

RESOLUÇÃO NORMATIVA – RN Nº XX, DE XX DE DEZEMBRO DE 2010.

Institui 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; os arts. 31, inciso I, alínea “c”, e 86, inciso II, alínea “a”, ambos da Resolução Normativa – RN nº 197, de 16 de julho de 2009, em reunião ordinária realizada em 1º de dezembro de 2010, adotou a seguinte Resolução Normativa e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação.

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

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

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

I – programa de acreditação de OPS: processo voluntário para avaliação da adequação e eficiência dos serviços disponibilizados pelas OPS, realizado por entidades acreditadoras;

II – certificado de acreditação: documento emitido pela Coordenação Geral de Acreditação - CGCRE do Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial - INMETRO, reconhecendo a competência técnica de um organismo de certificação para executar o programa de acreditação de OPS, desde que atendidos todos os requisitos estabelecidos pelo INMETRO;

III – homologação: procedimento pelo qual a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS autoriza formalmente um organismo de certificação que recebeu o certificado de acreditação, a atuar como entidade acreditadora das OPS;

IV – entidades acreditadoras: são pessoas jurídicas de direito público ou privado que receberam o certificado de acreditação do INMETRO e foram homologadas pela ANS, e

V - certidão de acreditação: documento emitido por uma entidade acreditadora, após a aplicação do programa de acreditação em uma operadora de planos privados de assistência à saúde,

que estabelece em três níveis o padrão de qualidade encontrado, desde que alcançada uma pontuação final mínima e com prazo de validade.

CAPÍTULO II

DO CERTIFICADO DE ACREDITAÇÃO E DA HOMOLOGAÇÃO

Seção I

Do Certificado de Acreditação

Art. 3º Cabe ao INMETRO realizar processo avaliativo para reconhecer a competência técnica dos organismos de certificação que pretenderem executar o programa de acreditação de OPS.

Parágrafo único. O reconhecimento de competência técnica de que trata o **caput** será feito por meio da expedição do certificado de acreditação, que deverá ser renovado na periodicidade determinada pelo INMETRO.

Seção II

Da Homologação

Art. 4º Somente serão homologadas pela ANS como entidades acreditadoras, as instituições que:

I - possuírem representação no Brasil;

II - possuírem certificado de acreditação válido, emitido pela CGCRE do INMETRO; e

III – cumprirem as demais exigências previstas nesta resolução.

§ 1º Apenas as instituições que receberem a homologação da ANS serão reconhecidas como entidades acreditadoras aptas a executar o programa de acreditação de OPS e a emitir a certidão de acreditação.

§ 2º A homologação será publicada no Diário Oficial da União - DOU e será válida pelo tempo previsto no certificado de acreditação.

Art. 5º A entidade acreditadora deverá enviar envelope lacrado para a ANS, localizada na Av. Augusto Severo, n.º 84 – 8º andar, Glória, CEP: 20.021-040, Rio de Janeiro/RJ, com o pedido de homologação, acompanhado da seguinte documentação:

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

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

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

IV – cópia autenticada do seu certificado de acreditação.

§ 1º O pedido de homologação também deverá conter o endereço completo da instituição, números de telefone e outros dados para contato, tais como e-mail e número de FAX.

§ 2º Deverá constar, do lado externo do envelope especificado no **caput**, “ACREDITAÇÃO DE OPS – REQUERIMENTO DE HOMOLOGAÇÃO”.

Art. 6º A cada renovação do certificado de acreditação, o organismo de certificação deverá enviar novo requerimento à ANS e submeter-se à nova homologação, de acordo com o previsto nos artigos 4º e 5º desta resolução.

Art. 7º A qualquer tempo, a homologação será anulada pela ANS na hipótese de ocorrência de fraude, e poderá ser revogada, se descumpridas as exigências previstas nesta resolução.

Parágrafo único. A anulação ou revogação da homologação será publicada no D.O.U..

CAPÍTULO III

DO PROGRAMA DE ACREDITAÇÃO DE OPS

Seção I

Do Funcionamento

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

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

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

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

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

§ 5º O relatório de que trata o § 3º será mantido em sigilo pela ANS para as OPS que não obtiverem a certidão de acreditação, sendo utilizado apenas para a realização de estudos referentes à qualidade da saúde suplementar.

§ 6º Em nenhuma hipótese serão divulgados dados que permitam a identificação das OPS que se submeteram ao programa de acreditação de OPS e não foram acreditadas.

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

Art. 10. As OPS que veicularem material publicitário ou propaganda, por qualquer meio, com menção a processo de acreditação, certidão de acreditação ou documento similar, que tenha sido executado ou emitido, respectivamente, por instituição certificadora que não tenha sido previamente homologada pela ANS, estarão sujeitas às penalidades previstas na regulamentação setorial em vigor.

Seção II

Do Processo de Acreditação

Art. 11. O programa de acreditação de OPS consiste em uma série de itens, distribuídos em sete dimensões, cujo objetivo é avaliar o grau de conformidade de cada item quando confrontado com as práticas adotadas pela operadora, de acordo com o Anexo III.

Parágrafo único. A entidade acreditadora escolhida pela operadora executará o programa de acreditação e confrontará o padrão de cada um dos itens com o padrão encontrado na operadora, sendo então aferido o grau de conformidade que a operadora apresenta em relação a cada um dos itens.

