetiva visando desenvolver um senso compartilhado de propósito, direção e oportunidade entre os colaboradores de uma operadora.

A missão institucional pode ser definida após a identificação da estratégia de negócio e da visão do futuro.

Os valores, ou princípios empresariais, complementam a missão institucional, estabelecendo os pilares do modus operandi das operadoras.

Há outras ferramentas que podem ser úteis ou complementam a abordagem anterior. Visam identificar o modelo de negócios compreendendo uma proposta de valor (O que comercializar?) e sua relação com o mercado alvejado (para quem comercializar, canais necessários e segmentos), determinação dos principais direcionadores de custos e fontes de receitas, tal como o Business Canvas Model. A análise do modelo de negócios deverá ser realizada periodicamente pela Operadora.

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Documento formal físico ou digital contendo a Declaração da Visão e da Missão da Operadora.

Poderão ser verificadas Atas de Reuniões e peças físicas ou digitais de comunicação descrevendo como o processo de definição da Visão e da Missão da Operadora foram definidos pela alta administração/gestores. Também podem ser realizadas entrevistas com colaboradores, escolhidos por amostragem.

-Evidências quanto a realização de análise do modelo de negócio

1.1.2	A Operadora define claramente os objetivos estratégicos com seus respectivos planos de ação, indicadores, metas e cronograma.	
Interpretação: A definição dos objetivos estratégicos transforma a visão da operadora em alvos específicos. A seguir, alguns exemplos de objetivos estratégicos: “Buscar Excelência de Gestão”, “Fidelizar Clientes”, “Desenvolver Pessoas”, “Publicar dados e relatórios baseados em indicadores sociais”. Os objetivos estratégicos são complementados por indicadores, metas e projetos estruturados ou planos de ação. São exemplos de indicadores: Taxa de crescimento da carteira, Índice de Satisfação de Beneficiários e implantação e automatização dos processos de comercialização/adesão de planos de saúde. A elaboração de indicadores estratégicos deve contemplar a fórmula de cálculo, metas e períodos. As metas devem ser estabelecidas em conjunto com a definição de indicadores. Os cronogramas devem conter os prazos estabelecidos nos planos de ação.		
Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: Entre as possíveis formas de evidências destacam-se as seguintes: 1. Mapas estratégicos; 2. Painéis estratégicos nos quais constem os indicadores estratégicos vinculados aos objetivos e metas estabelecidas; 3. Documentos relativos aos planos de ação; 4. Descrição das metas e cronogramas; entre outros.		
1.1.3	Os objetivos estratégicos e seus planos de ação e/ou projetos estratégicos são disseminados e executados pelas áreas responsáveis.	
Interpretação: Os planos de ação são definidos após uma sequência de etapas do Planejamento Estratégico (que envolve, por exemplo, a definição de cenários e a definição dos objetivos estratégicos) sendo também denominados projetos estratégicos. Há diversos níveis de maturidade na cultura de gestão de projetos desde sua fase embrionária até a fase de maturidade. A fase de maturidade pode ser constatada quando implementada uma metodologia de controle gerencial constando as etapas, prazos, responsáveis e custos, complementado pelo contínuo treinamento para o aprimoramento nas técnicas de execução dos projetos. (KERZNER, 2017). A disseminação dos objetivos estratégicos, dos planos de ação e/ou projetos estratégicos visam reforçar políticas de alinhamento de informações entre colaboradores, cabendo aos gestores promover este fluxo.		
Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: Evidenciar a elaboração, cadastramento, execução das ações que compõem o plano de ação e/ou projetos estratégicos nas respectivas áreas responsáveis, bem como a utilização de ferramentas que suportem a organização das atividades e/ou a execução do plano de ação e/ou dos projetos estratégicos. Uma possível forma de verificação é a realização de entrevistas com os gestores e colaboradores para avaliar o entendimento dos objetivos estratégicos e seus planos de ação e/ou projetos estratégicos.		

1.1.4	Os gestores monitoram sistematicamente os resultados definidos no planejamento estratégico de acordo com o cronograma estabelecido.	
Interpretação: O monitoramento dos resultados definidos no planejamento estratégico culmina na identificação pelos gestores das limitações e dos avanços alcançados, possibilitando o planejamento das ações futuras e subsidiando a tomada de decisões da alta direção. Cabe ao gestor organizar os processos internos (fluxo de trabalho e informações), além de monitorar, coordenar os recursos organizacionais e negociar as inovações necessárias a fim de alcançar as metas (QUINN <i>et al.</i>, 2003).		
Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: - Verificar os relatórios (regulares) de acompanhamento (por exemplo: operacionais, financeiros e assistenciais), bem como a execução do cronograma definido; - Verificar se o monitoramento é realizado com base nos mesmos indicadores utilizados no documento de planejamento estratégico. - Comprovar a realização de reuniões (atas formalizadas ou ações deliberadas) bem como de discussões realizadas (por exemplo: e-mails e correspondências).		
1.1.5	A alta direção monitora sistematicamente os resultados definidos no planejamento estratégico de acordo com o cronograma estabelecido.	
Interpretação: Os resultados do planejamento estratégico consistem no desfecho das ações implementadas. Esse monitoramento envolve a adoção de ações sistemáticas, visando ao acompanhamento dos objetivos estratégicos e dos resultados dos indicadores de desempenho vis a vis as metas definidas, de acordo com o cronograma estabelecido. Nota-se que os indicadores de desempenho são aqueles elegidos pela alta direção para medir o desempenho da estratégia e seus objetivos (FILHO <i>et al.</i>, 2016) sob diversas perspectivas (financeiras e não financeiras).		
Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: - Verificar os relatórios de monitoramento do planejamento estratégico e se as etapas planejadas foram cumpridas de acordo com o cronograma estabelecido; - Verificar se o monitoramento é realizado com base nos indicadores de desempenho elegidos pela alta direção para medir o desempenho da estratégia; - Comprovar a realização de reuniões dos membros da alta direção (atas formalizadas) bem como de discussões realizadas (por exemplo: e-mails e correspondências).		
1.1.6	A Operadora atualiza o planejamento estratégico a partir da análise dos resultados monitorados.	
Interpretação: A atualização ou revisão do planejamento será necessária quando o monitoramento sinalizar desvios relevantes dos resultados dos projetos e/ou planos de ação e/ou indicadores dos objetivos estratégicos, ou devido a fatores do ambiente externo e/ou interno. Cabe à alta direção o papel de planejar e organizar a melhor maneira de alcançar as metas e objetivos traçados (QUINN <i>et al.</i>, 2003).		
Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: Verificar os documentos de análise do planejamento estratégico com as ações propostas e as versões do planejamento com a identificação das alterações realizadas.		

1.1.7	A Operadora realiza periodicamente análise de mercado: análise de cenário considerando fatores internos e externos, com estudos de tendências do setor, com vistas a ajustar seu planejamento estratégico.	
Interpretação: Uma análise de cenário pode ser definida como uma modelagem que se desenvolve a partir do ambiente atual, simulando situações futuras. Assim, a realização de análise de alterações no cenário interno e externo é um importante insumo para ajustes do planejamento estratégico, podendo antecipar novas oportunidades e ameaças para as operadoras. Os auditores deverão verificar como esta análise é desenvolvida, e se adota uma série de premissas, podendo estar suportada por árvores de decisão, e com prazo de realização definido. Os cenários podem ser desmembrados de acordo com variáveis políticas, econômicas, sociais, legais, epidemiológicas e tecnológicas, entre outras. A matriz SWOT e a análise PEST (técnica para a construção de cenários) são ferramentas clássicas que poderão ser adotadas pela operadora (FILHO, 2016); (CARVALHO, 2015).		
Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: Comprovar a realização da análise de mercado, de acordo com a periodicidade definida, e se a análise contempla os cenários internos e externos bem como os estudos de tendência do setor. Tal análise deverá estar devidamente documentada, contendo a justificativa/descrição para as premissas adotadas bem como a indicação dos ajustes necessários no planejamento estratégico da operadora.		
1.2 Sistema de Governança Corporativa		
Interpretação: A Governança Corporativa deve ter por objetivo a construção de um ambiente de confiança, transparência e responsabilidade na organização. Estas são bases necessárias para fomentar a integridade organizacional, incentivar o investimento de longo prazo, preservar a estabilidade financeira e a sustentabilidade, contribuindo assim para o sucesso e bom desempenho da organização. A política de Governança Corporativa ou diretriz correlata de uma operadora deve ser ajustada às necessidades institucionais e levar em consideração aspectos culturais e a complexidade das operações. Deve ser revista sempre que ocorrerem mudanças significativas dentro da organização ou no seu entorno. A política de Governança Corporativa ou diretriz correlata deve ainda reconhecer os interesses das partes interessadas e levar em consideração fatores relevantes para os processos de tomada de decisão, incluindo questões relativas a preocupações ambientais, anticorrupção, fraudes e éticas.		

1.2.1	A Operadora possui estatuto, contrato social ou documento similar atualizado, com atribuições definidas para cada órgão (conselho / sócios / diretoria).	
Interpretação: As Organizações são regidas por leis específicas (*) e internamente por seus estatutos, contratos sociais, regimentos internos ou documentos similares. Tais documentos devem ter por objetivo detalhar os direitos e deveres dos sócios/acionistas/cotistas/cooperados, detalhar o relacionamento destes com os órgãos de administração, diretoria, auditoria independente e Conselho Fiscal da organização e demais assuntos pertinentes. O conteúdo destes documentos deve versar sobre itens importantes para a organização, tais como: denominação, sede, foro, ano social, objetivos, eliminação e exclusão dos cooperados (no caso de cooperativas médicas), capital social, assembleia geral ordinária e extraordinária, Conselho de Administração, Conselho Fiscal, realização de eleições, critérios de votação, alocação de despesas, distribuição de lucros/sobras, prejuízos/perdas, constituição de fundos, livros obrigatórios, dissolução e liquidação; disposições gerais, transitórias, entre outros assuntos de interesse da organização desde que não transgridam demais regulamentações a elas aplicáveis. (ANDRADE ; ROSSETTI, 2007) ; (IBGC, 2015) ; (OCDE 2016, 2017) ; (CVM, 2002) ; (IAIS, 2011). (*) É o caso das Cooperativas Médicas, regidas também pela Lei nº. 5.764 de 16 de dezembro de 1971.		
Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: Verificar o documento formal de acordo com as exigências legais de constituição para cada segmentação de operadora (Medicina de Grupo, Cooperativas Médicas, Seguradora, Filantropia, etc) com a definição clara das atribuições de cada órgão.		
1.2.2	A Operadora classifica documentos e define níveis de acesso para assegurar o bom uso das informações sigilosas pelos colaboradores, administradores e conselheiros.	
Interpretação: A classificação de documentos e a definição de níveis de acesso deve evitar que quaisquer divulgações sejam realizadas por pessoas não autorizadas e que contenham informações classificadas como sigilosas, temáticas inadequadas, fornecimento de dados ou de números gerenciais não comprováveis ou vazamento de informações tratadas em reuniões restritas dentro da operadora. Assim, faz-se necessário que a operadora mantenha um sistema de rastreabilidade sobre o fluxo de informações, ou seja, controle sobre quem tem acesso e a quais informações. A classificação de documentos deve ser realizada através de ferramenta digital ou software gerenciador de documentos. Dados sigilosos devem ter seu acesso restringidos por meio de senhas e o compartilhamento de documentos impressos devem ser evitados (IBGC, 2015 ; 2017b) ; (OCDE, 2016) ; (IAIS, 2011).		

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Poderão ser verificadas as seguintes evidências:

1. as diretrizes documentadas da operadora para a classificação de documentos e a definição de nível de acesso de acordo com o cargo (colaboradores, administradores e conselheiros);
2. a existência e assinatura de termo de confidencialidade;
3. a utilização de criptografia na troca de arquivos digitais;
4. controle de acesso a informações confidenciais por usuários e senhas em sistemas – por exemplo;
5. entrevistas com colaboradores, gestores e lideranças da operadora; e
6. realização de testes de acesso a informações e documentos; entre outros.

Todos os envolvidos em situações que mostrem a necessidade de confidencialidade devem assinar o termo de adesão à política de divulgação de informações ou documento similar, a ser arquivado na sede enquanto houver vínculo com a operadora e por um período após o seu desligamento (a ser definido nas diretrizes da operadora de acordo com o nível hierárquico ocupado).

O uso de informações deve estar aderente ao estabelecido no estatuto social e código de conduta e de ética da operadora. Além de respeitar a política de confidencialidade, o bom uso da informação deve considerar a objetividade, a clareza, transparência, simetria de informações, equidade de tratamento, respeitar os direitos das partes interessadas e respeitar a legislação e as regulamentações em vigor.

1.2.3

A Operadora possui política ou diretrizes de forma a identificar situações com potenciais conflitos de interesse e que contemple medidas a serem adotadas.

**Interpretação:**

Existe conflito de interesses quando alguém não é independente em relação ao assunto em discussão ou em que esteja atuando, e pode influenciar ou tomar decisões motivadas por interesses distintos daqueles da operadora. Também caracterizado quando se observa a probabilidade de que decisões ou quaisquer ações profissionais sejam influenciadas indevidamente por um interesse alheio aos interesses da operadora. (IBGC, 2015) (OCDE, 2016) (OCDE, 2017)

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Documento formal contendo a política ou diretrizes da operadora e verificação se tal documento elenca as situações com potenciais conflitos de interesse e quais medidas devem ser adotadas.

Na definição das políticas e diretrizes, é importante prezar pela separação de funções, definição clara de papéis e responsabilidades associadas aos mandatos de todos os agentes, inclusive com a definição das alçadas de decisão de cada instância, de forma a tentar minimizar possíveis focos de conflitos de interesses. Agentes externos tais como conselheiros externos, consultores e auditores também deverão estar contemplados nas políticas e diretrizes. Estes devem ter em mente tal preocupação e manifestar, tempestivamente, seu conflito de interesse ou determinado interesse particular.

1.2.4

A Operadora possui política ou diretrizes que estabeleça critérios de decisão quanto à terceirização de seus serviços.

**Interpretação:**

A terceirização é uma atividade em que se repassa para um terceiro o cumprimento ou manutenção de um serviço ou processo. Ou seja, terceirizar importa em delegar determinadas atividades para que outras pessoas físicas ou jurídicas cumpram tarefas no lugar de parte da equipe própria da operadora.

Dessa forma, uma atividade terceirizada, com profissionais mais qualificados e experientes, deve garantir que a operadora consiga atingir seus objetivos de forma mais eficaz, com maior qualidade e melhor gerenciamento do tempo.

(FRAGA; BARBOSA, 2017) (FNQ, 2016)

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Documento formal contendo a política que estabeleça os critérios de decisão quanto à terceirização de seus serviços.

Exemplos de itens que podem compor os critérios de decisão quanto à terceirização:

1. resultado apurado após a realização uma análise custo x benefício analisando as vantagens e desvantagens da terceirização;
2. observação dos contratos sociais e estatutos das organizações a serem terceirizadas verificando se as cláusulas que designam seus objetos sociais estão em linha com os objetivos das áreas/atividades a serem terceirizadas;
3. análise de certidões negativas referentes a tributos e encargos;
4. realização de um apanhado de referências comerciais e financeiras das organizações terceirizadas;
5. verificação de ações trabalhistas em curso;
6. verificação se a organização terceirizada possui certidões de qualidade ou de acreditação; e
7. análise das planilhas de custos detalhadas para entendimento da composição de preços do serviço terceirizado; entre outros.

1.2.5

A Operadora realiza auditoria interna de *Compliance* e avalia continuamente seus resultados para assegurar a conformidade legal ou regulamentar em seus processos reportando diretamente à alta administração e ao Conselho de Administração.



Interpretação:

A auditoria interna deve apoiar a diretoria executiva a organizar o ambiente interno de controle da operadora, fortemente focado em *Compliance*, riscos e controles internos. Deve ser estruturada de maneira compatível com a dimensão e a complexidade da operadora, cabendo ao Conselho de Administração zelar pela qualificação e pela independência dos profissionais da equipe de auditoria interna. Além disso, as funções da auditoria interna devem ser contínuas e terem por finalidade auxiliar a organização a alcançar seus objetivos através de uma abordagem sistêmica e disciplinada para a melhora da eficácia dos processos adicionando valor e incrementando resultados na operadora.

As atividades de auditoria interna deverão ser segregadas das atividades auditadas e suas atividades devem ser coordenadas com a auditoria independente das demonstrações financeiras. As atribuições e responsabilidades da equipe de auditoria interna deverão estar devidamente documentadas.

Ressalta-se que no caso de terceirização das atividades de auditoria interna, esta não deve ser prestada pela mesma empresa que presta serviços de auditoria externa independente das demonstrações financeiras ou contratada para outra atividade sujeita ao escopo da auditoria interna.

A operadora deverá observar um período de “quarentena”, mínimo de 2 anos, para contratar a empresa que realizou a auditoria externa, para realização de auditoria interna.

(IBGC, 2015) (OCDE, 2016) (OCDE, 2017)

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Verificar a realização da auditoria interna na operadora, se os relatórios e documentos produzidos contêm: (1) plano anual de auditoria; (2) a avaliação dos resultados da auditoria; (3) se as conclusões do auditor asseguram a conformidade legal e regulamentar dos processos da operadora; (4) evidências sobre a comunicação direta entre a auditoria interna com a alta administração e Conselho de Administração tais como e-mails, atas de reunião, memorandos, correspondências, entre outros.

1.2.6	A Operadora avalia os resultados da auditoria externa independente das demonstrações financeiras da Operadora, anual obrigatória.	
Interpretação: A auditoria externa independente possui como responsabilidade essencial a análise das demonstrações financeiras da operadora, verificando a conformidade com a regulamentação vigente, a evidenciação clara dos princípios contábeis e se elas refletem, em todos os aspectos relevantes, corretamente, a realidade e a evolução patrimonial e financeira da operadora quanto a resultados e variações patrimoniais no período analisado. Durante os procedimentos de auditoria, o auditor externo deve efetuar a verificação de conformidades e efetuar recomendações quanto a procedimentos para correções de erros ou irregularidades encontradas. A auditoria também deve avaliar a qualidade dos controles internos, especialmente quanto à sua confiabilidade e prevenção a fraudes. A atividade de auditoria externa é essencial para a proteção dos usuários das informações das demonstrações financeiras, contribuindo para o funcionamento do mercado, à medida que colabora para o fortalecimento da confiança nas relações entre as entidades auditadas e os usuários daquelas informações. Ao final da auditoria, deve ser realizado um reporte ao Conselho de Administração ou ao Comitê de Auditoria da Operadora quanto aos resultados apontados. Assim, os resultados apurados e apontados pela auditoria externa são um importante insumo a ser utilizado pela operadora para realizar ações de melhoria e em especial em seus controles internos. Conforme estabelecido no artigo 22 da Lei nº 9656/1998, as operadoras de planos privados de assistência à saúde deverão anualmente submeter suas contas a auditores independentes, registrados no respectivo Conselho Regional de Contabilidade e na Comissão de Valores Mobiliários – CVM. Anualmente deverá ser dada publicidade ao respectivo parecer sobre as demonstrações financeiras, juntamente com as demonstrações financeiras. (IBGC 2015) (OCDE, 2016) (OCDE, 2017) (IAIS, 2011)		
Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: Verificar se os gestores e a alta administração/Conselho de Administração da operadora avaliam os resultados apurados pela auditoria externa independente. Atas de reunião específica, relatório de análise e a existência de um plano de ação contendo as ações de melhoria são exemplos de documentos a serem verificados.		
1.2.7	A Operadora implementa um plano de ação a partir dos resultados da avaliação da auditoria externa de suas demonstrações financeiras e dos resultados da avaliação do trabalho contínuo da sua auditoria interna de Compliance quando necessário.	
Interpretação: O trabalho de uma auditoria deve ser finalizado com a elaboração de um documento contendo a descrição dos procedimentos efetuados, os itens verificados que necessitam de ações para correções de erros, as eventuais irregularidades encontradas durante o processo de auditoria bem como sugestões de melhorias a serem realizadas pela operadora nos diferentes processos. (IBGC 2015) (OCDE 2016;2017) (IAIS 2011)		

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Verificar evidências sobre a adoção das ações propostas no plano de ação elaborado a partir dos resultados das auditorias interna e externa. As formas de evidência a serem verificadas dependerão das ações propostas. Relatórios e atas de reuniões, registros de implementação/alteração em sistemas de informática, atualização de manuais, processos, políticas e diretrizes da operadora são possíveis exemplos de formas de evidência deste item.

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

1.2.8

A Operadora divulga periodicamente e mantém atualizado, em seu portal, pelo menos as demonstrações financeiras anuais completas e o relatório da administração.

**Interpretação:**

Existe a obrigatoriedade, prevista na Lei nº 9656/1998, para a publicação das demonstrações financeiras anuais por empresas de grande e médio porte. Tal item requer a disponibilização no portal da operadora das demonstrações financeiras anuais completas e do relatório de administração.

O relatório da administração é uma prestação de contas para com os sócios e demais públicos estratégicos e partes interessadas na operadora.

A divulgação dessas informações é a materialização do princípio da transparência, e deve primar para que a divulgação das informações, além de atender às exigências legais, seja completa, objetiva, tempestiva e igualitária.

A política ou diretrizes de divulgação de informações da operadora, devidamente formalizada, deve ainda priorizar os tópicos relevantes elencados pela operadora para serem divulgados, e que estes sejam disponibilizados simultaneamente, agregando assim valor às partes interessadas.

(IBGC 2015) (OCDE 2016; 2017) (IAIS2011)

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Verificar a divulgação e manutenção das informações atualizadas de forma clara e objetiva, em local de destaque e de fácil acesso no portal/sítio institucional da operadora.

O Relatório de Administração deve ser uma das principais fontes de informações da operadora e deve refletir os seguintes aspectos:

- Descrição e explicação do desempenho financeiro da operadora no período;
- Os principais riscos e incertezas enfrentados pela operadora;
- Enfatizar os resultados da operadora no período e seu alinhamento com a estratégia da operadora;
- Ser aprovado pelo Conselho da operadora;
- Ser claro, realista e conter todos os principais destaques da operadora no período, tanto positivos quanto adversos;
- Informações sobre o andamento do negócio, desempenho e expectativas para curto, médio e longo prazo;
- Como as informações contidas no texto se originam de diferentes áreas elas devem ser apresentadas e comentadas de forma inter-relacionada.

1.2.9	Existem mecanismos formais de comunicação para o estabelecimento de comunicação sobre a tomada da decisão entre os órgãos superiores (conselhos, alta direção) e os gestores e demais colaboradores.	
Interpretação: Entende-se por mecanismos formais de comunicação, toda a forma de comunicação registrada, com modelos predeterminados, com seu trâmite registrado e documentado pelas áreas responsáveis. A comunicação desempenha um papel cada vez mais estratégico nas organizações, contribuindo para a criação de valor e a melhoria de resultados. Assim, a comunicação eficaz entre os agentes da governança corporativa e a existência de um correto fluxo das orientações gerenciais mitiga a possibilidade de fracassos decorrentes de abuso de poder, cria e reforça a confiança entre os agentes, preserva a imagem da operadora, pode criar vantagem competitiva e consequentemente contribui para a melhoria dos resultados, criando valor e contribuindo para a perenidade da operadora. (IBGC 2015) (OCDE 2016; 2017) (IAIS2011) Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: Verificar a existência de mecanismos formais de comunicação que estabeleçam as diversas formas de comunicação entre os órgãos superiores e os gestores e colaboradores. Por exemplo: (1) apresentações; (2) reuniões; (3) teleconferências; (4) e-mail; (5) ofícios; (6) atas de reunião; (7) memorandos; (8) releases; (9) website; (10) intranet; (11) portais de governança; (12) mídias sociais; (13) memorandos circulares; (14) jornais internos; entre outros. A comunicação deve ser clara e transparente, constante e consistente. Questões referentes a temas sigilosos devem receber o adequado tratamento. A operadora deve zelar para que os itens a serem comunicados e as decisões cheguem às instâncias envolvidas de maneira tempestiva. É preciso ainda observar a adequação das medidas de informações uma vez que a escassez pode não viabilizar as análises necessárias para as decisões e ações ao passo que o excesso pode acabar por confundir.		
1.2.10	A Operadora possui Conselho Fiscal e suas atividades são realizadas de acordo com as atribuições definidas no estatuto ou documento similar.	
Interpretação: Eleito pela Assembleia Geral, o Conselho Fiscal garante o exercício do direito dos “proprietários” de fiscalizar a gestão dos negócios, os resultados apresentados pela administração e as variações patrimoniais da operadora. Trata-se de um órgão que informa, opina, sugere e denuncia, não exercendo, porém, a administração ativa da companhia. Enquanto os atos do Conselho de Administração estão voltados para a gestão da organização (Diretoria Executiva), as funções do Conselho Fiscal estão voltadas para o exame, a verificação, a fiscalização e a avaliação das contas e dos atos da administração. Quando instalado, o Conselho Fiscal deve ser dotado dos recursos e do suporte da administração necessários para que seus membros possam desempenhar suas atribuições individuais de fiscalização independente e de forma efetiva. Dadas as suas atribuições, o Conselho Fiscal deve ser composto por pessoas que tenham familiaridade com a análise de demonstrações financeiras e relatórios contábeis, sendo recomendável que seja composto por pessoas com comprovada atuação profissional ou formação nas áreas de direito, contabilidade ou de finanças. Importante ressaltar que o Conselho Fiscal não substitui o Comitê de Auditoria. O Comitê de Auditoria é um órgão de controle com funções delegadas pelo Conselho de Administração. Já o Conselho Fiscal é um instrumento de fiscalização eleito pelos sócios e não é subordinado ao Conselho de Administração. A existência de um não exclui a possibilidade de constituição de outro. (IBGC 2007; 2015) (OCDE, 2016) (CVM, 2002) (IAIS, 2011)		

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Verificar a existência do estatuto ou documento que comprove a existência do Conselho Fiscal e se suas atividades são desempenhadas de acordo com tal documento. O estatuto ou documento deve pelo menos descrever a sua estrutura, requisitos e competências para ser membro, seu funcionamento, o programa de trabalho, papéis e responsabilidades dos seus membros bem como aspectos e restrições relacionadas ao conflito de interesses.

1.2.11

A Operadora possui órgão interno ou estrutura de *Compliance* responsável por implementar, disseminar, treinar e atualizar o código de conduta da empresa e avaliar os desvios de conduta e conflitos de interesse.

**Interpretação:**

O órgão responsável, normalmente designado por Comitê de Conduta ou Comitê de Ética, deverá ser independente e autônomo, contando com poderes delegados pela administração para a implementação, disseminação e promoção do código de conduta, efetuar sua revisão e atualização periódica, responder a consultas, receber e processar as denúncias de violação e fazer recomendações à administração. A decisão e aplicação de eventuais penalidades não deve ser atribuição desse órgão, sendo esse um ônus dos administradores da operadora.

O código de conduta deve promover os valores da operadora e seus princípios éticos, refletindo a identidade e cultura organizacionais, prezando pela equidade e deve ser aplicado igualmente a administradores e colaboradores e terceirizados dentro da operadora.

O código de conduta é uma seleção de princípios que se convertem em normas de comportamento moral e seu objetivo maior deve ser elevar o nível de confiança nos relacionamentos internos e externos de qualquer organização, estabelecendo com clareza os limites das relações. Assim, é recomendado que tal código cubra assuntos que abarquem: (a) o cumprimento das leis e pagamento de tributos; (b) conflito de interesses; (c) informações privilegiadas; (d) processos judiciais; (e) prevenção e tratamento de fraudes; (f) recebimento de presentes e favorecimentos; (g) doações; (h) atividades políticas; (i) nepotismo; (j) discriminação no ambiente de trabalho; (k) assédio moral e sexual; (l) segurança no trabalho; (m) relações com a comunidade; entre outros.

(IBGC 2015) (OCDE 2016)

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Verificar a existência e constituição formal do órgão responsável e se este órgão executa as atividades constantes no item (implementa, dissemina, treina e atualiza o código de conduta da empresa e se avalia os desvios de conduta e conflitos de interesse). Formas de evidência sugeridas: (1) existência de um Regimento Interno do Comitê de Conduta ou Comitê de Ética; (2) evidências de realização de treinamento; (3) evidências de envio de comunicados internos disseminando o código de conduta; (4) evidências sobre a existência das avaliações dos desvios identificados; (5) realização de entrevistas com os envolvidos para verificação do conhecimento acerca do código de conduta, entre outras.

1.2.12	A Operadora possui Política/Diretrizes ou um Programa de Integridade formalmente estabelecido e documentado.	
Interpretação: Integridade é uma qualidade, uma virtude em função da atuação de forma honrada e justa. Deve ser demonstrada em diversas medidas que pautam a conduta de todos como forma de prevenir e detectar atos ilícitos, fraude, lavagem de dinheiro, suborno e corrupção envolvendo os diversos inter-relacionamentos internos e externos das diversas partes interessadas (incluindo o relacionamento com a administração pública, empresas privadas e outros parceiros – terceiros, fornecedores, prestadores, agentes intermediários, associados, cooperados, etc). A corrupção empresarial é um mal que afeta a todos - governos, cidadãos e empresas sofrem diariamente os seus efeitos. Além de desviar recursos a corrupção também é responsável por distorções que impactam diretamente a atividade empresarial, em razão da concorrência desleal, preços ou oportunidades restritas de negócio. Combatê-la, portanto, depende do esforço conjunto e contínuo de todos, inclusive das empresas, que têm um papel extremamente importante nesse contexto. Assim, a política, diretrizes ou o Programa de Integridade de uma Operadora deve orientar a conduta de todos, nos diversos inter-relacionamentos, e refletir o compromisso com a prática de Compliance e com os mais elevados padrões de ética prevenindo a prática de crimes de lavagem de dinheiro, corrupção, fraudes, subornos e atos ilícitos praticados ou o embaraço às atividades de órgãos, entidades ou agentes públicos. O Programa de Integridade (política ou diretrizes) deve consolidar as ações conduzidas pelas diversas unidades da estrutura organizacional da Operadora em consonância com suas respectivas atribuições. O Programa deve pautar a conduta de todos (conselheiros, dirigentes, administradores, colaboradores, parceiros e terceiros – independente de cargo e função) com o objetivo de prevenir, detectar e corrigir atos ilícitos, fraudes, prática de crimes de lavagem de dinheiro, corrupção e de suborno, ou o embaraço às atividades de órgãos, entidades ou agentes públicos. O Programa de Integridade da Operadora deve ser estruturado, aplicado e atualizado de acordo com as características e riscos atuais de suas atividades. A Operadora também deverá garantir o constante aprimoramento e adaptação do referido programa, visando garantir sua efetividade. <u>Um Programa cujas medidas não são personalizadas de acordo com as especificidades da Operadora pode não ser eficaz.</u> O Programa de Integridade, ressalvadas as especificidades de cada Operadora, deve ser estabelecido nos seguintes pilares: 1. Comprometimento e apoio da alta direção: Condição necessária para o fomento e aplicação efetiva do programa; 2. Instância responsável pelo Programa de Integridade: Instância dotada de autonomia, independência, imparcialidade, recursos materiais, humanos e financeiros para o pleno funcionamento, com possibilidade de acesso direto à alta direção/corpo decisório da Operadora; 3. Análise de perfil e riscos: Análise dos riscos para o cometimento de atos lesivos efetuada com base no conhecimento dos processos e estrutura organizacional da Operadora bem como na identificação dos entes de interação (inter-relacionamento de partes interessadas - incluindo a interação com o setor público). 4. Estruturação de regras e instrumentos: Com base na análise de perfil e riscos, deverão ser elaborados e atualizados o código de ética ou de conduta e as regras; as políticas e procedimentos de prevenção de irregularidades; os mecanismos de detecção ou reportes de irregularidades (canais de denúncia) e medidas disciplinares. O Programa de Integridade também deverá contar com ampla divulgação e/ou treinamento na Operadora. 5. Estratégias de monitoramento contínuo: Definição de procedimentos de verificação da aplicabilidade do Programa de Integridade bem como a criação de mecanismos para que as deficiências encontradas sejam corrigidas.		

A existência de um Programa de Integridade evidencia o compromisso da Operadora para a disseminação de boas práticas de gestão e a constante promoção de um ambiente transparente e ético. No caso de a Operadora pertencer a um grupo econômico, onde o Programa de Integridade é definido pela controladora da Operadora, deverão ser consideradas as especificidades da regulamentação aplicável ao setor de saúde suplementar, as especificidades das operações de planos privados de assistência à saúde, bem como as especificidades da própria Operadora. Além disso, em um grupo econômico as diferentes empresas podem ser reguladas/supervisionadas por diferentes entidades (ANS, SUSEP ou BACEN) sendo sujeitas a exigências distintas. A mesma recomendação também se aplica ao caso das Cooperativas Médicas que utilizam para determinados processos de trabalho a estrutura de suas Federações.

(Lei 12846/2013) (Decreto 8420/2015) (CGU 2015) (ISO 37001)

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

O Programa de Integridade deverá ser avaliado quanto à sua existência e aplicação de acordo com parâmetros estabelecidos em documentos ou padrões nacionais e internacionais reconhecidos. São exemplos de documentos: O Decreto 8.420 de 18/março/2015, em especial o estabelecido no Art. 42, as Diretrizes estabelecidas pela Controladoria Geral da União e as normas ISO.

Verificar a existência documentada do Programa de Integridade e se este contempla os itens mínimos destacados na interpretação do item (Programa de Integridade estabelecido nos 5 pilares).

1.2.13	A Operadora possui informação documentada que descreva as medidas adotadas para prevenção, detecção e correção de fraudes abarcando, pelo menos, os seguintes processos operacionais: subscrição de novos beneficiários, autorização de procedimentos, análise e pagamento da conta assistencial.	
---------------	--	--

Interpretação:

Fraude é um ato ilícito ou de má-fé que visa à obtenção de vantagens indevidas ou majoradas, geralmente através de omissões, inverdades, abuso de poder, quebra de confiança, burla de regras, dentre outros. A fraude pode ser externa ou interna e oportunista ou premeditada e as práticas operacionais de uma operadora são as mais sujeitas à ocorrência de fraudes havendo assim a necessidade de implementação de uma política de prevenção, detecção e correção de fraudes com a implementação de controles internos específicos. É importante que aspectos relativos à lavagem de dinheiro também sejam considerados na política.

Todos os envolvidos deverão receber treinamento a respeito, principalmente os envolvidos nos processos operacionais de subscrição de novos beneficiários, autorização de procedimentos, análise e pagamento da conta assistencial. Além de controles específicos, metodologias e ferramentas que detectem fraude (como por exemplo o uso de indicadores), é importante que a política enfatize a ética, a segurança das informações e dos sistemas de informática.

(IBGC, 2015) (IBGC, 2017b) (OCDE, 2016) (IRB, 2015) (IAIS, 2011)

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Verificar a existência do documento formal descrevendo as medidas adotadas para prevenção, detecção e correção de fraudes e se este documento abarca os processos operacionais mínimos especificados no item. A existência de documentos formais e a elaboração e execução de programas de treinamento também são elementos que reforçam internamente a cultura organizacional para a prevenção de fraudes.

1.2.14	A Operadora calcula indicadores econômico-financeiros semestralmente e os divulga em seu sítio.	
Interpretação: O cálculo de indicadores econômico-financeiros e a sua divulgação pela operadora atende ao princípio da transparência nas práticas de governança corporativa. Este princípio estabelece como prática a divulgação clara, completa e objetiva de informações relevantes a todos os níveis da operadora e à sociedade, independentes daquelas exigidas pela legislação. Aliado a isso os indicadores econômico-financeiros podem ser utilizados tanto em análises retrospectivas (horizontais) como comparativas (análises verticais), entre operadoras, permitindo ganhos significativos no entendimento da dinâmica das operadoras por potenciais beneficiários e pelas partes interessadas. No segmento de saúde suplementar consideram-se os indicadores previstos no Anexo III da RN 443, de 2019, dentre outros: Margem de Lucro Líquida (MLL), Retorno sobre o Patrimônio Líquido (ROE), Percentual de Despesas Assistenciais em relação às Receitas de Contraprestações (DM), Percentual de Despesas Administrativas em relação às Receitas de Contraprestações (DA), Percentual de Despesa Comercial em relação à Receita de Contraprestações (DC), Percentual de despesas operacionais em relação às Receitas Operacionais, Índice de Resultado Financeiro (IRF), Liquidez Corrente (LC), Capital de terceiros sobre o Capital Próprio (Capital de Terceiros/Capital Próprio), Prazo Médio de Recebimento de Contraprestações (PMRC), Prazo Médio de Pagamento de Eventos (PMPE). A divulgação destes indicadores poderá ser realizada nas notas explicativas dos demonstrativos contábeis. Destaca-se que o Pronunciamento Técnico CPC 26 (R1) do Comitê de Pronunciamentos Contábeis estabelece em seu item 112 (c) que as Notas Explicativa devem prover informação adicional que não tenha sido apresentada nas demonstrações financeiras, mas que seja relevante para sua compreensão. Além disso, a exemplo da Lei 6.404/76, “as demonstrações serão complementadas por Notas Explicativas e outros quadros analíticos ou demonstrações financeiras necessárias para esclarecimento da situação patrimonial e dos resultados do exercício”. Uma outra possibilidade seria a apresentação dos indicadores no Relatório de Administração, o qual deverá conter item específico constando tabelas mencionando a evolução destes indicadores no mínimo nos dois últimos exercícios sociais. A operadora deverá avaliar a melhor opção de divulgação, de forma a permitir um acesso facilitado aos potenciais usuários das informações (prestadores conveniados, beneficiários e reguladores). O documento “Princípios de Governo das Sociedades do G20 e da OCDE” (OECD, 2016, p. 42 e 52) aponta que “(...) um regime de divulgação de informação robusto que promova a verdadeira transparência é um elemento fundamental de fiscalização das sociedades com base no mercado e é central para a capacidade dos acionistas para exercer os seus direitos enquanto acionistas (...)”. Ademais, aponta que os sites de empresas também oferecem a oportunidade de melhorar a difusão da informação, e alguns países exigem agora que as empresas tenham um site que forneça informações relevantes e significativas sobre a própria empresa. De acordo com Albuquerque (2017), as teorias comumente utilizadas relacionadas à divulgação voluntária de indicadores compreendem a teoria da sinalização e a teoria da legitimidade. A teoria da sinalização “tem sido desenvolvida para explicar a divulgação de informações voluntárias, de modo que as empresas que acreditam ser ‘melhores’ do que as outras sinalizam isso aos investidores para atrair investimentos e uma reputação mais favorável. Assim, as companhias podem fazer isso divulgando voluntariamente informações que excedam o que normalmente é exigido por lei e outros regulamentos”. (CAMPBELL <i>et al.</i>, 2001 apud ALBUQUERQUE <i>et al.</i>, 2017; p.8).		

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Os auditores deverão verificar, por exemplo:

- Demonstrativos Contábeis publicados semestralmente no sítio da operadora.
- Relatórios de Administração publicados semestralmente no sítio da operadora.
- Softwares** utilizados nos cálculos dos indicadores, verificando que os indicadores econômico-financeiras foram calculados (semestralmente), tendo como base pelo menos a relação de indicadores para monitoramento da situação econômico-financeira da operadora, definidos no Anexo III da Resolução Normativa ANS nº 443/2019.

Sugere-se ainda que os auditores verifiquem a memória de cálculo dos indicadores econômico-financeiros, contendo a fórmula e a origem das parcelas do cálculo (números).

1.2.15 A Operadora promove ações de responsabilidade socioambiental.**Interpretação:**

A responsabilidade socioambiental diz respeito à necessidade de revisar os modos de produção e padrões de consumo vigentes de forma que o sucesso e os resultados de uma organização não sejam alcançados a qualquer preço, mas considerando a ponderação dos impactos sociais e ambientais consequentes da sua atuação. Assim, ações de responsabilidade socioambiental devem buscar, ao longo de todo ciclo de vida de bens e serviços, as melhores alternativas possíveis para minimizar custos socioambientais, aumentar a qualidade de vida das partes interessadas e objetivar a sustentabilidade da organização.

Uma organização é socioambientalmente responsável quando vai além da obrigação de respeitar as leis, pagar impostos e observar as condições adequadas de segurança e saúde para os seus colaboradores. Assim, realiza ações de responsabilidade socioambiental por acreditar que será uma organização melhor e que contribuirá para a construção de uma sociedade mais justa. Como consequência, a organização terá valor agregado à sua imagem.

Observação: Não é correto confundir responsabilidade socioambiental com atividades filantrópicas, pois estas se realizam de forma aleatória e não sistematizada ao contrário da responsabilidade socioambiental que deve buscar contribuir de forma assertiva em seus projetos e é realizada de forma sistematizada e com critérios objetivos.

(IBGC, 2014) (BABSKY; JEUNON; DUARTE, 2017) (FNQ, 2016)

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Verificar a realização e implementação de ações de responsabilidade socioambiental na operadora.

São exemplos de programas e projetos de Responsabilidade Socioambiental cujas evidências poderão ser buscadas: (1) inclusão social; (2) inclusão digital; (3) programas de alfabetização; (4) programas de assistencialismo social; (5) incentivo à cultura; (6) coleta de lixo seletiva; (7) reciclagem; (8) programas de coleta de esgotos e dejetos; (9) questões que envolvem: lixo industrial, reflorestamento, poluição; (10) respeito à diversidade; (11) melhoria das condições de trabalho; entre outros.

Observação: Uma operadora que apenas segue as normas e leis de seu setor no que tange ao meio ambiente e à sociedade não pode ser considerada socioambientalmente responsável, pois neste caso ela estaria apenas exercendo seu papel de pessoa jurídica, cumprindo as leis que lhe são impostas.

1.2.16	A Operadora possui canal de denúncias estruturado, independente (externo ou interno), atuando com confidencialidade e com livre acesso aos maiores níveis organizacionais para contribuir no combate a fraudes e à corrupção.	
Interpretação: O canal de denúncias de uma operadora deve ser formalmente estruturado, ter sua existência amplamente divulgada na operadora e ser dotado de independência, autonomia e imparcialidade. Deve funcionar conforme as diretrizes definidas pela diretoria e aprovadas pelo Conselho de Administração, atuando com confidencialidade e tendo livre acesso na operadora. O canal de denúncias deve garantir o anonimato de seus usuários e agir de forma tempestiva para a apuração das denúncias recebidas. A decisão e aplicação de eventuais penalidades não deve ser atribuição desse órgão sendo essa uma responsabilidade dos administradores da operadora. (IBGC 2015;2017b) (OCDE 2016) (IAIS 2011)		
Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: Verificar a existência e constituição formal do canal de denúncias estruturado e se este executa as atividades com confidencialidade e livre acesso aos maiores níveis organizacionais. Formas de evidências sugeridas: (1) evidências sobre as formas de comunicação das denúncias; (2) evidências sobre mecanismos para tratar a confidencialidade das denúncias; (3) evidências para garantia do anonimato dos usuários; (4) evidências do livre acesso aos maiores níveis organizacionais, entre outras.		
1.2.17	A Política/Diretrizes ou o Programa de Integridade é parte integrante da rotina da Operadora e atua de maneira integrada com outras áreas correlacionadas tais como recursos humanos, departamento jurídico, auditoria interna, departamento contábil e financeiro.	
Interpretação: O Programa de Integridade (política ou diretrizes) deve consolidar as ações conduzidas pelas diversas unidades da estrutura organizacional da Operadora em consonância com suas respectivas atribuições. Assim, deve fazer parte da rotina da Operadora e atuar de maneira integrada com as áreas correlacionadas, em especial as áreas de recursos humanos, departamento jurídico, auditoria interna e departamento contábil financeiro. (CGU 2015)		
Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: Verificar se o proposto no Programa de Integridade é parte integrante da rotina da Operadora (utilização efetiva e adequada do Programa, ou seja, seu “teste de uso”) e verificação da integração com as áreas correlacionadas (evidências sobre a comunicação direta entre a instância responsável pelo Programa de Integridade e as áreas citadas. Exemplo: existência de e-mails, atas de reunião, memorandos, correspondências, entre outros). No caso de a Operadora pertencer a um grupo econômico a verificação deverá ser realizada no âmbito da Operadora. A mesma recomendação também se aplica ao caso das Cooperativas Médicas que utilizam para determinados processos de trabalho a estrutura de suas Federações.		
1.3 Política de gestão de pessoas e desenvolvimento de lideranças		
Interpretação: Política de Gestão de Pessoas, pode ser definida como um conjunto de políticas e práticas que permitem a harmonização de expectativas entre a organização e seus colaboradores. Assim, suplanta o conceito gestão de recursos humanos, pois traz uma preocupação maior com o desenvolvimento de valorização do profissional como ser humano, enquanto exerce atividade na organização. (NEGRÃO, 2017)		

1.3.1	A Operadora possui política de recrutamento e seleção com critérios definidos com clareza, de acordo com suas necessidades.	
Interpretação: O processo de recrutamento e seleção abrange diversas etapas, tanto nas seleções internas quanto externas. O processo seletivo deve conter: (1) os objetivos da operadora com a contratação; (2) os custos envolvidos para realizar o processo seletivo; (3) o tipo de perfil pretendido; (4) as modalidades de contrato de trabalho; (5) os meios físicos para o desenvolvimento das atividades dos colaboradores; (6) Descrição das Atividades; (7) competências técnicas e comportamentais exigidas para o cargo; e (8) remuneração ou faixa salarial. É importante ressaltar que esta política deve atender de modo amplo às necessidades de longo prazo das operadoras, devendo estar alinhada com o referencial estratégico da operadora (missão, visão e valores). (SILVA, 2015) Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: Verificar: 1. Procedimento documentado descrevendo o processo de recrutamento e seleção/Processo de recrutamento/seleção que especifique as fontes de captação, evidências de seleção de profissionais dentro do perfil desejado (arquivo físico ou eletrônico), forma de laudo técnico da entrevista, ordem das entrevistas, testes, resultados de dinâmicas etc. 2. Entrevista com profissional de RH responsável pela política. 3. Entrevista com colaboradores elegíveis aos programas. 4. Entrevista com gestores da operadora, visando obter informações sobre o preenchimento das vagas. 5. Documento que especifique os requisitos técnicos e comportamentais dos candidatos, estruturados de acordo com a política, nos processos seletivos internos e externos. 6. Caso o processo seja terceirizado, deverá ser analisado pelos auditores o contrato com empresa de recrutamento e seleção.		
1.3.2	A Operadora possui programa de integração de novos colaboradores que aborde questões sobre a cultura da empresa.	
Interpretação: Os auditores deverão verificar a existência de um programa de integração que contemple, inclusive, a apresentação das principais áreas da operadora, permitindo que os novos colaboradores compreendam sua estrutura organizacional e administrativa, sua missão e valores, entre outros referenciais. O Programa de integração e ambientação além de apresentar informações institucionais relevantes e o panorama do setor, tem o objetivo de buscar uma melhor relação nesse primeiro contato do colaborador com a empresa, contribuindo para um ambiente favorável ao novo colaborador (SILVA, 2015). Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: Verificar: 1. Evidências de realização dos programas de ambientação com registro de lista de presença; 2. Registros formais (ex: cartilhas, panfletos com normas do regimento do colaborador e manual); 3. Entrevistas com os novos colaboradores; 4. Contrato com instituições de ensino ou treinamento e comprovação de realização de treinamento com instituições de ensino conforme a necessidade.		

1.3.3	A Operadora possui política de treinamento e desenvolvimento, estruturada de acordo com competências necessárias ao desempenho das funções definidas, incluindo o desenvolvimento de líderes.	
Interpretação: A operadora deve possuir de forma institucionalizada uma política de treinamento e desenvolvimento de pessoas que, por meio de programas específicos, proporcione oportunidade de desenvolvimento de seus colaboradores, orientação técnica para a realização de seu trabalho, estímulo para a busca de conhecimentos e desafios, bem como programas voltados para a formação de líderes. (CARBONE, 2013)		
Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: Verificar: 1. Documento de Planejamento de Recursos Humanos; 2. Projetos Pedagógicos e os Resultados para as Diversas Áreas; 3. Existência de Universidade Corporativa, parceria com universidades ou programas de concessão de bolsas de estudo; 4. Realização de <i>Workshops</i> e Oficinas de Trabalho; 5. Existência de Grade de Treinamentos; 6. Realização de Plano de Desenvolvimento de Competências Individuais; 7. Plano de desenvolvimento de líderes (<i>coaching</i>, mentoring e liderança para cargos que exigem tomada de decisões); 8. Plano de treinamento e desenvolvimento de Talentos; 9. Certificação de Conhecimentos; 10. Indicadores de desempenho (pelo menos indicador referente à participação); 11. Contratos com instituição de ensino e de treinamento.		
1.3.4	A Operadora realiza avaliação periódica de desempenho individual dos colaboradores com procedimentos definidos, que fornece insumos para o plano de treinamento e desenvolvimento.	
Interpretação: A avaliação de desempenho individual visa avaliar o valor, a excelência e as competências dos colaboradores e o grau de contribuição dos mesmos para o negócio da operadora, e seus resultados podem fornecer os insumos necessários para o plano de treinamento e desenvolvimento dos colaboradores. Assim, a operadora deve possuir um programa, sistema ou ferramenta específica para avaliação de desempenho individual que apresente de forma objetiva dados sobre o desempenho de seus colaboradores com base em competências individuais e institucionais previamente definidas, capaz de resultar em ações de capacitação e desenvolvimento, bem como programas de incentivo para melhoria contínua do desempenho da organização. (NEGRÃO, 2017) (CARBONE, 2013) (ABNT, 2015)		
Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: Verificar a realização de avaliação periódica de desempenho individual e se os procedimentos para tal avaliação são definidos. Tal verificação poderá ser comprovada através do formulário (ou sistema) com o questionário de avaliação devidamente assinado ou com senha individual/assinatura eletrônica ou ciência eletrônica feita pelo avaliador para o colaborador. Atas da reunião de entrevista de avaliação também poderão ser verificadas. Verificar os sistemas e ferramentas de avaliação de desempenho individual, comprovando que seus procedimentos são definidos e que fornecem insumos para o plano de treinamento e desenvolvimento da operadora.		

1.3.5	A operadora realiza monitoramento de gestão de recursos humanos por meio de indicadores.	
Interpretação: O monitoramento de gestão de pessoas consiste no acompanhamento e análise das práticas que permitem a harmonização de expectativas entre a organização e seus colaboradores. Este monitoramento também visa promover ações de melhoria que impactem no resultado da organização. O monitoramento periódico deve ser realizado através de indicadores. (NEGRÃO, 2017)		
Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: Verificar a existência de informação documentada acerca do monitoramento realizado através dos indicadores, bem como sistema ou planilhas de cálculo contendo os indicadores calculados. Alguns indicadores que podem ser utilizados no monitoramento: (1) rotatividade de pessoal; (2) número de colaboradores; (3) avaliação de desempenho individual; (4) absenteísmo; (4) horas de treinamento; (5) avaliação de aprendizagem; (6) retorno sobre investimento em treinamento; (7) relação de horas extras e horas trabalhadas; (7) índice de reclamações trabalhistas; (8) folha de pagamento; entre outros.		
1.3.6	A Operadora possui programa de premiação a seus colaboradores de acordo com resultados organizacionais esperados.	
Interpretação: A operadora deverá possuir um programa com critérios definidos de premiação e bonificação dos colaboradores com o objetivo de estimular e motivar o alcance e superação dos resultados organizacionais esperados. Programas de premiação apresentam uma boa oportunidade de motivação para os colaboradores. Seu escopo não precisa estar unicamente atrelado ao aspecto pecuniário. O programa precisa ser justo, reconhecido, entendido e aprovado pelos colaboradores. (PIRES, 2015)		
Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: Verificar a existência de informação documentada que regulamenta o programa bem como sua periodicidade, prazos e critérios de premiação. Verificar evidências que comprovem a pontuação ou a elegibilidade dos participantes e vencedores do programa - poderá ser evidenciado por meio de atas e/ou documentos de comunicação dirigido para os envolvidos.		
1.3.7	A Operadora realiza pesquisa de clima organizacional e implementa plano de ação sobre os resultados apurados, visando a implementação de melhorias.	
Interpretação: O ambiente organizacional é permeado por uma complexa rede de expectativas e percepções individuais e coletivas que influenciam o comportamento dos colaboradores. Assim, a realização de uma pesquisa de clima organizacional é uma boa prática a ser realizada pelas operadoras e deve ter por objetivo a identificação dos pontos críticos que necessitam de implementação de melhorias para o atingimento de um melhor clima organizacional. (NEGRÃO, 2017)		

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Verificar a realização da pesquisa de clima organizacional, a existência da sua devida documentação (entrevistas, questionários, relatórios consolidados com a compilação e análise dos resultados, etc.) e a adoção das ações propostas no plano de ação elaborado a partir dos resultados apurados.

As formas de evidência a serem verificadas dependerão das ações propostas no plano de ação.

Relatórios e atas de reuniões, registros de implementação/alteração de rotinas, entrevistas com colaboradores são possíveis exemplos de formas de evidência deste item.

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

1.3.8**A Operadora possui um Programa de Saúde do Trabalhador que englobe Programa de Saúde Ocupacional, Programa de Qualidade de Vida e Bem-Estar dos trabalhadores.****Interpretação:**

Empregadores e instituições que admitem trabalhadores como colaboradores são obrigados a elaborar e implementarem o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional - PCMSO e o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais - PPRA. Este item requer que além dos programas anteriormente mencionados, o Programa de Saúde do Trabalhador da Operadora contemple aspectos referente à Saúde Ocupacional e de Qualidade de Vida e Bem-Estar.

Esta integração de programas pode trazer benefícios em termos de custos diretos (assistência médica) ou indiretos (produtividade, absenteísmo) às operadoras.

Observação: O PCMSO é estabelecido pela Portaria nº 24/94 do MTE/SSST e o PPRA pela portaria nº 25/94 do MTE/SSST. (OGATA, 2015)

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Verificar a existência do Programa de Saúde do Trabalhador e se este engloba aspectos referente à Saúde Ocupacional e de Qualidade de Vida e Bem-Estar.

O programa deverá ter seus critérios definidos pela empresa. Alguns exemplos são citados a seguir: (1) Projeto de apoio psicológico; (2) Ginástica laboral; (3) Formação de gestores para mediação de conflitos; (4) Incentivo à participação de colaboradores em atividades culturais; (5) Programas de combate ao tabagismo e abuso do consumo de álcool; (6) Combate ao sedentarismo com incentivos à realização de atividades físicas; entre outros.

Esses programas poderão ser executados através de uma área específica ou por meio de comitês/grupos internos na operadora supervisionados pelo departamento de gestão de pessoas e incentivados pela alta direção.

Controles e evidências de participação dos colaboradores nas atividades definidas também são formas de comprovação da realização desses programas.

1.3.9**A Operadora possui programa ou ações institucionalizadas de incentivo à inovação e manifestação de ideias.****Interpretação:**

A operadora deve apresentar sistemas de incentivos a ideias que gerem resultados em inovação.

Destaca-se, ainda, que a criatividade é apontada por especialistas como uma das importantes alavancas da inovação. Encorajar a criatividade pressupõe características organizacionais facilitadoras e requer práticas de gestão de pessoas que incorporem essa perspectiva.

Os programas de incentivo à inovação e manifestação de ideias, devem ser baseados no planejamento estratégico da operadora, onde os temas mais relevantes deverão ser definidos. (PAROLIN, 2010)

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Verificar a existência documentada do programa ou de ações institucionalizadas de incentivo à inovação e manifestação de ideias e se estes são embasados no planejamento estratégico da operadora.

Tais programas, podem considerar as seguintes ações elencadas a seguir:

- Canal de sugestões de colaboradores e Programa de ideias;
- Fluxo de análise de sugestões;
- Evidência de disponibilização de canal para sugestão. Por exemplo: e-mail específico, caixa de sugestões.
- Programa de incentivos à Criatividade;
- Realização de concurso interno para Prêmios em Inovação entre os colaboradores;
- Evidência da formação de Grupos de Trabalho ou comitês para o tratamento das manifestações encaminhadas;
- Evidências de implementação das manifestações encaminhadas;

1.3.10

A Operadora possui Política ou diretrizes documentadas e implementadas, de recrutamento e seleção com critérios que considerem aspectos relativos à diversidade.



Interpretação:

A gestão de diversidade no ambiente de trabalho pode ser facilitada através de uma política de recrutamento e seleção que valorize a diversidade de seus colaboradores sobre os mais variados aspectos: gênero, raça, cultura, origem etc. Tal política deve visar a atração e retenção dos melhores talentos, a promoção da criatividade e inovação, a flexibilidade organizacional e não deve se prender às exigências legais, como por exemplo a definição de cotas para pessoas com deficiências.

Como insumo para a elaboração da política de recrutamento e seleção que considere critérios relativos à diversidade, o departamento responsável pela gestão de pessoas poderá elaborar uma análise da composição da sua atual força de trabalho (através de suas informações cadastrais e questionários complementares qualificados). Nesta análise, poderá ser identificada a percepção de seus colaboradores quanto à diversidade. (FLEURY, 2000)

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Evidenciar se a Política ou as diretrizes documentadas e implementadas de recrutamento e seleção, bem como os documentos de recrutamento e seleção (ex.: manuais) consideram aspectos relativos à diversidade.

1.4 Tecnologia da Informação

Interpretação:

A aplicação de recursos tecnológicos e organizacionais na construção de capacidades de Tecnologia da Informação (TI) pode contribuir significativamente para o desempenho das operadoras. Este requisito procura identificar como a operadora gerencia este importante ativo e minimiza os riscos de falha no funcionamento devido a imprevistos e às situações mais emergenciais, além de questões envolvendo a escalabilidade de recursos de infraestrutura.

1.4.1

A Operadora possui plano diretor de tecnologia da informação alinhado ao planejamento estratégico para disponibilizar recursos a fim de atender às necessidades tecnológicas e de informação da organização.



Interpretação:

O Plano Diretor de Tecnologia da Informação (PDTI) é um instrumento de diagnóstico, planejamento e gestão dos recursos e processos de tecnologia da informação, que visa atender às necessidades tecnológicas e de informação de uma organização, para um determinado período, devendo estar alinhado ao planejamento estratégico e fornecer informações relevantes para o processo de tomada de decisão. O PDTI permite otimizar a gestão e antecipar o futuro, orientando e priorizando as atividades e projetos de TI necessários para atender ao planejamento estratégico da organização.

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Verificar a existência documentada do PDTI e o seu alinhamento ao planejamento estratégico da organização. O PDTI deverá ser revisto, no mínimo, quando da atualização do planejamento estratégico da operadora.

É recomendável que o PDTI contemple os seguintes itens:

1. Histórico, contexto em torno do seu desenvolvimento e as mudanças ocorridas;
2. Descrição e avaliação das condições de instalações, recursos e de pessoal;
3. Referencial estratégico;
4. Inventário das necessidades apuradas;
5. Definição das responsabilidades;
6. Plano de metas, ações, orçamento, gestão dos recursos, investimento, custeio e gestão de riscos;
7. Fatores críticos de sucesso para a sua implementação;
8. Plano de Contingência para a garantia de condições mínimas de operação.

1.4.2

O plano diretor de tecnologia da Informação contempla a existência de mecanismos tecnológicos para proteção de informações sensíveis de cadastro e transações operacionais.

**Interpretação:**

O PDTI deverá prever os mecanismos tecnológicos que asseguram a proteção/integridade das informações geradas internamente e aquelas proveniente de beneficiários e prestadores por intermédio do padrão TISS. Informações sensíveis não devem ser apropriadas pela concorrência ou pelo público em geral. Exemplo de informações consideradas sensíveis: dados clínicos, ligados à condição de saúde, cadastro e diagnósticos dos beneficiários, valores monetários, cadastro de colaboradores e transações operacionais.

Há algumas técnicas de criptografia para comunicação e modelos de “anonimização” de dados. Cabe registrar que segurança de informação envolve etapas de planejamento, monitoramento e gerenciamento, entre outras funções.

A análise do item deverá ainda verificar o atendimento à Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD). (VALLE, 2010)

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

A seguir apresentam-se algumas práticas recomendáveis em relação a gestão de dados e troca de informações:

- Gestão dos dados: Os auditores deverão verificar, entre outras ações se a operadora possui uma política de segurança de dados; utiliza criptografia para proteger dados sensíveis, possui controle de acesso aos sistemas por usuário e senha; se os perfis de acesso são revisados periodicamente para evitar acessos indevidos.

Aliado a isso, os auditores deverão realizar uma avaliação de documentos (política); solicitar a apresentação de arquivos criptografados e a exemplificação da tecnologia utilizada; realizar uma verificação de sistemas utilizados pela operadora; solicitar relatórios de revisão de acesso, registro dos logs de acessos e tentativas de acesso ao sistema de informação.

- Troca de informações: Os auditores deverão verificar ainda se a operadora possui Certificado Digital instalado em seu servidor para Troca de Informações com os prestadores conveniados e a familiaridade da operadora com as determinações da ANS (ANS, 2012), que cita os componentes do TISS, os quais são periodicamente atualizados na página da ANS.

