

Item	Comentário	Data e hora da contribuição	Tipo	Instituição	Texto proposto	Comentário	Status (Acatada, Acatada Parcialmente Não Acatada, ou Não se Aplica)	Posicionamento da ANS	Impacto no Texto
RN CAPÍTULO I	Inclusão	04/07/2018 17:38	Operadora	FEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR	Art. X. Esta RN é composta por quatro Anexos, quais sejam: I. Anexo I: Formulário para Solicitação de Reconhecimento da Entidade Acreditadora em Saúde junto à ANS; II. Anexo II: Declaração Ausência de Conflitos de Interesses; III. Anexo III: Termo de Compromisso Junto à ANS; e IV. Anexo IV: Manual Certificação em Boas Práticas em Atenção Primária em Saúde de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde.	Para que se faça a correta vinculação ao ato normativo, a técnica legislativa orienta que, além de serem inseridos ao final do ato administrativo normativo, os anexos devem ser mencionados em pelo menos um dispositivo do texto articulado.	Acatada	De fato, os anexos devem ser claramente vinculados ao ato normativo por um dispositivo específico que os mencione.	Art. 28. Compõem este normativo cinco Anexos: I. Anexo I - Formulário para Solicitação de Reconhecimento da Entidade Acreditadora em Saúde junto à ANS; II. Anexo II - Declaração de Ausência de Conflitos de Interesses; III. Anexo III - Termo de Compromisso Junto à ANS; e IV. Anexo IV - Manual de Certificação de Boas Práticas em Atenção Primária em Saúde de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde.
RN CAPÍTULO I	Alteração	25/06/2018 11:35	Operadora	UNIMED / RS	Interpretação: compreende-se por Plano estruturado um sistema que, de modo coerente e integrado, contemple os diversos esforços qualitativos que os profissionais e/ou instituições realizam de maneira a potencializar os benefícios para os beneficiários.	Este é só um exemplo de substituição do termo usuário para beneficiário. Na saúde suplementar entende - se que este termo é usuário ou um paciente. Em todo o documento, ora mencionam beneficiários, ora usuários. Este termo deve ser utilizado apenas para o SUS, segundo orientação do SUS e da própria ANS. Para as OPS, são beneficiários.	Acatada	O termo usuário será substituído por beneficiário, porque este é o mais adequado na saúde suplementar	O termo usuário foi substituído por beneficiário em todo o documento
RN CAPÍTULO I	Inclusão	20/06/2018 22:24	Consumidor	Consumidor	Inclusão na terapia imunobiológica no arsenal terapêutico da psoríase grave moderada não responsiva aos tratamentos	Melhoria na qualidade de vida dos pacientes que sofrem de psoríase	Não Acatada	A consulta pública nº 66 trata da certificação de operadoras em Atenção Primária em Saúde (APS) e não trata da incorporação de novos procedimentos ao Rol de cobertura mínima da ANS.	Sem alteração
RN Art. 1º	Exclusão	04/07/2018 18:41	Operadora	UNIMED FEDERAÇÃO MINAS		Excluir no art. 1º o texto: "ou uma Linha de Cuidado específica", porque ao especificar uma linha de cuidado estaria privilegiando determinada parte da carteira em detrimento de outras. Outro ponto, ao separar a linha de cuidado poderá trazer maior complexidade para a certificação, bem como onerar a realização de outros cuidados. Além disso, as diversas certificações das linhas de cuidados poderão confundir o beneficiário.	Não Acatada	O estabelecimento de certificações em linhas de cuidados específicas objetiva estimular a implementação de ações voltadas ao aprimoramento e integração da prestação de cuidados relativos a determinadas condições de saúde, relevantes no contexto do setor de saúde suplementar.	Sem alteração
RN Art. 2º	Alteração	04/07/2018 11:02	Operadora	AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S/A	Art. 2º O PCBP possui o objetivo de induzir a melhoria, no setor suplementar de saúde dos itens abaixo elencados: I - do acesso à rede prestadora de serviços de saúde de Atenção Primária;	Adequação da redação.	Não Acatada	Espera-se que o Programa proporcione melhoria de acesso à rede prestadora de serviços de saúde de maneira global, uma vez que APS deve funcionar como eixo orientador do cuidado.	Sem alteração
RN Art. 2º Inciso I	Alteração	04/07/2018 17:38	Operadora	FEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR	Art. 2º O PCBP possui o objetivo de induzir a melhoria, no setor suplementar de saúde: I - do acesso à rede prestadora de serviços de saúde de Atenção Primária	Maior clareza e melhor entendimento das regras estabelecidas.	Não Acatada	Um dos objetivos essenciais do PCBP é garantir o acesso facilitado e coordenado aos serviços de saúde, não exclusivamente aos serviços de APS. Desse modo, sem obstaculizar o acesso aos demais níveis de atenção, o PCBP pretende ser a porta de entrada preferencial da rede prestadora de serviços, permitindo, sempre que necessário, o acesso a serviços de maior complexidade.	Sem alteração

RN Art. 3 - Inciso II ISQUA	Alteração	03/07/2018	Operadora	UNIDAS- Autogestão em Saúde	<p>Pela minuta apresentada, somente serão aceitas como entidades acreditadoras em saúde para os efeitos do citado Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde aquelas que tenham reconhecimento emitido pelo The International Society For Quality in Health Care – ISQua.</p> <p>Sugerimos que aludido inciso também permita o ingresso de entidades com reconhecimento do INMETRO, assim como disposto no art. 2º, II, da RN n. 277, de 2011, e art. 9º da RN n. 405, de 09 de maio de 2016.</p> <p>Entendemos que existindo um número maior de entidades acreditadoras, haverá uma maior concorrência e, por consequência, redução no custo final do mencionado processo.</p> <p>A menção ao INMETRO no mencionado inciso se faz mister, não obstante o disposto na 4ª citada minuta, pois poderão surgir outras entidades, além daquelas participantes do processo de acreditação descrito na RN n. 277, de 2011.</p>	<p>Pela minuta apresentada, somente serão aceitas como entidades acreditadoras em saúde para os efeitos do citado Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde aquelas que tenham reconhecimento emitido pelo The International Society For Quality in Health Care – ISQua.</p> <p>Sugerimos que aludido inciso também permita o ingresso de entidades com reconhecimento do INMETRO, assim como disposto no art. 2º, II, da RN n. 277, de 2011, e art. 9º da RN n. 405, de 09 de maio de 2016.</p> <p>Entendemos que existindo um número maior de entidades acreditadoras, haverá uma maior concorrência e, por consequência, redução no custo final do mencionado processo.</p> <p>A menção ao INMETRO no mencionado inciso se faz mister, não obstante o disposto na 4ª citada minuta, pois poderão surgir outras entidades, além daquelas participantes do processo de acreditação descrito na RN n. 277, de 2011.</p>	Acatada Parcialmente	<p>A exigência do reconhecimento pela The International Society For Quality in Health Care - ISQua é necessária pois tal instituição representa a principal certificadora em saúde a nível mundial com padrões rigorosos de avaliação. O adequado desenvolvimento da acreditação por meio da Entidade Acreditadora requer que a Entidade seja competente para tal, dessa forma, o reconhecimento pela ISQua é muito relevante. Contudo, considerando-se que as entidades acreditadoras homologadas pela ANS nos termos da RN 277/2011, possuem características pertinentes a este Programa, inclui-se a possibilidade de tais entidades participarem do Programa desde que comprovem sua submissão na ISQua e obtenham seu reconhecimento definitivo no prazo de até 24 meses.</p>	<p>Art. 22. As Entidades Acreditadoras de Operadoras poderão solicitar seu reconhecimento para fins do Programa de Boas Práticas em Atenção à Saúde de acordo com o §1º do artigo 3º desta RN.</p> <p>§1º Para solicitação do reconhecimento disposto no caput deste artigo, a Entidade Acreditadora deverá demonstrar o início do processo de reconhecimento de competência emitido pela ISQua em substituição ao certificado previsto no inciso I do Artigo 4º desta Resolução Normativa.</p> <p>§2º O reconhecimento transitório pela ANS das EA de acordo com o caput deste artigo terá validade de 24 meses, a contar da data do início da vigência desta norma.</p> <p>§3º Caso a Entidade Acreditadora não obtenha o reconhecimento a que se refere o § 1º deste artigo, as Certificações emitidas para a operadora terão validade de no máximo 180 dias, a partir da data do indeferimento da ISQua.</p>
RN Art. 3º	Alteração	04/07/2018 16:34	Outros	A4QUALITY SERVICES - AUDITORIA E CERTIFICAÇÃO LTDA	<p>II- ter experiência comprovada em avaliação de Operadoras de Planos de Saúde, e ter reconhecimento desta competência emitido por uma das duas entidades: a) The International Society For Quality in Health Care (ISQua); ou b) INMETRO, para atuar no Programa de Acreditação de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde, definido na RN nº 277.</p>	<p>Evitar inconsistências/conflitos, entre eles: - Falta uniformidade de critérios para aprovação e homologação de EA para dois Programas (APS e RN 277), que estabelecem requisitos de naturezas similares com metodologias de avaliação idênticas, dirigidos à OPS (e não de Prestadores de serviços). -Além do reconhecimento, as EA deveriam ter experiência em avaliação de OPS, pois todas EA brasileiras acreditadas ISQUA tem experiências apenas com Prestadores, e uma delas apenas com laboratório.</p>	Acatada Parcialmente	<p>A exigência do reconhecimento pela The International Society For Quality in Health Care - ISQua é necessária pois tal instituição representa a principal certificadora em saúde a nível mundial com padrões rigorosos de avaliação. O adequado desenvolvimento da acreditação por meio da Entidade Acreditadora requer que a Entidade seja competente para tal, dessa forma, o reconhecimento pela ISQua é muito relevante. Contudo, considerando-se que as entidades acreditadoras homologadas pela ANS nos termos da RN 277/2011, possuem características pertinentes a este Programa, inclui-se a possibilidade de tais entidades participarem do Programa desde que comprovem sua submissão na ISQua e obtenham seu reconhecimento definitivo no prazo de até 24 meses.</p>	<p>Art. 22. As Entidades Acreditadoras de Operadoras poderão solicitar seu reconhecimento para fins do Programa de Boas Práticas em Atenção à Saúde de acordo com o §1º do artigo 3º desta RN.</p> <p>§1º Para solicitação do reconhecimento disposto no caput deste artigo, a Entidade Acreditadora deverá demonstrar o início do processo de reconhecimento de competência emitido pela ISQua em substituição ao certificado previsto no inciso I do Artigo 4º desta Resolução Normativa.</p> <p>§2º O reconhecimento transitório pela ANS das EA de acordo com o caput deste artigo terá validade de 24 meses, a contar da data do início da vigência desta norma.</p> <p>§3º Caso a Entidade Acreditadora não obtenha o reconhecimento a que se refere o § 1º deste artigo, as Certificações emitidas para a operadora terão validade de no máximo 180 dias, a partir da data do indeferimento da ISQua.</p>
RN Art. 3º - § 2º	Exclusão	04/07/2018 11:02	Operadora	AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S/A		<p>Esse item dá margem ao órgão regulador estabelecer critérios subjetivos que não estejam aqui elencados.</p>	Não Acatada	<p>O estabelecimento de incentivos vinculados à Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde está em estudo pela ANS. A formalização de eventuais incentivos será contempladas em normativo específico, se for o caso.</p>	Sem alteração
RN Art. 3º - II	Alteração	03/07/2018 14:29	Gestor	FUNDAÇÃO CARLOS ALBERTO VANZOLINI	<p>Texto Vigente: II %u2013 ter reconhecimento de competência emitido pela The International Society For Quality in Health Care %u2013 ISQua; Texto Proposto: Texto Vigente... ou homologação como entidade acreditadora, para fins do disposto da RN 277/2011.</p>	<p>A exigência exclusiva do reconhecimento pela ISQUA é restritiva e excludente em relação a entidades acreditadoras com reconhecida competência técnica para execução da acreditação em saúde.</p>	Acatada Parcialmente	<p>Espera-se que o Programa proporcione melhoria de acesso à rede prestadora de serviços de saúde de maneira global, uma vez que APS deve funcionar como eixo orientador do cuidado.</p>	Sem alteração
RN Art. 3º - III	Alteração	04/07/2018 11:02	Operadora	AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S/A	<p>III %u2013 não possuir administradores, acionistas controladores, sócios, diretores, alta gerência ou equipe de auditores com:</p>	<p>Trazar transparência.</p>	Acatada	<p>Considera-se pertinente a sugestão</p>	<p>Art. 3º [...] não possuir administradores, acionistas controladores, sócios, diretores e gerentes ou equipe de auditores com [...]</p>

RN Art. 3º §2º	Exclusão	04/07/2018 17:38	Operadora	FEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR		A precisão ou determinabilidade na definição das regras em um ato normativo confere a proteção jurídica e o controle de legalidade da ação administrativa. A subjetividade desse artigo propicia a insegurança jurídica, podendo levar à arbitrariedade e comprometer a transparência do processo. Sugere-se que ao identificar "outras causas que caracterizem comprometimento da imparcialidade da pessoa jurídica", o regulador proceda a revisão do normativo para incluí-las.	Não Acatada	As alíneas a, b e c do Inciso III não são exaustivas das situações de conflito de interesses, mas sim exemplificativas, pois é impossível prever de antemão todas as circunstâncias que evidenciam conflitos de interesses. Desse modo, é essencial a existência deste parágrafo que abre para a possibilidade da existência de circunstâncias imprevistas que possam ser caracterizadas como conflitos de interesses.	Sem alteração
RN Art. 3º Inciso III	Alteração	04/07/2018 17:38	Operadora	FEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR	Art 3º Para fins de reconhecimento pela ANS da aptidão para ser uma Entidade Acreditadora em Saúde, as pessoas jurídicas deverão cumprir, cumulativamente, os seguintes requisitos: /.../ III - não possuir administradores, acionistas controladores, sócios, diretores, gerentes ou equipe de auditores com:	Considerando que os administradores e os acionistas não integram, necessariamente, a direção das empresas, a substituição dos vocábulos "alta gerência" por "diretores e gerentes" evitará equívocos de interpretação.	Acatada	O texto original pode dar margem a que se interprete que à gerência de nível intermediário não se aplicariam as cláusulas que configuram comprometimento da imparcialidade da Entidade Acreditadora em Saúde.	Art. 3º [...] não possuir administradores, acionistas controladores, sócios, diretores e gerentes ou equipe de auditores com [...]
RN Art. 3º Inciso III Alinea C	Inclusão	04/07/2018 17:38	Operadora	FEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR	Sugere-se incluir uma alínea para esclarecer se uma pessoa jurídica sem qualquer vínculo empregatício, poderá ou não prestar serviços concomitantemente a operadoras e entidades acreditadoras em saúde.	Maior clareza e melhor entendimento das regras estabelecidas	Não Acatada	As situações nas quais administradores, acionistas controladores, sócios, alta gerência ou equipe de auditores da Entidade Acreditadora em Saúde possam eventualmente possuir outros vínculos que não os empregatícios com operadoras em saúde estão contempladas pela alínea a: conflito de interesses para o exercício das atividades de certificação. O exemplo mais importante é a atuação como consultor de operadoras em saúde para fins de acreditação, que é explicitamente mencionado pela alínea f, inciso IV do Art. 5º e Art. 14.	Sem alteração
RN Art. 4º	Alteração	04/07/2018 17:38	Operadora	FEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR	As Entidades Acreditadoras (EA) homologadas nos termos da RN 277/2011 poderão solicitar o reconhecimento pela ANS para serem Acreditadoras em Saúde? Parece ser mais coerente que apenas as EA de OPS homologadas conforme critérios da nova RN possam pleitear serem reconhecidas como EA de Saúde. Como será a transição neste caso? Uma mesma EA será responsável pelos 2 selos (acreditação/OPS e certificação/APS)?	A RN 277 está sendo revista. Em seu diagnóstico a ANS identificou, por exemplo, que as avaliações das EA são heterogêneas e cada manual estabelece critérios próprios e dispare para validação das OPS. Os critérios técnicos de manutenção e suspensão da acreditação da operadora não estão definidos e não há padrão mínimo nos relatórios de avaliação emitidos pelas EA. Faltam procedimentos e obrigações mais específicos para manutenção e suspensão do reconhecimento das EA e critérios de qualificação de auditores. Na proposta de RN, a ANS prevê regras de transição no prazo de 180 dias.	Acatada	É importante que as Entidades Acreditadoras de Operadoras para receberem o reconhecimento pela ANS como Entidades Acreditadoras em Saúde tenham verdadeiramente esta capacidade. O novo texto deixará isto mais claro, especialmente no que concerne ao reconhecimento pela ISQua. Contudo, haverá uma etapa de transição, para que em um período de 2 (dois) anos as Entidades Acreditadoras de Operadoras adquiram esta capacitação.	Art. 22. As Entidades Acreditadoras de Operadoras poderão solicitar seu reconhecimento para fins do Programa de Boas Práticas em Atenção à Saúde de acordo com o §1º do artigo 3º desta RN. §1º Para solicitação do reconhecimento disposto no caput deste artigo, a Entidade Acreditadora deverá demonstrar o início do processo de reconhecimento de competência emitido pela ISQua em substituição ao certificado previsto no inciso I do Artigo 4º desta Resolução Normativa. §2º O reconhecimento transitório pela ANS das EA de acordo com o caput deste artigo terá validade de 24 meses, a contar da data do início da vigência desta norma. §3º Caso a Entidade Acreditadora não obtenha o reconhecimento a que se refere o § 1º deste artigo, as Certificações emitidas para a operadora terão validade de no máximo 180 dias, a partir da data do indeferimento da ISQua.

RN Art. 5º	Inclusão	04/07/2018 16:34	Outros	A4QUALITY SERVICES - AUDITORIA E CERTIFICAÇÃO LTDA	V- Atestado de experiência comprovada na avaliação de Operadoras de Planos de Saúde, com comprovação de pelo menos 5 Operadoras avaliadas nos últimos 3 anos.	São 4 Entidades brasileiras acreditadas pela ISQUA e todas com base em padrões de avaliação de prestadores, e não de operadoras: ABA/CBA (padrão JCI) até agosto de 2018; IQG (padrão ONA); IBES (padrão ONA); ONA e SBPC-PALC (laboratórios). (https://isqua.org/accreditation-iap/Accredited-by-ISQua) Nem todas as EA da RN 277 tem experiência em avaliação de Operadoras, apesar de estarem homologadas. Fundamental o conhecimento do relacionamento Operadora/Rede para planejamento adequado da avaliação.	Acatada Parcialmente	A exigência do reconhecimento pela The International Society For Quality in Health Care - ISQua é necessária pois tal instituição representa a principal certificadora em saúde a nível mundial com padrões rigorosos de avaliação. O adequado desenvolvimento da acreditação por meio da Entidade Acreditadora requer que a Entidade seja competente para tal, dessa forma, o reconhecimento pela ISQua é muito relevante. Contudo, considerando-se que as entidades acreditadoras homologadas pela ANS nos termos da RN 277/2011, possuem características pertinentes a este Programa, inclui-se a possibilidade de tais entidades participarem do Programa desde que comprovem sua submissão na ISQua e obtenham seu reconhecimento definitivo no prazo de até 24 meses.	Art. 22. As Entidades Acreditadoras de Operadoras poderão solicitar seu reconhecimento para fins do Programa de Boas Práticas em Atenção à Saúde de acordo com o §1º do artigo 3º desta RN. §1º Para solicitação do reconhecimento disposto no caput deste artigo, a Entidade Acreditadora deverá demonstrar o início do processo de reconhecimento de competência emitido pela ISQua em substituição ao certificado previsto no inciso I do Artigo 4º desta Resolução Normativa. §2º O reconhecimento transitório pela ANS das EA de acordo com o caput deste artigo terá validade de 24 meses, a contar da data do início da vigência desta norma. §3º Caso a Entidade Acreditadora não obtenha o reconhecimento a que se refere o § 1º deste artigo, as Certificações emitidas para a operadora terão validade de no máximo 180 dias, a partir da data do indeferimento da ISQua.
RN Art. 5º - I	Alteração	03/07/2018 14:29	Gestor	FUNDAÇÃO CARLOS ALBERTO VANZOLINI	Texto vigente: I - cópia autenticada do certificado emitido pela ISQua; Texto proposto: Texto vigente... ou a homologação como entidade acreditadora, para fins do disposto da RN 277/2011.	A exigência exclusiva do reconhecimento pela ISQUA é restritiva e exclui em relação a entidades acreditadoras com reconhecida competência técnica para execução da acreditação em saúde.	Acatada Parcialmente	A exigência do reconhecimento pela The International Society For Quality in Health Care - ISQua é necessária pois tal instituição representa a principal certificadora em saúde a nível mundial com padrões rigorosos de avaliação. O adequado desenvolvimento da acreditação por meio da Entidade Acreditadora requer que a Entidade seja competente para tal, dessa forma, o reconhecimento pela ISQua é muito relevante. Contudo, considerando-se que as entidades acreditadoras homologadas pela ANS nos termos da RN 277/2011, possuem características pertinentes a este Programa, inclui-se a possibilidade de tais entidades participarem do Programa desde que comprovem sua submissão na ISQua e obtenham seu reconhecimento definitivo no prazo de até 24 meses.	Art. 22. As Entidades Acreditadoras de Operadoras poderão solicitar seu reconhecimento para fins do Programa de Boas Práticas em Atenção à Saúde de acordo com o §1º do artigo 3º desta RN. §1º Para solicitação do reconhecimento disposto no caput deste artigo, a Entidade Acreditadora deverá demonstrar o início do processo de reconhecimento de competência emitido pela ISQua em substituição ao certificado previsto no inciso I do Artigo 4º desta Resolução Normativa. §2º O reconhecimento transitório pela ANS das EA de acordo com o caput deste artigo terá validade de 24 meses, a contar da data do início da vigência desta norma. §3º Caso a Entidade Acreditadora não obtenha o reconhecimento a que se refere o § 1º deste artigo, as Certificações emitidas para a operadora terão validade de no máximo 180 dias, a partir da data do indeferimento da ISQua.
RN Art. 5º - I	Alteração	04/07/2018 16:34	Outros	A4QUALITY SERVICES - AUDITORIA E CERTIFICAÇÃO LTDA	I- cópia autenticada de um dos dois documentos: a) Certificado emitido pelo ISQUA; ou b) Certificado de OCP no escopo RN 277, emitido pelo INMETRO.	As EAs homologadas pela ANS para RN nº 277 possuem competência comprovada e monitorada pelo INMETRO, com base em requisitos internacionais (IAF e ISO), para avaliação de OPS em dimensões que contemplam: D2-Qualificação da rede, D5-Atenção/cuidado; e, por consequência, estão aptas para a avaliação dos requisitos apresentados no Manual-Anexo IV desta resolução. As EAs estão aptas, inclusive, para verificação e validação no local de atendimento, das informações e registros repassados pela Ops.	Acatada Parcialmente	A exigência do reconhecimento pela The International Society For Quality in Health Care - ISQua é necessária pois tal instituição representa a principal certificadora em saúde a nível mundial com padrões rigorosos de avaliação. O adequado desenvolvimento da acreditação por meio da Entidade Acreditadora requer que a Entidade seja competente para tal, dessa forma, o reconhecimento pela ISQua é muito relevante. Contudo, considerando-se que as entidades acreditadoras homologadas pela ANS nos termos da RN 277/2011, possuem características pertinentes a este Programa, inclui-se a possibilidade de tais entidades participarem do Programa desde que comprovem sua submissão na ISQua e obtenham seu reconhecimento definitivo no prazo de até 24 meses.	Art. 22. As Entidades Acreditadoras de Operadoras poderão solicitar seu reconhecimento para fins do Programa de Boas Práticas em Atenção à Saúde de acordo com o §1º do artigo 3º desta RN. §1º Para solicitação do reconhecimento disposto no caput deste artigo, a Entidade Acreditadora deverá demonstrar o início do processo de reconhecimento de competência emitido pela ISQua em substituição ao certificado previsto no inciso I do Artigo 4º desta Resolução Normativa. §2º O reconhecimento transitório pela ANS das EA de acordo com o caput deste artigo terá validade de 24 meses, a contar da data do início da vigência desta norma. §3º Caso a Entidade Acreditadora não obtenha o reconhecimento a que se refere o § 1º deste artigo, as Certificações emitidas para a operadora terão validade de no máximo 180 dias, a partir da data do indeferimento da ISQua.

RN Art. 5º Inciso IV Alinea F	Alteração	04/07/2018 17:38	Operadora	FEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR	Incluir parágrafos para distinguir os "serviços de consultoria" de uma "avaliação inicial de diagnóstico". Seria válida uma remissão ao artigo 14?	A EA que faz o diagnóstico inicial pode ser a mesma escolhida para a certificação? Se a OPS pretender ou estiver no processo de acreditação, poderá escolher a mesma EA para a acreditação e a certificação APS?	Não Acatada	A ANS reconhece que a "avaliação inicial de diagnóstico" é uma atividade distinta dos "serviços de consultoria". O Art. 14 reforça esta diferença. Portanto, tendo em consideração que a "avaliação inicial de diagnóstico" não é um subtipo de "serviços de consultoria", não há necessidade de referir-se ao primeiro como uma exceção ao segundo conceito.	Sem alteração
RN Art. 5º Inciso IV Alinea G	Exclusão	04/07/2018 17:38	Operadora	FEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR		Não permitir que a EA realize Auditoria Independente para Pesquisa de Satisfação de Beneficiários prevista na Dimensão Experiência do Beneficiário pode colocar em dúvida a integridade do trabalho dos auditores independentes. Além disso, dificulta a adesão das OPS porque torna o processo oneroso. Contratar 2 pessoas jurídicas distintas para a pesquisa e certificação tem elevado custo operacional.	Não Acatada	Tendo em conta que a Pesquisa de Satisfação de Beneficiários está prevista no Programa de Qualificação de Operadoras (PQO) e que a participação em Projetos de Indução da Qualidade da ANS confere uma pontuação-base à operadora, a auditoria da Pesquisa de Satisfação de Beneficiários pela Entidade Acreditadora em Saúde reconhecida pela ANS pode ensejar situações de conflito de interesses.	Sem alteração
RN Art. 6º	Alteração	04/07/2018 11:02	Operadora	AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S/A	Art. 6º O reconhecimento da Entidade Acreditadora em Saúde para os fins do PCBP será publicado semestralmente no Portal da ANS na internet.	A alteração visa garantir a segurança da OPS em relação a empresa acreditadora envolvida em projetos em fase de implantação.	Não Acatada	O reconhecimento da Entidade Acreditadora será publicado no site da ANS com data de validade de tal reconhecimento, desta forma, não há necessidade de publicação semestral.	Sem alteração
RN Art. 6º	Inclusão	04/07/2018 17:38	Operadora	FEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR	Incluir parágrafo para especificar qual o prazo e a periodicidade de avaliação da ANS para o reconhecimento da Entidade Acreditadora em Saúde.	Maior clareza e melhor entendimento das regras estabelecidas	Não Acatada	A vigência e o cancelamento do reconhecimento da Entidade Acreditadora em Saúde são definidos na Subseção III.	Sem alteração
RN Art. 7º	Alteração	03/07/2018 14:29	Gestor	FUNDAÇÃO CARLOS ALBERTO VANZOLINI	Texto Vigente: A vigência do reconhecimento pela ANS terá mesma validade do reconhecimento de competência emitido pela The International Society For Quality in Health Care ISQua, conforme artigo 3º, II desta RN. Texto proposto: Texto vigente... ou da vigência da homologação como entidade acreditadora, para fins do disposto da RN 277/2011.	A exigência exclusiva do reconhecimento pela ISQUA é restritiva e excludente em relação a entidades acreditadoras com reconhecida competência técnica para execução da acreditação em saúde.	Acatada Parcialmente	A exigência do reconhecimento pela The International Society For Quality in Health Care - ISQua é necessária pois tal instituição representa a principal certificadora em saúde a nível mundial com padrões rigorosos de avaliação. O adequado desenvolvimento da acreditação por meio da Entidade Acreditadora requer que a Entidade seja competente para tal, dessa forma o reconhecimento pela ISQua é muito relevante. Contudo, considerando-se que as entidades acreditadoras homologadas pela ANS nos termos da RN 277/2011, possuem características pertinentes a este Programa, inclui-se a possibilidade de tais entidades participarem do Programa desde que comprovem sua submissão na ISQua e obtenham seu reconhecimento definitivo no prazo de até 24 meses.	Art. 22. As Entidades Acreditadoras de Operadoras poderão solicitar seu reconhecimento para fins do Programa de Boas Práticas em Atenção à Saúde de acordo com o §1º do artigo 3º desta RN. §1º Para solicitação do reconhecimento disposto no caput deste artigo, a Entidade Acreditadora deverá demonstrar o início do processo de reconhecimento de competência emitido pela ISQua em substituição ao certificado previsto no inciso I do Artigo 4º desta Resolução Normativa. §2º O reconhecimento transitório pela ANS das EA de acordo com o caput deste artigo terá validade de 24 meses, a contar da data do início da vigência desta norma. §3º Caso a Entidade Acreditadora não obtenha o reconhecimento a que se refere o § 1º deste artigo, as Certificações emitidas para a operadora terão validade de no máximo 180 dias, a partir da data do indeferimento da ISQua.

RN Art. 7º	Alteração	04/07/2018 16:34	Outros	A4QUALITY SERVICES - AUDITORIA E CERTIFICAÇÃO LTDA	Art 7º A vigência do reconhecimento pela ANS terá a mesma validade de um dos documentos a seguir, conforme o caso: I- Certificado emitido pela The International Society For Quality in Health Care (ISQua), conforme artigo 3º, inciso II desta RN; ou II- Certificado de OCP no escopo da RN 277, emitido pelo INMETRO.	Uma vez que o padrão APS estabelecido nesta RN não é avaliado nem pelo INMETRO (o padrão de acreditação é a RN 277), nem pela ISQUA (os padrões acreditados são todos voltados a prestadores: ONA, PALC e JCI), o certificado que deve ser exigido deve ser os que hoje as EA detêm.	Acatada Parcialmente	A exigência do reconhecimento pela The International Society For Quality in Health Care - ISQua é necessária pois tal instituição representa a principal certificadora em saúde a nível mundial com padrões rigorosos de avaliação. O adequado desenvolvimento da acreditação por meio da Entidade Acreditadora requer que a Entidade seja competente para tal, dessa forma, o reconhecimento pela ISQua é muito relevante. Contudo, considerando-se que as entidades acreditadoras homologadas pela ANS nos termos da RN 277/2011, possuem características pertinentes a este Programa, inclui-se a possibilidade de tais entidades participarem do Programa desde que comprovem sua submissão na ISQua e obtenham seu reconhecimento definitivo no prazo de até 24 meses.	Art. 22. As Entidades Acreditadoras de Operadoras poderão solicitar seu reconhecimento para fins do Programa de Boas Práticas em Atenção à Saúde de acordo com o §1º do artigo 3º desta RN. §1º Para solicitação do reconhecimento disposto no caput deste artigo, a Entidade Acreditadora deverá demonstrar o início do processo de reconhecimento de competência emitido pela ISQua em substituição ao certificado previsto no inciso I do Artigo 4º desta Resolução Normativa. §2º O reconhecimento transitório pela ANS das EA de acordo com o caput deste artigo terá validade de 24 meses, a contar da data do início da vigência desta norma. §3º Caso a Entidade Acreditadora não obtenha o reconhecimento a que se refere o § 1º deste artigo, as Certificações emitidas para a operadora terão validade de no máximo 180 dias, a partir da data do indeferimento da ISQua.
RN Art. 7º Parágrafo Único	Alteração	04/07/2018 11:02	Operadora	AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S/A	Parágrafo único. A Entidade Acreditadora em Saúde só poderá atuar no âmbito do PCBP durante a vigência do reconhecimento pela ANS, garantida a conclusão dos processos em andamento.	A OPS não pode ser penalizada por uma falta da entidade acreditadora no curso do processo de avaliação que envolve investimento relevante.	Acatada	Considera-se a sugestão pertinente.	Art. 6º A vigência do reconhecimento pela ANS terá a mesma validade do reconhecimento de competência emitido pela The International Society For Quality in Health Care – ISQua, conforme artigo 3º, II desta RN.
RN Art. 8º	Alteração	04/07/2018 11:02	Operadora	AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S/A	Art. 8º O reconhecimento da Entidade Certificadora em Saúde poderá ser cancelado a qualquer tempo pela ANS, na hipótese de fraude ou perda de algum dos requisitos previstos nesta Resolução Normativa, na forma do artigo 11 desta normativa.	Dar transparência.	Não Acatada	O cancelamento de reconhecimento da Entidade Acreditadora ocorrerá por fraude ou perda de algum dos requisitos previstos na Resolução Normativa. Não cabe restringir tal cancelamento ao disposto no artigo 11, que trata dos requisitos da operadora para participar do PCBP.	Sem alteração
RN Art. 8º	Alteração	04/07/2018 16:34	Outros	A4QUALITY SERVICES - AUDITORIA E CERTIFICAÇÃO LTDA	Art. 8º O reconhecimento da Entidade Certificadora em Saúde poderá ser cancelado a qualquer tempo pela ANS, na hipótese de: I - Fraude ou perda de algum dos requisitos previstos nesta Resolução Normativa; II Reclamação ou denúncia da EA pelas OPS sobre a atuação no Programa; III Mais de 3 não conformidades recorrentes na realização de auditorias ou na elaboração de relatórios de avaliação.	Manter a qualidade das avaliações,, da consistência na elaboração e redação de relatórios, e na identificação das evidências objetivas nas auditorias.	Acatada	A qualidade da avaliação realizada pelas entidades acreditadoras têm que ser garantidas. Para tanto, as exigências de qualidade devem ser aprimoradas.	Art. 7º O reconhecimento da Entidade Certificadora em Saúde poderá ser cancelado a qualquer tempo pela ANS, nas hipóteses de: I - Fraude ou perda de algum dos requisitos previstos nesta Resolução Normativa; II - Reclamação ou denúncia grave apurada como procedente pela ANS sobre a atuação da Entidade Acreditadora no Programa; III – Apresentação de mais de 3 relatórios de avaliação de certificação aprovados pela ANS em um período de um ano.
RN Artigo 8º	Inclusão	04/07/2018 17:38	Operadora	FEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR	Incluir parágrafo para esclarecer se na hipótese de fraude a entidade que perde o título pode dar entrada no pedido novamente. Sugere-se especificar as condições e os impedimentos para dar entrada no pedido de revalidação, qual é o prazo mínimo e como será o processo. Também é importante adotar nomenclatura única para evitar equívocos: "Entidade Acreditadora em Saúde", conforme especificado nos demais artigos, ou "Entidade Certificadora em Saúde"?	Maior clareza e melhor entendimento das regras estabelecidas.	Acatada	É necessário especificar as exigências para novo pedido de reconhecimento da Entidade, após o cancelamento por condição distinta de fraude, que implica em cancelamento definitivo. O termo "Entidade Certificadora em Saúde" foi corrigido para "Entidade Acreditadora em Saúde".	Art. 8º O reconhecimento da Entidade Acreditadora em Saúde poderá ser cancelado a qualquer tempo pela ANS, na hipótese de fraude ou perda de algum dos requisitos previstos nesta Resolução Normativa. Parágrafo único. Na hipótese de cancelamento do reconhecimento por perda de algum dos requisitos previstos nesta Resolução Normativa, a Entidade poderá solicitar, decorrido 1 (um) ano do cancelamento, novo reconhecimento nos termos desta Resolução Normativa.
RN Art. 10	Alteração	04/07/2018 17:38	Operadora	FEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR	Art. 10. As operadoras de planos privados de assistência à saúde poderão se submeter de forma voluntária ao PCBP executado por uma entidade acreditadora em saúde de sua escolha, dentre aquelas devidamente reconhecidas pela ANS.	Maior clareza e melhor entendimento das regras estabelecidas.	Acatada	Sugestão pertinente para melhor clareza do artigo	As operadoras de planos privados de assistência à saúde poderão se submeter de forma voluntária ao PCBP executado por uma entidade acreditadora em saúde de sua escolha, dentre aquelas devidamente reconhecidas pela ANS.

RN Art. 11 - III IDSS	Alteração	04/07/2018 10:40	Operadora	UNIMED BELO HORIZONTE	Art. 11. A operadora de planos privados de assistência à saúde a ser submetida à avaliação da adequação a critérios para certificação ou para a renovação do certificado deve possuir os seguintes requisitos: 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.	O intuito da norma é garantir as Boas Práticas em Atenção à Saúde de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde. Logo, entende-se que a operadora deverá, no mínimo, estar nas 2 maiores faixas do IDSS.	Não Acatada	Considera-se que o parâmetro 0,5 como valor mínimo de IDSS e de suas dimensões é suficiente neste momento de inicialização do Programa	Sem alteração
RN Art. 11 - III IDSS	Alteração	04/07/2018 18:41	Operadora	UNIMED FEDERAÇÃO MINAS	III - possuir Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) no Programa de Qualificação de Operadoras (PQO) da Agência Nacional de Saúde Suplementar e ter uma pontuação igual ou maior que 0,5 na nota geral.	A operadora é analisada em sua nota geral e não em uma dimensão específica.	Não Acatada	A nota do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar - IDSS demonstra o comportamento da operadora em dimensões críticas que medem a qualidade da atenção e o acesso aos serviços oferecidos aos beneficiários, bem como a sustentabilidade da operadora no mercado. Desse modo, o reconhecimento pela ANS da Certificação em APS deve representar um avanço do processo de melhoria dos aspectos diretamente relacionados ao atendimento prestado ao beneficiário. Portanto, a ANS não pode abrir mão da exigência que a operadora tenha um desempenho pelo menos regular em todas as dimensões do IDSS. A nota geral do IDSS é resultado da média aritmética das 4 dimensões que o compõem. Assim, o fato da operadora obter uma nota geral satisfatória não garante que ela tenha alcançado uma pontuação satisfatória em todas as dimensões.	Sem alteração
RN Art. 11 Parágrafo Único	Alteração	04/07/2018 18:41	Operadora	UNIMED FEDERAÇÃO MINAS	Incluir no texto "No momento da solicitação de certificação ou recertificação e excluir o texto "Qualquer tempo".	Adequação da redação ao entendimento da própria ANS previsto no item III.1. Pré-requisitos do manual: "São pré-requisitos para as operadoras de planos de saúde solicitarem a adesão ao processo de Certificação ou de renovação do Certificação em APS "Desta forma, enquanto vigente o certificado o mesmo permanece até o término de sua vigência.	Não Acatada	O descumprimento, a qualquer tempo, de quaisquer dos requisitos previstos no artigo 11 enseja a perda da Certificação emitida pela Entidade Acreditadora à operadora de planos privados de assistência à saúde. As condições listadas no referido artigo foram consideradas primordiais, de modo que a operadora que não tenha condição de as cumprir não faz jus à Certificação de que trata o PCBP, quais sejam: possuir registro ativo; não estar em plano de recuperação ou em regime especial; e com Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) e de suas dimensões no Programa de Qualificação de Operadoras (PQO) igual ou maior a 0,5	Sem alteração
RN Art. 11 Inciso III	Alteração	04/07/2018 17:38	Operadora	FEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR	III - possuir Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) da Agência Nacional de Saúde Suplementar igual ou maior a 0,5, a partir do segundo ano.	Sugere-se considerar apenas o resultado geral do IDSS divulgado na última competência e que o resultado igual ou maior que 0,5 não seja requisito obrigatório no primeiro ano, para facilitar a adesão ao projeto.	Não Acatada	A nota do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar - IDSS demonstra o comportamento da operadora em dimensões críticas que medem a qualidade da atenção e o acesso aos serviços oferecidos aos beneficiários, bem como a sustentabilidade da operadora no mercado. Desse modo, o reconhecimento pela ANS da Certificação em APS deve representar um avanço do processo de melhoria dos aspectos diretamente relacionados ao atendimento prestado ao beneficiário. Portanto, a ANS não pode abrir mão da exigência que a operadora tenha um desempenho pelo menos regular em todas as dimensões do IDSS.	Sem alteração
RN Art. 13 - I	Inclusão	19/06/2018 17:48	Consumidor	Consumidor	I - ser composta por, no mínimo, 2 (dois) auditores com formação universitária; Sendo que um dos auditórios obrigatoriamente deverá ter formação em medicina	Incluir médicos tendo em vista a especificidade da matéria em saúde	Não Acatada	Compreende-se que um auditor em saúde não precisa necessariamente possuir formação em medicina para exercer sua função, considerando-se que a auditoria em saúde não é uma atividade restrita a profissionais médicos	Sem alteração

RN Art. 13 - I	Alteração	19/06/2018 18:20	Operadora	NOSSA SAÚDE OPERADORA DE PLANOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE LTDA	I - ser composta por, no mínimo, 2 (dois) auditores com formação universitária; Sendo que um dos auditórios obrigatoriamente deverá ter formação em medicina	Necessário médico para avaliar auditar programa de saúde	Não Acatada	Compreende-se que um auditor em saúde não precisa necessariamente possuir formação em medicina para exercer sua função, considerando-se que a auditoria em saúde não é uma atividade restrita a profissionais médicos	Sem alteração
RN Art. 13 Inciso I	Inclusão	04/07/2018 17:38	Operadora	FEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR	Especificar qual deve ser a formação universitária do auditor. Pode ser qualquer formação?	Maior clareza e melhor entendimento das regras estabelecidas.	Acatada	O MEC define que a educação superior abrange três modalidades: cursos de graduação (bacharelados, licenciaturas e cursos tecnológicos), cursos sequenciais (cursos de nível superior, mas que não têm o caráter de graduação), cursos de extensão e cursos de pós-graduação. O texto foi modificado para que fique claro que a formação pretendida é aquela oferecida pelos cursos de graduação.	A Auditoria para fins de Certificação do PCBP deverá ser feita por uma equipe com a seguinte conformação mínima: I - ser composta por, no mínimo, 2 (dois) auditores com diploma de curso de graduação do ensino superior; e [...]
RN Art. 13 Inciso II	Alteração	04/07/2018 17:38	Operadora	FEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR	Importante especificar como comprovar a formação do auditor e a experiência em acreditação em saúde ou auditoria em saúde (declaração, contrato de trabalho, contrato de prestação de serviços?)	Maior clareza e melhor entendimento das regras estabelecidas.	Acatada	O MEC define que a educação superior abrange três modalidades: cursos de graduação (bacharelados, licenciaturas e cursos tecnológicos), cursos sequenciais (cursos de nível superior, mas que não têm o caráter de graduação), cursos de extensão e cursos de pós-graduação. O texto foi modificado para que fique claro que a formação pretendida é aquela oferecida pelos cursos de graduação.	A Auditoria para fins de Certificação do PCBP deverá ser feita por uma equipe com a seguinte conformação mínima: I - ser composta por, no mínimo, 2 (dois) auditores com diploma de curso de graduação do ensino superior; e [...]
RN Art. 14	Inclusão	04/07/2018 17:38	Operadora	FEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR	Incluir parágrafos para esclarecer: (i) a EA que faz o diagnóstico inicial pode ser a mesma escolhida para a certificação de APS?; (ii) a OPS que pretender ou estiver em processo de acreditação poderá escolher a mesma EA para a acreditação e a certificação APS?	Maior clareza e melhor entendimento das regras estabelecidas.	Não Acatada	Não há impedimentos para que a Entidade Acreditadora em Saúde que fez a avaliação inicial de diagnóstico também faça a Certificação do PCBP. Se a Entidade Acreditadora em Saúde também é uma Entidade Acreditadora de Operadoras reconhecida pela ANS, nada impede que ela faça a Certificação do PCBP e a Acreditação da operadora. O que a Norma explicitamente não veda, pode ser realizado.	Sem alteração
RN Art. 16	Exclusão	04/07/2018 12:03	Operadora	ABRAMGE		Os requisitos 6 Educação Continuada e 7 Modelos Inovadores de Remuneração baseada em valor, possuem poucos itens, o que torna a execução de itens complementares e de excelência como obrigatórios, assim como os essenciais. Considerar os requisitos de pontuação somente os estabelecidos por nível.	Não Acatada	A quantidade de itens nos requisitos não os qualifica como essenciais, complementares ou de excelência, mas, sua especificação que os caracteriza como tais.	Sem alteração
RN Art. 17 - I	Alteração	03/07/2018 08:31	Gestor	FUNDAÇÃO CARLOS ALBERTO VANZOLINI	Nível I: Ouro...	Os níveis II e III, são respectivamente prata e bronze, portanto estaria dentro da mesma lógica que o nível I fosse ouro e não "Excelência".	Acatada	Considera-se pertinente a manutenção da coerência e lógica entre os diferentes níveis.	Exclusão da menção na Minuta RN Art. 17, incisos II e III aos níveis prata e bronze
RN Art. 18	Alteração	04/07/2018 12:03	Operadora	ABRAMGE	Art. 18. O detalhamento da forma de pontuação de cada nível de Certificação deverá constar nos respectivos manuais constantes nos anexos desta RN.	propõe-se uma redação mais clara.	Não Acatada	Não foi apresentada proposta de adequação.	Sem alteração
RN Art. 18	Alteração	04/07/2018 17:38	Operadora	FEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR	Art. 18. O detalhamento da forma de pontuação de cada nível de Certificação está descrito no item V do Manual constante no anexo IV desta RN.	Nos anexos desta RN há apenas um manual. A precisão ou determinabilidade na definição das regras em um ato normativo confere a proteção jurídica e o controle de legalidade da ação administrativa. Para não comprometer o acompanhamento das metas estabelecidas nas etapas de elaboração e implementação do projeto, é imprescindível que o manual seja mantido sem quaisquer alterações, no mínimo por 3 anos.	Acatada Parcialmente	Alteração parcial do Art. 18 para melhor esclarec	Art. 18. O detalhamento da forma de pontuação de cada nível de Certificação está descrito no item V do Manual constante no anexo IV desta RN.