Seção III

Do Sistema de Pontuação

Art. 12. A entidade acreditadora deverá obedecer aos critérios de pontuação estabelecidos nesta resolução, quando da aplicação do programa de acreditação.

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

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

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

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

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

I – total;

II – parcial;

III – não existente ou não conformidade; ou

IV – não aplicável.

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

I – total: o item é avaliado como implantado em pelo menos 90% (noventa por cento) há, no mínimo, 12 (doze) meses;

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

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

IV – não aplicável: o item não será avaliado.

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

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

I – total: 10 (dez) pontos;

II – parcial: 5 (cinco) pontos;

III – não existente ou não conformidade: 0 (zero) pontos; ou

IV – não aplicável: não será computado para fins de pontuação.

Art 20. Ficam definidas, no Anexo III da presente resolução, as dimensões e seus respectivos itens que deverão ser usados pelas entidades acreditadoras no processo de avaliação das OPS, quando da aplicação do programa de acreditação.

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

I – certidão nível I: para as OPS que obtiverem nota final entre 90 (noventa) e 100 (cem) pontos;

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

III – certidão nível III: para as OPS que obtiverem nota final entre 70 (setenta) e 79 (setenta e nove) pontos.

Parágrafo único. As certidões nível II e nível III terão prazo de validade de 2 (dois) anos e a certidão nível I será válida por 3 (três) anos.

CAPÍTULO IV

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 22. A Resolução Normativa – RN nº 124, de 30 de março de 2006, passa a vigorar acrescida do seguinte artigo:

“Art. 74-D. Veicular material publicitário ou propaganda, por qualquer meio, com menção a processo de acreditação, certidão de acreditação ou documento similar, que tenha sido executado ou emitido, respectivamente, por instituição certificadora que não tenha sido previamente homologada pela ANS.

Sanção – advertência
multa de R\$ 25.000,00.”

Art. 23. Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

MAURICIO CESCHIN
Diretor-Presidente

ANEXO I

Dimensão	Nome da Dimensão	Quantitativo de Itens	Peso	Nota Mínima
Dimensão 1	Programa de Melhoria da Qualidade – PMQ	12	1	70
Dimensão 2	Dinâmica da Qualidade e Desempenho da Rede Prestadora	19	2	70
Dimensão 3	Sistemáticas de Gerenciamento das Ações dos Serviços de Saúde	24	2	70
Dimensão 4	Satisfação dos Beneficiários	6	2	70
Dimensão 5	Programas de Gerenciamento de Doenças e Promoção da Saúde	57	1	70
Dimensão 6	Estrutura e Operação	15	2	70
Dimensão 7	Gestão	43	1	70

ANEXO II

$$D_1 = \frac{\sum_{i=1}^{12} X_{D1}^i}{12} \times 10$$

Onde D_1 é a nota obtida na Dimensão 1, com variação entre 0 (zero) e 100 (cem) e onde X_{D1}^i é a nota obtida no i-ésimo item da Dimensão 1.

$$D_2 = \frac{\sum_{i=1}^{19} X_{D2}^i}{19} \times 10$$

Onde D_2 é a nota obtida na Dimensão 2, com variação entre 0 (zero) e 100 (cem) e onde X_{D2}^i é a nota obtida no i-ésimo item da Dimensão 2.

$$D_3 = \frac{\sum_{i=1}^{24} X_{D3}^i}{24} \times 10$$

Onde D_3 é a nota obtida na Dimensão 3, com variação entre 0 (zero) e 100 (cem) e onde X_{D3}^i é a nota obtida no i-ésimo item da Dimensão 3.

$$D_4 = \frac{\sum_{i=1}^6 X_{D4}^i}{6} \times 10$$

Onde D_4 é a nota obtida na Dimensão 4, com variação entre 0 (zero) e 100 (cem) e onde X_{D4}^i é a nota obtida no i-ésimo item da Dimensão 4.

$$D_5 = \frac{\sum_{i=1}^{57} X_{D5}^i}{57} \times 10$$

Onde D_5 é a nota obtida na Dimensão 5, com variação entre 0 (zero) e 100 (cem) e onde X_{D5}^i é a nota obtida no i-ésimo item da Dimensão 5.

$$D_6 = \frac{\sum_{i=1}^{15} X_{D6}^i}{15} \times 10$$

Onde D_6 é a nota obtida na Dimensão 6, com variação entre 0 (zero) e 100 (cem) e onde X_{D6}^i é a nota obtida no i-ésimo item da Dimensão 6.

$$D_7 = \frac{\sum_{i=1}^{43} X_{D7}^i}{43} \times 10$$

Onde D_7 é a nota obtida na Dimensão 7, com variação entre 0 (zero) e 100 (cem) e onde X_{D7}^i é a nota obtida no i-ésimo item da Dimensão 7.

$$NF = \frac{\sum_{k=1}^7 D_k P_k}{\sum_{k=1}^7 P_k}$$

Onde D_k é a nota obtida na k-ésima dimensão e P_k é o peso da k-ésima dimensão.