1.4.3	O plano diretor de tecnologia da Informação contempla plano de contingência de serviços de TI para garantir a disponibilidade dos serviços em situações emergenciais.	
Interpretação: O Plano de Contingência visa a manutenção e disponibilidade dos serviços da Operadora no caso de situações emergenciais e deve fazer parte da gestão de segurança da operadora complementando desta maneira o planejamento estratégico. Nele são especificados procedimentos preestabelecidos que deverão ser observados nas tarefas de recuperação do ambiente de sistemas e negócio, de modo a diminuir o impacto causado por incidentes que não possam ser evitados pelas medidas de segurança em vigor. (AMARO, 2004). (EIOPA, 2014)		
Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: Verificar se o PDTI contempla plano de contingência de serviços de TI que garantam a disponibilidade dos serviços em situações emergenciais.		
1.4.4	A Operadora utiliza sistemas automatizados e documentados nos principais processos operacionais.	
Interpretação: Sistemas Automatizados fazem uso de técnicas que têm como objetivo otimizar tempo, reduzir custos e focar na qualidade de um bem ou serviço que está se produzindo ou prestando. A Operadora deverá definir os principais processos a serem automatizados, justificando como estes processos foram definidos, os critérios para determinação do grau de automatização e o alinhamento da decisão à sua estratégia de negócios. Cabe ressaltar que os riscos da automatização também deverão ser avaliados e mitigados e que todo esse processo deverá estar devidamente documentado e embasado. Citam-se alguns processos passíveis de automatização: (1) autorização de eventos assistenciais; (2) cadastramento de prestadores conveniados; (3) atendimento ao beneficiário; (4) registro do faturamento; (5) recebimento de guias e pagamento (prestadores e reembolso); (6) elegibilidade do beneficiário; entre outros. É possível que um processo principal contenha diversos processos críticos ou chaves. Os processos críticos são aqueles que têm impacto na realização de metas e objetivos, ao passo que os processos chaves são os mais relevantes do ponto de vista da satisfação do cliente interno ou externo. Pode ser que nem todos os processos sejam passíveis de automatização ou ainda, que existam etapas de um processo onde não é recomendável a automatização. (RODRIGUES, 2011)		
Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: Verificar a utilização de sistemas automatizados e documentados nos principais processos operacionais. Os auditores deverão verificar como foram definidos os principais processos operacionais, justificando, ainda, os critérios adotados para definir o grau de automatização, considerando o perfil da operadora e a estratégia de negócios da mesma. São formas possíveis de evidência: 1. Relatório de mapeamento dos processos da operadora; 2. Informação documentada dos processos automatizados, contendo seu objetivo, fato gerador, atividades que transformam esse fato gerador, tomadas de decisão sobre o que fazer com os dados e informações que estão percorrendo o fluxo; 3. Entrevistas com gestores e colaboradores sobre o grau de automatização atingido; 4. Verificação do percentual de processos passíveis de automatização; entre outros.		

1.4.5	A Operadora possui política de controle da Qualidade dos Dados.	
Interpretação: Para que os dados coletados ou produzidos possam ser usados como informações úteis, sem erros que venham a comprometer o atendimento a seus beneficiários, sua relação com prestadores, seu processo de tomada de decisão e suas obrigações frente à regulação, as operadoras devem formular políticas de controle de qualidade que garantam a integridade, segurança e fidedignidade desses dados, abrangendo os processos de captação, produção, armazenamento, uso e disseminação de informações. (SUSEP, 2014) Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: Verificar a existência de documentação acerca do controle da qualidade de dados utilizados na operadora, destacando-se: 1. Documento formal contendo política com diretrizes da operadora em relação ao controle da qualidade de dados; 2. Documentos específicos determinados em acordos entre o setor de TI e os outros setores da operadora; e 3. Evidência de controles de captação e do desenvolvimento de sistemas de armazenamento físico dos dados, incluindo mecanismo de consulta, alterações e reportes, além das definições relativas à segurança lógica destes sistemas.		
1.4.6	A Operadora realiza auditoria interna e/ou externa de sistemas de informação.	
Interpretação: Visando garantir a qualidade de seus sistemas de informação, a redução de riscos na operação e a proteção de seus ativos informacionais, as operadoras devem realizar sistematicamente auditorias especializadas de TI (internas ou externas) em seus sistemas, processos, operações e atividades de gestão e tomada de decisão. A auditoria deverá verificar a aderência à Política de Tecnologia da Operadora bem como o atendimento às imposições legais e regulatórias. A Política de Tecnologia da Operadora deverá conter as diretrizes de seleção, adoção, utilização e operação dos recursos de tecnologia da informação para atender a demandas regulatórias, de clientes internos e externos e decorrentes de estratégias e objetivos de negócio da organização. Cabe registrar que a auditoria externa de sistemas é independente, e o prestador de serviço quando solicitado pela empresa, cobra o valor de seus honorários. Já auditoria interna é realizada por profissionais contratados pela empresa. (ABNT, 2005), JULIANI (2017) Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: Verificar a realização da auditoria de sistemas de informação e se os relatórios e documentos produzidos contêm: (1) tópicos sobre confiabilidade e veracidade das informações; (2) a avaliação dos resultados da auditoria; (3) No caso da auditoria externa: se as conclusões do auditor externo asseguram a conformidade legal e regulamentar; entre outros, (4) No caso da auditoria interna: se as conclusões do auditor interno definem o nível de conformidade legal e regulamentar, entre outros .		

1.4.7	A Operadora possui ambientes segregados para desenvolvimento, testes e disponibilização dos sistemas de TI.	
Interpretação: A operadora deverá manter ambientes segregados para desenvolvimento, testes, homologação e disponibilização visando garantir a estabilidade, segurança e qualidade dos sistemas de informação, evitando o risco de introdução em produção de falhas de <i>softwares</i> ainda não testados ou homologados (ABNT, 2005).		
Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: Entre as possíveis formas de evidência a serem verificadas, destacam-se as seguintes: 1. Utilização das funções e dados em seus ambientes providos dos controles e segregações adequados; 2. Evidência de disponibilidade de dados para testes e homologações, sem prejuízo da confidencialidade exigida pelo negócio; 3. Evidência de conformidade às exigências legais; 4. Proteção do ambiente da produção contra acessos indevidos; 5. Verificação da confiabilidade dos resultados de testes e de homologações; 6. Evidência de instâncias de bancos de dados e de instalações de <i>softwares</i> separadas; entre outros.		
1.4.8	Os sistemas, processos e infraestrutura de TI são consistentes e adequados às necessidades e às mudanças do modelo de negócio, tanto em circunstâncias normais de operação quanto em períodos de estresse.	
Interpretação: Este item está relacionado ao grau de maturidade da governança de tecnologia de informação onde a operadora deverá demonstrar que possui flexibilidade e escalabilidade de seus sistemas e infraestrutura de TI, frente às mudanças necessárias em decorrência de situações onde um volume esperado de demandas aos sistemas da operadora sejam excedidos, quer por mudanças no modelo de negócios, ou períodos de estresse. Podem ser citados como exemplos: (1) revisão de estratégias; (2) expansão para novos nichos de mercado; (3) reorganizações societárias; (4) lançamento de produtos; (5) mudança no modelo de remuneração de prestadores de serviços – ex: modelo Fee For Service para DRG; (6) aumento significativo da taxa de inadimplências da carteira; (7) queda do volume de negócios; (8) mudança de legislação; (9) crise sanitária e epidemias; entre outros. (BRODBECK, 2003)		
Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: Entre as possíveis formas de evidência a serem verificadas, destacam-se as seguintes: 1. Documentos relativos ao PDTI – onde, por exemplo, poderá ser verificada a existência de item relativo à descrição e avaliação das condições dos sistemas, processos e infraestrutura; 2. Relatório com os resultados da auditoria dos sistemas de informação; 3. Indicadores de disponibilidade dos sistemas; 4. Indicadores de satisfação dos usuários; etc		
1.4.9	A Operadora fornece serviços em canais digitais para seus contratantes, beneficiários e membros da rede de prestadores.	
Interpretação: Serviços fornecidos através de websites ou aplicativos garantem maior rapidez, transparência e independência a contratantes, beneficiários e prestadores no atendimento a suas necessidades de relacionamento com a operadora.		
Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: Entre as possíveis formas de evidência a serem verificadas, destacam-se as seguintes: 1. Disponibilidade ou existência de canais digitais e aplicativos; 2. Evidência de critérios de acessibilidade (por ex. acessibilidade para deficientes visuais).		

1.5 Política de segurança e privacidade das informações

Interpretação:

Este requisito trata das diretrizes para a segurança e privacidade das informações a ser praticada pela operadora, alcançando colaboradores, a alta administração, atividades terceirizadas, e no que couber prestadores conveniados. Aborda ainda a relação entre operadoras de planos de assistência e administradoras de benefícios.

A análise do requisito deverá ainda verificar o atendimento à Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD).

1.5.1

A Operadora possui uma Política de Segurança da Informação definida e divulgada entre seus colaboradores, gestores, administradores, direção e conselheiros.



Interpretação:

Uma política de segurança de informação é um instrumento de planejamento que deve prover a operadora de diretrizes para a segurança da informação, estabelecendo responsabilidades e atitudes adequadas para manuseio, tratamento, controle e proteção contra a indisponibilidade, a divulgação, a modificação e o acesso não autorizado a dados e informações, conferindo às operadoras a responsabilidade de zelar pela confidencialidade, integridade e disponibilidade dos dados e das informações.

Esta política pode compreender a elaboração de diretrizes nos seguintes campos: (a) Propriedade da Informação; (b) Classificação da informação; (c) Permissão e níveis de acesso; (d) Responsabilidade sobre ativos de informação; (e) Gestão de continuidade de negócios (f) Monitoramento dos negócios de TI; (g) Monitoramento dos serviços e equipamentos; entre outros.

(SCHNEIDER; SOUZA 2017) (ABNT, 2005) (ABNT, 2013)

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Verificar a existência documentada da política de segurança de informação da operadora.

1.5.2

Os colaboradores, administradores e conselheiros assinam termo de confidencialidade das informações obtidas em razão da atividade desempenhada, inclusive em caso de rescisão contratual.



Interpretação:

O termo de confidencialidade de informação é individual e deve fazer referência à Política de Segurança da Informação da operadora, abrangendo colaboradores, administradores e membros dos diversos conselhos. Entre as recomendações que podem estar expressas neste termos, destacam-se as seguintes: obrigatoriedade de guardar segredo de sua autenticação de acesso (senha) ao ambiente computacional, não cedendo, não transferindo, não divulgando nem permitindo o seu conhecimento por terceiros, sendo responsável por todas as ações realizadas através desse acesso; guardar sigilo e zelar pela privacidade das informações confidenciais a que tiver acesso, sem divulgá-las para pessoas não autorizadas; estar ciente de que as responsabilidades dispostas no documento perdurarão inclusive após a cessação do vínculo contratual com a empresa e abrangem as informações de propriedade da organização.

Para ser efetivo, deve contemplar menção à responsabilidade dos usuários pelas consequências legais, inclusive por danos materiais ou financeiros, devidamente comprovados, em virtude da não observância dos itens elencados.

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Verificar:

1. a existência e assinatura de termo de confidencialidade com colaboradores, administradores e conselheiros;
2. a existência e assinatura de termo de adesão à política de divulgação de informações;
3. cláusulas contratuais com previsão de indenização em caso de descumprimento;

1.5.3	Os registros contendo a documentação cadastral da rede prestadora de serviço e as informações cadastrais e clínicas dos beneficiários são armazenados de forma a garantir a sua disponibilidade, integridade e confidencialidade.	
Interpretação: Segundo os padrões internacionais, norma ISO/IEC 17799:2005(atualizada pela ISO/IEC 27002), a tríade CIA (<i>Confidentiality, Integrity and Availability</i>) – Confidencialidade, Integridade e Disponibilidade - representa os principais atributos que orientam a análise, o planejamento e a implementação da segurança para um determinado grupo de informações que se deseja proteger: <u>Disponibilidade</u>: propriedade que garante que a informação esteja sempre disponível para o uso legítimo, ou seja, por aqueles usuários autorizados pelo proprietário da informação. Outro atributo importante é a <u>autenticidade</u>, ou seja, a propriedade que garante que a informação é proveniente da fonte anunciada e que não foi alvo de mutações ao longo de um processo; <u>Integridade</u>: propriedade que garante que a informação manipulada mantenha todas as características originais estabelecidas pelo proprietário da informação, incluindo controle de mudanças e garantia do seu ciclo de vida; <u>Confidencialidade</u>: propriedade que limita o acesso à informação tão somente às entidades legítimas, ou seja, àquelas autorizadas pelo proprietário da informação.		
Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: Verificar a existência de: 1. Controles Físicos: barreiras que limitam o contato ou acesso direto à informação ou à infraestrutura que a suporta. 2. Mecanismos de segurança que apoiam os controles físicos: portas, trancas, paredes, blindagem, guardas, entre outros. 3. Controles lógicos: barreiras que impedem ou limitam o acesso à informação, que está em ambiente controlado, geralmente eletrônico, e que, de outro modo, ficaria exposta a alteração não autorizada por elemento mal-intencionado. 4. Mecanismos de segurança que apoiam os controles lógicos: cifração ou encriptação, assinatura digital, controle de acesso (senhas, sistemas biométricos, firewalls), certificação; Hash, entre outros.		

1.5.4	Os contratos das atividades terceirizadas, incluindo contratos com as administradoras de benefícios, preveem a garantia da confidencialidade das informações obtidas em razão da atividade desempenhada, inclusive em caso de rescisão contratual.	
Interpretação: A decisão por terceirizar serviços deve ser precedida por uma rigorosa análise de riscos e benefícios, alinhada à visão estratégica da organização. A terceirização pode trazer benefícios como: redução de despesas, foco em operações centrais, e vantagens competitivas em relação a preços e qualidade do serviço prestado. No entanto, também há riscos associados, entre eles, riscos operacionais, risco com a segurança e com o controle. Particularmente na terceirização de serviços como, por exemplo, serviços de Tecnologia da Informação, as operadoras de planos privados de assistência à saúde devem implementar medidas que visem a mitigar os riscos envolvidos, como por exemplo: • contratar empresas idôneas e com capacidade e conhecimento adequados ao trabalho a ser executado; • definir quais processos de trabalho devem efetivamente ser terceirizados; • implementar mecanismos que permitam manter o controle sobre os processos de trabalho, como exigência de documentação, relatórios operacionais, estabelecimento de níveis mínimos de qualidade; • elaborar contrato de prestação de serviços que defina de forma completa e objetiva todas as obrigações a serem cumpridas pela empresa terceirizada, em especial, cláusulas referentes à obrigação de manter o sigilo e confidencialidade das informações, à continuidade dos serviços, e à exigência de cumprimento de níveis de qualidade preestabelecidos. Especificamente no caso de Operadoras e Administradora de Benefícios, esta relação deverá estar estabelecida em contrato e em tal contrato deverá prever o estabelecido neste item. Destaca-se que a atividade de Administradora de Benefício foi regulada pela ANS por intermédio de Resolução Normativa específica. Uma administradora de benefício deve possuir autorização de funcionamento concedida pela ANS, com um número de registro ativo para exercer suas atividades. Dentre as atividades a serem desenvolvidas por uma Administradora de Benefícios, elencam-se as seguintes:		
I- promover a reunião de pessoas jurídicas contratantes na forma específica definida na legislação vigente; II – contratar plano privado de assistência à saúde coletivo, na condição de estipulante, a ser disponibilizado para as pessoas jurídicas legitimadas para contratar; III – oferecer planos para associados das pessoas jurídicas contratantes; IV – apoiar tecnicamente a discussão de aspectos operacionais, tais como: a) negociação de reajuste; b) aplicação de mecanismos de regulação pela operadora de plano de saúde; e c) alteração de rede assistencial. V – apoiar a área de recursos humanos na gestão de benefícios do plano; VI – terceirizar serviços administrativos; VII – realizar movimentação cadastral; VIII – conferir faturas; IX – realizar cobrança ao beneficiário por delegação; X -realizar consultoria para prospectar o mercado, sugerir desenho de plano e modelo de gestão. Assim, a atividade desempenhada por uma administradora de benefícios proporciona acesso a uma grande quantidade de dados pessoais e confidenciais tanto de clientes quanto a dados estratégicos, de competitividade e de mercado da própria operadora. Assim, a confidencialidade das informações obtidas em razão dessa atividade desempenhada deverá ser objeto de tratamento e cláusula contratual específica.		

No caso de a operadora não possuir nenhum serviço terceirizado, este item não será considerado na avaliação.

A análise do item deverá ainda verificar o atendimento à Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD). (FRAGA, 2017)

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Verificar os contratos com os terceirizados de forma a constatar a existência das cláusulas contratuais que garantam: (1) a confidencialidade das informações obtidas em razão da atividade desempenhada; (2) exigências estabelecidas para a garantia da confidencialidade das informações em caso de rescisão contratual; e (3) as cláusulas contratuais com previsão de indenização em caso de descumprimento. Também poderá ser evidenciada a existência e assinatura de termo de confidencialidade.

Especificamente no caso de Operadoras e Administradora de Benefícios:

A cláusula/termo de confidencialidade das informações obtidas em razão da atividade desempenhada pela administradora de benefícios deverá contemplar os seguintes aspectos, dentre outros:

- Informações relativas aos dados cadastrais de beneficiários;
- Informações relativas à condição de saúde de beneficiários;
- Informações relativas aos dados cadastrais das pessoas jurídicas contratantes dos planos;
- Informações cadastrais dos associados das pessoas jurídicas contratantes;
- Informações referentes aos aspectos operacionais dos planos;
- Dados e informações referentes à gestão dos benefícios;
- Dados de movimentação cadastral, faturas e cobranças; e
- Dados estratégicos, de competitividade e de mercado da operadora.

1.6 Gestão de Riscos Corporativos

Interpretação:

As atividades envolvidas na Gestão de Riscos Corporativos devem contribuir para a perenidade da operadora, atendendo aos seus objetivos estatutários e estratégicos.

A Gestão de Riscos Corporativos permite que a alta administração e os gestores da organização lidem eficientemente com a incerteza e deve buscar o balanceamento entre desempenho, retorno e riscos associados.

A Gestão de Riscos Corporativos é composta por princípios, estrutura e processos desenhados para identificar e responder a eventos que possam afetar os objetivos da operadora. Além disso, a Gestão de Riscos Corporativos deve atender alguns princípios, entre eles:

- Proteger e criar valor para operadora;
- Ser parte integrante de todos os processos organizacionais;
- Ser considerada no processo de tomada de decisão;
- Abordar explicitamente a incerteza;
- Basear-se nas melhores informações disponíveis;
- Estar alinhada com os contextos internos e externos da operadora e com o perfil do risco, além de considerar os fatores humanos e culturais;
- Ser transparente, inclusiva, interativa e capaz de reagir às mudanças;
- Permitir a melhoria contínua dos processos da operadora.

A Gestão de Riscos Corporativos deve ter por objetivo:

- Uniformizar o conhecimento entre os administradores da Operadora quanto aos principais riscos das suas atividades;
- Conduzir tomadas de decisões que possam dar tratamento e monitoramento dos riscos e consequentemente aperfeiçoar os processos organizacionais e controles internos da operadora; e
- Promover a garantia do cumprimento da missão da Operadora, sua continuidade e sustentabilidade alinhada aos seus objetivos estratégicos.

O modelo de Gestão de Riscos Corporativos deve buscar quantificar as incertezas envolvidas na fase de planejamento e projetar os resultados da operadora em cenários alternativos (simulações). Deve passar pela identificação de cada fator que pode afetar o desempenho da operadora e pela determinação de seus impactos no resultado.

O Gerenciamento dos Riscos Corporativos apoia a priorização e direciona os esforços para tratar os riscos, de acordo com a magnitude do risco. Há alternativas para o tratamento (evitar o risco; aceitar o risco: retendo, reduzindo, mitigando, compartilhando ou explorando o risco; prevenção e redução dos danos; e capacitação dos envolvidos) e a elaboração de Plano de Contingência. O plano deve conter os procedimentos e informações necessárias para a manutenção das atividades críticas diante de situações que afetem o funcionamento normal da operadora.

No caso de a Operadora pertencer a um grupo econômico, a estrutura responsável pela gestão de riscos corporativos na operadora poderá estar vinculada à estrutura da controladora. Tal estrutura deverá ter a expertise técnica acerca da Operação de Planos Privados de Assistência à Saúde e poderá executar operacionalmente a gestão de risco, considerando as especificidades da Operadora e da regulamentação aplicável ao setor de saúde suplementar. Entretanto aspectos específicos de Gerenciamento de Riscos Corporativos deverão ser executados e observados no nível da Operadora. Exemplos de aspectos específicos: (1) a existência de um gestor de riscos, (2) existência de um programa de disseminação da cultura de riscos; e (3) existência de um plano de continuidade de negócios para a operadora.

A mesma recomendação se aplica ao caso das Cooperativas Médicas que utilizem a estrutura de suas Federações.

1.6.1

A Operadora conta com uma estrutura responsável pelo gerenciamento e avaliação dos riscos, encarregada pela Gestão de Riscos Corporativos e promoção do seu desenvolvimento.



Interpretação:

É importante que cada operadora tenha uma estrutura responsável pela Gestão dos Riscos Corporativos e pela promoção do seu desenvolvimento. Tal estrutura deverá contemplar as especificidades da Operadora, observando seus procedimentos de governança, sua estratégia geral de negócios e seus procedimentos operacionais.

Cada um dos colaboradores e terceirizados de uma operadora deve ter a sua parcela de responsabilidade na Gestão dos Riscos Corporativos. A hierarquia máxima, ou seja, o presidente executivo, deve ser a principal responsável, incentivando tal gestão com o apoio da diretoria. Os demais membros da operadora são responsáveis pela execução do gerenciamento de riscos em cumprimento às diretrizes e protocolos estabelecidos na metodologia de Gestão de Riscos Corporativos da operadora.

Conforme preconizado na ISO 31000:2018, o propósito da estrutura da gestão de riscos é apoiar a organização na integração da gestão de riscos em atividades significativas e funções. A eficácia da gestão de riscos dependerá da sua integração na governança e em todas as atividades da organização, incluindo a tomada de decisão. Isto requer o apoio das partes interessadas, em particular da alta direção. O desenvolvimento da estrutura engloba integração, concepção, implementação, avaliação e melhoria da gestão de riscos através da organização.

No caso de a Operadora pertencer a um grupo econômico, a estrutura responsável pela gestão de riscos corporativos na operadora poderá estar vinculada à estrutura de Gestão de Riscos Corporativos da controladora. Entretanto, deverá haver um responsável pela gestão de risco na operadora, que fará a interface com a controladora considerando o estabelecido nos itens de verificação descritos a seguir, bem como as especificidades da Operadora e da regulamentação aplicável ao setor de saúde suplementar. A mesma recomendação se aplica ao caso das Cooperativas Médicas que utilizem a estrutura de suas Federações.

(IBGC, 2007a; 2015; 2017) (COSO, 2007) (EIOPA, 2014)

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Verificar evidências sobre a existência de uma estrutura responsável pela Gestão dos Riscos Corporativos e como se dá o seu desenvolvimento.

Não existe uma única forma de se implementar um modelo de Gestão de Riscos Corporativos e nem uma única estrutura adequada para tal. Entretanto, o importante para o cumprimento deste item é verificar se na operadora existe uma estrutura responsável por tratar e criticar, qualitativa e quantitativamente, os riscos, identificando-os, avaliando-os, calculando seus impactos de forma integrada, monitorizando-os e promovendo o desenvolvimento da cultura de Gestão de Riscos Corporativos por toda a operadora.

Assim, entende-se por estrutura responsável pela Gestão dos Riscos Corporativos o conjunto de componentes que fornecem os fundamentos e os arranjos organizacionais para a concepção, implementação, monitoramento, análise crítica e melhoria contínua da gestão de riscos dentro de toda a operadora.

Observa-se uma tendência pela criação de uma unidade responsável por esta função e esta unidade pode ser um departamento, núcleo, área específica ou unidade funcional composta por representantes de diversas áreas (comitê). Deve ser verificado se a estrutura responsável tem uma função ativa (executiva) no processo decisório da operadora e se apoia a tomada de decisão. É sugerido que tal estrutura seja coordenada pelo presidente ou um diretor executivo da operadora e tenha como membros o diretor financeiro, operacional, assessores e outros responsáveis. A composição dependerá do nível de complexidade das operações da operadora.

Ressalta-se que tal estrutura deve ser distinta do comitê de riscos do Conselho de Administração, uma vez que este teria uma abordagem mais vinculada à estratégia da operadora. Além disso, a estrutura responsável pela Gestão de Riscos Corporativos da operadora deverá estar alinhada com o Sistema de Controles Internos da operadora, independentemente da maneira como ambos estejam implementados na estrutura organizacional. Assim, periodicamente, a adequação da estrutura operacional e de controles internos da operadora deverá ser avaliada para verificação da efetividade da política de Gestão de Riscos Corporativos adotada.

O desenvolvimento da Gestão de Riscos Corporativos deve contemplar: aderência dos processos internos ao perfil de risco assumindo pela operadora; clareza quanto às regras para a gestão da exposição; verificação das lacunas nos processos, sistemas de TI e de capacitação de pessoas; e implementação de sistemas de controles eficazes.

(IBGC, 2007a; 2017) (COSO, 2007) (EIOPA, 2014)

1.6.2	A Operadora possui metodologia de Gestão de Riscos Corporativos que contemple a identificação, classificação e o monitoramento dos seus riscos corporativos.	
Interpretação: Por meio de uma metodologia de Gestão de Riscos Corporativos, a operadora deve reduzir a probabilidade e o impacto das perdas de eventos que possam afetar seus objetivos. A metodologia deve ser um processo sistemático de identificação, classificação, monitoramento e melhoria dos processos por meio dos riscos identificados. A metodologia também pode mapear eventuais oportunidades de ganhos. Trata-se, portanto, de um sistema integrado contendo diretrizes e protocolos aprovados, que auxilia a tomada de decisão e conduz ao alcance dos objetivos estabelecidos no planejamento estratégico da operadora. A metodologia da Gestão de Riscos Corporativos deve ser um instrumento de tomada de decisão da administração da operadora e deve estar alinhada com o sistema de controles internos. Logo, a consciência do risco e a capacidade de administrá-lo, aliadas à disposição de correr riscos e a de tomar decisões, são elementos-chave na gestão do risco. A metodologia deve ainda levar em consideração a complexidade da operação, natureza, escala e a cultura organizacional. Deve também contemplar as especificidades da Operadora, observando seus procedimentos de governança, sua estratégia geral de negócios e seus procedimentos operacionais. Dessa forma é importante que a operadora tenha a prática de considerar os riscos de forma estruturada no seu processo de decisão e deve tratá-los, identificá-los, avaliá-los e respondê-los de forma consistente com o modelo adotado. É preciso ainda, que tal modelo sofra atualizações periódicas de acordo com as necessidades apontadas no monitoramento. No caso de a Operadora pertencer a um grupo econômico, a metodologia de Gestão de Riscos Corporativos poderá ser estabelecida e executada pela estrutura de Gestão de Riscos Corporativos vinculada à controladora. Entretanto, deverá haver um responsável pela gestão de risco na operadora, que fará a interface com a controladora considerando o estabelecido nos itens de verificação descritos a seguir, bem como as especificidades da Operadora e da regulamentação aplicável ao setor de saúde suplementar. A mesma recomendação se aplica ao caso das Cooperativas Médicas que utilizem a estrutura de suas Federações. (IBGC, 2007a; 2015; 2017) (COSO, 2007) (EIOPA, 2014)		
Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: Para efeitos desta resolução normativa, não foi estabelecido um modelo específico de gestão de risco a ser adotado pela operadora, como por exemplo o estabelecido pela ISO 31000 ou o modelo de <i>Enterprise Risk Management</i> - ERM estabelecido pelo <i>Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission</i> - COSO. A Análise de conformidade deste item deverá verificar no mínimo os seguintes aspectos: • Identificação dos riscos: Definição do conjunto de eventos, internos e/ou externos que podem impactar os objetivos da operadora. • Classificação dos riscos: A classificação deve considerar as características de cada operadora e contemplar suas particularidades. Uma forma de categorização dos riscos consiste na elaboração de uma matriz de riscos que considere a origem dos eventos (interno/externo), a natureza dos riscos (estratégico/operacional/financeiro) e a tipificação dos mesmos (macroeconômico/tecnológico/legal/conformidade; entre outros). • Monitoramento dos riscos: É a avaliação contínua da adequação e da eficácia da metodologia de gestão de riscos e deve ocorrer de forma sistemática/periódica conforme definição previamente estabelecida na metodologia. Assim, a metodologia de Gestão de Riscos Corporativos deve estar incorporada aos procedimentos de governança da operadora, à sua estratégia geral de negócios e aos seus procedimentos operacionais.		

1.6.3	A Operadora possui um Gestor de Riscos Corporativos formalmente nomeado responsável por supervisionar continuamente a sua Gestão de Riscos Corporativos.	
Interpretação: O Gestor de Risco é o profissional que atua com independência dentro da operadora, com suficiente qualificação técnica e experiência, responsável por supervisionar continuamente a Gestão de Riscos Corporativos da operadora. Dentre as atribuições e responsabilidades de um Gestor de Riscos pode-se destacar as seguintes: • Monitoramento do Perfil de Risco e os níveis de exposição da operadora, verificando seu alinhamento com o apetite a Risco definido para a operadora; • Avaliação periódica sobre a adequação da estrutura operacional e de controles internos da operadora para verificação da efetividade da política de Gestão de Riscos Corporativos adotada; • Avaliação da metodologia e ferramentas utilizadas para a Gestão de Riscos Corporativos; • Acompanhamento da implementação de plano de ação ou medidas corretivas que visem sanar as deficiências apontadas; • Obrigação de reportar à alta direção da operadora, de forma periódica e sempre que entender necessário, os resultados das análises da sua atuação, bem como qualquer inadequação e irregularidade observada na estrutura de Gestão de Riscos Corporativos da operadora. A Gestão de Riscos Corporativos é tema sensível e de extrema importância em qualquer organização, em especial para as Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde. Assim, mesmo que a Operadora pertença a um grupo econômico que ofereça a estrutura, expertise técnica e execute operacionalmente a Gestão de Riscos Corporativos, entende-se necessária a nomeação formal de um gestor responsável na Operadora. Tal gestor será o interlocutor que terá o conhecimento específico da Operação de Planos Privados de Assistência à saúde, do Setor de Saúde Suplementar e das especificidades da Operadora (por exemplo: seus procedimentos de governança, sua estratégia geral de negócios e seus procedimentos operacionais). A mesma recomendação também se aplica ao caso das Cooperativas Médicas que utilizam para determinados processos de trabalho a estrutura de suas Federações. (IBGC, 2007a ;2015; 2017) (COSO, 2007)		
Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: Verificar a existência de profissional contratado e sua constante atuação considerando as suas atribuições, responsabilidades, diretrizes e protocolos estabelecidos na política e metodologia de Gestão de Riscos Corporativos da operadora.		

1.6.4	A Operadora possui um programa para a implementação e disseminação da cultura de riscos entre seus colaboradores e terceirizados.	
Interpretação: A cultura de riscos de uma operadora diz respeito ao conjunto de seus padrões éticos, valores, atitudes e comportamentos aceitos e praticados, e a disseminação da Gestão de Riscos Corporativos como parte do processo de tomada de decisão em todos os níveis. Ela é estabelecida pelo discurso e pelo comportamento do Conselho de Administração e da diretoria e do apetite a riscos estabelecido pela operadora. Cada um dos colaboradores e terceirizados da operadora deve ter definida e ser consciente acerca da sua parcela de responsabilidade na Gestão dos Riscos Corporativos. Treinamentos e capacitação contínua devem ser evidenciados para toda a operadora. A Gestão de Riscos Corporativos é tema sensível e de extrema importância em qualquer organização, em especial para as Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde. Assim, mesmo que a Operadora pertença a um grupo econômico que ofereça a estrutura, expertise técnica e execute operacionalmente a Gestão de Riscos Corporativos, entende-se necessário que a Operadora possua um programa para a implementação e disseminação da cultura de riscos entre seus colaboradores e terceirizados. Tal programa deverá contemplar as especificidades da Operadora e da regulamentação aplicável ao setor de saúde suplementar. A mesma recomendação também se aplica ao caso das Cooperativas Médicas que utilizam para determinados processos de trabalho a estrutura de suas Federações. (IBGC 2007 a; 2017; 2017b) (COSO 2007)		
Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: Verificar a existência de um programa estruturado que implemente e promova a disseminação da Cultura de Gestão de Riscos Corporativos em toda a operadora. Tal programa deverá contemplar as especificidades da Operadora (por exemplo: seus procedimentos de governança, sua estratégia geral de negócios e seus procedimentos operacionais).		
1.6.5	A Operadora possui processo consistente e abrangente de coleta tempestiva de informações e classificação de riscos operacionais.	
Interpretação: Riscos Operacionais são os relacionados a perdas resultante de inadequações ou falhas na estrutura organizacional, seja ela oriunda de sistemas, procedimentos, recursos humanos, tecnológicos e pela perda de valores éticos e corporativos. Os “eventos externos” abrangem eventos ocorridos externamente à operadora, como paralisações por motivo de tumultos, greves, rebeliões, atos terroristas, motins, catástrofes naturais, incêndios, apagões e qualquer outro evento não diretamente relacionado às atividades da operadora e que possa causar falha ou colapso nos serviços essenciais ao desenvolvimento de suas atividades. Através da coleta dessas informações, a operadora terá condições de quantificar suas perdas operacionais, analisar as causas dessas perdas, aumentar a sua eficiência e, conseqüentemente, reduzir seus custos operacionais, o que impactará diretamente no resultado, trazendo assim vantagens competitivas.		

A coleta dessas informações deve perpassar todas as linhas de negócio da operadora. As definições, categorizações e metodologias para registro deverão ser definidas pela própria operadora de acordo com seu tamanho e a complexidade de suas operações. Entretanto, é importante que as informações contenham pelo menos a classificação do evento ocorrido, a data de ocorrência do evento, a data da descoberta do evento, causa e a quantificação da perda decorrente deste evento (valor monetário) de forma a ser possível uma análise que também contemple a frequência e a severidade de ocorrência desses eventos.

A Matriz de Riscos é uma ferramenta usual a ser considerada. Também conhecida como Matriz de Probabilidade e Impacto, é uma ferramenta visual que possibilita ver rapidamente quais são os riscos que devem receber mais atenção. Na matriz, um risco é considerado por dois critérios: sua probabilidade de acontecer e o impacto que trará para a empresa. A Matriz de Riscos é uma ferramenta que permite aos gestores mensurar, avaliar e ordenar os eventos de riscos que podem afetar o alcance dos objetivos da organização.

Além da Matriz de Riscos, existem outras ferramentas que realizam a análise dos modos de falha e seus efeitos a serem consideradas, tais como a Análise dos modos de falha e seus efeitos (*Failure Mode and Effect Analysis* -FMEA) e Análise dos modos de falha, efeitos e criticalidade (*Failure Mode and Critical Analysis* – FMECA).

No caso de a Operadora pertencer a um grupo econômico, o processo consistente e abrangente de coleta tempestiva de informações e classificação de riscos operacionais poderá ser estabelecido e executado pela estrutura de Gestão de Riscos Corporativos vinculados à controladora. Entretanto, deverá haver um responsável pela gestão de risco na operadora, que fará a interface com a controladora de forma que este processo considere o estabelecido neste item de verificação, bem como as especificidades da Operadora e da regulamentação aplicável ao setor de saúde suplementar. A mesma recomendação se aplica ao caso das Cooperativas Médicas que utilizem a estrutura de suas Federações.

(EIOPA, 2014) (IBGC, 2007a ; 2017) (COSO, 2007)

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Verificar a existência de processo estruturado, que classifique os diversos tipos eventos de riscos operacionais identificados pela operadora, tais como: fraudes internas e externas; demandas trabalhistas e segurança deficiente do local de trabalho.

Exemplos de classificação de falhas: fraudes internas, fraudes externas, demandas trabalhistas e segurança deficiente do local de trabalho, práticas inadequadas relativas a clientes, produtos e serviços, danos a ativos físicos próprios ou em uso pela instituição, situações que acarretem a interrupção das atividades da instituição, falhas em sistemas, processos ou infraestrutura de tecnologia da informação e falhas na execução, no cumprimento de prazos ou no gerenciamento das atividades da operadora.

Exemplos de classificação de causas: pessoas, processos, sistemas – TI, evento externo, outros.

Importante ressaltar que o processo em questão esbarra na concepção geral da resistência em reportar perdas por receio de admissão de erro e possível penalização pela liderança. Assim, é necessária a conscientização da importância do processo e a geração de valor para a operadora de forma que os envolvidos enxerguem o processo como uma ferramenta para a melhoria de eficiência nas atividades executadas e não como uma eventual confissão ou reconhecimento de conduta.

1.6.6	A Operadora identifica, classifica e agrega as perdas operacionais relevantes identificadas, efetuando a análise da causa raiz por meio de Matriz de Risco e/ou programas específicos de Gestão de Risco.	
Interpretação: A classificação de “perda operacional relevante” deverá ser estabelecida pela própria operadora de acordo com seu tamanho e a complexidade de suas operações. O critério de classificação deverá ser objetivo, estar documentado com o devido embasamento técnico, ser aprovado e revisto periodicamente pela alta direção da operadora. Uma perda Operacional é o valor quantificável associado à falha, deficiência ou inadequação de processos internos, pessoas e sistemas, ou decorrente de fraudes ou eventos externos. A causa raiz de uma perda não guarda relação de dependência com qualquer outra causa de perda identificada. Ou seja, não é necessário que nenhuma outra perda ocorra para a sua concretização. Os “eventos externos” abrangem eventos ocorridos externamente à operadora, como paralisações por motivo de tumultos, greves, rebeliões, atos terroristas, motins, catástrofes naturais, incêndios, apagões e qualquer outro evento não diretamente relacionado às atividades da operadora e que possa causar falha ou colapso nos serviços essenciais ao desenvolvimento de suas atividades. No caso de a Operadora pertencer a um grupo econômico, o estabelecido no item poderá ser executado pela estrutura de Gestão de Riscos Corporativos vinculada à controladora. Entretanto, deverá haver um responsável pela gestão de risco na operadora, que fará a interface com a controladora de forma que este processo considere o estabelecido neste item de verificação, bem como as especificidades da Operadora e da regulamentação aplicável ao setor de saúde suplementar. A mesma recomendação se aplica ao caso das Cooperativas Médicas que utilizem a estrutura de suas Federações. (EIOPA 2014) (IBGC 2007a;2017) (COSO 2007)		
Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: Verificar a existência de documentos ou relatórios contendo a identificação, classificação das causas e agregação das perdas operacionais que são classificadas como relevantes para a operadora. Evidências com a identificação e análise da causa raiz também deverão ser efetuadas e documentadas pela operadora e verificadas pela auditoria da entidade acreditadora.		
1.6.7	A Operadora possui um Plano de Continuidade de Negócios visando a manutenção das atividades em caso de catástrofes ou outras situações que possam afetar o funcionamento da Operadora.	
Interpretação: A operadora deve prever procedimentos e ações a serem executadas de forma a manter suas atividades críticas diante de situações que afetem o seu funcionamento normal. Os Riscos que possam ocasionar a interrupção total ou a redução significativa das atividades da operadora, ou seja, um nível de risco considerado inaceitável deverá ser mitigado através de um Plano de Continuidade de Negócios. A Gestão de Riscos Corporativos é tema sensível e de extrema importância em qualquer organização, em especial para as Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde. Assim, mesmo que a Operadora pertença a um grupo econômico que ofereça a estrutura, expertise técnica e execute operacionalmente a Gestão de Riscos Corporativos, entende-se necessário que a Operadora possua um Plano de Continuidade de Negócios visando a manutenção das atividades em caso de catástrofes ou outras situações que possam afetar o funcionamento da Operadora. Tal plano deverá contemplar as especificidades da Operadora e da regulamentação aplicável ao setor de saúde suplementar. A mesma recomendação também se aplica ao caso das Cooperativas Médicas que utilizam para determinados processos de trabalho a estrutura de suas Federações. (COSO, 2007) (IBCG, 2007a ; 2017)		

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Verificar a existência do Plano de Continuidade de Negócios formalmente documentado contendo no mínimo os seguintes itens:

- (a) definição de papéis e responsabilidades dos envolvidos;
- (b) nível mínimo de operação e prazo máximo de retorno ao funcionamento normal;
- (c) procedimentos de comunicação com as partes interessadas (internos e externos); e
- (d) testes periódicos do plano com a devida documentação e plano de ação no caso de falha em algum item.

Tal plano deverá contemplar as especificidades da Operadora em especial quanto aos seus procedimentos operacionais.

1.6.8**A Operadora realiza análise qualitativa e quantitativa dos riscos e estabelece as alternativas para o tratamento dos riscos.****Interpretação:**

A análise de riscos, quer qualitativa ou quantitativa, visa determinar o efeito potencial do risco em uma determinada operadora. Alternativas para o tratamento dos riscos deverão ser definidas alinhadas à estratégia da operadora e às diretrizes estabelecidas na Gestão de Riscos Corporativos.

Análise de Riscos e Tratamento: A avaliação e análise do risco é o primeiro passo a ser seguido para a definição do tratamento que será dado a determinado risco identificado. A avaliação deve consistir no mínimo nas seguintes etapas: (1) determinação do potencial efeito do risco que compreende o grau de exposição da operadora àquele risco ou seja, a sua probabilidade de ocorrência e seu impacto (incluindo impacto financeiro); (2) avaliação de eventual interdependência – os eventos são independentes ou um determinado evento pode gerar múltiplos impactos; (3) Priorização dos Riscos a serem tratados – além da probabilidade de ocorrência e potenciais impactos, a priorização dos riscos também deve levar em consideração critérios subjetivos tais como segurança, aspectos reputacionais e vulnerabilidade da operadora; e (4) definição do tratamento que deve ser aplicado aos riscos identificados ou justificativas para não tratá-los – após uma análise custo-benefício por exemplo.

Uma primeira abordagem deve adotar uma visão mais qualitativa sobre os objetivos estratégicos da operadora e os impactos dos eventos de riscos sobre eles. Uma das formas de avaliação/análise qualitativa seria através de um Mapa de Avaliação de Riscos de forma a facilitar a priorização da gestão dos riscos e a definição de tratamento que deve ser dado a cada um dos riscos identificados. O Mapa de Avaliação é um esquema gráfico contendo o impacto do evento e a probabilidade de ocorrência. Por exemplo: exposição aceitável X média probabilidade de ocorrência.

No caso da análise quantitativa, um exemplo de medida seria o impacto da ocorrência de determinado evento no desempenho econômico-financeiro em determinado período (associado à probabilidade de ocorrência e seu impacto).

No caso de a Operadora pertencer a um grupo econômico, o estabelecido no item poderá ser executado pela estrutura de Gestão de Riscos Corporativos vinculados à controladora. Entretanto, deverá haver um responsável pela gestão de risco na operadora, que fará a interface com a controladora de forma que este processo considere o estabelecido neste item de verificação, bem como as especificidades da Operadora e da regulamentação aplicável ao setor de saúde suplementar. A mesma recomendação se aplica ao caso das Cooperativas Médicas que utilizem a estrutura de suas Federações.

(COSO, 2007) (IBCG, 2007a; 2017)

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Verificar evidências sobre a realização de análises qualitativa e quantitativa dos riscos da operadora e se são avaliadas alternativas para o tratamento dos riscos identificados. Importante salientar a consonância dessas análises e avaliações às diretrizes e protocolos estabelecidos na metodologia de Gestão de Riscos Corporativos da operadora.

1.6.9	A Operadora efetua testes de estresse com o objetivo principal de identificar potenciais vulnerabilidades da instituição.	
Interpretação: Todas as organizações estão sujeitas às vulnerabilidades que as expõem a diversas ameaças. A avaliação prospectiva com o objetivo de identificar potenciais vulnerabilidades e ameaças devem ser realizadas com o objetivo de corrigir falhas e visando a manutenção das atividades e operações da operadora. Um teste de estresse é o conjunto coordenado de processos e rotinas, dotado de metodologias, documentação e governança próprias, com o objetivo principal de identificar potenciais vulnerabilidades da operadora. No caso de a Operadora pertencer a um grupo econômico, o estabelecido no item poderá ser executado pela estrutura de Gestão de Riscos Corporativos vinculados à controladora. Entretanto, deverá haver um responsável pela gestão de risco na operadora, que fará a interface com a controladora de forma que este processo considere o estabelecido neste item de verificação, bem como as especificidades da Operadora e da regulamentação aplicável ao setor de saúde suplementar. A mesma recomendação se aplica ao caso das Cooperativas Médicas que utilizem a estrutura de suas Federações. (COSO, 2007) (IBCG, 2007a; 2017)		
Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: Verificar se foram realizados testes de estresse nos processos principais da operadora. O teste de estresse deverá ter a sua metodologia documentada, ter a sua finalidade claramente definida e avaliar os potenciais impactos de eventos e circunstâncias adversas. Como resultado da realização de um teste de estresse, a operadora poderá efetuar um plano de ação para a correção ou mitigação das ameaças encontradas. O plano de ação deverá ser devidamente documentado, possuir a designação do(s) responsável(is) pela sua implementação e possuir metas e prazos para a implementação das melhorias identificadas como necessárias além de estar vinculado aos objetivos estratégicos da operadora - quando couber.		
1.6.10	A Operadora realiza periodicamente a análises de cenários com o objetivo de estimar a sua exposição a eventos de risco raros e de alta severidade.	
Interpretação: A análise de cenários é uma ferramenta de gestão que permite que as estratégias de uma operadora sejam estabelecidas em um contexto futuro. Sua principal função não é tentar prever o futuro, mas identificar fatores tanto internos quanto externos que podem se tornar reais a longo prazo. Eventos raros podem criar desafios para a operadora de maneira inesperada. Além disso, eventos raros mas cujo o montante de perdas envolvem altos valores monetários podem comprometer a sustentabilidade e a perenidade da operadora. Assim, a análise de cenários com o objetivo de estimar a exposição da operadora a eventos de risco raros e de alta severidade auxilia a operadora a se prevenir contra infortúnios e ajuda a identificação dos pontos fortes. Esta análise pode ainda oferecer insumos para o planejamento estratégico da operadora. Diversas técnicas estatísticas podem ser consideradas na análise de cenários, entre elas a simulação através do Método de Monte Carlo. A fim de estimar a exposição a eventos raros e de alta severidade, a frequência e a severidade dos eventos simulados devem ser modeladas por distribuições estatísticas conhecidas e aplicáveis.		

Para o estabelecimento do que seria um evento raro, os dados de frequência podem ser definidos por uma variável aleatória discreta e positiva, denotada por X , que representa o número de vezes que determinado evento ocorre em um determinado período de tempo (por exemplo: Distribuição Poisson e Distribuição de Pascal). Diferente dos dados de frequência, os dados de severidade não têm relação com o tempo e podem ser definidos a partir de uma variável aleatória contínua, positiva definida, com característica assimétrica na cauda da distribuição (por exemplo: Distribuição Log-Normal).

No caso de a Operadora pertencer a um grupo econômico, o estabelecido no item poderá ser executado pela estrutura de Gestão de Riscos Corporativos vinculados à controladora. Entretanto, deverá haver um responsável pela gestão de risco na operadora, que fará a interface com a controladora de forma que este processo considere o estabelecido neste item de verificação, bem como as especificidades da Operadora e da regulamentação aplicável ao setor de saúde suplementar. A mesma recomendação se aplica ao caso das Cooperativas Médicas que utilizem a estrutura de suas Federações.

(COSO, 2007) (IBCG, 2007a; 2017)

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Verificar se foi realizada análise de cenários pela operadora. Tal análise deverá contemplar premissas condizentes com a realidade e especificidades da Operadora e do seu mercado de atuação. Geralmente esta análise é conduzida por profissional/ou equipe profissional que tenha formação base em estatística, matemática, economia, administração ou finanças. A análise de cenários deve ser documentada, ter a sua finalidade claramente definida e estimar a exposição da operadora a eventos de risco raros e de alta severidade.

1.7 Sustentabilidade da Operadora

Interpretação:

Sustentabilidade é a capacidade de uma organização se manter no longo prazo em um mercado competitivo, com interferências do ambiente em que está inserida e contemplando a finitude de recursos disponíveis para a sua sobrevivência. Para efeitos de acreditação de operadoras, a avaliação deste requisito é mais focada na sustentabilidade econômica, financeira e atuarial da organização e tal condição pode ser alcançada através de um modelo de gestão que incentive processos que permitam a manutenção do capital financeiro, o crescimento econômico constante e seguro, bem como o equilíbrio e sustentabilidade atuarial da operadora.

Ações visando à sustentabilidade da operadora se refletirão, cedo ou tarde, nas demonstrações financeiras e no seu valor econômico.

1.7.1

A Operadora elabora relatório de rentabilidade e implementa plano de ação sobre os resultados apresentados quando necessário.



Interpretação:

A rentabilidade mede o retorno sobre um investimento realizado em um determinado período, assim, o relatório de rentabilidade deve refletir o cálculo deste retorno e apresentar uma análise dos resultados apurados.

Para um melhor diagnóstico da rentabilidade da operadora e identificação de pontos nevrálgicos para a implementação de um plano de ação, o relatório deve considerar, além da rentabilidade global da operadora, no mínimo o seguinte detalhamento de cálculo e análise: (1) a segmentação planos individuais, coletivo empresarial e coletivo por adesão (quando aplicável); (2) canal de distribuição; e (3) tipo de rede.

(MANO ; FERREIRA, 2009) (COSO, 2007) (EIOPA, 2014) (FNQ, 2016)

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Verificar a elaboração e existência do relatório de rentabilidade e a adoção das ações propostas no plano de ação elaborado a partir dos resultados apresentados.

As formas de evidência a serem verificadas dependerão das ações propostas no plano de ação.

Relatórios e atas de reuniões, registros de implementação/alteração de rotinas, atualização de manuais, políticas e diretrizes da operadora são possíveis exemplos de formas de evidência deste item.

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

1.7.2**A Operadora realiza avaliação de sinistralidade e implementa plano de ação sobre os resultados apresentados quando necessário.****Interpretação:**

A sinistralidade é obtida pela relação entre os custos arcados com os eventos assistenciais e as receitas recebidas pela operadora ($\text{Sinistralidade} = \frac{\text{Despesas Assistenciais}}{\text{Contraprestações Efetivas}}$). A avaliação da sinistralidade indica se os custos para manutenção de um determinado plano extrapolam a sua receita e permite que a operadora adote ações para reduzir a sinistralidade como, por exemplo, ações por meio da gestão do cuidado e atenção em saúde.

Para um melhor diagnóstico da sinistralidade da operadora e identificação de pontos nevrálgicos para a implementação de um plano de ação, a avaliação deve considerar, além da sinistralidade global da operadora, no mínimo o seguinte detalhamento de cálculo e análise: (1) a segmentação planos individuais, coletivo empresarial e coletivo por adesão (quando aplicável); (2) canal de distribuição; e (3) tipo de rede, (4) Por produtos ou grupo de produtos (semelhantes) registrados na ANS e dos principais contratos coletivos por faturamento e número de beneficiários.

A avaliação da sinistralidade deve considerar ainda a averiguação dos contratos que gerem prejuízos à operadora por mais de um período de renovação e/ou aqueles que sistematicamente apresentem uma variação de suas despesas assistenciais per capita superior à média de sua carteira.

Considera-se ainda que a operadora deverá ter relatório e um quadro da evolução da sinistralidade, da frequência de utilização e do custo dos serviços por itens assistenciais, incluindo a rede indireta, verificando ainda o custo-benefício de suas operações por tipo de rede.

(MANO; FERREIRA, 2009) (EIOPA, 2014)

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Verificar a elaboração e existência de avaliação documentada de sinistralidade e a adoção das ações propostas no plano de ação elaborado a partir dos resultados apresentados nesta avaliação, conforme detalhado na interpretação deste item.

As formas de evidência a serem verificadas dependerão das ações propostas no plano de ação.

Relatórios e atas de reuniões, registros de implementação/alteração de rotinas, atualização de manuais, políticas e diretrizes da operadora são possíveis exemplos de formas de evidência deste item.

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

1.7.3	A Operadora realiza a avaliação e a Gestão do Risco de Subscrição.	
Interpretação: O risco de subscrição é oriundo de uma situação econômica adversa, que contraria as expectativas da operadora, no momento da elaboração de sua política de subscrição quanto às incertezas existentes na estimação das provisões técnicas; envolve, também, a probabilidade dos eventos a serem pagos pela operadora, em um período futuro, serem maiores que o montante de contraprestações a ser recebido. (ANS, 2019a). Para uma adequada gestão do risco de subscrição, a operadora deve possuir um banco de dados próprio, permitindo a geração de informações necessárias para a análise dos diversos itens que afetam o risco de subscrição tais como a precificação de seus produtos, análise das suas provisões (premissas técnicas adotadas no cálculo das provisões), análise das despesas assistenciais, mortalidade, morbidade, cancelamentos, rotatividade da carteira, performance de contratos, entre outros. O banco de dados deve conter as seguintes informações – entre outras: o histórico de contraprestações; histórico de despesas assistenciais ocorridas (incluindo data de ocorrência, data de aviso e data do pagamento); dados cadastrais e perfil de beneficiários (incluindo gênero e data de nascimento); dados cadastrais de produtos; informações contábeis; informações de provisões; informações de despesas (incluindo despesas com comercialização, administrativas e operacionais); informações de receitas; entre outras informações. O cumprimento do item é quanto a realização de avaliações aqui previstas, a Gestão do Risco de Subscrição, e não quanto a realização efetiva por parte da Operadora do cálculo da parcela de seu capital regulatório referente ao Risco de Subscrição. Entretanto, as análises realizadas podem servir de subsídios para tal cálculo. (CNSP, 2015) (ANS, 2019) (ANS, 2019a) Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: Verificar a elaboração e existência de evidências documentadas que comprovem a avaliação e a gestão do risco de subscrição.		

1.7.4	A Operadora possui política de investimento de seus ativos financeiros, destacando limite de diversificação, restrições e riscos aceitáveis.	
Interpretação: Uma política de investimento de ativos financeiros é um instrumento de planejamento e compreende um conjunto de diretrizes e medidas que norteiam a gestão de ativos financeiros. Deve combinar aspectos de filosofia de investimentos e de planejamento visando à mitigação da ocorrência de desequilíbrios com o estabelecimento de uma composição de ativos que otimize a relação entre risco e retorno. A política deve ainda destacar o limite de diversificação de investimentos e restrições de ativos, definir a tolerância ao risco e os riscos aceitáveis, visar a uma liquidez compatível com obrigações a pagar e estar em consonância com a estratégia da operadora. Esta política deve compreender o conjunto de diretrizes e medidas que norteiam a gestão de ativos financeiros da operadora e deverá tratar minimamente dos riscos de mercado associados a flutuações de taxas de juros, renda variável, moeda, alavancagem, ALM - <i>Asset Liability Management</i>, taxas de câmbio, índices de inflação, cotações de ações, ou seja, da possibilidade de ocorrência de perdas resultantes da flutuação nos valores de mercado de posições detidas por uma carteira de investimentos. No caso de a Operadora pertencer a um grupo econômico, onde a política de investimentos de seus ativos financeiros seja definida pela controladora da Operadora, deverão ser consideradas as especificidades da regulamentação aplicável ao setor de saúde suplementar, as especificidades das operações de planos privados de assistência à saúde, bem como as especificidades da própria Operadora (por exemplo: seus procedimentos de governança, sua estratégia geral de negócios e seus procedimentos operacionais). Além disso, um grupo econômico as diferentes empresas podem ser reguladas/supervisionadas por diferentes entidades (ANS, SUSEP ou BACEN), sendo sujeitas a exigências distintas para o investimento de seus ativos financeiros. A mesma recomendação também se aplica ao caso das Cooperativas Médicas que utilizam para determinados processos de trabalho a estrutura de suas Federações. (IBGC, 2007b) (IAIS, 2011) (EIOPA, 2014) (OCDE, 2016)		
Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: Verificar a existência documentada da política de investimentos de seus ativos financeiros e se esta contempla os itens mínimos destacados no requisito (limite de diversificação de investimentos, restrições e riscos aceitáveis, inclusive risco de mercado).		
1.7.5	A Operadora avalia a suficiência de provisões técnicas constituídas para fazer frente aos riscos assumidos.	
Interpretação: A constituição e manutenção de provisões técnicas adequadas permitem assegurar o cumprimento dos compromissos decorrentes dos contratos de planos privados de assistência à saúde. Provisões técnicas constituídas de forma insuficiente podem trazer no futuro problemas financeiros que podem comprometer a solvência da operadora. A adequação das provisões técnicas deve ser objeto de especial acompanhamento por parte da operadora e a preocupação primordial é que os valores constituídos correspondam o mais próximo possível à realidade com compromissos assumidos. (IAIS 2011) (MANO; FERREIRA 2009) (ALMEIDA 2011) (EIOPA 2014) (SUSEP 2015)		

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Verificar a elaboração e existência de avaliação documentada acerca da suficiência de provisões técnicas constituídas para fazer frente aos riscos assumidos.

São possíveis formas de evidência para este item: (1) parecer atuarial, assinado por atuário legalmente habilitado com estudo específico acerca da suficiência das provisões; (2) relatório contendo a descrição e os resultados apurados, assinado por atuário legalmente habilitado, contendo o Teste de Adequação de Passivos (TAP) – quando o teste for obrigatório pela regulamentação da ANS, este item deverá ser obrigatoriamente evidenciado pela auditoria; (3) avaliação atuarial assinada por atuário legalmente habilitado; entre outros.

1.7.6**A Operadora implementa plano de ação a partir da avaliação de suficiência das provisões técnicas quando há necessidade de adequação.****Interpretação:**

Provisões técnicas constituídas de forma insuficiente podem trazer no futuro problemas financeiros que podem comprometer a solvência da operadora. Por outro lado, a constituição de provisões excessivas pode afetar sensivelmente a rentabilidade e competitividade da operadora no mercado, uma vez que a tarifação dos seus produtos poderá basear-se em estimativas demasiadamente pessimistas. Além disso, o registro inadequado das provisões técnicas pode afetar a base para cálculo e recolhimento de impostos.

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Verificar a adoção das ações propostas no plano de ação elaborado a partir dos resultados verificados com a avaliação de suficiência das provisões técnicas.

As formas de evidência a serem verificadas dependerão das ações propostas. Relatórios e atas de reuniões, relatório de atuário legalmente habilitado com as recomendações de adequação, registros de implementação/alteração de rotinas, atualização de cálculo e valores nos registros contábeis das provisões técnicas suportados pela devida documentação e registro das alterações efetuadas no “Termo de Responsabilidade Atuarial (TRA)” encaminhado à ANS são possíveis exemplos de formas de evidência deste item – entre outros.

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

1.7.7**A operadora gerencia os processos judiciais não ganhos relativos a disputas judiciais de cunho assistencial e verifica se estes valores estão compatíveis com a classificação realizada para fins de contabilização das provisões.****Interpretação:**

A operadora deverá analisar periodicamente os processos judiciais não ganhos decorrentes de questões assistenciais (negativa de cobertura, não atendimento pela rede prestadora, qualidade do atendimento, entre outros). Esta análise deverá ainda ser cotejada com a classificação dada para fins de contabilização (provável, possível e remota) das disputas judiciais supracitadas para cada processo envolvido.

A avaliação interna realizada deverá ser complementada com avaliações de riscos efetuadas e valores informados pelos consultores jurídicos da Operadora, tendo em vista o mérito das causas, o estágio processual, os valores envolvidos e a natureza das coberturas dos contratos.

Normas da ANS como as normas gerais do Plano de Contas Padrão da ANS e do Comitê de Pronunciamentos Contábeis (CPC) servem de guia e podem auxiliar na compreensão do tema. (ANS, 2018); (ANS, 2019)

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Verificar a existência de relatórios de processos judiciais não ganhos, contemplando estatísticas sobre objetos da causa e valores envolvidos na disputa judicial e comparação com a classificação dada para fins de contabilização das provisões sobre disputas judiciais de eventos indenizáveis para cada processo. Auditorias segmentadas por região e/ou filial poderão ser realizadas para o enriquecimento desta análise.

1.7.8	A Operadora tem processos para desenvolvimento e análise de novos produtos, serviços, contratos ou soluções, com o objetivo de fidelizar e atender as necessidades dos atuais beneficiários e conquistar novos beneficiários.	
-------	--	---

Interpretação:

Qualidade em serviços pode ser entendida como a capacidade de uma determinada experiência satisfazer uma necessidade ou resolver um problema que proporcione satisfação aos beneficiários, fidelizando os atuais e conquistando novos. A conquista de novos beneficiários oxigena a carteira atual e traz entrada de novas contraprestações à operadora. Produtos inovadores, oferecimento de serviços diferenciados, contratos ou a oferta de soluções aos beneficiários são ações de fidelização dos atuais beneficiários e atrativo para novos, contribuindo assim para a sustentabilidade da operadora.

A conquista de novos beneficiários pode ser verificada tanto pela comercialização de planos a novos clientes quanto pela adesão de novos entrantes à carteira.

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Verificar evidências sobre a existência de processos documentados contendo análise sobre o lançamento de novos produtos, oferecimento de serviços, contratos ou a oferta de soluções aos beneficiários da operadora ou potenciais beneficiários.

1.7.9	A operadora avalia e monitora os riscos de crédito relacionados à contratação de planos.	
-------	---	---

Interpretação:

A Operadora deverá possuir uma política de risco de crédito, que envolve a avaliação dos critérios de aceitação, estabelecendo limites para cada contraparte, através de análise da capacidade econômico-financeira, tempo de atividade e histórico de relacionamento do cliente no mercado, quando couber. Os ativos sujeitos ao risco de crédito deverão ser classificados minimamente com base no perfil do atraso para cada tipo de contratação (por exemplo: coletivo empresarial e coletivo por adesão) de modo a detectar as operações que necessitam de um maior grau de acompanhamento ou que demandem ações mais enérgicas, inclusive de cunho judicial.

(ANS, 2018); (ANS, 2019)

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Verificar a existência de uma política documentada ou documento (normas ou manuais de procedimentos) que estabeleça as diretrizes de aceitação do risco de crédito, além da existência de análises efetuadas com base nas diversas informações disponíveis (relatórios contábeis, financeiros, balancetes, entre outros).