RN Art. 18 Parágrafo Único	Alteração	04/07/2018 17:38	Operadora	FEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR	Parágrafo único. A metodologia de avaliação da adequação a critérios técnicos será periodicamente atualizada, em período não inferior a 3 (três) anos.	Para não comprometer o acompanhamento das metas estabelecidas nas etapas de elaboração e implementação do projeto, é imprescindível que o manual seja mantido sem quaisquer alterações, no mínimo por 3 anos. A previsibilidade e a estabilidade são importantes para a credibilidade do processo de certificação, além de serem são fatores determinantes para a adesão, pois tanto a acreditação/OPS quanto a certificação/APS exigem altos investimentos das OPS.	Acatada Parcialmente	Alteração parcial do Art. 18 para melhor esclarecer	A metodologia de avaliação da adequação a critérios técnicos será periodicamente atualizada, em período não inferior a 5 (cinco) anos.
RN Art. 18 Parágrafo Único	Alteração	04/07/2018 11:02	Operadora	AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S/A	Parágrafo único. A metodologia de avaliação da adequação a critérios técnicos será atualizada a cada três anos.	Atualizações em prazo menor de três anos podem prejudicar o acompanhamento dos indicadores e, portanto, a avaliação de resultados.	Não Acatada	Considera-se que esta redação constante da minuta é mais adequada, para se ajustar a eventuais mudanças do contexto.	Sem alteração
RN Art. 18 Parágrafo Único	Alteração	04/07/2018 12:03	Operadora	ABRAMGE	Parágrafo único. A metodologia de avaliação da adequação a critérios técnicos previstas nos Manuais de Certificação anexos à esta RN será periodicamente atualizada.	Sugere-se uma redação mais objetiva.	Não Acatada	Não cabe restringir a atualização da metodologia de avaliação aos Manuais de Certificação.	Sem alteração
RN Art. 19	Inclusão	04/07/2018 12:03	Operadora	ABRAMGE	Art. 19. A operadora de planos privados de assistência à saúde, poderá, 30 (trinta) dias antes do fim do período de validade da Certificação em Boas Práticas em Atenção à Saúde, passar por novo processo para recertificação, com resultados independentes da certificação anterior.	Pressupõe que a operadora não precise esperar o fim do período de validade da certificação para requerer o novo processo de recertificação.	Acatada	Considera-se a sugestão pertinente	A operadora de planos privados de assistência à saúde poderá passar por novo processo para recertificação, com resultados independentes da certificação anterior, a qualquer tempo.
RN Art. 21 II	Alteração	03/07/2018 14:29	Gestor	FUNDAÇÃO CARLOS ALBERTO VANZOLINI	Texto Vigente: II - o relatório de avaliação da certificação da operadora de planos privados de assistência à saúde; e Texto Proposto: o resultado do relatório de avaliação da certificação da operadora de planos privados de assistência à saúde; e	O envio do relatório fere com os princípios de confidencialidade e imparcialidade firmados contratualmente entre a instituição acreditadora e a operadora de planos privados de assistência à saúde.	Acatada Parcialmente	Considera-se pertinente a sugestão.	Art. 26. O relatório de que trata o artigo 20 não será divulgado pela ANS, em nenhuma hipótese, sendo utilizado apenas para a realização de estudos referentes à qualidade da saúde suplementar.
RN Art. 21 Inciso II	Alteração	04/07/2018 17:38	Operadora	FEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR	II - o relatório padrão de avaliação da certificação da operadora de planos privados de assistência à saúde; e	A adoção de um relatório padronizado é fundamental para facilitar a compreensão do cumprimento dos requisitos, bem como para a isenção e imparcialidade das diferentes entidades acreditadoras envolvidas no processo. A "ausência de padrão mínimo para os relatórios de avaliação emitidos pelas Entidades Acreditadoras" consta no diagnóstico da ANS como justificativa para revisão da norma do Programa de Acreditação das OPS. A previsibilidade e a estabilidade são importantes para a credibilidade do processo de certificação, além de serem [são] fatores determinantes para a adesão, pois tanto a acreditação/OPS quanto a certificação/APS exigem altos investimentos das OPS.	Acatada Parcialmente	Considerado pertinente tornar o texto mais claro	Acrescentar ao inciso II do art. 21º da RN: II - o relatório de avaliação da certificação da operadora de planos privados de assistência à saúde, conforme diretrizes descritas no Anexo V.
RN Art. 21 inciso II	Alteração	04/07/2018 11:02	Operadora	AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S/A	II - o relatório padrão de avaliação da certificação da operadora de planos privados de assistência à saúde; e -	Um relatório padronizado é importante para credibilidade do padrão seguido pelas diferentes entidades acreditadoras.	Não Acatada	Não cabe a ANS estabelecer um padrão de relatório, mas, estabelecer as especificidades que devem estar presentes no documento.	Sem alteração
RN Art. 21 Parágrafo Único	Exclusão	04/07/2018 11:02	Operadora	AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S/A		O texto inicial dá margem a requerimentos discricionários por parte do agente regulador.	Não Acatada	A possibilidade da ANS requisitar outros documentos necessários para fins de apuração da conformidade do processo de certificação é importante para que eventuais dúvidas possam ser sanadas.	Sem alteração
RN Art. 21 Parágrafo Único	Exclusão	04/07/2018 17:38	Operadora	FEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR		A subjetividade desse artigo propicia a insegurança jurídica, podendo levar à arbitrariedade e comprometer a transparência do processo.	Não Acatada	A possibilidade da ANS requisitar outros documentos necessários para fins de apuração da conformidade do processo de certificação é importante para que eventuais dúvidas possam ser sanadas.	Sem alteração

RN Art. 22	Inclusão	04/07/2018 12:03	Operadora	ABRAMGE	Paragrafo Segundo - Em caso de indeferimento de que trata o paragrafo anterior, a operadora de planos privado de assistência à saúde poderá apresentar pedido de reconsideração no prazo de 10 dias com a apresentação dos documentos faltantes ou esclarecimento de informações conforme o caso. Ou Paragrafo Segundo - O indeferimento de que trata o paragrafo anterior não impede a apresentação de nova solicitação de homologação de certificado por parte da operadora de planos de saúde.	A inclusão do referido paragrafo deixa clara a possibilidade da operadora requerer a reconsideração da decisão aproveitando-se todo o processo já realizado e complementando com as informações e documentos.	Acatada	Considera-se a sugestão pertinente	Art. 18. A operadora de planos privados de assistência à saúde poderá passar por novo processo para recertificação, com resultados independentes da certificação anterior, a qualquer tempo. [...] Art. 21. Serão indeferidas as solicitações de homologação de Certificação de operadoras de planos privados de assistência à saúde nos casos de desconformidades com disposto nesta RN. §1º Caso a ANS considere que o relatório de avaliação não apresenta evidências suficientes para comprovação do cumprimento dos requisitos estabelecidos no Manual, a homologação da Certificação poderá ser indeferida ou, sendo o caso, poderão ser solicitadas informações complementares. §2º A ANS emitirá um parecer, pontuando as evidências consideradas insuficientes para homologação da Certificação.
RN Art. 22 Parágrafo Único	Alteração	04/07/2018 11:52	Operadora	UNIMED-RIO	§1º Caso a ANS considere que o relatório de avaliação não apresenta evidências suficientes para comprovação do cumprimento dos requisitos estabelecidos no Manual, a homologação da Certificação poderá ser indeferida ou, sendo o caso, poderão ser solicitadas informações complementares. §2º A ANS emitirá um parecer pontuando as evidências consideradas insuficientes para homologação da Certificação.	Dar uma maior transparência ao processo e possibilitar correção e melhoria pela Operadora.	Acatada	Considera-se a sugestão pertinente.	Art. 21. Serão indeferidas as solicitações de homologação de Certificação de operadoras de planos privados de assistência à saúde nos casos de desconformidades com disposto nesta RN. §1º Caso a ANS considere que o relatório de avaliação não apresenta evidências suficientes para comprovação do cumprimento dos requisitos estabelecidos no Manual, a homologação da Certificação poderá ser indeferida ou, sendo o caso, poderão ser solicitadas informações complementares. §2º A ANS emitirá um parecer, pontuando as evidências consideradas insuficientes para homologação da Certificação.
RN Art. 22 Parágrafo Único	Alteração	04/07/2018 12:03	Operadora	ABRAMGE	Parágrafo único. Caso a ANS considere que o relatório de avaliação não apresenta evidências suficientes para comprovação do cumprimento dos requisitos estabelecidos nos Manuais constantes dos Anexos desta RN, a homologação da Certificação poderá ser indeferida ou, sendo o caso, poderão ser solicitadas informações complementares	Sugere-se a alteração para melhor entendimento.	Acatada	Considera-se a sugestão pertinente	Art. 21. Serão indeferidas as solicitações de homologação de Certificação de operadoras de planos privados de assistência à saúde nos casos de desconformidades com disposto nesta RN. §1º Caso a ANS considere que o relatório de avaliação não apresenta evidências suficientes para comprovação do cumprimento dos requisitos estabelecidos no Manual, a homologação da Certificação poderá ser indeferida ou, sendo o caso, poderão ser solicitadas informações complementares. §2º A ANS emitirá um parecer, pontuando as evidências consideradas insuficientes para homologação da Certificação.

RN Art. 22 Parágrafo Único	Alteração	04/07/2018 17:38	Operadora	FEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR	Parágrafo único. Caso a ANS considere que o relatório padrão de avaliação não apresente evidências suficientes para comprovação do cumprimento dos requisitos estabelecidos no Manual, a homologação da Certificação poderá ser indeferida ou, sendo o caso, poderão ser solicitadas informações complementares.	A definição de um relatório padrão por parte da ANS diminuiria a probabilidade de evidências "insuficientes" e conferiria maior credibilidade ao padrão adotado pelas diferentes entidades acreditadoras. A "ausência de padrão mínimo para os relatórios de avaliação emitidos pelas Entidades Acreditadoras" consta no diagnóstico da ANS como justificativa para revisão da norma do Programa de Acreditação das OPS.	Acatada Parcialmente	Foram elaboradas diretrizes para elaboração do Relatório de Certificação do PCBP pela Entidade Acreditadora em Saúde. Estas diretrizes constituirão o novo Anexo V.	Art. 21. Serão indeferidas as solicitações de homologação de Certificação de operadoras de planos privados de assistência à saúde nos casos de desconformidades com disposto nesta RN. §1º Caso a ANS considere que o relatório de avaliação não apresenta evidências suficientes para comprovação do cumprimento dos requisitos estabelecidos no Manual, a homologação da Certificação poderá ser indeferida ou, sendo o caso, poderão ser solicitadas informações complementares. §2º A ANS emitirá um parecer, pontuando as evidências consideradas insuficientes para homologação da Certificação. Obs: Criado o Anexo V, com diretrizes para elaboração do Relatório de Certificação do PCBP pela Entidade Acreditadora em Saúde
RN Art. 22 Parágrafo Único	Alteração	04/07/2018 11:02	Operadora	AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S/A	Parágrafo único. Caso a ANS considere que o relatório padrão de avaliação não apresente evidências suficientes para comprovação do cumprimento dos requisitos estabelecidos no Manual, a homologação da Certificação poderá ser indeferida ou, sendo o caso, poderão ser solicitadas informações complementares.	Um relatório padronizado é importante para credibilidade do padrão seguido pelas diferentes entidades acreditadoras.	Acatada Parcialmente	Foram elaboradas diretrizes para elaboração do Relatório de Certificação do PCBP pela Entidade Acreditadora em Saúde. Estas diretrizes constituirão o novo Anexo V.	Art. 21. Serão indeferidas as solicitações de homologação de Certificação de operadoras de planos privados de assistência à saúde nos casos de desconformidades com disposto nesta RN. §1º Caso a ANS considere que o relatório de avaliação não apresenta evidências suficientes para comprovação do cumprimento dos requisitos estabelecidos no Manual, a homologação da Certificação poderá ser indeferida ou, sendo o caso, poderão ser solicitadas informações complementares. §2º A ANS emitirá um parecer, pontuando as evidências consideradas insuficientes para homologação da Certificação. Obs: Criado o Anexo V, com diretrizes para elaboração do Relatório de Certificação do PCBP pela Entidade Acreditadora em Saúde
RN Art. 23	Exclusão	04/07/2018 11:02	Operadora	AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S/A		A minuta da normativa traz apenas um manual, possibilitando assim, apenas um tipo de certificação.	Acatada Parcialmente	Cada Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde estabelecida pela ANS deverá ter seu Manual de Certificação específico, contendo os requisitos e itens de verificação da certificação e a forma de pontuação, desde que cumpra os demais critérios estabelecidos por esta Resolução Normativa.	Art. 23. A ANS poderá instituir mais de um tipo de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde, desse modo, além do Manual de Certificação de Boas Práticas em Atenção Primária à Saúde – APS (Anexo IV), outros Manuais poderão futuramente ser acrescentados como anexos a esta norma. Art. 24. Cada Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde estabelecida pela ANS deverá ter seu Manual de Certificação específico, contendo os requisitos e itens de verificação da certificação e a forma de pontuação, desde que cumpra os demais critérios estabelecidos por esta Resolução Normativa.

RN Art. 23	Alteração	04/07/2018 17:38	Operadora	FEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR	Art. 23. A ANS poderá instituir os seguintes tipos de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde, que estão detalhados no Manual Certificação em Boas Práticas em Atenção Primária em Saúde de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde, anexo IV desta norma.	A subjetividade desse artigo propicia a insegurança jurídica, podendo levar à arbitrariedade e comprometer a transparência do processo. Importante especificar os tipos de certificação ou fazer remissão ao item específico que dispõe sobre os tipos de certificações no manual. Além disso, esta norma tem apenas um manual que representa o Anexo IV - Manual Certificação em Boas Práticas em Atenção Primária em Saúde de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde.	Acatada Parcialmente	A minuta da RN que estabelecerá o PCBP deixa em aberto o acréscimo de futuros manuais, além do Anexo IV (APS). Poderão futuramente ser acrescentados outros manuais, como o da Certificação em Atenção Oncológica (Fase 2 do OncoRede). Contudo, inicialmente haverá um único Manual. Será dada uma redação alternativa que reflita a existência do Manual de APS (Anexo IV) e a incorporação de futuros manuais.	Art. 23. A ANS poderá instituir mais de um tipo de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde, desse modo, além do Manual de Certificação de Boas Práticas em Atenção Primária à Saúde – APS (Anexo IV), outros Manuais poderão futuramente ser acrescentados como anexos a esta norma. Art. 24. Cada Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde estabelecida pela ANS deverá ter seu Manual de Certificação específico, contendo os requisitos e itens de verificação da certificação e a forma de pontuação, desde que cumpra os demais critérios estabelecidos por esta Resolução Normativa.
RN Art. 24	Exclusão	04/07/2018 11:02	Operadora	AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S/A		A minuta da normativa traz apenas um manual, possibilitando assim, apenas um tipo de certificação.	Não Acatada	A minuta da RN que estabelecerá o PCBP deixa em aberto o acréscimo de futuros manuais, além do Anexo IV (APS). Poderão futuramente ser acrescentados outros manuais, como o da Certificação em Atenção Oncológica (Fase 2 do OncoRede). Contudo, inicialmente haverá um único Manual.	Sem alteração
RN Art. 25	Exclusão	04/07/2018 11:02	Operadora	AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S/A		Conflito de competência: entidades acreditadoras são imparciais e homologadas pela ANS, segundo os critérios dessa norma, não fazendo sentido o acompanhamento do processo por um servidor do órgão regulador.	Acatada	A ANS reconhece que a RN estabelece as condições para homologação das Entidades Acreditadoras em Saúde, não havendo necessidade de prever a possibilidade de participação de servidor indicado.	Art. 25- A qualquer tempo, a ANS poderá indicar um servidor para acompanhar as avaliações, como observador, sem implicar em ônus financeiro para terceiros.
RN Art. 25	Inclusão	04/07/2018 11:52	Operadora	UNIMED-RIO	Parágrafo Único: O Servidor indicado não poderá ter qualquer situação de conflito de interesses com a empresa certificadora ou a operadora avaliada.	Garantir a imparcialidade.	Acatada	A ANS reconhece que a RN estabelece as condições para homologação das Entidades Acreditadoras em Saúde, não havendo necessidade de prever a possibilidade de participação de servidor indicado.	Art. 25- A qualquer tempo, a ANS poderá indicar um servidor para acompanhar as avaliações, como observador, sem implicar em ônus financeiro para terceiros.
RN Art. 25	Alteração	04/07/2018 12:03	Operadora	ABRAMGE	Art. 25. A qualquer tempo, a ANS poderá indicar um servidor para acompanhar as avaliações, como observador, sem implicar em ônus financeiro para terceiros e para a operadora.	Sugere-se a alteração para melhor compreensão do texto.	Acatada	A ANS reconhece que a RN estabelece as condições para homologação das Entidades Acreditadoras em Saúde, não havendo necessidade de prever a possibilidade de participação de servidor indicado.	Art. 25- A qualquer tempo, a ANS poderá indicar um servidor para acompanhar as avaliações, como observador, sem implicar em ônus financeiro para terceiros.
RN Art. 25	Exclusão	04/07/2018 17:38	Operadora	FEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR		Há conflitos de competências neste dispositivo. A sobreposição de competências pode comprometer a credibilidade e a imparcialidade, pois cabe à EA avaliar in loco o cumprimento dos requisitos e não a ANS. Além disso, ainda estão previstas auditorias intermediárias. Ainda que não implique em ônus financeiro para terceiros, a estabilidade e a credibilidade do processo de certificação são fatores determinantes para a adesão da OPS.	Acatada	A ANS reconhece que a RN estabelece as condições para homologação das Entidades Acreditadoras em Saúde, não havendo necessidade de prever a possibilidade de participação de servidor indicado.	Art. 25- A qualquer tempo, a ANS poderá indicar um servidor para acompanhar as avaliações, como observador, sem implicar em ônus financeiro para terceiros.
RN Art. 27	Alteração	04/07/2018 17:38	Operadora	FEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR	Solicitamos desconsiderar a proposta enviada no item 23, anexo I do Ofício 029/2018/PRESI para este artigo.	Não há discordância com a proposta da ANS para este artigo.	Acatada	Foi desconsiderada a proposta enviada no item 23, anexo I do Ofício 029/2018/PRESI da FenaSaúde a pedido da própria entidade.	Sem alteração
RN Art. 29	Alteração	04/07/2018 17:38	Operadora	FEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR		É provável que as Entidades Acreditadoras de OPS solicitem à ANS o seu reconhecimento para serem Entidades Acreditadoras em Saúde. O processo de Acreditação de OPS está sendo revisto, inclusive com previsão de 180 dias para as regras de transição. Além disso, ainda que haja uma previsão de participação no projeto piloto, as OPS precisam de tempo para adequar suas rotinas para investir no projeto.	Não Acatada	Por ser o PCBP um processo voluntário, não haverá qualquer ônus para a operadora que não puder engajar-se imediatamente no Programa, podendo fazê-lo a qualquer tempo, tão logo sinta-se em condições de submeter-se ao processo de certificação do PCBP executado por uma entidade acreditadora em saúde de sua livre escolha, devidamente reconhecida pela ANS.	Sem alteração

RN Art. 29	Inclusão	19/07/2018 16:32	Operadora	CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BNB	A operadora com certificação terá redução da exigência de margem de solvência e receberá pontuação bônus no Índice de Desempenho da Saúde Suplementar - IDSS.	Necessário inserir incentivos junto aos acompanhamentos da Agência.	Não Acatada	O estabelecimento de incentivos vinculados à Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde está em estudo pela ANS. A formalização de eventuais incentivos será contempladas em normativo específico, se for o caso.	Sem alteração
RN Subseção III	Inclusão	04/07/2018 12:03	Operadora	ABRAMGE	Art. xx - Para a manutenção da Certificação em APS, a OPS deverá sofrer visitas intermediárias pela Entidade Acreditadora em Saúde, anualmente, até o fim do ciclo avaliativo. § 1º As auditorias intermediárias não ensejarão mudança de nível de Certificação em APS. § 2º As auditorias intermediárias poderão gerar perda da Certificação em APS, que deverá ser comunicada formalmente a ANS pela Entidade Acreditadora.	Incluir no normativo regra para manutenção da Certificação, para deixar claro que a prática da avaliação intermediária é obrigatória.	Acatada	Considera-se a sugestão pertinente	Minuta de RN - Subseção III Art. xx - Para a manutenção da Certificação em APS, a OPS deverá sofrer visitas intermediárias pela Entidade Acreditadora em Saúde, anualmente, até o fim do ciclo avaliativo. § 1º As auditorias intermediárias não ensejarão mudança de nível de Certificação em APS. § 2º As auditorias intermediárias poderão gerar perda da Certificação em APS, que deverá ser comunicada formalmente a ANS pela Entidade Acreditadora.
RN geral	Inclusão	03/07/2018	Operadora	UNIDAS- Autogestão em Saúde	As operadoras que obterem a certificação previstas no art. 17 da presente norma poderão dispor dos seguintes incentivos: I – Aproveitamento das despesas com os programas descritos como fator redutor da exigência mensal de margem de solvência, nos termos de regulamentação específica, e independentemente do aproveitamento descrito no art. 5º. da Resolução Normativa – RN n. 264, de 2011; II – Recebimento de pontuação Bônus no Índice de Desempenho da Saúde Suplementar da Operadora – IDSS; e III – Outros a serem regulamentados pela ANS. Parágrafo único – O aproveitamento descrito no inciso I seguirá a seguinte proporção em decorrência dos certificados emitidos: I – Nível I – Excelência – 100% II – Nível II – Prata – 90% III – Nível III – Bronze – 80%”	Entendemos que a citada norma deve estabelecer “Incentivos para as Operadoras de Planos de Assistência à Saúde” que aderirem ao mencionado programa e atingirem algum dos níveis de certificação descrito no art. 17, bem como aludido incentivo deve ser concedido de forma cumulativa, ou seja, não obstante eventual participação no “Programa de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças e seus Programas na saúde suplementar” previsto na Resolução Normativa – RN n. 264, de 19 de agosto de 2011. Acreditamos que a atuação do órgão regulador também deve ser no sentido de premiar as boas práticas, induzindo comportamentos. A ANS não deve, apenas, impor sanções, mas também estabelecer incentivos para as mudanças que se fazem necessárias no cenário da saúde suplementar.Caso a ANS entenda que o critério de definição das despesas previsto no inciso I acima não seja o mais adequado, deverá estabelecer algum outro que preserve o incentivo visado e induza o comportamento almejado, procurando premiar as boas práticas.	Acatada Parcialmente	O estabelecimento de incentivos vinculados à Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde está em estudo pela ANS. A formalização de eventuais incentivos será contempladas em normativo específico.	O estabelecimento de incentivos vinculados à Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde está em estudo pela ANS. A formalização de eventuais incentivos será contempladas em normativo específico.
Anexo IV - VIII 4.5	Exclusão	04/07/2018 18:00	Operadora	ABRAMGE		Excluir o item 4.5. Já existe requisito relacionado a pesquisa de satisfação (item 4.8), sugere-se incluir na interpretação que na pesquisa de satisfação contenham perguntas relacionadas a adequação de horários para agendamento de consultas	Não Acatada	o item de verificação 4.5 trata de pesquisa específica sobre horário de atendimento e o item de verificação 4.8 sobre satisfação do beneficiário quanto à experiência do cuidado em APS.	Sem alteração
Anexo IV - I	Alteração	04/07/2018 12:50	Operadora	UNIMED DO BRASIL		Alinhamento conceitual de beneficiários em todo documento (no texto ora fala beneficiários, ora fala usuários). ASS:Comitê de Atenção Integral à Saúde - Unimed do Brasil Contribuições: Unimed Volta Redonda (RJ), Unimed Vitória (ES), Federação ES (participantes: Unimed Pelotas, Unimed VTRP, Unimed Federação RS); Unimed Cascavel (PR) Substituir usuários por beneficiários	Acatada	O termo usuário será substituído por beneficiário, porque este é o mais adequado na saúde suplementar.	O termo "usuário" será substituído pelo termo "beneficiário" em todo o documento.
Anexo IV - I	Inclusão	03/07/2018 17:04	Operadora	UNIMED FEDERAÇÃO DO PARANÁ	Inserir texto explicativo quanto a população para a meta de cobertura quanto a obrigatoriedade de todos permanecerem vinculados a contratos de planos de saúde registrados na ANS.	Inserir texto explicativo quanto a população para a meta de cobertura quanto a obrigatoriedade de todos permanecerem vinculados a contratos de planos de saúde registrados na ANS.	Não Acatada	A cobertura populacional está descrita no capítulo II do Manual (Anexo IV).	Sem alteração
Anexo IV - I	Exclusão	02/07/2018 09:18	Operadora	UNIMED SALTO/ITU - COOPERATIVA MÉDICA		Pilar 6. Centralidade na família: Nem toda a família tem convênio médico o que inviabiliza a operadora atendê-lo.	Não Acatada	Os pilares da Atenção Primária são os orientadores do Programa proposto e são apresentados para fins de compreensão do tema. Os requisitos e itens de verificação do Programa constam nos itens VII e VIII do Anexo IV.	Sem alteração

Anexo IV - II 1 e 2	Alteração		Operadora	Cassi	2. Possuir, pós-graduação (lato sensu e stricto sensu) em gestão em saúde ou em saúde coletiva/saúde pública ou administração hospitalar ou auditoria/gestão em saúde e experiência mínima de 5 (cinco) anos em acreditação em saúde ou auditoria em saúde;	Garantir que a avaliação seja realizada por um profissional qualificado para analisar os diferentes cenários encontrados na saúde suplementar brasileira.	Não Acatada	A experiência mínima de 5 (cinco) anos em acreditação em saúde ou auditoria em saúde foi incluída como uma alternativa à formação - pós-graduação. Seria uma exigência por demais restritiva determinar a obrigatoriedade das duas qualificações (formação e experiência mínima) para um dos auditores.	Sem alteração
Anexo IV - II	Alteração	03/07/2018 14:42	Gestor	FUNDAÇÃO CARLOS ALBERTO VANZOLINI	Texto Vigente: Certificado de reconhecimento de competência emitido pela The International Society For Quality in Health Care ISQua Texto Proposto: Texto Vigente ... ou homologação como entidade acreditadora, para fins do disposto da RN 277/2011.	A exigência exclusiva do reconhecimento pela ISQUA é restritiva e excluyente em relação a entidades acreditadoras com reconhecida competência técnica para execução da acreditação em saúde.	Acatada Parcialmente	A exigência do reconhecimento pela <i>The International Society For Quality in Health Care</i> - ISQua é necessária pois tal instituição representa a principal certificadora em saúde a nível mundial com padrões rigorosos de avaliação. O adequado desenvolvimento da acreditação por meio da Entidade Acreditadora requer que a Entidade seja competente para tal, dessa forma, o reconhecimento pela ISQua é muito relevante. Contudo, considerando-se que as entidades acreditadoras homologadas pela ANS nos termos da RN 277/2011, possuem características pertinentes a este Programa, inclui-se a possibilidade de tais entidades participarem do Programa desde que comprovem sua submissão na ISQua e obtenham seu reconhecimento definitivo no prazo de até 24 meses.	Anexo I: Certificado de reconhecimento de competência emitido pela <i>The International Society For Quality in Health Care</i> - ISQua ou homologação como entidade acreditadora, para fins do disposto da RN 277/2011, considerando-se o § 3º do artigo 3 desta RN.
Anexo IV - II	Alteração	03/07/2018 10:51	Gestor	FUNDAÇÃO CARLOS ALBERTO VANZOLINI	Texto Vigente: Para fins da Certificação em APS, as Entidades Acreditadoras em Saúde são pessoas jurídicas que têm reconhecimento de competência emitidos pela The International Society For Quality in Health Care %u2013 ISQua Texto Proposto: Texto Vigente...ou homologação como entidade acreditadora, para fins do disposto da RN 277/2011.	A exigência exclusiva do reconhecimento pela ISQUA é restritiva e excluyente em relação a entidades acreditadoras com reconhecida competência técnica para execução da acreditação em saúde.	Acatada Parcialmente	A exigência do reconhecimento pela <i>The International Society For Quality in Health Care</i> - ISQua é necessária pois tal instituição representa a principal certificadora em saúde a nível mundial com padrões rigorosos de avaliação. O adequado desenvolvimento da acreditação por meio da Entidade Acreditadora requer que a Entidade seja competente para tal, dessa forma, o reconhecimento pela ISQua é muito relevante. Contudo, considerando-se que as entidades acreditadoras homologadas pela ANS nos termos da RN 277/2011, possuem características pertinentes a este Programa, inclui-se a possibilidade de tais entidades participarem do Programa desde que comprovem sua submissão na ISQua e obtenham seu reconhecimento definitivo no prazo de até 24 meses.	Anexo I: Certificado de reconhecimento de competência emitido pela <i>The International Society For Quality in Health Care</i> - ISQua ou homologação como entidade acreditadora, para fins do disposto da RN 277/2011, considerando-se o § 3º do artigo 3 desta RN. Anexo IV - II: Para fins da Certificação em APS, as Entidades Acreditadoras em Saúde são pessoas jurídicas que têm reconhecimento de competência emitido pela <i>The International Society For Quality in Health Care</i> - ISQua. As Entidades Acreditadoras reconhecidas pela ANS para o Programa de Acreditação de Operadoras poderão pleitear o reconhecimento para fins de Certificação em Atenção Primária à Saúde, desde que apresentem o requerimento de reconhecimento como Organização de Avaliação Externa pela ISQua, com base neste Manual de Certificação, e obtenham-no de forma definitiva em até 24 meses a contar da vigência desta norma
Anexo IV - II	Alteração	04/07/2018 16:34	Outros	A4QUALITY SERVICES - AUDITORIA E CERTIFICAÇÃO LTDA	Para fins da Certificação em APS, as Entidades Acreditadoras em Saúde são pessoas jurídicas que têm reconhecimento de competência emitidos pela The International Society For Quality in Health Care (ISQua), ou pelo INMETRO para atuar no Programa de Acreditação de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde, definido na RN nº 277, e são reconhecidas pela ANS para executar a Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde,	-Os requisitos para acreditação ISQUA incluem a avaliação dos padrões utilizados para avaliação (Ref: Guidelines and Standards for External Evaluation Organisation, 4th Ed, V 1.2, Sept 2015 %u2013 page 5) Os padrões Brasileiros acreditados são somente 3 (https://isqua.org/accreditation-iap/Accredited-by-ISQua), todos voltados à avaliação de prestadores, e não de Operadoras. -As EA homologadas para RN 277 possuem competência comprovada e monitorada pelo INMETRO para avaliação de OPS.	Acatada Parcialmente	A exigência do reconhecimento pela <i>The International Society For Quality in Health Care</i> - ISQua é necessária pois tal instituição representa a principal certificadora em saúde a nível mundial com padrões rigorosos de avaliação. O adequado desenvolvimento da acreditação por meio da Entidade Acreditadora requer que a Entidade seja competente para tal, dessa forma, o reconhecimento pela ISQua é muito relevante. Contudo, considerando-se que as entidades acreditadoras homologadas pela ANS nos termos da RN 277/2011, possuem características pertinentes a este Programa, inclui-se a possibilidade de tais entidades participarem do Programa desde que comprovem sua submissão na ISQua e obtenham seu reconhecimento definitivo no prazo de até 24 meses.	Anexo IV - II: Para fins da Certificação em APS, as Entidades Acreditadoras em Saúde são pessoas jurídicas que têm reconhecimento de competência emitido pela <i>The International Society For Quality in Health Care</i> - ISQua. As Entidades Acreditadoras reconhecidas pela ANS para o Programa de Acreditação de Operadoras poderão pleitear o reconhecimento para fins de Certificação em Atenção Primária à Saúde, desde que apresentem o requerimento de reconhecimento como Organização de Avaliação Externa pela ISQua, com base neste Manual de Certificação, e obtenham-no de forma definitiva em até 24 meses a contar da vigência desta norma.

Anexo IV - III.1	Inclusão	04/07/2018 14:46	Operadora	UNIMED FEDERAÇÃO DO PARANÁ	Parágrafos tópicos: 1, 2 e 3. Inserir texto explicativo quanto a população para a meta de cobertura quanto a obrigatoriedade de todos permanecerem vinculados a contratos de planos de saúde registrados na ANS.	A proposta traz populações alvos e percentuais de coberturas mas não explica obrigatoriedade quanto a migração por exemplo da carteira para produto registrado na ANS no modelo APS.	Não Acatada	Não será considerada para adesão ao Programa de Certificação em APS, a condição obrigatória de inclusão dos "Adultos e idosos portadores de Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNT mais prevalentes e Fatores de Risco associados" como população-alvo.	Sem alteração
Anexo IV - III.2	Alteração	04/07/2018 12:50	Operadora	UNIMED DO BRASIL	Para fins da Certificação em APS, a operadora poderá escalonar a população-alvo abrangida pela APS. A escolha das condições de saúde a serem abrangidas pela APS deverá levar em consideração a sua relevância, determinada a partir de fatores como magnitude, custo, importância para o conjunto de beneficiários, prioridades institucionais ou pela existência de intervenções efetivas que possam impactar na morbidade ou mortalidade associada à condição de saúde (Harbour, 2008; Mendes, 2010).	Não esta claro no documento a diferenciação entre produto registrado com porta de entrada pela APS (plano de saúde) e programa de cuidados de com porta de entrada pela APS. ASS: Comitê de Atenção Integral à Saúde - Unimed do Brasil Contribuições: Unimed Volta Redonda (RJ), Unimed Vitória (ES), Federação ES (participantes: Unimed Pelotas, Unimed VTRP, Unimed Federação RS); Unimed Cascavel (PR)	Não Acatada	A norma não prevê produto registrado como porta de entrada pela APS (plano de saúde), mas Instituiu o Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde.	Sem alteração
Anexo IV - III.2	Exclusão	04/07/2018 10:40	Operadora	UNIMED BELO HORIZONTE		Excluir parágrafo (Para adesão ao Programa... de acordo com a Figura I abaixo) que fala sobre especificação da população-alvo, pois a proposta é de incluir todas as faixas etárias, conforme alteração já citada. A Declaração de Alma Ata descreve que o acesso à APS deve ser garantido a todas as pessoas. A proposta de públicos prioritários com condições crônicas se baseia em Programas de Controle de Doenças e não em Cuidados Primários centrado nas necessidades de saúde da população (OMS, 2008).	Acatada	De fato, a priorização das "DCNT mais prevalentes e fatores de risco em adultos/idosos", como constava na proposta original, poderia vir a estimular a focalização do Programa APS, afastando-o de um dos seus pilares: a integralidade do cuidado.	Alteração do parágrafo (Para adesão ao Programa de Certificação em APS, ... de acordo com a Figura I abaixo) do Anexo IV - III.2, que trata da especificação de população-alvo; e Modificação da Figura 1 do Anexo IV, contemplando a obrigatoriedade de inclusão da atenção centrada no adulto/idoso (independentemente da presença de condição crônica de saúde).
Anexo IV - III.2	Alteração	04/07/2018 10:40	Operadora	UNIMED BELO HORIZONTE	A Cert. da APS prevê estratégias para toda população, contemplando benef. de todas as faixas etárias, selecionadas ou não a partir da presença de condição crônica ou morbidade. Devem ser garantidas uma abordagem integral da saúde e desenvolvidas ações de promoção, prevenção de riscos e agravos e cuidado às condições crônicas e agudas dos indivíduos, respeitando o ROL. A escolha da população deve ser uma prerrogativa da OPS em consonância com sua estratégia, considerando o perfil epidemiológico.	A abordagem da condição crônica se inicia com fatores de risco, para evitar ou retardar o surgimento da doença crônica. A APS traz uma estratégia de organização e reorganização dos sistemas de saúde que representa um modelo de mudança da prática clínico-assistencial. Eixos estruturantes APS : atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação; e orientação familiar e comunitária e competência cultural, Starfield.F7.	Acatada	Considera-se pertinente a sugestão por fortalecer um dos pilares da APS: a integralidade da atenção	Anexo IV III. 2: A Certificação da APS prevê estratégias para toda população, contemplando beneficiários de diferentes faixas etárias, independentemente da presença de condição crônica ou morbidade. Deve ser garantida uma abordagem integral da saúde e desenvolvidas ações de promoção, prevenção de riscos e agravos e cuidado às condições crônicas e agudas dos indivíduos, respeitando o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde. A escolha da população deve ser uma prerrogativa da OPS em consonância com sua estratégia, considerando o perfil epidemiológico.
Anexo IV - III.2	Exclusão	04/07/2018 10:40	Operadora	UNIMED BELO HORIZONTE		Excluir figura de abrangência da APS. A Declaração de Alma Ata descreve que o acesso à APS deve ser garantido a todas as pessoas. A proposta de públicos prioritários com condições crônicas se baseia em Programas de Controle de Doenças e não em Cuidados Primários centrado nas necessidades de saúde da população (OMS, 2008).	Acatada	De fato, a priorização das "DCNT mais prevalentes e fatores de risco em adultos/idosos", como constava na proposta original, poderia vir a estimular a focalização do Programa APS, afastando-o de um dos seus pilares: a integralidade do cuidado.	Alteração do parágrafo (Para adesão ao Programa de Certificação em APS, ... de acordo com a Figura I abaixo) do Anexo IV - III.2, que trata da especificação de população-alvo; e Modificação da Figura 1 do Anexo IV, contemplando a obrigatoriedade de inclusão da atenção centrada no adulto/idoso (independentemente da presença de condição crônica de saúde).
Anexo IV - III.2	Alteração	04/07/2018 10:40	Operadora	UNIMED BELO HORIZONTE	Obs: Não temos proposta de texto, é preciso maiores esclarecimentos quanto a distribuição da população entre os grupo e se tem um % mínimo de cobertura exigida em cada grupo.	Importante maiores esclarecimentos quanto a distribuição da população entre os grupo e se tem um % mínimo de cobertura exigida em cada grupo.	Não Acatada	A proporção mínima de cobertura está prevista no item III. 3 do Anexo IV. Tal proporção é estabelecida de acordo com o total de beneficiários da carteira da operadora.	Sem alteração

Anexo IV - III.2	Inclusão	04/07/2018 12:50	Operadora	UNIMED DO BRASIL	Esta certificação de boas prática em APS deveria analisar em níveis de atuação: - Nível I %u2013Atividade somente de Promoção de Saúde - Nível II %u2013Programas que atuam no modelo de APS, respeitando seus atributos essenciais, com carteira gerenciadas por equipe formados por médico e enfermeiro, mas sem obrigatoriedade de porta de entrada ser pela APS. - Nível III %u2013APS com carteira gerenciada por equipe formado por médico e enfermeiro, com plano regulamentado onde obriga a porta de entrada ser pela APS	Estamos falando de APS, ou seja, primeiro nível de atendimento cuja ocorre a integração com os demais níveis. ASS:Comitê de Atenção Integral à Saúde - Unimed do Brasil Contribuições: Unimed Volta Redonda (RJ), Unimed Vitória (ES), Federação ES (participantes: Unimed Pelotas, Unimed VTRP, Unimed Federação RS); Unimed Cascavel (PR)	Não Acatada	Não será considerada para adesão ao Programa de Certificação em APS, a condição obrigatória de inclusão dos "Adultos e idosos portadores de Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNT mais prevalentes e Fatores de Risco associados" como população-alvo	Sem alteração
Anexo IV - III.2	Inclusão	03/07/2018 17:04	Operadora	UNIMED FEDERAÇÃO DO PARANÁ	Onde lê-se Estabelecer como população-alvo mínima a população I de acordo com a figura 1: "Adultos e idosos portadores deassociados" Leia-se: "...associados, independente do contrato e produto contratado junto a sua operadora.	A proposta de atuar em populações alvo é possível se não considerarmos população vinculada a produto registrado na ANS, considerando aqui populações atendidas no modelo APS mesmo que como benefício da operadora a exemplo dos plano de funcionários que não fora considerado no processo do laboratório de inovação.	Não Acatada	Não será considerada para adesão ao Programa de Certificação em APS, a condição obrigatória de inclusão dos "Adultos e idosos portadores de Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNT mais prevalentes e Fatores de Risco associados" como população-alvo	Sem alteração
Anexo IV - III.2	Alteração	25/06/2018 11:35	Operadora	UNIMED / RS	Para adesão ao Programa de Certificação em APS, sugere-se a inclusão dos %u2013Adultos e idosos portadores de Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNT mais prevalentes e Fatores de Risco associados%u2013 como população-alvo.	Entendemos que não é possível fazer uma seleção na carteira para ter como público alvo doentes crônicos, o público alvo será determinado conforme demanda e venda do produto, não sendo possível selecionar clientes específicos.	Acatada	De fato, a priorização das "DCNT mais prevalentes e fatores de risco em adultos/idosos", como constava na proposta original, poderia vir a estimular a focalização do Programa APS, afastando-o de um dos seus pilares: a integralidade do cuidado.	Alteração do parágrafo (<i>Para adesão ao Programa de Certificação em APS, ... de acordo com a Figura I abaixo</i>) do Anexo IV - III.2, que trata da especificação de população-alvo; e Modificação da Figura 1 do Anexo IV, contemplando a obrigatoriedade de inclusão da atenção centrada no adulto/idoso (independentemente da presença de condição crônica de saúde).
Anexo IV - III.2	Alteração	01/07/2018 16:34	Outros	UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO	...a Certificação em APS prevê a possibilidade de desenvolvimento de estratégias, prioritariamente, nas seguintes faixas etárias ou condições: i. Adultos/idosos; ii. Criança e adolescente; e iii. Condições ligadas à maternidade e ao período perinatal. (o restante do texto bem como a figura seguiria esta classificação)	O uso do conceito de "doenças crônicas" tem estimulado a "lei de cuidados inversos" dado que seleciona uma parte restrita de condições de saúde nem sempre associada ao grupo mais vulnerável de cada estrato populacional. O conceito de doença crônica é, portanto, artificial, e quase sempre exclui condições como hemorroida e sofrimento mental, estando associado a condições como hipertensão, diabetes, asma, insuficiência cardíaca, DPOC. Além disso não faz parte dos atributos da APS	Acatada	De fato, a priorização das "DCNT mais prevalentes e fatores de risco em adultos/idosos", como constava na proposta original, poderia vir a estimular a focalização do Programa APS, afastando-o de um dos seus pilares: a integralidade do cuidado.	Alteração do parágrafo (<i>Para adesão ao Programa de Certificação em APS, ... de acordo com a Figura I abaixo</i>) do Anexo IV - III.2, que trata da especificação de população-alvo; e Modificação da Figura 1 do Anexo IV, contemplando a obrigatoriedade de inclusão da atenção centrada no adulto/idoso (independentemente da presença de condição crônica de saúde).
Anexo IV - III.2	Alteração	04/07/2018 18:00	Operadora	ABRAMGE	2.Condições ligadas ao ciclo de vida de Crianças (puericultura).	Retirar Hebicultura como população de risco, uma vez que não há referência de riscos a serem trabalhados com adolescentes	Não Acatada	A integralidade da atenção, um dos pilares da APS, requer que a atenção ao adolescente esteja vinculada à atenção à criança. Desse modo, o módulo opcional e complementar do Programa APS contempla a Saúde da Criança e do Adolescente.	Sem alteração
Anexo IV - III.2	Exclusão	04/07/2018 18:41	Operadora	UNIMED FEDERAÇÃO MINAS		Entendemos o princípio básico da APS é acolher o indivíduo a família e a comunidade e a partir do estudo ou diagnóstico populacional implementar ações que atendam todos os públicos da carteira, portanto este modelo não poderia atuar com uma população específica Bibliografia: PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017, (Art. 1º e 2º - Princípio da equidade: Ficando proibida qualquer exclusão baseada em idade, gênero, cor, crença, nacionalidade, etnia, orientação sexual, identidade de gênero,	Acatada Parcialmente	De fato, a priorização das "DCNT mais prevalentes e fatores de risco em adultos/idosos", como constava na proposta original, poderia vir a estimular a focalização do Programa APS, afastando-o de um dos seus pilares: a integralidade do cuidado.	Alteração do parágrafo (<i>Para adesão ao Programa de Certificação em APS, ... de acordo com a Figura I abaixo</i>) do Anexo IV - III.2, que trata da especificação de população-alvo; e Modificação da Figura 1 do Anexo IV, contemplando a obrigatoriedade de inclusão da atenção centrada no adulto/idoso (independentemente da presença de condição crônica de saúde).

