




## ANEXO I - Requisitos e Itens de verificação

### Sumário

LEGENDA .....	2
FORMA DE OBTENÇÃO DE EVIDÊNCIAS .....	2
1. Gestão Organizacional .....	3
1.1 Planejamento e Gestão Estratégica.....	3
1.2 Sistema de Governança Corporativa .....	7
1.3 Política de gestão de pessoas e desenvolvimento de lideranças.....	17
1.4 Tecnologia da Informação.....	23
1.5 Política de segurança e privacidade das informações .....	28
1.6 Gestão de Riscos Corporativos .....	32
1.7 Sustentabilidade da Operadora.....	41
1.8 Programa de Melhoria da Qualidade - PMQ.....	47
Referências Bibliográficas para Gestão Organizacional .....	52
2. Gestão da Rede Prestadora de Serviços de Saúde.....	59
2.1 Acesso do beneficiário à rede prestadora de serviços de saúde .....	59
2.2 Estrutura da Rede Prestadora com base em APS .....	62
2.3 Relação e contratualização com a Rede Prestadora de Serviços.....	65
2.4 Mecanismos de Regulação .....	67
Referências Bibliográficas para Gestão da Rede Prestadora de Serviços de Saúde.....	70
3. Gestão em Saúde .....	74
3.1 Política de Qualidade e Segurança do Paciente.....	74
3.2 Coordenação e Integração do cuidado.....	81
3.3 Programa de Gestão do Cuidado de Condições Crônicas de Saúde.....	85
3.4 Assistência Farmacêutica .....	97
3.5 Modelos de Remuneração Baseado em Valor.....	100
Referências Bibliográficas para Gestão em Saúde.....	104
4. Experiência do Beneficiário .....	115
4.1 Disponibilização de Informações à Sociedade.....	115
4.2 Canais de Comunicação com Beneficiário - resposta às demandas (reativo) .....	119
4.3 Canais de Comunicação com Beneficiário - disponibilização de informações (proativo) .....	124
4.4 Pesquisa de Satisfação de Beneficiários.....	129
Referências Bibliográficas para Experiência do Beneficiário.....	134

## LEGENDA

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

## FORMA DE OBTENÇÃO DE EVIDÊNCIAS

A análise de conformidade dos itens deverá buscar evidências que comprovem o escopo do item. Os exemplos citados para cada item deste anexo são apenas ilustrativos, sugestivos, e tem caráter elucidativo, não se caracterizando com uma lista extensiva ou um rol exclusivo.

## 1. Gestão Organizacional

Essa dimensão busca avaliar a gestão das operadoras considerando aspectos relativos a estrutura organizacional, a processos de trabalho, a governança corporativa, gestão de riscos corporativos, sua sustentabilidade e a melhoria da qualidade.

### 1.1 Planejamento e Gestão Estratégica

#### Interpretação:

O Planejamento Estratégico de uma organização envolve várias etapas tais como: a declaração da visão e missão do negócio; análise do ambiente externo (oportunidades e ameaças); análise do ambiente interno (forças e fraquezas); formulação de metas e serviços; formulação de estratégia para atingir os objetivos de longo prazo. A Gestão Estratégica tem a responsabilidade de avaliar e corrigir a implementação do planejamento estratégico, constituindo, portanto, etapa final de um ciclo, o qual, por sua vez, deve ser periodicamente reavaliado. A análise deste requisito deverá permitir que os auditores tenham uma percepção integral da operadora, de seu *modus operandi* e sua visão.

**1.1.1 A Operadora possui visão, missão e valores definidos e amplamente divulgados entre seus colaboradores.**



#### Interpretação:

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

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

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

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

#### Formas de Obtenção de Evidências:


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

Atas de Reuniões descrevendo como o processo de definição da Visão e da Missão da Operadora foram definidos pela alta administração/gestores e podem ser realizadas entrevistas qualificadas com colaboradores, escolhidos por amostragem.

**1.1.2 A Operadora define claramente os objetivos estratégicos com seus respectivos planos de ação, indicadores, metas e cronograma.**



Essencial

<p><b>Interpretação:</b></p> <p>A definição dos objetivos estratégicos transforma a visão da operadora em alvos específicos.</p> <p>A seguir alguns exemplos de objetivos estratégicos: “Buscar Excelência de Gestão”, “Fidelizar Clientes”, “Desenvolver Pessoas”, “Publicar dados e relatórios baseados em indicadores sociais”.</p> <p>Os objetivos estratégicos são complementados por indicadores, metas e projetos estruturadores ou planos de ação. São exemplos de indicadores: Taxa de crescimento da carteira, implantação e automatização dos processos de vendas de planos de saúde. A elaboração de indicadores estratégicos deve contemplar a fórmula de cálculo, metas e períodos. As metas devem ser estabelecidas em conjunto com a definição de indicadores. Os cronogramas devem conter os prazos estabelecidos nos planos de ação.</p>	
<p><b>Formas de Obtenção de Evidências:</b></p> <p>Entre as possíveis formas de evidências destacam-se as seguintes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Mapas estratégicos;</li> <li>2) Painéis estratégicos nos quais constem os indicadores estratégicos vinculados aos objetivos e metas estabelecidas, os indicadores estratégicos;</li> <li>3) Documentos relativos aos planos de ação;</li> <li>4) Descrição das metas e cronogramas; entre outros.</li> </ol>	
<p><b>1.1.3</b></p>	<p><b>Os objetivos estratégicos e seus planos de ação são disseminados e executados pelas áreas responsáveis.</b></p> <div style="text-align: right;">  <p><b>Essencial</b></p> </div>
<p><b>Interpretação:</b></p> <p>Os planos de ação são definidos após uma sequência de etapas do Planejamento Estratégico (que envolve, por exemplo a definição de cenários e a definição dos objetivos estratégicos) sendo também denominados projetos estratégicos.</p> <p>Há diversos níveis de maturidade na cultura de gestão de projetos desde sua fase embrionária até a fase de maturidade.</p> <p>A fase de maturidade pode ser constatada quando implementada uma metodologia de controle gerencial constando as etapas, prazos, responsáveis e custos, complementado pelo contínuo treinamento para o aprimoramento nas técnicas de execução dos projetos. (KERZNER, 2017).</p> <p>A disseminação dos objetivos estratégicos e dos planos de ação visam reforçar políticas de alinhamento de informações entre colaboradores, cabendo aos gestores promover este fluxo.</p>	
<p><b>Formas de Obtenção de Evidências:</b></p> <p>Evidenciar a elaboração, cadastramento, execução das ações que compõem o plano de ação nas respectivas áreas responsáveis, bem como a utilização de ferramentas que suportem a organização das atividades e/ou a execução do plano de ação.</p>	

Entrevistar gestores e colaboradores para avaliar o entendimento dos objetivos estratégicos e seus planos de ação.

**1.1.4 Os gestores monitoram sistematicamente os resultados definidos no planejamento estratégico de acordo com o cronograma estabelecido.**



**Essencial**

**Interpretação:**

O monitoramento dos resultados definidos no planejamento estratégico culmina na identificação das limitações e dos avanços alcançados, possibilitando o planejamento das ações futuras e subsidiando a tomada de decisões da alta direção.

Cabe ao gestor organizar os processos internos (fluxo de trabalho e informações), além de monitorar coordenar os recursos organizacionais e negociar as inovações necessárias a fim de alcançar as metas (QUINN et al., 2003).

**Formas de Obtenção de Evidências:**

- Verificar os relatórios (regulares) de acompanhamento (por exemplo: operacionais, financeiros e assistenciais), bem como a execução do cronograma definido;
- Verificar se o monitoramento é realizado com base nos mesmos indicadores utilizados no documento de planejamento estratégico.
- Comprovar a realização de reuniões (atas) bem como de discussões realizadas (por exemplo: e-mails e correspondências).

**1.1.5 A alta direção monitora sistematicamente os resultados definidos no planejamento estratégico de acordo com o cronograma estabelecido.**



**Complementar**

**Interpretação:**

Os resultados do planejamento estratégico consistem no desfecho das ações implementadas.

Esse monitoramento envolve a adoção de ações sistemáticas, visando o acompanhamento dos objetivos estratégicos e dos resultados dos indicadores de desempenho *vis a vis* as metas definidas, de acordo com o cronograma estabelecido.

Nota-se que os indicadores de desempenho são aqueles elegidos pela alta direção para medir o desempenho da estratégia (FILHO et al., 2016).

**Formas de Obtenção de Evidências:**

- Verificar os relatórios de monitoramento do planejamento estratégico e se as etapas planejadas foram cumpridas de acordo com o cronograma estabelecido;
- Verificar se o monitoramento é realizado com base nos indicadores de desempenho elegidos pela alta direção para medir o desempenho da estratégia;

-Comprovar a realização de reuniões dos membros da alta direção (atas) bem como de discussões realizadas (por exemplo: e-mails e correspondências).

**1.1.6** A Operadora atualiza o planejamento estratégico a partir dos resultados monitorados.



*Complementar*

**Interpretação:**

A atualização do planejamento será necessária quando o monitoramento sinalizar desvios relevante dos projetos e dos objetivos estratégicos.

Cabe à alta direção o papel de planejar e organizar a melhor maneira de alcançar as metas e objetivos traçados (QUINN et al., 2003).

**Formas de Obtenção de Evidências:**

Verificar as atas de análise com as ações propostas e as versões do planejamento com a identificação das alterações realizadas.

**1.1.7** A Operadora realiza periodicamente análise de mercado: análise de cenário interno e externo, com estudos de tendências do setor, com vistas a ajustar seu planejamento estratégico.



*Excelência*

**Interpretação:**

Uma análise de cenário pode ser definida como uma modelagem que se desenvolve a partir do ambiente atual, simulando situações futuras.

Assim, a realização de análise de alterações no cenário interno e externo é um importante insumo para ajustes do planejamento estratégico, podendo antecipar novas oportunidades e ameaças para as operadoras.

Os auditores deverão verificar como esta análise é desenvolvida, analise esta que deverá adotar uma série de premissas, podendo estar suportadas por árvores de decisão, e com prazo de realização definido.

Os cenários podem ser desmembrados de acordo com variáveis políticas, econômicas, sociais, legais, epidemiológicas e tecnológicas, entre outras.

A matriz SWOT e a análise PEST (técnica para a construção de cenários) são ferramentas clássicas que poderão ser adotadas pela operadora (FILHO, 2016) ; (CARVALHO, 2015).

**Formas de Obtenção de Evidências:**

Comprovar a realização da análise de mercado, de acordo com a periodicidade definida, e se a análise contempla os cenários internos e externo bem como os estudos de tendência do setor. Tal análise deverá estar devidamente documentada, contendo a justificativa/descrição para as premissas adotadas bem como a indicação dos ajustes necessários no planejamento estratégico da operadora.

## 1.2 Sistema de Governança Corporativa

### Interpretação:

A Governança Corporativa deve ter por objetivo a construção de um ambiente de confiança, transparência e responsabilidade na organização. Estas são bases necessárias para fomentar a integridade organizacional, incentivar o investimento de longo prazo, preservar a estabilidade financeira e a sustentabilidade, contribuindo assim para o sucesso e bom desempenho da organização. A política de Governança Corporativa de uma operadora deve ser ajustada às necessidades institucionais e levar em consideração aspectos culturais e a complexidade das operações. Deve ser revista sempre que ocorrerem mudanças significativas dentro da organização ou no seu entorno. A política de Governança Corporativa deve ainda reconhecer os interesses das partes interessadas e levar em consideração fatores relevantes para os processos de tomada de decisão, incluindo questões relativas às preocupações ambientais, anticorrupção, fraudes e éticas.

**1.2.1 A Operadora possui estatuto, contrato social ou documento similar atualizado, com atribuições definidas para cada órgão (conselho / sócios / diretoria).**



### Interpretação:



As Organizações são regidas por leis específicas (\*) e internamente por seus estatutos, contratos sociais, regimentos internos ou documentos similares. Tais documentos devem ter por objetivo detalhar os direitos e deveres dos sócios/acionistas/cotista/cooperados, detalhar o relacionamento destes com os órgãos de administração, diretoria, auditoria independente e conselho fiscal da organização e demais assuntos pertinentes.

O conteúdo destes documentos deve versar sobre itens importantes para a organização, como por exemplo: denominação, sede, foro, ano social, objetivos, eliminação e exclusão dos cooperados (no caso de cooperativas), capital social, assembleia geral ordinária e extraordinária, conselho de administração, conselho fiscal, realização de eleições, critérios de votação, alocação de despesas, distribuição de lucros/sobras, prejuízos/perdas, constituição de fundos, livros obrigatórios, dissolução e liquidação; disposições gerais, transitórias, entre outros assuntos de interesse da organização desde que não transgridam demais regulamentações à elas aplicáveis (ANDRADE ; ROSSETTI, 2007) ; (IBGC, 2015) ; (OCDE 2016, 2017) ; (CVM, 2002) ; (IAIS, 2011).