ANEXO III

DIMENSÃO 1- PROGRAMA DE MELHORIA DA QUALIDADE – PMQ:				
	Graus de Conformidade:			
	Total	Parcial	Não existente/ Não conformidade	Não Aplicável
Existe um grupo responsável pelo Programa de Melhoria da Qualidade (PMQ) da OPS.				
Há um médico especificamente designado participando do grupo responsável pelo Programa de Melhoria da Qualidade (PMQ) da OPS.				
O grupo responsável pelo PMQ supervisiona as atividades relacionadas à melhoria de qualidade em todas as atividades/processos da OPS, incluindo aspectos relacionados à segurança do paciente e à qualidade dos serviços oferecidos pela rede prestadora.				
A estrutura e funções do grupo responsável pelo PMQ estão formalmente definidas, bem como existem registros de frequência e das atas (datadas e assinadas) das reuniões do grupo, onde todas as suas decisões e ações estão detalhadas.				
O grupo responsável pelo PMQ possui um plano anual de trabalho.				
Existem recursos (financeiros, materiais e humanos) direcionados para o grupo responsável pelo PMQ.				
Existe um histórico de todas as atividades do grupo responsável pelo PMQ (realizadas e em andamento).				
O grupo responsável pelo PMQ institui e acompanha indicadores para avaliação da segurança e da qualidade dos serviços oferecidos pela rede prestadora.				
O grupo responsável pelo PMQ recomenda políticas de melhoria da qualidade.				
Os resultados das atividades do grupo do PMQ são analisados e avaliados.				

O grupo do PMQ institui planos de ação, quando necessário, e os acompanha adequadamente.				
A OPS promove divulgação anual do seu PMQ, tanto para os beneficiários quanto para a rede prestadora.				

DIMENSÃO 2 - DINÂMICA DA QUALIDADE E DESEMPENHO DA REDE PRESTADORA:				
A OPS tem processo escrito e bem definido de avaliação e seleção de médicos e demais prestadores para sua rede.				
A OPS tem políticas escritas e processos formais de aplicação de penalidades a médicos e demais prestadores, nos casos em que é constatada a não conformidade com a manutenção do credenciamento ou a falta de qualidade ou deficiência de segurança por parte dos prestadores.				
A OPS tem acesso aos prontuários de seus beneficiários, observados os limites legais.				
A OPS possui política clara e formalizada em contrato, de incentivos financeiros e não-financeiros aos seus prestadores, vinculados à adoção de boas práticas, desfechos clínicos e excelência no atendimento a padrões e protocolos.				
A OPS viabiliza programas de capacitação e educação continuada em saúde, para sua rede prestadora, com o objetivo de melhorar os resultados da atenção à saúde.				
A OPS desenvolve soluções conjuntas com sua rede prestadora, a qual colabora regularmente no desenvolvimento de novos processos ou serviços, bem como na utilização de novas tecnologias.				
A OPS oferece incentivos à acreditação/certificação de sua rede prestadora e mantém registros atualizados periodicamente sobre o grau de qualidade de sua rede.				
A auditoria concorrente (própria ou terceirizada) possui regras claras de operação, no intuito de aferir a qualidade e adequação dos serviços prestados pela rede.				

A OPS verifica a renovação de certificados, diplomas e alvarás necessários ao funcionamento da rede prestadora, segundo a legislação estadual e federal, dentro do prazo de validade, e condiciona a manutenção do credenciamento à atualização desses documentos.				
A OPS efetua regularmente a auditoria dos atendimentos hospitalares e pré-hospitalares de urgência e emergência em que um médico qualificado analisa o quadro clínico de entrada, bem como procedimentos, condutas e diagnósticos de alta.				
A OPS tem programa de qualidade relativo à segurança do paciente, que inclui a revisão do prontuário e a análise da adequação do atendimento, bem como supervisão efetiva das atividades de melhoria contínua do atendimento aos pacientes.				
A OPS estimula a boa-prática clínica da rede prestadora por meio da adoção de protocolos clínicos comprovadamente efetivos, para pelo menos duas condições clínicas.				
A OPS atualiza os protocolos no mínimo a cada dois anos.				
A OPS distribui os protocolos aos prestadores adequados da rede (prestadores relacionados às práticas contidas nos protocolos).				
A OPS anualmente avalia a performance de pelo menos dois aspectos clínicos relacionados aos protocolos.				
A OPS orienta a rede prestadora com relação à manutenção da confidencialidade dos dados clínicos dos beneficiários.				
A OPS verifica periodicamente se os prestadores da rede efetivamente mantêm a confidencialidade dos dados clínicos dos beneficiários.				
A OPS estimula a adoção de sistema informatizado para a manutenção de arquivos médicos pela rede prestadora.				
A OPS estimula a melhoria constante da qualidade dos arquivos médicos mantidos pela rede prestadora.				

DIMENSÃO 3 - SISTEMÁTICAS DE GERENCIAMENTO DAS AÇÕES DOS SERVIÇOS DE SAÚDE:**3.1 Distribuição Quantitativa e Geográfica da Rede Prestadora:****3.1.1 Atenção Primária à Saúde (Clínica Geral, Medicina da Família, Pediatria, G.O. e Cirurgia Geral):**

Existem critérios quantitativos e mensuráveis para estabelecer o número adequado de prestadores de atenção primária à saúde da rede.				
Existem critérios quantitativos e mensuráveis para a distribuição geográfica dos prestadores de atenção primária à saúde da rede.				
Anualmente é realizada análise de desempenho do número de prestadores de atenção primária à saúde da rede, tendo como referência os critérios previamente estabelecidos.				
Anualmente é realizada análise de desempenho da distribuição geográfica dos prestadores de atenção primária à saúde da rede, tendo como referência os critérios previamente estabelecidos.				