Anexo IV - III.2	Inclusão	17/07/2018 10:01	Operadora	UNIMED FORTALEZA	Caso a operadora tenha mais de uma equipe de APS, a mesma poderá escolher mais de uma condição de saúde a ser abrangida pelo programa.	A condição de saúde optada pela equipe de APS deverá basear-se perfil sociodemográfico e epidemiológico da área a ser abrangida pelo programa. Ex.: Operadora X possui 3 equipes de APS: Equipe 1 - Condição de saúde II Equipe 2 - Condição de saúde I Equipe 3 - Condição de saúde IV	Acatada Parcialmente	De fato, a priorização das "DCNT mais prevalentes e fatores de risco em adultos/idosos", como constava na proposta original, poderia vir a estimular a focalização do Programa APS, afastando-o de um dos seus pilares: a integralidade do cuidado.	Alteração do parágrafo (<i>Para adesão ao Programa de Certificação em APS, ... de acordo com a Figura 1 abaixo</i>) do Anexo IV - III.2, que trata da especificação de população-alvo; e Modificação da Figura 1 do Anexo IV, contemplando a obrigatoriedade de inclusão da atenção centrada no adulto/idoso (independentemente da presença de condição crônica de saúde).
Anexo IV - III.2	Alteração	19/07/2018 19:43	Prestador de Serviço	CLÍNICA DE APS	Para adesão ao Programa de Certificação em APS, é condição obrigatória a inclusão de toda a população, trabalhando de forma integral e com abordagem familiar, conforme atributos essenciais da APS.	Entendemos que o grupo formado pelas DCNT representa população de atenção prioritária no Brasil. No entanto, para trabalharmos com prevenção em saúde, de forma integral e com abordagem familiar, é fundamental que a equipe de APS também seja responsável por gestantes, crianças e demais integrantes da família do beneficiário. Conforme citado neste documento, devem ser seguidos os atributos essenciais e derivados da APS descritos por Barbara Starfield.	Acatada Parcialmente	De fato, a priorização das "DCNT mais prevalentes e fatores de risco em adultos/idosos", como constava na proposta original, poderia vir a estimular a focalização do Programa APS, afastando-o de um dos seus pilares: a integralidade do cuidado.	Alteração do parágrafo (<i>Para adesão ao Programa de Certificação em APS, ... de acordo com a Figura 1 abaixo</i>) do Anexo IV - III.2, que trata da especificação de população-alvo; e Modificação da Figura 1 do Anexo IV, contemplando a obrigatoriedade de inclusão da atenção centrada no adulto/idoso (independentemente da presença de condição crônica de saúde).
Anexo IV - III.2	Alteração		Outros	SBMFC		Sugerimos que a definição de população alvo seja da operadora. Aquelas que preferirem trabalhar com um produto baseado na APS terão como população alvo todos aqueles que contratualizarem com o produto. Para aqueles que desenharem o modelo como um benefício aos seus beneficiários, poderão ofertar a populações distintas: crônicos, hiperutilizadores de PA, idosos, crianças e a todos que desejarem. Os atributos da APS são benéficos a todos e não precisamos restringi-los a nenhuma população específica.	Acatada Parcialmente	De fato, a priorização das "DCNT mais prevalentes e fatores de risco em adultos/idosos", como constava na proposta original, poderia vir a estimular a focalização do Programa APS, afastando-o de um dos seus pilares: a integralidade do cuidado.	Alteração do parágrafo (<i>Para adesão ao Programa de Certificação em APS, ... de acordo com a Figura 1 abaixo</i>) do Anexo IV - III.2, que trata da especificação de população-alvo; e Modificação da Figura 1 do Anexo IV, contemplando a obrigatoriedade de inclusão da atenção centrada no adulto/idoso (independentemente da presença de condição crônica de saúde).
Anexo IV - III.2	Alteração		Outros	SBMFC		A estratégia de APS muitas vezes é confundida como um programa que foca em populações de alto risco ou alto custo. Esta abordagem costuma trazer impactos positivos, mas muito discretos e apenas para a população selecionada, que é o topo da pirâmide da distribuição das doenças. Ao atuar como profissional de referência para uma população e para as suas principais demandas, tanto as situações agudas quanto para o acompanhamento de saúde, o MFC e a equipe de APS produzem melhores resultados para todo o sistema de saúde, a exemplo do que ocorre nas diferentes experiências internacionais e nacionais. É também papel da APS atender os beneficiários vinculados quando eles apresentam condições agudas, evitando idas desnecessárias ao pronto-atendimento e internações por condições agudas sensíveis à atenção primária. A implantação de APS não é somente a implementação de um programa ou ambulatório, mas a reordenação de todo o sistema de saúde. É justamente por meio dessa capacidade de assumir o cuidado dos beneficiários e dos seus problemas clínicos mais prevalentes que esse modelo se apresenta como	Acatada Parcialmente	De fato, a priorização das "DCNT mais prevalentes e fatores de risco em adultos/idosos", como constava na proposta original, poderia vir a estimular a focalização do Programa APS, afastando-o de um dos seus pilares: a integralidade do cuidado.	Alteração do parágrafo (<i>Para adesão ao Programa de Certificação em APS, ... de acordo com a Figura 1 abaixo</i>) do Anexo IV - III.2, que trata da especificação de população-alvo; e Modificação da Figura 1 do Anexo IV, contemplando a obrigatoriedade de inclusão da atenção centrada no adulto/idoso (independentemente da presença de condição crônica de saúde).

Anexo IV - III.3	Alteração	01/07/2018 16:42	Outros	UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO	Considerando a regra de 1 médico para cada 2,0 mil beneficiários, no caso de um serviço oferecido para um produto fechado (com porta de entrada pela APS) e 2.000 / % de uso da APS em relação às demais portas de entrada (pronto socorro, pronto atendimento, outros ambulatoriais) para serviços oferecidos para produtos tradicionais ou abertos, a cobertura mínima de APS para uma operadora com 3.573 beneficiários será de 70% de sua carteira.	É preciso fazer a distinção de produto versus serviço. O que se esta discutindo é apenas o serviço que pode ser restrito a um produto desenvolvido especificamente para ele ou pode ser oferecido para outros produtos em que o paciente continuará usando outras portas. Neste caso precisa fazer o cálculo do engajamento. Se o engajamento for de 50%, é possível ter 3000 pessoas por médico. O calculo é sempre por médico e as equipes deveriam ser abertas. Assim, não se deveria cometer os mesmos erros do	Não Acatada	Na Certificação em APS, não houve a intenção de distinguir os diferentes tipos de produtos da operadora - produtos desenhados especificamente para APS e produtos em que o beneficiário utiliza diversas portas de entrada. Desse modo, quando determinou-se um número máximo de beneficiários por equipe (2.500), pensou-se em beneficiários "engajados", que utilizam efetivamente a APS.	Sem alteração
Anexo IV - III.3	Inclusão	04/07/2018 18:41	Operadora	UNIMED FEDERAÇÃO MINAS	Incluir neste capítulo um artigo: xxx - O PCBP poderá ainda ser realizado em um Produto com registro específico junto a ANS, bem como em Programa de Promoção da Saúde com foco em APS.	A APS tanto para o produto quanto para um programa visam atingir o mesmo objetivo da linha de cuidado proposta, ou seja ambos buscam as boas práticas em assistência à saúde.	Não Acatada	Entendemos que o texto proposto não contribui para o entendimento da norma, bem como pode dar uma noção restritiva das estratégias em APS. A operadora pode adotar diferentes estratégias de operacionalização, desde que atenda aos requisitos exigidos para a Certificação.	Sem alteração
Anexo IV - III.3	Inclusão	04/07/2018 18:41	Operadora	UNIMED FEDERAÇÃO MINAS	A análise da população alvo apenas da carteira da modalidade de contratação pré-pagamento.	A característica do plano em custo operacional não se aplica as práticas de APS haja vista que o contratante é responsável pelo pagamento integral das utilizações.	Não Acatada	As estratégias de APS podem ser oferecidas pelas operadoras ao seu conjunto de beneficiários, inclusive aqueles vinculados a planos em custo operacional.	Sem alteração
Anexo IV - III.3	Alteração	04/07/2018 18:41	Operadora	UNIMED FEDERAÇÃO MINAS	Alteração do quadro 1 por: Como ponto de partida para a definição da população a ser coberta pela APS, serão considerados os números de beneficiários que estão incluídos em produtos ou benefícios de APS, de acordo com o tipo de operadora (cooperativa, auto-gestão, medicina de grupo...) Bibliografia: Fonte: Material publicado pela OPAS - Laboratório De Inovação Sobre Experiências Em Atenção Primária Na Saúde Suplementar	De acordo com experiências das operadoras que possuem produto de APS em Minas Gerais cerca de 3% da carteira de planos em pré-pagamento encontra-se em produto/programa com foco em APS.	Não Acatada	As estratégias de APS podem ser oferecidas pelas operadoras aos beneficiários vinculados aos planos em geral. A operadora pode adotar diferentes estratégias de operacionalização, desde que atenda aos requisitos exigidos para a Certificação.	Sem alteração
Anexo IV - III.3	Alteração		Outros	SBMFC		Expomos nossa preocupação com o painel de pessoas por equipe apresentado no material. Consideramos ideal, de acordo com as referências internacionais adequações nos dados expostos. A melhor forma de definir um painel de pessoas para o médico/equipe da atenção primária é através do cálculo de quantas horas trabalhadas por dia ele prestará serviço, tempo médio de consulta e número de consultas realizadas em atenção primária esperadas por faixa etária e sexo. Em formato de capitação já utilizado em diversos lugares do mundo, inclusive em experiências nacionais. Além disso, a definição do percurso assistencial ser obrigatório através de "porta de entrada" (gatekeeping) ou não, faz muita diferença no cálculo. Produtos onde o médico tem um papel de gatekeeper deve ter um painel de pessoas menor do que produtos que não tem essa característica. Sabe-se que em muitos países com sistemas fortemente orientados para atenção primária utiliza-se a capitação para determinar as vidas por equipe.	Não Acatada	O estabelecimento da cobertura máxima de 2.500 beneficiários para a Equipe de Atenção Primária teve como base experiências em APS no Brasil (Portaria nº 2.436/GM-MS, de 21 de setembro de 2017) e em outros países (Espanha e Holanda). Porém, trata-se de limite máximo e a operadora pode optar por um limite menor que o referido, caso considere pertinente.	Sem alteração

Anexo IV - III.3	Alteração	18/06/2018 00:04	Gestor	APS UNIMED FRANCA	Para ser Certificada em APS, a operadora deverá assegurar uma cobertura mínima de acordo com o número total de beneficiários da sua carteira, considerando 01 equipe de APS para no máximo 1,6 mil beneficiários.	Na APS é necessário oferecer atendimento presencial e não presencial, acompanhando a demanda e buscando agendamento em até 2 dias, coordenar o cuidado através de revisões incansáveis em prontuários, disponibilizar tempo para discutir casos com outros pontos de assistência e internamente com a equipe, praticar educação permanente, participar de reuniões de equipe. 100% dos beneficiários usam apenas esse serviço (sem outro sistema, diferente do SUS). É necessário tempo para tudo isso.	Não Acatada	O estabelecimento da cobertura máxima de 2.500 beneficiários para a Equipe de Atenção Primária teve como base experiências em APS no Brasil (Portaria nº 2.436/GM-MS, de 21 de setembro de 2017) e em outros países (Espanha e Holanda). Porém, trata-se de limite máximo e a operadora pode optar por um limite menor que o referido, caso considere pertinente.	Sem alteração
Anexo IV - III.3	Exclusão	18/06/2018 00:14	Gestor	APS UNIMED FRANCA		Excluir: Considerando o porte reduzido, operadoras com 3.572 beneficiários ou menos não possuem escala que justifique a existência de mais de uma equipe e pela regra geral (01 equipe para cada 2,5 mil beneficiários) deveriam dar cobertura a 100% de sua carteira. O texto anterior diz que 1 equipe deve ser no máximo para 2500 pessoas, e não no mínimo. Portanto a operadora pode ter 1 equipe para 1000 pessoas ou 3 para 3572, se assim ela quiser. A exigência foi ser no máximo 2500 pessoas por equipe	Não Acatada	A ANS reconhece que as operadoras com porte reduzido - com até 3.572 beneficiários, não possuem escala que justifique a existência de mais de uma equipe de APS. Se a regra geral (1 equipe para cada 2,5 mil beneficiários) fosse mantida, estas operadoras deveriam dar cobertura à praticamente a totalidade da carteira. Em vista disso, a regra geral foi flexibilizada para que 1 equipe de APS pudesse cobrir pelo menos 70% da população de beneficiários dessas operadoras.	Sem alteração
Anexo IV - III.3	Alteração	25/06/2018 11:35	Operadora	UNIMED / RS	Quadro 1: Cobertura populacional mínima para Certificação em APS igual ou inferior a 3.572 mil beneficiários / sem cobertura mínima dos beneficiários. / De 1 beneficiário até 2.500 beneficiários / 01 Equipe APS	A exigência não estimula as OPS de pequeno porte a aderirem ao modelo de acreditação e migrarem gradativamente a sua carteira.	Não Acatada	A ANS reconhece que as operadoras com porte reduzido - com até 3.572 beneficiários, não possuem escala que justifique a existência de mais de uma equipe de APS. Se a regra geral (1 equipe para cada 2,5 mil beneficiários) fosse mantida, estas operadoras deveriam dar cobertura à praticamente a totalidade da carteira. Em vista disso, a regra geral foi flexibilizada para que 1 equipe de APS pudesse cobrir pelo menos 70% da população de beneficiários dessas operadoras.	Sem alteração
Anexo IV - III.3	Inclusão	25/06/2018 11:35	Operadora	UNIMED / RS	Para definir o tamanho da população alvo de uma equipe de APS, sugerimos atrelar o número de beneficiários a pontuação conforme faixa etária. Por exemplo: crianças abaixo de um ano significa 6,3 pontos, um adulto do sexo masculino significa 1 ponto, já uma idosa do sexo feminino 5 pontos. Uma equipe é capaz de atender 2150 pontos	Numa população alvo de 2500 vidas pode ser composta de uma única faixa etária " adultos jovens de uma empresa". O que propomos é uma população alvo mista, composta de todas as faixas etárias.	Não Acatada	O estabelecimento da cobertura máxima de 2.500 beneficiários por Equipe de Atenção Primária teve como base experiências em APS no Brasil (Portaria nº 2.436/GM-MS, de 21 de setembro de 2017) e em outros países (Espanha e Holanda). A população alvo deve ser definida no escopo do projeto da operadora, com cobertura obrigatória para adultos e idosos, mas podendo também abarcar crianças e adolescentes. Porém, trata-se de limite máximo e a operadora pode optar por um limite menor que o referido, de acordo com a composição de sua carteira.	Sem alteração
Anexo IV - III.3	Alteração	03/07/2018 17:04	Operadora	UNIMED FEDERAÇÃO DO PARANÁ	Para ser certificada em APS, a operadora deverá assegurar uma cobertura mínima de acordo com o número total de beneficiários da sua carteira, considerando 01 equipe de APS para no máximo 1000 beneficiários se a concentração de idosos for maior que 50%, 1500 para concentração de idosos for entre 25 a 50% e de no máximo 2.500 de a concentração de idosos for menor que 25%.	Embora esses dados estejam condizente com Portaria 1631, a proporção deveria considerar complexidade. Na prática uma carteira com prevalência de idosos demanda mais de uma equipe de APS do que uma carteira adulta jovem.	Não Acatada	O estabelecimento da cobertura máxima de 2.500 beneficiários por Equipe de Atenção Primária teve como base experiências em APS no Brasil (Portaria nº 2.436/GM-MS, de 21 de setembro de 2017) e em outros países (Espanha e Holanda). A população alvo deve ser definida no escopo do projeto da operadora, com cobertura obrigatória para adultos e idosos, mas podendo também abarcar crianças e adolescentes. Porém, trata-se de limite máximo e a operadora pode optar por um limite menor que o referido, de acordo com a composição de sua carteira.	Sem alteração

Anexo IV - III.3	Alteração	04/07/2018 05:11	Operadora	AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S/A	Inclusão de faixa para operadoras acima de 1 milhão de beneficiários com cobertura de 10% no terceiro ano.	A Amil iniciou as 1ª equipes de AP em 2015, compostas por equipe multidisciplinar em São Paulo e Rio de Janeiro. Desde então o projeto vem se expandindo, atualmente conta com 29 unidades de Atenção Primária, 132 médicos de família e cobertura de 121mil beneficiários com perspectiva de finalizar 2018 com 230 mil. Limitações estruturais como nº limitado de médicos de família, e culturais como a busca por especialistas como 1ª opção, inviabilizam de um programa sem previsão de escalonamento.	Acatada Parcialmente	A meta de cobertura populacional mínima será escalonada em 2 anos para operadoras com >16.000 beneficiários. Além disso, será exigido para as operadoras de muito grande porte uma cobertura em torno de 10% dos beneficiários. Desse modo, não há a necessidade de criação de uma faixa para as operadoras >1.000.000 de beneficiários no Quadro 1 do Anexo IV - Cobertura Populacional Mínima.	Alteração do Quadro 1 do Anexo IV, escalonando em 2 anos a meta de cobertura populacional mínima para as operadoras com >16.000 beneficiários.
Anexo IV - III.3	Alteração	04/07/2018 09:09	Operadora	UNIMED DE PRESIDENTE PRUDENTE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	III.3. Cobertura Populacional 3. Operadoras com porte superior a 16 mil beneficiários: Acima de 16 mil beneficiários, as operadoras começam a apresentar uma escala que passa a justificar o estabelecimento de mais de uma equipe de APS mínima. Desse modo, iniciando-se uma escala para operadoras com carteiras a partir de 16 mil beneficiários, considerando 01 (uma) equipe de APS para cada 2,5 mil beneficiários, a cobertura inicial mínima é de 5% da carteira.	Reduzir a cobertura inicial mínima para 5% da carteira para permitir a participação de mais operadoras incentivando o modelo de assistência.	Não Acatada	Utilizando-se uma função logarítmica, há um decréscimo do percentual de cobertura, com um aumento proporcional do número mínimo de equipes de APS necessárias. Considerando, no momento, que a maior operadora médico-hospitalar cadastrada na ANS conta com 3.539.808 vínculos de beneficiários na carteira com planos com cobertura médico-hospitalar (com ou sem cobertura odontológica), para esse terceiro Grupo de Operadoras, a cobertura varia entre 15,5% da carteira para as operadoras com 16 mil beneficiários, com o mínimo de 2 equipes de APS até uma cobertura de 10% da carteira para a operadora com 3.539.808 beneficiários, com o número mínimo de 141 equipes de APS. A redução da cobertura mínima desta faixa para cerca de um terço do previsto, que já é uma cobertura relativamente baixa (a cobertura da APS no SUS em 2014 atingiu 62,5% da população), não nos parece adequado para que a APS possa ter um impacto substancial no modelo assistencial da operadora.	Sem alteração
Anexo IV - III.3	Inclusão	04/07/2018 16:32	Operadora	UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS	Para ser Certificada em APS, a operadora deverá assegurar uma cobertura mínima de acordo com o número total de beneficiários da sua carteira, considerando 01 equipe de APS para no máximo 2,5 mil beneficiários do público alvo segmentado por plano.	Deixar o texto da normativa e seus anexos mais claros, quanto a quantidade de beneficiários, tanto para implementação da APS quanto para o projeto piloto.	Não Acatada	O cálculo da cobertura populacional não se baseia na segmentação por plano. A redação do item 1.6 foi alterada para "A(s) Equipe(s) de Atenção Primária disponibilizada(s) pela operadora cobrem cada uma no máximo 2.500 beneficiários". O capítulo " III.3. Cobertura Populacional" detalha a forma de cálculo da cobertura populacional.	1.6 A(s) Equipe(s) de Atenção Primária disponibilizada(s) pela operadora cobrem cada uma no máximo 2.500 beneficiários.
Anexo IV - III.3	Inclusão	04/07/2018 18:00	Operadora	ABRAMGE	Escalonamento de Equipes em APS conforme escalonamento da população A operadoras que tenham cobertura populacional acima de 16 mil, poderão escalar a sua equipe abrangida pela sua população de forma que atinja composição total da equipe da seguinte forma: 50% da equipe 1º ano, e 50% 2º ano.	Escalonar a composição da equipe 50% 1º ano, e 50% 2º ano para que as OPS possam se organizar mediante os custos envolvidos a equipe e estrutura.	Acatada	As metas de cobertura serão escalonadas em 2 anos para as operadoras com mais de 16 mil beneficiários com cobertura médico-hospitalar.	Alteração do Quadro 1 do Anexo IV, escalonando em 2 anos a meta de cobertura populacional mínima para as operadoras com >16.000 beneficiários.

Anexo IV - III.3	Alteração	04/07/2018 17:38	Operadora	FEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR		Para o cálculo da "cobertura populacional mínima", considerar apenas os beneficiários da assistência médica, quando o programa não contemplar a saúde bucal. A saúde bucal não está no escopo da "cobertura populacional mínima". No entanto, a quantidade de beneficiários mencionada na página 8 do Anexo IV contempla também os beneficiários da assistência exclusivamente odontologia. Isto amplia a quantidade de equipes de APS. Adicionalmente, caso a OPS opte por contemplar a saúde bucal, deve-se ter cuidado com a dupla contagem, considerando que os dados são da quantidade de vínculos e não de beneficiários e com isso, um mesmo beneficiário da OPS pode ter plano médico e odontológico.	Acatada		Para fins de cálculo da cobertura populacional mínima, serão considerados apenas os beneficiários de planos médico-hospitalares.	Acrescentar no Item III.3 do Anexo IV que para o cálculo do número mínimo de beneficiários cobertos serão considerados apenas os que possuem planos com cobertura médico-hospitalar, excluindo aqueles com cobertura exclusivamente odontológica.
Anexo IV - III.3	Inclusão	04/07/2018 17:38	Operadora	FEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR		1-Escalonar a "cobertura populacional mínima" proposta em 3 anos. A operadora cobriria 34% da meta no primeiro ano, 66% no segundo e 100% ao final do terceiro ano. 2-A cobertura populacional mínima deveria considerar os beneficiários da odontologia somente quando o programa de APS contemplasse saúde bucal. Os quadros com sugestões foram enviados no Ofício 029/2018/PRESI. Pela proposta da ANS, uma operadora com 3 milhões de beneficiários somente poderia se candidatar se incluísse 300 mil beneficiários no projeto. Ocorre que a prática de operadoras que têm investido em projetos similares demonstrou que para atingir essa meta são necessários quase 3 anos de busca ativa e investimento no projeto. O ideal é que os MFC coordenem as equipes de APS, por conta da sua expertise e formação diferenciada. Em 2018, a Demografia Médica contabilizou 5.486 MFC, nº ainda insuficiente para atender a demanda do SUS e SS.	Acatada Parcialmente		A meta de cobertura populacional mínima será escalonada em 2 anos. Contudo, os escalões estão sendo calculados e terão em conta o porte das operadoras.	Alteração do Quadro 1 do Anexo IV, escalonando em 2 anos a meta de cobertura populacional mínima para as operadoras com >16.000 beneficiários.
Anexo IV - III.3	Alteração	04/07/2018 17:38	Operadora	FEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR	A proposta de escalonamento da FenaSaúde foi enviada no Ofício e a simulação em planilhas Excel.	O formato do formulário não permitir anexar tabelas.	Acatada Parcialmente	A meta de cobertura populacional mínima será escalonada em 2 anos. Contudo, os escalões estão sendo calculados e terão em conta o porte das operadoras.	Alteração do Quadro 1 do Anexo IV, escalonando em 2 anos a meta de cobertura populacional mínima para as operadoras com >16.000 beneficiários.	
Anexo IV - III.3	Inclusão	04/07/2018 18:41	Operadora	UNIMED FEDERAÇÃO MINAS	A análise da população-alvo será apenas da carteira da modalidade de contratação pré-pagamento.	A característica do plano em custo operacional não se aplica as práticas de APS haja vista que o contratante é responsável pelo pagamento integral das utilizações.	Não Acatada	As estratégias de APS podem ser oferecidas pelas operadoras de planos privados de saúde ao seu conjunto de beneficiários, inclusive aos beneficiários de planos em custo operacional.	Sem alteração	
Anexo IV - III.3	Alteração	04/07/2018 18:41	Operadora	UNIMED FEDERAÇÃO MINAS	Alterar o texto do item 1.2 do Quadro I Planejamento e Estruturação Técnica: Público-Alvo para o texto: %u201CAvaliar as condições de saúde da carteira%u201D. Inclusive alterar em todo manual.	A APS avalia o paciente como um todo e não somente uma patologia.	Acatada Parcialmente	De fato, a priorização das "DCNT mais prevalentes e fatores de risco em adultos/idosos", como constava na proposta original, poderia vir a estimular a focalização do Programa APS, afastando-o de um dos seus pilares: a integralidade do cuidado.	Alteração do parágrafo (Para adesão ao Programa de Certificação em APS, ... de acordo com a Figura 1 abaixo) do Anexo IV - III.2, que trata da especificação de população-alvo; e Modificação da Figura 1 do Anexo IV, contemplando a obrigatoriedade de inclusão da atenção centrada no adulto/idoso (independentemente da presença de condição crônica de saúde).	

Anexo IV - III.4	Alteração	04/07/2018 12:50	Operadora	UNIMED DO BRASIL	<p>III. 4. Composição da Equipe de APS A equipe mínima de APS deve ser multiprofissional e composta por, no mínimo: (I) médico generalista (clínico geral), ou médico especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; (II) enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; (III) técnico de enfermagem; e (IV) um profissional administrativo.</p>	<p>Substituí-lo por profissional administrativo ou esclarecimento das competências e atribuições do profissional não médico. Comitê de Atenção Integral à Saúde - Unimed do Brasil Contribuições: Unimed Volta Redonda (RJ), Unimed Vitória (ES), Federação ES (participantes: Unimed Pelotas, Unimed VTRP, Unimed Federação RS); Unimed Cascavel (PR)</p>	Não Acatada	<p>O profissional de saúde não médico na equipe mínima de APS será mantido, tendo em vista a relevância da equipe multiprofissional na Atenção Primária à Saúde.</p>	<p>A equipe mínima de APS deve ser multiprofissional e interdisciplinar, composta por, no mínimo: (I) médico de família e comunidade, prioritariamente, ou médico especialista em Clínica Médica com capacitação em APS ou experiência mínima de 2 anos em APS; (II) enfermeiro especialista em Saúde da Família ou generalista; e (III) outro profissional de saúde de nível superior. Caso a carteira de serviços da APS inclua procedimentos, ou segundo profissional de enfermagem (enfermeiro ou técnico de enfermagem) torna-se obrigatório. Podem ser acrescentados a essa composição outros profissionais de saúde de acordo com as condições de saúde abrangidas e a carteira de serviços da APS: nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, psicólogos, assistentes sociais, etc. Caso a APS contemple Saúde Bucal, um cirurgião dentista na equipe torna-se obrigatório, proporcional ao número de beneficiários com planos MH com odontologia. Caso a APS contemple o módulo de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente, um pediatra na equipe torna-se obrigatório para as crianças. Caso a APS contemple saúde mental, um psicólogo na equipe torna-se obrigatório. Caso a APS contemple saúde funcional, um fisioterapeuta e/ou fonoaudiólogo e/ou terapeuta ocupacional e/ou nutricionista na equipe torna-se obrigatório.</p>
Anexo IV - III.4	Inclusão	04/07/2018 18:41	Operadora	UNIMED FEDERAÇÃO MINAS	<p>-Eslarecer a composição da equipe e a carga horária</p>	<p>Na composição da equipe de APS, não esclareceu a composição da equipe e a carga horária</p>	Acatada Parcialmente	<p>A ANS não estabelecerá a carga horária mínima para cada profissional da equipe mínima de APS, devendo a operadora atender aos requisitos do PCBP relativos ao prazo para consulta (item 2.5), tempo máximo de espera (item 2.7), horário estendido (item 1.12) e atendimento em final de semana (item 1.13). Sobre a composição da equipe, ela é descrita no Anexo IV - III.4 e no item 1.7.</p>	<p>A equipe mínima de APS deve ser multiprofissional e interdisciplinar, composta por, no mínimo: (I) médico de família e comunidade, prioritariamente, ou médico especialista em Clínica Médica com capacitação em APS ou experiência mínima de 2 anos em APS; (II) enfermeiro especialista em Saúde da Família ou generalista; e (III) outro profissional de saúde de nível superior. Caso a carteira de serviços da APS inclua procedimentos, ou segundo profissional de enfermagem (enfermeiro ou técnico de enfermagem) torna-se obrigatório. Podem ser acrescentados a essa composição outros profissionais de saúde de acordo com as condições de saúde abrangidas e a carteira de serviços da APS: nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, psicólogos, assistentes sociais, etc. Caso a APS contemple Saúde Bucal, um cirurgião dentista na equipe torna-se obrigatório, proporcional ao número de beneficiários com planos MH com odontologia. Caso a APS contemple o módulo de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente, um pediatra na equipe torna-se obrigatório para as crianças. Caso a APS contemple saúde mental, um psicólogo na equipe torna-se obrigatório. Caso a APS contemple saúde funcional, um fisioterapeuta e/ou fonoaudiólogo e/ou terapeuta ocupacional e/ou nutricionista na equipe torna-se obrigatório.</p>

Anexo IV - III.4	Alteração	25/06/2018 10:43	Operadora	UNIMED / RS	(I) médico especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; (II) enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; (III) técnico de enfermagem; e (IV) um profissional administrativo. Caso a APS contemple Saúde Bucal, um cirurgião dentista na equipe torna-se obrigatório. Podem ser acrescentados a essa composição outros profissionais de saúde de acordo com demandas específicas: nutricionais, fisioterapeutas, psicólogos, etc	Retiramos o médico generalista, pois para APS é preciso médico de família e comunidade. O médico clínico não atende as necessidades. Visando a agilidade e resolutividade o quarto profissional indicado deve ser um profissional administrativo. Cuja as atividades se relacionam a agenda e controle do beneficiários vinculados aquela APS. Não há necessidade de pediatra na equipe, pois como sugerimos a retirada do generalista, o médico apto para APS resolve as questões do pediatra.	Não Acatada	Há número relativamente baixo de médicos especialistas em Saúde da Família e Comunidade, desse modo, compreende-se que neste primeiro momento de início do Programa o médico clínico com capacitação em APS ou experiência mínima de 2 anos em APS pode fazer parte da equipe afim de que uma maior quantidade de equipes seja formada. Entende-se que há necessidade de pediatra caso a APS contemple crianças, em função das especificidades desta fase da vida, das características do setor suplementar de saúde brasileiro, dos aspectos culturais do país e de experiências internacionais em APS em países como Itália e Espanha.	A equipe mínima de APS deve ser multiprofissional e interdisciplinar, composta por, no mínimo: (I) médico de família e comunidade, prioritariamente, ou médico especialista em Clínica Médica com capacitação em APS ou experiência mínima de 2 anos em APS; (II) enfermeiro especialista em Saúde da Família ou generalista; e (III) outro profissional de saúde de nível superior. Caso a carteira de serviços da APS inclua procedimentos, um segundo profissional de enfermagem (enfermeiro ou técnico de enfermagem) torna-se obrigatório. Podem ser acrescentados a essa composição outros profissionais de saúde de acordo com as condições de saúde abrangidas e a carteira de serviços da APS: nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, psicólogos, assistentes sociais, etc. Caso a APS contemple Saúde Bucal, um cirurgião dentista na equipe torna-se obrigatório, proporcional ao número de beneficiários com planos MH com odontologia. Caso a APS contemple o módulo de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente, um pediatra na equipe torna-se obrigatório para as crianças. Caso a APS contemple saúde mental, um psicólogo na equipe torna-se obrigatório. Caso a APS contemple saúde funcional, um fisioterapeuta e/ou fonoaudiólogo e/ou terapeuta ocupacional e/ou nutricionista na equipe torna-se obrigatório.
Anexo IV - III.4	Inclusão	19/06/2018 18:20	Operadora	NOSSA SAÚDE OPERADORA DE PLANOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE LTDA	A equipe mínima de APS deve ser multiprofissional e composta por, no mínimo: (I) médico generalista (clínico geral), ou médico especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade ou médico geriatra ou ginecologista/obstetra;	Caso a APS contemple Idosos, um Geriatra na equipe torna-se obrigatório. Caso a APS contemple Gestantes, um Obstetra na equipe torna-se obrigatório.	Não Acatada	Foi considerado que o médico de família e comunidade, ou médico especialista em Clínica Médica com capacitação ou experiência em APS, possui capacidade de realizar o atendimento de beneficiários idosos, bem como para a atenção às gestantes. Caso a operadora entenda necessário acrescentar médico geriatra ou médico obstetra à equipe de APS, poderá fazê-lo, contudo, sem que isso seja uma exigência mínima do PCBP.	A equipe mínima de APS deve ser multiprofissional e interdisciplinar, composta por, no mínimo: (I) médico de família e comunidade, prioritariamente, ou médico especialista em Clínica Médica com capacitação em APS ou experiência mínima de 2 anos em APS; (II) enfermeiro especialista em Saúde da Família ou generalista; e (III) outro profissional de saúde de nível superior. Caso a carteira de serviços da APS inclua procedimentos, um segundo profissional de enfermagem (enfermeiro ou técnico de enfermagem) torna-se obrigatório. Podem ser acrescentados a essa composição outros profissionais de saúde de acordo com as condições de saúde abrangidas e a carteira de serviços da APS: nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, psicólogos, assistentes sociais, etc. Caso a APS contemple Saúde Bucal, um cirurgião dentista na equipe torna-se obrigatório, proporcional ao número de beneficiários com planos MH com odontologia. Caso a APS contemple o módulo de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente, um pediatra