(\*) Como por exemplo o caso das Cooperativas, regidas também pela Lei n°. 5.764 de 16 de dezembro de 1971.

### Formas de Obtenção de Evidências:

Verificar o documento formal de acordo com as exigências legais de constituição para cada segmentação de operadora (Medicina de Grupo, Cooperativa, Seguradora, Filantropia, etc) com a definição clara das atribuições de cada órgão.

1.2.2	<b>A Operadora classifica documentos e define níveis de acesso para assegurar o bom uso das informações sigilosas pelos colaboradores, administradores e conselheiros.</b>	
<p><b>Interpretação:</b></p> <p>A classificação de documentos e a definição de níveis de acesso deve evitar que quaisquer divulgações sejam realizadas por pessoas não autorizadas e que contenham informações classificadas como sigilosas, temáticas inadequadas, fornecimento de dados ou de números gerenciais não comprováveis ou vazamento de informações tratadas em reuniões restritas dentro da operadora. Assim, faz-se necessário que a operadora mantenha um sistema de rastreabilidade sobre o fluxo de informações, ou seja, controle sobre quem tem acesso e a quais informações. A classificação de documentos deve ser realizada através de ferramenta digital ou <i>software</i> gerenciador de documentos. Dados sigilosos devem ter seu acesso restringidos por meio de senhas e o compartilhamento de documentos impressos devem ser evitados (IBGC, 2015 ; 2017b) ; (OCDE, 2016) ; (IAIS, 2011).</p>		
<p><b>Formas de Obtenção de Evidências:</b></p> <p>Verificar:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) as diretrizes documentadas da operadora para a classificação de documentos e a definição de nível de acesso de acordo com o cargo (colaboradores, administradores e conselheiros);</li> <li>2) a existência e assinatura de termo de confidencialidade;</li> <li>3) a utilização de criptografia na troca de arquivos digitais;</li> <li>4) controle de acesso a informações confidenciais por usuários e senhas em sistemas – por exemplo;</li> <li>5) entrevistas com colaboradores, gestores e lideranças da operadora; e</li> <li>6) realização de testes de acesso a informações e documentos; entre outros.</li> </ol> <p>Todos os envolvidos em situações que mostrem a necessidade de confidencialidade devem assinar o termo de adesão à política de divulgação de informações, a ser arquivado na sede enquanto houver vínculo com a operadora e por um período após o seu desligamento (a ser definido nas diretrizes da operadora de acordo com o nível hierárquico ocupado).</p> <p>O uso de informações deve estar aderente ao estabelecido no estatuto social e código de conduta e de ética da operadora. Além de respeitar a política de confidencialidade, o bom uso da informação deve considerar a objetividade, a clareza, transparência, simetria de informações, equidade de tratamento, respeitar os direitos das partes interessadas e respeitar a legislação e as regulamentações em vigor.</p>		
1.2.3	<b>A Operadora possui política ou diretrizes de forma a identificar situações com potenciais conflitos de interesse e que contemple medidas a serem adotadas.</b>	
<p><b>Interpretação:</b></p> <p>Existe conflito de interesses quando alguém não é independente em relação ao assunto em discussão ou em que esteja atuando, e pode influenciar ou tomar decisões motivadas por interesses distintos</p>		



daqueles da operadora. Também caracterizado quando se observa a probabilidade de que decisões ou quaisquer ações profissionais sejam influenciadas indevidamente por um interesse alheio aos interesses da operadora. (IBGC, 2015) (OCDE, 2016) (OCDE, 2017)

**Formas de Obtenção de Evidências:**

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

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

**1.2.4 A Operadora possui política que estabeleça critérios de decisão quanto à terceirização de seus serviços.**



**Interpretação:**

A terceirização é uma atividade em que se repassa para um terceiro o cumprimento ou manutenção de um serviço ou processo. Ou seja, terceirizar importa em delegar determinadas atividades para que outras pessoas físicas ou jurídicas cumpram tarefas no lugar de parte da equipe própria da operadora. Dessa forma, uma atividade terceirizada, com profissionais mais qualificados e experientes, deve garantir que a operadora consiga atingir seus objetivos de forma mais eficaz, com maior qualidade e melhor gerenciamento do tempo.



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

**Formas de Obtenção de Evidências:**

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

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

- 1) resultado apurado após a realização uma análise custo x benefício analisando as vantagens e desvantagens da terceirização;
- 2) observação dos contratos sociais e estatutos das organizações a serem terceirizadas verificando se as cláusulas que designam seus objetos sociais estão em linha com os objetivos das áreas/atividades a serem terceirizadas;
- 3) análise de certidões negativas referente a tributos e encargos;
- 4) realização de um apanhado de referências comerciais e financeiras das organizações terceirizadas;
- 5) verificação de ações trabalhistas em curso;

<p>6) verificação se a organização terceirizada possui de certidões de qualidade ou de acreditação; e</p> <p>7) análise das planilhas de custos detalhadas para entendimento da composição de preços do serviço terceirizado; entre outros.</p>		
<b>1.2.5</b>	<b>A Operadora realiza auditoria interna e avalia continuamente seus resultados para assegurar a conformidade legal ou regulamentar em seus processos reportando diretamente à alta administração e ao Conselho de Administração.</b>	
<p><b>Interpretação:</b></p> <p>A auditoria interna deve apoiar a diretoria executiva e organizar o ambiente interno de controle da operadora, fortemente focado em <i>compliance</i>, riscos e controles internos. Deve ser estruturada de maneira compatível com a dimensão e a complexidade da operadora, cabendo ao Conselho de Administração zelar pela qualificação e pela independência dos profissionais da equipe de auditoria interna.</p> <p>As atividades de auditoria interna deverão ser segregadas das atividades auditadas e suas atividades devem ser coordenadas com a auditoria independente das demonstrações financeiras. As atribuições e responsabilidades da equipe de auditoria interna deverão estar devidamente documentadas.</p> <p>Ressalta-se que no caso de terceirização das atividades de auditoria interna, esta não deve ser prestada pela mesma empresa que presta serviços de auditoria externa independente das demonstrações financeiras ou contratada para outra atividade sujeita ao escopo da auditoria interna. Também é importante observar um período de “quarentena” sendo aconselhável um período mínimo de 3 anos. (IBGC, 2015) (OCDE, 2016) (OCDE, 2017)</p>		
<p><b>Formas de Obtenção de Evidências:</b></p> <p>Verificação acerca da realização da auditoria interna na operadora, se os relatórios e documentos produzidos contem: (1) a avaliação dos resultados da auditoria; (2) se as conclusões do auditor asseguram a conformidade legal e regulamentar dos processos da operadora; (3) evidências sobre a comunicação direta entre a auditoria interna com a alta administração e Conselho de Administração – tais como e-mails, atas de reunião, memorandos internos, correspondências, entre outros.</p>		
<b>1.2.6</b>	<b>A Operadora avalia os resultados da auditoria externa independente anual obrigatória.</b>	
<p><b>Interpretação:</b></p> <p>A auditoria externa independente possui como responsabilidade essencial a análise das demonstrações contábeis da operadora, verificando a conformidade com a regulamentação vigente, a evidenciação clara dos princípios contábeis e se elas refletem, em todos os aspectos relevantes, corretamente, a realidade e a evolução patrimonial e financeira da operadora quanto a resultados e variações patrimoniais no período analisado.</p>		

Durante os procedimentos de auditoria, o auditor externo deve efetuar a verificação de conformidades e efetuar recomendações quanto procedimentos para correções de erros ou irregularidades encontradas. A auditoria também deve avaliar a qualidade dos controles internos, especialmente quanto à sua confiabilidade e prevenção à fraudes.

A atividade de auditoria externa é essencial para a proteção dos usuários das informações das demonstrações contábeis, contribuindo para o funcionamento do mercado, à medida que colabora para o fortalecimento da confiança nas relações entre as entidades auditadas e os usuários daquelas informações.


Ao final da auditoria, deve ser realizado um reporte ao Conselho de Administração ou ao Comitê de Auditoria da operadora quanto aos resultados apontados. Assim, os resultados apurados e apontados pela auditoria externa são um importante insumo a ser utilizado pela operadora para realizar ações de melhoria e em especial em seus controles internos.

Conforme estabelecido no artigo 22 da Lei nº 9656/1998, as operadoras de planos privados de assistência à saúde deverão anualmente submeter suas contas a auditores independentes, registrados no respectivo Conselho Regional de Contabilidade e na Comissão de Valores Mobiliários – CVM. Anualmente deverá ser dada publicidade ao respectivo parecer, juntamente com as demonstrações financeiras, conforme determinado pela Lei 6.404, de 15 de dezembro de 1976.

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

**Formas de Obtenção de Evidências:**

Verificar se a alta administração/Conselho de Administração da operadora avalia os resultados apurados pela auditoria externa independente. Atas de reunião específica, relatório de análise e a existência de um plano de ação contendo as ações de melhoria são exemplos de documentos a serem verificados.

<b>1.2.7</b>	<b>A Operadora implementa um plano de ação a partir dos resultados da avaliação das auditorias interna e externa quando necessário.</b>	
--------------	---	---

**Interpretação:**

O trabalho de uma auditoria deve ser finalizado com a elaboração de um documento contendo a descrição dos procedimentos efetuados, os itens verificados que necessitam de ações para correções de erros, as eventuais irregularidades encontradas durante o processo de auditoria bem como sugestões de melhorias a serem realizadas pela operadora nos diferentes processos.

(IBGC 2015) (OCDE 2016;2017) (IAIS 2011)

**Formas de Obtenção de Evidências:**

Verificar evidências sobre a adoção das ações propostas no plano de ação elaborado a partir dos resultados das auditorias interna e externa. As formas de evidência a serem verificadas dependerão das ações propostas. Relatórios e atas de reuniões, registros de implementação/alteração em sistemas de

informática, atualização de manuais, processos, políticas e diretrizes da operadora são possíveis exemplos de formas de evidência deste item.

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

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



**Interpretação:**

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

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

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

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



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

**Formas de Obtenção de Evidências:**

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

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

- Descrição e explicação do desempenho financeiro da operadora no período;
- Os principais riscos e incertezas enfrentados pela operadora;
- Enfatizar os resultados da operadora no período e seu alinhamento com a estratégia da operadora;
- Ser aprovado pelo Conselho da operadora;
- Ser claro, realista e conter todos os principais destaques da operadora no período, tanto positivos quanto adversos;
- Informações sobre o andamento do negócio, desempenho e expectativas para curto, médio e longo prazo;

<p>- Como as informações contidas no texto se originam de diferentes áreas elas devem ser apresentadas e comentadas de forma inter-relacionada.</p>		
<p><b>1.2.9</b></p>	<p><b>Existem mecanismos formais para o estabelecimento de comunicação sobre a tomada da decisão entre os órgãos superiores (conselhos, alta direção) e os gestores e demais colaboradores.</b></p>	
<p><b>Interpretação:</b></p> <p>Entende-se por mecanismos formais de comunicação, toda a forma de comunicação registrada, com modelos pré-determinados, com seu tramite registrado e documentado pelas áreas responsáveis.</p> <p>A comunicação desempenha um papel cada vez mais estratégico nas organizações, contribuindo para a criação de valor e a melhoria de resultados. Assim, a comunicação eficaz entre os agentes da governança corporativa e a existência de um correto fluxo das orientações gerenciais mitiga a possibilidade de fracassos decorrentes de abuso de poder, cria e reforça a confiança entre os agentes, preserva a imagem da operadora, pode criar vantagem competitiva e conseqüentemente contribui para a melhoria dos resultados, criando valor e contribuindo para a perenidade da operadora.</p> <p>(IBGC 2015) (OCDE 2016; 2017) (IAIS2011)</p>		
<p><b>Formas de Obtenção de Evidências:</b></p> <p>Verificar a existência de mecanismos formais que estabeleçam as diversas formas de comunicação entre os órgãos superiores e os gestores e colaboradores. Por exemplo: (1) apresentações; (2) reuniões; (3) teleconferências; (4) e-mail; (5) ofícios; (6) atas de reunião; (7) memorandos; (8) <i>releases</i>; (9) <i>website</i>; (10) intranet; (11) portais de governança; (12) mídias sociais; (13) memorandos circulares; (14) jornais internos; entre outros.</p> <p>A comunicação deve ser clara e transparente, constante e consistente. Questões referente a temas sigilosos devem receber o adequado tratamento. A operadora deve zelar para que os itens a serem comunicados e as decisões cheguem às instâncias envolvidas de maneira tempestiva. É preciso ainda observar a adequação das medidas de informações uma vez que a escassez pode não viabilizar as análises necessárias para as decisões e ações ao passo que o excesso pode acabar por confundir.</p>		
<p><b>1.2.10</b></p>	<p><b>A Operadora possui conselho fiscal e suas atividades são realizadas de acordo com as atribuições definidas no estatuto ou documento similar.</b></p>	
<p><b>Interpretação:</b></p> <p>Eleito pela Assembleia Geral, o Conselho Fiscal garante o exercício do direito dos “proprietários” de fiscalizar a gestão dos negócios, os resultados apresentados pela administração e as variações patrimoniais da operadora. Trata-se de um órgão que informa, opina, sugere e denuncia, não exercendo, porém, a administração ativa da companhia.</p> <p>Enquanto os atos do Conselho de Administração estão voltados para a gestão da organização (Diretoria Executiva), as funções do Conselho Fiscal estão voltadas para o exame, a verificação, a fiscalização e</p>		

a avaliação das contas e dos atos da administração. Quando instalado, o Conselho Fiscal deve ser dotado dos recursos e do suporte da administração necessários para que seus membros possam desempenhar suas atribuições individuais de fiscalização independente e de forma efetiva.