1.7.10	A Operadora realiza Avaliação Atuarial, e estabelece e implementa plano de ação sobre os resultados apresentados no Relatório de Avaliação Atuarial quando verificada eventual necessidade de adequação.	
Interpretação: Avaliação Atuarial é um estudo apoiado em levantamento de dados estatísticos da população estudada e em bases técnicas atuariais, por meio do qual o atuário avalia o valor dos compromissos assumidos e o valor dos recursos necessários para garantir a solvência da operadora. Através da Avaliação Atuarial, o atuário deve expor suas análises a respeito da adequação ou inadequação de cada provisão técnica e de outros parâmetros de solvência, fazendo as devidas considerações a respeito das particularidades da operadora. Além de verificar para as provisões se as bases técnicas e os critérios em normas vigentes estão sendo obedecidos, o atuário também deverá avaliar os métodos utilizados para os cálculos, assim como as hipóteses utilizadas. Caso seja verificado déficit em alguma provisão técnica, o as medidas a serem adotadas para a sua solução deverão ser apresentadas. O Relatório de Avaliação Atuarial deve considerar os seguintes aspectos: (1) Objetivo da Avaliação; (2) Premissa de cenário adotada: “em operação” (<i>going on concern</i>) ou “em encerramento de atividades” (<i>run off</i>)- mais conservador; (3) análise da base de dados contendo estatísticas, período, críticas utilizadas e conclusão sobre a sua qualidade; (4) metodologia de cálculo e/ou justificativas para as variáveis atuariais empregadas; (5) identificação dos segmentos deficitários e superavitários (canal de distribuição e a segmentação planos individuais, coletivo empresarial e coletivo por adesão -quando aplicável); (6) teste de adequação de passivos; (7) análise da adequação dos preços; (8) análise das provisões técnicas com investigação de suficiência e se for o caso com recomendações/conclusões sobre a constituição de provisões adicionais; (9) projeção atuarial para o portfólio; (10) aderência da operadora às normas da ANS de Nota Técnica de Registro de Produtos (NTRP), Notas Técnicas Atuariais de Provisões, Capital Mínimo Requerido e Margem de Solvência (valor integral a ser observado); e (11) Considerações e recomendações do atuário para a resolução das inconsistências eventualmente observadas. (IAIS 2011) (SUSEP 2015)		
Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: A Análise de conformidade deste item deverá buscar evidências sobre a realização de uma Avaliação Atuarial devidamente documentada em um Relatório de Avaliação Atuarial, assinado por um atuário legalmente habilitado e as evidências de adoção das ações propostas no plano de ação elaborado a partir dos resultados apurados pela avaliação. As formas de evidência a serem verificadas com base nos resultados da avaliação atuarial dependerão das ações propostas no plano de ação. Relatórios e atas de reuniões, apresentações para a diretoria, registros de implementação/alteração de rotinas, atualização de manuais, políticas e diretrizes da operadora são possíveis exemplos de formas de evidência deste item. O plano de ação deverá ser devidamente documentado, possuir a designação do(s) responsável(is) pela sua implementação e possuir metas e prazos para a implementação das melhorias identificadas como necessárias, além de estar vinculado aos objetivos estratégicos da operadora – quando couber.		

1.7.11	A Operadora realiza estudos periódicos acerca da rentabilidade dos Ativos Garantidores das Provisões Técnicas visando a melhor estratégia e alocação de investimentos.	
Interpretação: A decisão acerca da alocação de investimentos de uma determinada operadora não deve ser realizada de forma aleatória, mas com base em estudos a serem realizados. Ao se falar de estratégias para alocação de investimentos, 3 aspectos devem ser observados: (1) Liquidez: que é relacionado à velocidade com que um investimento pode ser resgatado e transformado em dinheiro disponível; (2) Segurança: que é relacionado ao risco que se está disposto a correr em um determinado investimento; e (3) Rentabilidade: que é relacionado ao retorno que um determinado investimento pode oferecer. De modo a atender estes requisitos, a operadora deverá ainda realizar estudos periódicos que visem identificar os impactos resultantes de avaliações de cenários econômicos, com horizonte mínimo de dois anos, com recomendações de efeitos esperados sobre os ativos garantidores, considerando as principais variáveis macroeconômicas, tais como taxas de juros, taxas de câmbio, índices de inflação, preços de imóveis, cotação de ações, taxa de inadimplência, variação do produto interno e do déficit público, entre outras. Cabe destacar que a estratégia e alocação de investimentos a ser escolhida não deve deixar de observar os normativos da ANS que dispõe sobre aceitação, registro, vinculação, custódia, movimentação e limites de alocação e de concentração na aplicação dos ativos garantidores das provisões técnicas. No caso de a Operadora pertencer a um grupo econômico, onde os estudos podem ser conduzidos pela controladora da Operadora, deverão ser consideradas as especificidades da regulamentação aplicável ao setor de saúde suplementar, as especificidades das operações de planos privados de assistência à saúde, bem como as especificidades da própria Operadora. Além disso, um grupo econômico, com as diferentes empresas podendo ser reguladas/supervisionadas por diferentes entidades (ANS, SUSEP ou BACEN), está sujeito a exigências distintas para a aplicação de seus Ativos Garantidores das Provisões Técnicas. A mesma recomendação também se aplica ao caso das Cooperativas Médicas que utilizam para determinados processos de trabalho a estrutura de suas Federações. (IAIS 2011) (EIOPA 2014) (ANS, 2015a)		
Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: Verificar a realização de estudos devidamente documentados, realizados periodicamente e que visem dar subsídios às decisões quanto aos investimentos dos ativos garantidores a serem realizados. Dado à dinâmica do mercado de ativos financeiros, é aconselhável que a periodicidade de tais estudos seja inferior a 1 (um) ano. Verificar as ferramentas utilizadas para o controle do risco decorrentes de variações de flutuações das variáveis macroeconômicas sobre os ativos da operadora.		
1.7.12	A Operadora realiza análise relativa à performance futura de sua carteira, considerando perfil de morbidade, envelhecimento populacional, aumento da expectativa de vida, entre outros, tomando ações para manter sua sustentabilidade no longo prazo.	
Interpretação: Alterações no perfil de morbidade, envelhecimento populacional com o aumento da expectativa de vida bem como fatores macroeconômicos (que podem gerar a perda/cancelamento de vínculos de beneficiários) são fatores que influenciam o perfil da carteira e podem afetar a sustentabilidade de uma operadora ao longo do tempo, merecendo assim uma análise detalhada.		
Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: A Análise de conformidade deste item deverá buscar evidências sobre a realização da análise solicitada, devidamente documentada, considerando os elementos mínimos solicitados no item. São exemplos de ações cujas evidências poderão ser verificadas: (1) a constituição de provisões técnicas adicionais; (2) aporte de capital; (3) adoção de programas de gestão em saúde para melhorar custo-efetividade; entre outros.		

1.7.13	A operadora possui modelo próprio para o cálculo do capital baseado no risco de subscrição, atendendo ainda os requisitos estabelecidos pela ANS relativos aos processos de governança, gestão de riscos e controles internos.	
Interpretação: O risco de subscrição é um dos principais riscos com os quais as operadoras se defrontam, compreendendo o risco de precificação, associado à frequência e à severidade dos eventos em saúde, e o risco derivado da incerteza da estimativa de suas provisões técnicas. De acordo com estudos realizados pela ANS, o risco de precificação dos planos de saúde é o item mais relevante do risco de subscrição, que pode compreender os riscos de seleção, de desenho de produtos, de comportamento dos beneficiários etc. O desenvolvimento de um modelo próprio de capital facilita a alocação mais eficiente do capital das operadoras, uma vez que considera suas especificidades. Esta metodologia não deve ser confundida com o modelo padrão de capital baseado no risco de subscrição estabelecido pela ANS. Os requisitos estabelecidos pela ANS relativos aos processos de governança, gestão de riscos e controles internos a serem verificados são os estabelecidos nos Anexos I e III da RN nº 518, de 2022. Para tanto, a operadora deverá cumprir integralmente os referidos requisitos, e o auditor seguir o estabelecido, respectivamente, nos Anexos Ve VII da RN nº 518, de 2022. (ANS, 2007), (ANS, 2019), (ANS, 2019a).		
Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: Para verificação deste item, o auditor durante o processo de acreditação poderá solicitar, como formas de evidência, os seguintes documentos: Relatório de asseguarção razoável de auditoria independente, elaborado em conformidade com as normas técnicas e profissionais do Conselho Federal de Contabilidade, emitido por auditor registrado na Comissão de Valores Mobiliários - CVM, que assegure a manutenção e a efetividade dos controles internos, a fidedignidade dos dados utilizados no modelo próprio baseado no risco de subscrição da operadora; Relatório assinado por atuário legalmente habilitado e pelo representante legal da operadora, contendo informações relativas à estratégia de gestão de risco e do capital relativo ao risco de subscrição e de como o modelo está incorporado aos procedimentos de governança, à estratégia geral de negócios e aos seus processos operacionais - ou seja o “teste de uso”; Apresentação de teste de adequação do modelo próprio, baseado no risco de subscrição da operadora, assinado por atuário legalmente habilitado e pelo representante legal da operadora perante a ANS; Relatório assinado por atuário legalmente habilitado, demonstrando que o modelo está apropriadamente calibrado de forma a permitir uma estimativa justa e não tendenciosa do valor relativo ao risco de subscrição.		
1.8 Programa de Melhoria da Qualidade - PMQ		
Interpretação: Este requisito tem o objetivo de verificar não somente a existência de um Programa de Melhoria da Qualidade (PMQ), como também sua integração com o planejamento estratégico da operadora e os métodos para diagnosticar e monitorar as melhorias realizadas nos processos mais relevantes. Também é destacado o papel dos gestores e alta administração da operadora no acompanhamento do PMQ.		

1.8.1	Existe um Programa de Melhoria da Qualidade - PMQ com funções formalmente definidas, com o objetivo de apoiar as áreas, monitorar e propor ações de melhoria da qualidade dos processos principais da operadora.	
Interpretação: Para o perfeito funcionamento do PMQ seus membros devem ter uma função formalmente definida com o objetivo de apoiar as áreas monitoradas. Um processo pode ser definido como um conjunto de ações estruturadas e sequenciais com um objetivo definido. Os processos que têm uma relação mais direta com o objetivo a ser atingindo são chamados de processos críticos, que devem ser geridos pelas diversas unidades da operadora e acompanhados por equipes engajadas no PMQ. Cabe aos auditores identificar estes processos e as metodologias que embasem sua avaliação e o seu monitoramento, por meio do PDCA. Esta técnica estabelece um roteiro para a melhoria contínua da qualidade baseado nas seguintes funções: <i>Plan</i> (Planejar), <i>Do</i> (Fazer), <i>Check</i> (Verificar) e <i>Act</i> (Agir corretivamente). Outros métodos de planejamento da qualidade possuem foco na redução de perdas crônicas, que afetam os custos dos processos. Por vezes, mesmo que seja identificada oportunidade de melhoria no processo, algumas técnicas de planejamento da qualidade podem apontar para a descontinuidade como melhor alternativa, considerando exigências do negócio ou do mercado. (RODRIGUES, 2016)		
Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: Entre as possíveis fontes de evidência, destacam-se as seguintes: 1. Plano de ação de melhoria documentado, elaborado pelas gerências envolvidas nos processos; 2. Informações documentadas que evidenciam a estrutura e funções dos membros do grupo responsável pelo PMQ; 3. Infraestrutura disponibilizada para o funcionamento do PMQ bem como os registros de frequência e das atas de reuniões do grupo (datadas e validadas) contendo todas as suas decisões, detalhamento das ações e ferramentas utilizadas para monitoramento e gestão; 4. Lista de presença, troca de e-mails, apresentações, relatório com as conclusões para envio de deliberação. Os auditores deverão verificar a frequência com que o grupo se reuniu, analisou a situação, realizou o diagnóstico, propôs decisão e se as decisões são implementadas e acompanhadas pela operadora.		
1.8.2	O PMQ é gerenciado por equipe multidisciplinar, de modo a abarcar todas as principais áreas da operação da operadora.	
Interpretação: A composição de uma Equipe Multidisciplinar é feita por profissionais de diversas áreas, com formações acadêmicas diferentes, que se completam e que trabalham em prol de um único objetivo. A equipe deve reunir uma quantidade de disciplinas sem que cada uma perca a sua identidade, seus métodos, teorias e pressupostos. Assim, um mesmo tema ou objeto pode ser estudado sob o enfoque de diversos campos do conhecimento. A Gestão do PMQ deve ser realizada por equipe multidisciplinar contando com representantes dos principais macroprocessos/áreas da operadora, os quais deverão ser identificados e analisados pelos auditores. Essa equipe deve ser composta minimamente por profissionais da área de gestão de saúde e administrativa.		

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Entre as possíveis fontes de evidência, destacam-se as seguintes:

1. Informação documentada comprovando que o PMQ é formado por representantes das principais áreas e/ou gestores dos principais macroprocessos da operadora (a ser confrontado com o mapa dos processos da operadora);
2. Evidência de Mapeamento dos principais processos da operadora e se esses processos estão contemplados no escopo de trabalho do PMQ;
3. Qualificações dos participantes do PMQ (diplomas ou comprovação de experiência) com o objetivo de verificar a formação multidisciplinar da equipe.

1.8.3

O PMQ possui um plano anual de trabalho, cujas diretrizes estão vinculadas aos objetivos estratégicos da Operadora, com metodologia e sistemática de coleta e avaliação dos dados definidas.

**Interpretação:**

O plano anual de trabalho deve estar alinhado com o planejamento estratégico da operadora, apresentar um processo de coleta de dados bem definido e possuir uma metodologia para a construção de indicadores de desempenho e metas operacionais.

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Entre as possíveis formas de evidência, destacam-se as seguintes:

1. Registro formal do plano anual de trabalho do grupo;
2. Atas de reunião (meio digital ou físico- verificação e entrevistas);
3. Evidência de indicador para priorização (ou avaliação) dos processos;
4. Evidência de registros de monitoramento (indicadores e relatórios), análise dos resultados, planejamento das ações, interface com a direção e comunicação institucional; e
5. Evidência de elaboração de indicadores (por exemplo, esses indicadores podem ser baseados nos preceitos da Organização Mundial de Saúde - OMS, dentre outras).

1.8.4

O PMQ avalia o desempenho dos processos principais, através de indicadores da qualidade, incluindo indicadores de atenção em saúde.

**Interpretação:**

O PMQ deve conter indicadores de qualidade que justifiquem a sua existência e importância diante dos objetivos estratégicos estabelecidos pela operadora. A busca da excelência permeia tanto projetos de cunho assistencial como operacional nas operadoras (ex. auditoria em saúde, serviços de atendimento ao usuário, reconciliação de contas médicas etc.).

Os indicadores relacionados à atenção à saúde devem estar relacionados a qualidade e segurança do paciente, bem como a ações voltadas à garantia de acesso à saúde. Os indicadores do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar – IDSS, também poderão ser considerados nesta avaliação do PMQ. Para a definição de indicadores, é importante que a operadora utilize referências de indicadores utilizados por instituições reconhecidas (exemplo.: OPAS, OMS, ANS, ANVISA, Ministério da Saúde, etc). (RODRIGUES, 2016) (ABNT, 2015)

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Verificar:

1. Atas de Reunião;
2. Relatórios de análise;
3. Fichas dos Indicadores, metas, bibliografia e forma de pontuação desenvolvidos pela operadora que estejam baseados em indicadores utilizados por instituições reconhecidas no segmento de saúde.

1.8.5	O PMQ dá <i>feedback</i> às áreas monitoradas periodicamente.	
Interpretação: Os principais processos deverão ter um acompanhamento periódico devendo ser discutidos com as áreas monitoradas em igual (ou menor) frequência. Os auditores deverão verificar como este feedback se realiza e se contribui para o aperfeiçoamento das metas estabelecidas. É aconselhável que o feedback seja oferecido às áreas oportunamente aos resultados apurados no monitoramento. Entende-se que o monitoramento deva ser realizado com a menor periodicidade possível, assim, recomenda-se a periodicidade mínima trimestral. Quanto menor a periodicidade de acompanhamento e feedback de um processo, mais rápido podem ser feitos os ajustes no caso de desvios de curso.		
Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: Entre as possíveis formas de evidência, destacam-se as seguintes: 1. Atas e Relatórios; 2. Verificar os indicadores que poderão ser eventualmente acompanhados semestralmente e anualmente, ou em outras periodicidades menores, avaliando as justificativas da operadora.		
1.8.6	O PMQ sugere e acompanha a implementação de ações corretivas, pelas áreas responsáveis, a partir dos resultados do monitoramento quando necessário.	
Interpretação: O PMQ deverá acompanhar as ações corretivas implementadas pelas áreas responsáveis. Nesta etapa, portanto, as causas de não conformidades devem estar identificadas pelas áreas responsáveis, para que o monitoramento seja eficaz. Algumas técnicas de identificação dos processos que geram não conformidades são o Diagrama de Pareto, de Causa e Efeito, Matriz de prioridade –GUT (Gravidade, Urgência e Tendência), Método 5W2H (<i>What</i> - O quê; <i>Who</i> - Quem; <i>When</i> - Quando, <i>Where</i> - Onde; <i>Why</i> - Por quê; <i>How</i> - como; e <i>How Much</i> - quanto custa), podendo ser utilizadas conjuntamente. (RODRIGUES, 2016)		
Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: Entre as possíveis formas de evidência, destacam-se as seguintes: 1. Atas; 2. Relatórios; 3. Fluxogramas; 4. Ações corretivas e/ou plano de ação para eliminação de causa raiz.		
1.8.7	Os resultados das atividades do grupo do PMQ são analisados criticamente pela alta direção no mínimo anualmente.	
Interpretação: O acompanhamento dos resultados das atividades do grupo de PMQ deve ser analisado criteriosamente e periodicamente pela alta administração da operadora, norteando-se por critérios de eficácia, adequabilidade e alinhamento com a estratégia organizacional.		
Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: Entre as possíveis formas de evidência, destacam-se as seguintes: 1. Relatório de atividades do grupo PMQ; 2. Atas de reunião, apresentações e relatórios contendo a análise crítica, pelo menos anual, da alta direção em relação às atividades desenvolvidas pelo PMQ.		

1.8.8	O Programa de Melhoria da Qualidade possui um sistema de avaliação de efetividade das ações propostas, e promove a divulgação dos resultados das ações.	
Interpretação: Um sistema de avaliação pode ser considerado como um sistema de meios e processos empregados para alcançar determinado fim. Entende-se por efetividade a capacidade de atingir as metas previstas otimizando recursos. Outros especialistas definem efetividade como a capacidade de realizar determinada ação de maneira a atingir os objetivos da organização de forma socialmente e ambientalmente correta, considerando não só a ação produtiva específica em questão ou sistema produtivo, mas todo o contexto em que o processo ou produto estão desenvolvidos. Por sua vez, as ações propostas devem estar alinhadas com os objetivos estratégicos da operadora, compreendendo vários temas inerentes às atividades delas como a satisfação do cliente, e a qualificação da rede. (RODRIGUES, 2018)		
Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: O auditor deverá verificar os métodos utilizados pela operadora: questionários aplicados aos “clientes finais”, análise de indicadores, robustez e utilidade etc., os quais deverão estar preferencialmente baseados em farta fundamentação teórica. Por último, deverá ser verificado se os canais de divulgação dos resultados das ações são suficientemente adequados às partes interessadas (colaboradores, prestadores de serviços, clientes - conforme o caso). Exemplos de itens a serem verificados: 1. Verificação do sistema de avaliação; 2. Mapeamentos dos principais processos do sistema de avaliação; 3. Informação documentada sobre as metas e indicadores propostos; 4. Material de divulgação (apresentação, e mail-<i>marketing</i> etc.); 5. Evidência de realização de eventos (fotos, convites, relação do público alvo, lista de participantes, avaliação de documentos etc.); e 6. Entrevista com colaboradores.		

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS PARA GESTÃO ORGANIZACIONAL

- ABNT – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. ABNT NBR ISO/IEC 27002 – Tecnologia da Informação – Técnicas de segurança – Código de prática para gestão de segurança da informação. ABNT, 2005.
- _____. ABNT NBR ISO 9001/2008: Sistemas de Gestão da Qualidade. Especificação, 2008.
- _____. ABNT NBR ISO/IEC 20000-1. Tecnologia da Informação – Gerenciamento de Serviços. Parte 1, Especificação, 2008a.
- _____. ABNT NBR ISO/IEC 20000-2. Tecnologia da Informação – Gerenciamento de Serviços. Parte 2, Especificação, 2008b.
- _____. ABNT NBR ISO/IEC 27001 – Técnicas de segurança - Sistemas de Gestão da segurança da informação. Especificação, ABNT, 2013.
- _____. ALMEIDA, Renata Gasparello de. O Capital Baseado em Risco: Uma abordagem para Operadoras de Planos de Saúde. Editora Sicurezza. Ed.1. 2011.
- ANS - AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Resolução Normativa nº 502, de 30 de março de 2022. Dispõe sobre os procedimentos administrativos físico e híbrido de ressarcimento ao SUS, Rio de Janeiro: ANS 2022a. Disponível em: <<https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDE2Mg==>>.
- _____. Resolução Normativa nº 569, de 19 de dezembro de 2022. Rio de Janeiro: ANS 2022. Disponível: <<https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDMyMw==>>

- ANS 2008. Disponível em: < <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTM4Ng> >
- _____. ANS - AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Plano Diretor de Tecnologia da Informação e Comunicação ANS (2017-2019). Rio de Janeiro: ANS 2017. Disponível em: [http://www.ans.gov.br/images/stories/A_ANS/Transparencia_Institucional/Prestacao-de-Contas/Contratos de Gestao/PDTIC-2017-2019-TOTAL.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/A_ANS/Transparencia_Institucional/Prestacao-de-Contas/Contratos_de_Gestao/PDTIC-2017-2019-TOTAL.pdf)
- _____. Resolução Normativa nº 438, de 3 de dezembro de 2018. Dispõe sobre a regulamentação da portabilidade de carências para beneficiários de planos privados de assistência à saúde. ANS: 2018. Disponível em: <<https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=MzY1NA==>>>
- _____. Resolução Normativa nº 501, de 30 de março de 2022. Esta Resolução estabelece o Padrão obrigatório para Troca de Informações na Saúde Suplementar - Padrão TISS dos dados de atenção à saúde dos beneficiários de Plano Privado de Assistência à Saúde. Rio de Janeiro, ANS: 2022b. Disponível em: <<https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDE2MQ==>>>
- _____. Resolução Normativa nº 358, de 01 de dezembro de 2014. Procedimentos administrativos físico e híbrido de ressarcimento ao SUS, previsto no art. 32 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e normas sobre o repasse dos valores recolhidos a título de ressarcimento ao SUS. Rio de Janeiro: ANS 2014. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=MjgyNw>>>
- _____. Resolução Administrativa nº 62, de 2 de junho de 2015. Política de Segurança da Informação da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro: ANS 2015.
- _____. Resolução Normativa nº 521, de 28 de abril de 2022. Dispõe sobre aceitação, registro, vinculação, custódia, movimentação e limites de alocação e de concentração na aplicação dos ativos garantidores das operadoras no âmbito do sistema de saúde suplementar. Rio de Janeiro: ANS 2022d. Disponível em: <<https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDIxNA==>>>
- _____. Resolução Normativa nº 435, de 23 de novembro de 2018. Dispõe sobre o Plano de Contas Padrão da ANS para as operadoras de planos de assistência à saúde; acrescenta, altera e revoga dispositivos da Resolução Normativa - RN nº 173, de 10 de julho de 2008, que dispõe sobre a versão XML (Extensible Markup Language) do Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde - DIOPS/ANS, e revoga a RN nº 290, de 27 de fevereiro de 2012. Rio de Janeiro: ANS 2018. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzY0Mg==>
- _____. Resolução Normativa nº 518, de 29 de abril de 2022. Dispõe sobre adoção de práticas mínimas de governança corporativa, com ênfase em controles internos e gestão de riscos, para fins de solvência das operadoras de plano de assistência à saúde. Rio de Janeiro: ANS 2022. Disponível em: <<https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDIxNw==>>>
- _____. Consulta Pública nº 73, Proposta de Resolução Normativa que disciplina os critérios para definição do capital regulatório das operadoras de planos de assistência à saúde. Rio de Janeiro. ANS, 2019a.
- LBUQUERQUE, J. R. ; et al. Influência da Divulgação do Relato Integrado nos Indicadores Econômico-Financeiros: Uma Análise Comparativa do Desempenho de Empresas Participantes e Não Participantes do Projeto Piloto do IIRC no Brasil. Edição Especial - Revista de Contabilidade da UFBA, Salvador-Bahia. V. 11, N. 3, Pág. 189-211, set-dez 2017.
- ANDRADE, Adriana; ROSSETTI, José Paschoal. Governança Corporativa – Fundamentos, desenvolvimento e tendências. Editora Atlas. Ed. 4. 2007.
- BABSKY, F. V.; JEUNON, E. E.; DUARTE, L. C. Sustentabilidade na saúde suplementar: um estudo sobre cooperativas operadoras de planos de saúde UNIMED. VI SINGEP. Simpósio Internacional de Gestão de Projetos, Inovação e Sustentabilidade. São Paulo, Brasil, 2017. ISSN 2317-8302. Disponível em: http://singep.submissao.com.br/6singep/resultado/an_resumo.asp?cod_trabalho=259

- BACEN - BANCO CENTRAL DO BRASIL. Resolução nº 4.557, de 23 de fevereiro de 2017. sobre a estrutura de gerenciamento de riscos e a estrutura de gerenciamento de capital: BACEN 2017 Disponível em: <http://www.bcb.gov.br/pre/normativos/busca/downloadNormativo.asp?arquivo=/Lists/Normativos/Attachments/50344/Res_4557_v1_O.pdf>
- BORGINHO, H. Provisões para Sinistros Não Vida Metodologias de Estimção. ASF, Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões. Disponível em: <http://www.asf.com.pt/winlib/winlibimg.aspx?skey=8D06C03A43CC4368BC6542AFD3418D9B&doc=13342&img=1031&save=true>
- BRASIL. LEI Nº 12.846, de 1º de agosto de 2013. Dispõe sobre a responsabilização administrativa e civil de pessoas jurídicas pela prática de atos contra a administração pública, nacional ou estrangeira, e dá outras providências. Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12846.htm
- _____. DECRETO Nº 8.420, de 18 de março de 2015. Regulamenta a Lei no 12.846, de 1º de agosto de 2013, que dispõe sobre a responsabilização administrativa de pessoas jurídicas pela prática de atos contra a administração pública, nacional ou estrangeira e dá outras providências. Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Decreto/D8420.htm
- BRODBECK, F.; HOPPEN, N. Alinhamento estratégico entre os planos de negócio e de tecnologia de informação: um modelo operacional para implementação. Rev. adm. contemp., Curitiba, v. 7, n. 3, p. 9-33, 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-65552003000300002
- CARBONE, P. Gestão por competência e educação corporativa: caminhos para o desenvolvimento de competências, 2015. IBICT. Inc. Soc., Brasília, DF, v. 7 n. 1, p.44-55, jul./dez., 2013. Disponível em: <http://revista.ibict.br/inclusao/issue/view/140>
- CARVALHO, R. T. Indicadores Macroeconômicas e Planejamento Estratégico: Uma Percepção dos Altos Executivos Brasileiros, 2015. 103f. Dissertação de Mestrado. Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10438/15857>
- CGU – CONTROLADORIA GERAL DA UNIÃO. Programa de Integridade – Diretrizes para Empresas Privadas: CGU 2015** Disponível em: <http://www.cgu.gov.br/Publicacoes/etica-e-integridade/arquivos/programa-de-integridade-diretrizes-para-empresas-privadas.pdf>
- COSO. Gerenciamento de Riscos Corporativos - Estrutura Integrada: COSO 2007. Disponível em: <https://www.coso.org/Documents/COSO-ERM-Executive-Summary-Portuguese.pdf>
- _____. Risk Assessment in Practice: COSO 2012. Disponível em: <https://www.coso.org/Documents/COSO-ERM%20Risk%20Assessment%20in%20Practice%20Thought%20Paper%20October%202012.pdf>
- _____. Enterprise Risk Management - Integrating with Strategy and Performance – Frequently Asked Questions, June 2017: COSO 2017 Disponível em: <https://www.coso.org/Documents/COSO-ERM-FAQ-September-2017.pdf>
- CVM – COMISSÃO DE VALORES MOBILIÁRIOS. Recomendações da CVM Sobre Governança Corporativa: CVM 2002. Disponível em <http://www.cvm.gov.br/export/sites/cvm/deciso/es/anexos/0001/3935.pdf>
- _____. Instrução CVM nº 480, de 7 de dezembro de 2009. sobre o registro de emissores de valores mobiliários admitidos à negociação em mercados regulamentados de valores mobiliários: CVM 2009. Disponível em: <http://www.cvm.gov.br/export/sites/cvm/legislacao/instrucoes/anexos/400/inst480consolid.pdf>
- CNSP Conselho Nacional de Seguros Privados. Resolução CNSP nº 312, de 2014. sobre a prestação de auditoria independente para as sociedades seguradoras, sociedades de capitalização, entidades abertas de previdência complementar e resseguradores locais, bem como sobre a criação de Comitê de Auditoria. Rio de Janeiro. SUSEP 2014. Disponível em: <http://www2.susep.gov.br/bibliotecaweb/docOriginal.aspx?tipo=1&codigo=33096>
- _____. Resolução CNSP nº 321, de 2015. Dispõe sobre provisões técnicas, ativos redutores da necessidade de cobertura das provisões técnicas, capital de risco baseado nos riscos de subscrição, de crédito, operacional e de mercado, patrimônio líquido ajustado, capital mínimo requerido, plano de regularização de solvência, limites de retenção, critérios para a realização de investimentos, normas contábeis, auditoria contábil e auditoria atuarial independentes e Comitê de Auditoria referentes a seguradoras, entidades abertas de previdência complementar, sociedades de capitalização e

resseguradores. CNSP, 2015. Disponível em: <http://www2.susep.gov.br/bibliotecaweb/docOriginal.aspx?tipo=2&codigo=35542>

EIOPA European Insurance and Occupational Pensions Authority. Orientações Relativas ao Sistema de Governança. Frankfurt. EIOPA 2014. Disponível em : https://eiopa.europa.eu/guidelinessii/eiopa_guidelines_on_system_of_governance_pt.pdf

FAERMAN, S. R.; QUINN, R. E.; THOMPSON, M. P. Competências Gerenciais Princípios e Aplicações. Ed. 3. Editora Campus. 2004.

FILHO, J.M. Planejamento e Gestão Estratégica em Organizações em Saúde. Ed. 2.FGV. 2016.

FLEURY, M. T. L. Gerenciando a diversidade cultural: experiências de empresas Brasileiras. Rev. adm. empresa, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 18-25, 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75902000000300003&lng=en&nrm=iso

FNQ - FUNDAÇÃO NACIONAL DA QUALIDADE. Primeiros Passos para a Excelência Avaliação e diagnóstico da Gestão Organizacional. 1ª Edição. São Paulo. FNQ2014.

_____. Modelo de Excelência em Gestão (MEG) Guia de Referência da Gestão para a Excelência. 21ª Edição. São Paulo. FNQ2016.

FRAGA, Marcos Antônio Silva; BARBOSA, Marcelo Werneck. Uma Análise do Uso e Efeitos da Terceirização de Serviços de TI em Empresas de Belo Horizonte. Qualitas. 2017.

GAITHER, N.; FRAZIER, G. A Administração da Produção e das Operações. Ed. 8. Editora Cengage Learning. 2002.

IAIS. Insurance Core Principles do International Association of Insurance Supervisors. Basiléia. IAIS 2011 Disponível em: <https://www.iaisweb.org/page/supervisory-material/insurance-core-principles>

IBGC - INSTITUTO BRASILEIRO DE GOVERNANÇA CORPORATIVA - Cadernos de Governança Corporativa nº 1 – Guia de Orientação para o Conselho Fiscal. São Paulo. IBGC 2007. Disponível em: <<http://www.ibgc.org.br/Publicacoes>>

_____. Cadernos de Governança Corporativa nº 3 – Guia de Orientação para Gerenciamento de Riscos Corporativos. São Paulo. IBGC 2007a. Disponível em: < <http://www.ibgc.org.br/userfiles/3.pdf> >

_____. Cadernos de Governança Corporativa nº 4 – Guia de Sustentabilidade para as empresas. São Paulo. IBGC 2007b. Disponível em: <http://www.ibgc.org.br/userfiles/4.pdf>

_____. Governança Corporativa – Internacionalização e Convergência – Os novos Rumos das práticas de Governança. IBGC. Editora Saint Paul. São Paulo. IBCG 2010.

_____. Códigos e Guias do IBCG – Instituto Brasileiro de Governança Corporativa - Guia das Melhores Práticas de Governança para Institutos e Fundações Empresariais. IBGC. São Paulo. IBGC 2014 a. Disponível em: <http://www.ibgc.org.br/Publicacoes>

_____. Cadernos de Governança Corporativa nº 12 – Caderno de Boas Práticas de Governança Corporativa Para Empresas de Capital Fechado Um guia para sociedades limitadas e sociedades por ações fechadas. São Paulo. IBGC 2014b. Disponível em: <http://www.ibgc.org.br/userfiles/2014/files/Arquivos_Site/Caderno_12.PDF>

_____. Códigos e Guias do IBCG – Instituto Brasileiro de Governança Corporativa - Código das Melhores Práticas de Governança Corporativa – 5ª edição. São Paulo. IBGC 2015. Disponível em: <http://www.ibgc.org.br/Publicacoes>

_____. Códigos e Guias do IBCG – Instituto Brasileiro de Governança Corporativa - Código das Melhores Práticas de Governança Corporativa para Cooperativas. São Paulo. IBGC 2015a. Disponível em: <http://www.ibgc.org.br/Publicacoes>

_____. Cadernos de Governança Corporativa nº 19 – Gerenciamento de riscos corporativos: evolução em governança e estratégia. São Paulo. IBGC 2017. Disponível em: < http://www.ibgc.org.br/userfiles/files/2014/files/Publicacoes/CG19_Riscos.pdf >

_____. Códigos e Guias do IBCG – Instituto Brasileiro de Governança Corporativa - Guia das Melhores Práticas para Organizações do Terceiro Setor: Associações e Fundações. São Paulo. IBGC 2017a. Disponível em: <http://www.ibgc.org.br/Publicacoes>

- _____. Cadernos de Governança Corporativa nº 16 – Governança Corporativa e Boas Práticas de Comunicação. São Paulo. IBGC 2017b. Disponível em: < http://www.ibgc.org.br/userfiles/2014/files/CG16_Comunicacao.pdf>
- IRB - Instituto de Resseguros do Brasil. Cartilha de Prevenção a Fraudes. V. 2015.1 Elaboração e Revisão: *Compliance*. IRB BRASIL 2015. Disponível em: http://ri.irbbrasilre.com/ptb/52/Cartilha%20de%20Preveno%20a%20Fraudes%20revisada%203_WEB_VF.pdf
- JULIANA, C.O A (2017). A Contribuição dos Controles Internos na Execução de uma Auditoria no Setor Financeiro: O Caso de uma Cooperativa. Disponível em <http://bibliodigital.unijui.edu.br:8080/xmlui/handle/123456789/5143>
- KERZNER, H. Gestão de Projetos – As melhores práticas. Bookman. Ed. 3. 2017.
- KESTEMAN, H. N.; et al. Planejamento e Gestão estratégica em organizações em saúde. Editora FGV, 2016.
- LOURENÇO, A. R. B. (2015). Análise da Implementação de um Programa De Trainees: O Caso do Santander Top Training, 2015. 54f Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa. Instituto Superior de Economia e Gestão. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.5/10960>
- MANO, C. C. A.; FERREIRA, P. P. Aspectos Atuariais e Contábeis das Provisões Técnicas. Rio de Janeiro. FUNENSEG 2009.
- MAZZURANA, J. E. J.; JUNG, C. F. Um modelo aplicado à melhoria dos processos de Planejamento Estratégico e Autoavaliação em Instituições de Ensino Superior Privadas Colóquio Revista do Desenvolvimento Regional, v. 11, n.1, páginas 167-191, 2014. Disponível em; <https://seer.faccat.br/index.php/coloquio/issue/view/13>
- MELO, E. F. L.; NEVES, C. R.. Solvência no mercado de seguros e previdência: coletânea de estudos. Rio de Janeiro. FUNENSEG, 2013. Disponível em: <http://cpes.org/wp-content/uploads/2015/11/Livro-Solvencia-no-Mercado-miolo-total-em-22-11-2013.pdf>
- MINISTÉRIO DO TRABALHO. Secretaria de Segurança e Saúde no Trabalho. Portaria SSST nº 24. Distrito Federal: 1994.
- MINISTRY OF JUSTICE OF THE UNITED KINGDOM. The Bribery Act 2010 – Guidance. Disponível em <http://www.justice.gov.uk/downloads/legislation/bribery-act-2010-guidance.pdf>.
- NASCIMENTO, M. L. S.; et al. A Importância do Balanced Scorecard para o Planejamento Estratégico: Um Estudo em uma Operadora de Plano Odontológico, v.4, n.2, 2015. Disponível em: <http://revista.fametro.com.br/index.php/RDA/article/view/94>
- NAVA, N. R. P. Incorporação do Elemento BDE na modelagem de Risco Operacional e seu impacto no VaR. 2015, 79f. Dissertação de Mestrado. Universidade de Brasília, UnB. Brasília, 2015. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/18782>
- NEGRAO, C. L.; PONTELO, J. F.. *Compliance*, Controles Internos e Riscos: A importância da área de gestão de Pessoas. Ed. 1. Editora SENAC. São Paulo. 2017.
- OECD - Organisation for Economic Co-Operation and Development . Good Practice Guidance on Internal Controls, Ethics, and *Compliance*. 2010. Disponível em: <http://www.oecd.org/daf/anti-bribery/44884389.pdf>
- _____. Risk Management and Corporate Governance, Corporate Governance, OECD Publishing. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264208636-en>
- _____. Princípios de Governo das Sociedades do G20 e da OCDE, Éditions OCDE, Paris. OCDE. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264259195-pt>
- _____. OECD Corporate Governance Factbook 2017. Editions OCDE. Paris. OCDE. 2017. Disponível em: <<https://www.oecd.org/daf/ca/Corporate-Governance-Factbook.pdf>>
- OGATA, A. J. N. Produto n. 2. Texto analítico com evidências de boas práticas de integração assistencial e ocupacional por operadoras de planos privados de assistência à saúde, incluindo revisão da literatura científica com ênfase nas ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças crônicas e explicitando as necessidades de inovação nas práticas desse tipo de cuidado na saúde suplementar. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Termo de Cooperação nº 42. Brasil. Rio de Janeiro. 2015
- OLIVEIRA, D. L.; MAÇADA, A. C. G.; OLIVEIRA, G. D. Valor das capacidades de TI: efeitos nos processos e no desempenho da firma em um país em desenvolvimento. Revista Brasileira de Gestão de Negócios,

- vol. 18, núm. 60, abril-junho, 2016, pp. 245-266 Fundação Escola de Comércio Álvares Penteado São Paulo, Brasil Percepções de Alinhamento Estratégico Um Estudo em Empresas Tecnológicas (Ferreira, Eric et al, 2017). Disponível em: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=94746409005>
- PAROLIN, S. R. H.; ALBUQUERQUE, L. G. Gestão de Pessoas para a Criatividade em Organizações Inovativas. REAd. Rio Grande do Sul. v. 16, n. 3. 2010. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/read/article/view/38830>
- PIRES, S.K.; et al. As perspectivas motivacionais dos colaboradores acerca do programa de remuneração variável: Um estudo de caso em uma empresa do ramo imobiliário. Periódico Científico Negócios em Projeção . Junho 2015
- QUINN, R.E. et al., Competências gerenciais: princípios e aplicações. Rio de Janeiro: Elsevier, 7ª impressão, 2003.
- RODRIGUES, M. V. Ações para a Qualidade: Gestão estratégica e integrada para melhoria dos processos na busca da qualidade e competitividade. Ed. 4. Editora Campus. 2012.
- RODRIGUES, M. V. et al. Qualidade e Acreditação em Saúde. Ed.2. Editora FGV. 2016.
- ROUX V. C.; CESAR, A. M. Medidas de Desempenho da Área de Recursos Humanos e Seu Relacionamento com Indicadores de Desempenho Econômico. REGE, São Paulo – SP, Brasil, v. 22, n. 1, p. 97-114, jan./mar. 2015. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rege/article/viewFile/102626/100893>
- SCHNEIDER, J., SOUZA, A.R.L.. A importância da segurança da informação e dos controles internos na prevenção de riscos à estabilidade financeira de uma instituição bancária. Pensar contábil, Rio de Janeiro, v.19, n.69, p.30-39, mai/ago, 2017.
- SILVA, A. L.; DUARTE, M. F; PLUTARCO, F. Eventos Organizacionais Raros: O que são e como investiga-los? RAM, Ver. Adm. Mackenzie. 2015, vol.16, n.1, pp.96-123. ISSN 1678-6971. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1678-69712015/administracao.v16n1p96-123>
- SOUZA, A. R. S. Trajetórias de carreira de executivos e meritocracia: um estudo sobre a gestão de pessoas por competências, 2017. 162f. Dissertação de Mestrado. Fundação Getúlio Vargas. Escola Brasileira de Administração Pública e de empresas, 2017. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10438/19604>
- SUSEP - SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS. Circular nº 249, de 20 de fevereiro de 2004. sobre a implantação e implementação de sistema de controles internos nas sociedades seguradoras, nas sociedades de capitalização e nas entidades abertas de previdência complementar. Rio de Janeiro. SUSEP 2004. Disponível em: <http://www2.susep.gov.br/bibliotecaweb/docOriginal.aspx?tipo=1&codigo=14777>
- _____. Circular nº 445, 2 de julho de 2012. sobre os controles internos específicos para a prevenção e combate dos crimes de “lavagem” ou ocultação de bens, direitos e valores, ou os crimes que com eles possam relacionar-se, o acompanhamento das operações realizadas e as propostas de operações com pessoas politicamente expostas, bem como a prevenção e coibição do financiamento ao terrorismo. Rio de Janeiro. SUSEP 2012. Disponível em: <<https://www2.susep.gov.br/bibliotecaweb/docOriginal.aspx?tipo=1&codigo=29636>>
- _____. Circular nº 492, 23 de fevereiro de 2014. sobre os critérios para a constituição de banco de dados de perdas operacionais pelas sociedades seguradoras, entidades abertas de previdência complementar, sociedades de capitalização e resseguradores locais, para fins de estudos de aprimoramento do modelo regulatório de capital de risco baseado no risco operacional. Rio de Janeiro. SUSEP 2014. Disponível em: <http://www2.susep.gov.br/bibliotecaweb/docOriginal.aspx?tipo=2&codigo=35656>>
- _____. Circular nº 517, de 30 de julho de 2015. sobre provisões técnicas; teste de adequação de passivos; ativos redutores; capital de risco de subscrição, crédito, operacional e mercado; constituição de banco de dados de perdas operacionais; plano de regularização de solvência; registro, custódia e movimentação de ativos, títulos e valores mobiliários garantidores das provisões técnicas; formulários de informações periódicas – FIP/SUSEP; Normas Contábeis e auditoria contábil independente das seguradoras, entidades abertas de previdência complementar, sociedades de capitalização e resseguradores; exame de certificação e educação profissional continuada do auditor contábil independente e sobre os Pronunciamentos Técnicos elaborados pelo Instituto Brasileiro de Atuação –

IBA. Rio de Janeiro. SUSEP 2015. Disponível em: <<http://www2.susep.gov.br/bibliotecaweb/docOriginal.aspx?tipo=2&codigo=35656>>

_____. Circular nº 521, 23 de fevereiro de 2015. altera a Circular SUSEP nº 517, de 30 de julho de 2015. Rio de Janeiro. SUSEP 2015a. Disponível em: <<http://www2.susep.gov.br/bibliotecaweb/docOriginal.aspx?tipo=2&codigo=35656>>

_____. Circular SUSEP nº 344, de 21 de junho de 2017. sobre controles internos específicos para a prevenção contra fraudes. Rio de Janeiro. SUSEP 2017. Disponível em: http://www.susep.gov.br/textos/circ344.pdf/at_download/file

_____. Orientações da SUSEP ao Mercado – Padrões para o reporte de perdas operacionais no BDPO. Rio de Janeiro. SUSEP 2016. Disponível em: <http://www.susep.gov.br/setores-susep/cgsoa/coris/requerimentos-de-capital/arquivos/Padroes%20para%20o%20Reporte%20de%20Perdas%20Operacionais.pdf>

TEIXEIRA, Lucas; LOPES, Humberto. Aplicação do Modelo CANVAS para o modelo de negócios do Banco do Brasil e da Caixa Econômica Federal. Revista Gestão & Tecnologia, 2016. Disponível em <https://www.pucminas.br/PucVirtual/pesquisa/administracao/Documents/Aplica%C3%A7%C3%A3o%20do%20modelo%20canvas%20para%20o%20modelo%20de.pdf>

TERROSO DA SILVA, C. M. Recrutamento e Seleção: Problemática da análise de perfis profissionais, 2016. 96f. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Letras da Universidade do Porto. Disponível em: https://sigarra.up.pt/flup/pt/pub_geral.show_file?pi_gdoc_id=883598

VALLE, A. B.; et al. Sistemas de Informações Gerenciais em Organizações em Saúde. Ed. 1. Editora FGV, 2010.

DIMENSÃO 2: GESTÃO DA REDE PRESTADORA DE SERVIÇOS DE SAÚDE

A dimensão 2 busca avaliar a gestão da rede assistencial das operadoras, considerando critérios de qualidade para sua conformação, bem como mecanismos de regulação do acesso dos beneficiários.

2.1 Acesso do beneficiário à Rede Prestadora de serviços de saúde

Interpretação:

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (Ministério da Saúde, 2010).

A rede em saúde consiste em um conjunto de diferentes organizações, ou de arranjos institucionais, que presta serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida e que está pronta a prestar contas dos resultados clínicos e econômicos da população que a utiliza (OPAS, 2011).

A conformação das redes das operadoras deve ter em consideração o porte, a operação com rede própria, credenciada ou referenciada, a área geográfica de abrangência de sua atuação e, especialmente, o perfil demográfico e epidemiológico de seus beneficiários.

A constituição de redes assistenciais que garantam o acesso contínuo ao cuidado à saúde, resolutivo e de qualidade, de acordo com o que foi contratado, aponta para uma maior organização e eficiência da gestão assistencial pelas operadoras.

A avaliação do acesso dos beneficiários à rede prestadora constitui um importante instrumento para estimar se a rede assistencial da operadora é quantitativamente suficiente. Ademais, é importante ressaltar que a organização da rede assistencial e a oferta de serviços devem ser orientados mais pelas necessidades de saúde dos beneficiários do que pela disponibilidade de serviços ou pela demanda espontânea (ANS, 2015).

A identificação de falhas no acesso permite que as próprias operadoras reavaliem suas práticas de gestão e identifiquem as lacunas existentes na prestação da assistência à saúde, com vistas à realização de planejamento que permita organizar a rede assistencial e implementar ações de modo a garantir o atendimento oportuno (ANS, 2015).

2.1.1	A Operadora utiliza critérios quantitativos para estabelecer o número adequado de prestadores de serviços da rede de atenção à saúde da operadora.	
Interpretação: A avaliação da adequação do número de prestadores de serviços, por meio de critérios quantitativos e estruturais, significa que a operadora ajusta o quantitativo de estabelecimentos, recursos, serviços e profissionais de saúde frente à quantidade de beneficiários de seus produtos que utilizam a rede de saúde em uma determinada região geográfica. A rede de saúde deve ser construída considerando as necessidades de saúde da população de beneficiários da carteira, após a análise do seu perfil demográfico e epidemiológico. Esta adequação deve ser cotejada com a mensuração de acesso por parâmetros quantitativos, tais como: número anual de consultas com clínico ou com médico generalista por beneficiário adulto; número mensal de sessões de hemodiálise por beneficiário com doença renal crônica avançada; tempo entre o diagnóstico e o tratamento de algum tipo de neoplasia que acometa o beneficiário, dentre outros parâmetros. Quanto à sua localização, a operadora deve observar as seguintes regras: localização no mesmo município; em caso de indisponibilidade ou inexistência do prestador equivalente no mesmo município, poderá ser indicado prestador em município limítrofe; em caso de indisponibilidade ou inexistência de prestador equivalente nos municípios limítrofes, poderá ser indicado prestador na Região de Saúde à qual faz parte o município. (ANS, 2014) (Brasil, 1998) (RN 354, 2014) (RN 259, 2011) (NOTA 315-2015)		
Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: Verificar se a operadora possui documento técnico, que subsidie a conformação da rede em saúde, baseado na literatura sobre dimensionamento de rede, na experiência da operadora, em estudos ou protocolos, bem como nas necessidades de saúde da sua população de beneficiários. Esse documento técnico deve descrever a metodologia utilizada para a definição dos parâmetros quantitativos, para a organização da rede de atenção à saúde a seus beneficiários. É importante mensurar a necessidade de prestadores de serviço de saúde por tipo (hospitais, hospitais-dia, SADT e profissionais de saúde), considerando sua dispersão e levando em consideração a possibilidade de a demanda ser absorvida por prestadores em municípios limítrofes ou na mesma região de saúde. Esse documento deve conter referências à literatura utilizada.		

2.1.2	A Operadora utiliza critérios qualitativos para estabelecer a conformação da sua rede prestadora de serviços.	
	Interpretação: Qualidade do cuidado é o grau em que os serviços de saúde, organizados para o atendimento das necessidades em saúde de indivíduos e populações, aumentam a probabilidade de resultados desejados e consistentes com o conhecimento médico-profissional corrente (IOM, 1999). A operadora deve estabelecer critérios de qualidade baseados na literatura científica, que devem estar explicitados e justificados em documento, para o credenciamento e referenciamento de todos os tipos de prestadores de serviços (Hospitais, hospitais-dia, SADT, clínicas, e consultórios isolados). Também quando houver rede própria, a operadora deve se comprometer com critérios de qualidade dos seus prestadores de serviços. Para fins de avaliação da qualidade dos prestadores que compõem a sua rede de assistência em saúde, a operadora deve contemplar o disposto no Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar – QUALISS, estabelecido pela RN 510/2022 e o Fator de Qualidade, estabelecido pela RN 364/2014, alterado pela RN 436/2018. O programa QUALISS consiste no estabelecimento e, avaliação e divulgação de atributos de qualificação relevantes para o aprimoramento da qualidade assistencial dos prestadores de serviços na Saúde Suplementar. Os atributos de qualificação do QUALISS são critérios qualitativos de avaliação dos prestadores, que possibilitam às operadoras investir em redes assistenciais mais efetivas na atenção à saúde. O Fator de Qualidade estabelece atributos de qualificação para o estabelecimento de um percentual sobre o índice utilizado para o reajuste dos prestadores de serviço.	
	Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: Verificar a existência de documento técnico contendo os critérios de qualidade estabelecidos pela operadora, baseados na literatura, no programa QUALISS e no Fator de Qualidade. Os atributos de qualidade aferidos no QUALISS são os seguintes: Certificado de Acreditação; Certificado de Qualidade Monitorada obtido no Programa de Monitoramento de Indicadores da Qualidade de Prestadores de Serviços de Saúde – PM-QUALISS; Certificado ou documento equivalente emitido pelas Entidades Gestoras de Outros Programas de Qualidade; Notificação de eventos adversos pelo Notivisa/ Anvisa (exceto para consultórios individualizados, laboratórios clínicos e os serviços móveis e de atenção domiciliar); Certificado ABNT NBR ISO 9001; Titulação na área de saúde para profissionais de saúde que trabalham em consultórios isolados: Pós-graduação lato sensu com no mínimo 360 (trezentas e sessenta) horas; Título de especialista outorgado pela sociedade de especialidade e/ou Conselho Profissional da categoria; Residência em saúde, Mestrado, Doutorado ou Pós-doutorado, reconhecidos pelo MEC. Além destes, considera-se atributo de qualificação a participação dos prestadores de serviço de saúde nos programas de indução da qualidade da DIDES/ANS e a adesão ao Programa Nacional de Segurança do Paciente – PNSP, com a implantação de Núcleo de Segurança do Paciente (exceto para consultórios individualizados, laboratórios clínicos e os serviços móveis e de atenção domiciliar). Quanto ao Fator de Qualidade, os critérios de aplicação são os estabelecidos no anexo da RN 436/2018. Além disso, verificar se a adscrição dos prestadores de assistência à saúde à rede da operadora foi realizada de acordo com critérios de qualidade bem estabelecidos, descritos em documento técnico disponível para consulta do auditor.	

2.1.3	A Operadora utiliza critérios qualitativos e quantitativos para estabelecer a exclusão ou substituição de prestadores de serviços da sua rede prestadora.	
Interpretação: A substituição de prestadores é a exclusão de um prestador de sua rede e a inclusão de outro prestador com a mesma capacidade operacional de atendimento. A utilização de critérios de qualidade e quantidade dos prestadores na alteração da rede é fundamental para a garantia da qualidade da rede de atenção em saúde. A avaliação da adequação do número de prestadores de serviços, por meio de critérios quantitativos e estruturais, significa que a operadora ajusta o quantitativo de estabelecimentos, recursos, serviços e profissionais de saúde frente à quantidade de beneficiários de seus produtos que utilizam a rede de saúde em uma determinada região geográfica. São considerados critérios qualitativos os atributos de qualificação previstos na literatura científica, no QUALISS, conforme disposto na RN 510/2022, e o Fator de Qualidade, estabelecido pela RN 512/2022. Quanto à sua localização, a operadora deve observar as seguintes regras: localização no mesmo município; em caso de indisponibilidade ou inexistência do prestador equivalente no mesmo município, poderá ser indicado prestador em município limítrofe; em caso de indisponibilidade ou inexistência de prestador equivalente nos municípios limítrofes, poderá ser indicado prestador na Região de Saúde à qual faz parte o município. A substituição do prestador deve buscar equivalência qualitativa e quantitativa. (ANS, 2014) (Brasil, 1998) (RN 354, 2014) (RN 259, 2011) (NOTA 315/2015/GGREP/DIPRO/ANS) Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: A análise da conformidade se dará pela verificação se a operadora, ao fazer a substituição de um prestador por outro, em sua rede de atenção à saúde, utiliza como critérios de escolha a mesma capacidade operacional e os atributos de qualificação equivalentes. Quanto aos atributos, é possível utilizar os previstos no programa QUALISS e Fator de Qualidade, quando possível. Quanto à localização geográfica, deve se observar se a Operadora leva em consideração a possibilidade de substituição por um prestador localizado em município limítrofe ou na mesma região de saúde. Para a exclusão de um prestador de serviço de saúde de sua rede, a operadora também deverá considerar que os prestadores que irão absorver a demanda possuem a mesma capacidade operacional e os atributos de qualificação equivalentes.		
2.1.4	A Operadora divulga a substituição ou a exclusão de prestadores de Estabelecimentos Hospitalares e Serviços de Urgência e Emergência (U/E) 24h, indicando a rede substituta ou a exclusão, por plano/produto, no seu portal institucional, com 30 dias de antecedência, permanecendo esta informação durante prazo mínimo de 180 dias.	
Interpretação: A operadora deve comunicar as substituições ou exclusões na rede de prestadores de Estabelecimentos Hospitalares e Serviços de Urgência e Emergência (U/E) 24h, ao público e aos beneficiários, em particular, por meio de seu portal corporativo ou outros canais de comunicação - presencial, telefônico e digital (redes sociais e aplicativos), com 30 (trinta) dias de antecedência. Essas informações devem permanecer disponíveis ao público para consulta por pelo menos 180 dias. O prazo de 180 dias para manutenção da informação de rede substituída ou excluída por produto nos canais de comunicação da operadora visa permitir que a informação esteja disponível por tempo suficiente para ampla ciência do público (beneficiários potenciais) e dos beneficiários, em particular (ANS, 2014).		

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Verificar casos de substituição e/ou exclusão de rede por parte da operadora e identificar se os meios de comunicação (call center, atendimento pessoal, portal na internet, erratas nos livros impressos da rede contratada, referenciada e credenciada) foram devidamente divulgados com 30 dias de antecedência, e se a informação completa da rede substitutiva ou aviso de exclusão, quando não foi indicada rede substitutiva, foram disponibilizados por pelo menos 180 dias.

2.1.5

A Operadora divulga a substituição ou a exclusão de prestadores de serviços de saúde (SADT, Clínicas e Consultórios), indicando a rede substituta ou a exclusão, por plano/produto, no seu portal institucional, com 30 dias de antecedência, permanecendo esta informação durante prazo mínimo de 180 dias.

**Interpretação:**

A operadora deve comunicar as substituições ou exclusões na rede de todos os prestadores de serviços de saúde que não sejam classificados como Estabelecimentos Hospitalares e Serviços de Urgência e Emergência (U/E) 24h.

A comunicação deverá ser direcionada ao público e aos beneficiários, em particular, por meio de seu portal corporativo ou outros canais de comunicação - presencial, telefônico e digital (redes sociais e aplicativos), com 30 (trinta) dias de antecedência. Essas informações devem permanecer disponíveis ao público para consulta por pelo menos 180 dias.

O prazo de 180 dias para manutenção da informação de rede substituída ou excluída por produto nos canais de comunicação da operadora visa permitir que a informação esteja disponível por tempo suficiente para ampla ciência do público (beneficiários potenciais) e dos beneficiários, em particular (ANS, 2014).

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Verificar casos de substituição e/ou exclusão de rede por parte da operadora e identificar se os meios de comunicação (call center, atendimento pessoal, portal na internet, erratas nos livros impressos da rede contratada, referenciada e credenciada) foram devidamente divulgados com 30 dias de antecedência, e se a informação completa da rede substitutiva ou aviso de exclusão, quando não foi indicada rede substitutiva, foram disponibilizados por pelo menos 180 dias.

2.1.6

A Operadora comunica diretamente aos beneficiários com trinta dias de antecedência sobre a substituição de prestadores de serviços de saúde e informa outras opções de prestadores aos beneficiários.

**Interpretação:**

A operadora deve comunicar as substituições ou exclusões na rede de prestadores de serviços hospitalares e não hospitalares aos beneficiários. A comunicação direta ao beneficiário se dá pela divulgação no portal institucional da operadora da informação da substituição, em área aberta a toda a sociedade, além de informar ao beneficiário outras opções de prestadores de serviço por meio da área restrita do beneficiário ou do envio mensagem eletrônica de e-mail, ou ainda carta aos beneficiários.

Possíveis Formas de Obtenção de Evidência:

A análise da conformidade se dará pela verificação do portal da operadora e pelos registros das mensagens eletrônicas ou das cartas enviadas aos beneficiários ou outros meios utilizados pela operadora para comunicação direta com os beneficiários.

2.1.7	A operadora avalia e monitora a conformação de sua rede prestadora de serviços de acordo com os critérios definidos nos itens 2.1.1 a 2.1.2 e implementa a adequação necessária, quando identifica dificuldade de acesso dos beneficiários.	
-------	--	---

Interpretação:

A operadora monitora as demandas de seus beneficiários sobre a dificuldade de acesso à rede, via call center ou áreas afins, sendo capaz de identificá-las e acompanhá-las ao longo do tempo. Na ocorrência de dificuldade de acesso, a operadora é capaz de identificar o problema e disponibilizar prestador alternativo para atendimento, dentro dos prazos previstos pela RN 259/2011.

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

A comprovação da conformidade se dará pela verificação da análise das demandas recebidas por call center, ou áreas afins, da operadora e pela disponibilização de rede qualificada para atender ao beneficiário dentro do tempo previsto na RN 259/2011, quando identificada reclamação do beneficiário de indisponibilidade de prestador para atendimento de suas demandas de serviço ou procedimento.

2.2 Estrutura da Rede Prestadora com base na Atenção Primária à Saúde - APS

Interpretação:

A Atenção Primária à Saúde – APS tem um papel de extrema relevância para que haja um fluxo contínuo do usuário pelo sistema, em serviços de diferentes densidades tecnológicas e integrados por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, que buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).

Desse modo, a APS reorganiza e qualifica a porta de entrada para a rede da operadora, aumentando as possibilidades de que os beneficiários tenham suas necessidades de saúde atendidas de maneira mais adequada e eficiente, evitando-se tanto situações de uso excessivo quanto de subutilização de serviços, ações e tecnologias em saúde (ANS, 2018).

A APS qualificada integra as atividades preventivas com as curativas e de reabilitação, os generalistas com os especialistas e privilegia as equipes multiprofissionais, a interdisciplinaridade e as ações intersetoriais para a promoção da saúde (ANS, 2018).

Com vistas ao ordenamento da rede assistencial às estratégias em Atenção Primária à Saúde, a Operadora deve contar com um Plano Estruturado. Este plano é um documento que, de modo coerente e integrado, contempla os diversos esforços qualitativos que os profissionais e/ou instituições realizam de maneira a potencializar os benefícios para os usuários. O Plano Estruturado configura-se como um documento contendo: objetivos, políticas, diretrizes, atividades que serão desenvolvidas, finalidades e resultados esperados das ações relacionadas à Atenção Primária à Saúde, bem como as devidas justificativas.

2.2.1	A operadora disponibiliza equipes multiprofissionais de referência em atenção primária como primeiro acesso (porta de entrada). (Este item não se aplica às operadoras exclusivamente odontológicas)	
Interpretação: Evidências científicas vêm mostrando que os melhores exemplos de sistemas de saúde são os que têm uma Atenção Primária à Saúde qualificada e fortalecida, orientadora das ações e serviços disponíveis nesses sistemas, que oferecem alcance de maior equidade, maior eficiência na continuidade da atenção e satisfação dos usuários (ALMEIDA, 2011). O estabelecimento da APS como porta de entrada permite atuar sobre os problemas de saúde mais frequentes, muitos deles indiferenciados e inespecíficos, que uma abordagem inicial especializada não seria capaz de alcançar com a mesma resolutividade e eficiência. Contudo, há que se considerar que nos espaços da atenção primária os beneficiários podem apresentar um leque ampliado de problemas de saúde, não sendo aceitável que ela seja caracterizada como uma resposta a apenas algumas doenças prioritárias (OMS, 2008; ANS, 2018). Compete à APS igualmente exercer a coordenação do cuidado, pois ela é a responsável, em sistemas de saúde organizados e custo-efetivos, por identificar as necessidades de atendimentos especializados, coordenar as referências para profissionais adequados e garantir a continuidade da atenção, acompanhando os resultados terapêuticos e a evolução clínica dos pacientes que percorrem os diversos níveis de atenção no sistema de saúde. A mudança do ponto de entrada no sistema da saúde, do hospital e dos especialistas, para os centros de atenção primária, requer a inclusão de médicos generalistas (clínicos e pediatras gerais), médicos de família e comunidade e equipes multiprofissionais mais próximos do beneficiário. A estes prestadores de atenção primária a operadora deve responsabilizar pela saúde de um determinado contingente de beneficiários na sua totalidade: os doentes e os saudáveis, os utilizadores dos serviços e aqueles que não o utilizam (OMS, 2008). Um aspecto essencial para que a APS alcance a resolutividade esperada, como serviço de primeiro contato do beneficiário e ordenadora do fluxo do paciente na rede, é a conformação da equipe técnica. A heterogeneidade e complexidade das demandas inerentes aos cuidados primários exige algum grau de pluralidade na composição da equipe mínima. Ademais, o trabalho em equipes multidisciplinares em saúde é reconhecidamente a base das ações em saúde para efeitos de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação ou cuidados prolongados do paciente.		
Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: A análise de conformidade deste item deverá buscar evidências da estruturação da rede da operadora com a disponibilização de médicos generalistas (clínicos e pediatras gerais), médicos de família e comunidade e equipes multiprofissionais no acesso dos beneficiários aos cuidados primários em saúde. Deve haver um ajuste entre as necessidades de saúde dos beneficiários da operadora e os serviços de APS ofertados de modo que sejam minimizados o tempo de espera e as barreiras estruturais e organizacionais de acesso aos centros de atenção primária nos quais atuam estes profissionais e equipes. A população beneficiária adscrita por equipe deve estar descrita e detalhada em um Plano estruturado de APS. Verificar relatórios extraídos do sistema de informação da operadora, que indiquem o número de beneficiários adscritos por equipe multidisciplinar.		