3.1.2 Atenção Especializada à Saúde (demais especialidades médicas):

Existem critérios quantitativos e mensuráveis para estabelecer o número adequado de prestadores de atenção especializada à saúde da rede.				
Existem critérios quantitativos e mensuráveis para a distribuição geográfica dos prestadores de atenção especializada à saúde da rede.				
Anualmente é realizada análise de desempenho do número de prestadores de atenção especializada à saúde da rede, tendo como referência os critérios previamente estabelecidos.				
Anualmente é realizada análise de desempenho da distribuição geográfica dos prestadores de atenção especializada à saúde da rede, tendo como referência os critérios previamente estabelecidos.				

3.1.3 Atenção de Urgência e Emergência à Saúde:

Existem critérios quantitativos e mensuráveis para estabelecer o número adequado de prestadores de atenção de urgência e emergência à saúde da rede.				
Existem critérios quantitativos e mensuráveis para a distribuição geográfica dos prestadores de atenção de urgência e emergência à saúde da rede.				
Anualmente é realizada análise de desempenho do número de prestadores de atenção de urgência e emergência à saúde da rede, tendo como referência os critérios previamente estabelecidos.				
Anualmente é realizada análise de desempenho da distribuição geográfica dos prestadores de atenção de urgência e emergência à saúde da rede, tendo como referência os critérios previamente estabelecidos.				

3.2 Identificação de Obstáculos ao Acesso à Rede Prestadora:

A OPS estabelece mecanismos para assegurar o acesso dos beneficiários à rede prestadora de atenção primária à saúde.				
A OPS estabelece mecanismos para assegurar o acesso dos beneficiários à rede prestadora de atenção especializada à saúde.				
A OPS estabelece mecanismos para assegurar o acesso dos beneficiários à rede prestadora de atenção de atenção de urgência e emergência à saúde.				
A OPS estabelece prontamente um plano de ação quando identifica obstáculos ao acesso dos beneficiários à rede prestadora de atenção primária à saúde da rede.				
A OPS estabelece prontamente um plano de ação quando identifica obstáculos ao acesso dos beneficiários à rede prestadora de atenção especializada à saúde da rede.				
A OPS estabelece prontamente um plano de ação quando identifica obstáculos ao acesso dos beneficiários à rede prestadora de atenção de urgência e emergência à saúde da rede.				

<p>A OPS coordena ativamente os atendimentos de urgência e emergência, integrando as unidades prestadoras e o serviço de remoção e atenção pré-hospitalar para assegurar acesso adequado e oportuno aos beneficiários.</p>				
<p>3.3 Autorizações Prévias:</p>				
<p>A OPS mantém documentação adequada (arquivo) contendo suas respostas às solicitações de autorização para realização de exames, procedimentos e internações, incluindo as justificativas técnico-administrativas (especialmente quando há não-autorização). Este arquivo está organizado por data, nº matrícula ou outra forma de fácil acesso para consulta.</p>				
<p>O controle da autorização para realização de exames, procedimentos e internações, bem como da não-autorização, é supervisionado por profissionais de saúde qualificados, acessíveis no local ou por telefone, que se envolvem no treinamento da equipe, na verificação da consistência e da adequação das decisões.</p>				
<p>A OPS apresenta resposta à solicitação de autorização para realização eletiva de exames, procedimentos e internações em, no máximo, vinte e quatro horas e disponibiliza justificativa por escrito quando assim solicitada.</p>				
<p>A OPS dispõe de mecanismo formal e devidamente documentado para providenciar com agilidade a formação de junta médica, de acordo com a legislação de saúde suplementar, nas situações de divergência médica a respeito de autorização prévia.</p>				
<p>Existe política escrita e evidências de que a OPS notifica o médico solicitante de que há médico responsável disponível para discutir questões pertinentes relativas à negativa de autorização e os meios para entrar em contato com ele.</p>				

DIMENSÃO 4 – SATISFAÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS:

A OPS identifica a população-alvo, com base nas reclamações e solicitações dos beneficiários, para realização da avaliação de satisfação; há seleção apropriada de uma amostra da população-alvo, caso seja utilizada uma amostra; os dados coletados são válidos; a avaliação é realizada anualmente.				
A OPS tem políticas e procedimentos para registrar, analisar, responder e gerenciar as reclamações dos beneficiários, efetuadas por qualquer canal de comunicação.				
A OPS pesquisa a satisfação dos beneficiários com relação à facilidade para marcação de consultas e de exames complementares na rede credenciada.				
A OPS pesquisa a satisfação dos beneficiários com o atendimento prestado pela rede prestadora.				
Há mensuração, utilizando metodologia válida, da satisfação dos beneficiários com todos os canais de atendimento disponibilizados pela OPS.				
A OPS anualmente identifica pontos específicos para o implemento de melhorias, estabelece prioridades e decide quando agir oportunamente, com base na análise das reclamações e solicitações dos beneficiários.				