Dadas as suas atribuições, o Conselho Fiscal deve ser composto por pessoas que tenham familiaridade com a análise de demonstrações financeiras e relatórios contábeis, sendo recomendável que seja composto por pessoas com comprovada atuação profissional ou formação nas áreas de direito, contabilidade ou de finanças.

Importante ressaltar que o Conselho Fiscal não substitui o Comitê de Auditoria. O Comitê de Auditoria é um órgão de controle com funções delegadas pelo Conselho de Administração. Já o Conselho Fiscal é um instrumento de fiscalização eleito pelos sócios e não é subordinado ao Conselho de Administração. A existência de um não exclui a possibilidade de constituição de outro.

(IBGC 2007; 2015) (OCDE, 2016) (CVM, 2002) (IAIS, 2011)

#### **Formas de Obtenção de Evidências:**

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

<b>1.2.11</b>	<b>A Operadora possui órgão interno responsável por implementar, disseminar, treinar e atualizar o código de conduta da empresa e avaliar os desvios de conduta e conflitos de interesse.</b>
---------------	---



#### **Interpretação:**

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

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


O código de conduta é uma seleção de princípios que se convertem em normas de comportamento moral e seu objetivo maior deve ser elevar o nível de confiança nos relacionamentos internos e externos de qualquer organização, estabelecendo com clareza os limites das relações. Assim, é recomendado que tal código cubra assuntos que abarquem: (a) o cumprimento das leis e pagamento de tributos; (b) conflito de interesses; (c) informações privilegiadas; (d) processos judiciais; (e) prevenção e

tratamento de fraudes; (f) recebimento de presentes e favorecimentos; (g) doações; (h) atividades políticas; (i) nepotismo; (j) discriminação no ambiente de trabalho; (k) assédio moral e sexual; (l) segurança no trabalho; (m) relações com a comunidade; entre outros.

(IBGC 2015) (OCDE 2016)

**Formas de Obtenção de Evidências:**

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

<b>1.2.12</b>	<b>A Operadora possui canal de denúncias estruturado, independente, atuando com confidencialidade e com livre acesso aos maiores níveis organizacionais para contribuir no combate a fraudes e à corrupção.</b>	
---------------	---	---

**Interpretação:**


O canal de denúncias de uma operadora deve ser formalmente estruturado, ter sua existência amplamente divulgada na operadora e ser dotado de independência, autonomia e imparcialidade. Deve funcionar conforme as diretrizes definidas pela diretoria e aprovadas pelo conselho de administração, atuando com confidencialidade e tendo livre acesso na operadora.

O canal de denúncias deve garantir o anonimato de seus usuários e agir de forma tempestiva para a apuração das denúncias recebidas. A decisão e aplicação de eventuais penalidades não deve ser atribuição desse órgão sendo essa uma responsabilidade dos administradores da operadora.

(IBGC 2015;2017b) (OCDE 2016) (IAIS 2011)

**Formas de Obtenção de Evidências:**

Verificar a existência e constituição formal do canal de denúncias estruturado e se este executa as atividades com confidencialidade e livre acesso aos maiores níveis organizacionais. Formas de evidências sugeridas: (1) evidências sobre as formas de comunicação das denúncias; (2) evidências sobre mecanismos para tratar a confidencialidade das denúncias; (3) evidências para garantia do anonimato dos usuários; (4) evidências do livre acesso aos maiores níveis organizacionais, entre outras.

<b>1.2.13</b>	<b>A Operadora possui política de prevenção, detecção e correção de fraudes abarcando, pelo menos os seguintes processos operacionais: subscrição de novos beneficiários, autorização de procedimentos, análise e pagamento da conta assistencial.</b>	
---------------	--	---

**Interpretação:**

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

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

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

**Formas de Obtenção de Evidências:**

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

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

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

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

Observação: Não é correto confundir responsabilidade socioambiental com atividades filantrópicas, pois estas se realizam de forma aleatória e não sistematizada ao contrário da responsabilidade



socioambiental que deve buscar contribuir de forma assertiva em seus projetos e é realizada de forma sistematizada e com critérios objetivos.

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

**Formas de Obtenção de Evidências:**

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

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

### 1.3 Política de gestão de pessoas e desenvolvimento de lideranças

**Interpretação:**

Política de Gestão de Pessoas, pode ser definida como um conjunto de políticas e práticas que permitem a harmonização de expectativas entre a organização e seus colaboradores para que ambos possam atendê-las.

Assim, suplanta o conceito gestão de recursos humanos, pois traz uma preocupação maior com o desenvolvimento de valorização do profissional como ser humano, enquanto exerce atividade na organização. (NEGRÃO, 2017)

<b>1.3.1</b>	<b>A Operadora possui política de recrutamento e seleção com critérios bem definidos e estruturados na descrição dos perfis dos candidatos nos processos seletivos internos e externos.</b>
--------------	---



**Interpretação:**

O processo de recrutamento e seleção abrange diversas etapas, tanto nas seleções internas quanto externas.

O processo seletivo deve conter: (1) os objetivos da operadora com a contratação; (2) os custos que estão associados; (3) o tipo de perfil pretendido; (4) as modalidades de contrato de trabalho; (5) os meios físicos para o desenvolvimento das atividades dos colaboradores.

É importante ressaltar que esta política deve atender de modo amplo às necessidades de longo prazo das operadoras, devendo estar alinhada com o referencial estratégico da operadora (missão, visão e valores). (SILVA, 2015)

**Formas de Obtenção de Evidências:**

Verificar:

- 1) Descrição da Política/Programa/Processo de recrutamento seleção que especifique as fontes de captação, forma de avaliação do perfil do candidato, ordem das entrevistas, testes, dinâmicas etc.
- 2) Entrevista com profissional de RH responsável pela política.
- 3) Entrevista com funcionários elegíveis aos programas.
- 4) Entrevista com gestores da operadora, visando obter informações sobre o preenchimento das vagas.
- 5) Documento que especifique os requisitos técnicos e comportamentais dos candidatos.
- 6) Caso o processo seja terceirizado, deverá ser analisado pelos auditores o contrato com empresa de recrutamento e seleção.

**1.3.2 A Operadora fornece programa de integração de novos colaboradores que aborde questões sobre a cultura da empresa e que prepare para o exercício de suas funções.**



**Interpretação:**

Os auditores deverão verificar a existência de um programa de integração que contemple, inclusive, a apresentação das principais áreas da operadora, permitindo que os *novos colaboradores* compreendam sua estrutura organizacional e administrativa, sua missão e valores, entre outros referenciais.

O Programa de integração e ambientação além de apresentar informações institucionais relevantes e o panorama do setor, tem o objetivo de buscar uma melhor relação nesse primeiro contato do funcionário com a empresa, contribuindo para um ambiente favorável ao novo trabalhador. (SILVA, 2015)

**Formas de Obtenção de Evidências:**

Verificar:

- 1) Evidências de realização dos programas de ambientação;
- 2) Registros formais (cartilhas);
- 3) Registro de lista de presença;
- 4) Entrevistas com os novos colaboradores;
- 5) Contratos com instituições de ensino ou treinamento.

**1.3.3 A Operadora possui política de treinamento e desenvolvimento, estruturada de acordo com competências necessárias ao desempenho das funções definidas, incluindo o desenvolvimento de líderes.**



**Interpretação:**

A operadora deve possuir de forma institucionalizada uma política de treinamento e desenvolvimento de pessoas que por meio de programas específicos, que proporcionem oportunidade de desenvolvimento de seus colaboradores, orientação técnica para a realização de seu trabalho, estímulo para a busca de conhecimentos e desafios, bem como programas voltados para a formação de líderes. (CARBONE, 2013)

**Formas de Obtenção de Evidências:**

Verificar:

- 1) Documento de Planejamento de Recursos Humanos;
- 2) Projetos Pedagógicos e os Resultados para as Diversas Áreas;
- 3) Existência de Universidade Corporativa;
- 4) Realização de Workshops e Oficinas de Trabalho;
- 5) Existência de Grade de Treinamentos;
- 6) Existência de sistemas contendo trilhas de aprendizagem;
- 7) Realização de Plano de Desenvolvimento de Competências Individuais;
- 8) Plano de Carreiras para Líderes e Plano de desenvolvimento de líderes (*coaching, mentoring* e liderança para cargos que exigem tomada de decisões);
- 9) Plano de Gestão de Talentos;
- 10) Certificação de Conhecimentos;
- 11) Indicadores de desempenho (pelo menos indicador referente à participação);
- 12) Contratos com instituição de ensino e de treinamento.

**1.3.4 A Operadora realiza avaliação periódica de desempenho individual dos colaboradores com procedimentos definidos, a qual fornece insumos para o plano de treinamento e desenvolvimento.**

**Interpretação:**

A avaliação de desempenho visa avaliar o valor, a excelência e as competências dos colaboradores e o grau de contribuição dos mesmos para o negócio da operadora, e seus resultados podem fornecer os insumos necessários para o plano de treinamento e desenvolvimento dos colaboradores.




Assim, a operadora deve possuir um programa, sistema ou ferramenta específica para avaliação de desempenho que apresente de forma objetiva dados sobre o desempenho de seus funcionários com base em competências individuais e institucionais previamente definidas, capaz de resultar em ações de capacitação e desenvolvimento, bem como programas de incentivo para melhoria contínua do desempenho da organização.

(NEGRÃO, 2017) (CARBONE, 2013) (ABNT, 2015)

**Formas de Obtenção de Evidências:**


Verificar a realização de avaliação periódica de desempenho individual e se os procedimentos para tal avaliação são definidos. Tal verificação poderá ser comprovada através do formulário (ou sistema) com o questionário de avaliação devidamente assinado pelo colaborador e avaliador. Atas da reunião de entrevista de avaliação também poderão ser verificadas.

Verificar os sistemas e ferramentas de avaliação de desempenho, comprovando que seus procedimentos são definidos e que fornecem insumos para o plano de treinamento e desenvolvimento da operadora.