Anexo IV - III.4	Alteração	01/07/2018 16:55	Outros	UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO	<p>A equipe mínima de APS deve ser multiprofissional e composta por, no mínimo: (I) médico generalista (clínico geral), ou médico especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; (II) enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; (III) técnico de enfermagem; e A proporção deve ser de aproximadamente 1 técnico de enfermagem ou enfermeiro para 1 médico (por exemplo, 5 m, 2 e, 3 te). A inclusão de profissionais de outras profissões deve ser de acordo com a necessidade</p>	<p>O SUS cometeu um equívoco ao incorporar profissionais em proporções sem base científica e forçando que muitos passassem a ter atribuições administrativas, o que não era o escopo original e torna a equipe pouco custo efetiva. As equipes não precisam ser fechadas e esta não é a realidade da grande maioria dos países com APS forte, ou seja, um paciente pode ter o médico A, o enfermeiro B e outro paciente o médico A e o enfermeiro C.</p>	Não Acatada	<p>A definição da composição mínima da equipe é importante como um orientador inicial do processo, mas não deve ser considerada um fator limitante, pois a operadora pode formar equipes mais amplas que as equipes mínimas.</p>	<p>A equipe mínima de APS deve ser multiprofissional e interdisciplinar, composta por, no mínimo: (I) médico de família e comunidade, prioritariamente, ou médico especialista em Clínica Médica com capacitação em APS ou experiência mínima de 2 anos em APS; (II) enfermeiro especialista em Saúde da Família ou generalista; e (III) outro profissional de saúde de nível superior. Caso a carteira de serviços da APS inclua procedimentos, um segundo profissional de enfermagem (enfermeiro ou técnico de enfermagem) torna-se obrigatório. Podem ser acrescentados a essa composição outros profissionais de saúde de acordo com as condições de saúde abrangidas e a carteira de serviços da APS: nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, psicólogos, assistentes sociais, etc. Caso a APS contemple Saúde Bucal, um cirurgião dentista na equipe torna-se obrigatório, proporcional ao número de beneficiários com planos MH com odontologia. Caso a APS contemple o módulo de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente, um pediatra na equipe torna-se obrigatório para as crianças. Caso a APS contemple saúde mental, um psicólogo na equipe torna-se obrigatório. Caso a APS contemple saúde funcional, um fisioterapeuta e/ou fonoaudiólogo e/ou terapeuta ocupacional e/ou nutricionista na equipe torna-se obrigatório.</p>
Anexo IV - III.4	Alteração	04/07/2018 05:21	Operadora	AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S/A	<p>A equipe mínima de APS deve ser multiprofissional e composta por, no mínimo: (I) clínico geral, ou médico especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; (II) enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; (III) técnico de enfermagem; e (IV) um profissional de saúde não-médico. Caso a APS contemple Saúde Bucal, um cirurgião dentista na equipe torna-se obrigatório.</p>	<p>O termo médico generalista não é adequado. O médico de família e comunidade deve abordar os problemas de saúde mais frequentes da infância, utilizando a medicina baseada em evidência e referenciar ao pediatra em casos complexos. O cuidado pelo médico de família demonstra maior efetividade frente aos problemas comuns da infância e avaliação do desenvolvimento infantil e protege essa população de possíveis iatrogenias de acordo com os princípios de prevenção quaternária utilizados na APS.</p>	Não Acatada	<p>Há número relativamente baixo de médicos especialistas em Saúde da Família e Comunidade, desse modo, compreende-se que neste primeiro momento de início do Programa o médico clínico com capacitação em APS ou experiência mínima de 2 anos em APS pode fazer parte da equipe afim de que uma maior quantidade de equipes seja formada. Entende-se que há necessidade de pediatra caso a APS contemple crianças, em função das especificidades desta fase da vida, das características do setor suplementar de saúde brasileiro, dos aspectos culturais do país e de experiências internacionais em APS em países como Itália e Espanha.</p>	<p>A equipe mínima de APS deve ser multiprofissional e interdisciplinar, composta por, no mínimo: (I) médico de família e comunidade, prioritariamente, ou médico especialista em Clínica Médica com capacitação em APS ou experiência mínima de 2 anos em APS; (II) enfermeiro especialista em Saúde da Família ou generalista; e (III) outro profissional de saúde de nível superior. Caso a carteira de serviços da APS inclua procedimentos, um segundo profissional de enfermagem (enfermeiro ou técnico de enfermagem) torna-se obrigatório. Podem ser acrescentados a essa composição outros profissionais de saúde de acordo com as condições de saúde abrangidas e a carteira de serviços da APS: nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, psicólogos, assistentes sociais, etc. Caso a APS contemple Saúde Bucal, um cirurgião dentista na equipe torna-se obrigatório, proporcional ao número de beneficiários com planos MH com odontologia. Caso a APS contemple o módulo de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente, um pediatra na equipe torna-se obrigatório para as crianças. Caso a APS contemple saúde mental, um psicólogo na equipe torna-se obrigatório. Caso a APS contemple saúde funcional, um fisioterapeuta e/ou fonoaudiólogo e/ou terapeuta ocupacional e/ou nutricionista na equipe torna-se obrigatório.</p>

Anexo IV - III.4	Alteração	19/07/2018 20:04	Prestador de Serviço	CLÍNICA DE APS		Na multidisciplinaridade ocorre uma justaposição, sem ocorrer necessariamente um trabalho de equipe coordenado. As disciplinas envolvidas permanecem inalteradas, não interagindo ou se enriquecendo com o saber do outro. Já na interdisciplinaridade, ocorre "conexões e correspondência entre disciplinas científicas", havendo trocas e articulações mais profundas entre os diferentes elementos participantes.	Acatada	Incluir o termo interdisciplinar na definição da equipe mínima de APS, considerando a relevância das conexões e correspondências entre as disciplinas científicas.	A equipe mínima de APS deve ser multiprofissional e interdisciplinar, composta por, no mínimo: (I) médico de família e comunidade, prioritariamente, ou médico especialista em Clínica Médica com capacitação em APS ou experiência mínima de 2 anos em APS; (II) enfermeiro especialista em Saúde da Família ou generalista; e (III) outro profissional de saúde de nível superior. Caso a carteira de serviços da APS inclua procedimentos, um segundo profissional de enfermagem (enfermeiro ou técnico de enfermagem) torna-se obrigatório. Podem ser acrescentados a essa composição outros profissionais de saúde de acordo com as condições de saúde abrangidas e a carteira de serviços da APS: nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, psicólogos, assistentes sociais, etc. Caso a APS contemple Saúde Bucal, um cirurgião dentista na equipe torna-se obrigatório, proporcional ao número de beneficiários com planos MH com odontologia. Caso a APS contemple o módulo de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente, um pediatra na equipe torna-se obrigatório para as crianças. Caso a APS contemple saúde mental, um psicólogo na equipe torna-se obrigatório. Caso a APS contemple saúde funcional, um fisioterapeuta e/ou fonoaudiólogo e/ou terapeuta ocupacional e/ou nutricionista na equipe torna-se obrigatório.
Anexo IV - III.4	Alteração	19/07/2018 20:04	Prestador de Serviço	CLÍNICA DE APS		Não existe curso de graduação que forma não médicos, mas sim aqueles que foram psicólogos, enfermeiros, nutricionais, etc. Ao utilizar "outro profissional de saúde de nível superior" fica claro que o quarto membro da equipe deve ter uma formação diferente das já existentes no grupo, evitando a interpretação sobre a possibilidade de um segundo enfermeiro ou técnico de enfermagem na equipe.	Acatada Parcialmente	Alterar redação do item IV para "outro profissional de saúde de nível superior, exceto médico ou enfermeiro"	A equipe mínima de APS deve ser multiprofissional e interdisciplinar, composta por, no mínimo: (I) médico de família e comunidade, prioritariamente, ou médico especialista em Clínica Médica com capacitação em APS ou experiência mínima de 2 anos em APS; (II) enfermeiro especialista em Saúde da Família ou generalista; e (III) outro profissional de saúde de nível superior. Caso a carteira de serviços da APS inclua procedimentos, um segundo profissional de enfermagem (enfermeiro ou técnico de enfermagem) torna-se obrigatório. Podem ser acrescentados a essa composição outros profissionais de saúde de acordo com as condições de saúde abrangidas e a carteira de serviços da APS: nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, psicólogos, assistentes sociais, etc. Caso a APS contemple Saúde Bucal, um cirurgião dentista na equipe torna-se obrigatório, proporcional ao número de beneficiários com planos MH com odontologia. Caso a APS contemple o módulo de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente, um pediatra na equipe torna-se obrigatório para as crianças. Caso a APS contemple saúde mental, um psicólogo na equipe torna-se obrigatório. Caso a APS contemple saúde funcional, um fisioterapeuta e/ou fonoaudiólogo e/ou terapeuta ocupacional e/ou nutricionista na equipe torna-se obrigatório.

Anexo IV - III.4	Alteração		Outros	SBMFC	A equipe mínima de Atenção Primária deve ser multiprofissional e composta por: a. médico preferencialmente em ordem: médico da família (título da SBMF e/ou residência), especialista em Saúde da Família, médico de área clínica básica não cirurgião (pediatra, clínica médica); b. enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família. Profissionais da equipe multiprofissional devem estar presentes na APS em proporção de acordo com a necessidade da população assistida. Quando o prestado exercer procedimentos é necessário o técnico de enfermagem na equipe.	O técnico de enfermagem se torna obrigatório apenas se houver certo tipos de procedimentos. Não é necessário ter um profissional não médico por equipe pois seria uma disponibilidade excessiva. A proporção deve variar com a necessidade da população assistida.	Acatada Parcialmente	Excluída menção ao técnico de enfermagem como integrante da equipe mínima. Caso a carteira de serviços da APS inclua procedimentos, um segundo profissional de enfermagem (enfermeiro ou técnico) torna-se obrigatório. Sobre o profissional de saúde não médico na equipe mínima de APS, ele será mantido, tendo em vista a relevância da equipe multiprofissional e interdisciplinar na Atenção Primária à Saúde.	A equipe mínima de APS deve ser multiprofissional e interdisciplinar, composta por, no mínimo: (I) médico de família e comunidade, prioritariamente, ou médico especialista em Clínica Médica com capacitação em APS ou experiência mínima de 2 anos em APS; (II) enfermeiro especialista em Saúde da Família ou generalista; e (III) outro profissional de saúde de nível superior. Caso a carteira de serviços da APS inclua procedimentos, um segundo profissional de enfermagem (enfermeiro ou técnico de enfermagem) torna-se obrigatório. Podem ser acrescentados a essa composição outros profissionais de saúde de acordo com as condições de saúde abrangidas e a carteira de serviços da APS: nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, psicólogos, assistentes sociais, etc. Caso a APS contemple Saúde Bucal, um cirurgião dentista na equipe torna-se obrigatório, proporcional ao número de beneficiários com planos MH com odontologia. Caso a APS contemple o módulo de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente, um pediatra na equipe torna-se obrigatório para as crianças. Caso a APS contemple saúde mental, um psicólogo na equipe torna-se obrigatório. Caso a APS contemple saúde funcional, um fisioterapeuta e/ou fonoaudiólogo e/ou terapeuta ocupacional e/ou nutricionista na equipe torna-se obrigatório.
Anexo IV - III.4	Inclusão	04/07/2018 16:32	Operadora	UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS	A equipe mínima de APS deve ser multiprofissional e composta por, no mínimo: (I) médico generalista (clínico geral), ou médico especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade (Carga Horária); (II) enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família (Carga Horária); (III) técnico de enfermagem (Carga Horária); e (IV) um profissional de saúde não-médico (Carga Horária).	Estipular a carga horária de cada profissional da equipe mínima de APS. Hoje a Operadora possui profissionais com cargas horárias distintas, com isso a normativa necessita estar clara quanto à carga horária para que possamos estar adequados a Normativa.	Não Acatada	A ANS não estabelecerá carga horária mínima para cada profissional da equipe mínima de APS, devendo a operadora atender aos requisitos do PCBP relativos ao prazo para consulta (item 2.5), tempo máximo de espera (item 2.7), horário estendido (item 1.12) e atendimento em final de semana (item 1.13). Sobre a composição da equipe, ela é descrita no Anexo IV - III.4 e no item 1.7.	A equipe mínima de APS deve ser multiprofissional e interdisciplinar, composta por, no mínimo: (I) médico de família e comunidade, prioritariamente, ou médico especialista em Clínica Médica com capacitação em APS ou experiência mínima de 2 anos em APS; (II) enfermeiro especialista em Saúde da Família ou generalista; e (III) outro profissional de saúde de nível superior. Caso a carteira de serviços da APS inclua procedimentos, um segundo profissional de enfermagem (enfermeiro ou técnico de enfermagem) torna-se obrigatório. Podem ser acrescentados a essa composição outros profissionais de saúde de acordo com as condições de saúde abrangidas e a carteira de serviços da APS: nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, psicólogos, assistentes sociais, etc. Caso a APS contemple Saúde Bucal, um cirurgião dentista na equipe torna-se obrigatório, proporcional ao número de beneficiários com planos MH com odontologia. Caso a APS contemple o módulo de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente, um pediatra na equipe torna-se obrigatório para as crianças. Caso a APS contemple saúde mental, um psicólogo na equipe torna-se obrigatório. Caso a APS contemple saúde funcional, um fisioterapeuta e/ou fonoaudiólogo e/ou terapeuta ocupacional e/ou nutricionista na equipe torna-se obrigatório.

Anexo IV - III.4	Alteração	19/07/2018 16:23	Operadora	CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BNB	Alterar a estruturação de equipe de APS por faixa etária e/ou foco no atendimento de crônicos. Exemplo: Aps para idosos - Ter o geriatra como médica da APS com foco na promoção do envelhecimento ativo.	Otimização da contratação do generalista com foco de atuação e garantia de formação de vínculo.	Não Acatada	Foi considerado que o médico de família e comunidade, ou médico especialista em Clínica Médica com capacitação ou experiência em APS, possui capacidade de realizar o atendimento de beneficiários idosos. Caso a operadora entenda necessário acrescentar médico geriatra à equipe de APS, poderá fazê-lo, contudo, sem que isso seja uma exigência mínima do PCBP.	A equipe mínima de APS deve ser multiprofissional e interdisciplinar, composta por, no mínimo: (I) médico de família e comunidade, prioritariamente, ou médico especialista em Clínica Médica com capacitação em APS ou experiência mínima de 2 anos em APS; (II) enfermeiro especialista em Saúde da Família ou generalista; e (III) outro profissional de saúde de nível superior. Caso a carteira de serviços da APS inclua procedimentos, um segundo profissional de enfermagem (enfermeiro ou técnico de enfermagem) torna-se obrigatório. Podem ser acrescentados a essa composição outros profissionais de saúde de acordo com as condições de saúde abrangidas e a carteira de serviços da APS: nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, psicólogos, assistentes sociais, etc. Caso a APS contemple Saúde Bucal, um cirurgião dentista na equipe torna-se obrigatório, proporcional ao número de beneficiários com planos MH com odontologia. Caso a APS contemple o módulo de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente, um pediatra na equipe torna-se obrigatório para as crianças. Caso a APS contemple saúde mental, um psicólogo na equipe torna-se obrigatório. Caso a APS contemple saúde funcional, um fisioterapeuta e/ou fonoaudiólogo e/ou terapeuta ocupacional e/ou nutricionista na equipe torna-se obrigatório.
Anexo IV - III.4	Alteração	04/07/2018 18:11	Operadora	ABRAMGE (ASSOCIADA PR)	A equipe mínima de APS deve ser multiprofissional e composta por, no mínimo: (I) médico generalista (clínico geral), ou médico especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade ou médico geriatra ou médico ginecologista/obstetra;	Caso a APS contemple idosos, um geriatra na equipe se faz necessário. Caso a APS contemple gestantes um obstetra se faz necessário.	Não Acatada	Foi considerado que o médico de família e comunidade, ou médico especialista em Clínica Médica com capacitação ou experiência em APS, possui capacidade de realizar o atendimento de beneficiários idosos, bem como para a atenção às gestantes. Caso a operadora entenda necessário acrescentar médico geriatra ou médico obstetra à equipe de APS, poderá fazê-lo, contudo, sem que isso seja uma exigência mínima do PCBP.	A equipe mínima de APS deve ser multiprofissional e interdisciplinar, composta por, no mínimo: (I) médico de família e comunidade, prioritariamente, ou médico especialista em Clínica Médica com capacitação em APS ou experiência mínima de 2 anos em APS; (II) enfermeiro especialista em Saúde da Família ou generalista; e (III) outro profissional de saúde de nível superior. Caso a carteira de serviços da APS inclua procedimentos, um segundo profissional de enfermagem (enfermeiro ou técnico de enfermagem) torna-se obrigatório. Podem ser acrescentados a essa composição outros profissionais de saúde de acordo com as condições de saúde abrangidas e a carteira de serviços da APS: nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, psicólogos, assistentes sociais, etc. Caso a APS contemple Saúde Bucal, um cirurgião dentista na equipe torna-se obrigatório, proporcional ao número de beneficiários com planos MH com odontologia. Caso a APS contemple o módulo de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente, um pediatra na equipe torna-se obrigatório para as crianças. Caso a APS contemple saúde mental, um psicólogo na equipe torna-se obrigatório. Caso a APS contemple saúde funcional, um fisioterapeuta e/ou fonoaudiólogo e/ou terapeuta ocupacional e/ou nutricionista na equipe torna-se obrigatório.

Anexo IV - III.4	Inclusão	04/07/2018 18:41	Operadora	UNIMED FEDERAÇÃO MINAS	Quando não houver médico de família a equipe deve ser composta por um profissional médico generalista e pediatra devido a sua formação profissional, os médicos de família podem e devem atender crianças.	No item III.4 na composição da equipe foi informado que caso à APS contemple crianças, um pediatra na equipe torna-se obrigatório, sugerimos excluir, pois na APS não havendo médico de família a equipe pode ser composta por médico generalista e pediatra.	Não Acatada	Há número relativamente baixo de médicos especialistas em Saúde da Família e Comunidade, desse modo, compreende-se que neste primeiro momento de início do Programa o médico clínico com capacitação em APS ou experiência mínima de 2 anos em APS pode fazer parte da equipe afim de que uma maior quantidade de equipes seja formada. Entende-se que há necessidade de pediatra caso a APS contemple crianças, em função das especificidades desta fase da vida, das características do setor suplementar de saúde brasileiro, dos aspectos culturais do país e de experiências internacionais em APS em países como Itália e Espanha.	A equipe mínima de APS deve ser multiprofissional e interdisciplinar, composta por, no mínimo: (I) médico de família e comunidade, prioritariamente, ou médico especialista em Clínica Médica com capacitação em APS ou experiência mínima de 2 anos em APS; (II) enfermeiro especialista em Saúde da Família ou generalista; e (III) outro profissional de saúde de nível superior. Caso a carteira de serviços da APS inclua procedimentos, um segundo profissional de enfermagem (enfermeiro ou técnico de enfermagem) torna-se obrigatório. Podem ser acrescentados a essa composição outros profissionais de saúde de acordo com as condições de saúde abrangidas e a carteira de serviços da APS: nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, psicólogos, assistentes sociais, etc. Caso a APS contemple Saúde Bucal, um cirurgião dentista na equipe torna-se obrigatório, proporcional ao número de beneficiários com planos MH com odontologia. Caso a APS contemple o módulo de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente, um pediatra na equipe torna-se obrigatório para as crianças. Caso a APS contemple saúde mental, um psicólogo na equipe torna-se obrigatório. Caso a APS contemple saúde funcional, um fisioterapeuta e/ou fonoaudiólogo e/ou terapeuta ocupacional e/ou nutricionista na equipe torna-se obrigatório.
Anexo IV - III.4	Alteração	19/07/2018 16:39	Operadora	CEMIG SAÚDE	A equipe mínima de APS deve ser multiprofissional e composta por, no mínimo: (I) médico generalista (clínico geral) com experiência mínima de 2 anos em APS ou curso de capacitação em APS, ou médico especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; (II) enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; (III) técnico de enfermagem;	O médico generalista sem capacitação não consegue atender em sua integralidade os conceitos e processos propostos pelo modelo da ANS. Para a equipe mínima, não deve ser exigido um profissional da saúde não médico uma vez que esse só é necessário à partir de demandas específicas que serão mapeadas à partir da implantação da APS.	Acatada Parcialmente	Considerando as competências específicas para o adequado desempenho das estratégias em atenção primária à saúde, passará a ser requisito que o profissional médico da equipe mínima seja médico de família e comunidade ou médico especialista em Clínica Médica com capacitação em APS ou com experiência mínima de 2 anos em APS. Sobre o profissional de saúde não médico na equipe mínima de APS, ele será mantido, tendo em vista a relevância da equipe multiprofissional e interdisciplinar na Atenção Primária à Saúde.	A equipe mínima de APS deve ser multiprofissional e interdisciplinar, composta por, no mínimo: (I) médico de família e comunidade, prioritariamente, ou médico especialista em Clínica Médica com capacitação em APS ou experiência mínima de 2 anos em APS; (II) enfermeiro especialista em Saúde da Família ou generalista; e (III) outro profissional de saúde de nível superior. Caso a carteira de serviços da APS inclua procedimentos, um segundo profissional de enfermagem (enfermeiro ou técnico de enfermagem) torna-se obrigatório. Podem ser acrescentados a essa composição outros profissionais de saúde de acordo com as condições de saúde abrangidas e a carteira de serviços da APS: nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, psicólogos, assistentes sociais, etc. Caso a APS contemple Saúde Bucal, um cirurgião dentista na equipe torna-se obrigatório, proporcional ao número de beneficiários com planos MH com odontologia. Caso a APS contemple o módulo de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente, um pediatra na equipe torna-se obrigatório para as crianças. Caso a APS contemple saúde mental, um psicólogo na equipe torna-se obrigatório. Caso a APS contemple saúde funcional, um fisioterapeuta e/ou fonoaudiólogo e/ou terapeuta ocupacional e/ou nutricionista na equipe torna-se obrigatório.

Anexo IV - III.4	Alteração	19/07/2018 20:04	Prestador de Serviço	CLÍNICA DE APS	(I) médico especialista em Saúde da Família ou médico generalista (clínico geral). Equipes compostas por médicos de família receberam maior pontuação.	A Medicina de Família e Comunidade é inspirada em bases mais humanas e comunitárias, tendo potencial transformador no âmbito da prática médica. Ela tem, também, assumido papel relevante principalmente na promoção à Atenção Integral à Saúde. Os MFC desempenham um papel importante na integração e nos cuidados de coordenação fornecidos aos pacientes e suas famílias.	Acatada Parcialmente	Considerando as competências específicas para o adequado desempenho das estratégias em atenção primária à saúde, passará a ser requisito que o profissional médico da equipe mínima seja médico de família e comunidade ou médico especialista em Clínica Médica com capacitação em APS.	A equipe mínima de APS deve ser multiprofissional e interdisciplinar, composta por, no mínimo: (I) médico de família e comunidade, prioritariamente, ou médico especialista em Clínica Médica com capacitação em APS ou experiência mínima de 2 anos em APS; (II) enfermeiro especialista em Saúde da Família ou generalista; e (III) outro profissional de saúde de nível superior. Caso a carteira de serviços da APS inclua procedimentos, um segundo profissional de enfermagem (enfermeiro ou técnico de enfermagem) torna-se obrigatório. Podem ser acrescentados a essa composição outros profissionais de saúde de acordo com as condições de saúde abrangidas e a carteira de serviços da APS: nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, psicólogos, assistentes sociais, etc. Caso a APS contemple Saúde Bucal, um cirurgião dentista na equipe torna-se obrigatório, proporcional ao número de beneficiários com planos MH com odontologia. Caso a APS contemple o módulo de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente, um pediatra na equipe torna-se obrigatório para as crianças. Caso a APS contemple saúde mental, um psicólogo na equipe torna-se obrigatório. Caso a APS contemple saúde funcional, um fisioterapeuta e/ou fonoaudiólogo e/ou terapeuta ocupacional e/ou nutricionista na equipe torna-se obrigatório.
Anexo IV - III.4	Alteração	19/07/2018 20:04	Prestador de Serviço	CLÍNICA DE APS	(II) enfermeiro especialista em Saúde da Família ou generalista. Equipes formados por enfermeiros especialistas em Saúde da Família receberam maior pontuação.	Estudos destacam maior efetividade das equipes com residência em saúde de família e comunidade, o que pode ser atribuído à formação de profissionais mais voltados para o desempenho das funções cotidianas da atenção primária. Observou-se um alto índice de preferência dos cuidadores pelas equipes de saúde da família como fonte regular de atenção para o cuidado de saúde das crianças, comparado com aqueles cuidadores que referiam outros serviços.	Acatada Parcialmente	Concordamos em alterar a ordem de formação do enfermeiro - enfermeiro especialista em Saúde da Família ou generalista, para expressar a escolha preferencial pelo primeiro.	A equipe mínima de APS deve ser multiprofissional e interdisciplinar, composta por, no mínimo: (I) médico de família e comunidade, prioritariamente, ou médico especialista em Clínica Médica com capacitação em APS ou experiência mínima de 2 anos em APS; (II) enfermeiro especialista em Saúde da Família ou generalista; e (III) outro profissional de saúde de nível superior. Caso a carteira de serviços da APS inclua procedimentos, um segundo profissional de enfermagem (enfermeiro ou técnico de enfermagem) torna-se obrigatório. Podem ser acrescentados a essa composição outros profissionais de saúde de acordo com as condições de saúde abrangidas e a carteira de serviços da APS: nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, psicólogos, assistentes sociais, etc. Caso a APS contemple Saúde Bucal, um cirurgião dentista na equipe torna-se obrigatório, proporcional ao número de beneficiários com planos MH com odontologia. Caso a APS contemple o módulo de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente, um pediatra na equipe torna-se obrigatório para as crianças. Caso a APS contemple saúde mental, um psicólogo na equipe torna-se obrigatório. Caso a APS contemple saúde funcional, um fisioterapeuta e/ou fonoaudiólogo e/ou terapeuta ocupacional e/ou nutricionista na equipe torna-se obrigatório.

Anexo IV - III.4	Alteração		Outros	SBMFC	Perfil do médico generalista	O GT-SS da SBMFC considera que a capacitação do médico é questão sine qua non para o melhor desempenho da APS. Propõem-se que se estabeleça como nível de excelência o médico com pós-graduação - residência em medicina de família e comunidade ou profissionais médicos com título através de prova de título da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, que lhe dão direito a Registro de Qualificação de Especialista (RQE). Outros cursos de especialização devem ser considerados complementares.	Acatada Parcialmente	Considerando as competências específicas para o adequado desempenho das estratégias em atenção primária à saúde, passará a ser requisito que o profissional médico da equipe mínima seja médico de família e comunidade ou médico especialista em Clínica Médica com capacitação em APS ou com experiência mínima de 2 anos em APS.	A equipe mínima de APS deve ser multiprofissional e interdisciplinar, composta por, no mínimo: (I) médico de família e comunidade, prioritariamente, ou médico especialista em Clínica Médica com capacitação em APS ou experiência mínima de 2 anos em APS; (II) enfermeiro especialista em Saúde da Família ou generalista; e (III) outro profissional de saúde de nível superior. Caso a carteira de serviços da APS inclua procedimentos, um segundo profissional de enfermagem (enfermeiro ou técnico de enfermagem) torna-se obrigatório. Podem ser acrescentados a essa composição outros profissionais de saúde de acordo com as condições de saúde abrangidas e a carteira de serviços da APS: nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, psicólogos, assistentes sociais, etc. Caso a APS contemple Saúde Bucal, um cirurgião dentista na equipe torna-se obrigatório, proporcional ao número de beneficiários com planos MH com odontologia. Caso a APS contemple o módulo de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente, um pediatra na equipe torna-se obrigatório para as crianças. Caso a APS contemple saúde mental, um psicólogo na equipe torna-se obrigatório. Caso a APS contemple saúde funcional, um fisioterapeuta e/ou fonoaudiólogo e/ou terapeuta ocupacional e/ou nutricionista na equipe torna-se obrigatório.
Anexo IV - III.4	Exclusão	02/07/2018 09:18	Operadora	UNIMED SALTO/ITU - COOPERATIVA MÉDICA		O Pilar 6 trata da centralidade na família, por outro lado ter médico pediatra na equipe é obrigatório caso a APS contemple crianças. Entendemos que fazer esta separação de especialidades não centraliza o atendimento da família, já que são consultas distintas. O médico da família tem especialização para atender também as doenças da criança. A operadora sugere um programa de matriciamento.	Não Acatada	Entende-se que há necessidade de pediatra caso a APS contemple crianças, em função das especificidades desta fase da vida, das características do setor suplementar de saúde brasileiro, dos aspectos culturais do país e de experiências internacionais em APS em países como Itália e Espanha.	A equipe mínima de APS deve ser multiprofissional e interdisciplinar, composta por, no mínimo: (I) médico de família e comunidade, prioritariamente, ou médico especialista em Clínica Médica com capacitação em APS ou experiência mínima de 2 anos em APS; (II) enfermeiro especialista em Saúde da Família ou generalista; e (III) outro profissional de saúde de nível superior. Caso a carteira de serviços da APS inclua procedimentos, um segundo profissional de enfermagem (enfermeiro ou técnico de enfermagem) torna-se obrigatório. Podem ser acrescentados a essa composição outros profissionais de saúde de acordo com as condições de saúde abrangidas e a carteira de serviços da APS: nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, psicólogos, assistentes sociais, etc. Caso a APS contemple Saúde Bucal, um cirurgião dentista na equipe torna-se obrigatório, proporcional ao número de beneficiários com planos MH com odontologia. Caso a APS contemple o módulo de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente, um pediatra na equipe torna-se obrigatório para as crianças. Caso a APS contemple saúde mental, um psicólogo na equipe torna-se obrigatório. Caso a APS contemple saúde funcional, um fisioterapeuta e/ou fonoaudiólogo e/ou terapeuta ocupacional e/ou nutricionista na equipe torna-se obrigatório.

Anexo IV - III.4	Exclusão	04/07/2018 18:41	Operadora	UNIMED FEDERAÇÃO MINAS		Excluir o texto(Caso a APS contemple crianças, um pediatra na equipe torna-se obrigatório), porque na APS não há separação por tipo de beneficiário pois o médico de família é capacitado para atender todas as faixas etárias.	Não Acatada	Entende-se que há necessidade de pediatra caso a APS contemple crianças, em função das especificidades desta fase da vida, das características do setor suplementar de saúde brasileiro, dos aspectos culturais do país e de experiências internacionais em APS em países como Itália e Espanha.	A equipe mínima de APS deve ser multiprofissional e interdisciplinar, composta por, no mínimo: (I) médico de família e comunidade, prioritariamente, ou médico especialista em Clínica Médica com capacitação em APS ou experiência mínima de 2 anos em APS; (II) enfermeiro especialista em Saúde da Família ou generalista; e (III) outro profissional de saúde de nível superior. Caso a carteira de serviços da APS inclua procedimentos, um segundo profissional de enfermagem (enfermeiro ou técnico de enfermagem) torna-se obrigatório. Podem ser acrescentados a essa composição outros profissionais de saúde de acordo com as condições de saúde abrangidas e a carteira de serviços da APS: nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, psicólogos, assistentes sociais, etc. Caso a APS contemple Saúde Bucal, um cirurgião dentista na equipe torna-se obrigatório, proporcional ao número de beneficiários com planos MH com odontologia. Caso a APS contemple o módulo de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente, um pediatra na equipe torna-se obrigatório para as crianças. Caso a APS contemple saúde mental, um psicólogo na equipe torna-se obrigatório. Caso a APS contemple saúde funcional, um fisioterapeuta e/ou fonoaudiólogo e/ou terapeuta ocupacional e/ou nutricionista na equipe torna-se obrigatório.
Anexo IV - III.4	Alteração	19/07/2018 20:04	Prestador de Serviço	CLÍNICA DE APS		A WONCA estabeleceu, em 1997, a seguinte definição para o MFC "É o profissional responsável de proporcionar atenção integral e continuada a todo indivíduo que solicite assistência médica, podendo mobilizar para isto outros profissionais da saúde, quando for necessário." Além disso, os médicos especialistas em MFC estão aptos para realizar atendimentos em todos os níveis de crescimento e desenvolvimento. É opcional um pediatra na equipe quando a APS contemple Crianças,	Não Acatada	Entende-se que há necessidade de pediatra caso a APS contemple crianças, em função das especificidades desta fase da vida, das características do setor suplementar de saúde brasileiro, dos aspectos culturais do país e de experiências internacionais em APS em países como Itália e Espanha.	A equipe mínima de APS deve ser multiprofissional e interdisciplinar, composta por, no mínimo: (I) médico de família e comunidade, prioritariamente, ou médico especialista em Clínica Médica com capacitação em APS ou experiência mínima de 2 anos em APS; (II) enfermeiro especialista em Saúde da Família ou generalista; e (III) outro profissional de saúde de nível superior. Caso a carteira de serviços da APS inclua procedimentos, um segundo profissional de enfermagem (enfermeiro ou técnico de enfermagem) torna-se obrigatório. Podem ser acrescentados a essa composição outros profissionais de saúde de acordo com as condições de saúde abrangidas e a carteira de serviços da APS: nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, psicólogos, assistentes sociais, etc. Caso a APS contemple Saúde Bucal, um cirurgião dentista na equipe torna-se obrigatório, proporcional ao número de beneficiários com planos MH com odontologia. Caso a APS contemple o módulo de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente, um pediatra na equipe torna-se obrigatório para as crianças. Caso a APS contemple saúde mental, um psicólogo na equipe torna-se obrigatório. Caso a APS contemple saúde funcional, um fisioterapeuta e/ou fonoaudiólogo e/ou terapeuta ocupacional e/ou nutricionista na equipe torna-se obrigatório.

Anexo IV - III.4	Alteração	03/07/2018 10:51	Gestor	FUNDAÇÃO CARLOS ALBERTO VANZOLINI	<p>Texto Vigente: Podem ser acrescentados a essa composição outros profissionais de saúde de acordo com demandas específicas: nutricionais, fisioterapeutas, psicólogos, etc. Texto Proposto: Podem ser acrescentados a essa composição outros profissionais de saúde de acordo com demandas específicas: nutricionais, fisioterapêuticas, psicológicas, etc.</p>	Concordância nominal	Acatada Parcialmente	<p>A equipe mínima de APS deve ser multiprofissional e interdisciplinar, composta por, no mínimo:</p> <p>(I) médico de família e comunidade, prioritariamente, ou médico especialista em Clínica Médica com capacitação em APS ou experiência mínima de 2 anos em APS;</p> <p>(II) enfermeiro especialista em Saúde da Família ou generalista; e</p> <p>(III) outro profissional de saúde de nível superior.</p> <p>Caso a carteira de serviços da APS inclua procedimentos, um segundo profissional de enfermagem (enfermeiro ou técnico de enfermagem) torna-se obrigatório.</p> <p>Podem ser acrescentados a essa composição outros profissionais de saúde de acordo com as condições de saúde abrangidas e a carteira de serviços da APS: nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, psicólogos, assistentes sociais, etc.</p> <p>Caso a APS contemple Saúde Bucal, um cirurgião dentista na equipe torna-se obrigatório, proporcional ao número de beneficiários com planos MH com odontologia.</p> <p>Caso a APS contemple o módulo de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente, um pediatra na equipe torna-se obrigatório para as crianças.</p> <p>Caso a APS contemple saúde mental, um psicólogo na equipe torna-se obrigatório.</p> <p>Caso a APS contemple saúde funcional, um fisioterapeuta e/ou fonoaudiólogo e/ou terapeuta ocupacional e/ou nutricionista na equipe torna-se obrigatório.</p>	
Anexo IV - III.4	Alteração	04/07/2018 17:38	Operadora	FEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR	<p>(1)Nomenclatura para MFC: para evitar equívocos e associações com o PSF/SUS, utilizar apenas as especialidades listadas na Resolução do CFM 2162/17, aprovada pela Portaria CME 1/17. As especialidades e terminologias que compõem o Cadastro Nacional de Especialistas são definidas pela CME, conforme competência estabelecida no Decreto 8.516/15.(2) Generalista: não é uma nomenclatura adequada, embora de uso corrente. (3)Pediatra: se a equipe mínima de APS for composta por MFC não há necessidade de tornar obrigatória a inclusão do pediatra, mesmo quando a população alvo incluir crianças. De acordo com os princípios da APS, o médico de família e comunidade deve abordar os problemas de saúde mais frequentes da infância, utilizando as referências de medicina baseada em evidência e utilizar a referência ao pediatra em casos complexos que requerem cuidado por especialista.</p>	(1)Nomenclatura para MFC: para evitar equívocos e associações com o PSF/SUS, utilizar apenas as especialidades listadas na Resolução do CFM 2162/17, aprovada pela Portaria CME 1/17. As especialidades e terminologias que compõem o Cadastro Nacional de Especialistas são definidas pela CME, conforme competência estabelecida no Decreto 8.516/15.(2) Generalista: não é uma nomenclatura adequada, embora de uso corrente. (3)Pediatra: se a equipe mínima de APS for composta por MFC não há necessidade de tornar obrigatória a inclusão do pediatra, mesmo quando a população alvo incluir crianças. De acordo com os princípios da APS, o médico de família e comunidade deve abordar os problemas de saúde mais frequentes da infância, utilizando as referências de medicina baseada em evidência e utilizar a referência ao pediatra em casos complexos que requerem cuidado por especialista.	Acatada Parcialmente	<p>De fato, não há um consenso na literatura para a aceção do termo "médico generalista". Em alguns contextos ele é utilizado para designar o médico com formação geral, sem especialidade; em outros, utiliza-se o termo para designar o médico de especialidades consideradas básicas, como Clínica Médica, Pediatria, Ginecologia e Obstetria; e há ainda quem considere que o médico generalista equivale ao médico de família e comunidade. No item III.4 do Anexo IV foi excluído o termo médico generalista na descrição da composição da equipe de APS. Para efeito do cálculo dos indicadores de monitoramento do Programa, foi acrescida definição de que entende-se como médico generalista, o médico de família e comunidade, o médico especialista em Clínica Médica com capacitação em APS ou experiência mínima de 2 anos em APS e o pediatra.</p>	<p>A equipe mínima de APS deve ser multiprofissional e interdisciplinar, composta por, no mínimo:</p> <p>(I) médico de família e comunidade, prioritariamente, ou médico especialista em Clínica Médica com capacitação em APS ou experiência mínima de 2 anos em APS;</p> <p>(II) enfermeiro especialista em Saúde da Família ou generalista; e</p> <p>(III) outro profissional de saúde de nível superior.</p> <p>Caso a carteira de serviços da APS inclua procedimentos, um segundo profissional de enfermagem (enfermeiro ou técnico de enfermagem) torna-se obrigatório.</p> <p>Podem ser acrescentados a essa composição outros profissionais de saúde de acordo com as condições de saúde abrangidas e a carteira de serviços da APS: nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, psicólogos, assistentes sociais, etc.</p> <p>Caso a APS contemple Saúde Bucal, um cirurgião dentista na equipe torna-se obrigatório, proporcional ao número de beneficiários com planos MH com odontologia.</p> <p>Caso a APS contemple o módulo de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente, um pediatra na equipe torna-se obrigatório para as crianças.</p> <p>Caso a APS contemple saúde mental, um psicólogo na equipe torna-se obrigatório.</p> <p>Caso a APS contemple saúde funcional, um fisioterapeuta e/ou fonoaudiólogo e/ou terapeuta ocupacional e/ou nutricionista na equipe torna-se obrigatório.</p>

Anexo IV - III.4	Exclusão		Operadora	Cassi	Caso a APS contemple Crianças, um pediatra na equipe torna-se obrigatório.	A obrigatoriedade do pediatra é contraditória ao modelo, uma vez que a formação do profissional médico o qualifica para atendimento e cuidado em todos os ciclos de vida, inclusive na infância.	Não Acatada	Entende-se que há necessidade de pediatra caso a APS contemple crianças, em função das especificidades desta fase da vida, das características do setor suplementar de saúde brasileiro, dos aspectos culturais do país e de experiências internacionais em APS em países como Itália e Espanha.	A equipe mínima de APS deve ser multiprofissional e interdisciplinar, composta por, no mínimo: (I) médico de família e comunidade, prioritariamente, ou médico especialista em Clínica Médica com capacitação em APS ou experiência mínima de 2 anos em APS; (II) enfermeiro especialista em Saúde da Família ou generalista; e (III) outro profissional de saúde de nível superior. Caso a carteira de serviços da APS inclua procedimentos, um segundo profissional de enfermagem (enfermeiro ou técnico de enfermagem) torna-se obrigatório. Podem ser acrescentados a essa composição outros profissionais de saúde de acordo com as condições de saúde abrangidas e a carteira de serviços da APS: nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, psicólogos, assistentes sociais, etc. Caso a APS contemple Saúde Bucal, um cirurgião dentista na equipe torna-se obrigatório, proporcional ao número de beneficiários com planos MH com odontologia. Caso a APS contemple o módulo de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente, um pediatra na equipe torna-se obrigatório para as crianças. Caso a APS contemple saúde mental, um psicólogo na equipe torna-se obrigatório. Caso a APS contemple saúde funcional, um fisioterapeuta e/ou fonoaudiólogo e/ou terapeuta ocupacional e/ou nutricionista na equipe torna-se obrigatório.
Anexo IV - IV.2	Inclusão	04/07/2018 17:38	Operadora	FEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR	"2. Ampliar a vinculação de pacientes com Condições Crônicas Complexas a Coordenadores do cuidado" Incluir o conceito de Pacientes Engajados: Pacientes elegíveis que concordam em se inscrever na carteira de um médico de família para um relacionamento de longo prazo, e através do qual recebe os cuidados em Atenção Primária em Saúde.	Dar oportunidade é diferente de aderir. Vários programas estão disponíveis (oportunidade), no entanto, não há engajamento (adesão) dos pacientes.	Não Acatada	Os Projetos-Piloto constituem uma etapa preparatória da Certificação em APS. As operadoras que vierem a aderir deverão apresentar um Projeto que contemple os pilares de organização da APS, entre eles a coordenação do cuidado, mas também o acesso, a longitudinalidade e a integralidade. Desse modo, ao contrário da Certificação em APS, objeto principal da proposta de Resolução Normativa, não convém neste momento especificar estes Projetos- Piloto, que terão suas regras detalhadas por ocasião do Edital de chamamento.	Sem alteração
Anexo IV - IV.2	Alteração	04/07/2018 12:50	Operadora	UNIMED DO BRASIL	e) A ANS utilizará macro indicadores de monitoramento, descritos a seguir, que serão enviados ANUALMENTE para ANS pela própria Operadora, por meio de Formulário padronizado via FormSUS/Datasus.	Proposta de envio ANUAL dos macro indicadores contraponto o envio bimestral. ASS:Comitê de Atenção Integral à Saúde - Unimed do Brasil Contribuições: Unimed Volta Redonda (RJ), Unimed Vitória (ES), Federação ES (participantes: Unimed Pelotas, Unimed VTRP, Unimed Federação RS); Unimed Cascavel (PR)	Não Acatada	O envio deverá ser trimestral para facilitar um monitoramento mais próximo do desenvolvimento do Programa. Considera-se que o envio anual prejudicaria este acompanhamento maior.	Sem alteração
Anexo IV - IV.2	Alteração	02/07/2018 09:18	Operadora	UNIMED SALTO/ITU - COOPERATIVA MÉDICA	Indicador 5. Ampliar o número de médicos generalistas (Clínico Geral ou Médico de Família) por beneficiário (NHS).	Conforme explicitado pela operadora, 2.500 beneficiários por médico é um número muito alto. Diminuir a quantidade de beneficiários por equipe, resulta em ampliar o número de médicos generalistas por beneficiário.	Não Acatada	O estabelecimento da cobertura máxima de 2.500 beneficiários para a Equipe de Atenção Primária teve como base experiências em APS no Brasil (Portaria nº 2.436/GM-MS, de 21 de setembro de 2017) e em outros países (Espanha e Holanda). Porém, trata-se de limite máximo e a operadora pode optar por um limite menor que o referido, caso considere pertinente.	Sem alteração