2.2.2	A rede de Serviço de Atenção Primária (SAP) da Operadora ofertada inclui obrigatoriamente a Atenção à Saúde do Adulto e Idoso. (Este item não se aplica às operadoras exclusivamente odontológicas)	
Interpretação: A disponibilidade de serviços de cuidados primários na saúde complementar no Brasil, embora apresente desafios inerentes à atual lógica organizativa da rede de serviços ofertados pelas operadoras de planos privados de saúde, oferece oportunidade ímpar de melhoria da qualidade e redesenho do arranjo assistencial caracterizado hoje pela fragmentação e descontinuidade do cuidado existentes no setor. Este item tem por objetivo analisar se a rede de APS está voltada para a Atenção à Saúde do Adulto e Idoso, população alvo mínima para que seja considerada um SAP pela RN 440/2018.		
Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: Verificar se a rede de Serviço de Atenção Primária da Operadora contempla as populações-alvo. Também deverá ser verificado se a equipe multiprofissional é composta pelas especialidades mínimas citadas na interpretação (Médico generalista, enfermeiro, outro profissional de saúde e Técnico de enfermagem, caso esteja incluída a realização de procedimentos na Carteira de Serviços).		
2.2.3	A operadora garante um agendamento oportuno nos serviços de atenção primária, permitindo atenção à saúde efetiva e de qualidade. (Este item não se aplica às operadoras exclusivamente odontológicas)	
Interpretação: Dentre as barreiras de acesso à APS, destacam-se, tanto no contexto nacional quanto internacional, o agendamento, o número de usuários (beneficiários) sob responsabilidade de um médico e a disponibilidade do profissional para o atendimento (BERRY-MILLETT <i>et al.</i>, 2009). Incentivos para que os serviços de atenção primária à saúde (SAPSs) proporcionem atendimento em horário estendido, aloquem novos pedidos de consulta médica (encaixes) e estimulem o atendimento por equipe multiprofissional são iniciativas que as fontes pagadoras (públicas ou privadas) podem adotar para vencer as barreiras de acesso aos SAPs (ROCHA <i>et al.</i>, 2016). O sistema de agendamento denominado de “acesso avançado” ou “acesso aberto” ou “agendamento para o mesmo dia”, foi pela primeira vez aplicado por Murray e Tantau (2000) no gerenciamento do serviço de SAP da Kayser Permanent na Califórnia. Este sistema é fundamentado em dois pilares: a continuidade do cuidado, proporcionando aos beneficiários a oportunidade de consultarem-se preferencialmente com seu médico de referência, e a reestruturação da agenda, permitindo ao beneficiário ser atendido no mesmo dia, pela diminuição do número de consultas pré-agendadas e consequente aumento do espaço da agenda para as demandas do mesmo dia (VIDAL, 2013). Considera-se atendimento oportuno nos SAPs a disponibilização de consultas não urgentes com o prazo máximo de 72 horas. Quando for necessário que o paciente seja referido para um atendimento com médico especialista, ou encaminhado para a realização de exames ou internação, o prazo a ser seguido deverá ser o estabelecido pela RN nº 259/2011.		
Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: A análise de conformidade deste item deverá buscar evidências do tipo de gestão da agenda adotada nos SAPs da operadora (tradicional, de encaixe, acesso avançado). Ao mesmo tempo, deverão ser verificados o tempo médio de espera para atendimento nos SAPs da operadora e o percentual de consultas realizadas com o médico de referência do beneficiário.		

2.2.4	A Operadora organiza a rede e o fluxo de cuidados primários em saúde, de modo que o tempo máximo de espera do paciente/beneficiário seja inferior a 30 minutos, no estabelecimento de saúde, para obtenção de atendimento por profissional de saúde. (Este item não se aplica às operadoras exclusivamente odontológicas)	
Interpretação: A rede é um conjunto de diferentes organizações que presta, ou realiza arranjos para prestar, serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida e que está pronta a prestar contas em razão de resultados clínicos e econômicos e pelo estado de saúde da população que a utiliza. A conformação de Redes de Atenção à Saúde (RAS), nas quais os cuidados primários de saúde estão inseridos, de extrema relevância para que haja um fluxo contínuo do beneficiário pelo sistema, nos serviços de diferentes densidades tecnológicas e integrados por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, que buscam garantir a integralidade do cuidado. A implementação de redes assistenciais aponta para uma maior eficácia na produção de saúde e melhoria na eficiência da gestão do sistema. (OPAS/OMS; 2010)		
Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: Verificar se o Plano Estruturado organiza a rede e o fluxo de cuidados primários de forma que o tempo máximo de espera do paciente seja inferior a 30 minutos. A avaliação dos resultados deve se dar através de indicadores de monitoramento de tempo de espera, os quais devem ser apresentados ao auditor. Pode ser considerada uma margem de até 80% dos atendimentos mensais com tempo de espera de até 30 minutos. Além disso, deverá ser verificada a existência de uma análise crítica e plano de ação quando houver o não atingimento da meta. As evidências também poderão ser verificadas a partir da análise no sistema de informação dos serviços de APS da operadora.		
2.2.5	A rede de Serviço de Atenção Primária da Operadora ofertada inclui obrigatoriamente a Atenção à Saúde do Adulto e Idoso associadas à pelo menos duas das opções a seguir: Saúde da Criança e do Adolescente; Atenção à Gravidez e Puerpério; Saúde bucal; Saúde Mental e Saúde Funcional. (Este item não se aplica às operadoras exclusivamente odontológicas)	
Interpretação: A disponibilidade de serviços de cuidados primários na saúde suplementar no Brasil, embora apresente desafios inerentes à atual lógica organizativa da rede de serviços ofertados pelas operadoras de planos privados de saúde, oferece oportunidade ímpar de melhoria da qualidade e redesenho do arranjo assistencial caracterizado hoje pela fragmentação e descontinuidade do cuidado existentes no setor. Este item tem por objetivo analisar se a rede de Serviço de Atenção Primária - SAP está voltada às populações-alvo e/ou condições de saúde previstas no item (Atenção à Saúde do Adulto e Idoso, Saúde da Criança e do Adolescente, Atenção à Gravidez e Puerpério além de saúde bucal, mental e funcional). O termo “saúde funcional” é empregado para designar a habilidade física, mental ou emocional de uma pessoa em realizar suas atividades humanas da forma mais autônoma possível, constituindo um campo de atuação que engloba ações de prevenção e reabilitação, desenvolvidas por profissionais com formação em áreas como Fisioterapia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional e Nutrição. De forma a atender ao item, a equipe multiprofissional também deverá contar no mínimo com Cirurgião Dentista para atender aspectos relativos à Saúde bucal, Pediatra para aspectos relativos à saúde da criança e do adolescente, Psicólogos para aspectos relativos à saúde mental além de fisioterapeuta e/ou fonoaudiólogo e/ou terapeuta ocupacional e/ou nutricionista para os aspectos relativos à saúde funcional.		

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Verificar se a rede de Serviço de Atenção Primária da Operadora contempla as populações-alvo e/ou condições de saúde prevista no item. Também deverá ser verificado se a equipe multiprofissional é composta pelas especialidades mínimas citadas na interpretação (Cirurgião Dentista, Pediatra, Psicólogos, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Terapeuta Ocupacional e Nutricionista).

2.2.6

A cobertura populacional mínima para o programa de atenção primária da operadora obedece aos percentuais da carteira de acordo com o porte da operadora. (Este item não se aplica às operadoras exclusivamente odontológicas)

**Interpretação:**

Tendo em vista que a APS ainda é um modelo a ser implementado, ou ampliado na saúde suplementar, a cobertura mínima populacional é importante, para que se atinja um maior número de beneficiários possíveis. É considerado item de excelência por ser de maior dificuldade de consecução.

A população alvo da Atenção Primária em Saúde deveria ser toda a população de beneficiários, que compõem a carteira da operadora, independentemente de faixa etária ou se estes compõem um grupo de risco específico, como idosos. Entretanto, levando-se em consideração as características da saúde suplementar e a inovação do modelo no setor, a cobertura mínima obrigatória foi reduzida aos percentuais descritos a seguir, como forma de incentivo à implementação do modelo de APS, com sugestão de aumento progressivo dessa cobertura.

A operadora deverá indicar os prestadores de serviço que trabalham no modelo APS.

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

- I. Operadoras com total de beneficiários igual ou inferior a 3.572 deverão cobrir o mínimo de 70% dos beneficiários no programa de APS, ou seja, deverão ter uma equipe de APS disponível para até 2.500 beneficiários, considerando o porte reduzido destas operadoras, que não possuem escala que justifique a existência de mais de uma equipe. Fórmula de cálculo do percentual mínimo de cobertura: $0,7 \times n^{\circ}$ de beneficiários da carteira.
- II. Operadoras com total de beneficiários entre 3.573 e 16 mil deverão ter cobertura populacional entre 15,6% e 70% (função linear decrescente), mantendo-se a obrigatoriedade de apenas uma equipe de APS disponível para até 2.500 beneficiários. Fórmula de cálculo do percentual mínimo de cobertura: $2.500 / n^{\circ}$ beneficiários da operadora.
- III. Operadoras com total de beneficiários acima de 16 mil deverão ter cobertura populacional entre 5% e 7,75% (função logarítmica decrescente), variando o número de equipes de APS disponíveis, desde que cada equipe atenda até 2.500 beneficiários. Fórmula de cálculo do percentual mínimo de cobertura: $[1 / \ln(n^{\circ} \text{ beneficiários}) \times 1,5] * 50$.

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

A análise de conformidade deste item deverá buscar evidências de que o programa conta com a cobertura populacional mínima, de acordo com o número de beneficiários da operadora. A cobertura deve estar descrita e detalhada em um Plano estruturado de APS. Verificar relatórios extraídos do sistema de informação da operadora, que indiquem o alcance da cobertura populacional mínima, de acordo com as regras do Programa APS.

2.3 Relação e Contratualização com a Rede Prestadora de Serviços**Interpretação:**

A ANS tem competências que vão além de estabelecer as características gerais dos instrumentos contratuais utilizados na atividade das operadoras e de fixar critérios para os procedimentos de credenciamento e descredenciamento de prestadores de serviço às operadoras.

As operadoras de planos de saúde e os prestadores de serviços enfrentam grandes desafios de como encontrar formas de relacionamento que garantam o foco na qualidade da assistência prestada, que atenda às necessidades dos usuários, com custos compatíveis, e permita o desenvolvimento do mercado de saúde suplementar (QUALIHOSP, 2013).

Assim, buscando progressivamente o aumento da qualidade nos serviços prestados, as operadoras de planos de saúde acreditadas devem estabelecer boa relação contratual com sua rede prestadora de serviços de saúde e buscar formas de incentivar a qualidade na prestação de serviços.

Os itens elencados nesse requisito devem levar em consideração todos os tipos de prestadores de serviços de saúde.

No entanto, a contratualização não se aplica à relação entre o profissional de saúde cooperado, submetido ao regime jurídico das sociedades cooperativas na forma da Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, e a operadora classificada na modalidade de cooperativa, médica ou odontológica, a qual está associado. Porém, o atendimento ao item poderá ser verificado por documento interno ou procedimento documentado entre operadora e cooperado. Quando o prestador for contratado da cooperativa, o contrato pode ser verificado.

2.3.1**A Operadora possui política ou documento com diretrizes para priorizar a conformação de sua rede de prestadores de serviços de saúde.****Interpretação:**

A operadora deve elaborar política ou documento contendo: objetivos, requisitos, critérios para credenciamento, indicadores para monitoramento, atividades que serão desenvolvidas, finalidades e resultados esperados das ações relacionadas à qualificação da sua rede prestadora de serviços.

A política de qualificação de prestadores de serviços da operadora deve ser definida conforme critério da própria operadora, desde que fundamentada em literatura de saúde baseada em evidências científicas e que sejam efetivamente voltadas ao incremento de qualidade na prestação dos serviços de saúde dos beneficiários.

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Verificar a existência de política ou documento (normas ou manuais de procedimentos) que estabeleça as diretrizes de qualificação da rede prestadora conforme estabelecido na interpretação do item, além da existência de análise efetuadas com base nas diversas informações disponíveis.

2.3.2	A Operadora prioriza na conformação de sua rede prestadores de serviços que possuam atributos de qualidade e desempenho preestabelecidos na sua política de qualificação de prestadores de serviços.	
Interpretação: Cabe à Operadora garantir a qualidade dos serviços prestados por sua rede prestadora dos serviços de saúde. Os atributos de qualidade e desempenho a serem considerados para fins de conformação da sua rede prestadora devem estar contidos na política de qualificação de prestadores de serviços da operadora, e serão definidos conforme critério da própria operadora, desde que fundamentado em literatura de saúde baseada em evidências científicas e que sejam efetivamente voltadas ao incremento de qualidade na prestação dos serviços de saúde aos beneficiários. Constam nos normativos da ANS atributos de qualificação que podem ser adotados pela Operadora na conformação da sua rede, previstos no Programa QUALISS, disposto pela RN 510/2022 e no Fator de Qualidade, regulamentado pela RN 512/2022 • Selos de qualidade: Acreditação e Certificação; • Indicadores de Qualidade; • Participação em projetos de indução da qualidade da ANS; • Qualificação profissional; • Horas de Capacitação anual por profissional; • Efetivo envio de notificações – NOTIVISA; • Uso regular da última versão do Padrão TISS.		
Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: A análise da conformidade se dará pela verificação: - de processo documentado de priorização de prestadores que atendam aos critérios de Qualidade baseados na literatura e normativos da ANS previstos pela operadora na sua política de qualificação de prestadores de serviço. - Verificar na rede da operadora a representatividade dos prestadores de serviço de saúde que possuem atributos de qualificação.		
2.3.3	A Operadora possui dispositivo contratual com a rede de prestadores de serviços em saúde que garanta a confidencialidade dos dados clínicos e cadastrais do paciente inclusive após a rescisão contratual.	
Interpretação: O sigilo da informação do usuário deve ser garantido, como preconizado na Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS) do Ministério da Saúde. A operadora pode adotar um Registro eletrônico em saúde (RES), recomendado na PNIIS e que consiste em um repositório de informações processáveis sobre o cuidado em saúde do indivíduo, armazenadas e transmitidas de forma segura e acessível por múltiplos usuários autorizados. Ao utilizar um sistema de informação em saúde do seu usuário, a operadora deve garantir a confiabilidade do hardware e software, segurança e facilidade de utilização, sistema de entrada de usuários, recursos disponíveis e aplicáveis aos requisitos legais e a privacidade das informações sobre o paciente. Esta política também é preconizada pelo projeto TISS da ANS, como estabelecido na RN 501/2022. A Lei 13003/2014, que alterou a Lei 9656/98, estabeleceu a obrigatoriedade de contrato escrito entre prestadores de serviço de saúde e operadoras de planos privados de saúde e estabeleceu direitos, obrigações e responsabilidades das partes. A confidencialidade dos dados clínicos dos pacientes deve estar prevista no dispositivo contratual entre as partes. Cabe observar que a confidencialidade dos dados clínicos e cadastrais do paciente também deverá observar a Lei 13.709/2018 (LGPD - Lei Geral de Proteção de Dados).		

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

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

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

Interpretação:

A verificação periódica da regularidade de funcionamento de um estabelecimento de saúde é relevante para a segurança e a qualidade da prestação de serviços. Em razão disso é importante que a operadora acompanhe a regularidade de funcionamento dos prestadores que compõem sua rede assistencial, observando os normativos e regulamentos emitidos pelos órgãos Municipais, Estaduais e Federais. Os órgãos de regulação da atividade profissional (Conselhos Profissionais) são responsáveis pelo estabelecimento de requisitos e mecanismos que assegurem o exercício eficaz da profissão, de modo a apresentar à sociedade um profissional com as garantias que correspondam aos parâmetros éticos e técnicos exigidos pelos Conselhos Profissionais (BRASIL, 2013b).

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

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

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

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

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

Os procedimentos de contratualização da rede de prestadores de serviço devem contemplar, dentre outros itens: (1) para os profissionais de saúde que atuam em consultórios isolados: o registro no Conselho Profissional correspondente e a licença sanitária do consultório isolado e registro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES; (2) para os estabelecimentos de saúde (excetuando-se os consultórios isolados): licença de funcionamento sanitário; anotação de responsabilidade técnica e inscrição da empresa junto ao(s) Conselho(s) Profissional(ais) correspondente(s); e registro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES. Igualmente, devem ser considerados nestes procedimentos outras autorizações, certificações, alvarás e licenciamentos exigidos pela legislação municipal, estadual e federal, de acordo com a área de abrangência geográfica dos produtos da operadora.

Do mesmo modo, deve haver procedimentos documentados para verificação da renovação do registro junto aos Conselhos Profissionais correspondentes dos profissionais que atuam em consultórios isolados e, para os demais estabelecimentos de saúde, renovação da licença sanitária, certificado de anotação de responsabilidade técnica, certificado de inscrição da empresa junto ao(s) Conselho(s) Profissional(ais) e de outras autorizações, certificações, alvarás e licenciamentos concedidos por período determinado. Ademais, vale destacar outras obrigações dos prestadores de Saúde como funcionamento das CCIH, Núcleo de Segurança do Paciente, Notificações (NOTIVISA), etc.

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

Interpretação:

De acordo com as normas estabelecidas pela RN 510/2022, que trata do Programa de Qualificação de Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar – QUALISS, as operadoras de planos privados de saúde têm a obrigatoriedade de divulgar os atributos de qualidade de seus prestadores de serviço de saúde. Entretanto, a RN 510/2022 não prevê a obrigatoriedade de divulgação destes atributos pelos prestadores. Assim, o objetivo deste item é garantir a informação sobre a qualificação de sua rede aos beneficiários e a sociedade como um todo.

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

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

A análise da conformidade se dará pela verificação da rede de assistência à saúde da operadora em seu portal institucional e pela análise dos contratos, ou documentos internos, entre as operadoras e seus prestadores de saúde que deverão ter cláusula contratual prevendo a informação dos atributos de qualificação do prestador e de divulgação destes pela operadora.

Deve-se verificar também se a Operadora realiza a divulgação dos atributos de qualidade em seus materiais de divulgação da rede.

2.3.6	A operadora possui política de atendimento à rede assistencial adotando canais de comunicação para facilitar, agilizar e coordenar os atendimentos às demandas.	
-------	--	--

Interpretação:

Dificuldades e problemas de relacionamento entre a operadora e sua rede assistencial ocorrem pela falta de comunicação e negociação.

O estabelecimento de canais de comunicação efetivos pode facilitar a interlocução entre a operadora de plano privado de assistência à saúde e o prestador de serviços.

A operadora deve fornecer número de protocolo para todos os atendimentos e solucionar o problema de forma negociada com o prestador de serviços demandante reduzindo a necessidade de múltiplos contatos.

O estímulo ao diálogo entre operadoras e prestadores auxilia na compreensão das diferentes perspectivas do problema, de sorte que a visão dicotômica do ganhar-perder ou do tudo-nada possa ser substituída pela ideia de que outros resultados são possíveis e de que estes poderão atender ainda melhor às expectativas, ao contribuírem para redução da duração do conflito, desestímulo à judicialização e manutenção do vínculo existente entre as partes, reduzindo, assim, o ônus inerente e satisfazendo os anseios de todos os envolvidos.

É importante o estímulo à negociação, ou seja, quando as partes dialogam diretamente, sem a interferência de terceiros (autocomposição de conflitos).

(BRASIL, 1996); (BRASIL, 2015), (BRASIL 2015a) ; (CNJ, 2015) ; (CNJ, 2016)

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Identificar os canais de comunicação da operadora e o fornecimento de número de protocolos para os prestadores de serviços.

Averiguar existência de protocolos operacionais ou “diagrama de árvore de decisão” para as principais demandas dos prestadores.

Verificar a melhora e o aumento numérico da solução alcançada para as principais dificuldades verificadas no setor de saúde: Inadimplemento contratual sobre pagamento e reajuste; rescisão em desacordo com o contrato; eminência de descredenciamento caso não consinta com os termos do contrato; dificuldade de negociação na pactuação de cláusula ou definição do reajuste; ausência de resposta da operadora às observações feitas nas cláusulas contratuais; negativa de prestadores de serviço em assinar aditivos aos contratos celebrados ; suspensão de serviços de prestadores; situações alegadas pelas operadoras de superfaturamento, cobrança indevida de procedimentos ou cobrança em duplicidade, envio inadequado da informação/documentação para pagamento.

2.3.7

A operadora possui uma frequência de utilização pelos beneficiários em hospitais e/ou rede de SADT Acreditados superior a 30 %.
(Este item não se aplica às operadoras exclusivamente odontológicas)

**Interpretação:**

Cada vez mais a Acreditação de Serviços de Saúde vem sendo utilizada para estimular a qualidade dos serviços e vem se tornando um diferencial para a instituição, pois reafirma seu compromisso com o serviço que é prestado e incentiva a busca constante pelo melhor desempenho da sua atividade.

A Acreditação de serviços de saúde é um processo de certificação, nacional ou internacional, cujo objetivo principal é a garantia da qualidade dos serviços prestados, com base em padrões previamente aceitos. A Acreditação pode ser obtida sem níveis ou por níveis, ou seja, com escalonamento dentro da metodologia aplicada e a depender do grau de maturidade da instituição avaliada. Para efeitos desse item, deverão ser considerados os estabelecimentos que obtiveram o nível máximo de acreditação, quando couber. Também devem ser considerados os certificados de Acreditação emitidos por Entidades Acreditadoras de Serviços de Saúde que possuam reconhecimento de competência ou de metodologia de acreditação emitidos pela ISQua - The International Society For Quality in Health Care.

O item permite avaliar a frequência com que os beneficiários da operadora são atendidos em hospitais e/ou rede SADT Acreditados em nível máximo. Ou seja, deverão ser verificados o total de atendimentos realizados pela Operadora e os atendimentos realizados em hospitais e/ou rede de SADT acreditados em nível máximo.

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Verificar se o resultado da divisão (Total de utilização em hospital e/ou rede de SADT Acreditado em nível máximo)/(Total de utilização em hospital e/ou rede de SADT) é superior ao parâmetro definido no item.

2.4 Mecanismos de Regulação

Interpretação:

Os mecanismos de regulação são um conjunto de instrumentos que auxiliam no gerenciamento das ações de saúde, através de atividades de controle ou regulação, tanto no momento da demanda quanto da utilização dos serviços assistenciais.

As operadoras deverão seguir os seguintes requisitos gerais para a utilização de mecanismos de regulação:

- A previsão e as regras de sua aplicação devem estar descritas de forma clara no contrato;
- Estar em consonância com os códigos de ética profissionais;
- Divulgar no livro ou indicador de serviços, no sítio eletrônico ou em qualquer mídia que venha a ser utilizada para contato com o beneficiário;
- Divulgar previamente no material publicitário no momento da comercialização do produto; e
- Não estabelecer de forma diferenciada por usuários, faixas etárias e graus de parentesco.

Os mecanismos de regulação assistencial deverão ser operacionalizados respeitando o direito de acesso aos procedimentos de cobertura obrigatória previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em saúde e nas cláusulas contratuais e deverão ser operacionalizados respeitando os prazos máximos de atendimento estabelecidos pela ANS.

2.4.1

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



Interpretação:

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

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

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

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

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

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

2.4.2	A Operadora possui procedimentos padronizados para acompanhar o cumprimento dos prazos máximos de atendimento, nos casos de solicitação de autorização para realização de eventos assistenciais.	
Interpretação: Após o período de carência, o beneficiário tem direito ao atendimento de suas demandas de assistência à saúde, conforme a segmentação do plano (referência, ambulatorial, hospitalar sem obstetrícia, hospitalar com obstetrícia, exclusivamente odontológico ou combinações de segmentação). Além disso, este atendimento deverá ocorrer dentro dos prazos máximos estabelecidos pela RN nº 259/2011 da ANS. O acompanhamento do cumprimento dos prazos é importante pois a operadora poderá identificar a necessidade de disponibilização de profissional ou estabelecimento de saúde da rede assistencial, prestador não integrante da rede no mesmo município, prestador integrante ou não da rede nos municípios limítrofes ou mesmo o custeio do atendimento por prestador apto, em outro município, incluindo o transporte do beneficiário e, eventualmente, o reembolso dos valores pagos pelo beneficiário, quando necessário.		
Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: A análise de conformidade deste item deverá buscar evidências de que a operadora de fato possui procedimentos padronizados para o acompanhamento dos prazos de atendimento, incluindo a análise crítica dos casos em que o prazo de atendimento ultrapasse o máximo definido pela RN nº 259/2011. São exemplos de forma de obtenção de evidências: sistemas de acompanhamento, soluções de TI para acompanhamento dos prazos registrados, acompanhamento da abertura de NIPs junto à ANS, disponibilidade de médicos e/ou dentistas auditores responsáveis pela análise e autorização de procedimentos, entre outros. É exemplo de forma de obtenção de evidência a avaliação do resultado do monitoramento da garantia de atendimento realizado pela ANS, com base na IN 02/22 pela qual pode ser observado se a operadora teve planos suspensos ou se encontraram na faixa mais gravosa.		
2.4.3	A Operadora realiza auditoria concorrente (própria ou terceirizada) no intuito de aferir a qualidade e adequação dos serviços prestados pela rede. (Este item não se aplica às operadoras exclusivamente odontológicas)	
Interpretação: A auditoria concorrente é uma análise ligada ao evento que o paciente está envolvido. Seria a visita do auditor durante a internação do paciente para conferência do prontuário (FERNANDES, 2013). Identificou-se que a auditoria concorrente, quando utilizada, visa primordialmente a qualidade assistencial, principalmente em setores de gastos hospitalares maiores como Unidades de Tratamento Intensivo (UTI) e Centros Cirúrgicos (ANDREOTTI, 2017). A operacionalização da auditoria na forma concorrente nos hospitais proporciona que o auditor esteja in loco na unidade de atendimento do paciente e em contato com a equipe de profissionais de saúde, visualizando divergências nas anotações, sanando dúvidas dos profissionais e visitando o paciente quando necessário. Constitui-se em uma atividade capaz de verificar a qualidade da assistência prestada aos pacientes, contribuindo para sua constante melhoria. Neste sentido, a implantação de auditoria pode contribuir e endossar parâmetros de qualidade, podendo ser percebida como uma forma de avaliar sistematicamente a assistência à saúde. A avaliação da efetividade e economicidade das ações em saúde tem na auditoria uma ferramenta eficaz de gestão e esta, por sua vez, tem condições de contribuir para o complexo planejamento dos serviços de saúde (VIANA <i>et al.</i>, 2016).		

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

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

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS PARA GESTÃO DA REDE PRESTADORA DE SERVIÇOS DE SAÚDE

- ALMEIDA P.F, FAUSTO M.C.R, GIOVANELLA L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. Rev Panam Salud Publica, 2011;
- ANDREOTTI, E.T; et al. Auditoria concorrente de enfermagem em prestadores de assistência à saúde: uma revisão integrativa da literatura. Rev. Adm. Saúde, 2017;
- ANS - AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Resolução do Conselho de Saúde Suplementar – CONSU N° 08 de 3 de Novembro de 1998. Dispõe sobre mecanismos de regulação nos Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde. Rio de Janeiro, 1998. Disponível em: < <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzA3>>;
- _____. Manual técnico para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar/Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). – 4. ed. rev. e atual. – Rio de Janeiro : ANS, 2011. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/manual_promoprev_web.pdf. Acesso em: 08 mai. 2018.
- _____. Resolução Normativa nº 566, de 29 de dezembro de 2022. Dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde. Rio de Janeiro: ANS, 2022. Disponível em: <<https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=NDMOMQ==>>; Acesso em: 01/07/2023;
- _____. Comentado [pa98]: RN nº 501, de 30 de março de 2022. Esta Resolução estabelece o Padrão obrigatório para Troca de Informações na Saúde Suplementar - Padrão TISS dos dados de atenção à saúde dos beneficiários de Plano Privado de Assistência à Saúde; revoga a Resolução Normativa - RN nº 305, de 09 de outubro de 2012 e nº 341, de 27 de novembro de 2013. Rio de Janeiro: ANS, 2022. Disponível em:<<https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=NDE2MQ==>>;
- _____. Resolução Normativa nº 567, de 16 de dezembro de 2022. Dispõe sobre a substituição de prestadores de serviços de atenção à saúde não hospitalares. Disponível em: <<https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=NDMzOA==>>
- _____. Resolução Normativa nº 506, de 30 de março de 2022. Institui o Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde e revoga as Resoluções Normativas nº440, de 13 de dezembro de 2018, nº 450, de 06 de março de 2020, e nº 463, de 23 de novembro de 2020. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=NDE2Ng==>
- _____. Rede assistencial e garantia de acesso na saúde suplementar. Rio de Janeiro: ANS, 2015;
- _____. Resolução Normativa nº 510, de 30 de março de 2022. Dispõe sobre o Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar – QUALISS; revoga as Resoluções Normativas nº 405, de 09 de maio de 2016 e nº 421, de 23 de março de 2017, e dá outras providências. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=NDE2OQ==>

- _____. Resolução Normativa – RN nº 395 de 14 de janeiro de 2016. Dispõe sobre as regras a serem observadas pelas Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde nas solicitações de procedimentos e/ou serviços de cobertura assistencial apresentados pelos beneficiários, em qualquer modalidade de contratação. Rio de Janeiro: ANS, 2016b. Disponível em: < <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzE2OA==>>; Acesso em: 29/06/2018;
- _____. Resolução Normativa – RN nº 424 de 26 de Junho de 2017. Dispõe sobre critérios para a realização de junta médica ou odontológica formada para dirimir divergência técnico-assistencial sobre procedimento ou evento em saúde a ser coberto pelas operadoras de planos de assistência à saúde. Rio de Janeiro: ANS, 2017. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzQzOQ>; Acesso em: 29/06/2018;
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Laboratórios de inovação sobre experiências em atenção primária na saúde suplementar. Rio de Janeiro, 2018;
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Glossário do Ministério da Saúde: projeto de terminologia em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 142 p. Série F. Comunicação e Educação em Saúde;
- _____. Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS). Brasília, 2016. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_infor_informatica_saude_2016.pdf>;
- _____. Portaria Nº 4.279, de 30 de Dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2010. Disponível em: < http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf>; Acesso em: 29/06/2018;
- _____. Portaria nº 1.646, de 2 de outubro de 2015. Institui o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Brasília, 2015. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1646_02_10_2015.html>. Acesso em: 29/06/2018;
- BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. CASA CIVIL. Decreto nº 6.523, de 31 de julho de 2008. Regulamenta a Lei no 8.078, de 11 de setembro de 1990, para fixar normas gerais sobre o Serviço de Atendimento ao Consumidor – SAC. Brasília, 2008. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/decreto/d6523.htm>. Acesso em: 29/06/2018;
- _____. Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/l8078.htm>;
- _____. Lei nº 9.307, de 23 de setembro de 1996. Dispõe sobre a arbitragem. Brasília, 1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9307.htm>;
- _____. Lei nº 9.656, de 6 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9656.htm>;
- _____. Lei nº 13.003, de 24 de junho de 2014. Altera a Lei no 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, com a redação dada pela Medida Provisória no 2.177-44, de 24 de agosto de 2001, para tornar obrigatória a existência de contratos escritos entre as operadoras e seus prestadores de serviços. Brasília, 2014. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/L13003.htm>;
- _____. Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015. Institui o Código de Processo Civil. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 17 março 2015. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13105.htm>
- _____. Lei nº 13.140, de 26 de junho de 2015. Dispõe sobre a mediação entre particulares como meio de solução de controvérsias e sobre a autocomposição de conflitos no âmbito da administração pública; altera a Lei nº 9.469, de 10 de julho de 1997, e o Decreto nº 70.235, de 6 de março de 1972; e revoga o § 2º do art. 6º da Lei nº 9.469, de 10 de julho de 1997. Brasília, 2015a. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13140.htm>;
- _____. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Dispõe sobre a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/L13709.htm>;
- CNJ – CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA – Guia de Conciliação e Mediação Judicial: orientação para instalação de CEJUSC. Brasília/DF: 2015.

- Azevedo, A. G. (Org.). Manual de Mediação Judicial, 6ª Edição (Brasília/DF:CNJ), 2016.
- BENZAR, E., HANSEN, L., KNEITEL, A. H., & FROMME, E. K. (2011). Discharge planning For palliative care patients: A qualitative analysis. *Journal of Palliative Medicine*, 14(1), 65-69. doi 10.1089/jpm.2010.0335
- BERRY-MILLET R, BANDARA S, BODENHEIMER T. The health care problem no one's talking about. *J Fam Pract*. 58(12):633-7, 2009;
- COLEMAN, E. A., PARRY, C., CHALMERS, S., & MIN, S-J.(2006). The care transitions intervention: Results of a randomized controlled trial. *Archives of Internal Medicine*,166(25),1822-1828.doi10.1001/archinte.166.17.1822
- FERNANDES, I.A; et al. Análise Comparativa da Auditoria Aplicada Pela Enfermagem. *Revista Gestão & Saúde*, Curitiba, 2013;
- INTITUTE OF MEDICINE (IOM). To Err is Human: Building a Safer Health System. The National Academy of Sciences, 1999;
- LANNIN, N. A., CLEMSON, L., MCCLUSKEY, A., LIN, C-W. C., CAMERON, I. D., & BARRAS, S. (2007). Feasibility and results a randomised pilot-study pre-discharge occupational therapy home visits. *BioMed Central Health Services Research*, 7(42). doi:10.1186/1472-6963-7-42.
- LEMKE, R.A; SILVA, R.A.N. A busca ativa como princípio político das práticas de cuidado no território. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, v.10,n. 1, 2010. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812010000100018&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 09 mai. 2018. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica. 6. ed, DF, 2005b.
- MENDES, E.V. As redes de atenção à Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011;
- MURRAY, M., TANTAU C. Same-day appointments: exploding the access paradigm. *Fam Pract Manag*. 7(8):45-50, 2000;
- OPAS/OMS. Organização Pan Americana de Saúde. Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington: OPAS; 2010. (La renovación de la atención primaria de salud en las Américas nº4) Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_integradas_servicios_salud.pdf> Acesso em: 16 abr. 2018
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. Relatório mundial de saúde 2008: atenção primária em saúde agora mais do que nunca. OMS, 2008.
- _____.Noncommunicable diseases. 2017. Disponível em:<<http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>>. Acesso em: 30 abr. 2018.
- _____.World report on ageing and health. Geneva:WHO Press, 2015. Disponível em: < http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf?sequence=1>. Acesso em: 30 abr. 2018.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS. A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS - Contribuições para o debate. Brasília: OPAS, 2011;
- OUPERNEY, A.M e NORONHA, J.C. Modelos de organização e gestão da atenção à saúde: redes locais, regionais e nacionais. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013;
- QUALIHOSP – CONGRESSO INTERNACIONAL DE QUALIDADE EM SERVIÇOS E SISTEMAS DE SAÚDE. Perspectivas da qualidade em redes de atenção à saúde. Anais 2013. São Paulo, 2013;
- ROCHA S.A, BOCCHI S.C.M, GODOY, M.F. Acesso aos cuidados primários de saúde: revisão integrativa. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 26(1):87-111, 2016;
- VIANA, C.D; et al. Implantação da Auditoria Concorrente de Enfermagem: Um Relato de Experiência. Texto Contexto Enfermagem, 2016;
- VIDAL T.B. O acesso avançado e sua relação com o número de atendimentos médicos em atenção primária à saúde. (Dissertação – Mestrado). Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013;
- WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. Integrated health services - what and why? Technical Brief No.1, May, 2008.

9.2.3 Dimensão 3: Gestão em Saúde

3. GESTÃO EM SAÚDE

A dimensão 3 busca avaliar a gestão do cuidado em saúde pelas operadoras, bem como ações de monitoramento relativas à qualidade da atenção à saúde de sua rede prestadora de serviços de saúde.

3.1 Política de Qualidade da Atenção à Saúde e Segurança do Paciente

Interpretação:

A realização de uma assistência ao paciente, com qualidade e ausência de riscos ou falhas, assumiu grande visibilidade, principalmente após a publicação de estudos americanos sobre a frequência das iatrogenias e seu impacto no custo das hospitalizações (CUNHA, 2016).

A qualidade em saúde é definida pela OMS como “o grau de conformidade com os princípios e práticas aceitas, o grau de adequação às necessidades dos pacientes e os resultados alcançados” (OMS, 2008). Nesse sentido, pode-se dizer que a qualidade definirá a conduta organizacional, da qual serão originados o planejamento estratégico e seus objetivos (CAPUCHO, 2012). O Ministério da Saúde define qualidade como “o grau de atendimento a padrões estabelecidos, frente às normas e protocolos que organizam as ações e práticas, assim como aos atuais conhecimentos técnicos científicos” (BRASIL, 2006a).

A OMS define segurança do paciente como: “a redução do risco de danos desnecessários durante os processos assistenciais e uso de boas práticas para alcançar os melhores resultados para o cuidado de saúde” (PADILHA *et.al*, 2015; OMS, 2008). Estes danos são decorrentes ou associados a planos ou ações, tomadas durante a prestação de cuidados de saúde, diferentemente de doenças ou lesões subjacentes (RUNCIMAN, 2009).

O relatório “Errar é Humano” (IOM, 1999) foi um marco no estudo da segurança do paciente ao demonstrar que as falhas e acidentes na assistência à saúde não são eventos raros, e, ao mesmo tempo, são passíveis de tratamento. Os fatos relatados indicam a magnitude e a relevância das falhas e acidentes na assistência à saúde, e a necessidade de atenção para os complexos processos assistenciais, que constituem o cerne do cuidado aos clientes/pacientes (NETO, 2006).

No contexto brasileiro, a portaria do Ministério da Saúde nº 529, publicada em 2013, institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) e considera a necessidade de se desenvolver estratégias, que promovam a mitigação da ocorrência de eventos adversos na atenção à saúde, produtos e ações direcionadas aos gestores, profissionais e usuários da saúde sobre segurança do paciente (BRASIL, 2013a).

3.1.1	A Operadora formaliza, junto à sua rede prestadora de serviços, a adoção de um Plano de Segurança do Paciente (PSP).	
Interpretação: A ANVISA define o plano de segurança do paciente como o documento que expressa a relevância que a segurança do paciente possui na organização, por meio da definição de prioridades na implementação de práticas de segurança, na gestão de riscos e redesenho de processos, na identificação de estratégias que conectem a liderança e os profissionais da linha de frente do cuidado, nas necessidades de formação e de avaliação da cultura de segurança do paciente. Aponta situações de risco mais importantes e descreve as estratégias e ações definidas pelo serviço de saúde para a gestão de risco, visando a prevenção e a mitigação de incidentes em todas as fases de assistência ao paciente (ANVISA, 2016). O Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde é um documento exigido para os estabelecimentos de saúde, desde a publicação da RDC nº36/2013 da ANVISA. Devem ser desenvolvidos pelos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) e tem o intuito de nortear as ações de segurança do paciente na instituição, pois aponta situações de risco e descreve as estratégias e ações definidas pelo serviço de saúde para a gestão de risco, visando a prevenção e a mitigação dos incidentes, desde a admissão até a transferência, a alta ou o óbito do paciente no serviço de saúde (ANVISA, 2013). O plano de segurança do paciente das organizações de saúde, segundo a norma publicada pela ANVISA, deve estabelecer estratégias e ações para a gestão de risco conforme as atividades desenvolvidas pelo serviço, com o objetivo de avaliar, monitorar e comunicar os riscos; estabelecer estratégias para melhorar a segurança do paciente no ambiente de serviços de saúde, entre outros (ANVISA, 2013). Embora exista a obrigatoriedade de estruturação de planos de segurança do paciente pela ANVISA, torna-se necessário o incentivo à criação dos mesmos, de forma a aumentar a adesão dos prestadores de serviços de saúde ao mecanismo útil para o aumento da segurança em ambientes de saúde. Para o cumprimento do item o PSP deverá ser estar previsto nos contratos, documentos internos, termo de compromisso e congêneres em 100% dos hospitais e clínicas de apoio a diagnóstico e terapia, tais como clínicas de terapia renal substitutiva, quimioterapia e radioterapia, clínica de imagem da rede prestadora da Operadora.		
Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: Verificar a existência de cláusulas contratuais, documentos internos, termo de compromisso e congêneres formalizando a adoção de plano de segurança do paciente por parte dos prestadores. O incentivo a ser utilizado para induzir à adoção de boas práticas em segurança do paciente deve ser aplicado a toda a rede.		

3.1.2	A Operadora formaliza, junto à sua rede prestadora de serviços, a adoção de protocolos e diretrizes clínicas e protocolos de segurança do paciente baseados em evidências e validados por entidades nacionais e internacionais de referência.	
Interpretação: Protocolos e Diretrizes, elaborados pelo Ministério da Saúde e por sociedades médicas de especialidades, orientam a prática clínica. Comumente, estes documentos oficiais estabelecem como devem ser realizados o diagnóstico, o tratamento (com critérios de inclusão e exclusão definidos) e o acompanhamento dos pacientes (<i>follow-up</i>), de acordo com a patologia ou linhas de cuidado. Normalmente, estes incluem informações sobre medicamentos, exames e demais terapias e são elaborados a partir de dados confiáveis, baseados em evidências científicas atuais. Esses protocolos devem ser utilizados por profissionais de saúde da rede, e devem estar disponíveis para consulta em locais de fácil acesso das unidades de saúde. Devem ser também compartilhados pelas operadoras de planos privados de saúde para sua rede própria ou credenciada. Para o cumprimento do item deverá estar prevista nos contratos, documentos internos, termo de compromisso e congêneres adoção de protocolos e diretrizes clínicas e protocolos de segurança do paciente em 100% dos hospitais e clínicas de apoio a diagnóstico e terapia, tais como clínicas de terapia renal substitutiva, quimioterapia e radioterapia, clínica de imagem da rede prestadora da operadora.		
Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: Verificar a existência de cláusulas contratuais, documentos internos, termo de compromisso e congêneres formalizando a adoção de protocolos, baseados em evidências científicas por parte dos prestadores. O incentivo a ser utilizado nos contratos para induzir à adoção de boas práticas em segurança do paciente deve ser aplicado a toda a rede (definição no contrato de: ex.: novos modelos de remuneração, desfechos clínicos e excelência no atendimento a padrões e protocolos) - sistema de indicadores de performance e desfecho/relatórios com os padrões utilizados/protocolos.		
3.1.3	A Operadora formaliza, junto à sua rede prestadora de serviços, o monitoramento de indicadores de qualidade e segurança do paciente pelo prestador.	
Interpretação: Várias abordagens têm sido utilizadas internacionalmente para compreender, medir e controlar os problemas de segurança do paciente. Uma delas é o desenvolvimento de indicadores para mensuração e monitoramento do nível de segurança (THE HEALTH FOUNDATION, 2013), cujo objetivo é identificar problemas ou oportunidades de melhoria, comparar instituições e controlar o efeito das eventuais intervenções. Bons indicadores de segurança do paciente precisam ser válidos, confiáveis e úteis (apropriados) para identificar riscos assistenciais, orientar a tomada de decisão e detectar o alcance e a manutenção das melhorias propostas. (GAMA, 2016). A utilização de indicadores de mensuração de qualidade e de segurança do paciente é uma prática difundida na saúde e com recomendações internacionais. Portanto, o incentivo ao uso de indicadores para monitoramento da qualidade e da segurança do paciente pelos prestadores torna-se uma recomendação importante para melhorar a prestação de serviços em saúde.		
Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: Verificar a existência em contratos, documentos internos, termo de compromisso e congêneres de cláusulas de monitoramento dos padrões de qualidade e segurança via indicadores. O incentivo a ser utilizado nos contratos para induzir à adoção de boas práticas em segurança do paciente deve ser aplicado a toda a rede (definição no contrato de: ex.: novos modelos de remuneração, desfechos clínicos e excelência no atendimento a padrões e protocolos) - sistema de indicadores de performance e desfecho/ relatórios com os padrões utilizados / protocolos.		

3.1.4	A Operadora formaliza, junto à sua rede prestadora de serviços hospitalares e de serviços de apoio diagnóstico e terapia, a adoção de políticas de notificação para relatar eventos adversos relacionados à assistência à saúde. (Este item não se aplica às operadoras exclusivamente odontológicas)	
Interpretação: Eventos Adversos (EA) são injúrias não intencionais, sem relação com a evolução natural da doença de base, que ocasionam lesões mensuráveis nos pacientes afetados e/ou prolongamento do tempo de internação e/ou óbito (ANVISA, 2013). Atualmente, a discussão aberta sobre a ocorrência de erros tem sido considerada como alicerce do movimento em prol da segurança do paciente. Os profissionais têm sido estimulados a comunicar e discutir com seus colegas, e com a própria instituição, de maneira que cada evento seja analisado e que recorrências sejam prevenidas (SAMPAIO, 2014). Um dos métodos de captação de dados mais utilizados com objetivo de iniciar e estimular tal discussão consiste no processo de notificação de erros e eventos adversos (BELELA, 2011). Trata-se do relato detalhado das circunstâncias que envolvem o erro pelos profissionais diretamente envolvidos na atividade em questão. Ainda, segundo os autores acima citados, há recomendação para que toda vez que o profissional detectar um erro, uma notificação seja preenchida, sendo posteriormente classificada e analisada (SAMPAIO, 2014). Os relatos servem como fonte de informações que possibilitam identificar as causas, os tipos, os fatores predisponentes e relevantes relacionados aos erros, indicando ainda as situações que requerem mudanças na estrutura e processo envolvidos (SAMPAIO, 2014). Acredita-se que, para alcançar a qualidade da assistência e garantir maior segurança do paciente, é fundamental a ocorrência de mudanças na cultura do cuidado em saúde, na qual os erros não devem ser percebidos como o resultado da incompetência da ação humana, mas, sobretudo, como oportunidades para melhorar o sistema, promovendo uma cultura de segurança (IOM, 2001). Entretanto, na área da saúde, os eventos adversos são comumente associados ao desprestígio profissional, à autopunição e às possíveis sanções. Sendo assim, admitir e relatar o evento não são tarefas fáceis e rotineiras (MENDES <i>et al.</i>, 2005). Portanto, observa-se a importância de a operadora estimular a notificação de eventos adversos por parte de sua rede de prestadores de serviços de saúde. Para o cumprimento do item deverá estar prevista nos contratos, documentos internos, termo de compromisso e congêneres a adoção de protocolos e diretrizes clínicas e protocolos de segurança do paciente em 100% dos hospitais e clínicas de apoio a diagnóstico e terapia, tais como clínicas de terapia renal substitutiva, quimioterapia e radioterapia, clínica de imagem da rede prestadora da operadora.		
Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: Verificar em contratos, documentos internos, termo de compromisso e congêneres a formalização da obrigatoriedade de notificação de eventos adversos, conforme resolução da ANVISA acerca do tema. O incentivo a ser utilizado nos contratos para induzir a adoção de boas práticas em segurança do paciente deve ser aplicado a toda a rede.		

3.1.5	A Operadora adota política de incentivo (financeiros ou não financeiros) para estimular adoção de prontuário eletrônico pela rede prestadora.	
Interpretação: Segundo o Institute of Medicine: “O registro computadorizado de paciente é ‘um registro eletrônico de paciente que reside em um sistema especificamente projetado para dar apoio aos usuários através da disponibilidade de dados completos e corretos, lembretes e alertas aos médicos, sistemas de apoio à decisão, links para bases de conhecimento médico, e outros auxílios’.” (HANKEN e WATERS, 1999). São numerosas as vantagens de um prontuário eletrônico, em relação ao baseado em papel, que vão desde questões ligadas ao melhor acesso, até maior segurança e, principalmente, oferta de novos recursos, os quais são impossíveis de existir no prontuário em papel, tais como: apoio à decisão, troca eletrônica dos dados entre instituições, etc (FARIAS, 2011). É possível também, através do prontuário eletrônico, obter-se uma melhoria na qualidade da assistência à saúde do paciente, melhor gerenciamento dos recursos, melhoria de processos administrativos e financeiros e, ainda, a possibilidade para avaliação da qualidade. Observa-se que o prontuário eletrônico pode ser classificado como uma inovação administrativa (DJELLAL e GALLOUJ, 2007; BIRKINSHAW, HAMEL e MOL, 2008). Este tipo de inovação propicia reorganização administrativa e logística e, com a introdução de um sistema de prontuário eletrônico, outros sistemas que compõem a gestão hospitalar, por exemplo, controle de pacientes, de uso de medicamentos e custos, ganham mais rigor e correção, uma vez que as informações dos pacientes são registradas em um sistema de informações que integra as áreas assistencial e administrativa, com possibilidade de gerar indicadores de performance para essas áreas. Essas vantagens foram apontadas na literatura por Sittig, Kuperman e Fiskio (1999); Costa (2001); Massad, Marin e Azevedo Neto (2003).		
Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: Verificar em contratos, documentos internos, termo de compromisso e congêneres a formalização do registro de incentivo à adoção do prontuário eletrônico.		
3.1.6	A Operadora estimula, por meio de incentivos financeiros ou não financeiros, a participação dos seus prestadores de serviços em programas de capacitação e educação continuada em saúde, com o objetivo de melhorar os resultados da atenção à saúde.	
Interpretação: A educação continuada tem servido como espaço para pensar e executar a formação e o desenvolvimento pessoal, profissional e das equipes de saúde, com vistas a trabalhar os elementos que conferem a integralidade da atenção à saúde. Além da necessidade da criação de programas de educação continuada em saúde, a literatura aponta também a necessidade de realizar avaliações periódicas e monitoramento dos mesmos, para verificar sua eficácia por duas razões. Em primeiro lugar, pelo fato de que, ao se analisar e trabalhar com problemas e situações complexas do processo de trabalho, existe a possibilidade de que as mudanças efetivas se revertam. Em segundo lugar, porque a avaliação contínua do programa é uma ferramenta importante para se identificar as necessidades de intervenções e mudanças (COTRIM-GUIMARÃES, 2009). Ao propor um programa de educação continuada, a operadora deve também comprometer-se com a avaliação dos resultados do mesmo e com a realização de adaptações que sejam necessárias para o melhor aproveitamento do programa.		
Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: Verificar a existência de documentação que comprove o apoio e incentivo financeiro ou não financeiro à educação continuada dos prestadores de serviço da rede da operadora.		

3.1.7	A operadora avalia os resultados dos principais indicadores de qualidade e segurança do paciente de sua rede prestadora de serviços hospitalares e estabelece plano de ação, sempre que necessário. (Este item não se aplica às operadoras exclusivamente odontológicas)	
Interpretação: A qualidade é um conceito multidimensional, que requer diferentes abordagens para a sua avaliação. O uso de indicadores de qualidade permite o monitoramento do desempenho dos serviços de saúde, a programação de ações de melhoria de qualidade e orienta os pacientes para que realizem escolhas mais bem informadas (GOUVÊA, 2010; MAINZ, 2003; CAMPBELL, 2002). A inclusão de indicadores de segurança nos programas de monitoramento da qualidade representa uma importante estratégia para orientar medidas que promovam a segurança do paciente hospitalizado (GOUVÊA & TRAVASSOS, 2010). A avaliação por parte da operadora dos resultados dos principais indicadores de qualidade da atenção e segurança do paciente monitorados pelos prestadores permite uma melhor seleção e contratualização de uma rede mais qualificada do ponto de vista assistencial. A operadora deve selecionar os principais indicadores a serem avaliados podendo incluir assistenciais já aferidos anualmente pelo IDSS. Tal escolha deverá ser baseada na literatura científica, devendo estar explicitada e justificada em documento específico. Os indicadores de segurança do paciente devem ser elaborados a partir das diretrizes estabelecidas no plano de segurança do paciente, observando-se o que determina a legislação vigente. Se gerados de forma regular e gerenciados em um sistema dinâmico, os indicadores são instrumentos valiosos para a gestão e avaliação da situação de saúde, em todos os níveis (RIPSA, 2008). Um conjunto de indicadores se destina a produzir evidência sobre a situação sanitária e suas tendências, como base empírica para identificar grupos humanos com maiores necessidades de saúde, estratificar o risco epidemiológico e identificar áreas críticas (OPAS, 2001; RIPSA, 2008). Constitui, assim, insumo para o estabelecimento de políticas e prioridades mais bem ajustadas às necessidades da população. O uso de indicadores em saúde pode servir, ainda, para comparar o observado em determinado local com o observado em outros locais ou com o observado em diferentes tempos (VAUGHAN, 1992). Portanto, a construção de indicadores de saúde é necessária para: analisar a situação atual de saúde; fazer comparações; e avaliar mudanças ao longo do tempo.		
Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: Verificar a existência de documentos, arquivos, sistemas ou aplicativos que demonstrem o acompanhamento, por parte da operadora, dos resultados dos indicadores de qualidade e segurança do paciente monitorados pela rede prestadora, inclusive dos indicadores do IDSS. Além disso, a análise de conformidade deste item deve levar em consideração a existência de plano de ação com a possibilidade de solução de problemas-chave que possam ser encontrados por meio deste acompanhamento.		

3.2 Coordenação e Integração do cuidado

Interpretação:

A integralidade do cuidado é um eixo prioritário da investigação e avaliação dos serviços e dos sistemas de atenção à saúde, estruturados como redes assistenciais, que articulam as dimensões clínicas, funcionais, normativas e sistêmicas em sua operacionalização, reconhecendo que nenhuma organização reúne a totalidade dos recursos e as competências necessárias para a solução dos problemas de saúde de uma população, em seus diversos ciclos de vida (HARTZ, 2004). O cuidado integrado pode ser concebido como estratégia de organização da atenção à saúde, especificamente voltada para promover a integração do cuidado, a partir da combinação entre flexibilidade de alocação de práticas e tecnologias e coordenação do cuidado para a garantia da longitudinalidade da atenção à saúde (OUVERNEY, 2013).

No setor saúde, a coordenação dos cuidados pode ser definida como a articulação entre os diversos serviços e ações, de forma que, independentemente do local onde sejam prestados, esses serviços estejam sincronizados e voltados ao alcance de um objetivo comum. A coordenação se sustenta na existência de uma rede integrada de prestadores de serviços de saúde, de modo que distintas intervenções sejam percebidas e vividas pelo usuário de forma contínua, adequada às suas necessidades de atenção em saúde e compatível com suas expectativas pessoais. Logo, a coordenação assistencial seria um atributo organizacional dos serviços de saúde que se traduz na percepção de continuidade dos cuidados na perspectiva do usuário (NUNES, 2006; ALMEIDA, 2011).

A segmentação dos sistemas de saúde tem graves consequências para a população, tais como problemas de iniquidade e ineficiência na prestação do cuidado, com duplicidade de funções, desarticulação da rede de atenção, prejudicando o acesso aos níveis de atenção mais complexos, e, portanto, descontinuidade e fragmentação do cuidado (SILVA, 2014; CONILL, 2007). Além disso, o envelhecimento populacional e o aumento da longevidade podem implicar serviços de custo mais altos, e os sistemas integrados de saúde representaram uma importante oportunidade para a obtenção de melhores resultados sanitários e maior custo/efetividade para esse grupo de pessoas (MENDES, 2011). Os sistemas integrados ou redes de atenção à saúde têm produzido resultados significativos em diversos países e são apontados como eficazes tanto em termos de organização interna (alocação de recursos, coordenação clínica, etc.), quanto em sua capacidade de fazer face aos desafios mais recentes do cenário socioeconômico, demográfico, epidemiológico e sanitário, tais como o crescimento proporcional das doenças crônicas, a elevação dos custos de tecnologias, as necessidades especiais advindas do envelhecimento populacional, etc (VERAS, 2011).

A implementação de sistemas integrados de saúde se dá através de serviços baseados em diretrizes clínicas construídas com base em evidências, de equipes de saúde que compartilhem objetivos comuns, da oferta de um contínuo de serviços bem coordenados, do uso de prontuários clínicos integrados, da obtenção de ganhos de escala e do alinhamento dos incentivos financeiros (MENDES, 2011).

A Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) tem atribuído forte destaque à formação de redes de atenção em suas atividades e documentos de referência relativos ao aperfeiçoamento dos sistemas de saúde.

3.2.1	A operadora coordena as ações e serviços da sua rede assistencial de modo integrado, adotando mecanismos de referência e contra referência que possibilitam o acesso oportuno e qualificado dos beneficiários aos diferentes níveis de atenção. (Este item não se aplica às operadoras exclusivamente odontológicas)	
Interpretação: O sistema de referência e contra referência em saúde foi criado para melhorar a atenção global ao paciente. Através de uma troca de informações eficaz entre os diferentes níveis de assistência, permite-se a criação de um ambiente favorável à abordagem do paciente como um todo (SANTOS, 2015). Os sistemas de acesso regulado à atenção à saúde constituem-se de estruturas operacionais, que medeiam uma oferta determinada e uma demanda por serviços de saúde, de forma a racionalizar o acesso de acordo com graus de riscos e normas definidas em protocolos de atenção à saúde e em fluxos assistenciais. Os sistemas de acesso regulado à atenção à saúde têm os seguintes objetivos: organizar o acesso de forma equitativa, transparente e com segurança; organizar o acesso com foco na pessoa usuária; desenvolver e manter atualizados protocolos de atenção à saúde organizadores do processo de regulação do acesso; instrumentalizar os fluxos e processos relativos aos procedimentos operacionais de regulação do acesso; implementar uma rede informatizada de suporte ao processo de regulação do acesso; manter um corpo de profissionais capacitados para a regulação do acesso; e gerar sistemas de monitoramento e avaliação de suas atividades através da geração de relatórios padronizados (CONTANDRIOPOULOS, 1997; OPAS, 2011; MENDES, 2002). Referência se caracteriza como o processo de encaminhamento do paciente para níveis mais complexos e especializados da assistência. Contra referência é definida como o processo inverso, no qual o indivíduo é encaminhado de níveis mais complexos para os níveis primários da assistência (FRATINI, 2008; SILVA, 2010). Um dos fundamentos para a coordenação do cuidado em redes de assistência à saúde é garantir a articulação e a integração entre os pontos de atenção no território e, para o cumprimento desse fundamento, identifica-se uma estreita relação com a operacionalização de um fluxo sistemático e eficiente de referência e contra referência atuante e que envolva os pontos de atenção da microrregião (PEREIRA, 2016). Um modelo eficiente de referência e contra referência tem como consequências: a maior humanização do cuidado em saúde, a manutenção dos vínculos entre pacientes, profissionais de saúde e as famílias (MENDES, 2011; FRATINI, 2008; ALMEIDA, 2013).		
Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: Verificar a existência de um sistema de referência e contra referência implementado pela operadora.		
3.2.2	A operadora realiza ações de coordenação do cuidado e integração da rede assistencial.	
Interpretação: A coordenação do cuidado pode ser definida como a articulação entre os diversos serviços e ações relacionadas à atenção à saúde de maneira que, independentemente do local onde seja prestado, esteja sincronizado e voltado ao alcance de um objetivo comum (NUÑES <i>et al.</i>, 2006 apud OLIVEIRA, 2013). Para que a operadora operacionalize a sincronização entre os prestadores de serviços do mesmo ou de diferentes níveis de atenção, é fundamental a existência de uma área ou gestor de coordenação/gestão das ações em saúde.		

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Comprovar a existência de uma área ou de pessoa encarregada da coordenação das ações em saúde. A coordenação deve ser realizada por um ou mais profissionais de saúde com experiência ou formação em gestão em saúde ou saúde coletiva, comprovada através de currículo profissional ou certificados de formação nas áreas citadas, com a função de alinhar as ações nos diversos níveis de atenção à saúde, facilitar a comunicação entre os diversos profissionais de saúde envolvidos e garantir a continuidade e a integralidade do cuidado.

3.2.3

**A Operadora realiza busca ativa de pacientes crônicos e/ou crônicos complexos após ocorrência de idas frequentes à emergência ou alta de internação hospitalar.
(Este item não se aplica às operadoras exclusivamente odontológicas)**



Interpretação:

De acordo com o Ministério da Saúde, a busca ativa é um procedimento fundamental no conjunto de ações de cuidados primários em saúde e vigilância epidemiológica, tendo por objetivo a identificação precoce de casos suspeitos e uma rápida confirmação para orientar a adequação de medidas de controle e follow-up, principalmente no caso de doenças graves e agravos de notificação compulsória.

A busca ativa pode também ser compreendida como uma das formas de identificação de uma população-alvo, como em medidas de rastreamento populacional para determinadas patologias que necessitam de prevenção ou controle (ex. Cânceres rastreáveis, hanseníase, tuberculose pulmonar, diabetes e outros). Na busca ativa, como a própria expressão indica, o serviço de saúde busca os beneficiários de forma ativa, direcionando para o serviço mais adequado, sem aguardar que as pessoas sintam a necessidade de buscar um serviço de saúde qualquer, por exemplo, para a busca de um exame diagnóstico com resultado positivo para uma patologia grave. Muitas vezes a “busca ativa” é usada como o oposto da simples “demanda espontânea”, situação na qual o sistema de saúde aguarda passivamente a procura espontânea do beneficiário pelo serviço. Podem ser citados como exemplos de ações de busca ativa, envio de material explicativo para o domicílio do beneficiário, contatos telefônicos e ida ao domicílio do beneficiário.