1.3.5	<b>A operadora realiza monitoramento de gestão de recursos humanos por meio de indicadores.</b>	
<p><b>Interpretação:</b></p> <p>O monitoramento de gestão de pessoas consiste no acompanhamento e análise das práticas que permitem a harmonização de expectativas entre a organização e seus colaboradores. Este monitoramento também visa promover ações de melhoria que impactem no resultado da organização. O monitoramento periódico deve ser realizado através de indicadores. (NEGRÃO, 2017)</p>		
<p><b>Formas de Obtenção de Evidências:</b></p> <p>Verificar a existência de informação documentada acerca do monitoramento realizado através dos indicadores, bem como sistema ou planilhas de cálculo contendo os indicadores calculados.</p> <p>Alguns indicadores que podem ser utilizados no monitoramento: (1) rotatividade de pessoal; (2) número de colaboradores; (3) avaliação de desempenho; (4) absenteísmo; (4) horas de treinamento; (5) avaliação de aprendizagem; (6) retorno sobre investimento em treinamento; (7) relação de horas extras e horas trabalhadas; (7) índice de reclamações trabalhistas; (8) folha de pagamento; entre outros.</p>		
1.3.6	<b>A Operadora possui programa de premiação a seus funcionários/colaboradores de acordo com bons resultados organizacionais atingidos.</b>	
<p><b>Interpretação:</b></p> <p>A operadora deverá possuir um programa com critérios definidos de premiação e bonificação dos colaboradores com o objetivo de estimular e motivar o alcance e superação dos resultados organizacionais esperados. Esses programas promovem o reconhecimento dos colaboradores que se destacam no trabalho (colaboradores que alcançam e superam as metas estabelecidas).</p> <p>Programas de premiação apresentam uma boa oportunidade de motivação para os colaboradores. Seu escopo não precisa estar unicamente atrelado ao aspecto pecuniário. O programa precisa ser justo, reconhecido, entendido e aprovado pelos colaboradores. (PIRES, 2015)</p>		
<p><b>Formas de Obtenção de Evidências:</b></p> <p>Verificar a existência de informação documentada acerca do programa de premiação, contendo o método adotado pela organização para o seu cumprimento. Comprovar também a efetiva execução da premiação aos colaboradores em função dos resultados operacionais atingidos e se esta execução está de acordo com o método previamente estabelecido e de conhecimento de todos.</p>		
1.3.7	<b>A Operadora realiza pesquisa de clima organizacional e implementa plano de ação sobre os resultados apurados, visando a implementação de melhorias.</b>	

**Interpretação:**  
 O ambiente organizacional é permeado por uma complexa rede de expectativas e percepções individuais e coletivas que influenciam o comportamento dos colaboradores. Assim, a realização de uma pesquisa de clima organizacional é uma boa prática a ser realizada pelas operadoras e deve ter por objetivo a identificação dos pontos críticos que necessitam de implementação de melhorias para o atingimento de um melhor clima organizacional.  
 (NEGRÃO, 2017)

**Formas de Obtenção de Evidências:**  
 Verificar a realização da pesquisa de clima organizacional, a existência da sua devida documentação (entrevistas, questionários, relatório consolidados com a compilação e análise dos resultados, etc) e a adoção das ações propostas no plano de ação elaborado a partir dos resultados apurados.  
 As formas de evidência a serem verificadas dependerão das ações propostas no Plano de Ação. Relatórios e atas de reuniões, registros de implementação/alteração de rotinas, entrevistas com colaboradores são possíveis exemplos de formas de evidência deste item.  
 O plano de ação deverá ser devidamente documentado, possuir a designação do(s) responsável(is) pela sua implementação e possuir metas e prazos para a implementação das melhorias identificadas como necessárias, além de estar vinculado aos objetivos estratégicos da operadora.

1.3.8	<b>A Operadora possui um Programa de Saúde do Trabalhador que englobe Programa de Saúde Ocupacional, Qualidade de vida e bem-estar dos trabalhadores.</b>	
-------	---	---

**Interpretação:**  
 Empregadores e instituições que admitem trabalhadores como empregados/colaboradores são obrigados a elaborarem e implementarem o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional - PCMSO e o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais - PPRA. Este item requer que além dos programas anteriormente mencionados, o Programa de Saúde do Trabalhador da Operadora contemple aspectos referente à Qualidade de Vida e Bem Estar.  
 Esta integração de programas pode trazer benefícios em termos de custos diretos (assistência médica) ou indiretos (produtividade, absenteísmo) às operadoras.  
 Observação: O PCMSO é estabelecido pela Portaria nº 24/94 do MTE/SSST e o PPRA pela portaria nº 25/94 do MTE/SSST. (OGATA, 2015)

**Formas de Obtenção de Evidências:**  
 Verificar a existência do Programa de Saúde do Trabalhador e se este engloba aspectos referente à Qualidade de Vida e Bem Estar.  
 O programa de qualidade de vida deverá ter seus critérios definidos pela empresa. Alguns exemplos são citados a seguir: (1) Projeto de apoio psicológico; (2) Ginástica laboral; (3) Formação de gestores

para mediação de conflitos; (4) Incentivo à participação de colaboradores em atividades culturais; (5) Programas de combate ao tabagismo e abuso do consumo de álcool; (6) Combate ao sedentarismo com incentivos à realização de atividades físicas; entre outros.

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

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

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



**Interpretação:**

A operadora deve apresentar sistemas de incentivos à ideias que gerem resultados em inovação. Destaca-se, ainda que a criatividade é apontada por especialistas como uma das importantes alavancas da inovação. Encorajar a criatividade pressupõe características organizacionais facilitadoras e requer práticas de gestão de pessoas que incorporem essa perspectiva.

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

**Formas de Obtenção de Evidências:**

Verificar a existência documentada do programa ou de ações institucionalizadas de incentivo à inovação e manifestação de ideias e se estes são embasados no planejamento estratégico da operadora. Tais programas, podem considerar as seguintes ações elencadas a seguir:

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

**1.3.10 A Operadora possui política de recrutamento e seleção com critérios que considerem aspectos relativos a diversidade.**



**Interpretação:**

A gestão de diversidade no ambiente de trabalho pode ser facilitada através de uma política de recrutamento e seleção que valorize a diversidade de seus colaboradores sobre os mais variados

aspectos: gênero, raça, cultura, origem, etc. Tal política deve visar a atração e retenção dos melhores talentos, a promoção da criatividade e inovação, a flexibilidade organizacional e não deve se prender às exigências legais, como por exemplo a definição de cotas para pessoas com deficiências.

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

**Formas de Obtenção de Evidências:**

Evidenciar se a política de recrutamento e seleção, bem como os manuais de recrutamento e seleção consideram aspectos relativos à diversidade.

## 1.4 Tecnologia da Informação

**Interpretação:**

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

**1.4.1 A Operadora possui plano diretor de tecnologia da informação alinhado ao planejamento estratégico para melhorar os recursos tecnológicos em toda a organização.**



**Interpretação:**

O Plano Diretor de Tecnologia da Informação (PDTI) é um instrumento de diagnóstico, planejamento e gestão dos recursos e processos de tecnologia da informação, que visa atender às necessidades tecnológicas e de informação de uma organização, para um determinado período, devendo estar alinhado ao planejamento estratégico e fornecer informações relevantes para o processo de tomada de decisão.


O PDTI permite otimizar a gestão e antecipar o futuro, orientando e priorizando as atividades e projetos de TI necessários para atender ao planejamento estratégico da organização.

**Formas de Obtenção de Evidências:**



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

É recomendável que o PDTI contemple os seguintes itens:

- (1) Histórico, contexto em torno do seu desenvolvimento e as mudanças ocorridas;
- (2) Descrição e avaliação das condições de instalações, recursos e de pessoal;

<ul style="list-style-type: none"> <li>(3) Referencial estratégico;</li> <li>(4) Inventário das necessidades apuradas;</li> <li>(5) Definição das responsabilidades;</li> <li>(6) Plano de metas, ações, orçamento, gestão dos recursos, investimento, custeio e gestão de riscos;</li> <li>(7) Fatores críticos de sucesso para a sua implementação;</li> <li>(8) Plano de Contingência para a garantia de condições mínimas de operação.</li> </ul>	
<p><b>1.4.2 O plano diretor de tecnologia da Informação contempla a existência de mecanismos tecnológicos para proteção de informações sensíveis de cadastro e transações operacionais.</b></p>	
<p><b>Interpretação:</b></p> <p>O PDTI deverá prever os mecanismos tecnológicos que asseguram a proteção/integridade das informações geradas internamente e aquelas proveniente de beneficiários e prestadores por intermédio do padrão TISS. Informações sensíveis não devem ser apropriadas pela concorrência ou pelo público em geral. Exemplo de informações sensíveis: dados clínicos, ligados à condição de saúde e diagnósticos dos beneficiários.</p> <p>Há algumas técnicas de criptografia para comunicação e modelos de anonimização” de dados.</p> <p>Cabe registrar que segurança de informação envolve etapas de planejamento, monitoramento e gerenciamento, entre outras funções. (VALLE, 2010)</p>	
<p><b>Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:</b></p> <p>A seguir apresentam-se algumas práticas recomendáveis em relação a gestão de dados e troca de informações:</p> <p>Gestão dos dados: Os auditores deverão verificar, entre outras ações se a operadora possui uma política de segurança de dados; utiliza criptografia para proteger dados sensíveis, possui controle de acesso aos sistemas por usuário e senha; se os perfis de acesso são revisados periodicamente para evitar acessos indevidos.</p> <p>Aliado a isso, os auditores deverão realizar uma avaliação de documentos (política); solicitar a apresentação de arquivos criptografados e a exemplificação da tecnologia utilizada; realizar uma verificação de sistemas utilizados pela operadora; solicitar relatórios de revisão de acesso, registro do logs de acessos e tentativas de acesso ao sistema de informação.</p> <p>Troca de informações: Os auditores deverão verificar ainda se a operadora possui Certificado Digital instalado em seu servidor para Troca de Informações com os prestadores conveniados e a familiaridade da operadora com as determinações da ANS (ANS, 2012), que cita os componentes do TISS, os quais são periodicamente atualizados na página da ANS.</p>	




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

Os auditores deverão verificar como foram definidos os principais processos operacionais, justificando, ainda, os critérios adotados para definir o grau de automatização, considerando o perfil da operadora e a estratégia de negócios das mesmas.

São formas de possíveis de evidência:

- 1) Relatório de mapeamento dos processos da operadora;
- 2) Informação documentada dos processos automatizados, contendo seu objetivo, fato gerador, atividades que transformam esse fato gerador, tomadas de decisão sobre o que fazer com os dados e informações que estão percorrendo o fluxo;
- 3) Entrevistas com gestores e colaboradores sobre o grau de automatização atingido;
- 4) Verificação do percentual de processos passíveis de automatização; entre outros.

<b>1.4.5</b>	<b>A Operadora possui política de controle da qualidade dos dados.</b>	
--------------	--	---



**Interpretação:**


Para que os dados coletados ou produzidos possam ser usados como informações úteis, sem erros que venham a comprometer o atendimento a seus beneficiários, sua relação com prestadores, seu processo de tomada de decisão e suas obrigações frente à regulação, as operadoras devem formular políticas de controle de qualidade que garantam a integridade, segurança e fidedignidade desses dados, abrangendo os processos de captação, produção, armazenamento, uso e disseminação de informações.

(SUSEP, 2014)

**Formas de Obtenção de Evidências:**

Verificar a existência de documentação acerca do controle da qualidade de dados utilizados na operadora, destacando-se:



- 1) Documentos específicos determinados em acordos entre o setor de TI e os outros setores da operadora; e
- 2) Evidência de controles de captação e do desenvolvimento de sistemas de armazenamento físico dos dados, incluindo mecanismo de consulta, alterações e reportes, além das definições relativas à segurança lógica destes sistemas.



<b>1.4.6</b>	<b>A Operadora realiza auditoria interna e externa de sistemas de informação.</b>	
--------------	---	---



**Interpretação:**

Visando garantir a qualidade de seus sistemas de informação, a redução de riscos na operação e a proteção de seus ativos informacionais, as operadoras devem realizar sistematicamente auditorias especializadas de TI (internas ou externas), em seus sistemas, processos, operações e atividades de gestão e tomada de decisão. A auditoria deverá verificar a aderência à Política de Tecnologia da Operadora bem como o atendimento às imposições legais e regulatórias. (ABNT, 2005)

<b>Formas de Obtenção de Evidências:</b>		
<p>Verificar a realização da auditoria de sistemas de informação e se os relatórios e documentos produzidos contem: (1) tópicos sobre confiabilidade e veracidade das informações; (2) a avaliação dos resultados da auditoria; (3) se as conclusões do auditor asseguram a conformidade legal e regulamentar; entre outros.</p>		
<b>1.4.7</b>	<b>A Operadora possui ambientes segregados para desenvolvimento, testes e disponibilização dos sistemas de TI.</b>	
<b>Interpretação:</b>		
<p>A operadora deverá manter ambientes segregados para desenvolvimento, testes, homologação e disponibilização visando garantir a estabilidade, segurança, e qualidade dos sistemas de informação, evitando o risco de introdução em produção de falhas de softwares ainda não testados ou homologados (ABNT, 2005).</p>		
<b>Formas de Obtenção de Evidências:</b>		
<p>Entre as possíveis formas de evidência a serem verificadas, destacam-se as seguintes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Utilização das funções e dados em seus ambientes providos dos controles e segregações adequados;</li> <li>2) Evidência de disponibilidade de dados para testes e homologações, sem prejuízo da confidencialidade exigida pelo negócio;</li> <li>3) Evidência de conformidade às exigências legais;</li> <li>4) Proteção do ambiente da produção contra acessos indevidos;</li> <li>5) Verificação da confiabilidade dos resultados de testes e de homologações;</li> <li>6) Evidência de instancias de bancos de dados e de instalações de softwares separadas; entre outros.</li> </ol>		
<b>1.4.8</b>	<b>Os sistemas, processos e infraestrutura de TI são consistentes e adequados às necessidades e às mudanças do modelo de negócio, tanto em circunstâncias normais de operação quanto em períodos de estresse.</b>	
<b>Interpretação:</b>		
<p>Este item está relacionado ao grau de maturidade da governança de tecnologia de informação onde a operadora deverá demonstrar que possui flexibilidade e escalabilidade de seus sistemas e infraestrutura de TI, frente às mudanças necessárias em decorrência de situações onde um volume esperado de demandas aos sistemas da operada sejam excedidos, quer por mudanças no modelo de negócios, ou períodos de estresse. Podem ser citados como exemplos: (1) revisão de estratégias; (2) expansão para novos nichos de mercado; (3) reorganizações societárias; (4) lançamento de produtos; (5) mudança no modelo de remuneração de prestadores de serviços – ex: modelo <i>fee for service</i> para DRG; (6) aumento significativo da taxa de inadimplências da carteira; (7) queda do volume de negócios; (8) mudança de legislação; (9) crise sanitária e epidemias; entre outros. (BRODBECK,2003)</p>		