DIMENSÃO 5 – PROGRAMAS DE GERENCIAMENTO DE DOENÇAS E PROMOÇÃO DA SAÚDE:**5.1 Programas de Gerenciamento de Casos Complexos:****5.1.1 Identificação da População-Alvo:**

A OPS utiliza as seguintes fontes de dados para identificar beneficiários potencialmente elegíveis: relatórios de altas hospitalares; medicamentos solicitados (caso ofereça benefício-farmácia); relatórios de utilização e de reclamações dos beneficiários.

A OPS possui múltiplas vias para receber indicações de possíveis candidatos ao Programa, tais como: Programas de Gerenciamento de Doenças; beneficiários (auto-indicação); médicos assistentes.

5.1.2 Sistemas de Informação

A OPS utiliza sistemas de informação para gerenciamento dos casos, baseados em protocolos e diretrizes clínicas, embasados cientificamente.

Cada interação/ação feita com um beneficiário participante do programa é formalmente documentada e datada no sistema.

O sistema emite avisos automaticamente, indicando as datas programadas para reavaliação dos pacientes.

5.1.3 Aspectos Operacionais dos Programas de Gerenciamento de Casos Complexos

A OPS fornece material explicativo referente aos Programas aos beneficiários elegíveis com informações sobre: regras de utilização; critérios de elegibilidade; procedimentos que o beneficiário deve seguir para aderir ou se desligar dos Programas.

É sempre assegurado o direito do beneficiário elegível de recusar-se a participar dos programas ou de neles permanecer, a qualquer momento.

Há documentação que comprove formalmente o consentimento do beneficiário em participar do programa, bem como é realizada uma avaliação inicial que inclui condições específicas da saúde do beneficiário.

A história clínica e a utilização de medicamentos estão adequadamente documentadas.				
É realizada uma avaliação inicial, bem como um planejamento das atividades diárias do beneficiário.				
É realizada uma avaliação inicial do estado mental, incluindo funções cognitivas, do beneficiário.				
É realizada uma avaliação inicial que envolve os aspectos relativos à linguagem, preferências ou limitações do beneficiário.				
É realizada uma avaliação inicial quanto à adequação das pessoas que auxiliam o beneficiário em seu tratamento ou de identificar se o beneficiário necessitará de pessoas que o auxiliem em seu tratamento.				
É realizada avaliação objetiva e sistemática dos benefícios ganhos com a participação do beneficiário no programa.				
São estabelecidas metas individuais de curto e longo prazo para o beneficiário.				
É feita uma identificação de possíveis obstáculos para o cumprimento das metas estabelecidas para o beneficiário.				
É estabelecida uma rotina para acompanhamento e comunicação com o beneficiário.				
5.1.4 Avaliação da Satisfação do Beneficiário - Programas de Gerenciamento de Casos Complexos				
Pelo menos uma vez ao ano a OPS avalia a satisfação dos beneficiários participantes dos Programas.				
Pelo menos uma vez ao ano a OPS avalia as reclamações e solicitações dos beneficiários participantes dos Programas.				
5.1.5 Informações à Rede Prestadora:				
A OPS entrega material escrito à rede prestadora com informações acerca do funcionamento dos Programas e de como o médico assistente do beneficiário pode colaborar com os Programas.				
5.1.6 Avaliação da Efetividade dos Programas de Gerenciamento de Casos Complexos				
A OPS avalia a efetividade de seus Programas utilizando ao menos três indicadores. Para cada indicador são usados métodos válidos para a obtenção de resultados quantitativos.				

Para cada indicador a OPS estabelece metas de desempenho na avaliação da efetividade.				
Para cada indicador a OPS analisa os resultados da efetividade.				
Ao fazer a análise dos indicadores de efetividade de seus Programas, a OPS identifica oportunidades para a implantação de melhorias, caso existam.				
Ao fazer a análise dos indicadores de efetividade de seus Programas, a OPS desenvolve um plano de intervenção e reavaliação.				
5.2 Programas de Gerenciamento de Doenças Crônicas				
5.2.1 Identificação da População-Alvo:				
A OPS utiliza as seguintes fontes de dados para identificar beneficiários potencialmente elegíveis: relatórios de altas hospitalares; medicamentos solicitados (caso ofereça benefício-farmácia); relatórios de utilização e de reclamações dos beneficiários.				
A OPS possui múltiplas vias para receber indicações de possíveis candidatos ao Programa, tais como: beneficiários (auto-indicação); médicos assistentes.				
5.2.2 Sistemas de Informação:				
A OPS utiliza sistemas de informação para gerenciamento dos casos, baseados em protocolos e diretrizes clínicas, embasados cientificamente.				
Cada interação/ação feita com um beneficiário participante do programa é formalmente documentada e datada no sistema.				
O sistema emite avisos automaticamente, indicando as datas programadas para reavaliação dos pacientes.				
5.2.3 Aspectos Operacionais dos Programas de Gerenciamento de Doenças Crônicas:				
A OPS entrega material explicativo referente aos Programas aos beneficiários elegíveis com informações sobre: regras de utilização; critérios de elegibilidade; procedimentos que o beneficiário deve seguir para aderir ou se desligar dos Programas.				