Anexo IV - IV.2	Inclusão	03/07/2018 17:04	Operadora	UNIMED FEDERAÇÃO DO PARANÁ	Inserir descritivo quanto ao médico generalista e deixar claro de a carteira uma vez atendendo o nível II (ciclo de vida) se aqui serão considerados os pediatras e se população do nível I idosos, serão considerados os geriatras.	Importante adaptar o indicador a realidade do serviço se houver atendimento a carteira da saúde da criança, além de considerar clinico geral e medico de família. Ainda sendo população idosa o geriatra deve ser considerado.	Não Acatada	Para efeito do cálculo dos indicadores de monitoramento do Programa, foi acrescida definição de que entende-se como médico generalista, o médico de família e comunidade, o médico especialista em Clínica Médica com capacitação em APS ou experiência mínima de 2 anos em APS e o pediatra. Foi considerado que o médico de família e comunidade, ou médico especialista em Clínica Médica com capacitação ou experiência em APS, possui capacidade de realizar o atendimento de beneficiários idosos. Caso a operadora entenda necessário acrescentar médico geriatra à equipe de APS, poderá fazê-lo, contudo, sem que isso seja uma exigência mínima do PCBP.	A equipe mínima de APS deve ser multiprofissional e interdisciplinar, composta por, no mínimo: (I) médico de família e comunidade, prioritariamente, ou médico especialista em Clínica Médica com capacitação em APS ou experiência mínima de 2 anos em APS; (II) enfermeiro especialista em Saúde da Família ou generalista; e (III) outro profissional de saúde de nível superior. Caso a carteira de serviços da APS inclua procedimentos, um segundo profissional de enfermagem (enfermeiro ou técnico de enfermagem) torna-se obrigatório. Podem ser acrescentados a essa composição outros profissionais de saúde de acordo com as condições de saúde abrangidas e a carteira de serviços da APS: nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, psicólogos, assistentes sociais, etc. Caso a APS contemple Saúde Bucal, um cirurgião dentista na equipe torna-se obrigatório, proporcional ao número de beneficiários com planos MH com odontologia. Caso a APS contemple o módulo de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente, um pediatra na equipe torna-se obrigatório para as crianças. Caso a APS contemple saúde mental, um psicólogo na equipe torna-se obrigatório. Caso a APS contemple saúde funcional, um fisioterapeuta e/ou fonoaudiólogo e/ou terapeuta ocupacional e/ou nutricionista na equipe torna-se obrigatório.
Anexo IV - IV.2	Alteração	04/07/2018 18:41	Operadora	UNIMED FEDERAÇÃO MINAS	item 01 do quadro 2 para: Se tratando de uma rede de cuidados primários, a vinculação se dá com o medico generalista/medico de família.	Se tratando de uma rede de cuidados primários, a vinculação se dá com o medico generalista/medico de família, sugerimos avaliar a razão de consultas com medico especialista, como uma maneira indireta de avaliar a vinculação e resolutividade do cuidado na APS.	Acatada Parcialmente	A ampliação do acesso a médicos generalistas visa incentivar os cuidados primários e a ordenação do cuidado em saúde. Quando a razão de consultas médicas ambulatoriais com generalista/ especialista for muito baixa, pode apontar para um modelo de atenção equivocado, centrado na atenção especializada, descoordenado, fragmentado e pouco resolutivo . Foi acrescida definição de que entende-se como médico generalista, o médico de família e comunidade, o médico especialista em Clínica Médica com capacitação em APS ou experiência mínima de 2 anos em APS e o médico pediatra.	Para efeito do cálculo dos indicadores de monitoramento do Programa, foi acrescida definição de que entende-se como médico generalista, o médico de família e comunidade, o médico especialista em Clínica Médica com capacitação em APS ou experiência mínima de 2 anos em APS e o médico pediatra.
Anexo IV - IV.2	Inclusão	03/07/2018 17:04	Operadora	UNIMED FEDERAÇÃO DO PARANÁ	Quadro 2 Incluir detalhamento do entendimento quanto a doenças crônicas complexas.	O conceito de doenças crônicas complexas é variável entre as operadoras, pode considerar condição clínica, dependencia, número de comorbidades.	Não Acatada	Não será considerada para adesão ao Programa de Certificação em APS, a condição obrigatória de inclusão dos "Adultos e idosos portadores de Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNT mais prevalentes e Fatores de Risco associados" como população-alvo	Sem alteração
Anexo IV - IV.2	Alteração	04/07/2018 05:32	Operadora	AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S/A	Quadro 2: Resumo dos Macro Indicadores de Implementação do Projeto* S. Ampliar o número de médicos generalistas (Clínico Geral ou Médico de Família) por beneficiário (NHS) Metas escalonadas Ano 1 - ampliar em 5% Ano 2 - ampliar em 5% Total (Ano 1 Ano2)- 10%	Entre 2017 e 2018 a Amil ampliou em 158% o número de médicos de família FTE, ampliando o acesso a atenção primária a todos os seus beneficiários na mesma proporção. Ampliar a oferta de APS de 3% para 5%/ano ajuda a validar o compromisso e investimento da operadora em APS. Caso seja adotado o escalonamento em 3 anos, manter a taxa de 3,3% ao ano.	Não Acatada	A ANS precisa considerar a realidade das diversas operadoras, dessa forma, operadoras que ainda estão no início da implementação da APS poderiam ser prejudicadas com o aumento na proporção de 3% para 5%.	Sem alteração
Anexo IV - IV.2	Alteração	02/07/2018 09:18	Operadora	UNIMED SALTO/ITU - COOPERATIVA MÉDICA	Indicador 1. Ampliar o acesso a médicos generalistas na rede de cuidados primários da saúde suplementar: Caso a unidade já esteja com acesso avançado, a ampliação ao acesso poderá se tornar difícil. Qual população a ser considerada? Apenas os beneficiários da APS ou todos da operadora?	Não ficou claro a população que será considerada, se apenas os beneficiários na APS ou todos da operadora.	Não Acatada	Quando se faz menção à rede de cuidados primários da saúde suplementar refere-se à população atendida pela APS.	Sem alteração
Anexo IV - IV.2	Alteração	25/06/2018 11:35	Operadora	UNIMED / RS	e) A ANS utilizará macro indicadores de monitoramento, descritos a seguir, que serão enviados anualmente para ANS pela própria Operadora, por meio de Formulário padronizado via FormSUS/Datasus.	Ideal ser envio anual com informações bimestrais em função do tempo de compilação e pelo preenchimento no layout estipulado e também pela análise das metas com escalonamento anual.	Não Acatada	O envio deverá ser trimestral para facilitar um monitoramento mais próximo do desenvolvimento do Programa. Considera-se que o envio anual prejudicaria este acompanhamento maior.	Sem alteração

Anexo IV - IV.2	Alteração	03/07/2018 10:51	Gestor	FUNDAÇÃO CARLOS ALBERTO VANZOLINI	Texto Vigente: Para os Pilotos também há a exigência de envio regular dos indicadores, entretanto estando sujeitas a penalidade concernente a regularidade de envio. As operadoras que não enviarem dados por 2 envios consecutivos serão automaticamente desligadas do Piloto, considerando a exigência de envio bimestral dos indicadores. e ** Para os Pilotos em APS poderão ensejar o desligamento de ambos os braços do Programa, caso a operadora participante não envie os indicadores por 3 envios consecutivos	Definir critério para desligamento do piloto: 2 ou 3 não-envios consecutivos?	Acatada	Considera-se a pertinente a observação relativa à definição do critério para desligamento das operadoras nos Projetos-Piloto em APS. Os Projetos-Piloto constituem uma etapa preparatória da Certificação em APS. As operadoras que vierem a aderir deverão apresentar um Projeto que contemple os pilares de organização da APS, entre eles a coordenação do cuidado, mas também o acesso, a longitudinalidade e a integralidade. Desse modo, ao contrário da Certificação em APS, objeto principal da proposta de Resolução Normativa, as regras dos Projetos-Piloto terão suas regras detalhadas por ocasião do Edital de chamamento.	Exclusão da menção relativa à periodicidade de envio dos indicadores como critério para desligamento das operadoras nos Projetos-Piloto em APS no Anexo IV
Anexo IV - IV.2	Alteração	04/07/2018 18:41	Operadora	UNIMED FEDERAÇÃO MINAS	PERIODICIDADE DA COLETA/ENVIO DE DADOS: Trimestral	A maioria das obrigações periódicas avaliadas pela ANS são trimestrais. Além disso, é necessário maior período para validação com as demais informações.	Acatada	A periodicidade foi alterada para "trimestral".	Periodicidade trimestral
Anexo IV - IV.2	Alteração	19/07/2018 15:13	Operadora	CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BNB	**As metas se aplicam a todo o setor, tanto para operadoras apenas participantes dos Pilotos como para operadoras que se submeterão à certificação. Destaca-se que os macro-indicadores não interferem no sistema de pontuação para o Programa de Certificação em Boas Práticas de Atenção Primária. Para os Pilotos em APS poderão ensejar o desligamento de ambos os braços do Programa, caso a operadora participante não envie os indicadores por 2 envios consecutivos.	No texto constante antes do Quadro 2 estabelece que as operadoras que não enviarem dados por 2 envios consecutivos serão automaticamente desligadas. O texto possui uma divergência e a proposta é para coincidir a quantidade.	Acatada Parcialmente	Considera-se a pertinente a observação relativa à definição do critério para desligamento das operadoras nos Projetos-Piloto em APS. Os Projetos-Piloto constituem uma etapa preparatória da Certificação em APS. As operadoras que vierem a aderir deverão apresentar um Projeto que contemple os pilares de organização da APS, entre eles a coordenação do cuidado, mas também o acesso, a longitudinalidade e a integralidade. Desse modo, ao contrário da Certificação em APS, objeto principal da proposta de Resolução Normativa, as regras dos Projetos-Piloto terão suas regras detalhadas por ocasião do Edital de chamamento.	Exclusão da menção relativa à periodicidade de envio dos indicadores como critério para desligamento das operadoras nos Projetos-Piloto em APS no Anexo IV
Anexo IV - IV.2	Alteração	19/07/2018 16:39	Operadora	CEMIG SAÚDE	Para os Pilotos também há a exigência de envio regular dos indicadores, entretanto estando sujeitas a penalidade concernente a regularidade de envio. As operadoras que não enviarem dados por 3 envios consecutivos serão automaticamente desligadas do Piloto, considerando a exigência de envio bimestral dos indicadores.	O envio bimestral dos indicadores pode causar informações não fidedignas, uma vez que algumas operadoras recebem suas contas assistenciais em até 90 dias. Além disso, o texto explicativo abaixo do quadro dos indicadores considera 3 meses para envio dos indicadores antes de ser excluído do piloto.	Não Acatada	Os Projetos-Piloto constituem uma etapa preparatória da Certificação em APS. As operadoras que vierem a aderir deverão apresentar um Projeto que contemple os pilares de organização da APS, entre eles a coordenação do cuidado, mas também o acesso, a longitudinalidade e a integralidade. Desse modo, ao contrário da Certificação em APS, objeto principal da proposta de Resolução Normativa, as regras dos Projetos-Piloto terão suas regras detalhadas por ocasião do Edital de chamamento.	Sem alteração
Anexo IV - IV.2	Alteração	04/07/2018 18:00	Operadora	ABRAMGE	O programa de Certificação em Boas Práticas em Atenção Primária em Saúde é composto por (07) requisitos subdivididos em 58 itens de verificação	O programa de Certificação em boas práticas possui 58 itens de avaliação e não 56 como esta informado.	Acatada	A renumeração e a respectiva contabilidade do total de itens do PCBP foram refeitas após a análise das contribuições recebidas na Consulta Pública.	Renumeração e respectiva contabilidade dos itens, após a análise da Consulta Pública
Anexo IV - IV.2	Alteração	03/07/2018 10:51	Gestor	FUNDAÇÃO CARLOS ALBERTO VANZOLINI	Texto Vigente: Será considerado %u201Cconforme%u201D, o item que obtiver o seguinte desempenho: 1. Cumprir o escopo do item de verificação na íntegra, previsto na interpretação; e Texto proposto: Será considerado %u201Cconforme%u201D, o item que obtiver o seguinte desempenho: 1. Cumprir o escopo do item de verificação na íntegra, previsto na interpretação e sua implantação;	A previsão do item não necessariamente evidencia a sua implantação.	Acatada	Considera-se pertinente incluir a implantação do item.	Anexo IV - V.2 Será considerado conforme, o item que obtiver o seguinte desempenho: 1. Cumprir o escopo do item de verificação na íntegra, previsto na interpretação e sua implantação;
Anexo IV - IV.2	Alteração	03/07/2018 17:23	Operadora	UNIMED FEDERAÇÃO DO PARANÁ	Página 16, texto original: Ter um tempo de implantação superior a 12 meses. Texto proposto: Ter um tempo de implantação superior a 6 meses.	Reduzir para superior a 6 meses, pois operadoras com capacidade de implantação e boas práticas, conseguem demonstrar resultados para certificação em menos de 12 meses. Essas ficam prejudicadas no resultado na proposta de ajuste do IDSS.	Acatada	Considera-se a sugestão pertinente	Anexo IV - V.2 Ter um tempo de implantação superior a 6 meses.

Anexo IV - IV.2	Alteração		Operadora	Cassi	Para fins de avaliação, o item de verificação poderá obter três resultados: I – Conforme; II – Parcialmente conforme ou; III - Não conforme.	Sugere-se a inclusão do resultado "Parcialmente Conforme" para a classificação dos itens de verificação nas seguintes situações: quando o percentual de conformidade do item estiver entre 50 e 90%; quando os itens de verificação cujos processos apresentados como referência não estiverem consistentes; ou quando o tempo de implantação do item for superior a 6 meses.	Não Acatada	A inclusão desta terceira categoria "Parcialmente conforme" ensejaria uma maior subjetividade na avaliação do auditor, ao introduzir este grau de conformidade intermediário (entre 50 e 90%). Desse modo, preferiu-se atribuir uma nota binária para atendimento ao escopo de cada item de verificação: conforme ou não conforme.	Sem alteração
Anexo IV - IV.2	Alteração	19/07/2018 20:04	Prestador de Serviço	CLÍNICA DE APS	Indicamos a reformulação dos níveis de certificação. Um proposta possível seria a certificação no Nível 3 para equipes que não possuam MFC, sendo exigida sua presença nos níveis 2 e 1. Em vista de valorizar os profissionais de enfermagem que possuem especialização em Saúde da Família, também recomendamos que para a certificação no maior nível seja necessária sua presença. A certificação no nível 2 e 1 seriam concedidas apenas às operadoras que atendessem às 3 populações definidas.	Indicamos a reformulação dos níveis de certificação. Um proposta possível seria a certificação no Nível 3 para equipes que não possuam MFC, sendo exigida sua presença nos níveis 2 e 1. Em vista de valorizar os profissionais de enfermagem que possuem especialização em Saúde da Família, também recomendamos que para a certificação no maior nível seja necessária sua presença. A certificação no nível 2 e 1 seriam concedidas apenas às operadoras que atendessem às 3 populações definidas.	Acatada Parcialmente	Será acrescida menção ao fato de que o médico integrante da equipe tenha, prioritariamente, pós-graduação - residência em medicina de família e comunidade.	
Anexo IV - IV.2	Alteração	03/07/2018 10:51	Gestor	FUNDAÇÃO CARLOS ALBERTO VANZOLINI	Classificação de Itens de Verificação: Correção ortográfica Item Essencia para essencial.	correção ortográfica	Acatada	Considera-se pertinente a sugestão	Reformatação da tabela com as imagens dos ícones, de modo a ser visualizada a descrição: "Essencial"
Anexo IV - IV.2	Exclusão	04/07/2018 10:40	Operadora	UNIMED BELO HORIZONTE		Entende-se que impossibilitar a acreditação no nível I em virtude de zerar um indicador do IDSS é uma penalização desproporcional, ou seja, acima do que deveria. A sugestão é que possa ocorrer a perda de pontos, de 3 a 7, equilibrando a penalidade atribuída.	Não Acatada	O nível I de acreditação é o patamar máximo, dessa, forma, considera-se adequado que haja um nível de rigor maior para que a operadora obtenha tal nível.	Sem alteração
Anexo IV - VI	Alteração		Operadora	Cassi	Para manutenção da Certificação em APS, a operadora deverá sofrer Visitas intermediárias pela Entidade Acreditadora em Saúde, <u>anualmente</u> , até o fim do ciclo avaliativo. As Auditorias intermediárias não ensejarão mudança de nível de Certificação em APS.	Após a outorga, a instituição poderá receber uma avaliação a qualquer momento, sem a necessidade de uma periodicidade pré-definida, caso haja indicação de que a instituição não tem cumprido os requisitos e pré-requisitos, ou ameaça contínua à segurança ou ao cuidado dos pacientes.	Não Acatada	Os programas de acreditação e certificação habitualmente realizam auditorias de manutenção num período quase nunca superior a um ano após a outorga da acreditação ou certificação. Estas auditorias têm como objetivo principal verificar a existência de dificuldades enfrentadas pelos entes acreditados ou certificados para manter a qualidade dos serviços. Em vista disso, é fundamental definir a periodicidade mínima destas auditorias de manutenção.	Sem alteração
Anexo IV - VI	Alteração	03/07/2018 11:36	Gestor	FUNDAÇÃO CARLOS ALBERTO VANZOLINI	Texto Vigente:Para manutenção da Certificação em APS, a operadora deverá sofrer Visitas intermediárias pela Entidade Acreditadora em Saúde... Texto proposto: Para manutenção da Certificação em APS, a operadora deverá receber Visitas intermediárias pela Entidade Acreditadora em Saúde	O termo sofrer denota conotação pejorativa para o processo de avaliação.	Acatada	Considera-se pertinente a modificação de sofrer para receber por uma possível conotação negativa do primeiro termo.	Anexo IV - VI Para manutenção da Certificação em APS, a operadora deverá receber Visitas intermediárias pela Entidade Acreditadora em Saúde
Anexo IV - VII 2.6	Alteração	19/07/2018 15:18	Operadora	CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BNB	2.6 A Operadora disponibiliza marcação de consultas por telefone durante o horário de funcionamento das unidades de atenção primária em saúde. Ícone: Essencial	A marcação de consulta por telefone é básica.	Acatada	Pertinente a sugestão de alterar o item 2.6 para	Considerar o item 2.6 como Essencial
Anexo IV - VII 2.6	Alteração	19/07/2018 16:39	Operadora	CEMIG SAÚDE	2.6 A Operadora disponibiliza marcação de consultas por telefone durante o horário de funcionamento das unidades de atenção primária em saúde.	O item deve ser considerado %u201Cessencial%u201D.	Acatada	Pertinente a sugestão de alterar o item 2.6 para	Considerar o item 2.6 como Essencial
Anexo IV - VII 6.3	Alteração	19/07/2018 16:39	Operadora	CEMIG SAÚDE	Excluir o critério 6.3 A Operadora estabelece parcerias com instituições de ensino e pesquisa ou universidades, com vistas a estimular a adesão a programas de atualização e aperfeiçoamento dos profissionais de APS.	As parcerias com instituições de ensino ou pesquisa não deve ser premissas para a realização da educação continuada do processo de APS.	Não Acatada	Entende-se que o estabelecimento de parcerias pode contribuir para o desenvolvimento das atividades em APS. O item 6.3 é considerado como de Excelência no PCBP.	Sem alteração
Anexo IV - VII 6.3	Inclusão		Outros	SBMFC	A Operadora estabelece parcerias com sociedades científicas (como SBMFC), instituições de ensino e pesquisa ou universidades, com vistas a estimular a adesão a programas de atualização e aperfeiçoamento dos profissionais de APS.	A sociedade brasileira de medicina de família e comunidade dispõem de cursos homologados e fomento a iniciativas que contenham os princípios da medicina de família e boas práticas da APS.	Não Acatada	Entendemos que não é necessário especificar nominalmente quais as possíveis sociedades científicas, instituições de ensino e pesquisa ou universidades com as quais seria possível estabelecer parcerias.	Sem alteração

Anexo IV - VII 1.3	Inclusão	04/07/2018 16:32	Operadora	UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS	1.3 A Operadora conta com diretriz formalizada de assistência farmacêutica para APS para os medicamentos de uso domiciliar, em particular os de cobertura obrigatória, que contemple: armazenamento, dispensação e orientação dos beneficiários, elaborada por um farmacêutico.	Esclarecer quais medicamentos a Operadora deve disponibilizar em uso domiciliar (todo e qualquer medicamento de cobertura obrigatória ou apenas os oncológicos).	Não Acatada	A Certificação em APS não estabelecerá medicamentos a serem disponibilizados para uso domiciliar. As operadoras deverão, obrigatoriamente, oferecer a cobertura estabelecida no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e, alternativamente, oferecer coberturas adicionais.	Sem alteração
Anexo IV - VII 2.2	Alteração	19/07/2018 16:39	Operadora	CEMIG SAÚDE	2.2 Os serviços de APS da operadora têm sua população conhecida (dados cadastrais e epidemiológicos).	A descrição de população cadastrada não dá certeza do que o critério está exigindo.	Não Acatada	O item 2.2 se refere ao cadastramento da população atendida pelo projeto APS. Já as ações adicionais ao cadastro, tais como o registro do acompanhamento das ações e o monitoramento dos indicadores, são contempladas no item 5.4.	Sem alteração
Anexo IV - VII 2.4	Alteração	19/07/2018 16:39	Operadora	CEMIG SAÚDE	2.4 A Equipe de APS realiza o encaminhamento de consultas com especialistas; exames e cirurgias no momento do encaminhamento do beneficiário para outros níveis de atenção	Não é função da operadora realizar agendamento. A operadora deve encaminhar o beneficiário para os respectivos atendimentos necessários.	Não Acatada	A realização do agendamento pela Equipe de APS no momento do encaminhamento do beneficiário para outros níveis de atenção favorece o referenciamento dos beneficiários, quando necessário, sendo considerado um item complementar no âmbito do PCBP.	Sem alteração
Anexo IV - VII 2.4	Exclusão		Outros	SBMFC	A Equipe de APS realiza diretamente o agendamento de consultas com especialistas; exames e cirurgias no momento do encaminhamento do beneficiário para outros níveis de atenção	Sugerimos retirar o agendamento de cirurgia pois esta atribuição é do cirurgião, que avaliará a real necessidade cirúrgica, a ausência de contrs-indicações e agendará de acordo com a disponibilidade do paciente, sua e de sala cirúrgica.	Acatada	Perspectiva de que o cirurgião avalie a real necessidade cirúrgica, a ausência de contraindicações e promova o agendamento de acordo com a disponibilidade do paciente, sua e de sala cirúrgica.	A Equipe de APS realiza diretamente o agendamento de consultas com especialistas e exames no momento do encaminhamento do beneficiário para outros níveis de atenção
Anexo IV - VII 2.7	Alteração	25/06/2018 11:35	Operadora	UNIMED / RS	2.7 A Operadora organiza a rede e o fluxo de cuidados primários em saúde, através da escala Manchester para obtenção de atendimento por profissional de saúde. Caso o paciente apresente uma condição grave será encaminhado para serviço adequado.	Esta obrigatoriedade trata-se de consultas de urgência/emergência, não sendo o foco de atendimento de APS e sim de PA/PS. A escala de Manchester é padrão ouro para estratificação de risco dos beneficiários da população atendida.	Não Acatada	Existem diferentes formas de classificar da condição de saúde, de modo que a ANS não pretende estabelecer nenhum padrão nesse sentido.	Sem alteração
Anexo IV - VII 2.7	Alteração	04/07/2018 18:11	Operadora	ABRAMGE (ASSOCIADA PR)	A Operadora organiza a rede e o fluxo de cuidados primários em saúde, de modo que o tempo máximo de espera do paciente / usuário seja respeitado o tempo de atendimento conforme protocolo de urgência e emergência estabelecido pela operadora	o prazo deve ser avaliado de acordo com os critérios de triagem urgência e emergência.	Não Acatada	O item 2.7 se refere ao tempo máximo de espera do paciente / beneficiário, de modo geral. Os critérios de triagem de urgência e emergência podem ser aplicados pelas operadoras e sua rede de prestadores de forma adicional, estabelecendo prazos ainda menores ou o atendimento imediato, sempre respeitando o tempo máximo estabelecido.	Sem alteração
Anexo IV - VII 2.7	Inclusão	04/07/2018 16:32	Operadora	UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS	2.7 A Operadora organiza a rede e o fluxo de cuidados primários em saúde, de modo que o tempo máximo de espera do paciente/usuário seja inferior a 30 minutos, na sala de espera, para obtenção de atendimento por profissional de saúde.	Deixar a Normativa clara, quanto ao tempo de espera do beneficiário para ser atendido pelo profissional de saúde, pois no item 2.5 já informa o prazo para a marcação de consulta.	Acatada Parcialmente	Acréscimo do trecho "no estabelecimento de saúde" para deixar mais claro que se trata do tempo de espera do beneficiário para ser atendido pelo profissional de saúde	2.7 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.
Anexo IV - VII 2.7	Alteração	04/07/2018 18:41	Operadora	UNIMED FEDERAÇÃO MINAS	No quadro 2-AMPLIAÇÃO E QUALIFICAÇÃO DO ACESSO no item 2.7 - substituir o texto %u201Cpor profissional de saúde%u201D para %u201Cna APS da operadora%u201D	A operadora não gerencia o tempo de atendimento da rede credenciada. Em determinada localidade que há apenas um único prestador é impossível substituir por outro que possua controle de tempo de atendimento.	Não Acatada	O item refere a organização da rede e do fluxo de cuidados primários em saúde. Dessa maneira, a operadora pode e deve trabalhar de forma colaborativa com a rede prestadora, de modo a proporcionar o acesso adequado e oportuno aos cuidados primários.	Sem alteração
Anexo IV - VII 2.7	Alteração	19/07/2018 15:24	Operadora	CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BNB	2.7 A Operadora organiza a rede e o fluxo de cuidados primários em saúde, de modo que o tempo máximo de espera do paciente / usuário seja inferior a 1 hora para obtenção de atendimento por profissional de saúde.	O tempo de atendimento não seria apenas para a equipe de APS, mas também para a rede assistencial de suporte à APS, ficando difícil o gerenciamento desse fluxo externo.	Não Acatada	O item refere a organização da rede e do fluxo de cuidados primários em saúde. Dessa maneira, a operadora pode e deve trabalhar de forma colaborativa com a rede prestadora, de modo a proporcionar o acesso adequado e oportuno aos cuidados primários.	Sem alteração
Anexo IV - VII 3	Inclusão	18/07/2018 22:58	Prestador de Serviço	COLÉGIO BRASILEIRO DE RADIOLOGIA	Item 3 QUALIDADE E CONTINUIDADE DO CUIDADO A operadora fornece a informação aos usuários sobre prestadores de serviço em saúde que possuam certificação em qualidade.	No intuito de fomentar a qualidade dos prestadores de serviço, torna-se válido a inclusão da informação de quais prestadores possuem certificação de qualidade.	Acatada Parcialmente	A disponibilização de informação sobre certificação ou acreditação dos prestadores por parte das operadoras será incluída no item 5.8	Nova redação item passando a considerar se a operadora divulga os resultados da avaliação dos serviços da sua rede de cuidados primários para os seus beneficiários através de folhetos informativos e/ou no Portal na internet, incluindo informações sobre acreditação ou certificação dos prestadores de serviços de saúde.

Anexo IV - VII 3.5	Alteração	03/07/2018 17:04	Operadora	UNIMED FEDERAÇÃO DO PARANÁ	3.5, página 20. Consulta pública: A equipe de APS estabelece rotinas preventivas para os usuários, conforme perfil epidemiológico e demográfico orientadas por Protocolos e Diretrizes clínicas baseadas em evidência científica e validados por entidades nacionais e/ou internacionais de referência. Sugestão de texto: A equipe de APS estabelece rotinas preventivas para os usuários, conforme perfil epidemiológico e demográfico orientadas por Protocolos e Diretrizes clínicas baseadas em evidência cie	Entendo que beneficiários assistidos na APS, terão coordenação do cuidado com base nas necessidades individuais. Essas rotinas preventivas acabam focando na doença e não no indivíduo.	Acatada	Considera-se a sugestão pertinente porque fortalece um dos pilares da APS: orientação ao paciente	Anexo IV -VII 3.5 - A equipe de APS estabelece rotinas preventivas para os beneficiários, conforme perfil epidemiológico e demográfico orientadas por Protocolos e Diretrizes clínicas baseadas em evidência científica e validados por entidades nacionais e/ou internacionais de referência, considerando-se também as necessidades individuais dos beneficiários.
Anexo IV - VII 3.2	Alteração	19/07/2018 16:39	Operadora	CEMIG SAÚDE	3.2 A Operadora estabelece coordenação entre os serviços de cuidados primários e serviços de apoio diagnóstico.	O critério está subjetivo. A coordenação deve ser mais bem explicada.	Não Acatada	Nas páginas 40 e 41 do Anexo IV (Manual de Certificação em Boas Práticas em Atenção Primária em Saúde de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde) é explicitada a interpretação e a respectiva forma de obtenção do item 3.2.	Sem alteração
Anexo IV - VII 3.6	Alteração		Outros	SBMFC	A equipe de APS estabelece, quando necessário, plano de cuidado multiprofissional para os usuários orientado por Protocolos e Diretrizes clínicas baseadas em evidência científica e validados por entidades nacionais e/ou internacionais de referência.	Não será todo paciente que precisa de ter um plano de cuidado multiprofissional.	Acatada	Nem todo paciente necessitará que seja estabelecido um plano de cuidado de maneira multiprofissional. Desse modo, foi incluída a expressão "quando necessário".	A equipe de APS estabelece, quando necessário, plano de cuidado multiprofissional para os beneficiários orientado por Protocolos e Diretrizes clínicas baseadas em evidência científica e validados por entidades nacionais e/ou internacionais de referência.
Anexo IV - VII 3.8	Exclusão	25/06/2018 11:35	Operadora	UNIMED / RS		Exclusão do item 3.8 na página 20 - A equipe de APS deve realizar gestão do uso de polifarmácia para pacientes crônicos complexos. Inerente a atividade do médico coordenador, este deve realizar este controle através do prontuário eletrônico.	Não Acatada	Embora a gestão do uso de polifarmácia seja inerente ao médico coordenador, considera-se relevante que tal especificação conste no Manual, uma vez que toda equipe deve participar de tal gestão.	Sem alteração
Anexo IV - VII 3.8	Alteração	19/07/2018 16:39	Operadora	CEMIG SAÚDE	3.8 A equipe de APS deve realizar orientação do uso de polifarmácia para pacientes crônicos complexos.	A orientação do uso de polifarmácia deve ser considerada como essencial. A gestão do uso deve ser considerado como um item de excelência.	Não Acatada	A gestão do uso de polifarmácia para pacientes crônicos complexos foi considerada essencial em função das eventuais complicações e repercussões imediatas sobre a saúde dos indivíduos decorrentes do uso inadequado de múltiplas medicações	Sem alteração
Anexo IV - VII 3.9	Alteração	19/07/2018 16:39	Operadora	CEMIG SAÚDE	3.9 A Operadora possui protocolos e diretrizes estabelecidas com critérios de elegibilidade para atenção domiciliar e cuidados paliativos com o objetivo de evitar ou abreviar o período de internação. 3.10 A equipe de APS utiliza prontuário único compartilhado. 3.11 O usuário consegue ser avaliado pelo mesmo profissional de saúde em diferentes consultas. 3.12 A mesma equipe de APS de referência avalia os resultados de exames de apoio diagnóstico na consulta de retorno.	Os itens devem ser classificados como essencial.	Acatada Parcialmente	A classificação dos itens levou em consideração fatores como a sua disseminação e dificuldade de execução. O item 3.12 foi modificado para Essencial. Os itens 3.9; 3.10 e 3.11 permanecem como Complementares.	Inserir o ícone de essencial ao item 3.12
Anexo IV - VII 3.11	Alteração	03/07/2018 11:36	Gestor	FUNDAÇÃO CARLOS ALBERTO VANZOLINI	Texto Vigente: Item 3.11 - O usuário consegue ser avaliado pelo mesmo profissional de saúde em diferentes consultas. Texto proposto: O usuário é avaliado pelo mesmo profissional de saúde em diferentes consultas da mesma especialidade.	Diferentes consultas podem ser de especialidades diversas.	Acatada	A possibilidade de contatos subsequentes com um mesmo profissional é considerada importante para as estratégias em atenção primária à saúde, pois favorece o estabelecimento de vínculo entre o profissional e o paciente, bem como a longitudinalidade do cuidado. Passou a ser considerada também a avaliação por uma mesma equipe de APS em diferentes consultas, e não necessariamente com o mesmo profissional.	O beneficiário consegue ser avaliado pelo mesmo profissional de saúde ou por uma mesma equipe de APS em diferentes consultas.

Anexo IV - VII 3.11	Alteração	04/07/2018 18:11	Operadora	ABRAMGE (ASSOCIADA PR)	3.11. O usuário consegue ser avaliado em diferentes consultas, pela mesma equipe de profissionais de saúde.	os profissionais de saúde podem mudar de trabalho, horário, etc. então manter o vínculo com o mesmo profissional se torna algo inatingível. o ideal é que a previsão seja para a mesma equipe de profissionais da saúde.	Acatada Parcialmente	A possibilidade de contatos subsequentes com um mesmo profissional é considerada importante para as estratégias em atenção primária à saúde, pois favorece o estabelecimento de vínculo entre o profissional e o paciente, bem como a longitudinalidade do cuidado. Entretanto, é fato que o profissional pode sair da equipe, por demissão ou por transferência. Sendo assim, o item levará em consideração se a avaliação em diferentes consultas é realizada por uma mesma equipe de APS, considerando a importância da adesão e do vínculo do beneficiário à equipe de referência do Projeto APS.	O item levará em consideração se a avaliação em diferentes consultas é realizada por um mesmo profissional ou por uma mesma equipe de APS, considerando a importância da adesão e do vínculo do beneficiário à equipe de referência do Projeto.
Anexo IV - VII 3.11	Alteração		Outros	SBMFC	O usuário consegue ser avaliado preferencialmente pelo mesmo profissional de saúde em diferentes consultas. Consideramos que este item deve ser considerado "essencial".	A continuidade do cuidado é essencial para a APS. O preferencialmente pode ser determinado em mais de 50% das consultas e contatos.	Acatada Parcialmente	O item foi classificado complementar em função de sua operacionalização no setor suplementar de saúde representar um desafio, considerando aspectos como compartilhamento de rede assistencial, carga horária, e rotatividade de profissionais. Passou a ser considerada também a avaliação por uma mesma equipe de APS em diferentes consultas.	O beneficiário consegue ser avaliado pelo mesmo profissional de saúde ou por uma mesma equipe de APS em diferentes consultas.
Anexo IV - VII 3.11	Alteração	03/07/2018 12:02	Gestor	FUNDAÇÃO CARLOS ALBERTO VANZOLINI	Texto Vigente: Item 3.11 - O usuário consegue ser avaliado pelo mesmo profissional de saúde em diferentes consultas. Texto Proposto: O usuário é avaliado pelo mesmo profissional de saúde em diferentes consultas da mesma especialidade.	Diferentes consultas podem ser de especialidades diversas	Acatada	A possibilidade de contatos subsequentes com um mesmo profissional é considerada importante para as estratégias em atenção primária à saúde, pois favorece o estabelecimento de vínculo entre o profissional e o paciente, bem como a longitudinalidade do cuidado. Passou a ser considerada também a avaliação por uma mesma equipe de APS em diferentes consultas, e não necessariamente com o mesmo profissional.	O beneficiário consegue ser avaliado pelo mesmo profissional de saúde ou por uma mesma equipe de APS em diferentes consultas.
Anexo IV - VII 3.11	Exclusão	04/07/2018 18:00	Operadora	ABRAMGE		3.11.o item já está contemplado no item 2.3	Não Acatada	Os itens 2.3 e 3.11 se debruçam acerca da vinculação dos beneficiários a partir de perspectivas diferentes. O item 2.3 considera a vinculação do beneficiário, do ponto de vista cadastral. Já o item 3.11 considera se a avaliação em diferentes consultas é efetivamente realizada por um mesmo profissional.	Sem alteração
Anexo IV - VII 3.12	Alteração		Outros	SBMFC	Consideramos que este item deve ser "essencial"	A continuidade do cuidado é essencial para a APS	Acatada	O fato da mesma equipe de APS de referência avaliar os resultados de exames de apoio diagnóstico na consulta de retorno deve ser considerado um item Essencial para a incorporação da estratégia de APS.	O item 3.12 foi modificado para Essencial.
Anexo IV - VII 3.13	Alteração	19/07/2018 16:39	Operadora	CEMIG SAÚDE	3.13 A equipe de APS destaca um gestor/coordenador do Cuidado/Navegador para os pacientes crônicos complexos.	O item deve ser considerado Complementar.	Não Acatada	Não obstante a relevância do estabelecimento de um gestor/coordenador do Cuidado/Navegador para os pacientes crônicos complexos, a definição do status dos itens considerou fatores como a dificuldade de consecução e o nível de disseminação da prática no setor.	Sem alteração
Anexo IV - VII 3.13	Alteração		Outros	SBMFC	A equipe de APS destaca um gestor/coordenador do Cuidador/Navegador para fazer o acompanhamento dos pacientes de maior complexidade.	Esta gestão de cuidado é benéfica não apenas a crônicos. Sugerimos a não distinção de crônicos para dizimar o aspecto de programa. O médico da Atenção Primária deve estabelecer uma relação de confiança e cuidado antes da pessoa tornar-se um "crônico".	Acatada	Retirada da palavra "crônico", considerando a perspectiva de evitar que o beneficiário adquira uma condição crônica de saúde	A equipe de APS destaca um gestor/coordenador do Cuidador/Navegador para fazer o acompanhamento dos pacientes de maior complexidade.
Anexo IV - VII 4	Inclusão	18/07/2018 23:11	Prestador de Serviço	COLÉGIO BRASILEIRO DE RADIOLOGIA	4. INTERAÇÕES CENTRADAS NO PACIENTE A operadora fornece informações atualizadas, claras e com linguagem acessível ao usuário sobre os programas de prevenção de doenças e informa como ingressar nesse programa.	Informações sobre programas de prevenção devem ser efetivos em atingir a população alvo para que se aumente sua efetividade e abrangência.	Não Acatada	Os programas de prevenção e promoção da saúde são desenvolvidos na DIPRO/ANS	sem alteração

Anexo IV - VII 4.5	Alteração	19/07/2018 16:39	Operadora	CEMIG SAÚDE	4.5 A Operadora realiza análise sobre a adequação de horários para o agendamento de consultas e procedimentos eletivos centrados nas suas necessidades e realiza os ajustes necessários baseado nos resultados obtidos.	A forma com que a OPS realiza análise e realiza alterações em seus horários de agendamento não necessariamente precisa ser através de uma pesquisa.	Não Acatada	Redação do item foi mantida, considerando a relevância da realização de pesquisa especificamente para identificação de eventual necessidade de alteração nos horários de agendamento de consultas e procedimentos.	Sem alteração
Anexo IV - VII 4.6	Alteração	19/07/2018 16:39	Operadora	CEMIG SAÚDE	4.6 Os Serviços de APS utilizam modelo de Plano de Cuidado com ações e metas a serem atingidas e que contemple a decisão clínica compartilhada com o paciente.	O plano de cuidado de APS não contempla rotinas diárias, e sim ações de caráter preventivo, curativo e de reabilitação, que devem ser pactuadas com os beneficiários sua programação e suas metas.	Acatada	Retirada da palavra "diárias", considerando que nem sempre as rotinas a serem estabelecidas serão realmente "diárias".	Os Serviços de APS utilizam modelo de Plano de Cuidado com rotinas e metas a serem atingidas e que contemple a decisão clínica compartilhada com o paciente.
Anexo IV - VII 4.6	Alteração		Outros	SBMFC	Os Serviços de APS utilizam modelo de Plano de Cuidado com rotinas e metas a serem atingidas e que contemple a decisão clínica compartilhada com o paciente.	Não será sempre necessário termos rotinas diárias	Acatada	Retirada da palavra "diárias", considerando que nem sempre as rotinas a serem estabelecidas serão realmente "diárias".	Os Serviços de APS utilizam modelo de Plano de Cuidado com rotinas e metas a serem atingidas e que contemple a decisão clínica compartilhada com o paciente.
Anexo IV - VII 4.7	Alteração	03/07/2018 11:36	Gestor	FUNDAÇÃO CARLOS ALBERTO VANZOLINI	Item 4.7 - O Serviços de APS utilizam Termo Consentimento Livre e Esclarecido para realização de procedimentos e decisões clínicas, quando couber. - caracterizar como essencial.	Recomendado pelo CFM nº1/2016.	Acatada	Considera-se pertinente a sugestão.	Anexo IV - VII 4.7 - O Serviços de APS utilizam Termo Consentimento Livre e Esclarecido para realização de procedimentos e decisões clínicas, quando couber. - caracterizar como essencial.
Anexo IV - VII 4.9	Alteração	03/07/2018 11:36	Gestor	FUNDAÇÃO CARLOS ALBERTO VANZOLINI	Item 4.9 - O Programa realiza avaliação clínica inicial e avaliações periódicas de acordo com o protocolo estabelecido e necessidades individuais dos beneficiários. - caracterizar como essencial	Esta prática faz parte do plano terapêutico do beneficiário.	Acatada	Considera-se pertinente a sugestão.	Anexo IV - VII 4.9 - O Programa realiza avaliação clínica inicial e avaliações periódicas de acordo com o protocolo estabelecido e necessidades individuais dos beneficiários. - caracterizar como essencial
Anexo IV - VII 5.3	Alteração	19/07/2018 16:39	Operadora	CEMIG SAÚDE	5.3 A Operadora utiliza tecnologias de informação de modo a garantir a validação, análise e avaliação de dados coletados, para realização da gestão do cuidado dos usuários.	O item deve ser considerado como %u201Cexcelência%u201D pois a obrigatoriedade do uso de tecnologia da informação para otimizar o processo de análise não pode ser critério excludente dos demais itens desta dimensão.	Não Acatada	A utilização de tecnologias de informação é entendida como Essencial para a integralidade e continuidade do cuidado.	Sem alteração
Anexo IV - VII 5.3	Alteração	19/07/2018 15:56	Operadora	CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BNB	Também é considerada a utilização de Telessaúde, para atender a demanda da APS com especialistas. A Telessaúde consiste no uso de tecnologias de informação e comunicação para prestar serviços de saúde a distância, passar conhecimentos e informações, quebrando as barreiras geográficas, temporais, sociais e culturais. Engloba os sistemas de internet ou de e-saúde, e também as aplicações baseadas em vídeo.	O Telessaúde é uma tecnologia pouco utilizada. Que pode ser uma proposta e não uma recomendação, pois assim pode ser interpretado como obrigatório.	Não Acatada	A Telessaúde traz importantes possibilidades de aplicações na atenção à saúde. Contudo, considerando que em determinados contextos a Telessaúde pode não ser um recurso necessariamente exigido, ela é recomendável, mas não obrigatória para toda e qualquer operadora participante do PCBP.	Sem alteração
Anexo IV - VII 5.4	Alteração	19/07/2018 16:39	Operadora	CEMIG SAÚDE	5.4 A equipe da APS realiza gestão dos cuidados primários em saúde por meio de sistema de informação, que contemple o cadastro dos participantes; o registro do acompanhamento das ações e o monitoramento dos indicadores.	O item deve ser considerado como %u201Cexcelência%u201D pois a obrigatoriedade do uso de tecnologia da informação para otimizar o processo não pode ser critério excludente dos demais itens desta dimensão.	Não Acatada	A utilização de tecnologias de informação é entendida como essencial para a gestão dos cuidados primários em saúde, contemplando o cadastro dos participantes; o registro do acompanhamento das ações e o monitoramento dos indicadores.	Sem alteração
Anexo IV - VII 5.6	Alteração	25/06/2018 11:35	Operadora	UNIMED / RS	5.6 A Operadora realiza auditoria médica nos prontuários dos Serviços de APS periodicamente. Fica de responsabilidade da equipe da APS, excetuando-se o médico coordenador a efetiva auditoria do prontuário eletrônico.	O prontuário eletrônico sendo auditado por quem preenche não atende os requisitos de compliance.	Acatada Parcialmente	A redação do item de verificação e sua respectiva interpretação foram reformuladas, conferindo maior concretude e objetividade. O item passou a ser considerado de excelência.	Acréscimo de menção ao fato de que a auditoria médica deva ser realizada periodicamente, por amostragem, de pelo menos 10% da população por equipe, podendo ser realizada por outro médico do serviço. A auditoria deve se basear na qualidade de registros e não na condução clínica. O item passou a ser considerado de excelência.
Anexo IV - VII 5.6	Inclusão	03/07/2018 11:36	Gestor	FUNDAÇÃO CARLOS ALBERTO VANZOLINI	Texto Vigente: Item 5.6 - A Operadora realiza auditoria médica nos prontuários dos Serviços de APS periodicamente. Proposta: Definir qual o objetivo da auditoria médica nos prontuários	Para fins de avaliação da implementação do tipo específico de auditoria médica nos prontuários: ex: comissão de prontuário?, faturamento?	Não Acatada	Não cabe à ANS definir os objetivos da auditoria médica. A especificação do item 5.6 está no manual no capítulo VIII INTERPRETAÇÃO E FORMAS DE OBTENÇÃO DAS EVIDÊNCIAS DE CUMPRIMENTO DOS REQUISITOS E ITENS DE VERIFICAÇÃO	Sem alteração