<b>Formas de Obtenção de Evidências:</b>	
Entre as possíveis formas de evidência a serem verificadas, destacam-se as seguintes:	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Documentos relativos ao PDTI – onde, por exemplo, poderá ser verificado a existência de item relativo à descrição e avaliação das condições dos sistemas, processos e infraestrutura;</li> <li>2) Relatório com os resultados da auditoria dos sistemas de informação;</li> <li>3) Indicadores de disponibilidade dos sistemas;</li> <li>4) Indicadores de satisfação dos usuários; etc</li> </ol>	
<b>1.4.9</b>	<b>A Operadora fornece serviços em canais digitais para seus contratantes, beneficiários, e membros da rede de prestadores.</b>
	
<b>Interpretação:</b>	
Serviços fornecidos através de websites ou aplicativos, garantem maior rapidez, transparência e independência a contratantes, beneficiários e prestadores no atendimento a suas necessidades de relacionamento com a operadora.	
<b>Formas de Obtenção de Evidências:</b>	
Entre as possíveis formas de evidência a serem verificadas, destacam-se as seguintes:	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Disponibilidade ou existência de canais digitais e aplicativos;</li> <li>2) Evidência de critérios de acessibilidade (por ex. acessibilidade para deficientes visuais).</li> </ol>	
<b>1.5 Política de segurança e privacidade das informações</b>	
<b>Interpretação:</b>	
Este requisito trata das diretrizes para a segurança e privacidade das informações a ser praticada pela operadora, alcançando colaboradores, a alta administração, atividades terceirizadas, e no que couber prestadores conveniados. Aborda ainda a relação entre operadoras de planos de assistência e administradoras de benefícios.	
<b>1.5.1</b>	<b>A Operadora possui uma Política de Segurança da Informação</b>
	
<b>Interpretação:</b>	
Uma política de segurança de informação é um instrumento de planejamento que deve prover a operadora de diretrizes para a segurança da informação, estabelecendo responsabilidades e atitudes adequadas para manuseio, tratamento, controle e proteção contra a indisponibilidade, a divulgação, a modificação e o acesso não autorizado a dados e informações, conferindo às operadoras a responsabilidade de zelar pela confidencialidade, integridade e disponibilidade dos dados e das informações. (SCHNEIDER; SOUZA 2017) (ABNT, 2005) (ABNT, 2013)	
Esta política pode compreender a elaboração de diretrizes nos seguintes campos: (a) Propriedade da Informação; (b) Classificação da Informação; (c) Permissão de Acesso; (d) Responsabilidade sobre	

Ativos de Informação; (e) Gestão de Continuidade de Negócios (f) Monitoramento dos Negócios de TI; entre outros.

**Formas de Obtenção de Evidências:**

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

<b>1.5.2</b>	<b>Os colaboradores, administradores e conselheiros assinam termo de confidencialidade das informações obtidas em razão da atividade desempenhada, inclusive em caso de rescisão contratual.</b>
--------------	--



**Interpretação:**

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

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

**Formas de Obtenção de Evidências:**

Verificar:

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

<b>1.5.3</b>	<b>Os registros contendo a documentação cadastral da rede prestadora de serviço e as informações clínicas dos beneficiários são armazenados de forma a garantir a sua disponibilidade, integridade e confidencialidade.</b>
--------------	---



**Interpretação:**

Segundo os padrões internacionais, norma ISO/IEC 17799:2005(atualizada pela ISO/IEC 27002), a tríade CIA (*Confidentiality, Integrity and Availability*) – Confidencialidade, Integridade e Disponibilidade - representa os principais atributos que orientam a análise, o planejamento e a implementação da segurança para um determinado grupo de informações que se deseja proteger:

**Disponibilidade:** propriedade que garante que a informação esteja sempre disponível para o uso legítimo, ou seja, por aqueles usuários autorizados pelo proprietário da informação.

Outro atributo importante é a **autenticidade**, ou seja, a propriedade que garante que a informação é proveniente da fonte anunciada e que não foi alvo de mutações ao longo de um processo;

**Integridade:** propriedade que garante que a informação manipulada mantenha todas as características originais estabelecidas pelo proprietário da informação, incluindo controle de mudanças e garantia do seu ciclo de vida;

**Confidencialidade:** propriedade que limita o acesso a informação tão somente às entidades legítimas, ou seja, àquelas autorizadas pelo proprietário da informação.

### **Formas de Obtenção de Evidências:**

Verificar a existência de:

- 1) Controles Físicos: barreiras que limitam o contato ou acesso direto à informação ou à infraestrutura que a suporta.
- 2) Mecanismos de segurança que apoiam os controles físicos: portas, trancas, paredes, blindagem, guardas, entre outros.
- 3) Controles lógicos: barreiras que impedem ou limitam o acesso a informação, que está em ambiente controlado, geralmente eletrônico, e que, de outro modo, ficaria exposta a alteração não autorizada por elemento mal-intencionado.
- 4) Mecanismos de segurança que apoiam os controles lógicos: cifração ou encriptação, assinatura digital, controle de acesso (senhas, sistemas biométricos, firewalls), certificação; *Hash*, entre outros.

**1.5.4 Os contratos das atividades terceirizadas preveem a garantia da confidencialidade das informações obtidas em razão da atividade desempenhada, inclusive em caso de rescisão contratual.**



### **Interpretação:**

A decisão por terceirizar serviços de Tecnologia de Informação deve ser precedida por uma rigorosa análise de riscos e benefícios, alinhada à visão estratégica da organização. A terceirização de TI pode trazer benefícios como: redução de despesas, foco em operações centrais, e vantagens competitivas em relação a preços e qualidade do serviço prestado. No entanto, também há riscos associados, entre eles, riscos operacionais, risco com a segurança e com o controle.

As instituições que lidam com uma grande quantidade de dados pessoais e confidenciais ou de clientes, como é o caso de operadoras de planos de assistência à saúde, devem implementar medidas que visem a mitigar os riscos envolvidos, como por exemplo:

- contratar empresas idôneas e com capacidade e conhecimento adequados ao trabalho a ser executado;
- definir quais processos de trabalho devem efetivamente ser terceirizados;

- implementar mecanismos que permitam manter o controle sobre os processos de trabalho, como exigência de documentação, relatórios operacionais, estabelecimento de níveis mínimos de qualidade;
- elaborar contrato de prestação de serviços que defina de forma completa e objetiva todas as obrigações a serem cumpridas pela empresa de TI contratada, em especial, cláusulas referentes à obrigação de manter o sigilo e confidencialidade das informações, à continuidade dos serviços, e à exigência de cumprimento de níveis de qualidade pré-estabelecidos.

(FRAGA, 2017)

**Formas de Obtenção de Evidências:**

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

**1.5.5 Os contratos com as administradoras de benefícios preveem a garantia da confidencialidade das informações obtidas em razão da atividade desempenhada, inclusive em caso de rescisão contratual.**



**Interpretação:**

A atividade de Administradora de Benefício foi regulada pela ANS por intermédio de Resolução Normativa específica. Uma administradora de benefício deve possuir autorização de funcionamento concedida pela ANS, com um número de registro ativo para exercer suas atividades.

Dentre as atividades a serem desenvolvidas por uma Administradora de Benefícios, elencam-se as seguintes:

- I- promover a reunião de pessoas jurídicas contratantes na forma específica definida na legislação vigente;
- II – contratar plano privado de assistência à saúde coletivo, na condição de estipulante, a ser disponibilizado para as pessoas jurídicas legitimadas para contratar;
- III – oferecer planos para associados das pessoas jurídicas contratantes;
- IV – apoiar tecnicamente a discussão de aspectos operacionais, tais como: a) negociação de reajuste; b) aplicação de mecanismos de regulação pela operadora de plano de saúde; e c) alteração de rede assistencial.
- V – apoiar a área de recursos humanos na gestão de benefícios do plano;
- VI – terceirizar serviços administrativos;
- VII – realizar movimentação cadastral;
- VIII – conferir faturas;

IX – realizar cobrança ao beneficiário por delegação;

X -realizar consultoria para prospectar o mercado, sugerir desenho de plano e modelo de gestão.

Assim, a atividade desempenhada por uma administradora de benefícios proporciona acesso a uma grande quantidade de dados pessoais e confidenciais tanto de clientes quanto à dados estratégicos, de competitividade e de mercado da operadora. Assim, a confidencialidade das informações obtidas em razão dessa atividade desempenhada deverá ser objeto de tratamento específico.

#### **Formas de Obtenção de Evidências:**

Verificar se no contrato entre a operadora e a administradora de benefícios existem cláusulas que garantam: (1) a confidencialidade das informações obtidas em razão da atividade desempenhada; (2) exigências estabelecidas em caso de rescisão contratual; e (3) as cláusulas com previsão de indenização em caso de descumprimento. Também poderá ser evidenciada a existência e assinatura de termo de confidencialidade.

A cláusula de confidencialidade das informações obtidas em razão da atividade desempenhada pela administradora de benefícios, deverá contemplar no mínimo os seguintes aspectos:

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

Observação importante: Este item não se aplica a operadoras que não possuem vínculo com Administradoras de benefícios, devendo tais operadoras receber pontuação 1, desde que comprovada a não existência dessa relação.

## **1.6 Gestão de Riscos Corporativos**

#### **Interpretação:**

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

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




Trata-se de um sistema composto por processos contínuos e estruturados, desenhados para identificar e responder a eventos que possam afetar os objetivos da operadora. Além disso a Gestão de Riscos Corporativos deve atender alguns princípios, entre eles:

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

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

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

<b>1.6.1</b>	<b>A Operadora conta com uma estrutura responsável pelo gerenciamento e avaliação dos riscos, encarregada pela gestão de riscos corporativos e promoção do seu desenvolvimento.</b>	
--------------	---	---

**Interpretação:**  
 É importante que cada operadora tenha uma estrutura responsável pela Gestão dos Riscos Corporativos e pela promoção do seu desenvolvimento.  
 Cada um dos empregados/colaboradores e terceirizados de uma operadora deve ter a sua parcela de responsabilidade na Gestão dos Riscos Corporativos. A hierarquia máxima, ou seja, o presidente executivo deve ser o principal responsável incentivando tal gestão com o apoio da diretoria. Os demais membros da operadora são responsáveis pela execução do gerenciamento de riscos em cumprimento às diretrizes e protocolos estabelecidos na metodologia de gestão de riscos corporativos da operadora.

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

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


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

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

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

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

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

<b>1.6.2</b>	<b>A Operadora possui metodologia de Gestão de Riscos Corporativos que contemple a identificação, classificação e o monitoramento dos seus riscos corporativos.</b>	
--------------	---	---

**Interpretação:**  
 Por meio de uma metodologia de Gestão de Riscos Corporativos, a operadora deve reduzir a probabilidade e o impacto das perdas de eventos que possam afetar seus objetivos. A metodologia deve ser um processo sistemático de identificação, classificação, monitoramento e melhoria dos

processos por meio dos riscos identificados. A metodologia também pode mapear eventuais oportunidades de ganhos. Trata-se, portanto, de um sistema integrado contendo diretrizes e protocolos aprovados, que auxilia a tomada de decisão e conduz ao alcance dos objetivos estabelecidos no planejamento estratégico da operadora.

A metodologia da Gestão de Riscos Corporativos deve ser um instrumento de tomada de decisão da administração da operadora e deve estar alinhada com o sistema de controles internos. Logo, a consciência do risco e a capacidade de administrá-lo, aliadas à disposição de correr riscos e a de tomar decisões, são elementos-chave na gestão do risco.

A metodologia deve ainda levar em consideração a complexidade da operação, natureza, escala e a cultura organizacional. Dessa forma é importante que a operadora tenha a prática de considerar os riscos de forma estruturada no seu processo de decisão e deve tratá-los, identificá-los, avaliá-los e respondê-los de forma consistente com o modelo adotado. É preciso ainda, que tal modelo sofra atualizações periódicas de acordo com as necessidades apontadas no monitoramento.