É sempre assegurado o direito do beneficiário elegível de recusar-se a participar dos programas ou de neles permanecer, a qualquer momento.				
Há documentação que comprove formalmente o consentimento do beneficiário em participar do programa, bem como é realizada uma avaliação inicial que inclui condições específicas da saúde do beneficiário.				
A história clínica e a utilização de medicamentos estão adequadamente documentadas.				
É realizada uma avaliação inicial, bem como um planejamento das atividades diárias do beneficiário.				
É realizada uma avaliação inicial do estado mental, incluindo funções cognitivas, do beneficiário.				
É realizada uma avaliação inicial que envolve os aspectos relativos à linguagem, preferências ou limitações do beneficiário.				
É realizada uma avaliação inicial quanto à adequação das pessoas que auxiliam o beneficiário em seu tratamento ou de identificar se o beneficiário necessitará de pessoas que o auxiliem em seu tratamento.				
É realizada avaliação objetiva e sistemática dos benefícios ganhos com a participação do beneficiário no programa.				
São estabelecidas metas individuais de curto e longo prazo para o beneficiário.				
É feita uma identificação de possíveis obstáculos para o cumprimento das metas estabelecidas para o beneficiário.				
É estabelecida uma rotina para acompanhamento e comunicação com o beneficiário.				
5.2.4 Avaliação da Satisfação do Beneficiário - Programas de Gerenciamento de Doenças Crônicas:				
Pelo menos uma vez ao ano a OPS avalia a satisfação dos beneficiários participantes dos Programas.				
Pelo menos uma vez ao ano a OPS avalia as reclamações e solicitações dos beneficiários participantes dos Programas.				

5.2.5 Informações à Rede Prestadora:				
A OPS entrega material escrito à rede prestadora com informações acerca do funcionamento dos Programas e de como o médico assistente do beneficiário pode colaborar com os Programas.				
5.2.6 Avaliação da Efetividade dos Programas de Gerenciamento de Doenças Crônicas:				
A OPS avalia a efetividade de seus Programas utilizando ao menos três indicadores. Para cada indicador são usados métodos válidos para a obtenção de resultados quantitativos.				
Para cada indicador a OPS estabelece metas de desempenho na avaliação da efetividade.				
Para cada indicador a OPS analisa os resultados da efetividade.				
Ao fazer a análise dos indicadores de efetividade de seus Programas, a OPS identifica oportunidades para a implantação de melhorias, caso existam.				
Ao fazer a análise dos indicadores de efetividade de seus Programas, a OPS desenvolve um plano de intervenção e reavaliação.				
5.3 Programas de Promoção da Saúde:				
A OPS disponibiliza Programas antitabagismo voltados para todas as faixas etárias.				
A OPS promove treinamento ou fornece material explicativo a seus beneficiários relativo à saúde bucal.				
A OPS promove treinamento ou fornece material explicativo especialmente voltado para os idosos, incluindo medidas preventivas para risco de quedas.				
A OPS promove treinamento ou fornece material explicativo acerca de hábitos de vida saudáveis, incluindo hábitos nutricionais, medidas de higiene e prevenção de infecções.				
A OPS monitora a cobertura vacinal das crianças sob sua responsabilidade, acompanhando a regularidade e o correto cumprimento do calendário vacinal.				

A OPS efetua vacinação de seus beneficiários de forma complementar ao SUS, especialmente em epidemias.				
A OPS disponibiliza programas de <i>Home Care</i> , com o objetivo de evitar ou abreviar o período de internação sempre que possível, incluindo até mesmo doentes de alta complexidade.				

DIMENSÃO 6 – ESTRUTURA E OPERAÇÃO:

6.1 Qualidade da Estrutura Físico-Funcional:				
A OPS possui ambiente confortável, que respeite a privacidade do beneficiário para o atendimento pessoal, inclusive de gestantes, idosos, crianças e portadores de necessidades especiais.				
Os arquivos físicos da OPS, contendo a documentação cadastral, tanto dos beneficiários quanto dos prestadores da rede, se encontram em local adequado e estão ordenados de forma eficiente.				
A OPS possui call center disponível vinte e quatro horas e sete dias por semana para atendimento aos beneficiários.				
A OPS avalia trimestralmente se as ligações telefônicas em seu call-center são atendidas dentro de 30 segundos (URA)				
A taxa de abandono de ligações recebidas no call-center da OPS é avaliada trimestralmente e está dentro de 5%.				
6.2 Interface com Beneficiários:				
A OPS presta atendimento por telefone ou pelo <i>site</i> para fornecer aos clientes informações sobre os contratos, especialmente acerca de mecanismos de regulação, segundas vias de carteira de beneficiário e de boletos de cobrança.				