Mecanismos e estruturas de transição do cuidado em saúde são fundamentais para a efetiva coordenação do cuidado ao paciente e integração entre os serviços da rede de APS.

Condições crônicas constituem um conjunto de agravos que faz com que hoje muitos autores e instituições definam seus portadores como “pacientes crônicos em situação de complexidade”, determinado por um perfil de apresentação de cronicidade. Entre as características diferenciais mais prevalentes desse grupo estão a presença de várias enfermidades crônicas concorrentes, a grande utilização de serviços de hospitalização urgente, com diferentes episódios de ida ao hospital durante um mesmo ano, a presença de determinadas enfermidades como a insuficiência cardíaca, diminuição da autonomia pessoal temporária ou permanente e polimedicação (OMS, 2015).

Pacientes crônicos e/ou crônicos complexos que tenham recorrido à emergência hospitalar ou estejam em processo de alta hospitalar precisam ser identificados, por meio de busca ativa pelas equipes de APS, para receberem orientações adequadas a fim de evitar idas desnecessárias a emergência e evitar internações subsequentes, melhorando assim a qualidade do cuidado. É importante esclarecer que o momento da alta hospitalar é uma transição específica que prevê a continuidade dos cuidados no domicílio do paciente ou em outras estruturas da rede (unidades de reabilitação, por exemplo). Para tanto, a equipe de saúde deve desenvolver um plano global de conduta terapêutica, cuja logística inclui educação do paciente e da família e, sobretudo, coordenação entre profissionais diretamente implicados, em articulação com os serviços da rede. Além disso, intervenções domiciliares podem ser realizadas antes mesmo da alta, a fim de adaptar o ambiente e, por conseguinte, favorecer o desempenho de atividades de vida diária e capacitar o cuidador. A Portaria nº 2.528 Ministério da Saúde (2006) reconhece a importância de estruturas de suporte qualificado para pacientes crônicos e seus familiares destinadas a promover intermediação segura entre a alta hospitalar e a ida para o domicílio. Ademais, uma alta hospitalar mal conduzida amplifica problemas de gestão da assistência em todos os níveis do sistema.

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

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

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

3.2.4

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

**Interpretação:**

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

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

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

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

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

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

3.2.5	A Operadora possui programa estabelecido com critérios de elegibilidade para atenção domiciliar e cuidados paliativos com o objetivo de evitar ou abreviar o período de internação. (Este item não se aplica às operadoras exclusivamente odontológicas)	
Interpretação: No Brasil, a internação domiciliar tem sido um dos programas mais utilizados para a desospitalização do idoso e o mais amplamente recorrido pelo sistema de saúde suplementar (ANDRAOS, 2013; VERAS, 2008). A assistência domiciliar, desta forma, assume lugar como uma das alternativas de cuidado, com motivação inicial de descongestionar os hospitais e proporcionar a construção de nova lógica de atenção, com enfoque em ambiente psicossocial mais favorável aos pacientes e familiares, com promoção e prevenção à saúde e na humanização da atenção (VERAS, 2008; BAJOTTO, 2012). A atenção domiciliar abrange desde a promoção da saúde até a recuperação dos indivíduos acometidos por um agravo e que estão situados em seus respectivos domicílios (VERAS, 2012; LACERDA, 2006). O Ministério da Saúde estabelece uma série de critérios de inclusão, exclusão e alta para serviços de atenção domiciliar (BRASIL, 2013c). Critérios e condições de elegibilidade são um conjunto de elementos e informações que permitem avaliar o enquadramento do paciente na atenção domiciliar. (BRASIL, 2012b). O Ministério da Saúde sugere, ainda, dividir os critérios de elegibilidade em clínicos e administrativos: os critérios clínicos dizem respeito à situação do paciente, aos procedimentos necessários ao cuidado e à frequência de visitas de que necessita. Os critérios administrativos se referem aos quesitos administrativos/operacionais/legais necessários para que o cuidado em domicílio seja realizado, o que inclui residir no município e possuir ambiente domiciliar minimamente adequado e seguro para receber o paciente (BRASIL, 2012b).		
Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: Avaliar o programa de atenção domiciliar da operadora, de forma a verificar se existem critérios de elegibilidade e se estes estão de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde, especialmente no que diz respeito às doenças de perfil prevalente na Atenção Domiciliar, que segundo o Ministério da Saúde são: Pacientes com processos crônicos reagudizados (cardiopatas, síndromes de imunodeficiência adquirida, hepatopatias crônicas, neoplasias, doença pulmonar obstrutiva crônica, demência avançada e doenças terminais); pacientes em processo pós-cirúrgico imediato e tardio (cirurgias de pequeno, médio e grande porte, pós-cirurgia tardia com complicações, pós-operatório de ortopedia e traumatologia); pacientes em tratamento de grandes úlceras; pacientes em situações agudas (pneumonias, pielonefrites, doenças vasculares e neurológicas); pacientes em nutrição parenteral, ventilação mecânica não invasiva e antibioticoterapia domiciliar; e pacientes em cuidados paliativos (Brasil, 2012b).		

3.3 Programa de Gestão do Cuidado de Condições Crônicas de Saúde

Interpretação:

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) podem ser definidas como grupo de doenças que se caracterizam por apresentar, de uma forma geral, um longo período de latência, tempo de evolução prolongado, etiologia não elucidada totalmente, lesões irreversíveis e complicações que acarretam graus variáveis de incapacidade ou óbito. Compreende majoritariamente doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doenças respiratórias crônicas. Muitas das doenças desse grupo têm fatores de risco comuns e demandam por assistência continuada dos serviços, envolvendo longos períodos de supervisão, observação e cuidado (OWINGS MILLS, 1987). As DCNT são um problema de saúde global e uma ameaça à saúde e ao desenvolvimento humano. (SCHMIDT, 2011).

Em 2007, cerca de 72% das mortes no Brasil foram atribuídas às DCNT (doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, diabetes, câncer e outras, inclusive doenças renais), 10% às doenças infecciosas e parasitárias e 5% aos distúrbios de saúde materno-infantis (SCHMIDT, 2011).

Sabe-se que as doenças crônicas de maior impacto mundial possuem, em linhas gerais, quatro fatores de risco em comum: inatividade física, uso abusivo do álcool, tabagismo e alimentação não saudável. Devem ser considerados também no desenvolvimento deste quadro epidemiológico fatores ambientais e sociais, como o estresse no ambiente de trabalho e crises econômicas (ANS, 2011a).

Os recursos humanos e tecnológicos disponíveis na atualidade, se bem administrados, são capazes de prevenir e controlar com eficiência o diabetes, as doenças cardiovasculares e o câncer, dentre outras patologias crônicas. Estudos cada vez mais bem delineados têm demonstrado evidências de que o acompanhamento regular da saúde associado aos incentivos ao autocuidado e ao tratamento eficiente possibilitam melhoras significativas dos pacientes (AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS, 2001).

Nesse cenário, é recomendável o desenvolvimento de programas para o gerenciamento dessas doenças por meio de um conjunto de estratégias assistenciais e educacionais orientadas para um grupo de indivíduos portadores de doenças crônicas com potencial risco de agravamento e, conseqüentemente, com a necessidade de um aporte de tecnologias mais complexas e de maior custo (ANS, 2011a).

O gerenciamento de doenças crônicas foca no cuidado ao sujeito doente e em sofrimento e busca a construção de uma estrutura de apoio que possibilite ao mesmo, e a seus familiares, enfrentar os problemas cotidianos advindos da enfermidade. As intervenções em saúde decorrentes do gerenciamento do cuidado às pessoas portadoras de doenças crônicas, orientadas por profissionais de saúde responsáveis por este gerenciamento na operadora são, sem dúvida, favoráveis ao alcance de uma relação mais custo-efetiva (ANS, 2011a).

Em linhas gerais, os objetivos de um programa para gerenciamento de crônicos são identificar os indivíduos doentes de risco, cujo agravamento poderá levar a uma assistência mais complexa e dispendiosa; prevenir as exacerbações e complicações das doenças; oferecer uma assistência de qualidade com tecnologias de cuidados diversas; aumentar o envolvimento do paciente no autocuidado; construir uma base de dados sobre os doentes crônicos da carteira (ANS, 2011a).

ATENÇÃO: O REQUISITO 3.3 NÃO SE APLICA ÀS OPERADORAS EXCLUSIVAMENTE ODONTOLÓGICAS. VIDE EXPLICAÇÃO NO QUADRO II DO ANEXO III - CRITÉRIOS DE PONTUAÇÃO (ANEXO 9.4 DESTE MANUAL).

3.3.1	A operadora possui documento técnico descrevendo o Programa de Gestão do Cuidado de Condições Crônicas de Saúde contendo a metodologia e a população-alvo do Programa. (Este item não se aplica às operadoras exclusivamente odontológicas)	
Interpretação: Um programa de gerenciamento de doenças para atingir os seus objetivos precisa estar alinhado às expectativas dos participantes. O sucesso depende diretamente dos benefícios cobertos, dos incentivos oferecidos e da participação institucional. Isso porque a atenção à saúde de forma organizada e coletiva parece apresentar resultados mais positivos do que se o indivíduo cuidasse isoladamente da sua condição de saúde. Alguns programas de gerenciamento de doenças falham em seus objetivos exatamente por não serem endereçados às necessidades individuais de cada paciente (SILVA, 2012). Assim, de acordo com a literatura publicada acerca do tema, percebe-se a importância da criação e divulgação de documento técnico descrevendo detalhadamente o Programa de Gestão do Cuidado de Condições Crônicas de Saúde, contendo a metodologia utilizada e a população-alvo. A metodologia deve abarcar as ações planejadas e sua periodicidade, bem como as equipes profissionais responsáveis pelas ações.		
Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: A operadora deve comprovar possuir documento técnico com detalhes sobre o Programa de Gestão, especialmente no que se refere à população-alvo e à metodologia a ser utilizada, contendo as ações planejadas e sua periodicidade, bem como as equipes responsáveis pelas ações. É importante também que o Programa seja divulgado aos beneficiários de forma clara e compreensível pela população leiga.		
3.3.2	A operadora realiza análises epidemiológicas e demográficas da carteira que justifiquem a escolha da população-alvo abordada no Programa. (Este item não se aplica às operadoras exclusivamente odontológicas)	
Interpretação: Elaborar programas implica definir os objetivos, as áreas de atenção que serão abordadas, a população que será contemplada, as ações que serão implementadas e os resultados desejados (ANS, 2011a). A partir da análise das informações disponíveis na operadora, é possível iniciar o delineamento dos programas de Gestão do Cuidado de Condições Crônicas de Saúde. Para tal, é necessário definir a população para a qual se destina o programa. Esta população poderá ser definida conforme alguns critérios, entre eles: faixa etária; sexo; presença de agravos ou fatores de risco; prevalência de doenças; indivíduos com comorbidades e risco de maior demanda assistencial; pessoas em fases ou ciclos da vida que requeiram atenção especial. O estudo epidemiológico e demográfico da carteira da operadora é necessário para adequar as ações às necessidades dos beneficiários (ANS, 2011a).		
Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: Comprovação da existência de análises epidemiológicas e demográficas desenvolvidas pela operadora, no sentido de conhecer as populações-alvo a serem consideradas para a elaboração de Programas específicos para gestão de doenças crônicas. A operadora deve demonstrar os critérios utilizados e comprovar que estes foram criados seguindo evidências e boas práticas que justifiquem a criação do grupo de público-alvo, mostrando evidências que comprovem a escolha. Por exemplo: dados epidemiológicos com histórico de utilização da carteira.		

3.3.3	A operadora realiza a busca ativa de beneficiários para o Programa a partir das análises epidemiológicas e demográficas de sua carteira. (Este item não se aplica às operadoras exclusivamente odontológicas)	
Interpretação: Além da definição da população-alvo, é necessário que seja realizada busca de beneficiários que possam se favorecer da participação no Programa. Em publicação do laboratório de inovação, a ANS identificou que essa é uma das estratégias mais utilizadas para captação de beneficiários para Programas de Prevenção e Promoção da Saúde (ANS, 2014). Além da realização de busca ativa por meio do estudo demográfico e epidemiológico da carteira, a operadora também pode se valer do perfil de utilização dos beneficiários. Como exemplo, pode realizar a busca ativa de pacientes crônicos ou complexos após ocorrência de idas frequentes à emergência ou alta de internação hospitalar. O sistema de informação utilizado pela operadora deve ser capaz de contribuir para o monitoramento do programa e o acompanhamento da sua execução, levando em conta o andamento das atividades programadas e a participação dos beneficiários.		
Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: Verificar a comprovação de estratégias de busca ativa de beneficiários, a partir das análises epidemiológicas e demográficas realizadas para captação de beneficiários para os programas. A operadora deve comprovar a realização de busca ativa de beneficiários, através do envio de correio eletrônico, telefonemas, cartas enviadas tanto para os beneficiários quanto para a rede de prestadores de serviços de saúde.		
3.3.4	A Operadora fornece material explicativo contendo informações sobre o programa aos beneficiários elegíveis. (Este item não se aplica às operadoras exclusivamente odontológicas)	
Interpretação: O envio de material explicativo com informações sobre o Programa, além de ser uma das formas de captação de beneficiários, pode auxiliar o entendimento e a adesão dos indivíduos ao conteúdo para participação no Programa. Outros Programas da ANS exigem que seja realizado envio de material explicativo sobre o Programa como forma de captação de beneficiários elegíveis (ANS, 2011a).		
Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: A análise deve auditar o material, quanto ao estabelecido no item, e evidenciar a entrega (através de mailing, registro em prontuário, aviso de recebimento, assinatura em protocolos ou outros meios que garantam a comprovação da ciência). O auditor deve ainda avaliar o sistema de gestão de documentação implantado para verificar a adequação do documento ao item (verificar se este contém detalhamento suficiente sobre o Programa, com informações sobre desligamento de beneficiários do programa, recusa de participação, entre outros).		

3.3.5	O Programa adota protocolos e diretrizes clínicas, baseados em evidência, elaborados por entidades nacionais e internacionais de referência. (Este item não se aplica às operadoras exclusivamente odontológicas)	
	Interpretação: O avanço tecnológico na área da saúde proporciona inúmeras opções diagnósticas e terapêuticas para o cuidado à saúde. Entretanto, esta variabilidade não necessariamente está relacionada às melhores práticas assistenciais e às melhores opções de tratamento. As diretrizes clínicas são recomendações desenvolvidas de maneira sistemática, com o objetivo de auxiliar profissionais de saúde e pacientes na tomada de decisão em relação à alternativa mais adequada para o cuidado à saúde em circunstâncias clínicas específicas (FIELD, LOHR e INSTITUTE OF MEDICINE, 1990). São desenvolvidas com o objetivo de sintetizar e sistematizar as evidências científicas em relação à prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de uma determinada condição ou doença e propor recomendações para o atendimento efetivo e seguro dos pacientes. Os protocolos clínicos, por sua vez, são adaptações das recomendações e orientações das diretrizes para os serviços em particular e definem fluxos de atendimento e algoritmos voltados para garantir o melhor cuidado em determinado serviço de saúde. Os protocolos clínicos são fixos, numa parte do processo da condição ou doença e, em geral, num único ponto de atenção à saúde (MENDES, 2007). A aplicação de protocolos clínicos permite a implementação de recomendações válidas, preconizadas nas diretrizes clínicas, padronizando o fluxo e as principais condutas diagnósticas e terapêuticas para uma condição clínica específica. A aplicação das recomendações das diretrizes clínicas por meio de protocolos clínicos aumenta a efetividade na assistência assim como a segurança. Deste modo, as diretrizes e os protocolos clínicos contribuem para melhorar a qualidade das decisões clínicas e para uniformizar as condutas, com resultados significativos sobre o cuidado à saúde, diminuindo a morbidade e a mortalidade e aumentando a qualidade de vida e a segurança dos pacientes. Entretanto, a adoção de diretrizes clínicas de má qualidade, baseadas em conhecimento científico incompleto ou mal interpretado, ou desatualizadas, pode incentivar a disseminação de procedimentos ineficazes ou que põem em risco a segurança dos pacientes. É necessário que as diretrizes e os protocolos clínicos adotados tenham alcançado os requisitos necessários para assegurar uma boa validade interna e externa, avaliados criticamente por meio de instrumentos validados como o <i>Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II</i> (AGREE II) (KAHN, STEIN, 2014).	
	Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: Buscar comprovações de que as rotinas e os fluxos dos cuidados dos serviços de saúde, e além das ações, condutas e procedimentos dos profissionais de saúde destes serviços, estão em conformidade com as diretrizes e protocolos clínicos, definidos pelo Programa de Gestão do Cuidado de Condições Crônicas de Saúde. O auditor deve verificar se as diretrizes e os protocolos clínicos adotados foram validados pelo método AGREE-II, ou pela metodologia proposta pela Associação Médica Brasileira (AMB), e Sociedades Brasileiras, pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2016), ou algum outro instrumento confiável.	

3.3.6	Existe um coordenador/gestor do cuidado do Programa na Operadora. (Este item não se aplica às operadoras exclusivamente odontológicas)	
Interpretação: Define-se a coordenação do cuidado como a articulação entre os diversos serviços e ações relacionados à atenção à saúde de maneira que, independentemente do local onde seja prestado, esteja sincronizado e voltado ao alcance de um objetivo comum (NUÑES <i>et al.</i>, 2006 apud OLIVEIRA, 2013). Para atingir esta sincronização entre os prestadores de serviços do mesmo ou de diferentes níveis de atenção, é importante a existência do coordenador/gestor do cuidado num Programa de Gerenciamento de Condições Crônicas de Saúde. Compete a este coordenador/gestor a ordenação dos fluxos e dos contrafluxos nos diversos níveis da rede de prestadores de serviço. Para tanto, é essencial que o mesmo tenha fácil acesso às informações a respeito de problemas e atendimentos anteriores das pessoas com doenças crônicas, tendo em conta que este histórico está relacionado às necessidades para os atendimentos presentes (STARFIELD, 2002). Desse modo, o coordenador/gestor do cuidado exerce um papel de facilitador da integração da atenção básica/primária com a atenção ambulatorial especializada e a atenção hospitalar no cuidado às pessoas com doenças crônicas (MENDES, 2012), superando a atuação fragmentada e pouco coordenada característica da Saúde Suplementar brasileira. Na perspectiva do beneficiário, a coordenação do cuidado possibilita que as distintas intervenções sejam percebidas e vivenciadas como continuidade assistencial e que suas necessidades de atenção à saúde, além de suas expectativas pessoais, sejam adequadamente atendidas (ALMEIDA, 2010).		
Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: Comprovar a existência de um coordenador/gestor de integração do cuidado do Programa. O coordenador/gestor deve ser um profissional de saúde com a função de alinhar as ações nos diversos níveis de atenção à saúde, facilitar a comunicação entre os diversos profissionais de saúde envolvidos e garantir a continuidade e a integralidade do cuidado às pessoas com doenças crônicas.		
3.3.7	O Programa realiza avaliação clínica inicial e avaliações periódicas de acordo com o protocolo estabelecido e necessidades individuais dos beneficiários. (Este item não se aplica às operadoras exclusivamente odontológicas)	
Interpretação: As avaliações são importantes pontos de partida e de acompanhamento na atenção à saúde. Tendo como propósito fundamental dar suporte aos processos decisórios no âmbito do sistema de saúde, deve subsidiar a identificação de problemas e a reorientação de ações e serviços desenvolvidos, avaliar a incorporação de novas práticas sanitárias na rotina dos profissionais e mensurar o impacto das ações implementadas pelos serviços e programas sobre o estado de saúde da população. A avaliação em saúde deve ser um instrumento institucionalizado nos Programas de Saúde (BRASIL, 2005). Tendo como base políticas já implementadas, a ANS propõe que uma das ações mais importantes dentro do modelo de cuidado ao idoso é sem dúvida a avaliação funcional. Ela deve ser realizada logo ao iniciar o paciente na rede e repetida regularmente ou quando for necessária dentro das etapas do cuidado. Estudos têm demonstrado que medidas de avaliação da capacidade funcional são importantes preditores para o prognóstico e desfecho de internação para o idoso (ANS, 2016). Assim como na atenção ao idoso, a avaliação clínica inicial e periódica é de extrema importância no acompanhamento de doenças crônicas, identificando sintomas precocemente e dando maior subsídio a estratégias de acompanhamento e modificações na qualidade de vida da pessoa		
Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: Para análise deste item, o auditor deve buscar comprovações de avaliações iniciais e periódicas realizadas de forma sistemática com os pacientes participantes do programa. A busca deve envolver pesquisas em prontuários e nos sistemas de informação que tratam do acompanhamento do programa.		

3.3.8	As ações realizadas são formalmente registradas no prontuário de cada beneficiário. (Este item não se aplica às operadoras exclusivamente odontológicas)	
Interpretação: A importância do registro em saúde teve seu início na prática clínica, na qual os profissionais de saúde identificaram a necessidade de recorrer à história clínica e evolutiva para acompanhamento dos doentes. Estratégico para a decisão clínica e gerencial, para o apoio à pesquisa e formação profissional, atualmente o registro é considerado critério de avaliação da qualidade da prestação de serviço de saúde, isto é, a qualidade dos registros efetuados é reflexo da qualidade da assistência prestada, sendo ponto chave para informar acerca do processo de trabalho. Destina-se, ainda, ao subsídio dos processos de gestão, ao ensino e à pesquisa em saúde; à formulação, implementação e avaliação de políticas públicas; além de documentar demandas legais (VASCONCELLOS, 2008). Estudos relatam associação entre uso de registro em saúde com melhoria da qualidade do cuidado, na estrutura organizacional e na comunicação entre a equipe de saúde (ADAMS <i>et al</i>, 2003; VASCONCELLOS, 2008; WAGNER <i>et al</i>, 2000). Assim, verifica-se a importância de que as ações planejadas e executadas para o Programa sejam registradas para cada beneficiário.		
Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: A análise deste item deve auditar os prontuários de cada beneficiário, constatando se as ações propostas nos protocolos foram cumpridas.		
3.3.9	O Programa adota formalmente Termo de Consentimento Informado para participação e Termo de Desligamento do Programa. (Este item não se aplica às operadoras exclusivamente odontológicas)	
Interpretação: O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), originalmente, é um termo definido na Resolução nº 466/2012, que dispõe as diretrizes em ética em pesquisa com seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde (CNS): “TCLE - documento no qual é explicitado o consentimento livre e esclarecido do participante e/ou de seu responsável legal, de forma escrita, devendo conter todas as informações necessárias, em linguagem clara e objetiva, de fácil entendimento, para o mais completo esclarecimento sobre a pesquisa a qual se propõe participar”. De acordo com a definição utilizada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), em sua Recomendação nº 1/2016, o consentimento livre e esclarecido consiste no ato de decisão, concordância e aprovação do paciente, ou de seu representante, após a necessária informação e explicações, sob a responsabilidade do médico, a respeito dos procedimentos diagnósticos ou terapêuticos que lhe são indicados (CFM, 2016). De acordo com a Recomendação nº 1/2016 do CFM, o consentimento livre e esclarecido é um direito do paciente e dever do médico, possuindo tripla função: a) Cumprir o papel primordial de respeitar os princípios da autonomia, da liberdade de escolha, da dignidade e do respeito ao paciente e da igualdade, na medida em que, previamente a qualquer procedimento diagnóstico e/ou terapêutica que lhe seja indicado, o paciente será cientificado do que se trata, o porquê da recomendação ou como será realizado. A informação deve ser suficiente, clara, ampla e esclarecedora, de forma que o paciente tenha condições de decidir se consentirá ou não; b) Efetivar estreita relação de colaboração e de participação entre médico e paciente; c) Definir os parâmetros de atuação do médico (CFM, 2016). Para o Ministério da Saúde, o Termo de Consentimento Informado tem por objetivo o comprometimento do paciente (ou de seu responsável) e do médico com o tratamento estabelecido. Deve ser assinado por ambos após leitura pelo paciente ou seu responsável e esclarecimento de todas as dúvidas pelo médico assistente. Com o objetivo de facilitar o entendimento por parte do paciente ou de seus cuidadores, o texto deve ser escrito em linguagem de fácil compreensão (BRASIL, 2014).		

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Verificar os termos de consentimento informados e os termos de desligamento do programa pelos auditores, sendo que o consentimento formal, ou o desligamento do programa podem ser evidenciados por documento impresso assinado, ligação telefônica gravada ou outros meios eletrônicos, como e-mail. Para os casos de desligamento do programa por abandono do beneficiário, poderão ser aceitos registros formais no prontuário eletrônico do beneficiário.

3.3.10

**A Operadora monitora os resultados do Programa por meio de indicadores, de acordo com a periodicidade planejada.
(Este item não se aplica às operadoras exclusivamente odontológicas)**

**Interpretação:**

Avaliar significa realizar um julgamento sobre uma intervenção com o objetivo de auxiliar na tomada de decisões (CONTANDRIOPOULOS *et al*, 1997), sendo considerada uma importante ferramenta para verificar a eficácia das ações estabelecidas e subsidiar o processo de planejamento. A OMS (2000) conceitua a avaliação como “Processo de determinação, sistemática e objetiva, da relevância, efetividade, eficiência e impacto de atividades fundamentadas em seus objetivos. É um processo organizacional para implementação de atividades e para colaborar no planejamento, programação e tomada de decisão”. Instituído o programa, este precisa ser oferecido e acessível à população-alvo, além de ter adequada qualidade. Com isso, é necessário que a população aceite o programa e o utilize. Essa utilização resultará em uma dada cobertura da intervenção que, uma vez alcançada, produzirá um impacto (resultado populacional) sobre um comportamento ou sobre a saúde. Para que essas etapas sejam devidamente avaliadas, torna-se imprescindível a escolha de indicadores, o que dependerá das características do próprio programa ou intervenção (BRASIL, 2007; ANS, 2011b).

Entende-se por indicadores de saúde, parâmetros utilizados, aceitos universalmente, com o objetivo de direcionar o planejamento das ações programáticas, avaliar e monitorar o estado de saúde da população coberta pelo programa em um período definido (ANS, 2009).

Donabedian identifica três tipos de indicadores de avaliação: estrutura, processo e resultado. Indicadores de estrutura dizem respeito à área física, tecnologia apropriada, recursos humanos, medicamentos, acesso a normas de avaliação e manejo de pacientes, entre outros; e identificam as condições sob as quais o cuidado à saúde é oferecido aos usuários (DONABEDIAN, 1984). O indicador específico a ser utilizado na avaliação depende das características do próprio programa. A população a que o programa se dirige gera indicadores de cobertura. A natureza do programa, os instrumentos, equipamentos e recursos humanos utilizados, o método de veiculação para a população-alvo, entre outros, fornecem elementos para a formulação de indicadores de oferta. Os registros sobre a implementação do programa são úteis para a construção de indicadores de utilização e oferta. Os objetivos do programa, por sua vez, permitem construir indicadores de impacto (BRASIL, 2007; ANS, 2011b).

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Considerar a periodicidade planejada apresentada pela operadora para coleta de indicadores e avaliação dos resultados, buscando comprovações da aplicação dos indicadores e da elaboração de estudos de análise dos mesmos. A comprovação deve incluir: ficha técnica do(s) indicador(es), as análises periódicas e planos de ação, quando necessário. O plano de ação deverá ser devidamente documentado e possuir metas e prazos para a implementação das melhorias identificadas como necessárias e estar vinculado aos objetivos estratégicos da operadora – quando couber.

3.3.11	O Programa de crônicos e/ou crônicos complexos conta com cobertura mínima de 20% da população-alvo. (Este item não se aplica às operadoras exclusivamente odontológicas)	
Interpretação: Com o objetivo de realizar uma mudança do modelo de atenção e reorganização da rede assistencial na saúde suplementar, a proposta apresenta a exigência de uma cobertura populacional significativa da carteira da operadora de crônicos e/ou crônicos complexos. Em outros Programas da ANS, como o de promoção e prevenção, ressalta-se que para a efetividade das ações e obtenção de resultados positivos na saúde dos beneficiários, recomenda-se que os programas alcancem o maior número possível de beneficiários (ANS, 2011b). Sendo assim, apresenta-se a sugestão de que a operadora possua um Programa de Gestão de Condições Crônicas de Saúde que cubra, ao menos, 20% de sua população-alvo, sendo esta por sua vez, evidenciada através de estudos demográficos e epidemiológicos da carteira de beneficiários, conforme descrito anteriormente.		
Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: Comprovação de cobertura mínima de 20% da população-alvo, de crônicos e/ou crônicos complexos, que é a população-alvo do programa. Recomenda-se a apresentação de estudos que comprovem a quantidade de beneficiários que apresentam condições crônicas e complexas em saúde, garantindo a participação de pelo menos 20% destes no Programa de Gestão de Condições Crônicas de Saúde da Operadora.		
3.3.12	Existe estratégia de educação continuada para a equipe do Programa. (Este item não se aplica às operadoras exclusivamente odontológicas)	
Interpretação: A Educação Continuada é um processo permanente de treinamento, aperfeiçoamento e atualização profissional, visando atender necessidades do serviço e promover elevado padrão de assistência, sob o ponto de vista humano, técnico-científico e ético (LIMA, JORGE e MOREIRA, 2006). A educação continuada na saúde representa um conjunto de ações essenciais que possibilitam a qualificação dos profissionais responsáveis pelos cuidados ofertados aos clientes, além de permitir a integração da vivência diária com os conteúdos teóricos, para que haja qualidade na execução do trabalho. Sendo que essa educação baseia-se no problema vivenciado em cada localidade, a fim de resolvê-lo através do oferecimento de conhecimento e capacitação aos trabalhadores (HETTI <i>et al</i>, 2013; LAPROVITA <i>et al</i>, 2016; SANTOS, 2017). A educação continuada propõe transformações das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e devem ser executadas tendo como referência as necessidades de saúde e promoção da saúde das pessoas para que a atenção prestada seja relevante e de qualidade (SANTOS, 2017).		
Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: Verificar se a operadora possui projeto com previsão de educação continuada para os profissionais envolvidos no programa de Gestão do Cuidado de Condições Crônicas de Saúde, e verificando se o projeto é implementado de fato.		

3.3.13	A Operadora estabelece parcerias com estabelecimentos e instituições, com vistas a estimular a adesão dos beneficiários a hábitos saudáveis, tais como academias, restaurantes, clubes, etc. (Este item não se aplica às operadoras exclusivamente odontológicas)	
Interpretação: Estudos epidemiológicos demonstram expressiva associação entre estilo de vida e qualidade de vida. Hábitos de vida que incorporam atividade física regular e dieta saudável previnem a ocorrência de eventos cardíacos, reduzem a incidência de acidente vascular cerebral, hipertensão, diabetes mellitus do tipo 2, cânceres de cólon e mama, fraturas osteoporóticas, doença vesicular, obesidade, depressão e ansiedade, além de retardarem a mortalidade (ACSM, 2007).		
Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: Para pontuar neste item, a operadora deve comprovar possuir parcerias com restaurantes, academias e outros espaços que favoreçam a adoção de hábitos de vida saudável para os beneficiários participantes do programa.		
3.3.14	A Operadora possui Programa para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças aprovado pela ANS (Este item não se aplica às operadoras exclusivamente odontológicas).	
Interpretação: A ANS considera como um Programa para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças aquele que possua um conjunto de atividades estrategicamente ordenadas e sistematizadas pelas operadoras de planos privados de saúde, não só para o controle de patologias e agravos, mas prioritariamente para a sua prevenção, direcionadas a toda a população da carteira ou com perfil epidemiológico de risco conhecido, sob a ação e a coordenação multiprofissional (ANS, 2009). Nesse sentido um programa para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças pode ser definido como um conjunto orientado de estratégias e ações programáticas integradas e transversais que objetivam a promoção da saúde; a prevenção de riscos, agravos e doenças; a compressão da morbidade; a redução dos anos perdidos por incapacidade e o aumento da qualidade de vida dos indivíduos e populações (ANS, 2011a; ANS, 2011b). A ANS publicou em agosto de 2011 a Resolução Normativa nº 264 (substituída pela Resolução Normativa nº 498, de 30 de março de 2022), que dispõe sobre Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças, define conceitos e estabelece as modelagens dos programas, e a Resolução Normativa nº 265 (substituída pela Resolução Normativa nº 499, de 30 de março de 2022), que dispõe sobre os incentivos para a participação dos beneficiários nos programas, mediante a oferta de descontos e prêmios. O intuito das normas é ampliar o esforço que a ANS vem fazendo no sentido de inverter a lógica existente hoje no setor, pautado pelo tratamento da doença e não pelo cuidado da saúde. A implementação de programas que coadunem estratégias para a promoção da saúde e a prevenção de riscos, vulnerabilidades e doenças tem por objetivo, entre outros, qualificar a gestão em saúde, através de um modo de produção do cuidado centrado nas necessidades dos indivíduos e, ao mesmo tempo, racionalizar os custos assistenciais. Devido a especificidades das operadoras exclusivamente odontológicas devem ser verificados programas de Promoção da Saúde e prevenção de riscos e doenças na área de saúde bucal.		
Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: Declaração de aprovação de Programa para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças (Programa Promoprev) emitido pela ANS, cuja emissão é feita pelo link http://www.ans.gov.br/externo/site/perfil_operadoras/promoprev/DeclaracaoAprovacao/emitir_declaracao.asp		

3.3.15	O Programa é gerido por meio de sistema de informação que contempla o cadastro dos participantes e o registro do acompanhamento das ações. (Este item não se aplica às operadoras exclusivamente odontológicas)	
Interpretação: Define-se como Sistema de Informação Clínica o conjunto de componentes inter-relacionados que coletam, processam, armazenam e distribuem informações que permitem, por exemplo, auxiliar na prestação de cuidados de saúde, contribuir para os processos de decisão clínica, monitorar a qualidade dos cuidados prestados, melhorar a gestão e planejamento dos cuidados de saúde, contribuir para a pesquisa e para a formação dos profissionais de saúde (ARAÚJO, 2007; PIRES <i>et al.</i>, 2015). Estes sistemas são estruturantes do Programa de Gestão do Cuidado de Condições Crônicas de Saúde, pois possibilitam a identificação única dos beneficiários participantes e o registro eletrônico de saúde (RES) ou prontuário eletrônico do paciente (PEP), um conjunto de informação estruturada e codificada que contém dados relacionados com a saúde e a doença de um paciente. Estes registros contêm dados relativos à história clínica do paciente, diagnósticos, tratamentos efetuados, prescrições terapêuticas, solicitações e resultados de exames complementares de diagnóstico, histórico de consulta, internação, cirurgias e outros (ARAÚJO, 2007). Os Sistemas de Informação Clínica fornecem subsídios precisos para a estratificação de risco da população de beneficiários adscritos ao Programa, planejamento e acompanhamento do cuidado na rede de prestadores de serviço e a comunicação entre a atenção básica/primária e os diferentes níveis de atenção (BRASIL, 2013d).		
Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: Comprovação da existência e do funcionamento de Sistema de Informação Clínica no qual estejam cadastrados os beneficiários participantes do Programa e estejam inseridos os RES da totalidade destes participantes. Do mesmo modo, deverá ser possível a obtenção de relatórios de monitoramento da qualidade do cuidado prestado, por meio de indicadores.		
3.3.16	A Operadora avalia o impacto em saúde dos resultados do Programa e adota plano de ação a partir da avaliação dos resultados. (Este item não se aplica às operadoras exclusivamente odontológicas)	
Interpretação: A avaliação de um programa pode ser utilizada para detectar problemas e obstáculos, fazer modificações e evitar erros, com o objetivo de aumentar os resultados positivos. A avaliação implica coletar informação, analisá-la e discutir os resultados com todos os que exercem funções dentro do programa. Como resultado de uma avaliação pode-se renovar o programa ou descontinuá-lo, além de permitir a verificação da possibilidade de ampliar a cobertura para atender a mais pessoas ou outras regiões (OPAS, 1990). A avaliação do impacto em saúde obtido com a implementação do Programa torna-se, assim, essencial para que seja possível avaliá-lo de forma completa, repensar ações e reavaliar as etapas, objetivos e metas a serem implementadas.		
Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: A operadora deve comprovar a realização de estudos de avaliação dos resultados em saúde, a partir da implementação do programa de gestão de condições crônicas de saúde, este documento deve ainda ser utilizado como base para possíveis modificações e adequações do programa. Deve-se verificar a existência de indicadores e/ou relatórios gerenciais que comprovem os benefícios do Programa.		

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

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Verificar a existência de documento com a descrição da política farmacêutica utilizada pela operadora, além da comprovação da implementação desta por meio de registros na operadora.

3.4.2

A Operadora oferece orientação sobre o uso racional de medicamentos para seus beneficiários, utilização e armazenamento adequado, em especial para os quimioterápicos de uso oral.
(Este item não se aplica às operadoras exclusivamente odontológicas)

**Interpretação:**

O uso racional e seguro de medicamentos ocorre quando o indivíduo recebe o medicamento adequado à sua necessidade clínica, na dose e posologias corretas, por um período de tempo apropriado e com o menor custo para si próprio e para a comunidade. Medidas de disseminação de informações de uso racional e seguro de medicamentos, para os usuários, devem ser promovidas pelas operadoras de planos privados de saúde e estarem disponíveis em lugares de fácil visualização na rede credenciada de prestadores de serviços de saúde e nos sites das operadoras. O Conselho Federal de Farmácia (CFF), em parceria com o Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos (ISMP) e o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), possui diretrizes e campanhas de orientação dos profissionais de saúde sobre a importância da clareza no preenchimento da prescrição e do prontuário visando melhorar a segurança do paciente. As Diretrizes são baseadas no Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), do Ministério da Saúde. De acordo com o Ministério da Saúde, em 2014, na atenção primária os erros de medicação foram a principal causa de eventos adversos, principalmente em crianças e idosos. Esses erros podem ser causados por diferentes fatores que potencialmente interferem na prescrição, na dispensação, na administração, no consumo e no monitoramento de medicamentos, o que pode ocasionar sérios prejuízos para a saúde e até mesmo a morte. É necessário ter transparência na prescrição, com esclarecimentos e disponibilidade do profissional diante de possíveis reações adversas e erros.

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

As orientações e os Protocolos e Diretrizes de Uso Seguro devem estar documentados e disponíveis para consulta em todos os serviços da rede da operadora de planos privados de saúde.

3.4.3

A Operadora oferece programa de desconto em farmácia para medicamentos.
(Este item não se aplica às operadoras exclusivamente odontológicas)

**Interpretação:**

No intuito de aumentar a adesão ao tratamento pelos beneficiários, uma das alternativas de fácil implementação é a oferta de descontos em medicamentos para beneficiários de planos de saúde. Esta mudança pode acarretar maior adesão ao tratamento e melhores resultados clínicos na assistência à saúde.

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Buscar a comprovação de existência de Contratos/Convênios com farmácias para fornecimento de descontos na compra de medicamentos para beneficiários da operadora de planos de saúde.

3.4.4	A Operadora dá cobertura parcial ou total de medicamentos, no âmbito do Programa de Gestão do Cuidado de Condições Crônicas de Saúde. (Este item não se aplica às operadoras exclusivamente odontológicas)	
Interpretação: Estudos demonstram que portadores de doenças crônicas, quando tratados de forma parcial ou incompleta, podem ter a sua condição de saúde agravada, levando a níveis elevados de utilização dos recursos de assistência à saúde (MILLER, 1997). A não cobertura de medicamentos ou serviços de suporte pode desestimular o autocuidado e a adesão aos programas. A associação do benefício farmacêutico, com os programas de gerenciamento de doenças, assegura o cumprimento dos planos terapêuticos e uso adequado dos medicamentos prescritos, potencializando os resultados.		
Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: A análise deste item deve buscar evidências de disponibilização de medicamentos ou subsídios a beneficiários que participam de Programa de Gestão de Condições Crônicas de Saúde oferecidos pela operadora.		
3.5 Modelos de Remuneração Baseado em Valor		
Interpretação: As operadoras de planos de saúde remuneram de acordo com a negociação realizada e pactuada com os prestadores de serviços de saúde da rede credenciada. A hegemonia hoje dos modelos de pagamento é do modelo Fee For Service. A maioria dos sistemas de saúde lida com uma enorme variedade de metodologias de remuneração: “remuneração baseada em valor”, dentre estes podemos destacar: pagamento por desempenho (<i>pay for performance</i>), remuneração por economias geradas (<i>shared savings</i>), pagamentos por episódio clínico (<i>bundled payments</i>), método de pagamento per capita (<i>capitation</i>). Os critérios para eleição de incentivos financeiros e pactuação de metas devem estar orientados pelas decisões de alocação de recursos, prioridades da gestão de metas de qualidade em saúde e variam conforme diferentes coberturas populacionais e porte da operadora. A remuneração adequada e orientada por valor deve considerar os objetivos e metas estratégicas estabelecidas pela operadora ao contratar sua rede prestadora de serviços de saúde (OPAS, 2007). A remuneração baseada em valor visa a promoção da qualidade e o valor dos serviços de saúde. A finalidade do programa é alterar o pagamento baseado em volume, ou seja, pelos pagamentos de taxa por serviço para pagamentos que correspondem aos resultados. A sua implementação buscar incentivar ações centradas no paciente e melhorias organizacionais (CONASS, 2003).		
3.5.1	A Operadora adota política de incentivos financeiros para estimular o monitoramento de indicadores de qualidade e segurança do paciente por sua rede prestadora de serviços.	
Interpretação: A adoção de modelos de remuneração que estejam atrelados à qualidade em saúde passa pela necessidade de se incentivar a avaliação de resultados em saúde (OPAS, 2007). A utilização de indicadores de mensuração de qualidade e de segurança do paciente é uma prática difundida na saúde e com recomendações internacionais. Portanto, o incentivo ao uso de indicadores para monitoramento da qualidade e da segurança do paciente pelos prestadores torna-se uma recomendação importante para melhorar a prestação de serviços em saúde.		

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

A análise deste item deve buscar evidências da utilização de incentivos financeiros ou adoção de modelos de remuneração que estimulem a utilização de monitoramento de indicadores de qualidade e segurança do paciente. Sugestão de implementação do item em pelo menos 30% dos hospitais, ou 30% dos serviços de apoio diagnóstico e terapia, ou 30% dos profissionais de saúde que compõem a rede da operadora.

3.5.2

A Operadora adota política de incentivos financeiros para estimular a rede prestadora de serviços na utilização de protocolos e diretrizes clínicas e protocolos de segurança do paciente, baseados em evidências e validados por metodologia reconhecida por entidades nacionais e internacionais de referência.

**Interpretação:**

A temática segurança do paciente encontra-se intrinsecamente relacionada à qualidade nos serviços de saúde e vem sendo amplamente referida e discutida pelos setores prestadores de serviços de saúde, pelas entidades de classe e pelos órgãos governamentais (SAMPAIO, 2014).

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

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

A análise deste item deve buscar evidências da utilização de incentivos financeiros que estimulem a utilização de protocolos e diretrizes clínicas, assim como protocolos de segurança do paciente, baseados em evidências e validados por metodologia reconhecida por entidades nacionais e internacionais de referência em pelo menos 30% dos hospitais, ou 30% dos serviços de apoio diagnóstico e terapia, ou 30% dos profissionais de saúde que compõem a rede da operadora. O auditor deve verificar se as diretrizes e os protocolos clínicos adotados foram validados pelo método AGREE-II, ou pela metodologia proposta pela Associação Médica Brasileira (AMB), pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2016), ou algum outro instrumento confiável.

3.5.3

A Operadora adota política de incentivos financeiros para estimular sua rede prestadora de serviços a implantar comissões de verificação de prontuário, incentivando a realização de auditoria médica/odontológica ou mecanismo similar dos prontuários.

**Interpretação:**

A avaliação da qualidade da atenção assistencial dispensada aos beneficiários de planos de saúde depende da informação disponível registrada na rede de prestadores de serviços de saúde. Uma das fontes de informação primária é o prontuário do paciente, onde devem ser registradas todas as informações assistenciais relevantes sobre o usuário. A implantação das comissões de verificação de prontuário, conforme Resolução nº 1638/2002 do CFM, além de auditoria do prontuário do paciente, que deve ser realizada periodicamente, são medidas importantes para que a estratégia de prestação de serviços possa ser reavaliada.

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

A análise desse item deve buscar evidência da adoção de incentivos por parte da operadora para que seus prestadores de serviço hospitalar implantem comissões de verificação de prontuário e implementem auditoria médica/odontológica nos prontuários dos pacientes.

3.5.4	Nos casos em que a operadora utiliza o <i>Fee For Service</i> para a remuneração de prestadores de serviços de saúde, este é conjugado com avaliação de desempenho do prestador.	
Interpretação: O pagamento por procedimento (<i>Fee For Service</i>) incentiva os prestadores a realizarem muitos procedimentos e utilizarem tecnologias desnecessárias, pois isto garante sua maior remuneração. Uma forma de mitigar este efeito do sistema é atrelá-lo ao pagamento por desempenho, que consiste em incluir incentivos para que o prestador busque atingir uma meta de qualidade (BESSA, 2011). Os incentivos para a busca do melhor desempenho no atendimento ao cliente podem ser positivos (maior remuneração pela qualidade), ou negativos (menor remuneração, ou não pagamento do serviço). Estes incentivos podem ser implementados prospectivamente ou retrospectivamente. Para tanto é necessário mensurar a qualidade dos procedimentos prestados pela rede prestadora de serviços de saúde. Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: A análise desse item deve buscar verificar se a remuneração por procedimento prestado, praticado pela operadora, está acoplada a programas de incentivo para os prestadores que atingem a meta de qualidade previamente pactuada. Sugere-se que as metas sejam: pelo menos 15% dos hospitais, ou 15% dos serviços de apoio diagnóstico e terapia, ou 15% dos profissionais de saúde que compõem a rede da operadora.		
3.5.5	A Operadora utiliza modelos de remuneração de prestadores de serviços de saúde alternativos ao <i>Fee For Service</i> na sua rede hospitalar. (Este item não se aplica às operadoras exclusivamente odontológicas)	
Interpretação: O pagamento por procedimento (<i>Fee For Service</i>) para a remuneração de prestadores de serviços de saúde é o sistema mais comumente utilizado no Brasil e no mundo, mas vem sendo substituído por outras formas de pagamento que agregam valor. Nos últimos anos, uma série de métodos de remuneração alternativos, que se enquadram no conceito de “remuneração baseada em valor”, vem sendo adotados: pagamento por desempenho (<i>pay for performance</i>); remuneração por economias geradas (<i>shared savings</i>); pagamentos por episódio clínico (<i>bundled payments</i>); e método de pagamento per capita (<i>capitation</i>), em que os fornecedores recebem um valor fixo por usuário inscrito no programa, assumindo todos os riscos envolvidos, em um determinado lapso de tempo (mensal ou anual). Cada método de remuneração de seus prestadores credenciados implica vantagens e desvantagens. Estes métodos de remuneração podem ser utilizados de forma isolada ou combinada. O mais importante é que a escolha recaia no método ou combinação de métodos que implique em maior valor agregado ao paciente. Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: A análise desse item deve buscar evidências da utilização de modelos de remuneração alternativos ao <i>Fee For Service</i> para pelo menos 15% da rede hospitalar		

3.5.6	A Operadora utiliza modelos de remuneração de prestadores de serviços de saúde alternativos ao <i>Fee For Service</i> na sua rede de SADT.	
Interpretação: O pagamento por procedimento (<i>Fee For Service</i>) para a remuneração de prestadores de serviços de saúde é o sistema mais comumente utilizado no Brasil e no mundo, mas vem sendo substituído por outras formas de pagamento que agregam valor. Nos últimos anos, uma série de métodos de remuneração alternativos, que se enquadram no conceito de “remuneração baseada em valor”, vem sendo adotados: pagamento por desempenho (<i>pay for performance</i>); remuneração por economias geradas (<i>shared savings</i>); pagamentos por episódio clínico (<i>bundled payments</i>); e método de pagamento per capita (<i>capitation</i>), em que os fornecedores recebem um valor fixo por usuário inscrito no programa, assumindo todos os riscos envolvidos, em um determinado lapso de tempo (mensal ou anual). Cada método de remuneração de seus prestadores credenciados implica vantagens e desvantagens. Estes métodos de remuneração podem ser utilizados de forma isolada ou combinada. O mais importante é que a escolha recaia no método ou combinação de métodos que implique em maior valor agregado ao paciente.		
Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: A análise desse item deve buscar evidências da utilização de modelos de remuneração alternativos ao <i>Fee For Service</i> para pelo menos 15% da rede de SADT.		
3.5.7	A Operadora utiliza modelos de remuneração de prestadores de serviços de saúde alternativos ao <i>Fee For Service</i> na sua rede de profissionais de saúde	
Interpretação: O pagamento por procedimento (<i>Fee For Service</i>) para a remuneração de prestadores de serviços de saúde é o sistema mais comumente utilizado no Brasil e no mundo, mas vem sendo substituído por outras formas de pagamento que agregam valor. Nos últimos anos, uma série de métodos de remuneração alternativos, que se enquadram no conceito de “remuneração baseada em valor”, vem sendo adotados: pagamento por desempenho (<i>pay for performance</i>); remuneração por economias geradas (<i>shared savings</i>); pagamentos por episódio clínico (<i>bundled payments</i>); e método de pagamento per capita (<i>capitation</i>), em que os fornecedores recebem um valor fixo por usuário inscrito no programa, assumindo todos os riscos envolvidos, em um determinado lapso de tempo (mensal ou anual). Cada método de remuneração de seus prestadores credenciados implica vantagens e desvantagens. Estes métodos de remuneração podem ser utilizados de forma isolada ou combinada. O mais importante é que a escolha recaia no método ou combinação de métodos que implique em maior valor agregado ao paciente.		
Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: A análise desse item deve buscar evidências da utilização de modelos de remuneração alternativos ao <i>Fee For Service</i> para pelo menos 15% da rede de profissionais de saúde.		

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS PARA GESTÃO EM SAÚDE

- ADAMS, W.G; MANN, A.M; BAUCHNER, H. Use of an electronic medical record improves the quality of urban pediatric primary care. *Pediatrics*, 2003;
- ALMEIDA, P.F. Estratégias de coordenação dos cuidados: fortalecimento da atenção primária à saúde e integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2010;
- ALMEIDA, P.F; et al. Estratégias de integração entre atenção primária à saúde e atenção especializada: paralelos entre Brasil e Espanha. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, 2013;

- ALMEIDA, P.F, FAUSTO, M.C.R, GIOVANELLA, L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. Rev Panam Salud Publica, 2011;
- AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS. Ambulatory care formularies and pharmacy benefit management by managed care organisations. Philadelphia, PA: ACP, American Society of Internal Medicine, 2001;
- AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE - ACSM. Diretrizes do ACSM para os testes de esforço e sua prescrição. Traduzido por Giuseppe Taranto. 7ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007;
- ANDRAOS, C. e LORENZO, C. Sistema suplementar de saúde e internação domiciliar de idosos na perspectiva da bioética crítica. Rev. bioét, 2013;
- ARAÚJO, J.D. Polarização epidemiológica no Brasil. Informe Epidemiológico do SUS, 1992;
- ARAÚJO, S.C. Segurança na Circulação de Informação Clínica. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto, Porto, 2007;
- BAJOTTO, A.P; et al. Perfil do paciente idoso atendido por um Programa de Atenção Domiciliar do Sistema Único de Saúde em Porto Alegre, RS. Rev HCPA, 2012;
- BALABAN R.B.; et al. Redefining and redesigning hospital discharge to enhance patient care: a randomized controlled study. J Gen Intern Med, 2008;
- BELELA, A.S.C; et al. Revelação da ocorrência de erro de medicação em unidade de cuidados intensivos pediátricos. Revista Brasileira de Terapia Intensiva, São Paulo, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-507X2010000300007&script=sci_arttext Acesso em 17 de fevereiro>;
- BERENSON, R; et al. Payment Methods and Benefit Designs: How They Work and How They Work Together to Improve Health Care. A Typology of Payment Methods. Research Report. Urban Institute, 2016;
- BESSA, R.O. Análise dos modelos de remuneração médica no setor de saúde suplementar brasileiro. São Paulo, 2011. Dissertação de Mestrado, Fundação Getúlio Vargas. SP, 2011;
- BOACHIE, M K. Healthcare Provider-Payment Mechanisms: A Review of Literature. Journal of Behavioural Economics, Finance, Entrepreneurship, Accounting and Transport, 2014;
- BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Para entender a gestão do SUS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília: CONASS, 2003;
- BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Nota Técnica nº 392 da Coordenadoria Geral de Legislação e Normas de Regulação e Supervisão da Educação Superior. Brasília: Ministério da Educação, 2013b;
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Cartilha para a modelagem de programas para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças. Rio de Janeiro: ANS, 2011a;
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Idoso na saúde suplementar: uma urgência para a saúde da sociedade e para a sustentabilidade do setor - Projeto Idoso bem cuidado. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2016;
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar. 3. ed. rev. e atual. – Rio de Janeiro: ANS, 2009;
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Manual técnico para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar. 4. ed. rev. e atual. – Rio de Janeiro: ANS, 2011b;
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Resolução Normativa nº 498, de 30 de março de 2022.
- Dispõe sobre Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças e seus Programas na saúde suplementar. Rio de Janeiro: ANS, 2022. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDE10A==>;
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Resolução Normativa nº 499, de 30 de março de 2022. Dispõe sobre a concessão de bonificação aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde pela participação em programas para Promoção do Envelhecimento Ativo ao Longo do Curso da Vida e de premiação pela participação em programas para População-Alvo Específica e programas para Gerenciamento de Crônicos. Rio de Janeiro: ANS, 2011d. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDE10Q==>

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

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Glossário APS. Disponível em: [https://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/rn/ANEXO I - 572.pdf](https://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/rn/ANEXO_I_-_572.pdf)

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Brasília: ANVISA, 2016. Disponível em: <<http://encurtador.com.br/qtwZ9>>;

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília: ANVISA, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html>;

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

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Avaliação na Atenção Básica em Saúde: Caminhos da institucionalização. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/avaliacao_ab_portugues.pdf>;

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família: documento técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/10001019925.pdf>>;

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Caderno de Atenção Domiciliar – Volume 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/geral/CAD_VOL1_CAP4.pdf;

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>;

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013d;

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Educação Permanente em Saúde: um movimento instituinte de novas práticas no Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/educacao_permanente_saude_movimento_instituinte.pdf>;

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília, 2012c. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/pnan2011.pdf>>;

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria MS/GM nº 529, de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html>;

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2013c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html>;

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica. Brasília, DF, 2006b. (Cadernos de Atenção Básica, n. 14);

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA EXECUTIVA. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. Glossário temático: promoção da saúde. Brasília: 2012a;

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Síntese de evidências para políticas de saúde: adesão ao tratamento medicamentoso por pacientes portadores de doenças crônicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

- Disponível em: < http://brasil.evipnet.org/wp-content/uploads/2016/09/SinteseMedicamentos_set>;
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sobre a Assistência Farmacêutica. 2018. Disponível em: < <http://portalsms.saude.gov.br/assistencia-farmaceutica/sobre-a-assistencia-farmaceutica>>. Acesso em 02 mai. 2018;
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diretrizes Metodológicas – Elaboração de Diretrizes Clínicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2016/Diretrizes_Metodologicas_WEB.pdf (acesso em 14 de março de 2019).
- BUBALO, J. et al. Medication adherence: pharmacist perspective. Journal of the American Pharmacists Association, 2010;
- CAMPBELL S.M; et al. Research methods used in developing quality indicators in primary care. Qual Saf Health Care, 2002;
- CAPUCHO, H.C. Sistema manuscrito e informatizado de notificação voluntária de incidentes em saúde como base para a cultura de segurança do paciente. Ribeirão Preto, 2012. Tese (Doutorado), Universidade de São Paulo, SP. 2012;
- CARVALHO, T. *et al.* Posição oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte: atividade física e saúde. Revista Brasileira de Medicina do Esporte, 1996;
- CONILL, E.M. Análisis de la problemática de la integración de la APS en el contexto actual: causas que inciden en la fragmentación de servicios y sus efectos en la cohesión social. Intercambio III.2-1-2007 Fortalecimiento de la Integración de la Atención Primaria con otros Niveles de Atención. Fundação Oswaldo Cruz, 2007;
- CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Programa de Suporte ao Cuidado Farmacêutico na Atenção à Saúde – PROFAR /. – Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2016;
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Recomendação CFM nº 1/2016. Dispõe sobre o processo de obtenção de consentimento livre e esclarecido na assistência médica. Brasília, 2016. Disponível em: < https://portal.cfm.org.br/images/Recomendacoes/1_2016.pdf>;
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Recomendação CFM nº 1638/2002. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde. Brasília, 2002. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cFm/2002/1638_2002.htm
- CONTANDRIOPOULOS, A.P; et al. Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz Z, organizadora. Avaliação em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997;
- COSTA, C.G.A. Desenvolvimento e Avaliação Tecnológica de um Sistema de Prontuário Eletrônico do Paciente, Baseado nos Paradigmas da World Wide Web e da Engenharia de **Software**. 2001. Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual de Campinas, SP. 2001;
- COTRIM-GUIMARÃES, I.M.A. Programa de Educação Permanente e Continuada da Equipe de Enfermagem da Clínica Médica do Hospital Universitário Clemente de Faria: análise e proposições. 2009. Dissertação de Mestrado, Fundação Oswaldo Cruz, RJ. 2009;
- CUNHA, R.R. Implantação do Plano de Segurança do Paciente em um hospital público de Minas Gerais. 2016. Monografia apresentada para obtenção do título de Especialista em MBA Gestão em Saúde e Controle de Infecção da Faculdade INESP. São Paulo, 2016;
- DEAN, A. J. et al. A systematic review of interventions to enhance medication adherence in children and adolescents with chronic illness. Archives of Disease in Childhood, 2010;
- DONABEDIAN, A. La calidad de la atención médica – definición y métodos de evaluación. La Prensa Mexicana, México, 1984;
- EMMERICK, I.C.M. Avaliação da assistência farmacêutica no brasil: um pensar sobre a abordagem de pesquisa proposta pela OMS e seus indicadores. Dissertação de mestrado. Fundação Oswaldo Cruz, 2006;
- FIELD, M. J.; LOHR, K. N.; INSTITUTE OF MEDICINE, Eds. Clinical Practice Guidelines: Directions for a New Program. Washington, DC: National Academy Press, p.38. 1990;
- FRATINI, J.R.G; et al. Referência e contrarreferência: contribuição para a integralidade em saúde. Cienc Cuid Saúde, 2008;
- GAMA, Z.A.S; et al. Desenvolvimento e validação de indicadores de boas práticas de segurança do paciente: Projeto ISEP-Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2016;

- GELLAD, W. F. et al. A systematic review of barriers to medication adherence in the elderly: looking beyond cost and regimen complexity. *The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, 2011;
- GLOMBIEWSKI, J. A. et al. Medication adherence in the general population. *PLoS One*, 2012;
- GOUVÊA, C.S.D e TRAVASSOS, C. Indicadores de segurança do paciente para hospitais de pacientes agudos: revisão sistemática. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2010;
- GUERRERO, K.S, PULS, S.E e ANDREW, D.A. Transition of care and the impact on the environment of care. *Journal of Nursing Education and Practice*, 2014;
- HANKEN, M.A., WATERS, K.A. *Electronic Health Records: Changing the Vision*. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1999;
- HARTZ, Z.M.A e CONTANDRIOPOULOS, A.P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2004;
- HESSELINK G.; et al. Are patients discharged with care? A qualitative study of perceptions and experiences of patients, family members and care providers. *BMJ Qual Saf.*, 2012;
- HETTI, L. B. E. et al. Educação permanente/continuada como estratégias de gestão no serviço de atendimento móvel de urgência. *Rev. eletrônica enferm*, 2013;
- INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington (US): National Academy Press, 2001;
- INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). *To Err is Human: Building a Safer Health System*. The National Academy of Sciences, 1999;
- KEEPING-BURKE L.; et al. Bridging the transition from hospital to home: effects of the VITAL telehealth program on recovery for CABG surgery patients and their caregivers. *Res Nurs Health*, 2013;
- KHAN, G. S. C.; STEIN, A. T. Adaptação transcultural do instrumento Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II (AGREE II) para avaliação de diretrizes clínicas. *Cadernos de Saúde Pública*, 2014;
- KIND J.; et al. Low-cost transitional care with nurse managers making mostly phone contact with patients cut rehospitalization at a VA hospital. *Health Aff (Millwood)*, 2012;
- LACERDA, M.R; et al. Atenção à Saúde no Domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. *Saúde e Sociedade*, v.15, 2006;
- LAPROVITA, D. et al. Educação permanente no atendimento pré-hospitalar móvel: perspectiva de Emerson Merhy. *Revista de enfermagem - UFPE*, 2016;
- LEITE, S.N e VASCONCELLOS, M.P.C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2003;
- LIMA, F.E.T; JORGE, M.S.B e MOREIRA, T.M.M. Humanização hospitalar: satisfação dos profissionais de um hospital pediátrico. *Rev. Bras. Enferm*, 2006;
- MAINZ, J. Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. *Int J Qual Health Care*, 2003;
- MARTINS, R.A.S; et al. Estratégias de efetivação do acesso à saúde: a busca ativa de pacientes mediante demanda reprimida na saúde no HC/UFTM. III Simpósio Mineiro de Assistentes Sociais. Minas Gerais – Belo Horizonte, 2013;
- MENDES, E. V. A Modelagem das Redes de Atenção à Saúde. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2007. Disponível em: http://www.saude.es.gov.br/download/A_MODELAGEM_DAS_REDES_DE_ATENCAO_A_SAUDE.pdf. Acesso em: 10/06/2012;
- MENDES, E.V. As redes de atenção à Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011;
- MILLER, N.H. **Compliance** with treatment regimens in chronic asymptomatic diseases. *Am J Med*, 1997;
- NAVARRO, J. C. Evaluación de programas de salud y toma de decisiones. Washington, DC: OPAS/OMS, 1992;
- NETO, A.Q. Segurança dos pacientes, profissionais e organizações: um novo padrão de assistência à saúde. *Rev. De Adm em Saúde*, 2006;
- NETO, J.P.R. Assistência farmacêutica e o gerenciamento de doenças crônicas. *J. Bras. Econ. Saúde*, 2012;
- NUNES, M.T; et al. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gac Sanit*, 2006;

- OLIVEIRA, G.S.M. Estratégias de coordenação do cuidado - uma análise do fortalecimento da Atenção Primária à Saúde e seu papel coordenador no município do Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2013;
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Atenção Primária em Saúde: Agora mais que nunca. Relatório Mundial de Saúde, 2008;
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Envelhecimento ativo: um marco para elaboração de políticas. WHO, 2001;
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Relatório Mundial da Saúde - Financiamento dos sistemas de saúde: o caminho para a cobertura universal. Genebra, 2010 - Disponível em: <<http://www.who.int/eportuguese/publications/WHR2010.pdf?ua=1>>;
- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). Evaluación para el planeamiento de programas de educación para la salud: Guía para técnicos medios y auxiliares. OPAS, 1990;
- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). Indicadores de Salud: elementos básicos para el análisis de la situación de salud. Boletín Epidemiológico, 2001;
- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Inovação nos sistemas logísticos: Resultados do laboratório de inovação sobre redes integradas de atenção à saúde baseadas na APS. Brasília: OPAS, 2011;
- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Modalidades de contratação e remuneração do trabalho médico: Os conceitos e evidências internacionais. OPAS, 2007;
- OUVERNEY, A.M e NORONHA, J.C. Modelos de organização e gestão da atenção à saúde: redes locais, regionais e nacionais. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013;
- OWINGS MILLS, M.D. Dictionary of Health Services Management. 2 ed. National Health Pub., 1987;
- PEREIRA, J.S e MACHADO, W.C.A. Referência e contrarreferência entre os serviços de reabilitação física da pessoa com deficiência: a (des)articulação na microrregião Centro-Sul Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2016;
- PIRES, M.R.G.M. et al.. Sistema de Informação para a Gestão do Cuidado na Rede de Atenção Domiciliar (SI GESCAD): subsídio à coordenação e à continuidade assistencial no SUS. Ciênc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro. 20(6): 1805-1814, 2015;
- PRATA, P.R. A Transição Epidemiológica no Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1992;
- RIPSA - Rede Interagencial de Informação para a Saúde. Rede Interagencial de Informação para a Saúde Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. – 2. ed. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008;
- ROVIRA, J. Evaluación económica en salud: de la investigación a la toma de decisiones. Rev. Esp. Salud Pública, 2004;
- RUNCIMAN, W.; et al. Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. International Journal for Quality in Health Care, 2009;
- SALUM, N.C e PRADO, M.L. A educação permanente no desenvolvimento de competências dos profissionais de enfermagem. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2014;
- SAMPAIO, K.R; et al. Segurança na assistência ao paciente: Uma revisão integrativa da literatura. Seminário Internacional de Integração pesquisa, ensino e serviço do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde UECE/CE/Brasil e do Programa de Pós-graduação em Investigação em Ciências Sócio Sanitária UCAM/Murcia/Espanha. Universidade do Estado do Ceará, 2014;
- SANTOS, M.C. Sistema de referência – contrarreferência em saúde em São Sebastião da Vitória, Distrito de São João Del Rei – MG: O papel da rede na Atenção Básica. Trabalho de conclusão de curso de especialização em Estratégia de Saúde da Família. Universidade Federal de Minas Gerais, 2015;
- SANTOS, T.O; et al. A Importância da Educação Continuada para Profissionais de Saúde que atuam no Atendimento Pré-hospitalar. International Nursing Congress, 2017;
- SCHMIDT, M.I; et al. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. Saúde no Brasil: a série The Lancet. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011;

- SILVA, R.M e ANDRADE, L.O.M. Coordenação dos cuidados em saúde no Brasil: o desafio federal de fortalecer a atenção primária à saúde. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2014;
- STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Tradução: Fidelity Translations. Brasília: Unesco, 2002;
- TEIXEIRA, C.; SILVEIRA, P. Glossário de análise política em Saúde. Salvador: Edufba, 2016. Disponível em: <[https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/22110/4/glossario%20em %20saude.pdf](https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/22110/4/glossario%20em%20saude.pdf)>. Acesso em: 16 abr. 2018;
- THE HEALTH FOUNDATION. Quality improvement made simple: What everyone should know about health care quality improvement. The Health Foundation, 2013;
- TRAYNOR, K. Poor medication adherence remains a problem. American Journal of Health-System Pharmacy, 2012;
- UGÁ, M.A.D. Sistemas de alocação de recursos a prestadores de serviços de saúde – a experiência internacional. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2012;
- ULIN, K.; et al. Person-centred care – An approach that improves the discharge process. Eur J Cardiovasc Nurs, 2015;
- VASCONCELLOS, M.M; GRIBEL, E.B; MORAES, I.H.S. Registros em saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica, Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2008;
- VERAS, R.P; et al. Características demográficas dos idosos vinculados ao sistema suplementar de saúde no Brasil. Rev. Saúde Pública, 2008;
- VERAS, R. Linha de Cuidado para o Idoso: detalhando o modelo. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 2016;
- WAGER K.A; et al. Impact of an electronic medical record system on community-based primary care practices. J Am Board Fam Pract, 2000;
- WEBER, L.A.F; et al. Transição do cuidado do hospital para o domicílio: revisão integrativa. Cogitare Enferm, 2017;
- WILLIAMS, A. et al. Interventions to improve medication adherence in people with multiple chronic conditions: a systematic review. Journal of Advanced Nursery, 2008;
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Adherence to long-term therapies: evidence for action. Genebra: WHO, 2003;
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: OPAS, 2005;
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Quality of care: a process for making strategic choices in health systems. Geneva: WHO, 2006;
- ZUNIGA, C.G; et al. Evaluación económica y toma de decisiones en salud ambiental. Rev. Saúde Pública, 1994.