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


**Formas de Obtenção de Evidências:**

Para efeitos desta resolução normativa, não foi estabelecido um modelo específico de gestão de risco a ser adotado pela operadora, como por exemplo o estabelecido pela ISO 31000 ou o modelo de *Enterprise Risk Management - ERM* estabelecido pelo *Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission - COSO*.

A Análise de conformidade deste item deverá verificar no mínimo os seguintes aspectos:

- Identificação dos riscos: Definição do conjunto de eventos, internos e/ou externos que podem impactar os objetivos da operadora.
- Classificação dos riscos: A classificação deve considerar as características de cada operadora e contemplar suas particularidades. Uma forma de categorização dos riscos consiste na elaboração de uma matriz de riscos que considere a origem dos eventos (interno/externo), a natureza dos riscos (estratégico/operacional/financeiro) e a tipificação dos mesmos (macroeconômico/tecnológico/legal/conformidade; entre outros).
- Monitoramento dos riscos: É a avaliação contínua da adequação e da eficácia da metodologia de gestão de riscos e deve ocorrer de forma sistemática/periódica conforme definição previamente estabelecida na metodologia.

Assim, a metodologia de gestão de riscos corporativos deve estar incorporada aos procedimentos de governança da operadora, à sua estratégia geral de negócios e aos seus procedimentos operacionais.

<b>1.6.3</b>	<b>A Operadora possui um Gestor de Riscos Corporativos formalmente nomeado responsável por supervisionar continuamente a sua Gestão de Riscos Corporativos.</b>	
--------------	---	---

**Interpretação:**

O Gestor de Risco é profissional que atua com independência dentro da operadora, com suficiente qualificação e experiência, responsável por supervisionar continuamente a Gestão de Riscos Corporativos da operadora.

Dentre as atribuições e responsabilidades de um Gestor de Riscos pode-se destacar as seguintes:

- Monitoramento do Perfil de Risco e os níveis de exposição da operadora, verificando seu alinhamento com o apetite a risco definido para a operadora;
- Avaliação periódica sobre a adequação da estrutura operacional e de controles internos da operadora para verificação da efetividade da política de Gestão de Riscos Corporativos adotada;
- Avaliação da metodologia e ferramentas utilizadas para a Gestão de Riscos Corporativos;
- Acompanhamento da implementação de plano de ação ou medidas corretivas que visem sanar as deficiências apontadas;
- Obrigação de reportar à alta direção da operadora, de forma periódica e sempre que entender necessário, os resultados das análises resultantes da sua atuação, bem como qualquer inadequação e irregularidade observada na estrutura de Gestão de Riscos Corporativos da operadora.

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

#### **Formas de Obtenção de Evidências:**

Verificar a existência de profissional contratado e sua constante atuação considerando as suas atribuições, responsabilidades, diretrizes e protocolos estabelecidos na política e metodologia de Gestão de Riscos Corporativos da operadora.

<b>1.6.4</b>	<b>A Operadora possui um programa para a implementação e disseminação da cultura de riscos entre seus colaboradores e terceirizados.</b>
--------------	--



#### **Interpretação:**

A cultura de riscos de uma operadora diz respeito ao conjunto de seus padrões éticos, valores, atitudes e comportamentos aceitos e praticados, e a disseminação da gestão de riscos corporativos como parte do processo de tomada de decisão em todos os níveis. Ela é estabelecida pelo discurso e pelo comportamento do conselho de administração e da diretoria e do apetite a riscos estabelecido pela operadora.

Cada um dos empregados/colaboradores e terceirizados da operadora deve ter definida e ser consciente acerca da sua parcela de responsabilidade na Gestão dos Riscos Corporativos. Treinamentos e capacitação contínua devem ser evidenciados para toda a operadora.

(IBGC 2007 a; 2017; 2017b) (COSO 2007)

#### **Formas de Obtenção de Evidências:**

Verificar a existência de um programa estruturado que implemente e promova a disseminação da Cultura de Gestão de Riscos Corporativos em toda a operadora.

**1.6.5 A Operadora possui processo consistente e abrangente de coleta tempestiva de informações e classificação de riscos operacionais.**



**Interpretação:**

Riscos Operacionais são os relacionados a perdas resultante de inadequações ou falhas na estrutura organizacional, seja ela oriunda de sistemas, procedimentos, recursos humanos, tecnológicos e pela perda de valores éticos e corporativos.

Os “eventos externos” abrangem eventos ocorridos externamente à operadora, como paralisações por motivo de tumultos, greves, rebeliões, atos terroristas, motins, catástrofes naturais, incêndios, apagões e qualquer outro evento não diretamente relacionado às atividades da operadora e que possa causar falha ou colapso nos serviços essenciais ao desenvolvimento de suas atividades.

Através da coleta dessas informações, a operadora terá condições de quantificar suas perdas operacionais, analisar as causas dessas perdas, aumentar a sua eficiência e conseqüentemente reduzir seus custos operacionais o que impactará diretamente no resultado, trazendo assim vantagens competitivas

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

A coleta dessas informações deve perpassar todas as linhas de negócio da operadora.

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


**Formas de Obtenção de Evidências:**

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

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

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

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

<b>1.6.6</b>	<b>A Operadora identifica, classifica e agrega as perdas operacionais relevantes identificadas, efetuando a análise da causa raiz por meio de Matriz de Risco e/ou programas específicos de Gestão de Risco.</b>	
--------------	--	---

**Interpretação:**

A classificação de “perda operacional relevante” deverá ser estabelecida pela própria operadora de acordo com seu tamanho e a complexidade de suas operações. O critério de classificação deverá ser objetivo, estar documentado com o devido embasamento técnico, ser aprovado e revisto periodicamente pela alta direção da operadora.

Uma perda Operacional é o valor quantificável associado à falha, deficiência ou inadequação de processos internos, pessoas e sistemas, ou decorrente de fraudes ou eventos externos.


A causa raiz de uma perda não guarda relação de dependência com qualquer outra causa de perda identificada. Ou seja, não é necessário que nenhuma outra perda ocorra para a sua concretização.

Os “eventos externos” abrangem eventos ocorridos externamente à operadora, como paralisações por motivo de tumultos, greves, rebeliões, atos terroristas, motins, catástrofes naturais, incêndios, apagões e qualquer outro evento não diretamente relacionado às atividades da operadora e que possa causar falha ou colapso nos serviços essenciais ao desenvolvimento de suas atividades.

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

**Formas de Obtenção de Evidências:**

Verificar a existência de documentos ou relatórios contendo a identificação, classificação das causas e agregação das perdas operacionais que são classificadas como relevantes para a operadora. Evidências com a identificação e análise da causa raiz também deverão ser efetuadas e documentadas pela operadora e verificadas pela auditoria da entidade acreditadora.

<b>1.6.7</b>	<b>A Operadora possui um Plano de Continuidade de Negócios visando a manutenção das atividades em caso de catástrofes ou outras situações que possam afetar o funcionamento da Operadora</b>	
--------------	--	---

**Interpretação:**

A operadora deve prever procedimentos e ações a serem executadas de forma a manter suas atividades críticas diante de situações que afetem o seu funcionamento normal.

Os Riscos que possam ocasionar a interrupção total ou a redução significativa das atividades da operadora, ou seja, um nível de risco considerado inaceitável deverá ser mitigado através de um Plano de Continuidade de Negócios.

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

**Formas de Obtenção de Evidências:**

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

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

<b>1.6.8</b>	<b>A Operadora realiza análise qualitativa e quantitativa dos riscos e estabelece as alternativas para o tratamento dos riscos.</b>
--------------	---



**Interpretação:**



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

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

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

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

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

<b>Formas de Obtenção de Evidências:</b>		
<p>Verificar evidências sobre a realização de análises qualitativa e quantitativa dos riscos e se são avaliadas alternativas para o tratamento dos riscos identificados. Importante salientar a consonância dessas análise e avaliações às diretrizes e protocolos estabelecidos na metodologia de Gestão de Riscos Corporativos da operadora.</p>		
<b>1.6.9</b>	<b>A Operadora efetua testes de estresse com o objetivo principal de identificar potenciais vulnerabilidades da instituição.</b>	
<b>Interpretação:</b>		
<p>Todas as organizações estão sujeitas às vulnerabilidades que as expõe a diversas ameaças. A avaliação prospectiva com o objetivo de identificar potenciais vulnerabilidades e ameaças devem ser realizadas com o objetivo corrigir falhas e visando a manutenção das atividades e operações da operadora.</p> <p>Um teste de estresse é o conjunto coordenado de processos e rotinas, dotado de metodologias, documentação e governança próprias, com o objetivo principal de identificar potenciais vulnerabilidades da operadora.</p> <p>(COSO, 2007) (IBCG, 2007a; 2017)</p>		
<b>Formas de Obtenção de Evidências:</b>		
<p>Verificar se foram realizados testes de estresse nos processos principais da operadora.</p> <p>O teste de estresse deverá ter a sua metodologia documentada, ter a sua finalidade claramente definida e avaliar os potenciais impactos de eventos e circunstâncias adversas. Como resultado da realização de um teste de estresse, a operadora poderá efetuar um plano de ação para a correção ou mitigação das ameaças encontradas.</p> <p>O plano de ação deverá ser devidamente documentado, possuir a designação do(s) responsável(is) pela sua implementação e possuir metas e prazos para a implementação das melhorias identificadas como necessárias além de estar vinculado aos objetivos estratégicos da operadora.</p>		
<b>1.6.10</b>	<b>A Operadora realiza periodicamente a análises de cenários com o objetivo de estimar a sua exposição a eventos de risco raros e de alta severidade.</b>	
<b>Interpretação:</b>		
<p>A análise de cenários é uma ferramenta de gestão que permite que as estratégias de uma operadora sejam estabelecidas em um contexto futuro. Sua principal função não é tentar prever o futuro, mas identificar fatores que podem se tornar reais a longo prazo.</p> <p>Eventos raros podem criar desafios para a operadora de maneira inesperada. Além disso, eventos raros mas cujo o montante de perdas envolvem altos valores monetários podem comprometer a sustentabilidade e a perenidade da operadora. Assim, a análise de cenários com o objetivo de estimar a exposição da operadora a eventos de risco raros e de alta severidade auxilia a operadora a se prevenir</p>		



contra infortúnios e ajuda a identificação dos pontos fortes. Esta análise pode ainda oferecer insumos para o planejamento estratégico da operadora.

Diversas técnicas estatísticas podem ser consideradas na análise de cenários entre elas a simulação através do Método de Monte Carlo. A fim de estimar a exposição a eventos raros e de alta severidade, a frequência e a severidade dos eventos simulados devem ser modeladas por distribuições estatísticas conhecidas e aplicáveis.

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

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

#### **Formas de Obtenção de Evidências:**

Verificar se foram realizadas análise de cenários pela operadora. Idealmente esta análise deve ser conduzida por profissional/ou equipe profissional que tenha na sua formação base estatística. A análise de cenários deve ser documentada, ter a sua finalidade claramente definida e estimar a exposição da operadora a eventos de risco raros e de alta severidade.

## **1.7 Sustentabilidade da Operadora**

#### **Interpretação:**

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

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

<b>1.7.1</b>	<b>A Operadora elabora relatório de rentabilidade e implementa plano de ação sobre os resultados apresentados quando necessário.</b>
--------------	--



#### **Interpretação:**

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

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


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

**Formas de Obtenção de Evidências:**

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

As formas de evidência a serem verificadas dependerão das ações propostas no Plano de Ação. Relatórios e atas de reuniões, registros de implementação/alteração de rotinas, atualização de manuais, políticas e diretrizes da operadora são possíveis exemplos de formas de evidência deste item.

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

<b>1.7.2</b>	<b>A Operadora realiza avaliação de sinistralidade e implementa plano de ação sobre os resultados apresentados quando necessário.</b>	
--------------	---	--

**Interpretação:**

A sinistralidade é obtida pela relação entre os custos arcados com os eventos assistenciais e o as receitas recebidas pela operadora (Sinistralidade = Eventos/Contraprestação). A avaliação da sinistralidade indica se os custos para manutenção de um determinado plano extrapolam a sua receita e permite que a operadora adote ações para reduzir a sinistralidade como por exemplo ações por meio da gestão do cuidado e atenção em saúde.

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


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

**Formas de Obtenção de Evidências:**

Verificar a elaboração e existência de avaliação documentada de sinistralidade e a adoção das ações propostas no plano de ação elaborado a partir dos resultados apresentados nesta avaliação.


As formas de evidência a serem verificadas dependerão das ações propostas no Plano de Ação. Relatórios e atas de reuniões, registros de implementação/alteração de rotinas, atualização de manuais, políticas e diretrizes da operadora são possíveis exemplos de formas de evidência deste item.