<p>O contrato/apólice está claro e em linguagem acessível com relação: aos prazos carenciais; aos eventos cobertos e excluídos; aos critérios de reajuste das mensalidades; ao funcionamento da franquia/co-participação (se aplicável); às regras para a Cobertura Parcial Temporária; à abrangência geográfica do contrato; às condições para reembolso; às regras para autorizações prévias de exames, procedimentos ou internações; aos critérios para suspensão/rescisão contratual; funcionamento da porta de entrada ou acesso hierarquizado (se aplicável); portabilidade de carências (se aplicável).</p>				
<p>A OPS fornece, aos seus clientes, manuais para consulta rápida, em linguagem clara e objetiva, contendo todas as explicações acerca dos itens contratuais, especialmente os que se referem às regras de funcionamento dos mecanismos de regulação (financeiros e não-financeiros), do reembolso de despesas e dos reajustes das mensalidades.</p>				
<p>A OPS fornece lista atualizada de sua rede prestadora no momento da contratação e promove divulgação imediata, de qualquer alteração da lista, por meio de seu <i>call-center</i> ou atendimento pessoal, quando há solicitação do beneficiário. E ainda, atualiza a lista em sua <i>homepage</i> quinzenalmente e promove a atualização completa da lista impressa anualmente.</p>				
<p>A OPS possui manuais que são utilizados por seus colaboradores da área de atendimento, contendo informações detalhadas acerca dos itens contratuais dos beneficiários, especialmente os relacionados ao funcionamento dos mecanismos de regulação, bem como dos canais adequados para recebimento de sugestões e reclamações.</p>				
<p>A OPS tem políticas escritas, sistemas de segurança e de proteção da confidencialidade da informação clínica de seus clientes e de todos os dados pessoais que possam causar riscos ou danos, inclusive morais aos clientes.</p>				

A OPS oferece aos beneficiários um programa completo de assistência farmacêutica, incluindo doentes crônicos.				
A OPS efetua, em até trinta dias, o reembolso das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, de acordo com a previsão contratual.				
A OPS notifica os beneficiários com trinta dias de antecedência do término do contrato de prestadores das especialidades básicas e oferece outras opções aos beneficiários.				
Os beneficiários são adequadamente informados de qualquer alteração na rotina operacional da utilização dos serviços, especialmente dos canais de comunicação com a OPS (ex: novos números de telefone para contato, novos endereços, etc).				

DIMENSÃO 7 – GESTÃO:				
7.1 Gestão de Pessoas e Liderança:				
A OPS possui canais permanentes de comunicação com seus colaboradores, disponibilizando espaços para compartilhamento de conhecimento e a integração em todos os níveis.				
A estrutura, os sistemas, os registros e os processos em gestão de pessoas são precisos e integrados a fim de atender às demandas dos colaboradores e às necessidades da organização.				
A OPS atende ao mercado de modo customizado, com estruturas dedicadas a prevenir a evasão de clientes.				
A política de gestão de pessoas é formal, transparente e alinhada – com metas e indicadores – ao planejamento estratégico, no qual os colaboradores são tratados como vitais para o sucesso da organização.				
A qualidade de vida no trabalho (segurança, saúde, higiene, medicina ocupacional, assistência social, etc.) é considerada estratégica, acompanhada regularmente e reconhecida como satisfatória pelos colaboradores.				

<p>A visão, missão e os valores são promovidos, de forma consistente, por meio de atos simbólicos e ações incorporadas às práticas cotidianas em todos os níveis organizacionais e como parte da construção da sua cultura socialmente responsável.</p>				
<p>A OPS desenvolve um leque completo de programas de treinamento adequados às suas necessidades, ao seu porte e ao seu estágio de desenvolvimento (exemplos: estágios, <i>trainees</i>, idiomas, capacitação digital, <i>e-learning</i>, universidade corporativa).</p>				
<p>A OPS mantém inventário das competências, habilidades, experiências e interesses dos colaboradores, que são utilizados como critério para promoções, de modo que a evolução profissional esteja associada, principalmente, à aquisição de competências.</p>				
<p>São realizadas, com frequência regular, pesquisas de satisfação entre os colaboradores, com metas e indicadores definidos, para garantir que os colaboradores se sintam satisfeitos de trabalhar na OPS e que tenham admiração e orgulho por ela.</p>				
<p>A OPS prepara planos de desenvolvimento personalizados para todos os colaboradores com base em suas lacunas de competência e tem estratégias explícitas para a retenção dos talentos potenciais (programas de sucessão, trilhas de carreira e cenários) de forma a garantir, em longo prazo, a disponibilidade de recursos humanos e competências que serão necessários para o seu crescimento.</p>				
<p>A rotatividade de pessoal é acompanhada e comparada a outras organizações do setor, os desligamentos são feitos de modo responsável ou incentivados e existem programas de preparação para a aposentadoria.</p>				
<p>O processo de recrutamento e seleção é baseado em competências e diversidade (personalidades, experiências, cultura, educação formal, minorias, etc.), de forma a atender, de modo amplo, às necessidades de longo prazo da OPS.</p>				