Anexo IV - VII 5.6	Alteração	03/07/2018 17:04	Operadora	UNIMED FEDERAÇÃO DO PARANÁ	5.6., página 22, consulta pública: A operadora realiza auditoria medica nos prontuários dos serviços de APS periodicamente. Sugestão de texto: A operadora realiza auditoria medica nos prontuários dos serviços de APS periodicamente por amostragem de pelo menos 10% da população por equipe, sendo que auditoria pode ser realizada por outro médico do serviço ou médico indicado pelo Diretor Técnico do serviço, ainda a auditoria deve se basear na qualidade de registros e não na condução clínica.	Este modelo de atendimento não exige auditoria médica regulatória, portanto é importante que o processo de auditoria seja construtivo e amostral.	Acatada	Prontuário é o documento único, constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, gerados a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo (CFM, Resolução 1638/2002). A redação do item de verificação e sua respectiva interpretação foram reformuladas, conferindo maior concretude e objetividade. O item passou a ser considerado de excelência.	Acréscimo de menção ao fato de que a auditoria médica deva ser realizada periodicamente, por amostragem, de pelo menos 10% da população por equipe, podendo ser realizada por outro médico do serviço. A auditoria deve se basear na qualidade de registros e não na condução clínica. O item passou a ser considerado de excelência.
Anexo IV - VII 5.6	Alteração	04/07/2018 18:11	Operadora	ABRAMGE (ASSOCIADA PR)	5.6. A Operadora possui comissão de prontuário médico com o objetivo de avaliar o registro e qualidade das informações nos prontuários dos Serviços de APS periodicamente.	Além de tecnicamente mais adequado, na prática seria mais conveniente a composição de uma comissão de prontuário ao invés de auditoria.	Acatada Parcialmente	Prontuário é o documento único, constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, gerados a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo (CFM, Resolução 1638/2002). A redação do item de verificação e sua respectiva interpretação foram reformuladas, conferindo maior concretude e objetividade. O item passou a ser considerado de excelência.	Acréscimo de menção ao fato de que a auditoria médica deva ser realizada periodicamente, por amostragem, de pelo menos 10% da população por equipe, podendo ser realizada por outro médico do serviço. A auditoria deve se basear na qualidade de registros e não na condução clínica. O item passou a ser considerado de excelência.
Anexo IV - VII 5.6	Alteração	19/07/2018 16:39	Operadora	CEMIG SAÚDE	5.6 A Operadora realiza auditoria médica nos prontuários dos Serviços de APS periodicamente.	O item deve ser considerado como de excelência. O processo de atenção primária não demanda uma estruturação de auditoria médica.	Acatada Parcialmente	Prontuário é o documento único, constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, gerados a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo (CFM, Resolução 1638/2002). A redação do item de verificação e sua respectiva interpretação foram reformuladas, conferindo maior concretude e objetividade. O item passou a ser considerado de excelência.	Acréscimo de menção ao fato de que a auditoria médica deva ser realizada periodicamente, por amostragem, de pelo menos 10% da população por equipe, podendo ser realizada por outro médico do serviço. A auditoria deve se basear na qualidade de registros e não na condução clínica. O item passou a ser considerado de excelência.
Anexo IV - VII 6.2	Alteração	03/07/2018 11:36	Gestor	FUNDAÇÃO CARLOS ALBERTO VANZOLINI	Item 6.2 - A Operadora oferece capacitação para profissionais responsáveis pela coleta, consulta e codificação das informações dos prontuários (sejam eles em meio físico ou eletrônico). - caracterizar como essencial	Entende-se que se é exigência essencial no item 5.3 que a operadora utilize tecnologias de informação de modo a garantir a validação, análise e avaliação de dados coletados, para realização da gestão do cuidado dos usuários, os profissionais responsáveis devem estar capacitados de modo a operar utilizando da tecnologia fornecida.	Acatada	Considera-se pertinente a sugestão, porque preserva a coerência do texto.	Anexo IV - VII 6.2 - A Operadora oferece capacitação para profissionais responsáveis pela coleta, consulta e codificação das informações dos prontuários (sejam eles em meio físico ou eletrônico). - caracterizar como essencial
Anexo IV - VII 6.2	Exclusão	03/07/2018 17:04	Operadora	UNIMED FEDERAÇÃO DO PARANÁ		item 6.2, página 23 Excluir: A operadora oferece capacitação para profissionais responsáveis...dos prontuários. Justificativa: Não cabe treinamento da ferramenta de coleta e sim treinamento da equipe quanto ao registro correto de dados no prontuário.	Não Acatada	O item refere-se à capacitação dos profissionais para coleta, consulta e codificação das informações dos prontuários	Sem alteração
Anexo IV - VII 6.2	Alteração	19/07/2018 16:39	Operadora	CEMIG SAÚDE	6.2 A Operadora oferece capacitação para profissionais responsáveis pela coleta, consulta e codificação das informações dos prontuários (sejam eles em meio físico ou eletrônico).	O item deve ser considerado como %u201Cexcelência%u201D. A capacitação dos profissionais deve ser considerado um item de excelência, visto que o próprio prontuário deve ser considerado como excelência.	Não Acatada	A utilização de prontuários (sejam eles em meio físico ou eletrônico) é entendida como essencial para a integralidade e continuidade do cuidado.	Sem alteração

Anexo IV - VII	Alteração	19/06/2018 18:20	Operadora	NOSSA SAÚDE OPERADORA DE PLANOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE LTDA	5. Ampliar o número HORAS disponíveis de médicos generalistas (Clínico Geral ou Médico de Família) por beneficiário (NHS) Taxa horas de trabalho disponíveis de médicos generalistas por beneficiário Ampliar Pag 19 Item 2.5 Os serviços de APS da Operadora disponibilizam consultas não urgentes, com prazo máximo de 3 dias úteis	aumentar o número de médicos não adianta nada se eles fizerem poucas horas de trabalho, então o mais correto é padronizar por horas de trabalho. Ex. 10 médicos fazendo 1hr de trabalho por dia X 2 médicos fazendo 9hrs de trabalho por dia. O prazo de 24 horas é inviável para qualquer atendimento conseguir atender. No mínimo 3 dias é o razoável, e ainda assim esse prazo é menor que os prazos eletivos da ANS.	Acatada Parcialmente	Ampliar a quantidade de horas não é suficiente, se a proporção de médicos generalistas não for adequada para a população atendida. A contribuição ao item 2.5 foi acatada: considere-se pertinente a sugestão de ampliação do prazo máximo para 72 horas.	Anexo IV - VII Indicador 5 sem alteração. 2.5.Os serviços de APS da Operadora disponibilizam consultas médicas não urgentes no prazo máximo de até 72 horas.
Anexo IV - VIII 3 e 4	Alteração	04/07/2018 18:00	Operadora	ABRAMGE	3. Qualidade e continuidade do Cuidado: Requisito Direcionador de busca ativa de população e protocolos essenciais para condução de Atenção Primária em Saúde, bem como o estabelecimento de relação entre paciente e equipe APS. 4.Interações Centradas no Paciente: O atendimento centrado no paciente e na família deve orientar todos os aspectos do Planejamento, prestação e avaliação dos serviços de saúde, oferecidos na APS.	Padronização para definição de todos os Requisitos	Acatada	Foi considerada pertinente a apresentação da definição dos Requisitos de verificação.	3. Qualidade e continuidade do Cuidado: Requisito Direcionador de busca ativa de população e protocolos essenciais para condução de Atenção Primária em Saúde, bem como o estabelecimento de relação entre paciente e equipe APS. 4.Interações Centradas no Paciente: O atendimento centrado no paciente e na família deve orientar todos os aspectos do Planejamento, prestação e avaliação dos serviços de saúde, oferecidos na APS.
Anexo IV - VIII 5.2	Alteração	04/07/2018 18:00	Operadora	ABRAMGE	5.2 Interpretação: Alguns macro-indicadores foram estabelecidos pela ANS. Os Macro-Indicadores de Implementação do Programa APS são medidas de mensuração clássica e consagrada na literatura científica da área. Os indicadores, que constam no documento técnico, são: a) Razão de consultas médicas ambulatoriais com Generalista versus Especialista; b) Percentual de Beneficiários com Condições Crônicas Complexas vinculados a um Coordenador do Cuidado; c) Taxa de visita à emergência/pronto-atendimento	Corrigir erro de digitação, e deixar claro periodicidade de avaliação dos dados.	Não Acatada	Informamos que foi suprimida a menção à periodicidade de envio de indicadores no âmbito dos Projetos-Piloto em APS, a ser tratada em documento específico.	Sem alteração
Anexo IV - VIII 5.2	Alteração	04/07/2018 18:00	Operadora	ABRAMGE	5.2. (...)em relação ao total de usuários cobertos pelo Projeto; d) Percentual de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP); e) Taxa de médicos generalistas por beneficiário; e f) Proporção de pessoas que faz uso regular de um mesmo serviço de saúde. Estes indicadores devem ser monitorados anualmente.	continuação do comentário XXXII	Não Acatada	Considerando que o monitoramento dos indicadores pode ser importante para identificar eventuais necessidades de reorientações e ações corretivas, o monitoramento dos indicadores por parte da operadora deve ser sistemático e em períodos mais curtos.	Sem alteração
Anexo IV - VIII 1.1	Alteração	04/07/2018 18:00	Operadora	ABRAMGE	Interpretação: Compreende-se por Plano estruturado documento que, de modo coerente e integrado, contemple os diversos esforços qualitativos que os profissionais e/ou instituições realizam de maneira a potencializar os benefícios para os usuários.	A palavra sistema utilizada para se referir a Plano estruturado remete a ideia de utilização de software, mas a forma de obtenção faz referência a um documento.	Acatada	O uso da palavra "sistema" poderia induzir ao entendimento equivocado acerca da definição do item 1.1. Acatada a utilização do termo "documento".	Interpretação: Compreende-se por Plano estruturado o documento que, de modo coerente e integrado, contemple os diversos esforços qualitativos que os profissionais e/ou instituições realizam de maneira a potencializar os benefícios para os beneficiários.
Anexo IV - VIII 1.2	Alteração	04/07/2018 10:40	Operadora	UNIMED BELO HORIZONTE	1.2. A Operadora identifica na sua carteira de beneficiários vinculados a APS informações demográficas e epidemiológicas bem como o perfil de utilização.	É importante que a população assistida pela APS tenha seu perfil epidemiológico estudado para direcionamento das ações.	Não Acatada	A utilização de informações demográficas e epidemiológicas bem como o perfil de utilização da sua carteira de beneficiários é importante para que a operadora estabeleça o público-alvo dos beneficiários para a APS.	Sem alteração
Anexo IV - VIII 1.3	Alteração	04/07/2018 18:00	Operadora	ABRAMGE	1.3. A Operadora conta com protocolo de assistência farmacêutica para os medicamentos de uso domiciliar de cobertura obrigatória, que contemple: armazenamento, dispensação e orientação dos beneficiários elaborada por um farmacêutico.	A palavra diretriz remete a política, a melhor configuração do documento proposto é o protocolo que direciona todas as atividades de assistência farmacêutica.	Acatada	O uso da palavra "diretriz" poderia induzir ao entendimento equivocado acerca da definição do item 1.3. Acatada a utilização do termo "protocolo".	1.3. A Operadora conta com protocolo de assistência farmacêutica para os medicamentos de uso domiciliar de cobertura obrigatória, que contemple: armazenamento, dispensação e orientação dos beneficiários elaborada por um farmacêutico.
Anexo IV - VIII 1.3	Alteração	03/07/2018	Operadora	UNIDAS- Autogestão em Saúde	No requisito 1.3 não está definido quais os medicamentos de cobertura obrigatória serão avaliados. Não resta claro se a norma somente se refere aqueles descritos na RN n. 428 ou se está se referindo a outros não previstos na regulamentação e, especialmente, voltados para atenção primária	No requisito 1.3 não está definido quais os medicamentos de cobertura obrigatória serão avaliados. Não resta claro se a norma somente se refere aqueles descritos na RN n. 428 ou se está se referindo a outros não previstos na regulamentação e, especialmente, voltados para atenção primária	Não Acatada	Quando se refere a medicamentos de cobertura obrigatória pressupõe-se que tais medicamentos são aqueles previstos na RN 428/2017, isto é, aqueles que constam do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.	Sem alteração

Anexo IV - VIII 1.4	Alteração	04/07/2018 18:00	Operadora	ABRAMGE	1.4. Interpretação: Deve ser destacado que este setor específico deve ser destinado somente a atividades de planejamento de atividades relacionadas à APS, podendo estar estruturado dentro em outra área de gestão já existente. Deve haver documentação que registre a criação do setor responsável, a que área da Gestão da Operadora ele está vinculado, e quem é o responsável técnico.	O setor responsável pela APS pode estar vinculado a uma área de gestão já existente na Operadora de modo a otimizar recursos.	Não Acatada	O item determina que a operadora possua um setor responsável pela coordenação, a implementação e o monitoramento das estratégias em APS. Na própria interpretação, há a exigência de documentar a área da Gestão da Operadora à qual ele está vinculado, e quem é o responsável técnico. Contudo, o texto precisa ser melhorado.	Interpretação: Destaca-se que este setor específico deve ser destinado somente ao planejamento das atividades relacionadas à APS. Deve haver documentação que registre a criação do setor responsável, determine a área da Gestão da Operadora à qual ele está vinculado e nomeie o responsável técnico.
Anexo IV - VIII 1.5	Alteração		Outros	SBMFC	O setor responsável pelas estratégias de APS conta com pelo menos um profissional com pós-graduação em medicina de família e comunidade ou saúde da família ou outra área de conhecimento que contemple conteúdos de atenção primária em saúde.	Não necessariamente a formação em saúde coletiva / saúde pública traz competência para gerir um serviço de APS.	Não Acatada	A realização de pós-graduação em saúde coletiva/saúde pública contempla conteúdos relacionados ao perfil que se espera do profissional responsável pelas estratégias de APS na operadora.	Sem alteração
Anexo IV - VIII 1.5	Alteração	04/07/2018 18:00	Operadora	ABRAMGE	1.5 O setor responsável pelas estratégias de APS conta com pelo menos um profissional com pós-graduação em saúde coletiva/saúde pública, saúde da família ou outra área de conhecimento que contemple conteúdos de atenção primária em saúde, ou experiência comprovada de no mínimo 2 anos na atividade	Experiência profissional comprovada também deve ser considerada, além de pós-graduação para ter um leque de profissionais mais abrangente. Alterar a classificação para item de excelência.	Não Acatada	Não obstante a relevância da experiência profissional, entendemos ser pertinente que pelo menos um dos profissionais do setor responsável pelas estratégias de APS conte com pós-graduação formal e comprovada em saúde coletiva/saúde pública, saúde da família ou outra área de conhecimento que contemple conteúdos de atenção primária à saúde.	Sem alteração
Anexo IV - VIII 1.5	Alteração	04/07/2018 18:00	Operadora	ABRAMGE	1.5. Interpretação: serão considerados como cursos de pós-graduação em saúde coletiva/saúde pública, saúde da família ou outra área de conhecimento que contemple conteúdos de atenção primária em saúde os cursos Stricto Sensu (mestrado e doutorado reconhecidos pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior-CAPES) e Lato Sensu (especialização).	cont. comentário XI	Não Acatada	Não obstante a relevância da experiência profissional, entendemos ser pertinente que pelo menos um dos profissionais do setor responsável pelas estratégias de APS conte com pós-graduação formal e comprovada em saúde coletiva/saúde pública, saúde da família ou outra área de conhecimento que contemple conteúdos de atenção primária à saúde.	Sem alteração
Anexo IV - VIII 1.5	Alteração	19/07/2018 16:39	Operadora	CEMIG SAÚDE	Excluir o critério 1.5 O setor responsável pelas estratégias de APS conta com pelo menos um profissional com pós-graduação em saúde coletiva/saúde pública, saúde da família ou outra área de conhecimento que contemple conteúdos de atenção primária em saúde.	A pós graduação não é requisito que garante a experiência do profissional na área de atenção primária.	Não Acatada	Não obstante a relevância da experiência profissional, entendemos ser pertinente que pelo menos um dos profissionais do setor responsável pelas estratégias de APS conte com pós-graduação formal e comprovada em saúde coletiva/saúde pública, saúde da família ou outra área de conhecimento que contemple conteúdos de atenção primária à saúde.	Sem alteração
Anexo IV - VIII 1.6	Alteração		Operadora	Cassi	A operadora disponibiliza Equipe de Atenção Primária para cobrir no máximo 2.000 beneficiários.	Tendo em vista a transição demográfica brasileira e o fato de que as operadoras de saúde assistem a recorte da população brasileira com características de crescente envelhecimento e consequentemente condições crônicas, há que considerar a situação de vulnerabilidade (sinistralidade) destas carteiras. Por este motivo, sugere-se que a população atendida, por equipe, para efetividade da coordenação de cuidados, seja de até 2.000 beneficiários, conforme portaria 2488 / GMMMS.	Não Acatada	A Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, foi revogada pela Portaria nº 2.436/GM-MS, de 21 de setembro de 2017. Esta última determina que a população adscrita por equipe de Saúde da Família seja de 2.000 a 3.500 pessoas. O número máximo que assumimos é idêntico àquele adotado pela Espanha e aproxima-se ao da Holanda - 2.350.	Sem alteração
Anexo IV - VIII 1.6	Inclusão	04/07/2018 16:32	Operadora	UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS	1.6 A operadora disponibiliza Equipe de Atenção Primária para cobrir no máximo 2.500 beneficiários. Interpretação: a Equipe deve estar disponível para atividades relacionadas à APS.	Excluir a palavra "somente", para que os profissionais possam exercer outras atividades além do Programa de Certificação de Boas Práticas	Não Acatada	A proposta é que a Equipe de APS esteja dedicada exclusivamente à consecução das atividades relacionadas ao Programa APS	Sem alteração
Anexo IV - VIII 1.6	Alteração	04/07/2018 18:00	Operadora	ABRAMGE	1.6 A operadora disponibiliza Equipe de Atenção Primária para cobrir no máximo 2.500 beneficiários, podendo o enfermeiro cobrir até 5.000 beneficiários desde que na mesma unidade de APS.	Otimização de equipe	Não Acatada	O estabelecimento da cobertura máxima de 2.500 beneficiários para a Equipe de Atenção Primária, inclusive do enfermeiro, teve como base experiências em APS no Brasil (Portaria nº 2.436/GM-MS, de 21 de setembro de 2017) e em outros países (Espanha e Holanda). Consideramos relevante o estabelecimento de limite que favoreça a qualidade do cuidado e o vínculo entre os beneficiários e os profissionais da Equipe de Saúde.	Sem alteração

Anexo IV - VIII 1.6	Alteração	02/07/2018 09:18	Operadora	UNIMED SALTO/ITU - COOPERATIVA MÉDICA	1.6 A operadora disponibiliza Equipe de Atenção Primária para cobrir no máximo 1.500 beneficiários.	O número mínimo de 1 até 2.500 beneficiários cobertos por 01 equipe, é muito grande e não dá acesso (objetivo da APS).	Não Acatada	O estabelecimento da cobertura máxima de 2.500 beneficiários para a Equipe de Atenção Primária teve como base experiências em APS no Brasil (Portaria nº 2.436/GM-MS, de 21 de setembro de 2017) e em outros países (Espanha e Holanda). Porém, trata-se de limite máximo e a operadora pode optar por um limite menor que o referido, caso considere pertinente.	Sem alteração
Anexo IV - VIII 1.6	Alteração	19/07/2018 16:39	Operadora	CEMIG SAÚDE	Excluir o critério 1.6 A operadora disponibiliza nos seus Serviços Atenção Primária, uma Equipe de Atenção Primária para cobrir no máximo 2.500 beneficiários.	No item III.3, quadro 1, do anexo IV da Resolução, a ANS estabelece fórmula de cálculo para definição quantitativa da equipe mínima para um grupo de beneficiários, que varia de acordo com o porte da operadora. A regra exigida neste item vale apenas para operadoras de até 16.000 beneficiários.	Acatada Parcialmente	Alterar redação, de modo a deixar claro o propósito do item, de reforçar a cobertura máxima vinculada a cada equipe de APS.	1.6 A(s) Equipe(s) de Atenção Primária disponibilizada(s) pela operadora cobrem cada uma no máximo 2.500 beneficiários.
Anexo IV - VIII 1.7	Alteração		Operadora	Cassi		Tendo em vista documentos estudados como a Demografia Médica no Brasil, CBO do MTE, além da própria definição explicitada na consulta pública, entendemos que não há consenso acerca do conceito do que vem a ser reconhecido como médico GENERALISTA. Ou seja; para o CFM, "Médico Generalista" é todo aquele que não possui título de especialização. Na Classificação Brasileira de Ocupação (CBO), o código 225170, "Médico Generalista" corresponde a médico alopata, médico de medicina interna e médico militar, como sinônimos. Desta forma sugere-se alterar o texto da consulta pública de "Médico Generalista", para "Médico", desde que este tenha o perfil para a função (atendimento centrado na pessoa), e esteja disposto a se capacitar para a APS. A equipe mínima de Atenção Primária deve ser multiprofissional e composta por: a. médico, ou médico especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; b. enfermeiro ou enfermeiro especialista em Saúde da Família; c. técnico de enfermagem; d. outro profissional de saúde. O mesmo se aplica para a descrição do profissional enfermeiro. Por último, embora o termo "profissional não-médico" seja amplamente empregado, inclusive pelo CFM, sua utilização reforça o modelo de atenção médico centrado, idêntica à multidisciplinaridade esperada na APS.	Acatada Parcialmente	De fato, não há uma aceção única na literatura quando se utiliza o termo médico generalista. Em alguns contextos ele é utilizado para designar o médico com formação geral, sem especialidade; em outros, utiliza-se o termo para designar o médico de especialidades consideradas básicas, como Clínica Médica, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia; e há ainda quem considere que o médico generalista equivale ao médico de família e comunidade. No Manual de Certificação do PCBP em APS (Anexo IV), considera-se médico generalista, o médico de família e comunidade, o médico especialista em Clínica Médica com capacitação em APS ou experiência mínima de 2 anos em APS e o médico pediatra. Foi modificada a menção relativa ao componente da equipe mínima que não seja médico nem enfermeiro.	A equipe mínima de APS deve ser multiprofissional e interdisciplinar, composta por, no mínimo: (I) médico de família e comunidade, prioritariamente, ou médico especialista em Clínica Médica com capacitação em APS ou experiência mínima de 2 anos em APS; (II) enfermeiro especialista em Saúde da Família ou generalista; e (III) outro profissional de saúde de nível superior. Caso a carteira de serviços da APS inclua procedimentos, um segundo profissional de enfermagem (enfermeiro ou técnico de enfermagem) torna-se obrigatório. Podem ser acrescentados a essa composição outros profissionais de saúde de acordo com as condições de saúde abrangidas e a carteira de serviços da APS: nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, psicólogos, assistentes sociais, etc. Caso a APS contemple Saúde Bucal, um cirurgião dentista na equipe torna-se obrigatório, proporcional ao número de beneficiários com planos MH com odontologia. Caso a APS contemple o módulo de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente, um pediatra na equipe torna-se obrigatório para as crianças. Caso a APS contemple saúde mental, um psicólogo na equipe torna-se obrigatório. Caso a APS contemple saúde funcional, um fisioterapeuta e/ou fonoaudiólogo e/ou terapeuta ocupacional e/ou nutricionista na equipe torna-se obrigatório.
Anexo IV - VIII 1.7	Alteração	19/07/2018 15:28	Operadora	CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BNB	1.7 A equipe mínima de Atenção Primária deve ser multiprofissional e composta por: a. médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; b. enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; c. técnico de enfermagem ou acadêmico de enfermagem; d. profissional de saúde não-médico.	Para estimular a formação de novos profissionais. E as atividades podem ser desempenhadas pelo técnico e pelo acadêmico de enfermagem com supervisão direta do enfermeiro responsável da APS.	Não Acatada	Entendemos que a inclusão de um técnico de enfermagem deva ser obrigatória sempre que a carteira de serviços da APS incluir procedimentos. O acadêmico de enfermagem, que é um estudante em treinamento em serviço sob supervisão, não substitui o técnico de enfermagem.	A equipe mínima de APS deve ser multiprofissional e interdisciplinar, composta por, no mínimo: (I) médico de família e comunidade, prioritariamente, ou médico especialista em Clínica Médica com capacitação em APS ou experiência mínima de 2 anos em APS; (II) enfermeiro especialista em Saúde da Família ou generalista; e (III) outro profissional de saúde de nível superior. Caso a carteira de serviços da APS inclua procedimentos, um segundo profissional de enfermagem (enfermeiro ou técnico de enfermagem) torna-se obrigatório. Podem ser acrescentados a essa composição outros profissionais de saúde de acordo com as condições de saúde abrangidas e a carteira de serviços da APS: nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, psicólogos, assistentes sociais, etc. Caso a APS contemple Saúde Bucal, um cirurgião dentista na equipe torna-se obrigatório, proporcional ao número de beneficiários com planos MH com odontologia. Caso a APS contemple o módulo de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente, um pediatra na equipe torna-se obrigatório para as crianças. Caso a APS contemple saúde mental, um psicólogo na equipe torna-se obrigatório. Caso a APS contemple saúde funcional, um fisioterapeuta e/ou fonoaudiólogo e/ou terapeuta ocupacional e/ou nutricionista na equipe torna-se obrigatório.

Anexo IV - VIII 1.7	Alteração	19/07/2018 16:39	Operadora	CEMIG SAÚDE	1.7 A equipe mínima de Atenção Primária deve ser multiprofissional e composta por: a. médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; b. enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; c. técnico de enfermagem.	O médico generalista sem capacitação não consegue atender em sua integralidade os conceitos e processos propostos pelo modelo da ANS. Para a equipe mínima, não deve ser exigido um profissional da saúde não médico uma vez que esse só é necessário à partir de demandas específicas que serão mapeadas à partir da implantação da APS.	Acatada Parcialmente	Considerando as competências específicas para o adequado desempenho das estratégias em atenção primária à saúde, passará a ser requisito que o profissional médico da equipe mínima seja médico de família e comunidade ou médico especialista em Clínica Médica com capacitação ou experiência em APS. Sobre o profissional de saúde não médico na equipe mínima de APS, ele será mantido, tendo em vista a relevância da equipe multiprofissional na Atenção Primária à Saúde.	A equipe mínima de APS deve ser multiprofissional e interdisciplinar, composta por, no mínimo: (I) médico de família e comunidade, prioritariamente, ou médico especialista em Clínica Médica com capacitação em APS ou experiência mínima de 2 anos em APS; (II) enfermeiro especialista em Saúde da Família ou generalista; e (III) outro profissional de saúde de nível superior. Caso a carteira de serviços da APS inclua procedimentos, um segundo profissional de enfermagem (enfermeiro ou técnico de enfermagem) torna-se obrigatório. Podem ser acrescentados a essa composição outros profissionais de saúde de acordo com as condições de saúde abrangidas e a carteira de serviços da APS: nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, psicólogos, assistentes sociais, etc. Caso a APS contemple Saúde Bucal, um cirurgião dentista na equipe torna-se obrigatório, proporcional ao número de beneficiários com planos MH com odontologia. Caso a APS contemple o módulo de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente, um pediatra na equipe torna-se obrigatório para as crianças. Caso a APS contemple saúde mental, um psicólogo na equipe torna-se obrigatório. Caso a APS contemple saúde funcional, um fisioterapeuta e/ou fonoaudiólogo e/ou terapeuta ocupacional e/ou nutricionista na equipe torna-se obrigatório.
Anexo IV - VIII 1.8	Alteração	03/07/2018 11:36	Gestor	FUNDAÇÃO CARLOS ALBERTO VANZOLINI	Texto Vigente: 1.8 - As atribuições da equipe de APS são claramente definidas em documento formal e descritas em contrato, quando couber. Texto proposto: 1.8 - As atribuições da equipe de APS são claramente definidas em documento formal e descritas em contrato.	Quando couber dá margem para interpretação individual do avaliador.	Acatada	Considera-se pertinente a exclusão da expressão quando couber, porque tal expressão pode contribuir para a ampliação da subjetividade do avaliador.	Anexo IV - VII 1.8 - As atribuições da equipe de APS são claramente definidas em documento formal e descritas em contrato.
Anexo IV - VIII 1.8	Alteração	03/07/2018 12:02	Gestor	FUNDAÇÃO CARLOS ALBERTO VANZOLINI	Texto Vigente: Item 1.8 - As atribuições da equipe de APS são claramente definidas em documento formal e descritas em contrato quando couber. Texto Proposto: As atribuições da equipe de APS são claramente definidas em documento formal e descritas em contrato.	Quando couber dá margem à interpretação individual do avaliador.	Acatada	Considera-se pertinente a exclusão da expressão quando couber, porque tal expressão pode contribuir para a ampliação da subjetividade do avaliador.	Anexo IV - VIII 1.8 - As atribuições da equipe de APS são claramente definidas em documento formal e descritas em contrato.
Anexo IV - VIII 1.9	Alteração	04/07/2018 18:00	Operadora	ABRAMGE	1.9. Forma de obtenção: as estratégias estão descritas e detalhadas no Plano estruturado mencionado no item 1.1., identificando através de indicadores dados de percentual de busca ativa pelo qual a OPS capta a sua população alvo.	Melhorar forma de obtenção e avaliação do item	Acatada Parcialmente	Entendemos ser pertinente detalhamento da forma de obtenção do item.	Anexo IV VIII 1.9 - Forma de obtenção: as estratégias estão descritas e detalhadas no Plano estruturado mencionado no item 1.1., incluindo a caracterização, através de informações demográficas e epidemiológicas, das condições de saúde de seus beneficiários e do percentual daqueles com maior vulnerabilidade, fatores de risco ou condições crônicas que foram captados mediante busca ativa.
Anexo IV - VIII 1.9	Alteração	04/07/2018 18:41	Operadora	UNIMED FEDERAÇÃO MINAS	No quadro 1. PLANEJAMENTO E ESTRUTURAÇÃO TÉCNICA, deverá ser alterado o texto do item 1.9 de população-alvo para: "Avaliar as condições de saúde da carteira".	A APS avalia o paciente como um todo e não somente uma patologia, inclusive alterar em todo manual.	Acatada Parcialmente	Foi reformulada a redação do item III.2. do Manual (Anexo IV), que mencionava as DCNT mais prevalentes como referência para o estabelecimento de população-alvo. As estratégias em APS no âmbito do PCBP deverão, obrigatoriamente, abranger a população de adultos e idosos (independente da existência de condição crônica de saúde). As demais faixas etárias e condições de saúde a serem abrangidas nas estratégias de APS ficam a critério da operadora, cujas propostas de agrupamento constam da Figura 1 do referido Manual (Módulos adicionais 1: saúde da criança e do adolescente, condições ligadas à gravidez, parto e nascimento); e Módulos adicionais 2: saúde bucal, saúde mental, saúde funcional).	Anexo IV VIII 1.9 - A operadora possui estratégias de identificação e busca ativa de acordo com a avaliação das condições de saúde de sua carteira e de vinculação a serviços de APS.
Anexo IV - VIII 1.10	Alteração	03/07/2018 12:02	Gestor	FUNDAÇÃO CARLOS ALBERTO VANZOLINI	Item 1.10 - O Programa conta com cobertura mínima da população-alvo de acordo com as regras do Projeto APS. - caracterizar como essencial.	É um pré requisito.	Acatada	Tendo em consideração que a cobertura populacional é um pré requisito para a certificação em APS, o item 1.10 deve ser de fato essencial.	Anexo IV - VIII 1.10: O Programa conta com cobertura populacional mínima de acordo com as regras do Programa APS. - caracterizar como essencial.

Anexo IV - VIII 1.10	Alteração	03/07/2018 11:36	Gestor	FUNDAÇÃO CARLOS ALBERTO VANZOLINI	item 1.10: O Programa conta com cobertura mínima da população-alvo de acordo com as regras do Projeto APS. - caracterizar como essencial.	- Está caracterizado como complementar, embora na seção III.3 - Cobertura populacional, seja tratado como pré requisito, por isso a necessidade de ser tratado como item essencial.	Acatada	Tendo em consideração que a cobertura populacional é um pré requisito para a certificação em APS, o item 1.10 deve ser de fato essencial.	Anexo IV - VIII 1.10: O Programa conta com cobertura populacional mínima de acordo com as regras do Programa APS. - caracterizar como essencial.
Anexo IV - VIII 1.10	Alteração	04/07/2018 18:00	Operadora	ABRAMGE	Alterar classificação para item para item Essencial	Se a cobertura mínima é obrigatória conforme cálculo proposto no Documento Técnico do Programa, o item deve ser essencial e não complementar	Acatada	Tendo em consideração que a cobertura populacional é um pré requisito para a certificação em APS, o item 1.10 deve ser de fato essencial.	Anexo IV - VIII 1.10: O Programa conta com cobertura populacional mínima de acordo com as regras do Programa APS. - caracterizar como essencial.
Anexo IV - VIII 1.10	Alteração	04/07/2018 18:41	Operadora	UNIMED FEDERAÇÃO MINAS	No quadro 1. PLANEJAMENTO E ESTRUTURAÇÃO TÉCNICA, deverá ser alterado o texto do item 1.10 o texto população-alvo para: "Avaliar as condições de saúde da carteira".	A APS avalia o paciente como um todo e não somente uma patologia, inclusive alterar em todo manual.	Acatada Parcialmente	A cobertura populacional mínima obrigatória estabelecida para as Equipes de APS (condição tratada no item 1.10) é calculada a partir da quantidade de beneficiários com cobertura médico-hospitalar e não de uma população-alvo.	Anexo IV - VIII 1.10: O Programa conta com cobertura populacional mínima de acordo com as regras do Programa APS. - caracterizar como essencial.
Anexo IV - VIII 1.11	Inclusão	04/07/2018 16:32	Operadora	UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS	1.11- A Operadora disponibiliza central de informações ao usuário /paciente durante o horário de funcionamento... Interpretação: compreende-se por central de informações ao usuário a ferramenta, telefônica ou digital, que fornece informações ao usuário da operadora, para esclarecimentos de dúvidas ou apresentação de reclamações. Forma de obtenção: A Central de informações deve estar localizada em uma das unidades da operadora, caso seja telefônica ou no sítio da operadora, se for digital.	A central de informações não necessita ficar exclusivamente na sede da Operadora, sendo possível prestar todas as informações aos beneficiários de uma de suas Unidades.	Acatada	A central de informações ao beneficiário/paciente por meio telefônico não precisa estar localizada exclusivamente na sede da Operadora.	Forma de obtenção: A Central de informações deve estar localizada em uma das unidades da operadora, caso seja telefônica ou no sítio da operadora, se for digital.
Anexo IV - VIII 1.11	Alteração	04/07/2018 18:00	Operadora	ABRAMGE	1.11. Classificação do Item: Essencial. Interpretação: Compreende-se por central de informações ao usuário a ferramenta, telefônica ou digital, que fornece informações ao usuário da operadora, para esclarecimentos de dúvidas ou apresentação de reclamações, podendo esta estrutura ser considerada o SAC.	Possuir um canal de comunicação com o beneficiário já é responsabilidade das operadoras.	Acatada	A disponibilização de uma central de informações ao beneficiário da operadora (item 1.11) deve ser considerada como Essencial. As operadoras possuem determinadas regras a serem observadas quanto aos serviços de atendimento ao consumidor. No âmbito do PCBP, a operadora deve disponibilizar uma central de informações ao beneficiário/paciente durante o horário de funcionamento das unidades de atenção primária.	Inserir o ícone de Essencial ao item 1.11.
Anexo IV - VIII 1.12	Alteração		Operadora	Cassi	A Operadora disponibiliza unidades de Atenção Primária em Saúde em horários diferenciados, conforme a demanda dos beneficiários.	Para a determinação de horário de funcionamento de serviços de APS, deve-se avaliar as realidades e especificidades locais, definidas a partir de pesquisa com os usuários e estudo do histórico de demandas dos serviços.	Acatada Parcialmente	O horário de funcionamento dos serviços é uma importante barreira de acesso à APS, além do número de usuários (beneficiários) sob responsabilidade de um médico e a disponibilidade do profissional para o atendimento. A CP não estabelecia o horário ordinário de funcionamento dos serviços de APS e como item de excelência estipulava 1 dia na semana até às 19h e sábado ou domingo até às 17h.	Redefinir o item VIII 1.12 como Item Essencial. O horário de funcionamento da unidade de APS será de segunda a sábado, com um total mínimo de 44 horas semanais, assim distribuídas: abertura da unidade a partir das 08:00 h, em pelo menos 2 dias da semana, e funcionamento até às 20:00 h, em outros dois dias da semana, afim de contemplar os beneficiários que trabalham.
Anexo IV - VIII 1.12	Alteração		Outros	SBMFC	A Operadora disponibiliza unidades de Atenção Primária em Saúde pelo menos até às 19 horas, no mínimo em três dias da semana.	O acesso é um ponto fundamental para o êxito da APS e ter a possibilidade de consulta à noite é um ponto fundamental.	Acatada Parcialmente	O acesso é um atributo essencial para o êxito da APS e ter a possibilidade de consulta em horário alternativo é, de fato, fundamental. Contudo, como critério mínimo no PCBP, a opção foi estabelecer a obrigatoriedade do horário alternativo ao menos uma vez na semana (item 1.12), além do atendimento no final de semana (item 1.13). Alternativamente, as operadoras poderão estabelecer dias e horários adicionais para favorecer o acesso de seus beneficiários.	Redefinir o item VIII 1.12 como Item Essencial. O horário de funcionamento da unidade de APS será de segunda a sábado, com um total mínimo de 44 horas semanais, assim distribuídas: abertura da unidade a partir das 08:00 h, em pelo menos 2 dias da semana, e funcionamento até às 20:00 h, em outros dois dias da semana, afim de contemplar os beneficiários que trabalham.