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

<b>1.7.3</b>	<b>A Operadora possui política de investimento de seus ativos financeiros, destacando limite de diversificação, restrições e riscos aceitáveis.</b>	
--------------	---	---

**Interpretação:**  
 Uma política de investimento de ativos financeiros é um instrumento de planejamento e compreende um conjunto de diretrizes e medidas que norteiam a gestão de ativos financeiros. Deve combinar aspectos de filosofia de investimentos e de planejamento visando a mitigação da ocorrência de desequilíbrios e com o estabelecimento de uma composição de ativos que otimize a relação entre risco e retorno. A política deve ainda destacar o limite de diversificação e restrições de ativos, definir a tolerância ao risco e os riscos aceitáveis, visar uma liquidez compatível com obrigações a pagar e estar em consonância com a estratégia da operadora.  
 (IBGC, 2007b) (IAIS, 2011) (EIOPA, 2014) (OCDE, 2016)

**Formas de Obtenção de Evidências:**  
 Verificar a existência documentada da política de investimentos de seus ativos financeiros e se esta contempla os itens mínimos destacados no requisito (limite de diversificação, restrições e riscos aceitáveis).

<b>1.7.4</b>	<b>A Operadora avalia a suficiência de provisões técnicas constituídas para fazer frente aos riscos assumidos.</b>	
--------------	--	---

**Interpretação:**  
 A constituição e manutenção de provisões técnicas adequadas permitem assegurar o cumprimento dos compromissos decorrentes dos contratos de planos privados de assistência à saúde.  
 Provisões técnicas constituídas de forma insuficiente, podem trazer no futuro problemas financeiros que podem comprometer a solvência da operadora.  
 A adequação das provisões técnicas deve ser objeto de especial acompanhamento por parte da operadora e a preocupação primordial é que os valores constituídos correspondam o mais próximo possível à realidade com compromissos assumidos.  
 (IAIS 2011) (MANO; FERREIRA 2009) (ALMEIDA 2011) (EIOPA 2014) (SUSEP 2015)

**Formas de Obtenção de Evidências:**  
 Verificar a elaboração e existência de avaliação documentada acerca da suficiência de provisões técnicas constituídas para fazer frente aos riscos assumidos.  
 São possíveis formas de evidência para este item: (1) parecer atuarial, assinado por atuário legalmente habilitado com estudo específico acerca da suficiência das provisões; (2) relatório contendo a descrição

e os resultados apurados, assinado por atuário legalmente habilitado, contendo o Teste de Adequação de Passivos (TAP); (3) avaliação atuarial assinada por atuário legalmente habilitado; entre outros.

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



**Interpretação:**

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

**Formas de Obtenção de Evidências:**

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

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

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

**1.7.6 A Operadora tem processos para desenvolvimento e análise de novos produtos, serviços, contratos ou soluções, com o objetivo de fidelizar os atuais e conquistar novos beneficiários.**




**Interpretação:**

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


**Formas de Obtenção de Evidências:**

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

1.7.7	<b>A Operadora realiza estudos periódicos acerca da rentabilidade dos Ativos Garantidores das Provisões Técnicas visando a melhor estratégia e alocação de investimentos.</b>	
-------	---	---

**Interpretação:**  
 A decisão acerca da alocação de investimentos de uma determinada operadora não deve ser realizada de forma aleatória, mas com base em estudos a serem realizados.  
 Ao se falar de estratégias para alocação de investimentos 3 aspectos devem ser observados: (1) Liquidez: que é relacionado à velocidade com que um investimento pode ser resgatado e transformado em dinheiro disponível; (2) Segurança: que é relacionado ao risco que se estar disposto a correr em um determinado investimento; e (3) Rentabilidade: que é relacionado ao retorno que um determinado investimento pode oferecer.  
 Cabe destacar que a estratégia e alocação de investimentos a ser escolhida não deve deixar de observar os normativos da ANS que dispõe sobre aceitação, registro, vinculação, custódia, movimentação e limites de alocação e de concentração na aplicação dos ativos garantidores das provisões técnicas.  
 (IAIS 2011) (EIOPA 2014) (ANS, 2015a)

**Formas de Obtenção de Evidências:**  
 Verificar a realização de estudos devidamente documentados, realizados periodicamente e que visem dar subsídios às decisões quanto aos investimentos dos ativos garantidores a serem realizados.  
 Dado à dinâmica do mercado de ativos financeiros é aconselhável que a periodicidade de tais estudos seja inferior a 1 (um) ano.

1.7.8	<b>A Operadora realiza Avaliação Atuarial, e estabelece e implementa plano de ação sobre os resultados apresentados no Relatório de Avaliação Atuarial quando verificada eventual necessidade de adequação.</b>	
-------	---	---

**Interpretação:**  
 Avaliação Atuarial é um estudo apoiado em levantamento de dados estatísticos da população estudada e em bases técnicas atuariais, por meio do qual o atuário avalia o valor dos compromissos assumidos e o valor dos recursos necessários para garantir a solvência da operadora.  
 Através da Avaliação Atuarial, o atuário deve expor suas análises a respeito da adequação ou inadequação de cada provisão técnica e de outros parâmetros de solvência, fazendo as devidas considerações a respeito das particularidades da operadora.  
 Além de verificar para as provisões se as bases técnicas e os critérios em normas vigentes estão sendo obedecidos, o atuário também deverá avaliar os métodos utilizados para os cálculos, assim como as

hipóteses utilizadas. Caso seja verificado déficit em alguma provisão técnica, o as medidas a serem adotadas para a sua solução deverão ser apresentadas.

O Relatório de Avaliação Atuarial deve considerar os seguintes aspectos: (1) Objetivo da Avaliação; (2) Premissa de cenário adotada: “em operação” (*going on concern*) ou “em encerramento de atividades” (*run off*)- mais conservador; (3) análise da base de dados contendo com estatísticas, período, críticas utilizadas e conclusão sobre a sua qualidade; (4) metodologia de cálculo e/ou justificativas para as variáveis atuariais empregadas; (5) identificação dos segmentos deficitários e superavitários (canal de distribuição e a segmentação planos individuais, coletivo empresarial e coletivo por adesão -quando aplicável); (6) teste de adequação de passivos; (7) análise da adequação dos preços; (8) análise das provisões técnicas com investigação de suficiência e se for o caso com recomendações/conclusões sobre a constituição de provisões adicionais; (9) projeção atuarial para o portfólio; (10) aderência da operadora às normas da ANS de Nota Técnica de Registro de Produtos (NTRP), Notas Técnicas Atuariais de Provisões, Capital Mínimo Requerido e Margem de Solvência (valor integral a ser observado); e (11) Considerações e recomendações do atuário para os a resolução das inconsistências eventualmente observadas.

(IAIS 2011) (SUSEP 2015)

#### **Formas de Obtenção de Evidências:**

A Análise de conformidade deste item deverá buscar evidências sobre a realização de uma Avaliação Atuarial devidamente documentada em um Relatório de Avaliação Atuarial, assinado por um atuário legalmente habilitado e as evidências de adoção das ações propostas no plano de ação elaborado a partir dos resultados apuração pela avaliação.

As formas de evidência a serem verificadas com base nos resultados da avaliação atuarial dependerão das ações propostas no Plano de Ação. Relatórios e atas de reuniões, apresentações para a diretoria, registros de implementação/alteração de rotinas, atualização de manuais, políticas e diretrizes da operadora são possíveis exemplos de formas de evidência deste item.

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

<b>1.7.9</b>	<b>A Operadora realiza análise relativa à performance futura de sua carteira, considerando perfil de morbidade, envelhecimento populacional, aumento da expectativa de vida, entre outros, tomando ações para manter sua sustentabilidade no longo prazo.</b>
--------------	---



#### **Interpretação:**

Alterações no perfil de morbidade, envelhecimento populacional com o aumento da expectativa de vida bem como fatores macroeconômicos (que podem gerar a perda/cancelamento de vínculos de

beneficiários) são fatores que influenciam o perfil da carteira e podem afetar a sustentabilidade de uma operadora ao longo do tempo, merecendo assim uma análise detalhada.

**Formas de Obtenção de Evidências:**

A Análise de conformidade deste item deverá buscar evidências sobre a realização da análise solicitada, devidamente documentada considerando os elementos mínimos solicitados no item.

São exemplos de ações cujas evidências poderão ser verificadas: (1) a constituição de provisões técnicas adicionais; (2) aporte de capital; (3) adoção de programas de gestão em saúde para melhorar custo-efetividade; entre outros.

## 1.8 Programa de Melhoria da Qualidade - PMQ

**Interpretação:**

Esta dimensão tem o objetivo de verificar não somente a existência de um Programa de Melhoria da Qualidade (PMQ), como também sua integração com o planejamento estratégico da operadora e os métodos para diagnosticar, e monitorar as melhorias realizadas nos processos mais relevantes. Também são destacados o papel dos gestores e alta administração da operadora no acompanhamento do PMQ.

<b>1.8.1</b>	<b>Existe um Programa de Melhoria da Qualidade - PMQ com funções formalmente definidas, com o objetivo de apoiar as áreas, monitorar e propor ações de melhoria da qualidade dos processos principais da operadora.</b>
--------------	---



**Interpretação:**

Para o perfeito funcionamento do PMQ seus membros devem ter uma função formalmente definida com o objetivo de apoiar as áreas monitoradas.

Um processo pode ser definido como um conjunto de ações estruturadas e sequenciais com um objetivo definido. Os processos que tem uma relação mais direta com objetivo a ser atingindo são chamados de processos críticos, que devem ser geridos pelas diversas unidades da operadora e acompanhados por equipes engajadas no PMQ.

Cabe aos auditores identificar estes processos e as metodologias que embasem sua avaliação e o seu monitoramento, por meio do PDCA. Esta técnica estabelece um roteiro para a melhoria contínua da qualidade baseado nas seguintes funções *Plan* (Planejar), *Do* (Fazer), *Check* (Verificar) e *Act* (Agir corretivamente).

Outros métodos de planejamento da qualidade possuem foco na redução de perdas crônicas, que afetam os custos dos processos. Por vezes, mesmo que seja identificada oportunidade de melhoria no processo, algumas técnicas de planejamento da qualidade podem apontar para a descontinuidade como melhor alternativa, considerando exigências do negócio ou do mercado.

(RODRIGUES, 2016)

**Formas de Obtenção de Evidências:**

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

- 1) Plano de ação de melhoria documentado, elaborado pelas gerências envolvidas nos processos;
- 2) Informações documentadas que evidenciam a estrutura e funções dos membros do grupo responsável pelo PMQ;
- 3) Infraestrutura disponibilizada para o funcionamento do PMQ bem como os registros de frequência e das atas de reuniões do grupo (datadas e validadas) contendo todas as suas decisões, detalhamento das ações e ferramentas utilizadas para monitoramento e gestão;
- 4) Lista de presença, troca de e-mails, apresentações, relatório com as conclusões para envio de deliberação.

Os auditores deverão verificar a frequência que o grupo se reuniu, analisou a situação, realizou o diagnóstico, propôs decisão e se as decisões são implementadas e acompanhadas pela operadora.

**1.8.2 O PMQ é gerenciado por equipe multidisciplinar, de modo a abarcar todas as principais áreas da operação da operadora.**

**Interpretação:**

A composição de uma Equipe Multidisciplinar é feita por profissionais de diversas áreas, com formações acadêmicas diferentes, que se completam e que trabalham em prol de um único objetivo. A equipe deve reunir uma quantidade de disciplinas sem que cada uma perca a sua identidade, seus métodos, teorias e pressupostos. Assim, um mesmo tema ou objeto pode ser estudado sob o enfoque de diversos campos do conhecimento.



A Gestão do PMQ deve ser realizada por equipe multidisciplinar contando com representantes das principais macroprocessos/áreas da operadora, os quais deverão ser identificados e analisados pelos auditores. Essa equipe deve ser composta minimamente por profissionais da área de gestão de saúde e administrativa.