<p>A OPS tem processos formais e metodologias para a gestão das mudanças requeridas ao desenvolvimento organizacional por meio de instrumentos com base comportamental (cultura, clima, gestão participativa, desenvolvimento individual e inter-equipes, solução de conflitos, facilitação, consultoria interna, etc.)</p>				
<p>O acesso dos colaboradores às hierarquias superiores, para sugestões de melhorias, é garantido através de processos e mecanismos formais.</p>				
<p>A OPS possui plano de cargos e salários e programa de benefícios compatíveis com as exigências e requerimentos das atribuições, o que torna a organização atrativa no mercado de oferta de empregos.</p>				
<p>A OPS organiza equipes multidisciplinares que se sobrepõem à estrutura formal tradicional e hierárquica na administração de conflitos e divergências internos, tais como "política de portas abertas", "organizações em células", etc.</p>				
<p>Existe liberdade de empreender, e os colaboradores que contribuem com ideias e ações de melhorias (em processos, produtos, segurança, relacionamento com clientes, etc.) são reconhecidos.</p>				
<p>A OPS tem processos para geração de novas ideias, conceitos e aplicações e desenvolvimento de novos produtos, serviços e soluções, de forma a fidelizar e conquistar novos clientes.</p>				
<p>A OPS patrocina e estabelece acordos formais com universidades e institutos de pesquisa técnicos ou científicos e escolas técnico-profissionais, seja para contratação de professores e pesquisadores ou para condução de pesquisas externas e tem habilidade na gestão dessas parcerias.</p>				

Os processos para geração de conhecimento na área de saúde são bem documentados, em bases organizadas e úteis para o aprendizado organizacional e a OPS tem colaboradores com responsabilidades específicas em termos de classificação, organização, codificação e proteção de informações e conhecimentos estratégicos.				
A OPS tem compromissos rígidos com a proteção de seus clientes e procedimentos éticos e ambientalmente justos, que orientem todos em código de conduta que seja motivo de orgulho e de valorização profissional.				
Existem programas efetivos e regulares de participação nos resultados (distribuição de lucros e/ou opções acionárias), bem como sistemas de remuneração com foco em resultados e de premiação e reconhecimento por contribuições extraordinárias.				
7.2 Gestão da Tecnologia:				
Os cadastros dos beneficiários e dos prestadores da rede são eficientes, padronizados e acessíveis por sistemas informatizados Para cada beneficiário ou prestador da rede existe um cadastro completo, sem dados incompletos.				
Os cadastros dos beneficiários e o dos prestadores da rede são constantemente atualizados.				
Os sistemas de cadastro de beneficiários e de prestadores da rede podem ser atualizados pela Internet ou por meio de ligação telefônica, observadas as regras de segurança de dados.				
A OPS introduz periodicamente novos produtos e soluções, determinando recursos e estabelecendo metas e indicadores. E ainda, considera formalmente, no seu planejamento estratégico anual, as inovações e a melhoria de processos e produtos, em ambientes tecnológicos dinâmicos com a assimilação de tecnologias mutáveis e de ponta.				

A OPS compara sistematicamente seus produtos, serviços, processos e soluções com os de outras organizações (locais ou globais), de modo a ser referência em tecnologia no setor e considerada de classe mundial. A promoção das atividades de <i>benchmarking</i> tem recursos orçamentários e metas anuais fixadas.				
A OPS possui infraestrutura e ferramentas de TI e Telecom (<i>hardware, software, sistemas, soluções, etc.</i>) adequadas que garantam a eficiência nos processos de gestão de saúde.				
Existem planos e projetos para desenvolvimento e melhoria de tecnologia do setor, visando melhorar os processos assistenciais e demais aplicações em toda a organização.				
A OPS licencia tecnologias próprias ou de terceiros e administra a sua integração com tecnologias complementares.				
7.3 Gestão Estratégica:				
O fluxo de informações na OPS é garantido pela integração dos sistemas de gestão envolvendo desde a contratação, controle de utilização, autorizações, contas a pagar e receber, sistemas contábeis e financeiros, até o relacionamento com clientes individuais e coletivos.				
As relações com os acionistas, cotistas, cooperados, estipulantes e demais <i>stakeholders</i> são transparentes, e as informações econômico-financeiras são padronizadas e auditadas externamente.				
A OPS conhece a rentabilidade de cada plano ofertado, por tipo de cliente, canal de distribuição e de cada unidade de negócios de modo a assegurar o desempenho financeiro e atender às suas exigências de investimento e caixa.				
O modelo de governança existente inclui conselho de administração independente e estabelece controle dos relacionamentos internos e externos, dentro das premissas de transparência, equidade, prestação de contas e responsabilidade corporativa.				

A OPS publica Relatórios de Sustentabilidade, Balanço de Responsabilidade Social, GRI (Global Reporting Initiative) e Relatórios Ambientais, de forma regular e transparente, para todos os seus públicos-alvo.				
7.4 Gestão das Parcerias e Terceirizações:				
Todas as atividades terceirizadas possuem contrato onde estão previstas responsabilidades para ambas as partes e onde são descritas claramente as atividades terceirizadas.				
Há previsão contratual de que a empresa terceirizada faça relatórios pelo menos semestralmente.				
A metodologia pela qual a empresa terceirizada é avaliada pela OPS está descrita no contrato.				
Há clara previsão contratual das punições que serão adotadas pela OPS em caso de descumprimento do contrato pela empresa terceirizada, incluindo a rescisão.				
A confidencialidade das informações médicas deve ser seguida pela empresa terceirizada e está prevista em contrato.				
O contrato prevê a destruição de informações confidenciais pela empresa terceirizada, em caso de rescisão contratual.				
A OPS anualmente faz uma avaliação de todas as atividades terceirizadas.				
A OPS incentiva programas de qualidade e promove encontros periódicos com seus parceiros administrando conflitos, buscando oportunidades de melhorias e dividindo as economias e ganhos dos processos comuns.				