DIMENSÃO 4: EXPERIÊNCIA DO BENEFICIÁRIO

A dimensão 4 busca avaliar o resultado da interação entre a operadora, seu beneficiário, e a sociedade, incluindo potenciais beneficiários, tendo como parâmetros a percepção dos beneficiários quanto ao atendimento de suas necessidades e expectativas, bem como as ações promovidas pela operadora com foco na melhoria da qualidade dos serviços prestados.

4.1 Disponibilização de Informações à Sociedade

Interpretação:

Este requisito tem a finalidade de verificar quais são as informações fornecidas pela operadora à sociedade, e se a forma de divulgação é de fácil compreensão.

4.1.1	A Operadora conta com portal corporativo na internet destinado ao público em geral e, em especial, aos seus beneficiários.	
Interpretação O portal corporativo na internet é uma das principais formas de relacionamento da operadora com os beneficiários e o público em geral. A disponibilidade de comunicação com a operadora via internet é fundamental para uma prestação de serviços satisfatória, pois reduz a necessidade de atendimentos presenciais, além de tornar mais célere o atendimento e contribuir para uma melhor assistência ao usuário. O portal corporativo deve ser destinado ao público em geral, especialmente aos seus beneficiários, e para os seus prestadores de serviço de saúde, e estar disponível 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 dias por semana (ANS, 2009).		
Possíveis Formas de Obtenção de Evidência: Verificar a existência do portal corporativo na Internet, organizado de forma didática e com linguagem simples de modo que não acarrete dificuldades de acesso ao usuário.		
4.1.2	A Operadora divulga em seu portal corporativo na internet destinado ao público em geral os planos disponíveis para contratação/adesão por região de comercialização e sua respectiva rede de atenção à saúde.	
Interpretação: A operadora deverá disponibilizar em seu portal corporativo, em sua área destinada ao público em geral ou público elegível, no caso das autogestões, especialmente a seus beneficiários, a relação de produtos disponíveis para comercialização/adesão e a relação da respectiva rede credenciada do plano. Essas informações devem estar disponíveis ao público em geral, pois é vedado às operadoras condicionar o acesso às informações de sua rede assistencial somente aos seus beneficiários, com exceção das autogestões. As operadoras deverão manter atualizados em tempo real os dados de sua rede assistencial, sem prejuízo da garantia dos direitos contratuais dos beneficiários. A consulta da rede assistencial a partir do Portal Corporativo da operadora na Internet deve permitir, de forma combinada e/ou isolada, a pesquisa de todos os dados dos prestadores de serviços de saúde. (ANS, 2011)		
Possíveis Formas de Obtenção de Evidência: Verificar no portal corporativo da operadora se todas as informações da rede de atenção à saúde estão disponíveis, a saber: a) nome comercial do produto; b) Nº de registro na ANS (ou código do Sistema de Cadastro de Planos Antigos – SCPA); c) abrangência geográfica; d) segmentação assistencial; e) tipo de estabelecimento do prestador de serviços de saúde; f) nome fantasia do estabelecimento, razão social e CNPJ (para pessoa jurídica) ou nome do profissional, com o número do respectivo Conselho Profissional; g) especialidades ou serviços contratados, de acordo com o contrato firmado junto à operadora; h) endereço completo (logradouro, número, bairro, UF, município, CEP); i) outras formas de contato (ddd e telefone, portal na Internet, caso exista).		

4.1.3	A Operadora disponibiliza informações sobre: carência, doença ou lesão preexistente, cobertura assistencial, reajustes, mecanismos financeiros de regulação, características de planos coletivos e individuais, de forma clara e amigável ao cidadão no portal corporativo na internet	
Interpretação: Este item trata da transparência das informações no âmbito da saúde suplementar, com o objetivo de equilibrar a relação contratual firmada entre a operadora e os beneficiários, os quais se encontram em condição de hipossuficiência. Além das informações de divulgação obrigatória já estabelecidas pelos normativos da ANS, tais como: Carta de orientação ao consumidor; a Declaração Pessoal de Saúde; Guia de Contratação de Plano de Saúde, a operadora deve disponibilizar em seu portal corporativo as informações necessárias para esclarecer todas as dúvidas do cidadão, de maneira que este tenha segurança no momento da contratação de um plano de saúde, em especial as dúvidas referentes: aos prazos de carência (por tipo de produto – coletivo por adesão, empresarial ou individual); à cobertura parcial temporária (em função de doença ou lesão preexistente); à cobertura de acordo com a segmentação assistencial do plano, atendendo ao Rol de Procedimentos vigente e esclarecimentos sobre exclusão de coberturas; aos reajustes por tipo de plano (coletivo ou individual); e aos mecanismos financeiros de regulação (franquia e/ou coparticipação) adotados. Todas as informações deverão ser disponibilizadas de maneira clara e adequada, em linguagem acessível ao cidadão. O formato para facilitar o entendimento poderá ser: Cartilha, Manual, FAQ, dentre outros. (ANS, 2009a) ; (ANS, 2015a).		
Possíveis Formas de Obtenção de Evidência: Verificar no portal corporativo da operadora se há orientação sobre as características para contratação de planos de saúde, e aspectos a serem observados na contratação ou ingresso em um plano, conforme os exemplos citados na interpretação do item. Verificar se as informações são fornecidas em linguagem de fácil compreensão, especialmente as que se referem ao reembolso de despesas e à coparticipação.		
4.1.4	A Operadora divulga o resultado do IDSS geral e de cada uma das dimensões, explicita ao público o que significa o Programa e disponibiliza o link do site da ANS em seu portal institucional na internet destinado ao público em geral.	
Interpretação: O Índice de Desempenho da Saúde Suplementar da Operadora – IDSS consiste na avaliação sistemática do desempenho da operadora, expresso por um conjunto de indicadores, que representam atributos esperados no desempenho de áreas relacionadas ao setor de saúde suplementar. Os indicadores avaliados são agregados em dimensões que representam a qualidade em atenção à saúde, garantia de acesso, sustentabilidade no mercado e gestão de processos e regulação. Para cada dimensão é atribuído um índice de desempenho e o IDSS da operadora é calculado a partir do somatório dos índices de desempenho da dimensão, de forma ponderada. O IDSS varia de zero a um (0 a 1) e a nota de cada operadora é enquadrará em uma das cinco faixas de avaliação por ordem crescente de desempenho (0 a 0,19; 0,20 a 0,39; 0,40 a 0,59; 0,60 a 0,79; 0,8 a 1) (ANS, 2015).		
Possíveis Formas de Obtenção de Evidência: Verificar diretamente no portal eletrônico institucional da operadora, em outros portais mantidos pela operadora, nos aplicativos de comunicação com o público e nas mídias sociais utilizadas pela operadora, a existência das informações relativas ao IDSS geral e de cada uma das dimensões, o último ano avaliado, bem como a disponibilização do link do Programa para o portal da ANS. Os resultados do IDSS devem ser mantidos no portal eletrônico institucional da operadora de forma permanente, e substituídos quando da divulgação de novos resultados pela ANS.		

4.1.5	A Operadora oferece em seu portal corporativo informações de contatos de canais de venda/adesão aos produtos.	
Interpretação: As mídias digitais se estabeleceram como importantes canais de comunicação, e a ampla disseminação das redes sociais na Internet pode ser de grande valia para as organizações. A iniciativa de comunicação na rede é imprescindível para gerar conteúdo informativo e serviços on-line que sejam úteis. Os canais disponibilizados para venda/adesão aos produtos representam uma das funções mais importantes da publicidade para ativar o processo de compra por parte do consumidor ou associado. Portanto, num cenário competitivo, é fundamental que a operadora ofereça o apoio adequado ao potencial beneficiário, divulgando os contatos de seus canais de venda/adesão, incluindo o presencial. (ZUZA, 2003; BRANDÃO, 2011) Possíveis Formas de Obtenção de Evidência: Identificar no portal da operadora se as informações sobre os canais de contato, atendimento e/ou relacionamento disponibilizados para venda/adesão aos produtos, incluindo o canal presencial, estão acessíveis ao público em geral, e podem ser encontradas com facilidade.		
4.1.6	A Operadora oferece serviço de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde no seu portal institucional destinado ao público em geral. (Este item não se aplica às operadoras do segmento de Autogestão)	
Interpretação: A oferta de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde é estimulada pela ANS, que disponibiliza em seu portal institucional um Guia de Orientação de Contratação Eletrônica que contempla boas práticas em comércio eletrônico, com instruções para interação com o usuário, a fim de que as informações sejam transmitidas ao contratante com transparência e da forma mais simplificada possível. (ANS, 2016a). Possíveis Formas de Obtenção de Evidência: A verificação de conformidade deste item deve ser feita por comparação entre as práticas da operadora no processo de contratação eletrônica e o Guia disponibilizado pela ANS. Exemplo: verificar a existência de sumários com agrupamentos de perguntas e respostas básicas (FAQ), simulação de contratação com possibilidade de comparação entre os planos ofertados, ranking dos planos pela qualidade da rede de prestadores de serviços, vídeos tutoriais explicativos do processo de contratação e das características dos planos à venda, e espaço de dúvidas mais frequentes dos usuários; informações essenciais sobre as características do plano em contratação; e-mails contendo esclarecimentos quanto às etapas da contratação encaminhados ao contratante; disponibilização para download ou impressão dos guias e manuais obrigatórios na contratação presencial, registro de números de protocolo gerados durante contratação; garantia de acessibilidade para pessoas com deficiência visual dentre outros itens.		

4.1.7	A Operadora disponibiliza à sociedade no seu portal institucional, destinado ao público em geral, o histórico do percentual de reajustes aplicados nos últimos 3 anos aos planos individuais. (Este item não se aplica às operadoras do segmento de Autogestão)	
Interpretação: Este item trata da disponibilização das informações para a sociedade sobre os percentuais de reajustes aplicados aos planos individuais (reajuste anual) no portal da operadora. É de extrema importância que o potencial consumidor entenda as regras de reajuste. O reajuste dos planos de saúde pode ocorrer anualmente, no mês da data de aniversário do contrato, ou quando há mudança de faixa etária do beneficiário. Os percentuais de variação por faixa etária são aplicados de acordo com o que estiver estipulado em contrato, e por isso não precisam ser publicizados. Para os contratos individuais/familiares celebrados após a vigência da Lei nº 9.656/98 (1º de janeiro de 1999) o percentual máximo de aumento anual é o definido pela ANS. Já para os contratos individuais/familiares, celebrados antes de 1º de janeiro de 1999 e não adaptados à Lei nº 9.656/98, o reajuste anual fica limitado ao que estiver estipulado no contrato (com exceção dos casos em que houve assinatura do termo de compromisso entre a operadora e a ANS). Caso o contrato não seja claro ou não trate do assunto, o reajuste anual de preços deverá estar limitado ao mesmo percentual de variação divulgado pela ANS para os planos individuais/familiares celebrados após a Lei nº 9.656/98. No caso dos planos de saúde coletivos, por adesão, ou empresarial, a ANS não estipula um percentual máximo de reajuste anual, apenas acompanha os aumentos aplicados, pois se entende que os empregadores, sindicatos ou associações (pessoas jurídicas) que mantêm os planos empresariais, no primeiro caso, e coletivos por adesão nos demais, têm um maior poder de negociação com as operadoras. De forma a propiciar maior poder de decisão ao consumidor, as informações dos reajustes aplicados nos últimos 3 anos aos planos individuais devem estar disponíveis no portal da operadora, em área de acesso público. (ANS, 2008 ; ANS, 2008a e ANS 2012).		
Possíveis Formas de Obtenção de Evidência: Verificar no Portal da operadora a existência do histórico do percentual de reajustes aplicados nos últimos 3 anos aos planos individuais.		
4.2 Canais de Comunicação com Beneficiário - resposta às demandas (REATIVO)		
Este requisito diz respeito a avaliação dos atendimentos que são efetuados pela operadora a partir das solicitações feitas pelos beneficiários (MIRALDO, 2016).		

4.2.1	A Operadora responde a totalidade das demandas dos beneficiários por meio de seus canais de atendimento e monitora a efetividade e o tempo médio de resposta.	
	Interpretação: Este item visa verificar se a operadora efetivamente retorna todas as manifestações dos beneficiários, tais como reclamações, consultas, solicitações ou denúncias, recepcionadas por todos os canais de atendimento: central telefônica, cartas, formulário via site, e-mail, presencial, ouvidoria, redes sociais, aplicativos, etc. Do mesmo modo, visa aferir se a operadora monitora a efetividade (consistência, resolutividade) e o tempo médio das respostas. Para tanto, a operadora deve ter procedimentos para registrar, analisar, responder e gerenciar as manifestações dos beneficiários, efetuadas por qualquer canal de comunicação. Ao mesmo tempo, seus sistemas de informação devem permitir a rápida localização das demandas e dos processos gerados a partir delas (rastreadibilidade), bem como a recuperação de todos os documentos enviados pelos beneficiários, recepcionados e anexados aos processos para a análise por outras áreas (ouvidoria, área técnica e área jurídica). Outrossim, estas áreas conseguem com facilidade acessar estas informações para as respostas aos questionamentos e manifestações dos beneficiários (TECPLAN, 2014).	
	Possíveis Formas de Obtenção de Evidência: Verificar as seguintes práticas nos distintos canais de atendimento (central telefônica, cartas, formulário via site, e-mail, presencial, ouvidoria, redes sociais, aplicativos, etc.): • Políticas, procedimentos ou documentos formais para registrar, analisar, responder e encaminhar as reclamações dos beneficiários, efetuadas por qualquer canal de comunicação - presencial, telefônico e digital (via internet/web, e-mail, redes sociais e aplicativos). • Relatórios que contenham fluxogramas, rotinas implementadas, atribuições dos colaboradores envolvidos, método de processamento e classificação das manifestações dos beneficiários (solicitações, consultas, reclamações, elogios, denúncias, outros) • Manuais, script de computador, cartilhas, treinamento, informações sistêmicas, árvore temática utilizados pelos colaboradores da operadora para o atendimento, contendo informações detalhadas acerca dos assuntos mais demandados. Por exemplo: cobertura, franquia, coparticipação, reembolso, reajuste por faixa etária etc. • Canais adequados para recebimento de sugestões e reclamações. • Relatórios gerenciais dos canais envolvidos no processo de atendimento, que contenham informações sobre as soluções para as demandas e manifestações dos beneficiários e o cumprimento dos prazos internamente acordados. Os relatórios deverão igualmente identificar as áreas e assuntos mais demandados, histórico de manifestações por natureza, prestação de serviço mais deficitária, comparação com períodos anteriores, motivos das insatisfações e do não atendimento dos objetivos e expectativas dos beneficiários e proposta de soluções. • Disseminação da prática: entrevista com os atendentes para verificar as informações prestadas pelos canais de comunicação; cliente oculto. • Monitoramento da efetividade (consistência, resolutividade) e o tempo médio das respostas por meio de indicadores (taxa de inconsistência – respostas incompletas e incorretas sobre o total de respostas, taxa de resposta, taxa de satisfação, taxa de resolutividade; taxa de abandono de ligações, taxa de contato de retorno para confirmação de solução da demanda, dentre outros).	

4.2.2	A Operadora possui canal de ouvidoria, cadastrado na ANS, à disposição dos beneficiários, efetivamente autônoma e com poder de recomendação.	
-------	---	---

Interpretação:

Os serviços de atendimento ao cliente como SAC, Call Center, pontos de venda e postos presenciais são responsáveis pelo primeiro atendimento de problemas habituais, de baixa complexidade, que, em regra, já existem soluções padronizadas. Já a Ouvidoria recebe os casos complexos ou os que não foram resolvidos pelo primeiro nível de atendimento, seja por falta de autonomia na solução ou por falha do processo de trabalho. Assim, a Ouvidoria é a segunda instância para a solução administrativa dos conflitos, com foco no processo de interlocução entre o cidadão e a organização por ela representada. Trabalha na busca de soluções efetivas, assegurando uma avaliação justa e imparcial às suas demandas e garantindo que as manifestações possam contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços prestados. Deve atuar de forma isenta e independente, por meio da mediação e do diálogo aberto. São atribuições da Ouvidoria:

- Receber, analisar e dar resposta às reclamações, sugestões, consultas e elogios registrados pelo beneficiário em relação à prestação de serviço da operadora de planos privados de assistência saúde, bem como de sua rede prestadora, quando não forem solucionadas no âmbito do primeiro atendimento;
- Encaminhar às áreas internas da operadora as manifestações recebidas, acompanhando as providências adotadas e assegurando para que a resposta seja devidamente encaminhada ao beneficiário;
- Mediar os eventuais conflitos entre o beneficiário e a operadora;
- Organizar e interpretar o conjunto de manifestações recebidas e monitorar o desempenho da operadora a partir delas;
- Elaborar relatório estatístico e analítico;
- Apresentar à alta direção da operadora os relatórios com as principais manifestações e ações de melhoria;
- Propor a correção de eventuais falhas no atendimento ou no processo interno de trabalho;
- Responder aos órgãos de defesa do consumidor, quando demandada, sobre as manifestações recebidas; e
- Encaminhar o relatório anual para a Ouvidoria da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.
- A Ouvidoria de uma operadora é uma fonte de oportunidades, visto que permite identificar pontos de estrangulamento na atuação da instituição e procedimentos inadequados, corrigindo-os a fim de que os serviços sejam aperfeiçoados. Além disso pode servir de instrumento de resolução de problemas, evitando a judicialização da questão e, conseqüentemente, reduzindo eventuais custos de um processo judicial. Outro ponto a ser destacado é que, possuindo uma Ouvidoria eficiente, a operadora passa a mensagem para seus beneficiários de que se preocupa em solucionar os problemas ocorridos, valorizando a imagem da Empresa.

As operadoras devem possuir um órgão de ouvidoria, ou, no caso de operadoras com número de beneficiários inferior a 20 (vinte) mil e operadoras exclusivamente odontológicas com número de beneficiários entre 20 (vinte) mil e 100 (cem) mil, de um representante institucional para exercício das atribuições de ouvidor.

É imprescindível a apuração quanto à garantia de acesso da Ouvidoria/Ouvidor às informações necessárias para a elaboração de resposta independente e adequada às demandas recebidas e quanto à real disponibilidade e acessibilidade do canal ao beneficiário.

A Ouvidoria não substitui qualquer outra unidade de atendimento, mesmo aquelas constituídas para responder os órgãos de defesa do consumidor ou a ANS.

(ABRAREC, 2015 ; ANS, 2013; ANS, 2016c).

Possíveis Formas de Obtenção de Evidência:

Avaliar a existência de atendimento de ouvidoria via formulário eletrônico, e-mail corporativo, contato telefônico, com ou sem 0800, correspondência escrita e/ou atendimento presencial, dentre outros, com geração de protocolo de atendimento quando couber.

Outros itens relevantes são: a existência de relatórios de acompanhamento da análise, tratativa, encaminhamento e resposta às demandas e manifestações e dos tempos destas etapas, da evolução das manifestações, resolutividade, das áreas demandadas, etc.; facilidades de acesso, como sinalização adequada quando o atendimento for presencial ou identificação simples e legível em materiais impressos e eletrônicos; dentre outros.

4.2.3**A Operadora possui serviço de atendimento ao beneficiário via telefone disponível 24 horas e 7 dias por semana.****Interpretação:**

Além da disponibilidade do serviço, este item visa determinar se o beneficiário é atendido e tem suas demandas resolvidas ou pelo menos analisadas, tratadas e encaminhadas para resolução a qualquer momento que entre em contato com a operadora por meio do canal telefônico (BRASIL, 1990).

Possíveis Formas de Obtenção de Evidência:

- Verificar se a operadora fornece protocolo para todos os atendimentos; soluciona os problemas do usuário ou direciona a ligação para o setor competente sem que haja necessidade de múltiplos contatos com a operadora.
- Verificar se a operadora possui sistema de informação facilmente acessado por seus colaboradores da área de atendimento, contendo informações detalhadas acerca dos itens contratuais dos beneficiários (ex: carência, coparticipação, franquias e outros mecanismos de regulação), bem como dos canais adequados para recebimento de sugestões e reclamações.
- Para verificação de conformidade do item sugere-se ligação do auditor ao canal, como cliente potencial ou cliente oculto.
- Pode ser confirmada, ainda, a existência de registro contratual entre a operadora com a empresa de telefonia para verificar se a condição de atendimento 24h foi estipulada no contrato e está implementada.

4.2.4**A Operadora possui programas de retenção de beneficiários.****Interpretação:**

Para manutenção dos beneficiários, a operadora deve avaliar o nível de concorrência e traçar estratégias para melhor atender às necessidades dos beneficiários. A satisfação do beneficiário e a avaliação de custo-benefício estão diretamente relacionadas à preservação das carteiras.

Portanto, a operadora deve adotar estratégias para prevenir a perda de beneficiários em suas carteiras. As organizações que: agregam benefícios; induzem melhores resultados em saúde; oferecem preços competitivos; e fornecem informações confiáveis, rápidas e de forma cortês aos seus clientes alcançam um aumento da percepção do valor agregado do plano de saúde e conduzem a uma maior satisfação dos beneficiários.

A manutenção de beneficiários pode ser mais lucrativa no longo prazo do que a conquista de novos clientes. Por isso, é importante que a operadora identifique possíveis pontos de insatisfação e necessidades de melhoria capazes de evitar a evasão dos beneficiários.

No caso das autogestões, embora não haja competição direta, a autogestão poderá envidar esforços para reter seu beneficiário.

(ZEITHAML, 2014 ; PIVA *et al.*, 2007 e NASCIMENTO *et al.*, 2010).

Possíveis Formas de Obtenção de Evidência:

Para análise de conformidade do item pode ser verificado se existe na operadora:

- Mapeamento das reclamações e dos motivos de cancelamento dos contratos, demora nas informações solicitadas; avaliação do serviço recebido (satisfatório, inaceitável, ideal).
- Guia de procedimentos para evitar o abandono, focando na qualidade da atenção e no atendimento.
- Documentos que demonstrem a participação de gestores e/ou demais colaboradores em treinamentos visando à retenção de beneficiários, programa de combate à evasão dos beneficiários, devidamente documentado e alinhado com o Documento de Planejamento Estratégico da Operadora.
- Monitoramento das etapas de relacionamento com os beneficiários (matriz SWOT do relacionamento com o beneficiário).
- Estratégia de antecipação das necessidades dos beneficiários (*marketing* de relacionamento).
- Estratégias de reorientação da percepção da qualidade dos serviços prestados a partir da utilização para a melhoria das condições de saúde dos beneficiários, por exemplo, promoção de estilos de vida saudáveis entre os beneficiários.

4.2.5

A Operadora implementa um Plano de Ação baseado nos pontos críticos, nas avaliações das demandas recebidas em todos os canais de comunicação, com vistas à melhoria da qualidade do atendimento.



Interpretação:

Nesse item deve ser verificado se a operadora acompanha a satisfação dos seus beneficiários, avalia o atendimento prestado pelos seus agentes, procura identificar falhas, disfunções e deficiências no atendimento prestado, analisa suas causas e atua na solução dos pontos críticos encontrados (RODRIGUES *et al.*, 2016).

A qualidade do atendimento é ponto decisivo para a satisfação do beneficiário. A operadora deve monitorar e possuir metas para os índices e métricas de seus canais de atendimento, desenvolvendo plano de ação no caso de não atingimento das metas.

Para o canal de atendimento telefônico, por exemplo, existem diversos indicadores capazes de medir a qualidade do atendimento. Um indicador de atendimento precisa mensurar um fator de grande impacto na satisfação do beneficiário, como a agilidade, assertividade de solução e empatia.

Diante de cada indicador, é fundamental buscar entender seus resultados e avaliar a forma como cada valor pode orientar melhorias nas práticas de atendimento.

Este item tem o objetivo de verificar se a operadora avalia os indicadores da central telefônica, estipulando metas a serem alcançadas (TECPLAN, 2014).

Possíveis Formas de Obtenção de Evidência:

Para verificação de conformidade deste item o plano de ação deverá estar devidamente documentado e possuir metas e prazos para a implantação das ações corretivas identificadas como necessárias e estar alinhado aos objetivos estratégicos da operadora.

Deve haver evidências de acompanhamento da execução do plano, monitoramento da melhoria da qualidade do atendimento por meio de indicadores e comparação dos resultados obtidos com os definidos nas metas.

Pode ser verificado se a operadora possui e analisa relatórios de monitoramento de indicadores de atendimento (por exemplo, a taxa de abandono e o tempo médio de espera do canal telefônico e documentos contendo avaliações dos horários de pico na central telefônica), comprovantes de treinamento dos colaboradores cujas práticas influenciam os principais indicadores, histórico comparativo de índices já analisados, e procedimento documentado para definição das metas a serem atingidas.

4.2.6	A Operadora oferece serviço de atendimento gratuito via telefone disponível para chamadas de longa distância nacional ao beneficiário 24h por dia e 7 dias por semana.	
Interpretação: Além da disponibilidade do serviço de atendimento telefônico com custos para o beneficiário (item 4.2.3), este item aponta para a existência de canal de atendimento telefônico sem custos, no qual ele tem suas demandas atendidas a qualquer momento (vinte e quatro horas por dia e sete dias por semana) que entre em contato com a operadora de qualquer localidade do país. Possíveis Formas de Obtenção de Evidência: Verificar a existência de registro contratual entre a operadora e a empresa de telefonia para verificação da disponibilidade de atendimento ininterrupto e gratuito. Para verificação da gratuidade da ligação, sugere-se ligação do auditor ao canal, como cliente oculto.		
4.3 Canais de Comunicação com Beneficiário - disponibilização de informações (PROATIVO) Este requisito se refere às ações realizadas em prol do beneficiário, por iniciativa da operadora. As práticas de <i>marketing</i> de relacionamento indicam que a satisfação do beneficiário está ligada à qualidade dos serviços, à sua percepção de seus próprios resultados em saúde e à satisfação global com a operadora e seus prestadores de serviço. As empresas com esta visão estratégica estabelecem vantagens competitivas, oferecendo serviços diferenciados ao cliente, com valor agregado, inovadores (de ponta) e geradores de receita. As novas tecnologias da informação vêm moldando as atuações das instituições para a implementação de estratégias para o envolvimento (criação de laços fortes) com os consumidores/beneficiários, pois estes passaram a ter um papel ativo na criação de valor e significado da marca. Os serviços que estas novas tecnologias possibilitaram incluem desde canal para resposta a perguntas, pedidos e reclamações a serviços financeiros envolvendo mensalidades, chats e serviços impessoais como programas-robô, páginas de perguntas mais frequentes (FAQs), sistema para marcação de exames e consultas, etc. Para um adequado fornecimento destes serviços é necessário que a operadora ofereça treinamento, compensação e apoio a seus colaboradores, para a geração de serviços de qualidade.		
4.3.1	A operadora disponibiliza no Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar (PIN-SS) o percentual do último reajuste apurado.	
Interpretação: As operadoras devem possuir em seus portais na internet, espaço com acesso restrito ao beneficiário, titular ou dependente, para acesso aos dados do seu plano com vistas a promover a transparência de todo o processo que gera despesa assistencial e informar as características do plano contratado. A ampliação das funcionalidades no Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar (PIN-SS), com a disponibilização de informações adicionais, possibilita que o usuário resolva suas demandas com maior agilidade e autonomia. • O componente cadastral do PIN-SS compreende a relação mínima de dados do beneficiário, do plano contratado e da operadora, como nome, data de nascimento, data de contratação do plano, prazo máximo previsto para carência, regras para a aplicação da coparticipação e franquia, dentre outros, quando couber. • O componente de utilização dos serviços do PIN-SS deve apresentar histórico de todos os procedimentos (consultas, exames, terapias e internações) realizados pelo beneficiário na rede credenciada, referenciada, cooperada ou fora de rede (quando houver cobertura para reembolso), com data de realização e valor correspondente, bem como os demonstrativos de coparticipação. (ANS, 2015a)		

- A eventual inclusão de serviços operacionais abrangeria questões financeiras e administrativas, tais como: emissão de boleto, recepção de boleto via e-mail, alteração da forma de pagamento (via boleto bancário, cartão de crédito, débito automático), alteração da data de vencimento, alterações cadastrais, troca de plano (produto), cancelamento do contrato, etc. (BRASIL, 2004).
- O percentual do último reajuste apurado, já aplicado ou ainda a ser aplicado a depender do aniversário do plano/contrato, e sua motivação (reajuste anual ou por faixa-etária) devem ser disponibilizados para que o beneficiário possa compreender e acompanhar a evolução de preços de seu plano de saúde, e verificar se as cláusulas de reajuste estão sendo aplicadas de acordo com o estabelecido contratualmente.

Essa divulgação deve ser realizada para todos os tipos de planos e contratos na modalidade de preço preestabelecido: Coletivo empresarial, por adesão e individual.

A regulamentação vigente estabelece que, no caso de planos coletivos, após a efetiva aplicação do reajuste, os beneficiários, titulares ou dependentes, poderão solicitar formalmente o extrato pormenorizado para a operadora.

Assim, a disponibilização prévia, proativamente, da informação pela operadora, sem a necessidade de solicitação pelo beneficiário, é uma boa prática pois favorece o consumo consciente, a redução da assimetria de informação e tende a incrementar a capacidade de negociação e a competição, o que é benéfico para o setor, inclusive para planos individuais. Além disso, nos casos em que o beneficiário não arca com os custos, ter conhecimento do reajuste pode aumentar a sua participação no uso consciente do plano.

Possíveis Formas de Obtenção de Evidência:

A verificação de conformidade do item deve ser feita por pesquisa direta na área restrita ao beneficiário, no portal da operadora, avaliando se a informação do último reajuste apurado, para todos os tipos de planos e contratos na modalidade de preço preestabelecido (Coletivo empresarial, por adesão e individual), com a respectiva motivação (reajuste por faixa-etária ou reajuste anual), está adequadamente disponibilizada no PIN-SS.

Deverá ser observado que no caso de planos coletivos na modalidade de preço pós-estabelecido não há a necessidade de disponibilização do último reajuste apurado no PIN-SS.

Também poderá ser verificado se as informações disponibilizadas no PIN-SS são fornecidas em linguagem clara e adequada.

Outros componentes do PIN-SS poderão ser analisados. Tais como:

- A forma como os procedimentos realizados pelos beneficiários são apresentados e se estes estão agrupados por categoria de despesa (consultas, exames/terapias, internação, outras despesas e odontologia).
- A relação individualizada dos procedimentos realizados, especialmente os que se referem ao reembolso de despesas e à coparticipação, de modo a facilitar a compreensão pelo beneficiário.
- Se as funcionalidades operacionais existentes são acessíveis, facilmente identificáveis e de simples utilização.

4.3.2	A Operadora mantém atualizados os dados de sua rede prestadora em seu portal corporativo na Internet, promovendo que estas atualizações estejam disponíveis nos demais canais de comunicação.	
Interpretação:		
A rede prestadora (contratada, referenciada ou credenciada) é formada pelos médicos das mais variadas especialidades, outros profissionais de saúde, serviços de diagnóstico por imagem e laboratórios, clínicas e hospitais que são contratados pela operadora de plano de saúde para prestar o atendimento aos beneficiários.		
Deve ser garantido o direito à informação, ao público em geral, especialmente aos beneficiários da operadora, quanto à composição e localização geográfica de sua rede assistencial.		
A manutenção de informações atualizadas sobre a rede prestadora e sua disponibilização ao público e aos beneficiários, em particular, é um indicativo de que a operadora procura oferecer uma rede de atendimento qualificada para seus clientes atuais e potenciais. A atualização destes dados também aponta para uma transparência das regras de credenciamento adotadas pela operadora e de um controle do desempenho da rede prestadora em prol dos beneficiários.		
Observação: Este item não se aplica às operadoras que operam exclusivamente com planos de livre escolha (ANS, 2011 e OPAS, 2015).		
Possíveis Formas de Obtenção de Evidência:		
Verificar se a rede assistencial está disponível no portal corporativo da operadora na Internet por plano de saúde, contendo o nome e registro do plano na ANS, e se cada prestador é exibido por tipo de estabelecimento, nome do estabelecimento ou do profissional, especialidade ou serviço, endereço completo, UF, município, telefone e outros meios de contato.		
Verificar se estas informações estão disponíveis também nos demais canais de comunicação da operadora: presencial, telefônico, digital, redes sociais e aplicativos.		
Verificar se estão definidos e implantados os procedimentos para manter os dados sobre a rede prestadora atualizados e se estes dados podem ser acessados pelos beneficiários por meio de outros canais de atendimento.		
4.3.3	A Operadora disponibiliza informações sobre a qualificação de sua rede prestadora, incluindo os atributos de qualidade do QUALISS/ANS, aos beneficiários em todos os seus canais de comunicação.	
Interpretação:		
O Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar – QUALISS conta com a participação dos prestadores de serviços na saúde suplementar, de forma voluntária. Os prestadores que fazem parte do programa apresentam atributos específicos, associados a melhorias da qualidade na atenção à saúde. Entre estes atributos destacam-se, para os profissionais de saúde autônomos, aqueles advindos de sua formação; para os estabelecimentos de saúde, a acreditação e o monitoramento da qualidade por meio de indicadores (PM-QUALISS); e para ambos, a segurança do paciente (Sistema de Notificação de Eventos Adversos da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Notivisa/Anvisa), com exceção dos laboratórios clínicos, serviços móveis e de atenção domiciliar. Os atributos de qualificação obtidos são obrigatoriamente divulgados pelas operadoras aos beneficiários e à sociedade em geral, nos materiais de divulgação de rede prestadora, seja em meio eletrônico, impresso ou audiovisual.		
A divulgação dos atributos de qualificação possibilita o empoderamento do beneficiário e da sociedade em geral, na medida em que contribui para o aumento do poder de avaliação e escolha, a partir da consolidação das informações de forma padronizada e transparente (ANS, 2016; ANVISA, 2013).		

Possíveis Formas de Obtenção de Evidência:

Verificar se a operadora disponibiliza os dados obtidos com a avaliação de seus prestadores por meio de materiais de divulgação, seja em meio eletrônico, impresso ou audiovisual, em local visível e em linguagem simples e de fácil compreensão pelos beneficiários.

Do mesmo modo, verificar se são realizadas as atualizações dos atributos de qualificação nos materiais impressos da operadora, no máximo, a cada 12 meses e, nos meios eletrônicos (portal corporativo, redes sociais, aplicativos, etc.), em até 30 dias a partir do recebimento das informações do prestador.

4.3.4

As informações disponibilizadas na área restrita do portal da operadora são acessíveis aos deficientes visuais.

**Interpretação:**

Com a evolução da sociedade tornam-se necessários a valorização e o reconhecimento do convívio com a diversidade. Assim, acessibilidade significa que as pessoas com deficiência podem entender, navegar, interagir e utilizar todos os serviços disponíveis com autonomia. A acessibilidade também beneficia idosos com baixa acuidade visual devido ao envelhecimento e indivíduos com limitações temporárias. A inclusão de serviços para pessoas com deficiência visa assegurar e promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais, promovendo a sua inclusão social e cidadania.

Segundo dados do Censo 2010 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Brasil conta com mais de 6,5 milhões de pessoas com deficiência visual, sendo que destas, 582 mil são cegas e 6 milhões possuem baixa visão. Além disso, a Lei 13.146/2015, em seu art. 63 estabelece que é obrigatória a acessibilidade nos sítios da internet mantidos por empresas com sede ou representação comercial no país para o uso da pessoa com deficiência, garantindo-lhe acesso às informações disponíveis. Sendo assim o item visa garantir que a área restrita ao beneficiário também observe a Lei. (BRASIL, 2004 ; BRASIL, 2009 ; BRASIL, 2015, ANS, 2015a, IBGE, 2012).

Possíveis Formas de Obtenção de Evidência:

Verificar se a área restrita – (incluindo o Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar: PIN-SS) e se as páginas obrigatoriamente navegadas para se chegar até elas possuem ferramentas de acessibilidade conforme as melhores práticas e diretrizes, tais como: áudio-descrição, alternância de tamanho da fonte, opção de contraste de cores, ativação dos elementos da página através do teclado. Pode ser verificado ainda, se a operadora possui relatórios de testes de navegabilidade realizados envolvendo diversos níveis de deficiência visual, dentre outras.

4.3.5

A Operadora disponibiliza proativamente, sem ônus para o beneficiário, justificativa devidamente documentada por escrito nos casos de não-autorização para realização eletiva de exames, procedimentos e internações, em até 24h, independente da solicitação do beneficiário.

**Interpretação:**

A negativa de cobertura por escrito (por correspondência ou de forma eletrônica) é um documento que contém o posicionamento oficial da operadora. Com este documento o beneficiário tem maior transparência no relacionamento com a operadora e ampliado o seu direito à informação.

Esse item avalia se a informação da negativa é encaminhada com agilidade (em até 24 horas) e em linguagem clara, indicando a cláusula contratual ou o dispositivo legal que a justifique independente da solicitação do beneficiário.

(ANS, 2016b).

Possíveis Formas de Obtenção de Evidência:

Verificar se existem:

- relatórios contendo o histórico de solicitações dos beneficiários relacionando as datas dos pedidos de autorização negados e de envio da justificativa de negativa.
- manuais ou documentos formais com procedimentos definindo os prazos de resposta e as metodologias de apuração do cumprimento da regra.

Realizar cruzamento entre informações sobre a data do pedido de autorização efetuado pelo beneficiário e a resposta da operadora, por exemplo, por meio de e-mails ou correspondência enviados aos beneficiários, contendo as justificativas da não cobertura.

4.3.6 A Operadora promove a convergência de todos os canais de comunicação com seus beneficiários, de modo a permitir que o beneficiário obtenha as informações necessárias e adequadas às suas demandas, independentemente do canal escolhido.



Interpretação:

A Operadora deve disponibilizar serviço de atendimento ao beneficiário em canais diversos (presencial, via portal, telefone, fax, carta, eletrônicos, etc) que possibilitem ao interessado a resolução de demandas referentes a informação, dúvida, reclamação e serviços.

Este item determina se o beneficiário é atendido e tem suas demandas resolvidas quando entra em contato com a operadora por meio dos diferentes canais.

Em suas rotinas de comunicação com as operadoras, comumente os beneficiários têm de utilizar múltiplos canais para obter as informações necessárias e adequadas às suas diversas demandas, tais como acessar os dados do seu plano, alterar as informações cadastrais, obter boletos bancários, consultar extratos de utilização e coparticipação.

Este quesito refere-se à capacidade dos sistemas de comunicação da operadora, presencial, telefônico, via portal na internet ou aplicativo, em identificar ágil e facilmente os dados sobre os beneficiários, armazenados nos seus bancos de dados, de tal modo que os beneficiários sejam guiados até o atendimento de suas demandas sem que haja necessidade de múltiplos e não resolutivos contatos com a operadora.

Possíveis Formas de Obtenção de Evidência:

A operadora deve fornecer protocolo para todos os atendimentos e solucionar o problema do usuário ou dar continuidade ao atendimento de sua(s) demanda(s), direcionando-o para o setor competente, sem que haja necessidade de múltiplos contatos.

Deve existir um sistema que organize os dados dos beneficiários de tal modo que as equipes dos diversos canais de comunicação da operadora possam acessá-los facilmente para fornecer informações adequadas e de qualidade às demandas dos beneficiários. Evidências de capacitação e alinhamento das equipes de atendimento dos diversos canais devem estar disponíveis.

4.4 Pesquisa de Satisfação de Beneficiários

A realização de uma Pesquisa de Satisfação de Beneficiários deve ter como objetivo de estudo a experiência do beneficiário do plano de saúde, com vistas a aumentar a participação do beneficiário na avaliação da qualidade dos serviços oferecidos, de maneira que seus resultados tragam insumos para o aprimoramento das ações de melhoria contínua da qualidade dos serviços ofertados pela operadora (SEBRAE MINAS, 2013).

4.4.1	A Operadora realiza anualmente pesquisa de satisfação de beneficiários, utilizando metodologia que contemple uma amostra estatisticamente significativa de sua carteira de beneficiários.	
Interpretação: É fundamental que a amostra utilizada na pesquisa de satisfação de beneficiários seja representativa da população de beneficiários (carteira) da operadora, tendo em consideração todos os seus planos (produtos) e as características demográficas da população, especialmente o sexo e a faixa etária. A justificativa do tamanho amostral deve estar nitidamente explicitada. Ainda, devem estar claramente definidos o nível de significância e a margem de erro para as diversas estimativas da pesquisa. O nível de significância estatística de uma amostra pode ser traduzido como uma medida estimada do grau em que um determinado resultado obtido com a amostra é “verdadeiro”, ou seja, representa o que realmente ocorre na população de beneficiários da operadora (“representatividade da população”). Não deve ser utilizado um nível de confiança inferior a 90% e nem uma margem de erro/erro amostral superior a 10%. As exceções a estes parâmetros deverão ser tecnicamente justificadas pelo responsável técnico da pesquisa. (COCHRAN, 1977 e RIBEIRO ; ECHEVESTE, 1998).		
Possíveis Formas de Obtenção de Evidência: Verificar as evidências sobre a realização anual da pesquisa de satisfação de beneficiários e se esta pesquisa contempla metodologia documentada para estabelecer uma quantidade mínima de beneficiários de forma que a amostra seja estatisticamente significativa. São exemplos de formas de evidências que poderão ser verificadas: 1. Quanto à realização da pesquisa: Relatório contendo os resultados da pesquisa; relatório de auditoria independente da pesquisa; e entrevistas com beneficiários participantes da pesquisa; 2. Quanto à metodologia: Nota Técnica ou documento técnico contendo o planejamento da pesquisa, elaborado por estatístico ou por profissional com formação em estatística; 3. Quanto à significância estatística da amostra: Realização de procedimento para verificação da discrepância de uma hipótese estatística em relação aos dados observados, utilizando uma medida de evidência, por exemplo, p-valor; 4. Quanto ao universo amostrado: Verificação se há uma correspondência entre o universo de beneficiários e os beneficiários respondentes da pesquisa.		
4.4.2	A pesquisa de satisfação de beneficiários se baseia em documento de planejamento, elaborado e assinado por profissional com formação em estatística contemplando itens mínimos de técnicas de amostragem estatística.	
Interpretação: A realização de uma pesquisa requer tempo, investimento e atenção. Para que o esforço não seja em vão, a pesquisa deve ser planejada por um profissional com formação estatística e esse planejamento deve ser devidamente documentado. Ainda, de forma que a amostra seja capaz de refletir o que realmente ocorre na população como um todo, a amostra deverá ser estabelecida através de técnicas de amostragem (BOLFARINE ; BUSSAB, 2005)		

Possíveis Formas de Obtenção de Evidência:

Verificar a existência de um documento contendo o planejamento da pesquisa, elaborado por profissional com formação estatística. A formação do profissional responsável poderá ser comprovada através de registro no Conselho Regional de Estatística (CONRE) do profissional ou do CNPJ de empresa de estatística, ou ainda, por meio de certificados (diplomas) de conclusão de cursos com conteúdo de estatística ou comprovação de experiência profissional em estatística.

O documento de planejamento da pesquisa deve contemplar itens tais como: período de realização da pesquisa; unidade de análise e resposta; população-alvo e estratos adotados; sistemas de referência; especificação dos parâmetros populacionais de interesse; descrição da população amostrada; definição do tipo de coleta que utilizada; definição do plano amostral; definição do tamanho da amostra; definição dos estimadores utilizados e seus erros amostrais; seleção da amostra; descrição dos procedimentos para o tratamento dos erros não amostrais; verificação do sistema interno de controle; conferência e fiscalização da coleta de dados e do trabalho de campo; entre outros.

4.4.3**A pesquisa de satisfação de beneficiários conta com um relatório final contendo os resultados apurados.****Interpretação:**

De forma a otimizar os insumos obtidos com a realização de uma Pesquisa de Satisfação de Beneficiários, para o aprimoramento das ações de melhoria contínua da qualidade dos serviços ofertados, os resultados apurados bem como a análise destes deverão estar documentados em um relatório (ANS, 2018).

Possíveis Formas de Obtenção de Evidência:

Verificar a existência do relatório final da pesquisa contendo os resultados apurados.

O relatório final da pesquisa deve contemplar itens tais como:

- a) A identificação do responsável técnico da pesquisa – profissional com formação em estatística;
- b) O nome da empresa que coletou os dados da pesquisa (se couber);
- c) Descrição do universo amostral;
- d) Descrição da população amostrada;
- e) Tamanho da amostra, erro amostral, erros não amostrais ocorridos, período de realização da pesquisa e descrição do grupo pesquisado;
- f) Forma de coleta de dados;
- g) Taxa de respondentes;
- h) Estatísticas com a quantidade de beneficiários da amostra classificados como: Questionário concluído; beneficiário não aceitou participar da pesquisa; beneficiário incapacitado de responder; beneficiário não localizado;
- i) Realização e demonstração de análises descritivas para os quesitos do questionário;
- j) Tabelas contendo as estimativas, erros padrões e intervalo de confiança, com seu respectivo nível de confiança; e
- k) Resultados apurados e conclusões sobre a pesquisa.

4.4.4	A pesquisa de satisfação de beneficiários contempla no mínimo perguntas relativas à Atenção à Saúde, Canais de Atendimento e Avaliação Geral da Operadora.	
Interpretação: O objetivo principal de uma Pesquisa de Satisfação de Beneficiários deve ser a obtenção de insumos para o aprimoramento das ações de melhoria contínua da qualidade dos serviços ofertados pela operadora. Assim, perguntas relativas aos temas atenção à saúde, os canais de atendimento e a avaliação geral da operadora devem ser contempladas na pesquisa a ser realizada. Ressalta-se que os 3 temas solicitados no item também estão previstos na Pesquisa de Satisfação de Beneficiários do Programa de Qualificação de Operadoras, sendo um dos indicadores do IDSS (Índice de Desempenho da Saúde Suplementar). (AHRQ, 2013 e DAROS <i>et al.</i>, 2016). Possíveis Formas de Obtenção de Evidência: Verificar se o questionário aplicado na pesquisa aborda perguntas relativas aos temas: Atenção à Saúde, Canais de Atendimento e Avaliação Geral da Operadora. Por se tratar de item essencial, as perguntas deverão necessariamente abordar os três temas citados. Entretanto, poderão ser perguntas distintas das perguntas estabelecidas no Documento Técnico para a Realização da Pesquisa de Satisfação de Beneficiários de Planos de Saúde do Programa de Qualificação de Operadoras.		
4.4.5	A Operadora publica, com destaque, o relatório com os resultados da pesquisa de satisfação de beneficiários em seu portal na internet.	
Interpretação: A operadora deve primar por uma política de divulgação de informações que, além de atender às exigências legais, seja guiada pelo princípio da transparência que exige que as informações divulgadas sejam completas, objetivas, tempestivas e de fácil entendimento para o público. Assim, ao publicar os resultados da sua pesquisa de satisfação de beneficiários, a operadora contribui para a diminuição da assimetria de informações e torna público o grau de satisfação de seus usuários de planos de saúde. Possíveis Formas de Obtenção de Evidência: Verificar as evidências que comprovem a divulgação de informações atualizadas dos resultados da pesquisa de satisfação de beneficiários, de forma clara e objetiva, em local de destaque e de fácil acesso no portal da operadora na internet.		
4.4.6	A pesquisa de satisfação de beneficiários conta com parecer de auditoria independente sem ressalvas que assegure a fidedignidade dos beneficiários selecionados para as entrevistas, bem como de suas respostas.	
Interpretação: A auditoria independente é uma atividade que, utilizando-se de procedimentos técnicos específicos, tem a finalidade de atestar a adequação de um ato ou fato com o fim de imprimir-lhe características de confiabilidade. Assim, sua realização é essencial para a proteção dos usuários das informações auditadas e deve ter por objetivo assegurar a fidedignidade das informações consideradas e a ausência de fraudes durante o processo. O parecer sem ressalvas, ou parecer limpo é emitido quando o auditor tem convicção e a expressa de forma clara e objetiva, sobre todos os aspectos relevantes dos assuntos tratados no âmbito da auditoria e de que os trabalhos foram realizados de acordo com as boas práticas aplicáveis. O parecer de auditoria independente não deverá expressar a opinião do auditor quanto à metodologia da pesquisa (cuja responsabilidade é do responsável técnico da pesquisa). (IBGC, 2009 e CNSP, 2014).		

Possíveis Formas de Obtenção de Evidência:

Verificar as evidências sobre a realização de auditoria independente com emissão de parecer conclusivo sem ressalvas, contendo a identificação do auditor, síntese da análise da auditoria, asseguração quanto a (1) aderência da pesquisa ao escopo do planejamento; (2) fidedignidade dos beneficiários selecionados para a entrevista; (3) Fidedignidade das respostas. O parecer também deverá conter conclusão clara e explícita quanto aos itens avaliados e estar publicado junto com o relatório da pesquisa.

4.4.7**A Operadora utiliza o Documento Técnico para a Realização da Pesquisa de Satisfação de Beneficiários disponível no portal da ANS.****Interpretação:**

O Documento Técnico para a Realização da Pesquisa de Satisfação de Beneficiários disponível no portal da ANS faz parte do escopo do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) e a operadora que realizar a pesquisa obedecendo os requisitos mínimos e diretrizes estabelecidos neste documento é elegível a uma pontuação extra no IDSS.

Os requisitos mínimos e as diretrizes do Documento Técnico para a Realização da Pesquisa de Satisfação de Beneficiários têm por objetivo a normalização com alto padrão técnico e a criação de uma série histórica dos resultados.

O Documento Técnico determina as diretrizes para a condução da pesquisa e o mínimo de perguntas do questionário a ser aplicado. Ao mesmo tempo, estabelece que a pesquisa deve ser auditada por profissional independente e que seus resultados junto com o parecer da auditoria precisam ser disponibilizados no portal corporativo da operadora.

O Documento Técnico para a Realização da Pesquisa de Satisfação de Beneficiários a ser considerado dever ser a última versão disponível no portal da ANS no início do período de realização da pesquisa. (ANS, 2018).

Possíveis Formas de Obtenção de Evidência:

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

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

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

4.4.8	Além de utilizar o Documento Técnico para a Realização da Pesquisa de Satisfação de Beneficiários disponível no portal da ANS, a Operadora obteve resultado considerado “Excelente” na questão: “Você recomendaria o seu plano de saúde para amigos ou familiares?”	
Interpretação: A realização de uma Pesquisa de Satisfação de Beneficiários deve ter como objetivo de estudo a experiência do beneficiário do plano de saúde, com vistas a aumentar a participação do beneficiário na avaliação da qualidade dos serviços oferecidos, de maneira que seus resultados tragam insumos para o aprimoramento das ações de melhoria contínua da qualidade dos serviços ofertados pela operadora. Além disso, todas as empresas procuram crescer, e o crescimento rentável, sustentável e orgânico ocorre mais frequentemente quando os beneficiários que se relacionam com a empresa contam suas experiências positivas para amigos e familiares. Ou seja, quando seus clientes se apresentam dispostos a recomendar a empresa para outra pessoa. Um beneficiário satisfeito será promotor da operadora e quanto mais beneficiários satisfeitos, mais promotores a operadora terá. Logo, é uma maneira de verificar a fidelidade e a satisfação de um beneficiário. O Resultado considerado excelente é igual ou superior a 80% para a soma dos maiores níveis de opções de resposta, ou seja, as opções que indicam que os beneficiários recomendariam o plano de saúde para amigos ou familiares (por exemplo, considerando uma escala de 0 a 10, a soma dos resultados nas opções 9 e 10). Para elegibilidade neste item, além da operadora utilizar o Documento Técnico para a Realização da Pesquisa de Satisfação de Beneficiários disponível no portal da ANS, para a questão: “Você recomendaria o seu plano de saúde para amigos ou familiares?”, a operadora deverá ter obtido resultado igual ou superior a 80% para a soma dos maiores níveis de opções de resposta, ou seja, as opções que indicam que os beneficiários recomendariam o plano de saúde para amigos ou familiares. (SEBRAE MINAS, 2013, ANS, 2018).		
Possíveis Formas de Obtenção de Evidência: Verificar se além do já estabelecido no item 4.4.7, se a operadora obteve o resultado estabelecido na interpretação do item. (ICC, 2016).		
4.4.9	A Operadora implementa um Plano de Ação baseado nos resultados da Pesquisa de Satisfação de Beneficiários com vistas à melhoria.	
Interpretação: A Pesquisa de Satisfação de Beneficiários deve ser finalizada com a elaboração de um relatório contendo os resultados apurados, eventuais pontos críticos identificados que necessitam de ações corretivas, bem como sugestões de melhorias a serem realizadas pela operadora nos aspectos abordados na pesquisa. Possíveis Formas de Obtenção de Evidência: A análise de conformidade deste item deverá buscar evidências sobre a adoção das ações propostas no plano de ação elaborado a partir dos resultados da pesquisa de satisfação de beneficiários. Os tipos de evidência a serem verificados dependerão das ações propostas. Relatórios e atas de reuniões, registros de implementação/alteração em sistemas de informática e processos de trabalho, atualização de manuais, políticas e diretrizes da operadora ou outros documentos são possíveis exemplos de tipos de evidência deste item. O plano de ação deverá estar devidamente documentado, haver a designação do(s) responsável(is) pela sua implementação e possuir metas e prazos para a implementação das melhorias identificadas como necessárias, além de estar vinculado aos objetivos estratégicos da organização.		