Anexo IV - VIII 1.13	Alteração		Operadora	Cassi	A Operadora disponibiliza unidades de Atenção Primária em Saúde que funcionem no final de semana (sábado ou domingo), conforme necessidade local.	Para definição de horário de funcionamento de serviço de APS nos fins de semana, deve-se avaliar as realidades e especificidades locais, definidas a partir de pesquisa com os usuários e estudo de histórico de demanda dos serviços".	Acatada Parcialmente	O horário de funcionamento dos serviços é uma importante barreira de acesso à APS, além do número de usuários (beneficiários) sob responsabilidade de um médico e a disponibilidade do profissional para o atendimento. A adequação dos serviços de APS para que proporcionem atendimento em horário estendido, aloquem novos pedidos de consulta médica e estimulem o atendimento por equipe multiprofissional, são iniciativas que as operadoras podem adotar para vencer as barreiras de acesso à APS.	Redefinir o item VIII 1.12 como Item Essencial. O horário de funcionamento da unidade de APS será de segunda a sábado, com um total mínimo de 44 horas semanais, assim distribuídas: abertura da unidade a partir das 08:00 h, em pelo menos 2 dias da semana, e funcionamento até às 20:00 h, em outros dois dias da semana, afim de contemplar os beneficiários que trabalham.
Anexo IV - VIII 1.13	Alteração	11/06/2018 15:13	Operadora	UNIMED VALES DO TAQUARI E RIO PARDO	1.13 A Operadora disponibiliza unidades de Atenção Primária em Saúde que funcionam no final de semana até às 12 horas (sábado ou domingo) 2.5 O serviços de APS da Operadora disponibilizam consultas médicas não urgentes no prazo máximo de até 72 horas.	1.13 Acreditamos que os atendimentos até as 12h contemple a necessidade dos clientes.	Acatada Parcialmente	Em relação ao item 1.3 é importante que a operadora disponibilize unidades abertas no final de semana a fim de facilitar o acesso de beneficiários que trabalhem nos dias úteis e sábados.	Redefinir o item VIII 1.12 como Item Essencial. O horário de funcionamento da unidade de APS será de segunda a sábado, com um total mínimo de 44 horas semanais, assim distribuídas: abertura da unidade a partir das 08:00 h, em pelo menos 2 dias da semana, e funcionamento até às 20:00 h, em outros dois dias da semana, afim de contemplar os beneficiários que trabalham.
Anexo IV - VIII 1.13	Alteração	25/06/2018 11:35	Operadora	UNIMED / RS	1.13 A Operadora disponibiliza unidades de Atenção Primária em Saúde que funcionem no final de semana (sábado ou domingo, até as 12:00hs).	Atendimentos em sábados e/ou domingos configura pronto-atendimento, sendo assim o atendimento poderá ser feito por um plantonista e não pelo médico coordenador da equipe, prejudicando o pilar longitudinalidade.	Acatada Parcialmente	Em relação ao item 1.3 é importante que a operadora disponibilize unidades abertas no final de semana a fim de facilitar o acesso de beneficiários que trabalhem nos dias úteis e sábados.	Redefinir o item VIII 1.12 como Item Essencial. O horário de funcionamento da unidade de APS será de segunda a sábado, com um total mínimo de 44 horas semanais, assim distribuídas: abertura da unidade a partir das 08:00 h, em pelo menos 2 dias da semana, e funcionamento até às 20:00 h, em outros dois dias da semana, afim de contemplar os beneficiários que trabalham.
Anexo IV - VIII 1.13	Alteração	03/07/2018 17:04	Operadora	UNIMED FEDERAÇÃO DO PARANÁ	1.13, página 18 CP: A operadora disponibiliza...no final de semana (sábado ou domingo até as 17hrs) Sugestão de texto: A operadora disponibiliza...no final de semana (sábado ou domingo até as 17hrs) na modalidade de plantão a distância.	Não cabe da prática unidades abertas até as 17hrs aos sábados domingos por chocar com a proposta de equipe mínima por quantidade de vidas. Não há escala trabalhista que acomode tal carga horária.	Acatada Parcialmente	Em relação ao item 1.3 é importante que a operadora disponibilize unidades abertas no final de semana a fim de facilitar o acesso de beneficiários que trabalhem nos dias úteis e sábados.	Redefinir o item VIII 1.12 como Item Essencial. O horário de funcionamento da unidade de APS será de segunda a sábado, com um total mínimo de 44 horas semanais, assim distribuídas: abertura da unidade a partir das 08:00 h, em pelo menos 2 dias da semana, e funcionamento até às 20:00 h, em outros dois dias da semana, afim de contemplar os beneficiários que trabalham.
Anexo IV - VIII 1.13	Alteração	04/07/2018 09:09	Operadora	UNIMED DE PRESIDENTE PRUDENTE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	1. PLANEJAMENTO E ESTRUTURAÇÃO TÉCNICA 1.13. A Operadora disponibiliza unidades de Atenção Primária em Saúde que funcionem no final de semana (sábado das 08:00hs as 17:00hs).	Funcionar somente no sábado das 8h-12h.	Acatada Parcialmente	O horário de funcionamento dos serviços é uma importante barreira de acesso à APS, além do número de usuários (beneficiários) sob responsabilidade de um médico e a disponibilidade do profissional para o atendimento. A adequação dos serviços de APS para que proporcionem atendimento em horário estendido, aloquem novos pedidos de consulta médica e estimulem o atendimento por equipe multiprofissional, são iniciativas que as operadoras podem adotar para vencer as barreiras de acesso à APS.	Redefinir o item VIII 1.12 como Item Essencial. O horário de funcionamento da unidade de APS será de segunda a sábado, com um total mínimo de 44 horas semanais, assim distribuídas: abertura da unidade a partir das 08:00 h, em pelo menos 2 dias da semana, e funcionamento até às 20:00 h, em outros dois dias da semana, afim de contemplar os beneficiários que trabalham.
Anexo IV - VIII 1.13	Alteração	04/07/2018 12:50	Operadora	UNIMED DO BRASIL	1.13 A Operadora disponibiliza unidades de Atenção Primária em Saúde que funcionem no final de semana (sábado ou domingo, até as 12:00hs).	Propõe-se que as unidades de APS funcionem de final de semana até as 12 horas e ofereçam suportes de apoio e assistência aos beneficiários. ASS:Comitê de Atenção Integral à Saúde - Unimed do Brasil Contribuições: Unimed Volta Redonda (RJ), Unimed Vitória (ES), Federação ES (participantes: Unimed Pelotas, Unimed VTRP, Unimed Federação RS); Unimed Cascavel (PR)	Acatada Parcialmente	O horário de funcionamento dos serviços é uma importante barreira de acesso à APS, além do número de usuários (beneficiários) sob responsabilidade de um médico e a disponibilidade do profissional para o atendimento. A adequação dos serviços de APS para que proporcionem atendimento em horário estendido, aloquem novos pedidos de consulta médica e estimulem o atendimento por equipe multiprofissional, são iniciativas que as operadoras podem adotar para vencer as barreiras de acesso à APS.	Redefinir o item VIII 1.12 como Item Essencial. O horário de funcionamento da unidade de APS será de segunda a sábado, com um total mínimo de 44 horas semanais, assim distribuídas: abertura da unidade a partir das 08:00 h, em pelo menos 2 dias da semana, e funcionamento até às 20:00 h, em outros dois dias da semana, afim de contemplar os beneficiários que trabalham.

Anexo IV - VIII 1.13	Alteração	19/07/2018 16:39	Operadora	CEMIG SAÚDE	Excluir o critério 1.13 A Operadora disponibiliza unidades de Atenção Primária em Saúde que funcionem no final de semana (sábado ou domingo, até as 17:00hs).	Para operadoras de pequeno porte, a estruturação destas unidades de atenção tem custo relativo elevado, além do que não é garantindo atendimentos aos finais de semana que se demonstra excelência no processo de atenção primária.	Acatada Parcialmente	O horário de funcionamento dos serviços é uma importante barreira de acesso à APS, além do número de usuários (beneficiários) sob responsabilidade de um médico e a disponibilidade do profissional para o atendimento. A adequação dos serviços de APS para que proporcionem atendimento em horário estendido, aloquem novos pedidos de consulta médica e estimulem o atendimento por equipe multiprofissional, são iniciativas que as operadoras podem adotar para vencer as barreiras de acesso à APS.	Redefinir o item VIII 1.12 como Item Essencial. O horário de funcionamento da unidade de APS será de segunda a sábado, com um total mínimo de 44 horas semanais, assim distribuídas: abertura da unidade a partir das 08:00 h, em pelo menos 2 dias da semana, e funcionamento até às 20:00 h, em outros dois dias da semana, afim de contemplar os beneficiários que trabalham.
Anexo IV - VIII 1.13	Exclusão	04/07/2018 18:00	Operadora	ABRAMGE		1.13. Entende-se que os atendimentos de APS são de caráter eletivo, sendo as demandas do final de semana caracterizadas como urgências, assim encaminhadas para unidades de urgência / emergência, não havendo necessidade da OPS realizar atendimento aos finais de semana.	Acatada Parcialmente	O horário de funcionamento dos serviços é uma importante barreira de acesso à APS, além do número de usuários (beneficiários) sob responsabilidade de um médico e a disponibilidade do profissional para o atendimento. A adequação dos serviços de APS para que proporcionem atendimento em horário estendido, aloquem novos pedidos de consulta médica e estimulem o atendimento por equipe multiprofissional, são iniciativas que as operadoras podem adotar para vencer as barreiras de acesso à APS.	Redefinir o item VIII 1.12 como Item Essencial. O horário de funcionamento da unidade de APS será de segunda a sábado, com um total mínimo de 44 horas semanais, assim distribuídas: abertura da unidade a partir das 08:00 h, em pelo menos 2 dias da semana, e funcionamento até às 20:00 h, em outros dois dias da semana, afim de contemplar os beneficiários que trabalham.
Anexo IV - VIII 1.13	Alteração	04/07/2018 18:41	Operadora	UNIMED FEDERAÇÃO MINAS	No quadro 1. PLANEJAMENTO E ESTRUTURAÇÃO TÉCNICA, deverá ser alterado o texto do item 1.13 - Alterar o horário de funcionamento no sábado ou domingo para 4 horas de duração de acordo com a necessidade e demanda da carteira	o funcionamento ao sábado ou domingo dependerá da demanda, pela experiência das operadoras do Estado de MG que possuem APS não existe demanda que justifique o funcionamento aos finais de semana	Acatada Parcialmente	O horário de funcionamento dos serviços é uma importante barreira de acesso à APS, além do número de usuários (beneficiários) sob responsabilidade de um médico e a disponibilidade do profissional para o atendimento. A adequação dos serviços de APS para que proporcionem atendimento em horário estendido, aloquem novos pedidos de consulta médica e estimulem o atendimento por equipe multiprofissional, são iniciativas que as operadoras podem adotar para vencer as barreiras de acesso à APS.	Redefinir o item VIII 1.12 como Item Essencial. O horário de funcionamento da unidade de APS será de segunda a sábado, com um total mínimo de 44 horas semanais, assim distribuídas: abertura da unidade a partir das 08:00 h, em pelo menos 2 dias da semana, e funcionamento até às 20:00 h, em outros dois dias da semana, afim de contemplar os beneficiários que trabalham.
Anexo IV - VIII 1.14	Inclusão		Operadora	Cassi		Incluir como boas práticas de gestão do cuidado a ação de TELEMONTORAMENTO da população alvo, principalmente na atenção às condições crônicas, tendo em vista que esta ação se diferencia do conceito de BUSCA ATIVA, pois dentro da perspectiva da coordenação do cuidado, entende-se que a ação de telemonitoramento é responsável por aumentar a adesão ao plano terapêutico proposto.	Acatada	Incluir um item no Anexo IV - quesito 1- Planejamento e Estruturação Técnica, que contemple o telemonitoramento. Este permite às equipes de APS receber informações sobre a condição de saúde dos beneficiários, sua adesão ao plano terapêutico proposto e seu progresso em relação ao alcance das metas de saúde estabelecidas.	Incluir item de Verificação: A operadora possui estratégias de telemonitoramento que permitam às equipes de APS receber informações sobre a condição de saúde dos beneficiários, a tendência de agravos de doenças, sua adesão ao plano terapêutico proposto e seu progresso em relação ao alcance das metas de saúde estabelecidas.
Anexo IV - VIII 1 e 2	Inclusão	04/07/2018 18:00	Operadora	ABRAMGE	1.Planejamento e Estrutura Técnica: Requisito direcionador para o planejamento e estruturação da área e de Equipes em Atenção Primária em Saúde. 2. Ampliação e qualificação do acesso: Requisito direcionador para o primeiro acesso do beneficiário em Atenção primária em Saúde, através do fluxo direcionador para agendamento e atendimento.	Padronização para definição de todos os Requisitos	Acatada Parcialmente	Pertinência de apresentar definição dos Requisitos de verificação. Foram realizados ajustes na redação proposta.	1. Requisito direcionador para o planejamento e a estruturação da área e das Equipes em Atenção Primária à Saúde. 2. Ampliação e qualificação do acesso: Requisito direcionador para o primeiro acesso do beneficiário em Atenção Primária à Saúde, através do fluxo direcionador para agendamento e atendimento.
Anexo IV - VIII 2.1	Alteração	04/07/2018 18:00	Operadora	ABRAMGE	2.1 A equipe de APS é referência para o primeiro acesso à Rede assistencial das populações escolhidas para o trabalho.	Deixar texto mais objetivo, que a equipe de APS deve ser referência de primeiro acesso às populações assistidas pelo programa, e não a todos os beneficiários da operadora	Acatada Parcialmente	A sugestão foi acatada parcialmente pois realmente o texto podia induzir a dúvidas quanto aos beneficiários da APS.	2.1 A equipe de APS é referência para o primeiro acesso à rede assistencial dos beneficiários vinculados às estratégias de APS
Anexo IV - VIII 2.2	Alteração	04/07/2018 18:00	Operadora	ABRAMGE	2.2. Forma de Obtenção: O agendamento está descrito de modo claro e detalhado no Plano estruturado citado no item 1.1 e pode ser evidenciado pela central de agendamento da Operadora.	Sugere-se excluir item, uma vez que o item 5.4 dispõe do mesmo assunto e de forma mais clara e objetiva, mas se não for possível Deixar mais claro como evidenciar o agendamento e o que configura agendamento direto pela equipe de APS.	Não Acatada	O item 2.2 contempla o cadastramento da população. Já as ações adicionais ao cadastro, como o registro do acompanhamento das ações e o monitoramento dos indicadores, são contempladas no item 5.4.	Sem alteração

Anexo IV - VIII 2.5	Alteração	11/06/2018 15:13	Operadora	UNIMED VALES DO TAQUARI E RIO PARDO	2.5 O serviços de APS da Operadora disponibilizam consultas médicas não urgentes no prazo máximo de até 72 horas.	2.5 Consultas médicas no prazo menor de 24 horas caracteriza-se consulta de urgência.	Acatada	A contribuição ao item 2.5 foi acatada: considera-se pertinente a sugestão de ampliação do prazo máximo para 72 horas.	Anexo IV - VIII 2.5.Os serviços de APS da Operadora disponibilizam consultas médicas não urgentes no prazo máximo de até 72 horas.
Anexo IV - VIII 2.5	Alteração	03/07/2018 11:36	Gestor	FUNDAÇÃO CARLOS ALBERTO VANZOLINI	Item 2.5 - Os serviços de APS da Operadora disponibilizam consultas não urgentes, com prazo máximo de 24 horas. - caracterizar como excelência	Esta exigência não caracteriza um serviço complementar.	Acatada	Acatada a sugestão por ser considerada pertinente transformar em nível de excelência e não complementar	2.5 - Os serviços de APS da Operadora disponibilizam consultas não urgentes, com prazo máximo de 72 horas - classificar como nível "excelência"
Anexo IV - VIII 2.5	Alteração	04/07/2018 09:09	Operadora	UNIMED DE PRESIDENTE PRUDENTE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	2. AMPLIAÇÃO E QUALIFICAÇÃO DO ACESSO 2.5 Os serviços de APS da Operadora disponibilizam consultas não urgentes, com prazo máximo de 48 horas.	A recomendação do Comitê Estadual de Atenção à Saúde recomenda que para consultas não urgentes o prazo é de 48h.	Acatada	Atendimento em até 24 horas caracteriza emergência/urgência	Anexo IV - VIII 2.5.Os serviços de APS da Operadora disponibilizam consultas médicas não urgentes no prazo máximo de até 72 horas.
Anexo IV - VIII 2.5	Alteração	04/07/2018 10:59	Operadora	UNIMED DO ESTADO DE SANTA CATARINA FED. EST. DAS COOP. MÉD.	Os serviços de APS da Operadora disponibilizam consultas não urgentes, com prazo máximo de 7 dias úteis.	As consultas básicas de acordo com a ANS podem ser garantidas em até 7 dias úteis Conforme RN 259, os serviços de APS de acordo com a equipe mínima de atendimento desta consulta contemplam as especialidades básicas	Acatada Parcialmente	De fato, a RN 259/2011 prevê que a operadora deve garantir o atendimento de consultas básicas em até 7 dias. Entretanto, o diferencial da APS é que consiga atender seus beneficiários cadastrados em prazo menor. Será mudado o texto para atendimento em até 72 horas.	Anexo IV - VIII 2.5.Os serviços de APS da Operadora disponibilizam consultas médicas não urgentes no prazo máximo de até 72 horas.
Anexo IV - VIII 2.5	Alteração	04/07/2018 12:50	Operadora	UNIMED DO BRASIL	2.5 Os serviços de APS da Operadora disponibilizam consultas não urgentes, com prazo máximo de 24 horas.	Proposta que as consultas não urgentes possam ser atendidas em 72 horas presenciais. ASS:Comitê de Atenção Integral à Saúde - Unimed do Brasil Contribuições: Unimed Volta Redonda (RJ), Unimed Vitória (ES), Federação ES (participantes: Unimed Pelotas, Unimed VTRP, Unimed Federação RS); Unimed Cascavel (PR)	Acatada	A contribuição ao item 2.5 foi acatada: considera-se pertinente a sugestão de ampliação do prazo máximo para 72 horas.	Anexo IV - VIII 2.5.Os serviços de APS da Operadora disponibilizam consultas médicas não urgentes no prazo máximo de até 72 horas.
Anexo IV - VIII 2.5	Inclusão	04/07/2018 16:32	Operadora	UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS	2.5 . Os serviços de APS da Operadora disponibilizam consultas não urgentes, com prazo máximo de 7 dias úteis, com médico assistente.	As consultas básicas de acordo com a ANS podem ser garantidas em até 7 dias úteis Conforme RN 259, os serviços de APS de acordo com a equipe mínima de atendimento desta consulta contemplam as especialidades básicas.	Acatada Parcialmente	De fato, a RN 259/2011 prevê que a operadora deve garantir o atendimento de consultas básicas em até 7 dias. Entretanto, o diferencial da APS é que consiga atender seus beneficiários cadastrados em prazo menor. Será mudado o texto para atendimento em até 72 horas.	Anexo IV - VIII 2.5.Os serviços de APS da Operadora disponibilizam consultas médicas não urgentes no prazo máximo de até 72 horas.
Anexo IV - VIII 2.5	Inclusão	04/07/2018 18:11	Operadora	ABRAMGE (ASSOCIADA PR)	2.5.Os serviços de APS da Operadora disponibilizam consultas não urgentes, com prazo máximo de 48 horas.	Impossível cumprir o prazo de 24 horas. 48 horas seria mais razoável, ainda mais se tratando-se de caráter eletivo e ainda assim é inferior ao prazo da RN 259.	Acatada Parcialmente	De fato, a RN 259/2011 prevê que a operadora deve garantir o atendimento de consultas básicas em até 7 dias. Entretanto, o diferencial da APS é que consiga atender seus beneficiários cadastrados em prazo menor. Será mudado o texto para atendimento em até 72 horas.	Anexo IV - VIII 2.5.Os serviços de APS da Operadora disponibilizam consultas médicas não urgentes no prazo máximo de até 72 horas.
Anexo IV - VIII 2.5	Alteração	04/07/2018 18:41	Operadora	UNIMED FEDERAÇÃO MINAS	No quadro 2-AMPLIAÇÃO E QUALIFICAÇÃO DO ACESSO no item 2,5 deverá alterar o texto aonde se lê: com prazo máximo de 24 horas para: De acordo com os prazos da RN 259	O prazo de consulta não urgente previsto na RN 259 estabelece outros prazos.	Acatada Parcialmente	De fato, a RN 259/2011 prevê que a operadora deve garantir o atendimento de consultas básicas em até 7 dias. Entretanto, o diferencial da APS é que consiga atender seus beneficiários cadastrados em prazo menor. Será mudado o texto para atendimento em até 72 horas.	Anexo IV - VIII 2.5.Os serviços de APS da Operadora disponibilizam consultas médicas não urgentes no prazo máximo de até 72 horas.
Anexo IV - VIII 2.5	Alteração	05/07/2018 11:18	Operadora	UNIMED EXTREMO OESTE CATARINENSE	2.5 Os serviços de APS da Operadora disponibilizam consultas não urgentes, com prazo máximo de 7 dias úteis.	As consultas básicas de acordo com a ANS podem ser garantidas em até 7 dias úteis.	Acatada Parcialmente	Pertinente a sugestão de alteração do prazo máximo para 72 horas.	Anexo IV - VIII 2.5.Os serviços de APS da Operadora disponibilizam consultas médicas não urgentes no prazo máximo de até 72 horas.
Anexo IV - VIII 2.5	Alteração	06/07/2018 14:42	Operadora	UNIMED BRUSQUE	Os serviços de APS da Operadora disponibilizam consultas não urgentes, com prazo máximo de 7 dias úteis.	As consultas básicas de acordo com a ANS podem ser garantidas em até 7 dias úteis Conforme RN 259, os serviços de APS de acordo com a equipe mínima de atendimento desta consulta contemplam as especialidades básicas.	Acatada Parcialmente	Pertinente a sugestão de alteração do prazo máximo para 72 horas.	Anexo IV - VIII 2.5.Os serviços de APS da Operadora disponibilizam consultas médicas não urgentes no prazo máximo de até 72 horas.
Anexo IV - VIII 2.5	Alteração	09/07/2018 11:23	Operadora	UNIMED CHAPECÓ ? COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO DA REGIÃO OE	Os serviços de APS da Operadora disponibilizam consultas não urgentes, com prazo máximo de 7 dias úteis.	As consultas básicas de acordo com a ANS podem ser garantidas em até 7 dias úteis Conforme RN 259, os serviços de APS de acordo com a equipe mínima de atendimento desta consulta contemplam as especialidades básicas.	Acatada Parcialmente	Pertinente a sugestão de alteração do prazo máximo para 72 horas.	Anexo IV - VIII 2.5.Os serviços de APS da Operadora disponibilizam consultas médicas não urgentes no prazo máximo de até 72 horas.

Anexo IV - VIII 2.5	Alteração	04/07/2018 17:38	Operadora	FEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR	2.5 Os serviços de APS da Operadora disponibilizam consultas não urgentes, com prazo máximo de 48 horas úteis.	Para o acesso às consultas não urgentes em APS, sugere-se que a prazo máximo de espera seja dia 48 horas úteis, de forma a viabilizar que as unidades ambulatoriais possam garantir o acesso compatível com seu horário de funcionamento. Referência Bibliográfica: 1MURRAY e TANTAU, 2000; SINGER, 2001.	Não Acatada	Creemos que as operadoras poderão oferecer incentivos para que as equipes de atenção primária à saúde proporcionem atendimento em horário estendido, aloquem novos pedidos de consulta médica e estimulem o atendimento por equipe multiprofissional. Iniciativas essas que contribuem para vencer as barreiras de acesso à APS.	Sem alteração
Anexo IV - VIII 2.5	Alteração		Outros	SBMFC	Os serviços de APS da Operadora disponibilizam consultas para casos urgentes de menor gravidade em até 48 horas e para casos não urgentes em até 7 dias, destacando que as urgências graves e emergências médicas devem ser direcionadas para os pronto-atendimentos.	É necessário ter a possibilidade de consultar no mesmo dia ou dia seguinte pacientes com necessidades mais urgentes, mas para outras condições, um tempo de espera máximo de 7 dias não é excessivo.	Acatada Parcialmente	Pertinente a sugestão de alteração do prazo máximo para 72 horas.	Anexo IV - VIII 2.5 - Os serviços de APS da Operadora disponibilizam consultas não urgentes, com prazo máximo de 72 horas.
Anexo IV - VIII 2.5	Alteração	25/06/2018 11:35	Operadora	UNIMED / RS	2.5 Os serviços de APS da Operadora disponibilizam consultas não urgentes, com prazo máximo de 72 horas presencial. O serviço de APS disponibiliza atendimento e orientação médica via telefone (medfone, telesaúde e orientação direta com o profissional). Interpretação: ... A disponibilidade do prazo de 72 horas para atendimento desses casos amplia o acesso e a resolutividade da APS. Forma de obtenção: esta disponibilização está descrita de modo claro e detalhado no Plano estruturado citado no it	Atendimento em até 24h configura atendimento de urgência. Segundo Art. 37, o Código de Ética Médica determina que: %u201CO atendimento médico a distância, nos moldes da Telemedicina ou de outro método, dar-se-á sob regulamentação do Conselho Federal de Medicina%u201D.	Acatada	Considera-se pertinente a sugestão de ampliação do prazo máximo para 72 horas.	Anexo IV - VIII 2.5 - Os serviços de APS da Operadora disponibilizam consultas não urgentes, com prazo máximo de 72 horas.
Anexo IV - VIII 2.5	Alteração	03/07/2018 12:02	Gestor	FUNDAÇÃO CARLOS ALBERTO VANZOLINI	Item 2.5 - Os serviços de APS da Operadora disponibilizam consultas não urgentes, com prazo máximo de 24 horas. - caracterizar como excelência.	Esta exigência não caracteriza um serviço complementar	Acatada	Acatada a sugestão por ser considerada pertinente transformar em nível de excelência e não complementar	2.5 - Os serviços de APS da Operadora disponibilizam consultas não urgentes, com prazo máximo de 72 horas - classificar como nível "excelência"
Anexo IV - VIII 2.5	Alteração	04/07/2018 05:43	Operadora	AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S/A	2.5 Os serviços de APS da Operadora disponibilizam consultas não urgentes, com prazo máximo de 48 horas	Ao discutir acesso em APS, sugere-se que a tempo máximo de espera seja dia 48 horas; (MURRAY e TANTAU, 2000; SINGER, 2001). Desta forma, sugere-se que o documento seja ajustado para 48hs (uteis), garantindo que as unidades ambulatoriais sejam capazes de garantir o acesso compatível com seu horário de funcionamento.	Acatada	Considera-se pertinente a sugestão de ampliação do prazo máximo, que será de para 72 horas, conforme as contribuições 13393, 13399 e 13411	Anexo IV - VIII 2.5 - Os serviços de APS da Operadora disponibilizam consultas não urgentes, com prazo máximo de 72 horas.
Anexo IV - VIII 2.5	Alteração	04/07/2018 18:00	Operadora	ABRAMGE	2.5 Os serviços de APS da Operadora disponibilizam consultas não urgentes, com prazo máximo de 48 horas. interpretação: (...) 48 horas para atendimento desses casos amplia o acesso e a resolutividade da APS. Forma de obtenção: Esta disponibilização está descrita de modo claro e detalhado no Plano estruturado citado no item 1.1 e pode ser comprovada através dos mesmos mecanismos descritos em RN 259 que diz respeito a prazos regulatórios.	Uma vez que as consultas não possuem caráter de urgência, sugere-se prazo de 48h de modo que fique explícito a forma de comprovação prática do cumprimento do prazo, além da descrição no Plano.	Acatada Parcialmente	Considera-se pertinente a sugestão de ampliação do prazo máximo para consultas. Desse modo, considerando inclusive outras contribuições recebidas, o prazo será estendido para 72 horas.	2.5.Os serviços de APS da Operadora disponibilizam consultas médicas não urgentes no prazo máximo de até 72 horas.
Anexo IV - VIII 2.6	Alteração	04/07/2018 18:00	Operadora	ABRAMGE	2.6 A Operadora disponibiliza marcação de consultas por telefone ou outra forma de agendamento de consultas como por exemplo: utilização de portal on line, aplicativos móveis, durante o horário de funcionamento das unidades de atenção primária em saúde. Forma de Obtenção: A operadora deve disponibilizar número de telefone específico e/ou espaço em seu sítio institucional e/ou aplicativo móvel para marcação de consultas	Outras formas de agendamento de consultas também devem ser consideradas levando em conta avanço tecnológico e inovação em saúde com finalidade de aprimorar a experiência do beneficiário.	Acatada Parcialmente	Acréscimo de item específico sobre disponibilização de marcação de consulta online. Isso porque entende-se relevante ter as possibilidades de marcação de consulta tanto pela via telefônica quanto por meio online (novo item, considerado de Excelência)	Acrescentar item específico sobre marcação de consulta online: A Operadora disponibiliza marcação de consultas em portal on line ou aplicativos móveis. Forma de Obtenção: A operadora deve disponibilizar espaço em seu sítio institucional e/ou aplicativo móvel para marcação de consultas (item de Excelência)

Anexo IV - VIII 2.7	Inclusão	04/07/2018 18:00	Operadora	ABRAMGE	2.7. : Forma de Obtenção: A operadora estabelece claramente no Plano estruturado citado no item 1.1 a rede e o fluxo de cuidados primários de forma que o tempo máximo de espera do paciente seja inferior a 30 minutos, avaliando os resultados através de indicadores de monitoramento de tempo de espera, os quais devem ser apresentados. Considerar até 80% dos atendimentos mensais com tempo de espera de até 30 minutos e solicitar análise crítica e plano de ação quando houver o não atingimento da meta.	Deixar explícito de forma clara e objetiva como comprovar tempo de atendimento nas unidades, além de estar descrito no Plano.	Acatada Parcialmente	Considerada pertinente a sugestão de maior detalhamento da forma de obtenção do Item de Verificação.	Forma de Obtenção: A operadora estabelece claramente no Plano estruturado citado no item 1.1 a rede e o fluxo de cuidados primários de forma que o tempo máximo de espera do paciente seja inferior a 30 minutos, avaliando os resultados através de indicadores de monitoramento de tempo de espera, os quais devem ser apresentados. Considerar até 80% dos atendimentos mensais com tempo de espera de até 30 minutos e solicitar análise crítica e plano de ação quando houver o não atingimento da meta.
Anexo IV - VIII 3.1	Alteração		Operadora	Cassi	A operadora utiliza Sistema de Referência e contra referência, para sistematizar a transferência e recepção de informações entre os profissionais/equipes de atenção primária e os especialistas.	O sistema de referenciamento organiza o fluxo de pacientes dentro da rede de atenção e favorece a coordenação de cuidados.	Não Acatada	As diretrizes e protocolos de transferência de informações entre as equipes de APS e os especialistas têm um escopo mais amplo que o de organizar o Sistema de Referência e Contra referência (Item 3.4). Os protocolos aqui foram entendidos como um conjunto de normas e orientações técnicas acerca de como devem se conduzir os profissionais da APS e os especialistas nos processos de transferência de informações sobre os beneficiários para que haja uma continuidade do cuidado.	Sem alteração
Anexo IV - VIII 3.10	Alteração	04/07/2018 18:00	Operadora	ABRAMGE	3.10. A equipes de APS utilizam entre si prontuário único compartilhado.	Deixar o texto mais claro de forma que o compartilhamento do prontuário do paciente seja apenas com a equipe APS de modo que o item se integre com o 3.14.	Acatada Parcialmente	Deixar claro que o item refere o uso de prontuário único compartilhado entre os membros da equipe de APS	3.10 A equipe de APS utiliza prontuário único compartilhado entre os membros da equipe.
Anexo IV - VIII 3.10	Alteração		Outros	SBMFC	A equipe de APS utiliza prontuário único compartilhado entre os membros da equipe. Com possibilidade de interação com outros prestadores.	Sugestão apenas para solucionar a súvida do enunciado	Acatada Parcialmente	Deixar claro que o item refere o uso de prontuário único compartilhado entre os membros da equipe de APS	3.10 A equipe de APS utiliza prontuário único compartilhado entre os membros da equipe.
Anexo IV - VIII 3.15	Inclusão	03/07/2018 12:02	Gestor	FUNDAÇÃO CARLOS ALBERTO VANZOLINI	Item 3.15 - O Serviço de APS garante a remoção do paciente nos casos de urgência e emergência para serviço de maior complexidade de assistência.	Continuidade da assistência.	Não Acatada	O item "3.4 A Operadora coordena as ações e serviços da sua rede assistencial de modo integrado, adotando diretrizes para referência e contra referência" contempla a questão da continuidade da assistência	Sem alteração
Anexo IV - VIII 3.15	Inclusão		Operadora	Cassi	A operadora realiza busca ativa e telemonitoramento de pacientes crônicos, com frequência estabelecida a partir de protocolos clínicos e assistenciais, bem como do status da resposta terapêutica.	O telemonitoramento fortalece o vínculo e favorece a continuidade do cuidado.	Acatada Parcialmente	A busca ativa é referida de maneira genérica pelo item 1.9, sendo desnecessária a criação de um item novo (3.15) sobre a busca ativa de pacientes crônicos. Contudo, pode-se introduzir modificações ao item 1.9 de modo a contemplar o telemonitoramento e na interpretação pode-se fazer referência ao uso de diretrizes e protocolos clínicos como ferramenta para estabelecer a frequência da busca ativa e do telemonitoramento.	1.9 A operadora possui estratégias de identificação, busca ativa e telemonitoramento de pacientes de acordo com a população-alvo estabelecida e de vinculação a serviços de APS.
Anexo IV - VIII 3.16	Inclusão		Operadora	Cassi	A operadora oferece serviço de Atendimento Pré-hospitalar em complementação aos cuidados prestados pelas equipes de saúde participantes com condições crônicas que, apresentam episódios de agudização com maior frequência.	O APH proporciona agilidade e resolutividade nas intercorrências, podendo reduzir as internações precoces e/ou desnecessárias.	Não Acatada	As equipes de APS devem preparar-se para situações de Urgência e Emergência, que podem surgir em sua prática diária de atenção à sua população adscrita. Contudo, o atendimento pré-hospitalar deve ser um serviço de atenção à saúde distinto dos serviços de APS, embora possa e deva estar articulado a estes últimos.	Sem alteração
Anexo IV - VIII 3.2	Alteração	04/07/2018 18:00	Operadora	ABRAMGE	Classificar o item como Excelência	Dificuldade de implantar sistemas integrados com a Rede credenciada por softwares nem sempre compatíveis e integrados.	Acatada	Item 3.2 possui certa complexidade para consecução e uma prática ainda pouco disseminada no setor, de modo que deve ser classificado como de Excelência	Item 3.2 passa a ser classificado como de Excelência
Anexo IV - VIII 3.2	Inclusão	04/07/2018 18:00	Operadora	ABRAMGE	3.2.Classificar o item como Excelência	Dificuldade de implantar sistemas integrados com a Rede credenciada por softwares nem sempre compatíveis e integrados.	Acatada	Item 3.2 possui certa complexidade para consecução e uma prática ainda pouco disseminada no setor, de modo que deve ser classificado como de Excelência	Item 3.2 passa a ser classificado como de Excelência

Anexo IV - VIII 3.5	Alteração	04/07/2018 18:00	Operadora	ABRAMGE	3.5. Forma de obtenção: estas rotinas devem estar estabelecidas e definidas no Plano estruturado citado no item 1.1. Os Protocolos e Diretrizes Clínicas devem estar documentos e disponíveis para consulta em todos os serviços da rede da operadora de planos privados de saúde, associados as populações escolhidas.	Vincular a disponibilização das informações a população alvo escolhida e não a toda massa de beneficiários.	Não Acatada	Os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas 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.	Sem alteração
Anexo IV - VIII 3.7	Exclusão	04/07/2018 18:00	Operadora	ABRAMGE		3.7. Item está contemplado no item 1.3.	Não Acatada	Os itens 1.3 e 3.7 possuem propósitos distintos. O Item 1.3 refere se a operadora conta com diretriz formalizada de assistência farmacêutica. Já o item 3.7 refere a orientação ao beneficiário sobre o uso racional de medicamentos para seus beneficiários; utilização e armazenamento adequado.	Sem alteração
Anexo IV - VIII 3.7	Alteração		Outros	SBMFC	A equipe de APS oferece orientação para seus beneficiários sobre o uso racional de medicamentos, utilização e armazenamento adequado. Sugerimos que este seja um quesito "complementar" e não "essencial".	Essa ação exige um serviço mais robusto de APS.	Não Acatada	A gestão do uso de polifarmácia para pacientes crônicos complexos foi considerada essencial em função das eventuais complicações e repercussões imediatas sobre a saúde dos indivíduos decorrentes do uso inadequado de múltiplas medicações	Sem alteração
Anexo IV - VIII 4.10	Alteração		operadora	Cassi	As ferramentas de abordagem familiar permitem às equipes de APS conhecer as famílias sob seu cuidado, compreendendo sua estrutura e funcionalidade.	4.10 A operadora incentiva as equipes de APS a utilizar ferramentas de abordagem familiar, tais como: Genograma, Ecomapa, Ciclo de Vida familiar, F.I.R.O., P.R.A.C.T.I.C.E. e Conferência Familiar.	Não Acatada	A utilização de ferramentas de abordagem familiar citadas - Genograma, Ecomapa, Ciclo de Vida familiar, F.I.R.O., P.R.A.C.T.I.C.E. e Conferência Familiar - são úteis, mas deve ficar a critério das equipes de APS utilizá-las ou não. Quando utilizadas, devem estar descritas no plano estruturado do programa.	sem alteração
Anexo IV - VIII 4.4	Alteração	19/07/2018 15:52	Operadora	CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BNB	Forma de obtenção: consulta ao material disponibilizado ao beneficiário sobre a rede de referência e contra-referência da APS, na operadora.	Retirar a forma de obtenção por meio da NIP, uma vez que não tem como mensurar por meio da NIP que a reclamação é oriunda de serviço prestado pela APS.	Acatada Parcialmente	é pertinente a sugestão de não obter os dados por meio da NIP, uma vez que não é possível discriminar se a reclamação é oriunda de serviço prestado pela APS ou por outros prestador credenciado. Entretanto o prazo de garantia de atendimento previsto na RN 259/2011 deve ser mantido.	Forma de obtenção: consulta ao material disponibilizado ao beneficiário sobre a rede de referência e contra referência da APS, na operadora.
Anexo IV - VIII 4.6	Alteração	03/07/2018 12:02	Gestor	FUNDAÇÃO CARLOS ALBERTO VANZOLINI	Item 4.6 - Os Serviços de APS utilizam modelo de Plano de Cuidado com rotinas diárias e metas a serem atingidas e que contemple a decisão clínica compartilhada com o paciente. - caracterizar como essencial.	Esta prática faz parte do plano terapêutico do beneficiário.	Acatada	Considera-se a sugestão pertinente.	Anexo IV - VIII 4.6 - Os Serviços de APS utilizam modelo de Plano de Cuidado com rotinas diárias e metas a serem atingidas e que contemple a decisão clínica compartilhada com o paciente. - caracterizar como essencial.
Anexo IV - VIII 4.7	Alteração	03/07/2018 12:02	Gestor	FUNDAÇÃO CARLOS ALBERTO VANZOLINI	Item 4.7 - O Serviços de APS utilizam Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para realização de procedimentos e decisões clínicas, quando couber. - caracterizar como essencial	Recomendado pelo CFM nº1/2016.	Acatada	Considera-se pertinente a sugestão.	Anexo IV - VIII 4.7 - O Serviços de APS utilizam Termo Consentimento Livre e Esclarecido para realização de procedimentos e decisões clínicas, quando couber. - caracterizar como essencial.
Anexo IV - VIII 4.8	Alteração	04/07/2018 18:00	Operadora	ABRAMGE	4.8. Forma de Obtenção: O instrumento de avaliação da APS, denominado PCATool, pode servir de guia para a realização da pesquisa de satisfação do usuário este instrumento foi proposto por Starfield (2002) e adaptado pelo Ministério da Saúde em 2010. A pesquisa pode ser realizada por via telefônica, ou através de algum aplicativo específico disponível na internet, tais como: Surveymonkey, FormSus, GoogleDocs, etc.	Caso a operadora já realize pesquisa de satisfação institucional a mesma deve ser considerada para avaliação do serviço de APS, desde que contenha perguntas específicas sobre APS quando aplicável a população pesquisada.	Acatada Parcialmente	De fato, as operadoras vêm realizando pesquisa de satisfação do beneficiário desde a publicação de documento técnico específico do programa do IDSS em 2017 (Ver: http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/idss/pqo2018_8_pesquisa_satisfacao_beneficiario.pdf). Entretanto, os objetivos e métodos empregados na pesquisa são diferentes. Mas pode ser incorporado no texto, como complemento.	Ao realizar a pesquisa sobre a satisfação do beneficiário com a APS, a operadora deve levar em conta as diretrizes da pesquisa de satisfação geral levada a cabo, seguindo as diretrizes do documento técnico específico do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar - IDSS
Anexo IV - VIII 4.8	Alteração	25/06/2018 11:35	Operadora	UNIMED / RS	4.8: ... A APS possui 4 componentes essenciais, como definido por Starfield (2002): acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde; longitudinalidade, isto é, atenção em saúde prestada ao longo do tempo; integralidade, isto é, fornecimento de serviços de saúde amplos, desde ao atendimento ambulatorial à internação, se for necessário. E por fim, o quarto item da APS referente a coordenação do cuidado.	Os pilares da APS são: longitudinalidade, integralidade, acessibilidade e coordenação do cuidado.	Acatada	Considera-se pertinente a sugestão de explicitação do quarto pilar, a coordenação do cuidado.	Anexo IV - VIII 4.8: ... A APS possui 4 componentes essenciais, como definido por Starfield (2002): acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde; longitudinalidade, isto é, atenção em saúde prestada ao longo do tempo; integralidade, isto é, fornecimento de serviços de saúde amplos, desde ao atendimento ambulatorial à internação, se for necessário. E por fim, o quarto item da APS referente a coordenação do cuidado.