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS PARA EXPERIÊNCIA DO BENEFICIÁRIO

- ABEP. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – Diretrizes ESOMAR – Pesquisa de Opinião. Apresenta as diretrizes da ESOMAR - European Society for Opinion and Market Research para realização de pesquisas. 2018. Disponível em: <<http://www.abep.org/codigos-e-guias-da-abep>>.
- ABRAREC- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DAS RELAÇÕES EMPRESA CLIENTE – ABRAREC E ABO- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OUVIDORES/ OMBUDSMAN. Manual de Boas Práticas de Ouvidoria. 2015. Disponível em: <http://abrarec.com.br/wp-content/uploads/2015/07/Vs_pb.pdf>
- AHRQ- Agency for Health Care Research and Quality. CAHPS® Health *Plan* Surveys Version: Adult Medicaid Survey 5.0. 2013. Disponível em: <<https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/cahps/surveys-guidance/hp/adult-med-eng-hp50-2152a.pdf>>
- _____. CAHPS® Health *Plan* Survey and Instructions – Fielding the CAHPS® Health *Plan* Survey 5.0. 2013. Disponível em: <<https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/cahps/surveys-guidance/hp/fielding-the-survey-hp50-2013.pdf>>
- ANS - AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Resolução Normativa RN Nº 565, de 16 de dezembro de 2022: critérios para aplicação de reajuste das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência suplementar à saúde medicohospitalares, com ou sem cobertura odontológica, contratados por pessoas físicas ou jurídicas. Rio de Janeiro: ANS, 2008. Disponível em: <<https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDMzNw==>>
- _____. Resolução Normativa RN Nº 497, de 30 de março de 2022: criação obrigatória de portal corporativo na Internet pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, dentre outros. Rio de Janeiro: ANS, 2009. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDE1Nw==>
- _____. Resolução Normativa – RN nº 486, de 29 de março de 2022: Dispõe sobre a obrigatoriedade de divulgação das redes assistenciais das operadoras de planos privados de assistência à saúde nos seus Portais Corporativos na Internet. Rio de Janeiro: ANS, 2022. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDE0Ng==>
- _____. Resolução Normativa – RN nº 505, de 30 de março de 2022: Dispõe sobre o Programa de Qualificação de Operadoras, dá outras providências e revoga as Resoluções Normativas nº 386, de 09 de outubro de 2015, e nº 423, de 11 de maio de 2017. Rio de Janeiro: ANS, 2022. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDE2NQ==>
- _____. Resolução Normativa – RN nº 509, de 30 de março de 2022: transparência das informações no âmbito da saúde suplementar, estabelece a obrigatoriedade da disponibilização do conteúdo mínimo obrigatório de informações referentes aos planos privados de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: ANS, 2022. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDE20A==>
- _____. Resolução Normativa – RN nº 323, de 03 de abril de 2013: instituição de unidade organizacional específica de ouvidoria pelas operadoras de planos privados de assistência saúde. Rio de Janeiro: ANS, 2013. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MjQwNA==>>
- _____. Resolução Normativa – RN nº 510, de 30 de março de 2022: Dispõe sobre o Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar – QUALISS; revoga as Resoluções Normativas nº 405, de 09 de maio de 2016 e nº 421, de 23 de março de 2017, e dá outras providências. Rio de Janeiro: ANS, 2022. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDE20Q==>
- _____. Resolução Normativa – RN nº 386, de 9 de outubro de 2015: Programa de Qualificação de Operadoras e dá outras providências. Rio de Janeiro: ANS, 2015. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzEwMA==>>
- _____. Resolução Normativa RN Nº 389, de 26 de novembro de 2015: transparência das informações no âmbito da saúde suplementar, estabelece a obrigatoriedade da disponibilização do conteúdo mínimo obrigatório de informações referentes aos planos privados de saúde

- no Brasil. Rio de Janeiro: ANS, 2015a. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzEzNw==>>
- _____. Resolução Normativa – RN Nº 405, de 9 de maio de 2016: Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar – QUALISS. Rio de Janeiro: ANS, 2016. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzI00A==>>
- _____. Resolução Normativa RN Nº 413, de 11 de novembro de 2016: Contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. Rio de Janeiro: ANS, 2016a. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=MzM5Nw==>>
- _____. Resolução Normativa RN Nº 395, de 14 de janeiro de 2016: Regras a serem observadas pelas Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde nas solicitações de procedimentos e/ou serviços de cobertura assistencial apresentados pelos beneficiários, em qualquer modalidade de contratação. Rio de Janeiro: ANS, 2016b. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=MzE20A==>>
- _____. REA-OUVIDORIAS - Relatório estatístico e analítico do atendimento das ouvidorias ANO BASE 2016. Rio de Janeiro. ANS, 2016c. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/REA_2017_-_Ano_Base_2016.pdf>
- _____. Documento Técnico para a realização da pesquisa de satisfação de beneficiários de planos de saúde. Rio de Janeiro. ANS, 2018. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/idss/pqo2019_nota_pesquisa_satisfacao.pdf>
- ANVISA - AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução DE DIRETORIA COLEGIADA RDC Nº 36, de 25 de julho de 2013: Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília: ANVISA, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html>
- BOLFARINE, H.; BUSSAB, W. O. Elementos de Amostragem. ABE – Projeto Fisher. Ed. 1. 2005.
- BRASIL. Decreto nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004. Regulamenta as Leis nº 10.048, e a nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Brasília, 2004. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_ATO2004-2006/2004/DECRETO/D5296.HTM>
- _____. Decreto nº 6.523, de 31 de julho de 2008. Regulamenta a Lei Nº 8.078, de 11 de setembro de 1990, para fixar normas gerais sobre o serviço de atendimento ao consumidor – SAC. Brasília, 2008. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/decreto/d6523.htm>
- _____. Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. Promulga a convenção internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu protocolo facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Brasília, 2009. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_ATO2007-2010/2009/DECRETO/D6949.HTM>
- _____. Lei nº 12.965, DE 23 DE ABRIL DE 2014. Estabelece princípios, garantias, direitos e deveres para uso da internet no Brasil. Brasília, 2014. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l12965.htm>
- _____. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a lei brasileira de inclusão da pessoa com deficiência (Estatuto da pessoa com Deficiência). Brasília, 2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm
- BRANDÃO, V.C., Comunicação e *marketing* na era digital: a internet como mídia e canal de vendas. XXIV Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação. INTERCOM – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação. Campo Grande – MS, 2011.
- CMS – CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES. Quality Assurance Guidelines and Technical Specifications. v. 2. January, 2006.
- CNSP – CONSELHO NACIONAL DE SEGUROS PRIVADOS. Resolução CNSP nº 311, de 2014. prestação de serviços de auditoria atuarial independente para as sociedades seguradoras, entidades abertas de previdência complementar, sociedades de capitalização e resseguradores locais.

- COCHRAN, W. G. Sampling Techniques. 3rd Edition. John Wiley & Sons, inc. 1977.
- DAROS, R.M. et al. A satisfação do beneficiário da saúde suplementar sob a perspectiva da qualidade e integralidade. Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 26 [2]: 525-547, 2016.
- IBGC – INSTITUTO BRASILEIRO DE GOVERNANÇA CORPORATIVA. Cadernos de Governança Corporativa nº 7 – Guia de orientações para Melhores Práticas de Comitês de Auditoria. São Paulo. IBGC, 2009. Disponível em: < http://www.ibgc.org.br/userfiles/files/Guia_7_.pdf >
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Questionário da Pesquisa Nacional de Saúde. Rio de Janeiro, 2014. 52 p. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pns/2013/default_microdados.shtm>.
- _____. Manual do Recenseador – CD – 1.09Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro, 2010. 169 p. Disponível em: < https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/instrumentos_de_coleta/doc2601.pdf>
- _____. Pessoas com Deficiência 2012. Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: < <https://biblioteca.ibge.gov.br>>
- ICC – INTERNATIONAL CHAMBER OF COMMERCE. ICC/ESOMAR International Code on Market, Opinion and Social Research and Data Analytics. 2016. Disponível em: <<https://www.iccwbo.org>>
- LEEuw, E. D. et al. EAM – EUROPEAN ASSOCIATION OF METHODOLOGY. International Handbook of Survey Methodology. 2007-2008.
- LOPES, L.G., Inovação organizacional em empresas operadoras de saúde: um estudo exploratório de casos. Belo Horizonte, 2003, 219p, Dissertação de mestrado em administração. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, 2011.
- MILAN, G.S., TREZ, G. - Pesquisa De Satisfação: Um Modelo Para Planos De Saúde. Revista Eletrônica da Fundação Getúlio Vargas – Escola de Administração de Empresas de São Paulo. 2005. Disponível em: <http://www.rae.com.br/eletronica/index.cfm?FuseAction=Artigo&ID=2165&Secao=ARTIGOS&Volume=4&Numero=2&Ano=2005>
- MIRALDO, C., A utilização de sistema de informação para gestão das demandas dos beneficiários de operadoras de saúde suplementar, como estratégia frente à regulação do setor e a notificação de intermediação preliminar (NIP). Dissertação de Mestrado Profissional em Administração e Gestão em Sistemas de Saúde. Universidade Nove de Julho, São Paulo, 2016.
- NASCIMENTO, D.C.O et al, Estratégia de *marketing* em um plano de saúde: utilização de ferramenta MASP na resolução de problemas e na conquista da fidelização de clientes no norte fluminense. XXX ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, São Carlos, SP, 2010.
- OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde e ANS-Agência Nacional de Saúde. Conhecimento técnico-científico para qualificação da saúde suplementar. Brasília. DF: OPAS; Reio de Janeiro: ANS, 2015, 192 p.
- PIVA, L. C. et al., Relação entre satisfação, retenção e rentabilidade de clientes no setor de planos de saúde. Revista de Ciências da Administração , v. 9, n. 19, p. 54-80, set./dez. 2007.
- RIBEIRO, J. L. D.; ECHEVESTE, M. E. Dimensionamento da Amostra em Pesquisa de Satisfação de Clientes. In: ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, 18., Niterói, 1998. Anais. Niterói, 1998.
- RODRIGUES, M. V., et al.. Qualidade e Acreditação em Saúde. Rio de Janeiro: Editora FGV. 2016. 2. ed.
- SEBRAE MINAS - Serviço de Apoio às Micro e Pequenas Empresas de Minas Gerais – Como elaborar uma Pesquisa de Mercado. Rede de Atendimento ao Empreendedor. 2013.
- TECPLAN. Indicadores de Produtividade e de Gestão do Call Center. Tecplan Ltda, 2014. Disponível em: < <http://www.gestaoporprocessos.com.br/wp-content/uploads/2014/06/indicadores-de-produtividade-e-gestao-do-call-center.pdf> >
- TEIXEIRA, Lucas; LOPES, Humberto. Aplicação do modelo canvas para o modelo de negócio do Banco do Brasil e da Caixa Econômica Federal. Revista de Gestão & Tecnologia.2016
- Disponível em
- ZEITHAML, V.A.; BITNER, M.J.; GREMLER, D. D.. *Marketing* de Serviços: A Empresa com Foco no Cliente. 6.ed., AMGH Editora Ltda., 2014.
- ZUZA, M.S.P., Melhoria do Processo de Atendimento ao Cliente: um estudo de caso. Dissertação de Mestrado em Engenharia de Produção. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

9.3 RN 507/2022 - ANEXO II – Glossário

A

Acessibilidade: Condição para utilização, com segurança e autonomia, total ou assistida, dos espaços, mobiliários, equipamentos, das edificações e dos dispositivos, sistemas e meios de comunicação e informação, por pessoa portadora de deficiência ou com mobilidade reduzida. (Anexo I – 1.4.9; 4.1.6; 4.2.2; 4.3.4)

Acesso restrito: Área, em um sítio eletrônico, cujo conteúdo é exclusivo a usuários previamente cadastrados e os dados visualizados apenas com uso de senha. (Anexo I - 4.3.1)

Acreditação de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde: Certificação do cumprimento de boas práticas em gestão organizacional e gestão em saúde pelas operadoras, com o objetivo de qualificação da prestação dos serviços e redução de custos, levando a uma melhor experiência para o beneficiário. (Art. 1º)

Ações de Responsabilidade Socioambiental: Conjunto de ações adotadas pela organização que refletem a relação ética e transparência da organização com todos os seus públicos e pelo estabelecimento de metas compatíveis com o desenvolvimento sustentável da sociedade, preservando recursos ambientais e culturais para as gerações futuras, respeitando a diversidade e promovendo a redução das desigualdades sociais. Ações de responsabilidade socioambiental vão além das obrigações legais e econômicas. (Anexo I - 1.2.15)

Administradora de Benefícios: Pessoa jurídica que propõe a contratação de plano privado coletivo na condição de estipulante ou que presta serviços para pessoas jurídicas contratantes de planos privados coletivos de assistência à saúde, e desenvolve atividades previstas em regulamentação específica (RN 196, de 14/07/2009) da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. (Anexo I – 1.5; 1.5.4)

Administradores: Todas as pessoas naturais, eleitas, nomeadas ou designadas para os cargos de diretor, administrador ou conselheiro do conselho de administração, ou órgão assemelhado, independentemente da nomenclatura e do tipo societário da qual façam parte. (Art. 3º; Anexo I – 1.2.2; 1.2.11; 1.2.12; 1.2.16; 1.5.1; 1.5.2; 1.6; Anexo V).

AGREE II (*Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II*) - Ferramenta de avaliação do rigor metodológico e transparência com que uma diretriz clínica foi desenvolvida. Pode ser utilizada para fornecer orientação sobre a confiabilidade do uso de uma determinada diretriz clínica para a tomada de decisões, com o propósito de melhorar a atenção à saúde. A primeira versão da ferramenta foi desenvolvida em 2003 por um grupo internacional de investigadores e especialistas no desenvolvimento de diretrizes clínicas. A versão revisada, AGREE II, foi publicada em 2009 e é atualmente a ferramenta de avaliação de diretrizes mais comumente aplicada e amplamente validada em todo o mundo. Consiste em 23 itens de avaliação organizados em 6 domínios – escopo e finalidade, envolvimento das partes interessadas, rigor do desenvolvimento, clareza da apresentação, aplicabilidade e independência editorial. (Anexo I – 3.3.5; 3.5.2)

Agudização: Ocorre quando o portador de doença crônica não é cuidado devidamente e apresenta um quadro agudo, tornando sua enfermidade mais intensa. (Anexo I – 3.2.4)

Alocação de Investimentos: É uma estratégia de investimentos que busca melhorar a relação entre risco e retorno através do tamanho da posição, ou seja, o quanto se investe em cada ativo de acordo com a tolerância ao risco, metas, horizonte de tempo e eventuais limites e especificações estabelecidos por normativos específicos (Anexo I – 1.7.11)

Alta Direção: Conjunto dos responsáveis do mais alto nível da hierarquia de uma organização, ocupantes de cargos com alto poder de decisão em nível estratégico (presidente, diretor geral, diretores e, até mesmo, o conselho de administração, se houver). (Anexo I – 1.1.4; 1.1.5; 1.1.6; 1.2.9; 1.2.12; 1.3.8; 1.6.1; 1.6.3; 1.6.6; 1.8.7; 4.2.2)

Alta Gerência: Conjunto dos responsáveis de alto nível encarregados pela direção ou a coordenação das atividades dentro de uma organização, de um departamento ou de uma instituição. Dentre as responsabilidades da alta gerência, podemos citar as seguintes: (i) tomada de decisões de impacto para um grupo de pessoas; (ii) administração de capital financeiro; (iii) planejamento; (iv) controle de metas e objetivos; (v) elaboração de planos de contingência; (vi) coordenação e controle de recursos internos; (vii) representação da instituição perante a terceiros; entre outras. (Art. 3º; Anexo V)

Amostragem Estatística: Aquela em que a amostra é selecionada cientificamente com a finalidade de que os resultados obtidos possam ser estendidos ao conjunto, de acordo com a teoria da probabilidade ou com as regras estatísticas. Sua utilização é recomendável quando os itens da população apresentam características homogêneas. (Anexo I – 1.1.1; 4.4.2)

Análise da Causa Raiz: Processo dirigido por evidências que tem como objetivo identificar a principal causa que originou uma não conformidade. Permite monitorar as causas dos defeitos, atuando no processo como um todo antes que estes defeitos voltem a ocorrer (Anexo I – 1.6.6)

Análise de Cenários: Trata da investigação e avaliação do conjunto dos diversos fatores, tanto externos como internos, que podem influenciar o sucesso das organizações. Sua principal função não é tentar prever o futuro, mas identificar fatores que podem se tornar reais a longo prazo, permitindo assim que a estratégia de uma organização seja estabelecida em um contexto futuro. (Anexo I – 1.1.7; 1.6.10)

Análise de Mercado: É um dos componentes do Plano de Negócios que está relacionado ao *marketing* da organização. Engloba estudos sobre os potenciais consumidores de um produto, o cenário da economia, os concorrentes no segmento e os fornecedores, visando conhecer melhor seu setor de atuação a fim de garantir o sucesso do investimento (Anexo I – 1.1.7)

Análise dos Modos de Falha e Seus Efeitos: Também conhecido em inglês por *Failure Mode and Effect Analysis* (FMEA). Trata-se de uma ferramenta de gerenciamento de risco, que utiliza variáveis qualitativas, utilizada para identificar, avaliar e eliminar potenciais falhas. A partir da avaliação destas falhas, é possível identificar suas causas e efeitos e determinar seus impactos. Tal ferramenta visa definir ações que objetivam reduzir ou eliminar a ocorrência ou aumentar a probabilidade de detecção de falhas. (Anexo I – 1.6.5)

Análise dos Modos de Falha, Efeitos e Criticalidade: Também conhecido em inglês por *Failure Mode and Critical Analysis* (FMECA). Trata-se de uma ferramenta variante da Análise dos Modos de Falha e Seus Efeitos (*Failure Mode and Effect Analysis* - FMEA) que inclui o cálculo de um índice de criticidade para cada modo de falha. (Anexo I – 1.6.5)

Análise PEST: A análise PEST é uma ferramenta na gestão estratégica de empresas, e representa um acrônimo de análise Política, Econômica, Social e Tecnológica. Consiste num enquadramento de fatores macroambientais dos 4 cenários, usados como exercício de formulação ou reformulação de estratégias e avaliação dos melhores caminhos a serem seguidos. A análise pode incluir também fatores Ambientais e Legais (PESTAL). (Anexo I – 1.1.7)

Apetite a Riscos: Refere-se a quanto de risco uma organização está disposta a correr para alcançar seus objetivos estratégicos. Se valores financeiros são seu critério de risco, a faixa de valores que você está disposto a perder em busca de um objetivo reflete o seu apetite ao risco. (Anexo I – 1.6.3; 1.6.4)

Árvore de Decisão: É um mapa dos possíveis resultados de uma série de escolhas relacionadas, permitindo que um indivíduo ou organização compare possíveis ações com base em seus custos, probabilidades e benefícios. Pode ser usada tanto para conduzir diálogos informais quanto para mapear um algoritmo, que leve à melhor escolha, matematicamente determinada. Essencialmente, árvores de decisões são diagramas que permitem representar e avaliar problemas que envolvem decisões sequenciais, colocando em destaque os riscos e os resultados financeiros identificados nos diversos cursos de ação. Para a sua representação gráfica são geralmente usadas linhas para identificar a decisão (por exemplo “sim” ou “não”) e nós para identificar as questões sobre as quais se deve decidir. Cada um dos ramos formado por linhas e nós termina numa espécie de folha, que identifica a consequência mais provável da sequência de decisões tomadas. (Anexo I - 1.1.7; 2.3.6)

Assimetria de Informação: Assimetria de Informação é um fenômeno econômico que ocorre quando, em uma negociação, uma parte tem mais e/ou melhor informação do que a outra, e com isso obtém vantagem na relação, sendo considerada uma falha de mercado. A noção de falha de mercado integra a reflexão de economistas sobre a concorrência perfeita e se refere a situações nas quais a eficiência econômica não pode ser atingida em função das imperfeições dos mecanismos do mercado. Na área da saúde, a assimetria de informações existente entre quem demanda o serviço (beneficiário) e quem oferece (operadoras de planos de saúde) implica dois problemas de ineficiências no mercado de saúde suplementar. O primeiro refere-se a uma estratificação dos beneficiários, segundo a percepção do risco, o que implica seleção adversa. Assim, os que sabem que têm baixo risco tenderiam a não procurar cobertura plena e vice-versa. A segunda fonte geradora de ineficiências é o incremento da exposição aos riscos e o uso excessivo de serviços de saúde, cobertos pelos seguros, quando não é o beneficiário quem paga diretamente pelo serviço, por existir um terceiro pagador - as operadoras privadas – o que leva ao risco moral. (Anexo I – 4.3.1; 4.4.5)

Assistência Farmacêutica: Conjunto de ações voltadas à promoção e manutenção da saúde, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao seu uso racional. Envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população beneficiária. (Anexo I – 3.4; 3.4.1)

Atenção Domiciliar: Forma de atenção à saúde oferecida na moradia do paciente e caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção, cuidados paliativos e tratamento de doenças e reabilitação. (Anexo I – 2.1.2; 3.2.5; 4.3.3)

Atenção Básica em Saúde: Ver Atenção Primária à Saúde. (Anexo I – 3.3.6; 3.3.15)

Atenção Primária à Saúde (APS): Atenção Primária à Saúde é conhecida como a “porta de entrada” dos usuários nos sistemas de saúde, ou seja, é o atendimento inicial ofertado aos usuários do sistema de saúde. Seu objetivo é orientar sobre a prevenção de doenças, solucionar os possíveis casos de agravos e direcionar os mais graves para níveis de atendimento superiores em complexidade. A atenção primária funciona, portanto, como um filtro capaz de organizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde, dos mais simples aos mais complexos. (Art. 21; Anexo I – 2.2; 2.2.1; 2.2.2; 2.2.3; 2.2.4; 2.2.5; 3.2.3; 3.2.4; 3.4.2)

Ativos Garantidores das Provisões Técnicas: Bens imóveis, ações, títulos e valores mobiliários de titularidade da operadora ou do mantenedor da entidade de autogestão ou de seu controlador, direto ou indireto, ou de pessoa jurídica controlada direta ou indiretamente pela própria operadora ou pelo controlador, direto ou indireto, da operadora, que lastreiam as provisões técnicas. (Anexo I – 1.7.11)

Ato Constitutivo: É o ato de concepção de uma sociedade empresária, onde os seus sócios celebram o contrato da sociedade (por exemplo: Contrato Social ou Estatuto Social). Cabe destacar que a sociedade empresária realmente nasce apenas quando o Ato Constitutivo é devidamente registrado. (Art. 4º; Anexo V)

Ato Ilícito: Ato praticado culposamente em desacordo com a norma jurídica, destinada a proteger interesses alheios; é o que viola direito subjetivo individual, causando prejuízo a outrem, criando o dever de reparar tal lesão. (Anexo I – 1.2.13)

Atributos de Qualificação: Atributos do prestador de serviço reconhecidos por serem associados à melhoria da qualidade na atenção à saúde. Estão previstos em normativo específico que dispõe sobre o Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar e referem-se aos diversos tipos de prestadores. (Anexo I – 2.1.2; 2.1.3; 2.3.2 2.3.5; 4.3.3)

Auditor em Saúde: Médico, cirurgião dentista, profissional em saúde da área do procedimento a ser autorizado, habilitado para as atividades de controle, avaliação e auditoria em sistemas de saúde. (Anexo I - 2.4.1).

Auditoria Concorrente: Realizada quando o paciente ainda se encontra hospitalizado ou em atendimento ambulatorial, para acompanhar a execução das atividades e garantir a qualidade do produto. Envolve a avaliação feita pelo paciente e sua família, verificando suas percepções acerca da assistência prestada; entrevista e reflexão do profissional após a prestação do cuidado; exame do paciente e confronto com as

necessidades levantadas; verificação do cumprimento das atividades a serem realizadas pelos profissionais e observação do ambiente. (Anexo I - 2.4.3)

Auditoria de Manutenção: São avaliações realizadas pela Entidade Acreditadora, anualmente, até o fim do ciclo avaliativo, onde o escopo aplicável (percentual dos itens a serem avaliados), bem como o rito (presencial, nº de auditores, amostral, com reuniões ao longo do período de certificação ou outras formas) deverá ser definido pela Entidade Acreditadora junto à operadora – ressalvadas as exceções estabelecidas nesta RN. O objetivo da auditoria de manutenção é verificar se a operadora mantém os requisitos iniciais para acreditação, bem como avaliar se no ciclo da acreditação a operadora mantém a busca da melhoria contínua para o sucesso do ciclo de acreditação. (Art. 21; Art. 31; Art. 32)

Auditoria Externa: Exame independente das demonstrações financeiras da operadora, verificando a conformidade com a regulamentação vigente, a evidenciação clara dos princípios contábeis e se elas refletem, em todos os aspectos relevantes, corretamente a realidade e a evolução patrimonial e financeira da operadora quanto a resultados e variações patrimoniais no período analisado. (Anexo I – 1.2.5; 1.2.6, 1.2.7)

Auditoria Independente: Utiliza-se de procedimentos técnicos específicos para atestar a adequação de um ato ou fato com o fim de imprimir-lhe características de confiabilidade. Deve ser realizada por profissional/instituição distinta da que planejou, realizou e operacionalizou o ato ou fato em questão. No caso da Auditoria independente das demonstrações financeiras, o auditor deverá ser devidamente registrado na Comissão de Valores Mobiliários - CVM. (Art. 4º; Art. 11; Anexo I – 1.2.1; 1.2.5; 4.4.1; 4.4.6; 4.4.7)

Auditoria Interna: A auditoria interna é uma atividade independente e objetiva de avaliação (assurance) e de consultoria, desenhada para adicionar valor e melhorar as operações de uma organização. Ela auxilia uma organização a realizar seus objetivos a partir da aplicação de uma abordagem sistemática e disciplinada para avaliar e melhorar a eficácia dos processos de gerenciamento de riscos, controle e governança. (Anexo I – 1.2.5; 1.2.7; 1.2.17; 1.4.6)

Auditoria Interna e/ou Externa de Sistemas de Informação: Conjunto de procedimentos para aferição de controles internos de uma organização, aferindo a qualidade dos registros e seguranças destes. Pode ser desempenhada por profissionais da própria instituição auditada ou ser terceirizada. Visa testar, examinar ou averiguar o nível de segurança dos controles internos existentes na organização e propor melhorias ou apontar não conformidades. (Anexo I – 1.4.6; 1.4.8)

Auditoria Médica: Conjunto de procedimentos para avaliar, do ponto de vista técnico, a qualidade, a propriedade e a efetividade dos serviços de saúde prestados, visando adequação técnica da prestação de serviços assistenciais e a melhoria progressiva da assistência de saúde (Anexo I – 3.5.3)

Autogestão: Modalidade na qual é classificada uma operadora que opera planos privados de assistência à saúde a um grupo fechado de pessoas, que obrigatoriamente devam pertencer à mesma classe profissional ou terem vínculo com a empresa instituidora e/ou patrocinadora e/ou mantenedora da operadora de planos de assistência à saúde. Pode ser classificada como: autogestão por recursos humanos (RH), autogestão com mantenedor ou autogestão sem mantenedor. (Art. 13; Anexo I – 4.1.2; 4.2.4)

Avaliação Atuarial: Estudo técnico desenvolvido pelo atuário, baseado nas características biométricas, demográficas e econômicas da população analisada, com o objetivo principal de estabelecer, de forma suficiente e adequada, os recursos necessários para a garantia dos benefícios previstos nos riscos assumidos pelos planos de saúde, de forma a manter a solvência da operação. (Anexo I – 1.7.5; 1.7.10)

Avaliação Clínica Inicial: Coleta de informações e dados sobre a condição física, psicológica e social do beneficiário, e sobre seu histórico de saúde. Também envolve o desenvolvimento de um plano de cuidados para atender as necessidades de prestação de cuidados de saúde identificadas. (Anexo I – 3.3.7)

Avaliação de Aprendizagem: Avaliação realizada pelos gestores da organização, com o objetivo de mensurar a evolução das equipes e a eficiência dos programas de treinamento. (Anexo I – 1.3.5)

Avaliação de Desempenho Individual: Processo adotado pelas organizações para mensurar o desempenho e comportamento de seus colaboradores a partir de critérios comuns. Permite acompanhar o desenvolvimento individual e também o andamento do trabalho em equipe. (Anexo I – 1.3.4; 1.3.5)

Avaliação Inicial de Diagnóstico: Desenvolvida por avaliadores habilitados e qualificados que compõem a equipe de Entidades Acreditoras em Saúde reconhecidas pela ANS, é uma avaliação sem fins de certificação, com o objetivo de subsidiar a compreensão do atual estado da organização. (Art. 15)

B

Beneficiário: Pessoa física, titular ou dependente, que possui direitos e deveres definidos em legislação e em contrato assinado com a operadora de plano privado de assistência à saúde para garantia da assistência médico-hospitalar e/ou odontológica. (Art. 2º)

Busca Ativa de Beneficiários: Possível forma de identificação da população-alvo, realizada através de envio de material explicativo para o domicílio do beneficiário, contatos telefônicos etc. Possibilita ainda, o deslocamento da equipe de saúde para fora da instituição de saúde. (Anexo I – 3.2.3; 3.3.3)

C

Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES): Instituído pela Portaria MS/SAS 376 de 03/10/2000, tem como objetivo cadastrar todos os tipos de estabelecimentos de saúde, sejam eles públicos, privados ou conveniados, pessoa jurídica ou física, desde que, por meio deles, sejam realizados serviços de atenção à saúde no Brasil. (Anexo I – 2.3.4)

Canal de Comunicação Proativo: Não se espera o contato do cliente para agir. Processos previamente definidos são executados por meio de ferramentas diversas, como e-mail e SMS *marketing*, por exemplo. Tem como função a satisfação do cliente, construindo um relacionamento pautado no estreitamento de laços em prol de um vínculo contínuo com o consumidor. (Anexo I – 4.3)

Canal de Comunicação Reativo: Corresponde aos atendimentos acionados pelos clientes, seja para o esclarecimento de dúvidas ou mesmo para a resolução de algum problema identificado. (Anexo I – 4.2)

Canal de Denúncias: Canal de atendimento dotado de uma estrutura de comunicação e gestão segura e independente para que as pessoas possam, inclusive de forma anônima, apontar irregularidades e comportamentos contrários à ética corporativa ou aos valores exigidos pela organização. Atua no combate à corrupção, fraudes e outros casos de desvio de conduta, sendo responsável pela apuração das denúncias recebidas. (Anexo I – 1.2.16)

Canal de Distribuição: É o caminho escolhido por uma operadora para fazer seus produtos e serviços chegarem ao consumidor final, no local e no momento exato. Ex: Administradora de Benefícios, Corretores, Venda Direta. (Anexo I – 1.7.1; 1.7.2; 1.7.10)

Capital Regulatório: Limite mínimo de Patrimônio Líquido Ajustado que as operadoras devem observar, a qualquer tempo, em função das regras de capital regulamentadas pela ANS. (Anexo I – 1.7.3);

Carteira: Conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em quaisquer dos tipos de planos privados de assistência à saúde, com todos os direitos e as obrigações neles contidos. (Anexo I – 1.1.2; 1.4.8; 1.7.2; 1.7.3; 1.7.8; 1.7.12; 2.1.1; 2.2.1; 3.3; 3.3.2; 3.3.3; 3.3.11; 3.3.14; 4.2.4; 4.4.1)

Carteira de Investimento: Uma Carteira de Investimentos é um grupo de ativos que pertence a um investidor, pessoa física ou jurídica. Estes ativos podem ser ações, debêntures, aplicações imobiliárias, entre outros. Uma carteira de Investimentos permite a diversificação de ativos bem como de risco, levando a maior tranquilidade ao investidor e menor volatilidade do patrimônio. (Anexo I – 1.7.4)

Catástrofe: Acontecimento desastroso e atípico de grandes proporções, geralmente relacionado a fenômenos naturais, que pode deixar a operadora sem condições de funcionamento. (Anexo I – 1.6.5; 1.6.6; 1.6.7)

Certidão de Acreditação: Documento emitido por uma Entidade Acreditora para uma operadora que atendeu ao escopo do **Programa de Acreditação de Operadoras**. Tal certidão deverá conter o período

de vigência e o nível obtido. (Art. 4º; Art. 11; Art. 21; Art. 25; Art. 27; Art. 29; Art. 34; Art. 36; Art. 37; Art. 38; Art. 39)

Certificado de Acreditação: Documento emitido pela Coordenação Geral de Acreditação (CGCRE) do Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia (INMETRO) reconhecendo as competências de uma Pessoa Jurídica como entidade apta a avaliar operadoras no âmbito do Programa de Acreditação de Operadoras. Tal certificado deverá conter a data de emissão e sua validade. (Art. 4º; Art. 6º)

Certificação de Boas Práticas em Atenção Primária à Saúde - APS: Processo voluntário de avaliação da adequação a critérios técnicos preestabelecidos para uma Rede de Atenção à Saúde específica ou para uma Linha de Cuidado específica de uma operadora, realizado por Entidades Acreditoras em Saúde, com aptidão reconhecida pela ANS. (Art. 21; Anexo III)

CGCRE: Coordenação Geral de Acreditação do Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia (INMETRO). A acreditação realizada pela CGCRE é de caráter voluntário e representa o reconhecimento formal da competência de um Organismo de Avaliação da Conformidade (OAC) para desenvolver suas atividades de acordo com requisitos preestabelecidos. A acreditação é uma ferramenta estabelecida em escala internacional para gerar confiança na atuação de organizações que executam atividades de avaliação da conformidade. (Art. 3º)

Chamadas de Longa Distância: Destinam-se à comunicação entre pontos fixos determinados, situados em áreas locais distintas do território nacional conforme disposição normativa disponibilizada pela Agência Nacional de Telecomunicações. (Anexo I – 4.2.6)

Cliente Oculto: Metodologia que avalia os pontos de contato entre o cliente e a organização. Seu processo ocorre de forma anônima, podendo ser utilizado na análise de processos e padronizações. Além de visitas ao estabelecimento, essa avaliação pode também verificar atendimento telefônico, online, canais de venda e diversos outros pontos. (Anexo I – 4.2.1; 4.2.3; 4.2.6)

Clima Organizacional: Conjunto de propriedades mensuráveis do ambiente de trabalho percebido, direta ou indiretamente, pelos indivíduos que vivem e trabalham neste ambiente e que influencia a motivação e o comportamento dessas pessoas. (Anexo I – 1.3.7)

Coaching: Assessoria pessoal e profissional que utiliza metodologias, ferramentas e técnicas cientificamente validadas, para que indivíduos, equipes e organizações alcancem resultados superiores e positivos. (Anexo I – 1.3.3)

Código de Conduta: Documento que trata dos princípios e políticas que abrangem os relacionamentos entre conselheiros, diretores, sócios, funcionários e demais partes interessadas de uma organização, envolvendo inclusive questões de natureza social e ambiental. Deve promover os valores da organização e seus princípios éticos, refletindo a identidade e cultura organizacionais. (Anexo I – 1.2.2; 1.2.11)

Código de Ética: Documento que estabelece os direitos e deveres de uma organização, a partir da sua missão, cultura e posicionamento social, e que deve ser seguido pelos funcionários no exercício de suas funções profissionais. Todo o conteúdo disposto neste documento deve estar atrelado aos princípios universais da ética. (Anexo I – 1.2.2; 1.2.12)

Comitê de Auditoria: Órgão de assessoramento do Conselho de Administração que auxilia no monitoramento da qualidade das demonstrações contábeis, dos controles internos, **compliance** e gerenciamento de riscos da organização. Tem também a função de, em nome do Conselho de Administração, assegurar o equilíbrio, a transparência e a integridade das informações financeiras publicadas protegendo a organização e todas as partes interessadas. (Anexo I – 1.2.6; 1.2.10)

Competência: Determinação das habilidades de um indivíduo, de seu conhecimento e de sua capacidade em satisfazer determinadas expectativas, normalmente relatadas na descrição dos cargos. (Anexo I – 1.2.10; 1.3.1; 1.3.3; 1.3.4; 3.2)

Compliance: Conjunto de disciplinas para fazer cumprir as normas legais e regulamentares, as políticas e as diretrizes estabelecidas para o negócio e para as atividades da organização, bem como evitar, detectar e tratar qualquer desvio ou inconformidade que possa ocorrer. (Anexo I – 1.2.5; 1.2.7; 1.2.11; 1.2.12)

Confidencialidade: Propriedade de que a informação não esteja disponível ou revelada à pessoa física,

sistema, órgão ou entidade não autorizada e credenciada. É a garantia do resguardo das informações dadas pessoalmente em confiança e proteção contra a sua revelação não autorizada. (Anexo I – 1.2.2; 1.2.16; 1.4.7; 1.5.1; 1.5.2; 1.5.3; 1.5.4)

Confidencialidade dos Dados Clínicos: Todas as informações relativas ao doente – situação clínica, diagnóstico, prognóstico, tratamento e dados pessoais - devem ser mantidas em condições que assegurem o acesso unicamente às pessoas autorizadas. A proteção das informações médicas do paciente no Brasil tem base legal. A Constituição brasileira de 1988, ao tratar dos Direitos e Garantias Fundamentais, em seu capítulo I, artigo 5º, alínea X, garante que – “*são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação*”. A confidencialidade dos dados clínicos também está regulamentada na “Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde”, publicada pelo Ministério da Saúde e pelo Conselho Nacional de Saúde, em 2013. Essa Carta, em seu artigo 4º, alínea III, estipula que deve ser assegurado aos usuários dos serviços de saúde: a) a integridade física; b) a privacidade e o conforto; c) a individualidade; d) os seus valores éticos, culturais e religiosos; e) a confidencialidade de toda e qualquer informação pessoal. (Anexo I - 2.3.3)

Conflito de Interesses: Conjunto de circunstâncias em que se observa a probabilidade de que decisões ou quaisquer ações profissionais sejam influenciadas indevidamente (efetiva ou aparentemente) por um interesse secundário, alheio ao interesse da organização. (Art. 3º; Anexo I - 1.2.3; 1.2.10; 1.2.11; Anexo V)

Conselho de Administração: Colegiado formado por membros eleitos ou designados, que tem como função básica supervisionar as atividades de uma organização e manter, na tomada de decisões, o direcionamento estratégico dos negócios, de acordo com os principais interesses da organização, protegendo seu patrimônio e maximizando o retorno sobre seus investimentos, assegurando a execução do plano de continuidade dos negócios, sendo também responsável pela aplicação de boas práticas da governança corporativa. (Anexo I – 1.2.1; 1.2.5; 1.2.6; 1.2.10; 1.2.16; 1.6.1; 1.6.4; Anexo V)

Conselho Fiscal: Colegiado criado pelos participantes de uma associação ou sociedade empresária, com a função de fiscalizar as ações praticadas pelos administradores e opinar sobre as contas da companhia (demonstrações contábeis, financeiras, modificações de capital, incorporação, emissão de debêntures, etc.). Garante o exercício do direito dos “proprietários” de fiscalizar a gestão dos negócios, os resultados apresentados pela administração e as variações patrimoniais da operadora. Trata-se de um órgão que informa, opina, sugere e denuncia, não exercendo, porém, a administração ativa da companhia. (Anexo I – 1.2.1; 1.2.10; Anexo V)

Consultoria: Prestação de serviço por profissional qualificado e conhecedor do tema, que contempla o diagnóstico, aconselhamento, a preparação ou produção de manuais ou procedimentos e orientação com o propósito de levantar as necessidades, identificar soluções e recomendar ações sem, no entanto, ocorrer um envolvimento na execução. (Art. 4º; Art.15; Anexo I - 1.5.4; Anexo V)

Controle da Qualidade dos Dados: Avaliação da precisão, fidedignidade, integridade, segurança, atualização e consistência das informações disponíveis em uma base de dados. (Anexo I – 1.4.5)

Controles Internos: Processo conduzido pela estrutura de governança, administração e outros profissionais da entidade, desenvolvido para proporcionar segurança razoável com respeito à realização dos objetivos relacionados a operações, divulgação e conformidade. Os Controles Internos visam desenvolver uma barreira de proteção para que as atividades operacionais e tomadas de decisões sejam realizadas em um ambiente seguro cujas interferências e riscos sejam rapidamente identificados e tratados. (Art. 12; Anexo I – 1.2.5; 1.2.6; 1.2.13; 1.6; 1.6.1; 1.6.2; 1.6.3; 1.7.13)

Cooperativa Médica: Modalidade na qual é classificada uma operadora que se constitui na forma de associação de pessoas sem fins lucrativos nos termos da Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, formada por médicos, e que comercializa ou opera planos de assistência à saúde (Anexo I – 1.2.1; 1.2.12; 1.2.17; 1.6; 1.6.1; 1.6.3; 1.6.4; 1.6.5; 1.6.6; 1.6.7; 1.6.8; 1.6.9; 1.6.10; 1.7.4; 1.7.11)

Coparticipação: Mecanismo de regulação financeira que consiste na participação do beneficiário na despesa assistencial a ser paga diretamente à operadora, em caso de plano individual e familiar, ou à pessoa jurídica contratante, em caso de plano coletivo, após a realização de procedimento. (Anexo I – 4.1.3; 4.2.1; 4.2.3; 4.3.1; 4.3.6)

Corrupção: Uso inadequado de qualquer tipo de influência, principalmente por poder ou autoridade, buscando obter para si ou um terceiro algum tipo de vantagem indevida. (Anexo I – 1.2.12; 1.2.16)

Criptografia: Técnica utilizada para permitir a transmissão de informações no meio digital de maneira segura, através da qual a informação é transformada da sua forma original para outra ilegível, de modo que possa ser conhecida apenas por seu destinatário. (Anexo I – 1.2.2; 1.4.2)

Critérios Quantitativos: Critérios objetivos, lógicos e racionais, geralmente usados quando se necessita de dados numéricos sobre processos ou fenômenos que serão controlados. (Anexo I – 2.1.1; 2.1.3)

Cuidados Paliativos: São abordagens que promovem a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameaçam a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento, incluindo a identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual. (Anexo I - 3.2.5)

Cuidados Primários de Saúde: Cuidados por médico generalista ou outros profissionais, como enfermeiro, dentista e pessoal técnico, auxiliar e elementar. Este nível de assistência serve como ponto de entrada, primeiro contato, triagem e referência para os demais níveis do sistema de saúde. Deve prover uma gama de serviços básicos indispensáveis à preservação e à recuperação da saúde. (Anexo I – 2.2.4)

Cultura de Riscos: Diz respeito ao ambiente organizacional, gerado pela disseminação da gestão de riscos como parte integrante dos processos de trabalho e das tomadas de decisão em todos os níveis, sendo estabelecida pelo discurso e pelo comportamento do Conselho de Administração e da Alta Diretoria, alinhado pelo apetite a riscos estabelecido, e acompanhada por toda a organização. (Anexo I – 1.6; 1.6.4)

D

Dados Sensíveis: São dados pessoais referentes à origem racial ou étnica, convicção religiosa, opinião política, filiação a sindicato ou a organização de caráter religioso, filosófico ou político, dado referente à saúde ou à vida sexual, dado genético ou biométrico, quando vinculado a uma pessoa natural. Essas informações são protegidas e deverão ser tratadas conforme o estabelecido na Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD). (Anexo I – 1.4.2)

Demonstração Financeira: Representação quantitativa e qualitativa estruturada da posição patrimonial e financeira de uma organização em determinada data e das transações realizadas, com o objetivo de fornecer informações sobre o resultado e o fluxo financeiro da organização, que são úteis para uma ampla variedade de usuários na tomada de decisões. Também conhecida como Demonstração contábil. Um conjunto completo das demonstrações financeiras inclui os seguintes componentes: (1) balanço patrimonial; (2) demonstração do resultado; (3) demonstração dos lucros ou prejuízos acumulados; (4) demonstração das mutações do patrimônio líquido; (5) demonstração dos fluxos de caixa; (6) demonstração do valor adicionado; (7) relatório circunstanciado relativo às deficiências ou ineficácias dos controles internos; (8) notas explicativas, incluindo a descrição das práticas contábeis; (9) relatório da administração. (Art. 11; Anexo I – 1.2.5; 1.2.6; 1.2.7; 1.2.8; 1.2.10; 1.2.14; 1.7)

Densidade Tecnológica: Refere-se à sofisticação da tecnologia empregada nos serviços e equipamentos utilizados. Quanto maior a densidade tecnológica, mais sofisticada e mais atual ela é (tecnologia de ponta), e está diretamente relacionada a um alto custo unitário. Por outro lado, quanto menor a densidade tecnológica, menos sofisticada é a tecnologia (tecnologia simples), e apresenta um baixo custo unitário. É importante ressaltar que a densidade tecnológica não se relaciona de maneira direta com a complexidade do serviço. (Anexo I – 2.1; 2.2; 2.2.4)

Diagrama de Causa e Efeito: Ferramenta utilizada para identificar as relações entre causas e efeitos na busca da resolução dos problemas. Apresenta a forma de espinha de peixe e classifica em 6 tipos diferentes as causas principais que afetam os processos (Método, Máquina, Medida, Meio Ambiente, Mão-de-Obra, Material). Também pode ser chamado de Diagrama de Ishikawa, 6M's ou Espinha de Peixe. (Anexo I – 1.8.6)

Diagrama de Pareto: Gráfico de colunas que ordena as frequências das ocorrências, da maior para a menor, permitindo uma fácil visualização e identificação das causas ou problemas mais importantes. Aplica o princípio de Pareto, o qual afirma que aproximadamente 80% dos efeitos vêm de 20% das causas. (Anexo I – 1.8.6)

Diretrizes Clínicas: Documentos científicos elaborados com o objetivo de definir condutas consideradas mais adequadas para diagnóstico, tratamento e prevenção, através da integração da evidência científica com a experiência clínica e melhorar a qualidade dos cuidados à saúde dos pacientes. (Anexo I – 3.1.2; 3.1.4; 3.2; 3.3.5; 3.5.2)

Diversidade: Trata-se da capacidade de interação com o diferente em prol de resultados produtivos. O conceito de diversidade nas organizações não está representado apenas na inclusão de pessoas com algum tipo de deficiência física, mas também de diferentes raças, crenças, orientações sexuais, idades, gêneros, regiões e culturas. (Anexo I – 1.2.15; 1.3.10; 4.3.4)

Diversificação de Investimentos: Técnica de diluição de risco e maximização de ganhos. Consiste em destinar recursos em diferentes aplicações financeiras, de modo que o desempenho negativo de uma não signifique perdas definitivas ao investidor. (Anexo I – 1.7.4)

Documento Técnico: Documento que descreve metodologia utilizada, cronograma e população-alvo. Pode ser registrado em papel ou em meio eletrônico, de modo que possa servir para consulta, estudo ou validação técnica. Deve apresentar informações redigidas de forma estruturada, possuindo representação que permita claro entendimento e visualização objetiva. Deve ser mantido atualizado e permitir rastreabilidade total para que seja possível localizar e resgatar informações. (Anexo I – 2.1.1; 2.1.2; 3.3.1; 4.4.1)

Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Saúde (DIOPS): Conjunto de dados cadastrais e econômico-financeiros enviado trimestralmente pelas operadoras à ANS. (Art. 31; Art. 32)

Documento Técnico para Realização da Pesquisa de Satisfação de Beneficiários: Documento que estabelece os requisitos mínimos e as diretrizes para a realização da pesquisa de satisfação de beneficiários pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, prevista no Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS), de acordo com a Instrução Normativa DIDES 60/2015 e suas alterações. (Anexo I – 4.4.4; 4.4.7; 4.4.8)

E

Educação Continuada: Conceito de aprendizagem que consiste na ideia da constante qualificação do indivíduo, seja no âmbito acadêmico, profissional ou pessoal. Pode ter diferentes formatos, como, por exemplo, *workshops*, seminários, cursos online, à distância, de curto prazo, entre outros. (Anexo I – 3.1.6; 3.3.12)

Efetividade: Capacidade de realizar determinada ação de maneira a atingir os objetivos da organização, do projeto ou de ação específica, otimizando recursos e de forma social e ambientalmente correta, considerando não só a ação produtiva específica em questão ou sistema produtivo, mas todo o contexto em que o processo ou produto estão desenvolvidos. (Anexo I – 1.2.12; 1.6.1; 1.6.3; 1.7.12; 1.8.8; 3.3.10; 4.2.1)

Efetividade em Saúde: Capacidade de uma intervenção em saúde em produzir os efeitos benéficos esperados ou mais efeitos benéficos do que danos (efeitos adversos) sob circunstâncias e condições reais de uso. (Anexo I – 2.4.3; 3.2; 3.3.5; 3.3.11)

Eficiência: Refere-se à análise da relação entre custos e consequências, podendo ser medida ou sob condições próximas do ideal ou na prática diária. Relação entre os recursos utilizados e os resultados obtidos em determinada atividade. (Anexo I – 1.6.5)

Eficiência em Saúde: Refere-se à razão entre os recursos necessários (entradas, *total input*) e os desfechos (produtos, *useful output*), que, para intervenções em saúde, podem ser medidos, por exemplo, por anos de vida ajustados pela qualidade (*QALYs*, do inglês *quality-adjusted life years*). Assim, uma ação

ou procedimento em saúde que produz mais *QALYs* do que outro para os mesmos recursos (ou utilizando menos recursos) é comparativamente mais eficiente. Para a análise da eficiência de sistemas nacionais de saúde podem-se usar, como entrada, o gasto per capita em saúde e, como desfechos, a esperança de vida ao nascer e o índice de sobrevivência infantil. A eficiência assim medida é a eficiência técnica, que pode ser avaliada pelos estudos de minimização de custos, custo-efetividade e custo-utilidade. Já a eficiência alocativa leva em conta outras necessidades sociais, além da saúde; dessa forma, outros objetivos concorrentes devem ser pesados e, então, relacionados aos custos. A eficiência alocativa é tipicamente avaliada pelos estudos de custo-benefício. (Anexo I – 2.1; 2.2.1; 2.2.4; 3.3; 3.3.10)

Entidade Acreditora do Programa de Acreditação de Operadoras: Pessoa jurídica com representação no Brasil, com competências reconhecidas pela Coordenação Geral de Acreditação (CGCRE) do Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia (INMETRO) e homologada pela ANS para atuar no âmbito do Programa de Acreditação de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde. (Art. 3º)

Escalabilidade: Na avaliação da infraestrutura de tecnologia da informação, escalabilidade é uma característica desejável em todo o sistema, em uma rede ou em um processo, que indica sua capacidade de manipular uma porção crescente de trabalho de forma uniforme, estar preparado para crescer, ou suportar um aumento de carga sem piora do desempenho. (Anexo I – 1.4; 1.4.8)

Estatuto: Regulamento ou conjunto de regras de organização e funcionamento, acordado pelos sócios ou fundadores, de uma pessoa jurídica. As suas funções básicas, entre outras, são as seguintes: (1) Regular o funcionamento da entidade frente a terceiros (por exemplo, normas para a tomada de decisões, representantes, etc.); e (2) Regular os direitos e obrigações dos membros e das relações entre eles. (Anexo I - 1.2.1; 1.2.2; 1.2.4; 1.2.10)

Estrutura de Gestão de Riscos: Conjunto de componentes que fornecem os fundamentos e os arranjos organizacionais para a concepção, implementação, monitoramento, análise crítica e melhoria contínua da gestão de riscos através de toda a organização. (Anexo I – 1.6.1; 1.6.2; 1.6.3; 1.6.5; 1.6.6; 1.6.8; 1.6.9; 1.6.10)

Eventos Adversos: Qualquer ocorrência médica desfavorável que pode ocorrer durante ou após o uso de um medicamento ou outra intervenção em saúde, mas que não possui, necessariamente, relação causal com o uso desse medicamento ou intervenção. (Anexo I – 2.1.2; 3.1; 3.1.4; 3.4.2; 4.3.3)

Eventos Assistenciais: Ações de saúde ofertadas pela operadora de saúde que incluem as coberturas contratadas e a cobertura assistencial prevista no Rol de produtos da ANS. Conforme definido no Plano de Contas Padrão da ANS, os Eventos Assistenciais correspondem às despesas incorridas com o beneficiário do plano comercializado ou disponibilizado pela operadora, correspondentes a cobertura de riscos relativos a custos médicos, hospitalares e odontológicos, bem como todas as despesas incorridas com beneficiários de outras operadoras suportadas diretamente pela operadora em função de operações de corresponsabilidade pela gestão dos riscos decorrentes do atendimento dos beneficiários. (Anexo I – 1.4.4; 1.7.2; 2.4.1; 2.4.2)

Evento de Risco Raro e de Alta Severidade: Aquele que ocorre fora da experiência cotidiana de uma organização e, como tal, é frequentemente retratado como único, sem precedentes ou sem classificação. Caso venha ocorrer, trará perdas significativas à organização. Pode ser de origem interna ou externa. (Anexo I - 1.6.10)

F

Fatores de Risco: Condições que predis põem uma pessoa a maior risco de desenvolver uma doença. Podem ser genéticas, comportamentais, sociais, culturais ou ambientais. Os fatores de risco podem ser classificados em não modificáveis (sexo, idade e herança genética) e comportamentais (tabagismo, alimentação, atividade física, consumo de álcool e outras drogas). (Anexo I – 3.3; 3.3.2)

Fator de Qualidade: A Lei n.º 13.003/2014, que alterou o artigo 17º da Lei 9656/1998, estabeleceu o Fator de Qualidade, que se refere ao índice aplicado ao reajuste dos contratos firmados entre operadoras e

prestadores de serviços de saúde. O Fator de Qualidade deverá ser aplicado ao índice de reajuste utilizado pela ANS – Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), nas seguintes situações: quando há previsão de livre negociação entre as partes, como única forma de reajuste, e quando não há acordo após a negociação nos primeiros noventa dias do ano. O Fator de Qualidade poderá ser de 105%, 100% ou 85% do IPCA a depender do cumprimento dos requisitos de qualidade previstos em Nota Técnica atualizada anualmente. (Anexo I - 2.1.2, 2.1.3, 2.3.2)

Fee For Service (FFS): Ou Pagamento por Procedimento. Modelo de remuneração no qual os médicos e outros prestadores de cuidados de saúde são pagos por cada serviço realizado. (Anexo I – 1.4.8; 3.5; 3.5.4; 3.5.5; 3.5.6; 3.5.7)

Franquia: Mecanismo de regulação financeira que consiste no estabelecimento de valor até o qual a operadora não tem responsabilidade de cobertura, quer nos casos de reembolso ao beneficiário do plano privado de assistência à saúde ou nos casos de pagamento à rede credenciada ou referenciada. (Anexo I - 4.1.3; 4.2.1; 4.2.3; 4.3.1)

Fraude: Ato ilícito ou de má-fé que visa à obtenção de vantagens indevidas ou majoradas, para si ou para terceiros, geralmente através de omissões, inverdades, abuso de poder, quebra de confiança, burla de regras, dentre outros. (Art. 7º; Anexo I – 1.2; 1.2.6; 1.2.11; 1.2.12; 1.2.13; 1.2.16; 1.6.5; 1.6.6; 4.4.6)

Fraude Externa: Ação que acarreta benefício próprio e/ou prejuízo para a organização, cometida exclusivamente por agentes externos, sem envolvimento de colaboradores ou relacionados da instituição, ou seja, praticado por um terceiro. (Anexo I – 1.2.13; 1.6.5)

Fraude Interna: Ação ou omissão que possa acarretar benefício próprio e/ou prejuízo para a organização, com participação de colaboradores ou relacionados da instituição. (Anexo I – 1.2.13; 1.6.5)

G

Gestão de Riscos Corporativos: Atividades coordenadas para identificar, avaliar, mensurar, tratar e monitorar os riscos de uma organização, tendo por base a adequada compreensão dos tipos de risco, de suas características e interdependências, das fontes de risco e de seu potencial impacto sobre o negócio. A Gestão de Riscos Corporativos tem por objetivo apoiar a melhoria contínua de processos de trabalho e projetos e a alocação e utilização eficaz dos recursos disponíveis, contribuindo para o cumprimento dos objetivos da organização. Deve ocorrer no nível estratégico, tático e operacional. (Art. 12; Anexo I – 1; 1.6; 1.6.1; 1.6.2; 1.6.3; 1.6.4; 1.6.5; 1.6.6; 1.6.7; 1.6.8; 1.6.9; 1.6.10)

Gestão Organizacional: Administração da organização com o objetivo de alcançar metas, conquistar resultados positivos e manter a sua sustentabilidade, de forma eficiente e eficaz, através da organização, planejamento, liderança, condução de pessoas, liderança, gestão de riscos e controle dos recursos disponíveis. (Art. 2º; Art. 12; Anexo I - 1)

Gestor: É o responsável por administrar e coordenar as atividades de uma determinada área ou departamento. Também é o responsável pela articulação entre equipes e gerência, trabalhando junto aos colaboradores para garantir que as metas sejam cumpridas e que as necessidades da equipe sejam atendidas. Enquanto o Gerente possui um papel mais administrativo, focado no desenvolvimento de estratégias da organização, o gestor atua com maior proximidade da equipe agindo como um facilitador para que as metas estabelecidas possam ser alcançadas. (Anexo I - 1.1.1; 1.1.3; 1.1.4; 1.2.2; 1.2.6; 1.2.9; 1.3.1; 1.3.8; 1.4.4; 1.5.1; 1.6; 1.6.3; 1.6.5; 1.8; 1.8.2; 4.2.4)

Gestor de Riscos Corporativos: Profissional que atua com independência dentro da organização, com suficiente qualificação técnica e experiência, responsável por supervisionar continuamente a Gestão de Riscos Corporativos da Operadora. (Anexo I – 1.6; 1.6.3)

Governança Corporativa: Sistema pelo qual as organizações são dirigidas, monitoradas e incentivadas, envolvendo os relacionamentos entre sócios, conselho de administração, diretoria, órgãos de fiscalização e controle e demais partes interessadas. (Art. 12; Anexo I – 1; 1.2; 1.2.9; 1.2.14)

Grupo Econômico: Quando uma ou mais empresas, embora tendo cada uma delas personalidade jurídica

própria, estiverem sob a direção, controle ou administração de outra. Formalmente constituído entre uma empresa controladora e as empresas por ela controladas. (Anexo I – 1.2.12; 1.2.17; 1.6; 1.6.1; 1.6.2; 1.6.3; 1.6.4; 1.6.5; 1.6.6; 1.6.7; 1.6.8; 1.6.9; 1.6.10; 1.7.4; 1.7.11)

Guia de Orientação de Contratação Eletrônica: Guia da ANS que descreve os recursos mínimos, seguindo as melhores práticas em comércio eletrônico, para disponibilização de informações essenciais ao consumidor no momento da venda on line de planos de saúde, e orientações sobre boas práticas operacionais para comercialização eletrônica. (Anexo I – 4.1.6)

H

Hábitos Saudáveis: Alimentação adequada e balanceada; a prática regular de exercícios físicos; a convivência social estimulante; e a busca, em qualquer fase da vida, de uma atividade ocupacional prazerosa e de mecanismos de atenuação do estresse. (Anexo I – 3.3.13)

I

Iatrogenia: Doença ou danos materiais e psicológicos causados ao paciente em decorrência de medicamento ou procedimento com finalidade diagnóstica ou terapêutica prescrito ou executado por médico ou outro profissional da saúde. Sob esta óptica, os “erros médicos”, tais como os conhecidos no Código de Ética Médica (imperícia, imprudência, negligência) se enquadram na categoria de iatrogenias, no entendimento contemporâneo. (Anexo I – 3.1)

Impacto em Saúde: Mudanças nos riscos na saúde (podendo ser tanto negativas como positivas, individual ou coletivas), causadas por uma política, um programa, um plano ou projetos de desenvolvimento em uma população definida. Estas mudanças podem ser diretas e imediatas, ou indiretas ou tardias. (Anexo I – 3.3.16)

Indicadores de Atenção em Saúde: Métricas para mensurar eventos em saúde, seja da carteira ou de públicos selecionados, incluindo os indicadores do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar - IDSS. (Anexo I - 1.8.4)

Indicadores de Segurança do Paciente: Indicadores da qualidade específicos que refletem a qualidade do cuidado nos hospitais, com foco em aspectos da segurança do paciente. Rastreiam problemas que os pacientes vivenciam como resultado da exposição ao sistema de saúde, e que são susceptíveis à prevenção, através de mudanças ao nível do sistema ou do prestador. (Anexo I – 3.1.3; 3.1.7)

Indicadores de Qualidade: Instrumentos de acompanhamento e medição utilizados para avaliar o desempenho da organização e promover melhorias contínuas no processo. (Anexo I - 1.8.4; 2.3.2; 3.1.3; 3.1.7; 3.5.1)

Indicadores Estratégicos: São aqueles atrelados ao planejamento estratégico da organização e, por isso, estão ligados à missão e à visão estabelecidas para a instituição. São pautados em análises prévias dos cenários interno e externo da organização. Internamente, questões como modelo de negócios, diferenciais que a empresa tem, capacidade de inovação e capital intelectual são avaliadas. Externamente, são analisados os concorrentes, a situação econômica do país, políticas do setor de atuação, legislações e outras variáveis que impactam as atividades. (Anexo I – 1.1.2)

Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS): Medida de análise de desempenho que avalia a eficiência das operadoras de planos privados de assistência à saúde. É um componente do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar, calculado a partir do resultado obtido em indicadores criados e agrupados, por suas características, em quatro dimensões: assistência prestada pelas operadoras a seus clientes, aspectos econômico financeiros, estrutura e operação da operadora e satisfação do cliente. Nesse cálculo, são utilizadas as informações sobre beneficiários, produtos e situação econômico-financeira encaminhadas pelas próprias operadoras para os sistemas de informações da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), dentro de cada período analisado (12 meses), bem como as informações apuradas em

processos administrativos sancionadores. (Art. 11; Art. 18; Art. 30; Anexo I - 1.8.4; 3.1.7; 4.1.4; 4.4.4; 4.4.7)

Integridade das Informações/Dados: Corresponde à preservação da precisão, consistência e confiabilidade das informações e sistemas pela organização ao longo dos processos ou de seu ciclo de vida. (Anexo I – 1.4.2; 1.4.5; 1.5.1; 1.5.3)

J

Junta Médica/Odontológica: Junta formada por profissionais médicos ou cirurgiões-dentistas para avaliar, do ponto de vista técnico e científico, a adequação da indicação clínica do profissional assistente, que foi objeto de divergência técnico-assistencial pelo profissional da operadora, podendo ocorrer na modalidade presencial ou à distância. O normativo da ANS dispõe que deve ser formada por três profissionais, quais sejam, o assistente, o da operadora e o desempatador (podendo ser profissional médico ou cirurgião-dentista, com registro nos respectivos conselhos profissionais). (Anexo I – 2.4)

L

Lavagem de Dinheiro: Atividade de investir, ocultar, substituir ou transformar e restituir o dinheiro de origem sempre ilícita aos circuitos econômico-financeiros legais, incorporando-o a qualquer tipo de negócio como se fosse obtido de forma lícita. (Anexo I – 1.2.12; 1.2.13)

M

Manifestação do Beneficiário: Forma ou meio pelo qual o beneficiário registra contato com a operadora. Engloba as reclamações, as consultas, solicitações, elogios ou denúncias. (Anexo I - 4.2.1)

Mapa Estratégico: Representação dos objetivos estratégicos de uma organização, bem como as relações de causa e efeito entre eles. (Anexo I – 1.1.2)

Margem de Solvência: Regra de Capital que define um montante variável a ser observado em função do volume de contraprestações e eventos indenizáveis aferidos pela operadora. (Art. 31)

Marketing de Relacionamento: Estratégia que tem o objetivo de criar e manter um relacionamento próximo entre a organização e seus clientes. Envolve todas as ações realizadas pela organização para manter seu público fiel e em constante relacionamento com a empresa. (Anexo I – 4.2.4; 4.3)

Matriz de Prioridade – GUT (Gravidade, Urgência e Tendência): Ferramenta utilizada pelas organizações, principalmente com o intuito de priorizar os problemas levando em consideração sua gravidade, urgência e tendência. Auxilia na formação de estratégias, gestão de projetos e também na coleta de dados. Permite quantificar as informações e pontuar os itens analisados de acordo com o seu grau de prioridade. (Anexo I – 1.8.6)

Matriz de Riscos: Ferramenta para avaliação de fatores de risco que apresenta grande poder de comunicação visual. Nela são registrados os riscos identificados que podem afetar o alcance dos objetivos estratégicos da organização, a avaliação de seus impactos e a probabilidade de ocorrência para os processos, os controles existentes, etapas e atividades de uma organização. Também conhecida como Matriz de Probabilidade e Impacto. (Anexo I – 1.6.2; 1.6.5; 1.6.6)