Anexo IV - VIII 4.8	Inclusão	04/07/2018 12:50	Operadora	UNIMED DO BRASIL	A APS possui 4 componentes essenciais, como definido por Starfield (2002): acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde; longitudinalidade, isto é, atenção em saúde prestada ao longo do tempo; integralidade, isto é, fornecimento de serviços de saúde amplos, desde ao atendimento ambulatorial à internação, se for necessário; e coordenação do cuidado.	JUSTIFICATIVA: Os pilares da APS são: longitudinalidade, integralidade, acessibilidade e coordenação do cuidado. ASS: Comitê de Atenção Integral à Saúde - Unimed do Brasil Contribuições: Unimed Volta Redonda (RJ), Unimed Vitória (ES), Federação ES (participantes: Unimed Pelotas, Unimed VTRP, Unimed Federação RS); Unimed Cascavel (PR)	Acatada	Considera-se pertinente a sugestão de explicitação do quarto pilar, a coordenação do cuidado. Conforme contribuição 13412	Anexo IV - VIII 4.8: ... A APS possui 4 componentes essenciais, como definido por Starfield (2002): acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde; longitudinalidade, isto é, atenção em saúde prestada ao longo do tempo; integralidade, isto é, fornecimento de serviços de saúde amplos, desde ao atendimento ambulatorial à internação, se for necessário. E por fim, o quarto item da APS referente a coordenação do cuidado.
Anexo IV - VIII 4.9	Alteração	03/07/2018 12:02	Gestor	FUNDAÇÃO CARLOS ALBERTO VANZOLINI	Item - 4.9 - O Programa realiza avaliação clínica inicial e avaliações periódicas de acordo com o protocolo estabelecido e necessidades individuais dos beneficiários.- caracterizar como essencial	Esta prática faz parte do plano terapêutico do beneficiário.	Acatada	Considera-se pertinente a sugestão.	Anexo IV - VIII 4.9 - O Programa realiza avaliação clínica inicial e avaliações periódicas de acordo com o protocolo estabelecido e necessidades individuais dos beneficiários.- caracterizar como essencial
Anexo IV - VIII 5 e 6	Inclusão	04/07/2018 18:00	Operadora	ABRAMGE	5.Monitoramento e avaliação da Qualidade: Requisito direcionador com indicadores de avaliação do conjunto da rede de cuidados primários. 6. Educação Continuada na APS: Requisito que avalia a capacitação técnica dos programas estabelecidos em APS afim de atualização e aperfeiçoamento profissional.	Padronização para definição de todos os Requisitos	Acatada Parcialmente	Foi considerada pertinente a apresentação da definição dos Requisitos de verificação.	5.Monitoramento e avaliação da Qualidade: Requisito direcionador com itens de verificação do conjunto da rede de cuidados primários. 6. Educação Continuada na APS: Requisito que avalia a capacitação técnica dos programas estabelecidos em APS afim de atualização e aperfeiçoamento profissional.
Anexo IV - VIII 5.1	Inclusão	04/07/2018 18:00	Operadora	ABRAMGE	5.1. Forma de obtenção: Verificar se a OPS possui controle de dados com indicadores de saúde construídos de acordo com a população alvo atendidos nas unidades de APS como: Total de cobertura APS, Percentual de busca ativa, Total de atendimentos por equipe APS e membro da Equipe, Total de consultas básicas por beneficiário da população alvo atendido etc.	Não foi possível compreender o item, os exemplos citados no texto referem-se a dados de interesse para construção de indicadores, mas não deixa claro quais são os possíveis indicadores de qualidade.	Não Acatada	O propósito do item 5.1 não é estabelecer indicadores específicos a serem adotados, mas identificar se a operadora utiliza indicadores para monitorar as ações desenvolvidas na APS. Os macro indicadores obrigatórios constam do Quadro 2 do Manual de Certificação em Boas Práticas em Atenção Primária em Saúde de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde	Sem alteração
Anexo IV - VIII 5.10	Inclusão		Operadora	Cassi	O serviço de APS realiza, de forma periódica e sistemática, reuniões de avaliação e planejamento com as equipes de saúde.	A reunião com as equipes de saúde possibilita o compartilhamento das informações, a avaliação e monitoramento dos indicadores e o planejamento de ações voltadas ao alcance dos resultados de saúde.	Acatada	A existência de reuniões e outras formas de discussão, para que as práticas das equipes de APS sejam avaliadas, planejadas e repensadas, deve ser estimulada pelos serviços.	Inclusão de item de Verificação: O serviço de APS realiza, de forma periódica e sistemática, reuniões de avaliação e planejamento com as equipes de saúde.
Anexo IV - VIII 5.11	Inclusão		Operadora	Cassi	A operadora possui ferramenta de verificação de conformidade dos seus processos de trabalho.	A verificação da conformidade dos processos promove a eficiência e a eficácia operacional e fortalece a cultura de controle na instituição.	Acatada	É importante que as operadoras estimulem a implantação de uma cultura da qualidade nos seus serviços de APS de modo que as equipes de saúde responsabilizem-se pela autoavaliação de suas ações, identificando pontos de oportunidade de melhoria para o desempenho do serviço.	Inclusão de item de Verificação: A operadora estimula a implantação de uma cultura da qualidade nos seus serviços de APS de modo que as equipes de saúde responsabilizem-se pela autoavaliação de suas ações, identificando pontos de oportunidade de melhoria para o desempenho da instituição.
Anexo IV - VIII 5.6	Alteração	03/07/2018 12:02	Gestor	FUNDAÇÃO CARLOS ALBERTO VANZOLINI	Item 5.6 - A Operadora realiza auditoria médica nos prontuários dos Serviços de APS periodicamente. Proposta: Definir qual o objetivo da auditoria médica nos prontuários	Para fins de avaliação da implementação do tipo específico de auditoria médica nos prontuários: ex: comissão de prontuário?, faturamento?	Não Acatada	Definir o objetivo da auditoria médica poderia restringir a ação às atividades descritas. Considera-se que auditoria é um procedimento amplo que pode contemplar diferentes atividades a fim de atingir de seu objetivo avaliativo.	Sem alteração
Anexo IV - VIII 5.6	Inclusão	04/07/2018 18:00	Operadora	ABRAMGE	5.6. Interpretação: A auditoria deve ser realizada periodicamente por Auditor, que independe a formação da equipe sendo reportada a operadora fatos relevantes, para que a estratégia da assistência à saúde prestada possa ser reavaliada.	Texto presume que um membro da equipe faça auditoria do prontuário, o que fere regras de auditoria, podendo ocasionar subnotificação.	Acatada Parcialmente	Prontuário é o documento único, constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, gerados a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo (CFM, Resolução 1638/2002). Realizar uma auditoria no prontuário do paciente, regularmente, em serviço de APS demanda muito tempo da equipe, em contraposição ao trabalho de uma comissão de prontuário. Assim sendo, deve ser considerado como um item de excelência	Manter o item, mas classificá-lo como de excelência. Na interpretação do item 5.6, considerar que a operadora realiza auditoria médica nos prontuários dos serviços de APS periodicamente por amostragem de pelo menos 10% da população por equipe, sendo que auditoria pode ser realizada por outro médico do serviço ou médico indicado pelo Diretor Técnico do serviço, ainda a auditoria deve se basear na qualidade de registros e não na condução clínica.

Anexo IV - VIII 5.6	Alteração	19/07/2018 15:59	Operadora	CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BNB	A auditoria do prontuário médico deve ser realizada anualmente pela auditoria, sendo reportada à equipe da APS os fatos relevantes, para que a estratégia da assistência à saúde prestada possa ser reavaliada.	Não é indicado que a equipe de APS realize a auditoria do seu processo.	Acatada Parcialmente	Prontuário é o documento único, constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, gerados a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo (CFM, Resolução 1638/2002). Realizar uma auditoria no prontuário do paciente, regularmente, em serviço de APS demanda muito tempo da equipe, em contraposição ao trabalho de uma comissão de prontuário. Assim sendo, deve ser considerado como um item de excelência	Manter o item, mas classificá-lo como de excelência. Na interpretação do item 5.6, considerar que a operadora realiza auditoria médica nos prontuários dos serviços de APS periodicamente por amostragem de pelo menos 10% da população por equipe, sendo que auditoria pode ser realizada por outro médico do serviço ou médico indicado pelo Diretor Técnico do serviço, ainda a auditoria deve se basear na qualidade de registros e não na condução clínica.
Anexo IV - VIII 5.7	Exclusão	04/07/2018 18:00	Operadora	ABRAMGE		Manual já prevê item com pesquisa de satisfação dos beneficiários. Não sendo viável realização de mais uma pesquisa. Texto discorre sobre avaliação externa, sendo que a RN de certificação em APS já é considerada uma avaliação externa, não fazendo sentido a operadora se submeter a outra forma de avaliação. Item 5.7, excluir e incluir dos requisitos avaliados por um dos instrumentos de avaliação internacionais já validadas na pesquisa de satisfação desenvolvida para avaliar o serviço de APS.	Não Acatada	Item 4.5 trata de pesquisa específica sobre horário de atendimento e o item 4.8 sobre satisfação do beneficiário quanto à experiência do cuidado em APS. O propósito do item 5.7 não é de fazer pesquisa de satisfação com beneficiários, mas de efetuar avaliação mediante informações obtidas, principalmente, junto aos profissionais de saúde da equipe de APS.	Sem alteração
Anexo IV - VIII 5.8	Alteração	04/07/2018 18:00	Operadora	ABRAMGE	5.8 A operadora divulga em meio físico ou no Portal na internet os resultados da avaliação dos serviços da sua rede de cuidados primários para os seus usuários.	Considerar uma das duas formas de divulgação, para atender ao requisito, conforme descrito em forma de obtenção, sendo necessário alterar descrição do item para ser condizente.	Acatada	Considerado pertinente tornar o texto mais claro	Acrescentar e/ou ao texto - Forma de obtenção: Verificar se a operadora divulga sistematicamente os resultados auferidos na sua rede de APS, através de folhetos informativos e/ou através do seu portal na internet.
Anexo IV - VIII 5.9	Inclusão		Operadora	Cassi	A operadora possui Comissão de Revisão de Prontuários (CRP), conforme determinado pela Resolução CFM nº 1.638/2002, nos serviços de sua rede de cuidados primários.	A atuação da CRP possui caráter técnico-científico, e tem por objetivo a qualificação dos registros e servir de referência interna para os profissionais de saúde da Unidade.	Acatada	acrescentar o item 5.9	Inclusão de item de Verificação: Os serviços de APS da rede da operadora possuem Comissão de Revisão de Prontuários (CRP), em conformidade com a Resolução CFM nº 1.638/2002.
Anexo IV - VIII 6.1	Alteração		Operadora	Cassi		Tendo em vista a PNEPS (Política Nacional de Educação Permanente em Saúde), sugere-se a alteração do termo "Educação Continuada" para "Educação Permanente em Saúde", "considerando a importância da integração entre o ensino da saúde, o exercício das ações em serviço, a condução de gestão e de gerência e a efetivação do controle da sociedade sobre o sistema de saúde como dispositivo de qualificação das práticas de saúde e da educação dos profissionais de saúde" (...) (MS - Portaria 198/GM de 13/02/2004). Sugere-se ainda a inclusão no item estudado, que a operadora garanta em seu quadro de profissionais um colaborador para desenvolver, acompanhar e avaliar o processo de Educação Permanente em Saúde, por região ou agrupamento de equipes nos serviços de APS.	Acatada	O emprego do conceito de Educação Permanente em Saúde é bastante pertinente, tendo em conta que esta é entendida mais que uma educação em serviço, como uma atualização cotidiana das práticas no interior das equipes de APS.	Anexo IV - VIII 6.1 - A Operadora oferece periodicamente programa de educação permanente para as equipes de APS, abordando temas prioritários, conforme necessidades identificadas.
Anexo IV - VIII 6.2	Alteração	03/07/2018 12:02	Gestor	FUNDAÇÃO CARLOS ALBERTO VANZOLINI	Item 6.2 - A Operadora oferece capacitação para profissionais responsáveis pela coleta, consulta e codificação das informações dos prontuários (sejam eles em meio físico ou eletrônico). - caracterizar como essencial	Para prover informações fidedignas, os responsáveis pela coleta devem necessariamente ter competência.	Acatada	Considera-se pertinente a sugestão	Anexo IV - VIII 6.2 - A Operadora oferece capacitação para profissionais responsáveis pela coleta, consulta e codificação das informações dos prontuários (sejam eles em meio físico ou eletrônico). - caracterizar como essencial
Anexo IV - VIII 7	Inclusão	04/07/2018 18:00	Operadora	ABRAMGE	7. Modelos Inovadores de Remuneração baseados em valor: Requisito que direciona a experimentação e adoção de modelos alternativos ao fee-for-service orientando para geração de valor e qualidade.	Padronização para definição de todos os Requisitos	Acatada	Foi considerada pertinente a apresentação da definição dos Requisitos de verificação.	7. Modelos Inovadores de Remuneração baseados em valor: Requisito que direciona a experimentação e adoção de modelos alternativos ao fee-for-service orientando para geração de valor e qualidade.

Anexo IV - VIII 7	Inclusão	18/07/2018 23:16	Prestador de Serviço	COLÉGIO BRASILEIRO DE RADIOLOGIA	7. MODELOS INOVADORES DE REMUNERAÇÃO BASEADOS EM VALOR Quando a operadora utiliza o fee-for-service para remuneração de prestadores de serviços diagnósticos, leva em consideração a certificação de programas de qualidade de seus prestadores.	Uma maneira de melhorar o resultado do serviço prestado é remunerar de forma diferenciada aqueles que participam e são certificados em programas de qualidade.	Acatada	Considerar a possibilidade de, quando a operadora utilizar o fee-for-service para remuneração de prestadores de serviços de saúde, conjugar com certificação ou acreditação em programas de qualidade.	Acrescentar no item 7.3 que, quando a operadora utiliza o fee-for-service para remuneração de prestadores de serviços de saúde, conjuga com avaliação de desempenho ou com certificação ou acreditação em programas de qualidade.
Anexo IV - VIII 7.1	Alteração	19/07/2018 16:39	Operadora	CEMIG SAÚDE	7.1 A operadora utiliza modelos de remuneração da equipe da alternativos ao fee-for-service, que induzam à melhoria da qualidade.	A interpretação do requisito diz sobre o modelo de remuneração da equipe de APS, e o texto do requisito diz sobre o modelo de remuneração da rede de prestadores.	Acatada	Especificar na descrição do item 7.1 que os modelos de remuneração se referem às equipes de APS	Menção expressa, na "Forma de Obtenção" do item 7.1, que os modelos de remuneração se referem às equipes de APS
Anexo IV - VIII 7.1	Exclusão	04/07/2018 18:00	Operadora	ABRAMGE		Excluir 7.2. Requisito já está contemplado em proposta de alteração de RN 277 que trata da Acreditação de Operadoras. Além disso, já se pressupõe que a Operadora utilize formas de incentivo atrelados à qualidade (que de certa forma já são alternativos ao fee-for-service) conforme item 7.1, o qual é essencial.	Não Acatada	O fato de determinado requisito constar do Programa de Acreditação de Operadoras não impede que seja estabelecido para o PCBP. O requisito 7.2 foi considerado importante de ser contemplado para efeito de certificação em APS.	Sem alteração
Anexo IV - VIII 7.1	Alteração		Operadora	Cassi	A operadora aporta os recursos necessários e/ou utiliza incentivos financeiros para atingimento das metas pactuadas com sua rede prestadora própria e/ou contratada.	Contemplar a possibilidade das operadoras que tem como estratégia implantar a APS através de serviços próprios.	Acatada Parcialmente	É necessário que o texto tenha em consideração tanto as operadoras com rede de APS verticalizada (rede própria) quanto aquelas com rede contratada.	Anexo IV - VIII 7.1 - A operadora aloca os recursos necessários e/ou utiliza o financiamento adequado e estabelece incentivos financeiros para atingimento das metas pactuadas com sua rede prestadora própria e/ou contratada.
Anexo IV - VIII 7.2	Alteração		Operadora	Cassi	Verificar se a operadora adota outras formas de pagamento de serviços de saúde no âmbito do Programa APS, orientado para geração de valor para o sistema de saúde, como por exemplo, o pagamento per capita, com compartilhamento de risco em saúde (capitation) e/ou remuneração fixa com bônus e/ou contratação própria para atingimento de metas anteriormente pactuadas.	Contemplar as operadoras que optam pela estratégia de contratação de mão de obra própria para atingimento das metas de qualidade pactuadas	Acatada Parcialmente	Entendemos que a contratação própria (trabalho assalariado) com incentivos financeiros pode ser uma alternativa ao <i>fee-for-service</i> na APS.	Forma de obtenção: Verificar se a operadora adota outras formas de pagamento de serviços de saúde no âmbito do Programa APS, orientado para geração de valor para o sistema de saúde, como por exemplo, o pagamento <i>per capita</i> , com compartilhamento de risco em saúde (<i>capitation</i>) e/ou remuneração fixa com bônus e/ou contratação própria (trabalho assalariado) com incentivos financeiros para atingimento de metas anteriormente pactuadas.
Anexo IV - VIII 7.3	Exclusão	04/07/2018 18:00	Operadora	ABRAMGE		Excluir 7.3. Requisito já está contemplado em proposta de alteração de RN 277 que trata da Acreditação de Operadoras. Além disso, já se pressupõe que a Operadora utilize formas de incentivo atrelados à qualidade (que de certa forma já são alternativos ao fee-for-service) conforme item 7.1, o qual é essencial.	Não Acatada	O fato de determinado requisito constar do Programa de Acreditação de Operadoras não impede que seja estabelecido para o PCBP. O requisito 7.3 foi considerado importante de ser contemplado para efeito de certificação em APS.	Sem alteração
Anexo IV - VIII 7.4	Alteração		Operadora	Cassi	Verificar se a operadora monitora seus prestadores e/ou rede própria com base em indicadores de qualidade da assistência. Verificar se o método de remuneração dos prestadores e/ou rede própria contempla os resultados do monitoramento da qualidade dos serviços prestados.	Contemplar as operadoras que optam pela estratégia de contratação de mão de obra própria para atingimento das metas de qualidade pactuadas.	Acatada	É necessário que o texto tenha em consideração tanto as operadoras com rede de APS verticalizada (rede própria) quanto aquelas com rede contratada.	Verificar se a operadora monitora seus prestadores e/ou sua rede própria com base em indicadores de qualidade da assistência. Verificar se o método de remuneração dos prestadores e/ou da rede própria contempla os resultados do monitoramento da qualidade dos serviços prestados.
Anexo IV - VIII 7.4	Exclusão	04/07/2018 18:00	Operadora	ABRAMGE		excluir 7.4. Requisito já está contemplado em proposta de alteração de RN 277 que trata da Acreditação de Operadoras. Além disso, já se pressupõe que a Operadora utilize formas de incentivo atrelados à qualidade (que de certa forma já são alternativos ao fee-for-service) conforme item 7.1, o qual é essencial.	Não Acatada	O fato de determinado requisito constar do Programa de Acreditação de Operadoras não impede que seja estabelecido para o PCBP. O requisito 7.4 foi considerado importante de ser contemplado para efeito de certificação em APS.	Sem alteração

Anexo IV - III.3	Alteração	03/07/2018	Operadora	UNIDAS- Autogestão em Saúde	<p>Anexo IV III – População Alvo da Atenção Primária em Saúde da Operadora</p> <p>Com referência a definição da "Cobertura populacional mínima para Certificação em APS", entendemos que a construção das redes de atenção à saúde, que inclui o atendimento da atenção primária, deve levar em consideração três elementos constitutivos essenciais, a saber: a) a população; b) a estrutura operacional ou os componentes da rede de atenção; c) o modelo de atenção à saúde. Porém, acreditamos que a descrição apresentada não levou em consideração a construção de sistema organizado em rede assistencial, ou seja, a definição do número de equipe não levou em consideração eventual territorialização da população, para posterior subdivisão em subpopulações por fatores de riscos – estratificação por riscos em condições de saúde estabelecidas. Como nas autogestões existe uma dispersão dos beneficiários em todo o território nacional, se não houver territorialização da população assistida não serão considerados os critérios de concentração dos beneficiários para que se justifique a implantação de equipes de APS. A melhor literatura deixa expressa que o modelo de atenção à saúde deve ser organizado em função das situações demográficas e epidemiológicas e dos determinantes sociais vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade. Portanto, entendemos que tais critérios devem constar, de forma expressa, dos mencionados critérios para adesão das operadoras ao Programa de Certificação em APS. Bibliografia: MENDES, E.V. Os modelos de Atenção à Saúde, 2007.</p>	<p>Anexo IV III – População Alvo da Atenção Primária em Saúde da Operadora</p> <p>Com referência a definição da "Cobertura populacional mínima para Certificação em APS", entendemos que a construção das redes de atenção à saúde, que inclui o atendimento da atenção primária, deve levar em consideração três elementos constitutivos essenciais, a saber: a) a população; b) a estrutura operacional ou os componentes da rede de atenção; c) o modelo de atenção à saúde. Porém, acreditamos que a descrição apresentada não levou em consideração a construção de sistema organizado em rede assistencial, ou seja, a definição do número de equipe não levou em consideração eventual territorialização da população, para posterior subdivisão em subpopulações por fatores de riscos – estratificação por riscos em condições de saúde estabelecidas. Como nas autogestões existe uma dispersão dos beneficiários em todo o território nacional, se não houver territorialização da população assistida não serão considerados os critérios de concentração dos beneficiários para que se justifique a implantação de equipes de APS. A melhor literatura deixa expressa que o modelo de atenção à saúde deve ser organizado em função das situações demográficas e epidemiológicas e dos determinantes sociais vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade. Portanto, entendemos que tais critérios devem constar, de forma expressa, dos mencionados critérios para adesão das operadoras ao Programa de Certificação em APS. Bibliografia: MENDES, E.V. Os modelos de Atenção à Saúde, 2007.</p>	Não Acatada	<p>A sugestão não foi considerada pertinente, pois, no Anexo IV - III.2 consta que "Para fins da Certificação em APS, a operadora poderá escalonar a população-alvo abrangida pela APS. A escolha das condições de saúde a serem abrangidas pela APS deverá levar em consideração a sua relevância, determinada a partir de fatores como magnitude, custo, importância para o conjunto de beneficiários, prioridades institucionais ou pela existência de intervenções efetivas que possam impactar na morbidade ou mortalidade associada à condição de saúde (Harbour, 2008; Mendes, 2010)"</p>	Sem alteração
Anexo IV - IX	Alteração	04/07/2018 17:38	Operadora	FEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR	<p>Não adotar a terminologia de médico generalista. Não é uma nomenclatura adequada, embora de uso corrente .</p>	<p>Ver DEMOGRAFIA MÉDICA 2018 (Pág 21): "O termo "generalista" não se refere ao detentor do título de especialista em Clínica Médica, uma especialidade reconhecida, também comumente chamado de "clínico geral" ou "clínico". "Generalista", neste estudo, tampouco se refere ao especialista em Medicina de Família e Comunidade. Não há consenso na utilização do termo "médico generalista", seja na literatura nacional, em programas governamentais, /.../</p>	Acatada Parcialmente	<p>Médico generalista foi definido para efeito de cálculo dos indicadores de monitoramento do Programa como o médico de família e comunidade, ou o médico especialista em Clínica Médica com capacitação em APS ou experiência mínima de 2 anos em APS ou o médico pediatra.</p>	<p>Anexo IV: Entende-se aqui como médico generalista, o médico de família e comunidade, o médico especialista em Clínica Médica com capacitação em APS ou experiência mínima de 2 anos em APS e o médico pediatra.</p>
Anexo IV - IX 2	Alteração		Operadora	Cassi	<p>Percentual de beneficiários com DM, HAS, Dislipidemia, Obesidade, DPOC e Neoplasia vinculados a um coordenador do cuidado.</p>	<p>coordenador do cuidado traz grandes benefícios no manejo e controle das condições crônicas. Entretanto, há necessidade de uma definição mais clara do que será considerado como condição crônica complexa. Podemos considerar os agravos prevalentes como Diabetes, Hipertensão, Dislipidemia, Obesidade, Câncer, DPOC entre outros. Poderemos fazer uma leitura também dos riscos envolvidos no processo de patogênese destes agravos. Podemos ampliar por exemplo para ciclos de vida com a depressão ou fragilização nos idosos ou na infância e adolescência onde autores consideram a condição crônica complexa associada a presença da limitação de função física e/ou mental, a dependência medicamentosa, dietética, tecnológica, a necessidade de terapia de reabilitação física, de linguagem, deglutição e de cuidados multiprofissionais, ou seja são resultado de um nascimento, crescimento e desenvolvimento qualificado pela complexidade dos quadros de saúde, por diferentes graus e tipos de dependências tecnológicas e por doenças multissistêmicas. Ou seja, sem uma definição clara e com métodos de estratificação populacionais distintos poderemos perder a</p>	Acatada Parcialmente	<p>As condições crônicas complexas serão definidas para a população adulta e idosa e para a população pediátrica.</p>	<p>Acrescentar no Anexo IV o entendimento acerca do termo condições crônicas complexas.</p>
Anexo IV - IX	Inclusão	03/07/2018 14:13	Gestor	FUNDAÇÃO CARLOS ALBERTO VANZOLINI	<p>O número de internações hospitalares, de consultas médicas, de enfermagem e outras, de serviços complementares, inclusive de diagnose e terapia, com base em estudos e pareceres de especialistas SÃO parâmetros assistenciais desenvolvidos e praticados em vários Estados da Federação e estudos do Ministério da Saúde (MS) e da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).</p>	<p>Inclusão do verbo ser (SÃO) para dar sentido à frase, ligação entre sujeito e predicado.</p>	Acatada	<p>Considera-se a sugestão pertinente do ponto de vista gramatical e de coerência textual. Cumpre esclarecer que trecho em questão foi excluído do Anexo IV, considerando a reformulação e síntese do texto introdutório às fichas técnicas dos indicadores.</p>	<p>Exclusão do trecho mencionado, considerando a reformulação e síntese do texto introdutório às fichas técnicas dos indicadores.</p>

Anexo IV - IX	Alteração	19/07/2018 16:39	Operadora	CEMIG SAÚDE	1. RAZÃO DE CONSULTAS MÉDICAS AMBULATORIAIS COM GENERALISTA / TOTAL DE CONSULTAS AMBULATORIAIS	A razão de consultas médicas deve ter como denominador o total de consultas ambulatoriais, para que a referência de proporção seja sempre a mesma, independente da OPS.	Não Acatada	A ampliação do acesso a médicos generalistas visa incentivar os cuidados primários e a ordenação do cuidado em saúde. Quando a razão de consultas médicas ambulatoriais com generalista/ especialista for muito baixa, pode apontar para um modelo de atenção equivocado, centrado na atenção especializada, descoordenado, fragmentado e pouco resolutivo. Foi acrescida definição de que entende-se como médico generalista, o médico de família e comunidade, o médico especialista em Clínica Médica com capacitação em APS ou experiência mínima de 2 anos em APS e o médico pediatra.	Sem alteração
Anexo IV - IX	Inclusão	04/07/2018 18:00	Operadora	ABRAMGE	IX FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES DE MONITORAMENTO DO PROGRAMA DE BOAS PRÁTICAS EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE Médico generalista (pediatra, clínico geral, médico da família, geriatra, ginecologia)	Inclusão de definição de médico generalista conforme determina RN 433 Mecanismos Financeiros de Regulação.	Acatada Parcialmente	Médico generalista foi definido para efeito de cálculo dos indicadores de monitoramento do Programa como o médico de família e comunidade, ou o médico especialista em Clínica Médica com capacitação em APS ou experiência mínima de 2 anos em APS ou o médico pediatra.	Anexo IV: Entende-se aqui como médico generalista, o médico de família e comunidade, o médico especialista em Clínica Médica com capacitação em APS ou experiência mínima de 2 anos em APS e o médico pediatra.
Anexo IV - IX	Alteração	01/07/2018 17:00	Outros	UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO	Serão consideradas médicos generalistas aqueles com formação nas seguintes especialidades: Medicina de Família e Comunidade ou Clínico Geral registrado na Operadora apenas como Clínico Geral	Mesmo que o médico tenha outra especialidade, nesta operadora ele deve estar registrado como clínico geral para evitar auto referenciamento. Clínica médica é uma especialidade de passagem e que esta englobada no clínico geral	Acatada	Médico generalista foi definido para efeito de cálculo dos indicadores de monitoramento do Programa como o médico de família e comunidade, ou o médico especialista em Clínica Médica com capacitação em APS ou experiência mínima de 2 anos em APS ou o médico pediatra.	Anexo IV: Entende-se aqui como médico generalista, o médico de família e comunidade, o médico especialista em Clínica Médica com capacitação em APS ou experiência mínima de 2 anos em APS e o médico pediatra.
Anexo IV - IX	Alteração	25/06/2018 11:35	Operadora	UNIMED / RS	Análise Qualitativa do Processo: ... Caracterizam-se como exemplo de indicadores de qualidade (da intervenção ou atividade produzida): proporção de exames alterados (em relação aos exames solicitados); taxa de abandono de vacinação ou de tratamento (hipertensão arterial, diabetes mellitus, etc.); taxa de falso negativo em exames laboratoriais e taxa de coleta de citopatológico.	Os itens excluídos (taxa de abandono de tratamento de tuberculose, hanseníase e AIDS) não podem ser medidos na APS em saúde suplementar, visto que são tratamentos fornecidos e controlados pelo SUS. A inclusão da taxa de coleta deve ser feita, pois reflete a prevenção de câncer de colo uterino das mulheres da população alvo atendidas pela equipe de APS.	Não Acatada	A Lei nº 9656 veda a exclusão de cobertura de qualquer doença elencada pela Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde. Cumpre esclarecer que trecho em questão foi excluído do Anexo IV, considerando a reformulação e síntese do texto introdutório às fichas técnicas dos indicadores.	Sem alteração
Anexo IV - IX	Alteração	03/07/2018 14:13	Gestor	FUNDAÇÃO CARLOS ALBERTO VANZOLINI	No processo de construção dos parâmetros de cobertura assistencial, a oferta do serviço de saúde é calculada com base em informações epidemiológicas, enquanto outras ofertas são derivadas da intervenção da assistência à saúde. Assim, indicadores relativos a exames, diagnoses e terapias, por serem decorrentes de uma intervenção do profissional de saúde, são calculados com base na estimativa do total de intervenções.	O termo procedimento, utilizado na versão vigente dá margem a interpretação errônea do conceito.	Não Acatada	Cumpre esclarecer que trecho em questão foi excluído do Anexo IV, considerando a reformulação e síntese do texto introdutório às fichas técnicas dos indicadores.	Sem alteração
Anexo IV - IX	Inclusão	04/07/2018 12:50	Operadora	UNIMED DO BRASIL	Caracterizam-se como exemplo de indicadores de qualidade (da intervenção ou atividade produzida): proporção de exames alterados (em relação aos exames solicitados); taxa de abandono de vacinação ou de tratamento (tuberculose, hanseníase, hipertensão arterial, diabetes mellitus, AIDS, etc.), taxa de coleta de citopatológico	Incluir taxa de monitoramento de taxa de coleta de citopatológico. ASS:Comitê de Atenção Integral à Saúde - Unimed do Brasil Contribuições: Unimed Volta Redonda (RJ), Unimed Vitória (ES), Federação ES (participantes: Unimed Pelotas, Unimed VTRP, Unimed Federação RS); Unimed Cascavel (PR)	Acatada	Os indicadores de qualidade foram citados apenas a título de exemplo. Cumpre esclarecer que trecho em questão foi excluído do Anexo IV, considerando a reformulação e síntese do texto introdutório às fichas técnicas dos indicadores.	Exclusão do trecho mencionado, considerando a reformulação e síntese do texto introdutório às fichas técnicas dos indicadores.
Anexo IV - IX	Alteração	19/07/2018 16:39	Operadora	CEMIG SAÚDE	Indicador 2: Denominador: Número total de pacientes com condições crônicas complexas elegíveis.	Os beneficiários que já estão dentro do programa, naturalmente terão um coordenador do cuidado. Sugere-se a alteração do denominador para o universo elegível, para que o indicador mostre a evolução da OPS em conseguir garantir o coordenador do cuidado para uma parcela maior da população.	Não Acatada	O fato do beneficiário estar no programa não constitui, necessariamente, uma garantia de que ele será acompanhado por um coordenador do cuidado. Assim, considera-se relevante a manutenção do indicador 2.	Sem alteração

Anexo IV - IX	Alteração	19/07/2018 16:06	Operadora	CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BNB	Percentual de interações por condições sensíveis à atenção primária	Não se pode exigir o CID	Não Acatada	O indicador de interações por condições sensíveis à atenção primária é um indicador clássico em âmbito mundial, de relevância para o monitoramento das ações e serviços primários de atenção à saúde.	Sem alteração
Anexo IV - IX	Alteração	19/07/2018 16:15	Operadora	CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BNB	Exclusão do item 5. Taxa de Médicos Generalista por Beneficiários	Excluir o indicador, tendo em vista que a meta proposta é ampliar a equipe de APS, sendo está já definida e fixada pela metodologia existente para a cobertura populacional.	Não Acatada	A manutenção do indicador "5. Taxa de Médicos Generalista por Beneficiários" é relevante pois fornecerá informações para o monitoramento do setor de saúde suplementar, considerando que o acesso a médicos generalistas visa incentivar os cuidados primários e a ordenação do cuidado em saúde, evitando que os pacientes sejam encaminhados para especialistas desnecessariamente ou busquem de forma desordenada o atendimento em unidades de urgência e emergência.	Sem alteração
Anexo IV - IX	Alteração	04/07/2018 18:00	Operadora	ABRAMGE	Pag. 93. 1.1. RAZÃO DE CONSULTAS MÉDICAS AMBULATORIAIS COM GENERALISTA / ESPECIALISTA Interpretação: Mede a participação das consultas com médicos generalistas na população geral da massa de beneficiários da Operadora como um todo. Permite aferir o acesso dos beneficiários a serviços de cuidados primários em saúde.	Não fica claro na interpretação do indicador se a medição da participação dos médicos generalistas será em relação a toda massa de beneficiários da OPS ou somente na massa de beneficiários atendidos nas unidades de APS. Cada massa remete uma análise diferente.	Acatada	Especificar no Quadro 2 que os indicadores se referem aos beneficiários cobertos no programa APS, conforme Ficha Técnica do Indicador.	Observação relativa ao Quadro 2: Os indicadores se referem aos beneficiários cobertos no Programa APS
Anexo IV - IX	Alteração	04/07/2018 18:00	Operadora	ABRAMGE	3.3. TAXA DE VISITA À EMERGÊNCIA / PRONTO-ATENDIMENTO EM RELAÇÃO AO TOTAL DE USUÁRIOS COBERTOS PELO PROJETO Interpretação: Mede a participação das consultas com médicos generalistas na população geral da massa de beneficiários da Operadora como um todo. Permite aferir o acesso dos beneficiários a serviços de cuidados primários em saúde.	Não fica claro na interpretação do indicador se a medição da participação dos médicos generalistas será em relação a toda massa de beneficiários da OPS ou somente na massa de beneficiários atendidos nas unidades de APS. Cada massa remete uma análise diferente.	Acatada	Especificar no Quadro 2 que os indicadores se referem aos beneficiários cobertos no programa APS, conforme Ficha Técnica do Indicador.	Observação relativa ao Quadro 2: Os indicadores se referem aos beneficiários cobertos no Programa APS
Anexo IV - IX	Alteração	04/07/2018 18:00	Operadora	ABRAMGE	3. TAXA DE VISITA À EMERGÊNCIA / PRONTO-ATENDIMENTO EM RELAÇÃO AO TOTAL DE USUÁRIOS COBERTOS PELO PROJETO: Interpretação: Mede a participação das consultas com médicos generalistas na população geral da massa de beneficiários da Operadora como um todo. Permite aferir o acesso dos beneficiários a serviços de cuidados primários em saúde.	Não fica claro na interpretação do indicador se a medição da participação dos médicos generalistas será em relação a toda massa de beneficiários atendidos nas unidades de APS. Cada massa remete uma análise diferente.	Acatada	Especificar no Quadro 2 que os indicadores se referem aos beneficiários cobertos no programa APS, conforme Ficha Técnica do Indicador.	Observação relativa ao Quadro 2: Os indicadores se referem aos beneficiários cobertos no Programa APS
Anexo IV - IX	Exclusão	04/07/2018 12:50	Operadora	UNIMED DO BRASIL		Excluir o exemplo "leitos de UTI" no texto pois refere-se a qualificação de APS. Esta avaliação é direcionada à análise do aumento esperado da capacidade física (número de salas de atendimento, etc.). ASS:Comitê de Atenção Integral à Saúde - Unimed do Brasil Contribuições: Unimed Volta Redonda (RJ), Unimed Vitória (ES), Federação ES (participantes: Unimed Pelotas, Unimed VTRP, Unimed Federação RS); Unimed Cascavel (PR)	Acatada	Os leitos de UTI foram citados apenas como exemplo de itens de estrutura. Cumprir esclarecer que trecho em questão foi excluído do Anexo IV, considerando a reformulação e síntese do texto introdutório às fichas técnicas dos indicadores. Conforme contribuição 13413	Exclusão do trecho mencionado, considerando a reformulação e síntese do texto introdutório às fichas técnicas dos indicadores.
Anexo IV - IX	Alteração	25/06/2018 11:35	Operadora	UNIMED / RS	... Esta avaliação é direcionada à análise do aumento esperado da capacidade física (número de salas de atendimento, etc.), da incorporação das tecnologias (número de equipamentos, novas técnicas de diagnóstico e terapêutica) e de modernização gerencial (novos procedimentos administrativos e/ou controle de insumos, tais como medicamentos).	Considerando que está sendo normatizada a APS, porque haveria necessidade de leitos de UTI neste serviço. Esta é uma estrutura de atenção terciária à saúde.	Acatada	Os leitos de UTI foram citados apenas como exemplo de itens de estrutura. Cumprir esclarecer que trecho em questão foi excluído do Anexo IV, considerando a reformulação e síntese do texto introdutório às fichas técnicas dos indicadores. Conforme contribuição 13411	Exclusão do trecho mencionado, considerando a reformulação e síntese do texto introdutório às fichas técnicas dos indicadores.

RN CAPÍTULO I	Inclusão	04/07/2018 16:31	Operadora	FEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR	Considerando o disposto no PU do art. 7º da RN 242/2010, em razão do formato do formulário, da limitação de 500 caracteres e da impossibilidade de anexar documentos, optamos pela via postal para o envio das contribuições para a Consulta Pública em referência. O Ofício 029/2018/PRESI foi protocolado na ANS no prazo legal estabelecido.	Justificativa para envio via postal.	Não se Aplica	Não se Aplica	Não se Aplica
RN CAPÍTULO I	Inclusão	04/07/2018 17:38	Operadora	FEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR	Considerando o disposto no PU do art. 7º da RN 242/2010, em razão do formato do formulário, da limitação de 500 caracteres e da impossibilidade de anexar documentos, optamos pela via postal para o envio das contribuições para a Consulta Pública em referência. O Ofício 029/2018/PRESI foi protocolado na ANS no prazo legal estabelecido.	Justificativa para envio via postal.	Não se Aplica	Não se Aplica	Não se Aplica
Não se Aplica	Inclusão	06/07/2018 13:52	Prestador de Serviço	UNIMED JABOTICABAL	ESTOU DE ACORDO	ESTOU DE ACORDO	Não se Aplica	Não se Aplica	Não se Aplica
Não se Aplica	Inclusão	06/07/2018 13:58	Prestador de Serviço	UNIMED JABOTICABAL	ESTOU DE ACORDO	SOU MÉDICO DE FAMÍLIA	Não se Aplica	Não se Aplica	Não se Aplica
Não se Aplica	Exclusão	19/07/2018 18:37	Consumidor	Consumidor		Os médicos da operadora não são colaboradores da empresa e sim credenciados. Como fica essa parte?	Não se Aplica	Não se Aplica	Não se Aplica
Não se Aplica	Exclusão	19/07/2018 18:37	Consumidor	Consumidor		A expansão do atendimento em APS devem estar todas nesta unidade de acreditação ou podemos pulverizar em outros centros de atendimentos?	Não se Aplica	Não se Aplica	Não se Aplica
Não se Aplica	Exclusão	19/07/2018 18:37	Consumidor	Consumidor		1- Devido a operadora prestar assistência estadual, poderá o cadastro para certificação ser realizado apenas para Capital, sendo assim, o cálculo de cobertura mínima realizado baseado nos beneficiários do município?	Não se Aplica	Não se Aplica	Não se Aplica
Não se Aplica	Exclusão	19/07/2018 18:37	Consumidor	Consumidor		Quanto ao % macro indicador avaliativo %u201CAMpliar a vinculação de pacientes com condições crônicas complexas a Coordenadores do cuidado%u201D será mensurado a partir do perfil epidemiológico do número de pessoas acompanhadas na APS ou do em qualquer unidade de saúde da operadora, como rede de hospitais credenciados?	Não se Aplica	Não se Aplica	Não se Aplica
Não se Aplica	Exclusão	19/07/2018 18:37	Consumidor	Consumidor		Quanto ao item 1.4 classificado como essencial dos requisitos e itens de verificação, planejamento e estruturação técnica: · Este item refere-se à mesma composição da Equipe de APS citado no item III (pág.9), ou pode ser determinado pela operadora? · Deve ser um setor específico administrativo de monitoração de estratégias a serem desenvolvidas com equipe a parte da assistência?	Não se Aplica	Não se Aplica	Não se Aplica
Não se Aplica	Exclusão	19/07/2018 18:37	Consumidor	Consumidor		Quanto ao formato contratação/remuneração dos profissionais de saúde como: médicos, psicólogos, nutricionistas, cabe à operadora esta definição?	Não se Aplica	Não se Aplica	Não se Aplica
Não se Aplica	Exclusão	19/07/2018 18:37	Consumidor	Consumidor		Quais são os macro indicadores da Alínea d - IV.1 Certificação em boas práticas atenção primária em saúde da operadora.	Não se Aplica	Não se Aplica	Não se Aplica
Não se Aplica	Alteração	03/07/2018 11:52	Consumidor	Consumidor	Parabéns pela iniciativa	Eficiência na atenção primária com engajamento dos beneficiários será fundamental para a sustentabilidade do sistema de saúde diante da transição epidemiológica que vivemos.	Não se Aplica	Não se Aplica	Não se Aplica
Não se Aplica	Inclusão	04/07/2018 14:50	Outros	REBRAENSP	protocolo 3531 os comentários deste protocolo são em nome da REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE(REBRAENSP) obg, não consegui registrar no anterior Nome do contato: Maria Regina Lourenço Jabur,	Opinião da REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE (REBRAENSP)	Não se Aplica	Não se Aplica	Não se Aplica