Matriz SWOT: Instrumento utilizado no planejamento estratégico, no qual se relacionam as condições externas e internas relativas à organização. O Acrônimo SWOT significa: **Strengths** (pontos fortes), **Weaknesses** (pontos fracos), **Opportunities** (oportunidades) e **Threats** (ameaças). Promove-se a orientação estratégica para que se possam alinhar os subsistemas internos da instituição com as mudanças do ambiente, antecipando-se às percepções e exigências de sua clientela. A análise possibilita identificar as oportunidades que a organização pode utilizar para melhorar seu desempenho e as ameaças que podem afetá-la (ambiente externo), além de suas forças e fraquezas (ambiente interno). Assim, a organização

pode aproveitar as oportunidades e reduzir os seus riscos, se adequando às constantes transformações que ocorrem no cenário mundial. As oportunidades são fatores externos que a organização pode ser capaz de explorar em seu favor. As ameaças são tendências ou fatores externos desfavoráveis, que podem apresentar desafios ao desempenho da organização. Os pontos fortes são habilidades internas que podem ajudar a organização a atingir seus objetivos. Já os pontos fracos são limitações internas que podem alterar a capacidade das empresas de atingir seus objetivos. (Anexo I – 1.1.7; 4.2.4)

Mecanismo Formal de Comunicação: Toda forma de comunicação registrada, com modelos predeterminados, com seu trâmite registrado e documentado pelas áreas responsáveis. Poderão ser considerados mecanismos formais de comunicação: e-mails, ofícios, atas, memorandos, etc. (Anexo I – 1.2.9)

Mediação de Conflitos: É um processo no qual, com a ajuda de um terceiro, as partes em conflito constroem um acordo favorável a ambas. Um mediador imparcial e conhecedor das técnicas apropriadas conduz o andamento da mediação e as partes têm autonomia para se chegar ou não a um consenso. Na mediação de conflitos, a solução é alcançada e construída pelas próprias partes envolvidas (teoria do ganha-ganha), e há possibilidade de redução significativa da duração do conflito. (Anexo I – 1.3.8; 4.2.2)

Médico Generalista: Médico com especialização em Clínica Geral ou Saúde da Família ou cuja prática não seja restrita a uma área específica da medicina. (Anexo I – 2.1.1; 2.2; 2.2.1; 2.2.2)

Mentoring: Ferramenta de desenvolvimento profissional que consiste em uma pessoa experiente (mentor) ajudar outra menos experiente. O mentor é alguém que tem vasta experiência profissional no campo de trabalho da pessoa que está sendo ajudada. O mentoring inclui conversas e debates acerca de assuntos que não estão necessariamente ligados ao trabalho. Este processo possibilita o aprendizado e consequente desenvolvimento na carreira do profissional mais jovem. (Anexo I – 1.3.3)

Metas: Resultados a serem alcançados pela organização para atingir os objetivos propostos. Permitem um melhor controle do desempenho, pois são observáveis, contêm prazos de execução e devem ser quantificadas por meio de indicadores. (Anexo I – 1.1; 1.1.2; 1.1.4; 1.1.5; 1.1.6; 1.2.7; 1.3.7; 1.4.1; 1.4.4; 1.6.9; 1.7.1; 1.7.2; 1.7.6; 1.7.10; 1.8.3; 1.8.4; 1.8.5; 1.8.8; 2.2.4; 3.3.10; 3.3.16; 3.5; 3.5.4; 4.2.5; 4.4.9)

Método 5W2H: Ferramenta da qualidade que visa responder a sete questões fundamentais para elaboração de um plano de ação: *What* (O quê?), *Who* (Quem?), *Where* (Onde?), *When* (Quando?), *Why* (Por quê?), *How* (Como?) e *How Much* (Quanto custa?). As respostas destas questões estão interligadas e definem as ações que devem ser tomadas, de que maneira serão realizadas e quais os responsáveis pela execução de tais atividades. (Anexo I – 1.8.6)

Missão: Razão de ser de uma organização, o principal objetivo de suas atividades e o que a organização pretende oferecer com seus produtos e serviços. Além disso, apresenta os benefícios gerados e como a sua atuação agrega valor para os clientes e os outros públicos com que se relaciona. (Anexo I – 1.1; 1.1.1; 1.3.1; 1.3.2)

Modelo de Negócio: É o modelo que descreve a lógica de criação, entrega e captura de valor, por parte de uma organização. Uma organização adota um modelo de negócio a fim de determinar o produto, ou serviço que produz ou fornece, além do método de produção, o seu público alvo e suas fontes de receita. (Anexo I – 1.1; 1.1.1; 1.4.8; 1.6)

Modelo de Remuneração: Política de pagamento - sistema de reembolso ou forma de alocação de recursos para prestadores de serviços, os quais podem ser profissionais individuais (médicos generalistas; especialistas; fisioterapeutas; dentistas; enfermeiros, etc.) e instituições prestadoras de serviços de saúde (hospitais, casas de saúde, agências de saúde, clínicas, laboratórios, etc.). É a maneira pela qual o recurso financeiro é alocado ao prestador de serviços de saúde pelas fontes pagadoras (por exemplo, governos, empresas de planos de saúde ou pacientes). A forma como se estabelece a remuneração dos prestadores de Serviços não deve ser confundida com os valores monetários pagos aos prestadores. Exemplos de Modelos de remuneração: Fee For Service (pagamento por procedimentos); Fee for Performance (pagamento por desempenho); Capitation; Diagnosis Related Groupings (DRG), Orçamentação (Global ou

Parcial), Bundled Payments for Care Improvement (BPCI), dentre outros. (Anexo I – 1.4.8; 3.1.2. 3.1.3; 3.5; 3.5.1; 3.5.5; 3.5.6; 3.5.7)

Monitoramento: Observação e registro regular das atividades de um projeto ou programa, com o objetivo identificar tanto não conformidades reais como potenciais, e ainda, apontar pontos de melhoria. (Anexo I – 1.1.4; 1.1.5; 1.1.6; 1.2.12; 1.2.14; 1.3.5; 1.4.2; 1.5.1; 1.6; 1.6.1; 1.6.2; 1.6.3; 1.8.1; 1.8.3; 1.8.5; 1.8.6; 2.1.2; 2.2.4; 2.3.1; 2.4.2; 3; 3.1.3; 3.1.6; 3.1.7; 3.2.1; 3.3.3; 3.3.15; 3.4.2; 3.5.1; 4.2.1; 4.2.4; 4.2.5; 4.3.3;)

Morbidade: Variável característica das comunidades de seres vivos, que se refere ao conjunto dos indivíduos que adquiriram doenças num dado intervalo de tempo. Denota-se morbidade ao comportamento das doenças e dos agravos à saúde em uma população exposta. (Anexo I – 1.7.3; 1.7.12; 3.2.4; 3.3.2; 3.3.5; 3.3.14)

Multidisciplinar: Atividades ou ações realizadas por representantes de uma série de profissões, disciplinas ou áreas de serviço. (Anexo I - 1.8.2)

N

Notificação de Intermediação Preliminar - NIP: Instrumento de mediação que visa à solução consensual de conflitos entre operadoras e beneficiários de planos de saúde. A partir da demanda cadastrada pelo usuário através dos canais de atendimento da ANS, a operadora é notificada, por meio eletrônico, e tem até dez dias úteis para adotar as medidas necessárias à solução do problema. (Anexo I – 2.4.2)

Nível de Acesso: Ferramenta de segurança da informação que permite determinar quais áreas do sistema cada usuário tem permissão de acessar de acordo com sua categoria. Funciona de forma hierárquica: usuários não podem excluir e/ou editar informações de usuários de hierarquias iguais ou superiores aos dele. (Anexo I – 1.2.2; 1.5.1)

Níveis de Atenção à Saúde: Categoria proposta pela Organização Mundial de Saúde para organizar os sistemas de saúde em níveis de atenção, descritos como: primário, secundário e terciário, que buscam promover, restaurar e manter a saúde dos indivíduos. A atenção primária constitui a porta de entrada preferencial nos sistemas de saúde, que corresponde ao primeiro nível de atenção à saúde e que desempenha ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento e reabilitação de pacientes. Por sua vez, a atenção secundária é oferecida por unidades assistenciais de saúde nas situações em que é demandada a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico para atender aos principais problemas de saúde e agravos da população. Já a atenção terciária é ofertada por unidades assistenciais de saúde que realizam procedimentos envolvendo alta tecnologia e alto custo. (Anexo I – 2.2.1; 3.2; 3.2.1; 3.2.2; 3.2.3; 3.2.4; 3.3.6; 3.3.15)

Nível de Risco: Magnitude de um risco, expressa em termos da combinação de sua probabilidade e impacto. (Anexo I - 1.6.7)

Nota Técnica de Registro de Produtos (NTRP): Documento elaborado por atuário legalmente habilitado em que são descritas as formulações e observações necessárias ao cálculo da formação dos preços dos planos e produtos de assistência suplementar à saúde. (Anexo I – 1.7.10)

Notivisa: Sistema informatizado desenvolvido pela Anvisa para receber notificações de incidentes, eventos adversos e queixas técnicas relacionadas ao uso de produtos e de serviços sob vigilância sanitária. (Anexo I – 2.1.2; 2.3.2; 2.3.4; 4.3.3)

Núcleo de Segurança do Paciente (NSP): Instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente, consistindo em um componente extremamente importante na busca pela qualidade das atividades desenvolvidas nos serviços de saúde. É função primordial do NSP a integração das diferentes instâncias que trabalham com riscos na instituição, considerando o paciente como sujeito e objeto final do cuidado em saúde. (Anexo I – 2.1.2; 2.3.4)

O

Objetivos Estratégicos: Metas globais e amplas da organização, que devem estar diretamente relacionadas à missão e à estratégia global da instituição. (Anexo I - 1.1.2; 1.1.3; 1.1.5; 1.1.6; 1.2.7; 1.3.7; 1.6; 1.6.8; 1.6.9; 1.7.1; 1.7.2; 1.7.6; 1.7.10; 1.8.3; 1.8.4; 1.8.8; 3.3.10; 4.2.5; 4.4.9)

P

Paciente Crônico: Indivíduo portador de patologia (s) que levam à necessidade de acompanhamento médico prolongado, podendo evoluir ou não para a dependência parcial ou total. (Anexo I – 3.2.3; 3.2.4; 3.2.5; 3.3.3; 3.3.11)

Paciente Crônico Complexo: Indivíduo com múltiplas comorbidades e comprometimentos funcionais, que demandam ações específicas de saúde. (Anexo I – 3.2.3; 3.2.4; 3.3.11)

Parecer Adverso: Parecer emitido quando o auditor verifica a existência de efeitos que, isolada ou conjugadamente, forem de tal relevância que comprometam o conjunto das demonstrações financeiras. No seu julgamento deve considerar tanto as distorções provocadas quanto a apresentação inadequada ou substancialmente incompleta das demonstrações contábeis. (Art. 11)

Parecer com Abstenção de Opinião: Pode ser de dois tipos: Por limitação na Extensão e Por Incertezas. O parecer com abstenção de opinião por limitação na extensão é emitido quando houver limitação significativa na extensão do exame que impossibilite o auditor de formar opinião sobre as demonstrações financeiras, por não ter obtido comprovação suficiente para fundamentá-la, ou pela existência de múltiplas e complexas incertezas que afetem um número significativo de rubricas das demonstrações contábeis. O parecer com abstenção de opinião por incertezas é emitido quando, devido à relevância das incertezas apresentadas, o auditor não tem condições de emitir opinião sobre as demonstrações financeiras. (Art. 11)

Partes Interessadas: Públicos relevantes com interesses pertinentes à organização, ou ainda, indivíduos ou entidades que assumam algum tipo de risco, direto ou indireto, perante a organização. São exemplos: acionistas, funcionários, clientes, fornecedores, credores, governo, entre outros. (Anexo I - 1.2; 1.2.2; 1.2.8; 1.2.12; 1.2.14; 1.2.15; 1.6.1; 1.6.7; 1.8.8)

Patrimônio Líquido Ajustado: Patrimônio Líquido ou Social, apurado nas demonstrações financeiras das operadoras, ajustado por efeitos econômicos regulamentados pela ANS. (Anexo II – ver Capital Regulatório)

PDCA: Ferramenta de gestão que tem como objetivo facilitar a análise, gestão e controle de um processo, a fim de promover sua melhoria contínua por meio de um circuito de quatro ações: planejar (*plan*), fazer (*do*), checar (*check*) e agir (*act*). O ciclo começa pelo planejamento, em seguida a ação ou conjunto de ações planejadas são executadas, checa-se o que foi feito, se estava de acordo com o planejado, constantemente e repetidamente (ciclicamente) e toma-se uma ação para eliminar ou ao menos mitigar defeitos no produto ou na execução. (Anexo I – 1.8.1)

Perda Operacional: Valor quantificável associado à falha, deficiência ou inadequação de processos internos, pessoas; sistemas e tecnologia, ou decorrente de fraudes ou eventos externos. (Anexo I - 1.6.6)

Perfil de Risco: Descrição do conjunto de riscos a que uma organização se encontra exposta, de acordo com os processos e metodologias empregadas para a identificação de riscos. (Anexo I - 1.6.1; 1.6.3)

Perfil Demográfico: Análise das características de uma população, utilizando alguns aspectos do comportamento demográfico para auxiliar na definição do perfil de saúde da população. Os indicadores básicos de saúde, inseridos no tema demografia, estão distribuídos em três subtemas: fecundidade, mortalidade e longevidade. (Anexo I – 2.1; 2.1.1)

Perfil Epidemiológico: Levantamento detalhado das características sociais e demográficas, ocorrência de morbimortalidade, condições ambientais e de consumo coletivo, e de controle social. É um indicador observacional das condições de vida, do processo saúde-doença e do estágio de desenvolvimento da população. (Anexo I – 2.1; 2.1.1; 3.3.14)

Pesquisa de Satisfação de Beneficiários: Entrevista com os beneficiários da operadora utilizando questionário para avaliar o grau de satisfação quanto aos serviços prestados pela operadora. (Art. 4º; Anexo I – 4.4; 4.4.1; 4.4.2; 4.4.3; 4.4.4; 4.4.5; 4.4.6; 4.4.7; 4.4.8; 4.4.9; Anexo V)

Planejamento Estratégico: Determinação das políticas e dos programas estratégicos necessários para se atingir objetivos específicos rumo à consecução das metas. Busca-se no planejamento estratégico a oportunidade de promover discussão sobre os objetivos a longo prazo e sobre os meios e ações para alcançá-los. (Anexo I – 1.1; 1.1.3; 1.1.4; 1.1.5; 1.1.6; 1.1.7; 1.3.9; 1.4.1; 1.4.3; 1.6.2; 1.6.10; 1.8; 1.8.3; 3.1; 4.2.4)

Plano de Ação: Conjunto de ações necessárias para atingir uma ou mais metas. Pode envolver ou não outras áreas e demandar alocação de recursos financeiros, humanos e/ou tecnológicos. Deverá ter a designação do(s) responsável(is) pela implementação das ações necessárias, estabelecendo prazos para conclusão e períodos de avaliação do andamento. (Anexo I – 1.1.2; 1.1.3; 1.1.6; 1.2.6; 1.2.7; 1.3.7; 1.6.3; 1.6.7; 1.6.9; 1.7.1; 1.7.2; 1.7.6; 1.7.10; 1.8.1; 1.8.6; 2.2.4; 3.1.7; 3.3.10; 3.3.16; 3.3.17; 4.2.5; 4.2.8; 4.4.9)

Plano de Contingência: Conjunto de diretrizes prévias e decisões que devem ser tomadas para reduzir o impacto negativo que pode ser causado por uma situação desastrosa. Ele precisa conter todos os procedimentos que devem ser adotados para reduzir o tempo de parada forçada dos serviços e, conseqüentemente, evitar que mais danos sejam causados por razão do incidente. (Anexo I – 1.4.1; 1.4.3; 1.6)

Plano de Continuidade do Negócio: Desenvolvimento preventivo de um conjunto de estratégias e planos de ação de maneira a garantir que os serviços essenciais sejam devidamente identificados e preservados após a ocorrência de situação que afete o funcionamento normal da organização, até o retorno à situação normal de funcionamento dentro do contexto do negócio do qual faz parte. (Anexo I – 1.6; 1.6.7)

Plano de Livre Escolha: Modalidade de plano de saúde na qual o beneficiário escolhe o médico e hospital da sua preferência e depois solicita o reembolso à operadora do plano. (Anexo I – 4.3.2)

Plano de Segurança do Paciente (PSP): Documento previsto pela RDC ANVISA Nº 36 de 2013 que deve estabelecer para as instituições de saúde estratégias e ações de gestão de risco e segurança do paciente, com base na legislação nacional e nas metas internacionais de segurança do paciente, para que as instituições possam assegurar ao máximo uma assistência à saúde segura, livre de danos aos seus pacientes (Anexo I - 3.1.1; 3.1.7)

Plano Diretor de Tecnologia da Informação (PDTI): Instrumento de diagnóstico, planejamento e gestão dos recursos e processos de TI que visa atender às necessidades tecnológicas e de informação de um órgão ou entidade por um determinado período. Deve estar alinhado e integrado com o planejamento estratégico da instituição e tem como objetivo estabelecer metas e ações da área de TI. (Anexo I - 1.4.1; 1.4.2; 1.4.3; 1.4.8)

Plano Estruturado da Atenção Primária à Saúde: Documento que, de modo coerente e integrado, contempla os diversos esforços qualitativos que os profissionais e/ou instituições realizam de maneira a potencializar os benefícios para os usuários. O Plano estruturado configura-se como um documento contendo: objetivos, política, diretrizes, atividades que serão desenvolvidas, finalidades e resultados esperados das ações relacionadas à Atenção Primária à Saúde, contendo a justificativa técnica para a escolha da população abordada. (Anexo I – 2.2; 2.2.4; 3.2.3)

Plano Privado de Assistência à Saúde: Contrato de prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço preestabelecido ou pós-estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde livremente escolhidos mediante pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor, às expensas da operadora. (Art. 1º, Anexo I – 1.5.4; 2.3.6)

Política de Incentivo: Tem o objetivo de engajar os trabalhadores e reter talentos dentro da organização. Quando bem elaborada, a política de incentivo tem o poder de aumentar os níveis de eficiência, produtividade e engajamento das equipes e indivíduos, gerando assim, melhores resultados empresariais. (Anexo I – 3.1.5; 3.5.1; 3.5.2; 3.5.3)

Política de Investimento de Ativos Financeiros: Instrumento de planejamento que compreende um conjunto de diretrizes e medidas que norteiam a gestão de ativos financeiros. (Anexo I – 1.7.4)

Política de Segurança da Informação: Documento que deve conter um conjunto de normas, métodos e procedimentos, de diretrizes e melhores práticas em gestão da segurança da informação, os quais devem ser comunicados a todos os funcionários, bem como analisado e revisado criticamente, em intervalos regulares ou quando mudanças se fizerem necessárias. (Anexo I - 1.5.1; 1.5.2)

Ponto Crítico: Críticas e pontos negativos em relação à operadora e /ou serviços assistenciais prestados mencionados pelos beneficiários na Pesquisa de Satisfação. (Anexo I – 1.3.7; 4.2.5; 4.2.8; 4.4.9)

População-Alvo: É a população maior de onde provém a amostra e para que são feitas interferências. (Anexo I – 2.2.2; 2.2.5; 3.2.3; 3.3.1; 3.3.2; 3.3.3; 3.3.10; 3.3.11; 4.4.2)

Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar (PIN-SS): Consiste no repositório de informações individualizadas relativas ao beneficiário, titular ou dependente do plano privado de saúde, em área específica e restrita do portal da operadora, contendo informações cadastrais e de utilização dos serviços. (Anexo I - 4.3.1; 4.3.4)

Privacidade: Garantia da confidencialidade de toda e qualquer informação pessoal zelando pela integridade de beneficiários e prestadores. (Anexo I - 1.5; 1.5.2; 2.3.3)

Processos Principais: São aqueles que agregam valor diretamente aos clientes da organização. São também denominados “processos fim”, “processos finalísticos” ou “processos primários”. Estão relacionados à geração dos produtos, bens e serviços, para atender às necessidades e expectativas dos clientes e demais partes interessadas. (Anexo I – 1.6.9; 1.8.1; 1.8.4)

Programa de Gestão do Cuidado de Condições Crônicas de Saúde: Conjunto de estratégias orientadas para um grupo de indivíduos portadores de doenças crônicas e com risco assistencial, incorporando ações para prevenção secundária e terciária, compressão da morbidade e redução dos anos perdidos por incapacidade. (Art. 21; Anexo I - 3.3; 3.3.1; 3.3.5; 3.3.11; 3.3.12; 3.3.15; 3.3.16; 3.3.17; 3.4.4)

Programa de Integridade: Consiste, no âmbito de uma pessoa jurídica, no conjunto de mecanismos e procedimentos internos de integridade, auditoria e incentivo à denúncia de irregularidades e na aplicação efetiva de códigos de ética e de conduta, políticas e diretrizes, com objetivo de detectar e sanar desvios, fraudes, irregularidades e atos ilícitos praticados contra a administração pública, nacional ou estrangeira. Deve ser estruturado, aplicado e atualizado de acordo com as características e riscos atuais das atividades de cada pessoa jurídica, a qual, por sua vez, deve garantir o constante aprimoramento e adaptação do referido programa, visando garantir sua efetividade. (Anexo I – 1.2.12; 1.2.17)

Programa de Melhoria da Qualidade: Programa que propõe introduzir mudança de valores e comportamentos individuais e organizacionais, servindo como transposição para uma cultura gerencial, de caráter estratégico visando implementar e institucionalizar boas práticas de gestão. É orientado pelos fundamentos da Qualidade e por princípios norteadores das ações decorrentes, estruturado de tal forma que agrega valor para efetiva melhoria da qualidade na gestão organizacional. (Anexo I - 1.8; 1.8.1; 1.8.8)

Programa de Qualidade de Vida e Bem-Estar do Trabalhador: Programa que visa identificar os pontos favoráveis e desfavoráveis de um ambiente de trabalho para as pessoas, desenvolvendo um ambiente de trabalho que seja bom tanto para os trabalhadores como também propicie à organização atingir seus resultados. Busca o equilíbrio dinâmico e harmônico entre as necessidades humanas, biológicas, psicológicas sociais e organizacionais e os princípios do trabalho ergonomicamente correto e sustentável. (Anexo I - 1.3.8)

Programa de Saúde Ocupacional: Idealizado com o objetivo de promover a melhoria das condições de trabalho e outros aspectos de higiene ambiental, de modo a construir um ambiente de trabalho saudável, onde gestores e trabalhadores colaboram para processos de melhoria contínua de proteção e promoção da segurança, saúde e bem-estar de todos. (Anexo I - 1.3.8)

Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP): Programa instituído pelo Ministério da Saúde (MS), em 2013, através da Portaria do MS nº 529, de 1º de abril de 2013, com o objetivo de criar no Brasil um programa de contribuição para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde. O pilar do PNSP são as seis metas de Segurança do Paciente: identificar corretamente o paciente; melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde; melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos; assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente corretos; higienizar as mãos para evitar infecções; reduzir o risco de quedas e úlceras por pressão. (Anexo I – 2.1.2; 3.1; 3.4.2)

Programa para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças: Conjunto orientado de estratégias e ações programáticas integradas que objetivam a promoção da saúde; a prevenção de riscos, agravos e doenças; a compressão da morbidade; a redução dos anos perdidos por incapacidade e o aumento da qualidade de vida dos indivíduos e populações. As estratégias dos programas estão orientadas para a manutenção da capacidade funcional e da autonomia dos indivíduos, ao longo do curso da vida, incorporando ações para a

promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças, desde o pré-natal até as idades mais avançadas. São tipos de modelagens de programas: programa para gerenciamento de crônicos; programa para população-alvo específica; programa para promoção do envelhecimento ativo ao longo do curso da vida; entre outros. (Anexo I – 3.3.14)

Prontuário Eletrônico: *Software* que permite o armazenamento de todas as informações clínicas e administrativas do paciente, tendo como principal objetivo registrar os procedimentos, medicamentos, plano de cuidado, profissionais assistentes e o fluxo de atendimento do beneficiário realizado por profissionais de saúde. (Anexo I – 3.1.5; 3.3.9; 3.3.15)

Proprietário: São os sócios, acionistas, cotistas, cooperados ou associados da Operadora. (Anexo I – 1.2.10)

Protocolo Clínico: Documento que normaliza um padrão de atendimento a determinada patologia ou condição clínica, identificando as ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. (Anexo I – 3.3.5; 3.5.2)

Protocolo Operacional: O Protocolo ou Procedimento Operacional Padrão (POP) é um documento que expressa o planejamento do trabalho repetitivo, e tem como objetivo a padronização dos procedimentos e a minimização da ocorrência de desvios na execução da atividade. Assim, um POP garante que as ações sejam realizadas da mesma forma, independente do profissional executante ou de qualquer outro fator envolvido no processo, diminuindo assim as variações causadas por imperícia ou por adaptações aleatórias. (Anexo I – 2.3.6)

Provisões Técnicas: Montante a ser contabilizado em contas do balanço patrimonial da operadora de plano privado de assistência à saúde, com o objetivo de dimensionar as suas obrigações futuras decorrentes de riscos ocorridos ou não, possibilitando a avaliação adequada de suas responsabilidades, previstas nas normas aplicáveis. (Anexo I – 1.7.3; 1.7.5; 1.7.6; 1.7.10; 1.7.11; 1.7.12; 1.7.13)

Q

Qualidade de Vida: Percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto de sua cultura e no sistema de valores em que vive e em relação a suas expectativas, seus padrões e suas preocupações. Considera a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e a relação com aspectos significativos do meio ambiente. (Anexo I – 1.2.15; 1.3.8; 3.2.4; 3.3.5; 3.3.7; 3.3.13; 3.3.14)

Qualidade dos Dados: Valor atribuído às propriedades da informação disponibilizada. É determinada a partir da forma como tais elementos foram elaborados, inseridos, manipulados e armazenados. A qualidade de dados é essencial para os processos transacionais, operacionais e estratégias de *marketing* e negócios de uma organização. (Anexo I – 1.4.5)

QUALISS: Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Possui natureza indutora da melhoria da qualidade setorial, com a participação voluntária dos prestadores de serviços. (Anexo I – 2.1.2; 2.1.3; 2.3.2; 2.3.5; 4.3.3)

R

Rastreabilidade: Capacidade que uma organização tem de detalhar o histórico, a aplicabilidade ou a localidade de um item através de informações previamente registradas. (Anexo I – 1.2.2; 4.2.1)

Reajuste por Faixa Etária: Aumento da contraprestação pecuniária do plano em função do deslocamento do beneficiário de uma faixa etária para outra. As faixas etárias são estabelecidas de acordo com o risco inerente às idades que as compõem. As faixas etárias e os percentuais de variação entre elas devem estar expressamente previstos em contrato. (Anexo I – 4.2.1)

Recrutamento: Divulgação da vaga e a triagem de possíveis candidatos com base nos pré-requisitos do cargo (experiência profissional, escolaridade e outros). Pode acontecer em duas formas: o recrutamento

interno e recrutamento externo. (Anexo I - 1.3.1; 1.3.10)

Rede de Atenção à Saúde: Arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. (Anexo I – 2.1; 2.1.1; 2.1.3; 2.2.4; 3.2; 4.1.2)

Rede Prestadora: Conjunto de estabelecimentos de saúde, incluindo equipamentos e recursos humanos, próprios ou contratados, indicados pela operadora de plano privado de assistência à saúde para oferecer cuidado aos beneficiários em todos os níveis de atenção à saúde, considerando ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. (Art. 12, § 1º, II e III; Anexo I – 1.5.3; 1.7.7; 2.1; 2.1.2; 2.1.3; 2.1.4; 2.1.5; 2.1.7; 2.2; 2.3; 2.3.1; 2.3.2; 2.3.3; 2.3.4; 2.3.5; 3; 3.1.1; 3.1.2; 3.1.3; 3.1.4; 3.1.5; 3.1.7; 3.5; 3.5.1; 3.5.2; 3.5.3; 3.5.4; 4.2.2; 4.3.2; 4.3.3)

Referência e Contra Referência: O sistema de referência e contra referência constitui-se na articulação entre os níveis de atenção à saúde: primário, secundário e terciário. A referência compreende o fluxo de encaminhamento do usuário do nível de menor para o de maior complexidade, inversamente, a contra referência está relacionado ao ato de referenciar do nível de maior para o de menor complexidade. Para garantir o acesso e o atendimento ao usuário em todos os níveis de atenção à saúde, é imprescindível estabelecer o sistema de referência e contra referência, baseados na acessibilidade e continuidade da assistência em saúde. (Anexo I - 3.2.1)

Relatório da Administração: Relatório formal onde é são apresentados os principais resultados alcançados, divulgando informações que possibilitam o conhecimento da organização, assim como seus objetivos e políticas, em complemento às peças contábeis e notas explicativas contidas nas Demonstrações Financeiras. O Relatório da Administração expõe um quadro completo das posturas e do desempenho da administração na gestão e alocação dos recursos que se encontram a ela confiados. Devem entre outras coisas evidenciar os seguintes fatos: cenário econômico no qual se insere a atividade; indicadores de qualidade e produtividade; desenvolvimento tecnológico; políticas social, ambiental, eventos subsequentes e expectativas com relação ao futuro; planos de expansão; desempenho em relação aos concorrentes, responsabilidade social, dados estatísticos em geral, etc. (Anexo I – 1.2.8)

Relatório de Avaliação Atuarial: Estudo técnico apoiado em levantamento de dados estatísticos da população estudada e em bases técnicas atuariais, por meio do qual o atuário avalia o valor dos compromissos assumidos e o valor dos recursos necessários para garantir a solvência da operadora. (Anexo I – 1.7.10)

Relatório de Avaliação da Acreditação da Operadora: Relatório documentado elaborado contendo os registros completos, precisos, concisos e claros dos resultados da auditoria, de acordo com os requisitos e itens previstos no Anexo I da presente norma. Os elementos obrigatórios deste relatório estão descritos no Anexo IV (ANEXO IV)

Relatório de Manutenção de Acreditação da Operadora: Relatório documentado elaborado contendo os registros completos, precisos, concisos e claros dos resultados da auditoria de manutenção. Os elementos obrigatórios deste relatório estão descritos no Anexo IV (ANEXO IV)

Relatório de Rentabilidade: Relatório documentado elaborado com o objetivo de medir o potencial que o negócio tem em se pagar, com base no investimento realizado. O relatório de Rentabilidade deve considerar, no mínimo, a segmentação de planos individuais, coletivo empresarial e coletivo por adesão (quando aplicável), canal de distribuição e tipo de rede. (Anexo I - 1.7.1)

Relatório de Sinistralidade: Relatório documentado com o objetivo de verificar se os custos arcados com os eventos assistenciais superam os valores das receitas recebidas pela operadora (Sinistralidade = Eventos/Contraprestação). O relatório de sinistralidade deve considerar, no mínimo, a segmentação de planos individuais, coletivo empresarial e coletivo por adesão (quando aplicável), canal de distribuição e tipo de rede. (Anexo I - 1.7.2)

Rentabilidade: Indicador de desempenho de uma organização. Mede o potencial que o negócio tem em se pagar, com base no investimento realizado em sua aquisição ou estruturação. Para se chegar à rentabilidade, divide-se o lucro da instituição, aferido em um determinado período de tempo, pelo valor

do investimento inicial (ou o valor atual da organização). O resultado, em percentual, representará sua rentabilidade no período correspondente. (Anexo I – 1.7.1; 1.7.6; 1.7.11)

Riscos Corporativos: Possibilidade de ocorrência de evento capaz de alterar os resultados esperados por uma organização. (Anexo I – 1.6; 1.6.1; 1.6.2; 1.6.3; 1.6.4; 1.6.5; 1.6.6; 1.6.7; 1.6.8; 1.6.9; 1.6.10)

Risco de Subscrição: Risco oriundo de uma situação econômica adversa que contraria tanto as expectativas da sociedade no momento da elaboração de sua política de subscrição quanto as incertezas existentes na estimação das provisões técnicas. Também envolve a probabilidade dos eventos a serem pagos pela Operadora de Planos de Saúde, em um período futuro, ser maior que o montante de contraprestações a ser recebido. (Anexo I – 1.7.3; 1.7.13)

Riscos Operacionais: Riscos relacionados aos procedimentos internos tais como risco de perda resultante de inadequações ou falhas em processos internos, pessoas e sistemas, ou seja, é qualquer possibilidade de perda originada por falhas na estrutura organizacional, seja ela oriunda de sistemas, procedimentos, recursos humanos ou tecnológicos ou então, pela perda dos valores éticos e corporativos que unem os diferentes elementos (Anexo I – 1.5.4; 1.6.5)

S

Saúde Funcional: Termo empregado para designar a habilidade física, mental ou emocional de uma pessoa em realizar suas atividades da forma mais autônoma possível, constituindo um campo de atuação que engloba ações de prevenção e reabilitação, desenvolvida por profissionais com formação em áreas como Fisioterapia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional e Nutrição (Anexo I - 2.2.5)

Segurança do Paciente: Prevenção ou redução, a um mínimo aceitável, do risco de ocorrência de um evento adverso a um paciente, durante a realização de um tratamento médico. (Anexo I – 1.8.4; 2.1.2; 2.1.3; 2.3.4; 3.1; 3.1.1; 3.1.2; 3.1.3; 3.1.4; 3.1.7; 3.3.3; 3.4.2; 3.5.1; 3.5.2)

Seleção: Oportunidade de conhecer com mais detalhes o candidato e escolher o perfil mais adequado para a vaga. Por exemplo: entrevista. (Anexo I - 1.3.1; 1.3.10)

Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapia (SADT): Modalidade de prestação de serviços na área da saúde com o objetivo de esclarecer o diagnóstico ou realizar procedimentos terapêuticos específicos para pacientes externos, internos ou de emergência de um serviço de saúde. (Anexo I – 2.1.1; 2.1.5; 2.1.2; 2.3.7; 3.5.6)

Simetria de Informações: Situação ideal na qual todas as partes envolvidas têm conhecimento do papel de cada uma, seus custos e ganhos com seus respectivos ônus e bônus. (Anexo I – 1.2.2)

Sinistralidade: Indicador dos contratos de assistência médica que consiste na relação entre os custos arcados com os eventos assistenciais e as receitas recebidas pela operadora (Sinistralidade = Despesas Assistenciais/Contraprestações Efetivas). (Anexo I - 1.7.2)

Solvência: Regra prudencial, que se constitui em uma garantia adicional às provisões técnicas para suportar as oscilações das operações. Não se trata de constituição de provisão, mas sim de uma referência a ser observada e seu impacto depende do patrimônio e do tamanho da carteira da operadora. (Anexo I – 1.7.5; 1.7.6; 1.7.10)

Sustentabilidade: Capacidade de uma organização se manter no longo prazo em um mercado competitivo, com interferências do ambiente em que está inserida e contemplando a finitude de recursos disponíveis para a sua sobrevivência. (Art. 12; Anexo I – 1; 1.2; 1.2.15; 1.6; 1.6.10; 1.7; 1.7.8; 1.7.12)

T

Taxa de Abandono de Ligações: Representa o percentual de chamadas que foram abandonadas pelos beneficiários antes do seu atendimento sobre o total de chamadas recebidas pelo canal telefônico. (Anexo I – 4.2.1; 4.2.5)

Terceirização: Atividade em que se repassa para um terceiro o cumprimento ou manutenção de um serviço ou processo. Importa em delegar determinadas atividades para que outras pessoas físicas ou jurídicas cumpram tarefas no lugar de parte da equipe própria da operadora (Anexo I – 1.2.4; 1.2.5; 1.5.4)

Terceirizados: Prestadores de serviços que não são contratados diretamente pela CLT (Consolidação das Leis Trabalhistas) da operadora. Não abrange prestadores de serviços da rede credenciada direta ou indireta. (Anexo I – 1.2.11; 1.5.4; 1.6.1; 1.6.4)

Termo de Consentimento Informado: Documento que comprova a concordância e aprovação do paciente ou de seu representante, após a necessária informação e explicações, sob a responsabilidade do médico, a respeito dos procedimentos diagnósticos ou terapêuticos que lhe são indicados. A informação deve ser suficiente, clara, ampla e esclarecedora, de forma que o paciente tenha condições de decidir. Também conhecido como Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). (Anexo I - 3.3.9)

Teste de Estresse: Conjunto coordenado de processos e rotinas, dotado de metodologias, documentação e governança próprias, com o objetivo principal de identificar potenciais vulnerabilidades da organização. (Anexo I - 1.6.9)

Teste de Navegabilidade: Tem o objetivo de verificar a facilidade e a viabilidade de manipulação do sistema utilizado no portal eletrônico da instituição pelo usuário, identificando as possíveis dificuldades que o usuário pode ter em encontrar informações ou mesmo de interagir com o sistema. Ex: Baixa legibilidade; menu confuso; página inicial com poucas informações a respeito do produto ou serviço. (Anexo I – 4.3.4)

Tempo Médio de Espera: Tempo que os beneficiários aguardam para ter sua chamada atendida. (Anexo I – 2.2.3; 4.2.5)

U

Uso Racional de Medicamento: Processo pelo qual os pacientes recebem medicamentos apropriados para suas necessidades clínicas, em doses adequadas às suas características individuais e pelo período de tempo adequado. (Anexo I – 3.4; 3.4.1; 3.4.2)

Último Reajuste Apurado: Os aumentos de mensalidade dos planos de saúde variam de acordo com o tipo de contrato de prestação de serviços de saúde (pessoa física ou jurídica) e com o motivo do aumento. É importante que o beneficiário possa saber, ao acessar o PIN -SS (área restrita), qual foi o último reajuste aplicado ao plano. Ao se aproximar a data do próximo reajuste, é possível que a operadora já tenha a informação do próximo reajuste que será aplicado. Portanto, o último reajuste apurado refere-se à informação do reajuste que incidirá sobre as contraprestações, quando a data de aplicação está se aproximando, ou que incidiu, quando o percentual já foi aplicado, e somente será apurado outro percentual ao final de 12 meses. Adicionalmente, a motivação do reajuste (anual ou por mudança de faixa etária) deve ser explicitada. (Anexo I – 4.3.1)

V

Valor Econômico: Envolve variáveis como fluxo de benefícios, resultado, custo de oportunidade, além do ativo intangível, que resulta de fatores de valorização da organização que lhe são indissociáveis, como o nome, a reputação, a localização, a fidelidade dos clientes, os produtos e serviços prestados. (Anexo I – 1.7)

Valores: Representam os princípios que norteiam todas as suas ações. São compostos de regras morais que simbolizam os atos de seus administradores, fundadores e colaboradores em geral. (Anexo I - 1.1.1; 1.2.11; 1.3.2; 1.6.4; 1.6.5)

Visão: Objetivo da organização. É aquilo que a instituição espera ser em um determinado tempo e espaço. Descreve o que a organização quer realizar objetivamente nos próximos anos da sua existência. (Anexo I - 1.1; 1.1.1; 1.1.2; 1.2.11; 1.3.1; 1.3.2; 1.5.4; 1.6.4; 1.6.5)

9.4 RN 507/2022 – ANEXO III – Forma de Cálculo dos Critérios de Pontuação

FORMA DE CÁLCULO DOS CRITÉRIOS DE PONTUAÇÃO

Os Quadros I, II e III apresentam um resumo do quantitativo e da distribuição dos itens definidos no Anexo I desta Resolução, classificados em essenciais, complementares e de Excelência, para operadoras médico-hospitalares, exclusivamente odontológicas e autogestão, respectivamente. O Quadro IV e V apresentam os itens do Anexo I que não se aplicam às Operadoras Exclusivamente Odontológicas e as Autogestões.

FÓRMULA DE CÁLCULO DA PONTUAÇÃO

Seja I_i cada item definido no Requisito, i variando de 1 a n , sendo n o total de itens do Requisito.

$$I_i = \begin{cases} I_i = 0, & \text{se o item não atende ao escopo ou possui menos de 12 meses de implantação} \\ I_i = 1, & \text{se o item atende ao escopo e possui 12 meses ou mais de implantação} \end{cases}$$

Seja R_j a nota do Requisito j . Então:

$$R_j = \frac{\sum_{i=1}^n I_i}{n} * 100$$

Se I_i é um item essencial do Requisito, e $I_i = 0$, então $R_j = 0$.

Seja D_m a nota da Dimensão m , m variando de 1 a 4, e k o número de requisitos da Dimensão. Logo, a nota da Dimensão será a média da Nota dos requisitos:

$$D_m = \frac{\sum_{j=1}^k R_j}{k}$$

A Nota Final da Acreditação da Operadora será a média da nota das dimensões:

$$NF = \frac{\sum_{m=1}^4 D_m}{4}$$

Se $NF < 70$, então, a operadora não está apta a acreditação.

As faixas de classificação e requisitos por Nível estão descritas na Resolução Normativa.

OBSERVAÇÕES

As operadoras que possuírem certificação de Boas Práticas em Atenção Primária à Saúde – APS de acordo com a RN 506/2022, receberão a pontuação integral dos itens 2.2.1, 2.2.2 2.2.3, 2.2.4 e 2.2.6 do requisito 2.2 Estrutura da Rede Prestadora com base na Atenção Primária à Saúde – APS da Dimensão 2 Que se refere à Gestão da Rede Prestadora de Serviços de Saúde. As Operadoras receberão também a pontuação integral dos requisitos 3.2 Coordenação e Integração do Cuidado e 3.3 Programa de Gestão do Cuidado de Condições Crônicas de Saúde da Dimensão 3. Gestão em Saúde da presente norma, tendo em vista que ambos estão subsumidos em uma rede organizada na APS.

Caso o final de vigência da certificação em APS seja anterior ao final de vigência do certificado de acreditação da operadora, a entidade acreditadora deverá verificar, durante a auditoria de manutenção, o atendimento aos itens 2.2.1, 2.2.2 2.2.3, 2.2.4 e 2.2.6 e aos requisitos 3.2 e 3.3 e reavaliando a pontuação da operadora, O que pode ensejar na perda da acreditação.

PONTUAÇÃO PARA NÍVEL I DE ACREDITAÇÃO

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

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

Para operadoras do segmento de Autogestões, há 44 itens de excelência, conforme indicado no Quadro III, tendo em vista que os itens apontados no Quadro III não se aplicam Autogestões. Portanto, é necessário que a operadora do segmento de Autogestões cumpra, ao menos 35 itens de excelência (80% x 43) para atingir o nível máximo (Nível I) da acreditação, conforme critérios definidos para os níveis de acreditação, contidos no corpo da Resolução Normativa.

■ QUADRO I - QUANTIDADE DE DIMENSÕES, REQUISITOS E ITENS POR CLASSIFICAÇÃO PARA OPERADORAS DO SEGMENTO MÉDICO-HOSPITALAR

Dimensão	Dimensão e Requisitos	Quantidade de Requisitos	Itens	Total de Itens	Itens Essenciais	Itens Complementares	Itens de Excelência
	1. Gestão Organizacional						
8 Requisitos	1.1 Planejamento e Gestão Estratégica	8	7	78	4	2	1
	1.2 Sistema de Governança Corporativa		17		8	4	5
	1.3 Política de gestão de pessoas e desenvolvimento de lideranças		10		5	2	3
	1.4 Tecnologia da Informação		9		3	4	2
	1.5 Política de segurança e privacidade das informações		4		4	0	0
	1.6 Gestão de Riscos Corporativos		10		2	5	3
	1.7 Sustentabilidade da Operadora		13		4	6	3
	1.8 Programa de Melhoria da Qualidade - PMQ		8		4	3	1

	2. Gestão da Rede Prestadora de Serviços de Saúde						
4 Requisitos	2.1 Acesso do beneficiário à rede prestadora de serviços de saúde	4	7	23	4	2	1
	2.2 Estrutura da Rede Prestadora com base na Atenção Primária à Saúde - APS		6		2	1	3
	2.3 Relação e contratualização com a Rede Prestadora de Serviços		7		3	2	2
	2.4 Mecanismos de Regulação		3		2	1	0
	3. Gestão em Saúde						
5 Requisitos	3.1 Política de Qualidade e Segurança do Paciente	5	7	40	4	0	3
	3.2 Coordenação e Integração do cuidado		5		2	1	2
	3.3 Programa de Gestão do Cuidado de Condições Crônicas de Saúde		17		8	6	3
	3.4 Assistência Farmacêutica		4		1	1	2
	3.5 Modelos de Remuneração Baseado em Valor		7		2	2	3
	4. Experiência do Beneficiário						
4 Requisitos	4.1 Disponibilização de Informações à sociedade	4	7	28	4	2	1
	4.2 Canais de Comunicação com Beneficiário - resposta à demandas (reativo)		6		2	2	2
	4.3 Canais de Comunicação com Beneficiário - disponibilização de informações essenciais (proativo)		6		3	1	2
	4.4 Pesquisa de Satisfação de Beneficiários		9		4	2	3
Total	Total Geral	21	169	169	75	49	45

■ QUADRO II - QUANTIDADE DE DIMENSÕES, REQUISITOS E ITENS POR CLASSIFICAÇÃO PARA OPERADORAS DO SEGMENTO EXCLUSIVAMENTE ODONTOLÓGICO

Dimensão	Dimensão e Requisitos		Aplicação à Operadoras Exclusivamente Odontológicas	Quantidade de Requisitos	Itens	Total de Itens	Itens Essenciais	Itens Complementares	Itens de Excelência
	1. Gestão Organizacional								
8 Requisitos	1.1 Planejamento e Gestão Estratégica		SIM	8	7	78	4	2	1
	1.2 Sistema de Governança Corporativa		SIM		17		8	4	5
	1.3 Política de gestão de pessoas e desenvolvimento de lideranças		SIM		10		5	2	3
	1.4 Tecnologia da Informação		SIM		9		3	4	2
	1.5 Política de segurança e privacidade das informações		SIM		4		4	0	0
	1.6 Gestão de Riscos Corporativos		SIM		10		2	5	3
	1.7 Sustentabilidade da Operadora		SIM		13		4	6	3
	1.8 Programa de Melhoria da Qualidade - PMQ		SIM		8		4	3	1
	2. Gestão da Rede Prestadora de Serviços de Saúde								
3 Requisitos	2.1 Acesso do beneficiário à rede prestadora de serviços de saúde		SIM	3	7	15	4	2	1
	2.2 Estrutura da Rede Prestadora com base em APS		NÃO		0		0	0	0
	2.3 Relação e contratualização com a Rede Prestadora de Serviços		PARCIAL		6		3	2	1
	2.4 Mecanismos de Regulação		PARCIAL		2		2	0	0

	3. Gestão em Saúde							
4 Requisitos	3.1 Política de Qualidade e Segurança do Paciente	PARCIAL	4	5	13	3	0	2
	3.2 Coordenação e Integração do cuidado	PARCIAL		1		1	0	0
	3.3 Programa de Gestão do Cuidado de Condições Crônicas de Saúde	PARCIAL		1		0	1	0
	3.4 Assistência Farmacêutica	NÃO		0		0	0	0
	3.5 Modelos de Remuneração Baseado em Valor	PARCIAL		6		2	2	2
4. Experiência do Beneficiário								
4 Requisitos	4.1 Disponibilização de Informações à sociedade	SIM	4	7	28	4	2	1
	4.2 Canais de Comunicação com Beneficiário - resposta à demandas (reativo)	SIM		6		2	2	2
	4.3 Canais de Comunicação com Beneficiário - disponibilização de informações essenciais (proativo)	SIM		6		3	1	2
	4.4 Pesquisa de Satisfação de Beneficiários	SIM		9		4	2	3
Total	Total Geral		19	134	134	62	40	32

Observação: O requisito 3.3 não deve ser avaliado para as operadoras odontológicas, pois não há nenhum item essencial aplicável neste requisito para as operadoras deste segmento. Ver item 4.2 deste Manual.

■ QUADRO III - QUANTIDADE DE DIMENSÕES, REQUISITOS E ITENS POR CLASSIFICAÇÃO PARA OPERADORAS DO SEGMENTO AUTOGESTÃO

Dimensão	Dimensão e Requisitos	Aplicação às Autogestões	Quantidade de Requisitos	Itens	Total de Itens	Itens Essenciais	Itens Complementares	Itens de Excelência
	1. Gestão Organizacional							
8 Requisitos	1.1 Planejamento e Gestão Estratégica	SIM	8	7	78	4	2	1
	1.2 Sistema de Governança Corporativa	SIM		17		8	4	5
	1.3 Política de gestão de pessoas e desenvolvimento de lideranças	SIM		10		5	2	3
	1.4 Tecnologia da Informação	SIM		9		3	4	2
	1.5 Política de segurança e privacidade das informações	SIM		4		4	0	0
	1.6 Gestão de Riscos Corporativos	SIM		10		2	5	3
	1.7 Sustentabilidade da Operadora	SIM		13		4	6	3
	1.8 Programa de Melhoria da Qualidade - PMQ	SIM		8		4	3	1
	2. Gestão da Rede Prestadora de Serviços de Saúde							
4 Requisitos	2.1 Acesso do beneficiário à rede prestadora de serviços de saúde	SIM	4	7	23	4	2	1
	2.2 Estrutura da Rede Prestadora com base na Atenção Primária à Saúde - APS	SIM		6		2	1	2
	2.3 Relação e contratualização com a Rede Prestadora de Serviços	SIM		7		3	2	2
	2.4 Mecanismos de Regulação	SIM		3		2	1	0

	3. Gestão em Saúde							
5 Requisitos	3.1 Política de Qualidade e Segurança do Paciente	SIM	5	7	40	4	0	3
	3.2 Coordenação e Integração do cuidado	SIM		5		2	1	2
	3.3 Programa de Gestão do Cuidado de Condições Crônicas de Saúde	SIM		17		8	6	3
	3.4 Assistência Farmacêutica	SIM		4		1	1	2
	3.5 Modelos de Remuneração Baseado em Valor	SIM		7		2	2	3
	4. Experiência do Beneficiário							
4 Requisitos	4.1 Disponibilização de Informações à sociedade	PARCIAL	4	5	26	4	1	0
	4.2 Canais de Comunicação com Beneficiário - resposta à demandas (reativo)	SIM		6		2	2	2
	4.3 Canais de Comunicação com Beneficiário - disponibilização de informações essenciais (proativo)	SIM		6		3	1	2
	4.4 Pesquisa de Satisfação de Beneficiários	SIM		9		4	2	3
Total	Total Geral		21	167	167	75	48	43

■ QUADRO IV - ITENS NÃO APLICÁVEIS À OPERADORAS EXCLUSIVAMENTE ODONTOLÓGICAS (OD)

Dimensão	Requisito	Item	Tipo	Situação para operadoras Exclusivamente OD
2. Gestão da Rede Prestadora de Serviços de Saúde	2.2 Estrutura da Rede Prestadora com base em APS	2.2.1	Essencial	NA
		2.2.2	Essencial	NA
		2.2.3	Complementar	NA
		2.2.4	Excelência	NA
		2.2.5	Excelência	NA
		2.2.6	Excelência	NA
	2.3 Relação e Contratualização com a Rede Prestadora de Serviços	2.3.7	Excelência	NA
	2.4 Mecanismos de Regulação	2.4.3	Complementar	NA
3. Gestão em Saúde	3.1 Política de Qualidade da Atenção à Saúde e Segurança do Paciente	3.1.4	Essencial	NA
		3.1.7	Excelência	NA
	3.2 Coordenação e Integração do cuidado	3.2.1	Essencial	NA
		3.2.3	Excelência	NA
		3.2.4	Excelência	NA
		3.2.5	Excelência	NA
	3.3 Programa de Gestão do Cuidado de Condições Crônicas de Saúde	3.3.1	Essencial	NA
		3.3.2	Essencial	NA
		3.3.3	Essencial	NA
		3.3.4	Essencial	NA
		3.3.5	Essencial	NA
		3.3.6	Essencial	NA
		3.3.7	Essencial	NA

3. Gestão em Saúde	3.3 Programa de Gestão do Cuidado de Condições Crônicas de Saúde	3.3.8	Essencial	NA
		3.3.9	Complementar	NA
		3.3.10	Complementar	NA
		3.3.11	Complementar	NA
		3.3.12	Complementar	NA
		3.3.13	Complementar	NA
		3.3.15	Excelência	NA
		3.3.16	Excelência	NA
		3.3.17	Excelência	NA
	3.4 Assistência Farmacêutica	3.4.1	Essencial	NA
		3.4.2	Complementar	NA
		3.4.3	Excelência	NA
		3.4.4	Excelência	NA
	3.5 Modelos de Remuneração Baseado em Valor	3.5.5	Excelência	NA

■ QUADRO V - ITENS NÃO APLICÁVEIS À OPERADORAS AUTOGESTÃO

Dimensão	Requisito	Item	Tipo	Situação para operadoras Autogestão
4. Satisfação do Beneficiário	4.1 Disponibilização de Informações à Sociedade	4.1.6	Complementar	NA
		4.1.7	Excelência	NA

9.5 RN 507/2022 – ANEXO IV – Diretrizes para elaboração do Relatório da Acreditação da Operadora pela Entidade Acreditadora

Devem constar no relatório de Avaliação da Acreditação da operadora os registros completos, precisos, concisos e claros dos resultados da auditoria, de acordo com os requisitos e itens previstos no Anexo I da presente norma:

A) Especificar no relatório:

I - A identificação da operadora auditada com a razão social e registro da operadora junto à ANS;

II - A identificação da equipe de auditores e dos representantes da operadora participantes da auditoria;

III - As datas e locais onde as atividades foram realizadas;

IV - As constatações da auditoria e as evidências relacionadas, item a item;

V - Oportunidades de Melhoria e boas práticas identificadas;

VI – A declaração de conformidade/não conformidade, a pontuação atribuída de cada requisito e item e os registros das evidências que embasaram a conclusão declarada;

VII - As conclusões finais da auditoria;

VIII – Se for o caso, o nível de acreditação obtida e o período de vigência da acreditação;

IX – Declaração de cada um dos auditores que conduziram a Acreditação, acerca do estabelecido no Art. 14 da RN, conforme modelo a seguir:

Auditor 1 – Formação relacionada à Saúde

Eu, _____, (telefone), (e-mail), inscrito(a) no CPF sob o nº _____, declaro que possuo formação universitária em _____, com pós graduação em _____ (e/ou) possuo experiência mínima de 5 (cinco) anos em acreditação em saúde ou auditoria em saúde.

Auditor 2 – Formação relacionada à Gestão

Eu, _____, (telefone), (e-mail), inscrito(a) no CPF sob o nº _____, declaro que possuo formação universitária em _____, ou pós graduação em _____ (e/ou) possuo experiência mínima de 5 (cinco) anos em auditoria empresarial ou controladoria.

Auditor 3 – Formação em _____

Eu, _____, (telefone), (e-mail), inscrito(a) no CPF sob o nº _____, declaro que possuo formação universitária em _____, com/ou pós graduação em _____ (e/ou) possuo experiência mínima de 5 (cinco) anos em (auditoria empresarial ou controladoria) ou (acreditação em saúde ou auditoria em saúde).

- Assim, assumimos integral responsabilidade pela fidedignidade das declarações ora prestadas ou imperícia, ficando a ANS, desde já, autorizada a delas fazer, nos limites legais e em juízo ou fora dele, o uso que lhe aprouver.

X – A assinatura dos auditores que conduziram a auditoria para a acreditação da operadora.

XI – Assinatura do Representante da Entidade Acreditadora perante a ANS

B) O relatório de manutenção de acreditação deverá ser encaminhado à ANS, indicando expressamente se a operadora:

I - Mantém o nível de acreditação;

II - Tem o nível de acreditação rebaixado;

III - Tem a acreditação suspensa; ou

IV - Tem a acreditação cancelada.

C) A ANS poderá determinar visita extraordinária com o objetivo de avaliar a manutenção da Acreditação da Operadora nas ocasiões em que for identificada condição que possa representar risco ao cumprimento dos

requisitos estabelecidos nesta Resolução.

D) O relatório comprovando o cumprimento dos requisitos referentes aos processos de governança, gestão de riscos e controles internos estabelecidos na RN nº 518, de 29 de abril de 2022, e alterações posteriores deverá seguir o estabelecido no Anexo V da RN nº 518, de 29 de abril de 2022, bem como no caso de não adoção de requisito ou de sua adoção de forma parcial, trazer justificativa(s) da administração da operadora sobre o assunto e a(s) prática(s) alternativa(s) adotada(s), além de apresentar os seguintes itens:

I – Descrição da finalidade e os procedimentos do trabalho executado com detalhe suficiente de forma a permitir ao usuário entender a natureza e a extensão do trabalho executado;

II – Título e Destinatário do Relatório;

III – Identificação das informações específicas sobre as quais foram aplicados os procedimentos de auditoria;

IV – Identificação da finalidade para o qual os procedimentos foram aplicados;

V- Lista de eventuais procedimentos específicos aplicados na auditoria;

VI – Descrição das constatações factuais do auditor, incluindo detalhes suficientes das exceções identificadas;

VII – Assinatura do auditor com as competências estabelecidas no inciso III, Art. 14 desta Resolução Normativa

9.6 RN 507/2022 - ANEXO V - Formulário de Requerimento para: Reconhecimento de Entidade Acreditadora junto à DIDES/ANS ou solicitação de atualização cadastral

FORMULÁRIO PARA RECONHECIMENTO DA ENTIDADE ACREDITADORA/ATUALIZAÇÃO DE DADOS				
Nome da Entidade Acreditadora:				
CNPJ:				
Solicitação de:				
()	Reconhecimento / Renovação do Reconhecimento			
()	Atualização de Dados			
Representante da Entidade Acreditadora perante a ANS:				
Cargo que o Representante da Entidade Acreditadora perante a ANS ocupa na instituição:				
Endereço completo da Entidade Acreditadora:				
Telefones:				
E-mails:				
CPF dos membros da diretoria, conselho de administração, fiscal e afim:				
Nome Completo	Data de Nascimento	CPF	Cargo	Órgão
			ex: Diretor de	ex: Diretoria de
			ex:Conselheiro	ex:Conselho Administrativo
			ex:Conselheiro	ex:Conselho Fiscal
Lista de documentos a serem anexados:				
()	Manual da Entidade Acreditadora			
()	Ato constitutivo e suas alterações			
()	Certificado emitido pela CGCRE/INMETRO			

OBS: Os cargos e órgãos preenchidos são exemplificativos. Deverão ser encaminhados os dados de todos os membros da diretoria, conselho de administração, fiscal e afim.

9.6.1 TERMO DE RESPONSABILIDADE JUNTO À ANS

A _____, Entidade Acreditadora de Operadoras, inscrita no Cadastro Nacional das Pessoas Jurídicas sob o nº _____, sediada _____, neste ato representada por seu _____, (DADOS PESSOAIS DO REPRESENTANTE: nome, estado civil, identidade, CPF, residência), vem firmar o compromisso com a Agência Nacional de Saúde Suplementar com as seguintes obrigações:

- a) avaliar as operadoras de planos privados de assistência à saúde pelos critérios técnicos pré-estabelecidos pela ANS;
- b) não realizar consultoria às operadoras já acreditadas pela própria Entidade Acreditadora durante o período de 3 (três) anos após o fim de vigência da certidão de acreditação da operadora;
- c) só realizar acreditação – incluindo visitas de diagnóstico e de auditoria – na mesma operadora após um período de 3 (três) anos do fim da realização de consultoria;
- d) não realizar auditoria independente para Pesquisa de Satisfação de Beneficiários prevista no requisito 4.4 da Dimensão Experiência do Beneficiário estabelecida no inciso IV do art. 12 da Resolução Normativa 507, de 30 de Março de 2022, nas operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde a serem acreditadas pela própria Entidade Acreditadora;
- e) comunicar à ANS, no prazo de 30 (trinta) dias corridos, qualquer alteração na pessoa jurídica que altere os requisitos previstos no art. 3º da RN 507, de 30 de Março de 2022, para o reconhecimento como Entidade Acreditadora do Programa de Acreditação de Operadoras;
- f) ser analisada anualmente pelo CGCRE- INMETRO, por meio de avaliação de escritório e uma auditoria de testemunha para acompanhamento in loco, conforme previsto na NIT DICOR 026/INMETRO e suas alterações; e
- g) manter a documentação comprobatória de todos os atos praticados de acordo com a RN nº 452, de 2020, inclusive a comprovação da formação e experiência profissional dos auditores prevista no art. 14 da RN nº 452, de 2020; e
- h) no caso de perda da acreditação na forma do art. 23 da RN nº 452, de 2020, comunicar formalmente a ANS, no máximo, 15 (quinze) dias úteis.

DATA E LOCAL.

_____(assinatura)_____
NOME

REPRESENTANTE DA ENTIDADE ACREDITADORA PERANTE A ANS

9.6.2 DECLARAÇÃO AUSÊNCIA DE CONFLITOS DE INTERESSES

A _____, Entidade Acreditadora de Operadoras, inscrita no Cadastro Nacional das Pessoas Jurídicas sob o nº _____, sediada _____, neste ato representada por seu _____, (DADOS PESSOAIS REPRESENTANTE: nome, estado civil, identidade, CPF, residência), vem declarar que:

I - não possui administradores, acionistas controladores, sócios, alta gerência ou equipe de auditores com:

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

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

c) relação de trabalho, direta ou indireta, como empregado, administrador ou colaborador assalariado em Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde ou em alguma de suas controladas, coligadas ou equiparadas à coligada.

II – no grupo econômico ao qual pertença, não há pessoas jurídicas controladoras, coligadas ou equiparadas a coligadas com membros ou prepostos, bem como investimentos, nas condições do item I.

III – não foram identificadas outras causas que caracterizem comprometimento da nossa imparcialidade como Entidade Acreditadora a ser reconhecida pela ANS como Entidade Acreditadora do Programa de Acreditação de Operadoras.

DATA E LOCAL.

_____(assinatura)_____
NOME

REPRESENTANTE DA ENTIDADE ACREDITADORA PERANTE A ANS

PARA MAIS INFORMAÇÕES E OUTROS ESCLARECIMENTOS, ENTRE EM CONTATO COM A ANS.
VEJA ABAIXO NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO:



Disque ANS
0800 701 9656



**Formulário
Eletrônico**
www.gov.br/ans



**Atendimento presencial
em Núcleos da ANS**
Acesse o portal e
confira os endereços



**Atendimento
exclusivo para
deficientes auditivos**
0800 021 2105



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



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



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



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



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



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