**Formas de Obtenção de Evidências:**


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

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



1.8.3	<b>O PMQ possui um plano anual de trabalho, cujas diretrizes estão vinculadas aos objetivos estratégicos da Operadora, com metodologia e sistemática de coleta e avaliação dos dados definidas.</b>	
<p><b>Interpretação:</b></p> <p>O plano anual de trabalho deve estar alinhado com o planejamento estratégico da operadora, apresentar um processo de coleta de dados bem definido e possuir uma metodologia para a construção de indicadores de desempenho e metas operacionais.</p>		
<p><b>Formas de Obtenção de Evidências:</b></p> <p>Entre as possíveis formas de evidência, destacam-se as seguintes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Registro formal do plano anual de trabalho do grupo;</li> <li>2) Atas de reunião (meio digital ou físico- verificação e entrevistas);</li> <li>3) Evidência de indicador para priorização (ou avaliação) dos processos;</li> <li>4) Evidência de registros de monitoramento (indicadores e relatórios), análise dos resultados, planejamento das ações, interface com a direção e comunicação institucional; e</li> <li>5) Evidência de elaboração de indicadores (por exemplo, esses indicadores podem ser baseados nos preceitos da Organização Nacional de Saúde - OMS, dentre outras).</li> </ol>		
1.8.4	<b>O PMQ avalia o desempenho dos processos principais, através de indicadores da qualidade, incluindo indicadores de atenção em saúde.</b>	
<p><b>Interpretação:</b></p> <p>O PMQ deve conter indicadores de qualidade que justifiquem a sua existência e importância diante dos objetivos estratégicos estabelecidos pela operadora. A busca da excelência permeia tanto projetos de cunho assistencial como operacional nas operadoras (ex. auditoria em saúde, serviços de atendimento ao usuário, reconciliação de contas médicas, etc.).</p> <p>Os indicadores relacionados à atenção à saúde podem estar vinculados a programas de promoção e prevenção de saúde, bem como a ações voltadas à garantia de acesso à saúde.</p> <p>Para a definição de indicadores, é importante que a operadora utilize referências de indicadores na área de saúde, utilizados por instituições reconhecidas (exemplo.: OPAS, OMS, ANS, ANVISA, Ministério da Saúde, etc).</p> <p>(RODRIGUES, 2016) (ABNT, 2015)</p>		
<p><b>Formas de Obtenção de Evidências:</b></p> <p>Verificar:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Atas de Reunião;</li> <li>2) Relatórios de análise;</li> </ol>		

3) Fichas dos Indicadores, Metas, Bibliografia e forma de pontuação desenvolvidos pela operadora que estejam baseados em indicadores utilizados por instituições reconhecidas no segmento de saúde.		
<b>1.8.5</b>	<b>O PMQ dá feedback às áreas monitoradas com periodicidade mínima trimestral.</b>	
<b>Interpretação:</b> Os principais processos deverão ter um acompanhamento no mínimo trimestral devendo ser discutidos com as áreas monitoradas em igual (ou menor) frequência. Os auditores deverão verificar como este feedback se realiza e se contribui para o aperfeiçoamento das metas estabelecidas.		
<b>Formas de Obtenção de Evidências:</b> Entre as possíveis formas de evidência, destacam-se as seguintes: 1) Atas e Relatórios; 2) Verificar os indicadores que poderão ser eventualmente acompanhados semestralmente e anualmente, ou em outras periodicidades menores, avaliando as justificativas da operadora.		
<b>1.8.6</b>	<b>O PMQ sugere e acompanha a implementação ações corretivas, pelas áreas responsáveis, a partir dos resultados do monitoramento quando necessário.</b>	
<b>Interpretação:</b> O PMQ deverá acompanhar as ações corretivas implementadas pelas áreas responsáveis. Nesta etapa, portanto, as causas de não conformidades devem estar identificadas pelas áreas responsáveis, para que o monitoramento seja eficaz. Algumas técnicas de identificação dos processos que geram não conformidades são o Diagrama de Pareto, de Causa e Efeito, Matriz de prioridade –GUT, Método 5W2H ( <i>What</i> - O que; <i>Who</i> -Quem; <i>When</i> -Quando, <i>Where</i> -Onde; <i>Why</i> -Por quê; <i>How</i> -como; e <i>How Much</i> -quanto custa), podendo ser utilizadas conjuntamente. (RODRIGUES, 2016)		
<b>Formas de Obtenção de Evidências:</b> Entre as possíveis formas de evidência, destacam-se as seguintes: 1) Atas 2) Relatórios 3) Fluxogramas 4) Ações corretivas e/ou plano de ação para eliminação de causa raiz		
<b>1.8.7</b>	<b>Os resultados das atividades do grupo do PMQ são analisados criticamente pela alta direção no mínimo anualmente.</b>	

<p><b>Interpretação:</b></p> <p>O acompanhamento dos resultados das atividades do grupo de PMQ devem ser analisadas criteriosamente e periodicamente pela alta administração da operadora, norteados-se por critérios de eficácia, adequabilidade e alinhamento com a estratégia organizacional.</p>		
<p><b>Formas de Obtenção de Evidências:</b></p> <p>Entre as possíveis formas de evidência, destacam-se as seguintes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Relatório de atividades do grupo PMQ;</li> <li>2) Atas de reunião, apresentações e relatórios contendo a análise crítica, pelo menos anual, da alta direção em relação às atividades desenvolvidas pelo PMQ.</li> </ol>		
<p><b>1.8.8</b></p>	<p><b>O programa de melhoria da Qualidade possui um sistema de avaliação de efetividade das ações propostas, e promove a divulgação dos resultados das ações.</b></p>	
<p><b>Interpretação:</b></p> <p>Um sistema de avaliação pode ser considerado como um sistema de meios e processos empregados para alcançar determinado fim.</p> <p>Entende-se por efetividade a capacidade de atingir as metas previstas otimizando recursos. Outros especialistas definem efetividade como a capacidade de realizar determinada ação de maneira a atingir os objetivos da organização de forma socialmente e ambientalmente correta, considerando não só a ação produtiva específica em questão ou sistema produtivo, mas todo o contexto em que o processo ou produto estão desenvolvidos.</p> <p>Por sua vez, as ações propostas devem estar alinhadas com objetivos estratégicos da operadora, compreendendo vários temas inerentes às atividades das mesmas como a satisfação do cliente, e a qualificação da rede.</p> <p>(RODRIGUES, 2018)</p>		
<p><b>Formas de Obtenção de Evidências:</b></p> <p>O auditor deverá verificar os métodos utilizados pela operadora: questionários aplicados aos “clientes finais”, análise de indicadores, robustez e utilidade, etc, os quais deverão estar preferencialmente baseados em farta fundamentação teórica.</p> <p>Por último, deverá ser verificado se os canais de divulgação dos resultados das ações são suficientemente adequados às partes interessadas (colaboradores, prestadores de serviços, clientes - conforme o caso).</p> <p>Exemplos de itens a serem verificados:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Verificação do sistema de avaliação;</li> <li>2) Mapeamentos dos principais processos do sistema de avaliação;</li> <li>3) Informação documentada sobre as metas e indicadores propostos;</li> <li>4) Material de divulgação (apresentação, e mail-marketing, etc);</li> </ol>		

- 5) Evidência de realização de eventos (fotos, convites, relação do público alvo, lista de participantes, avaliação de documentos, etc.); e
- 6) Entrevista com colaboradores.

### Referências Bibliográficas para Gestão Organizacional

ABNT – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. ABNT NBR ISO/IEC 27002 – **Tecnologia da Informação – Técnicas de segurança – Código de prática para gestão de segurança da informação**. ABNT, 2005.

\_\_\_\_\_. ABNT NBR ISO 9001/2008: **Sistemas de Gestão da Qualidade**. Especificação, 2008.

\_\_\_\_\_. ABNT NBR ISO/IEC 20000-1. **Tecnologia da Informação – Gerenciamento de Serviços**. Parte 1, Especificação, 2008a.

\_\_\_\_\_. ABNT NBR ISO/IEC 20000-2. **Tecnologia da Informação – Gerenciamento de Serviços**. Parte 2, Especificação, 2008b.

\_\_\_\_\_. ALMEIDA, Renata Gasparello de. **O Capital Baseado em Risco: Uma abordagem para Operadoras de Planos de Saúde**. Editora Sicurezza. Ed.1. 2011.

\_\_\_\_\_. ABNT NBR ISO/IEC 27001 – **Técnicas de segurança - Sistemas de Gestão da segurança da informação. Especificação**, ABNT, 2013.

ANS - AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Resolução Normativa nº 185, de 31 de dezembro de 2008**. Revogada pela RN nº 358, de 1 de dezembro de 2014. Rio de Janeiro: ANS 2008. Disponível em: <  
<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTM4Ng>

\_\_\_\_\_. ANS - AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Plano Diretor de Tecnologia da Informação e Comunicação ANS (2017-2019). Rio de Janeiro: ANS 2017. Disponível em: [http://www.ans.gov.br/images/stories/A\\_ANS/Transparencia\\_Institucional/Prestacao-de-Contas/Contratos\\_de\\_Gestao/PDTIC-2017-2019-TOTAL.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/A_ANS/Transparencia_Institucional/Prestacao-de-Contas/Contratos_de_Gestao/PDTIC-2017-2019-TOTAL.pdf)

\_\_\_\_\_. **Resolução Normativa nº 186, de 14 de janeiro de 2009**. Regulamentação da portabilidade das carências previstas no inciso V do art. 12 da **Lei nº 9.656**, de 3 de junho de 1998. Rio de Janeiro: ANS 2009. Disponível em: <  
<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTM4OQ==>>

\_\_\_\_\_. **Resolução Normativa nº 305, de 09 de outubro de 2012**. Estabelece o Padrão obrigatório para Troca de Informações na Saúde Suplementar - Padrão TISS dos dados de atenção à saúde dos beneficiários de Plano Privado de Assistência à Saúde. Rio de Janeiro: ANS 2012. Disponível em: <  
<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MjI2OA==>>

\_\_\_\_\_. **Resolução Normativa nº 358, de 01 de dezembro de 2014**. Procedimentos administrativos físico e híbrido de ressarcimento ao SUS, previsto no art. 32 da Lei nº 9.656,

de 3 de junho de 1998, e normas sobre o repasse dos valores recolhidos a título de ressarcimento ao SUS. Rio de Janeiro: ANS 2014. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=MjgyNw>>

\_\_\_\_\_. **Resolução Administrativa nº 62, de 2 de junho de 2015.** Política de Segurança da Informação da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro: ANS 2015.

\_\_\_\_\_. **Resolução Normativa nº 392, de 09 de dezembro de 2015.** Dispõe sobre aceitação, registro, vinculação, custódia, movimentação e limites de alocação e de concentração na aplicação dos ativos garantidores das operadoras no âmbito do sistema de saúde suplementar. Rio de Janeiro: ANS 2015a. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzE1Mg==>>

ANDRADE, Adriana; ROSSETTI, José Paschoal. **Governança Corporativa – Fundamentos, desenvolvimento e tendências.** Editora Atlas. Ed. 4. 2007.

BABSKY, F. V.; JEUNON, E. E.; DUARTE, L. C. **Sustentabilidade na saúde suplementar: um estudo sobre cooperativas operadoras de planos de saúde UNIMED.** VI SINGEP. Simpósio Internacional de Gestão de Projetos, Inovação e Sustentabilidade. São Paulo, Brasil, 2017. ISSN 2317-8302. Disponível em: [http://singep.submissao.com.br/6singep/resultado/an\\_resumo.asp?cod\\_trabalho=259](http://singep.submissao.com.br/6singep/resultado/an_resumo.asp?cod_trabalho=259)

BACEN - BANCO CENTRAL DO BRASIL. **Resolução nº 4.557, de 23 de fevereiro de 2017.** sobre a estrutura de gerenciamento de riscos e a estrutura de gerenciamento de capital: BACEN 2017 Disponível em: <[http://www.bcb.gov.br/pre/normativos/busca/downloadNormativo.asp?arquivo=/Lists/Normativos/Attachments/50344/Res\\_4557\\_v1\\_O.pdf](http://www.bcb.gov.br/pre/normativos/busca/downloadNormativo.asp?arquivo=/Lists/Normativos/Attachments/50344/Res_4557_v1_O.pdf)>

BORGINHO, H. **Provisões para Sinistros Não Vida Metodologias de Estimação.** ASF, Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões. Disponível em: <http://www.asf.com.pt/winlib/winlibimg.aspx?skey=8D06C03A43CC4368BC6542AFD3418D9B&doc=13342&img=1031&save=true>

BRODBECK, F.; HOPPEN, N. **Alinhamento estratégico entre os planos de negócio e de tecnologia de informação: um modelo operacional para implementação.** Rev. adm. contemp., Curitiba, v. 7, n. 3, p. 9-33, 2003. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-65552003000300002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-65552003000300002)

CARBONE, P. **Gestão por competência e educação corporativa: caminhos para o desenvolvimento de competências,** 2015. IBICT. Inc. Soc., Brasília, DF, v. 7 n. 1, p.44-55, jul./dez., 2013. Disponível em: <http://revista.ibict.br/inclusao/issue/view/140>

CARVALHO, R. T. *Indicadores Macroeconômicas e Planejamento Estratégico: Uma Percepção dos Altos Executivos Brasileiros,* 2015. 103f. Dissertação de Mestrado. Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10438/15857>

COSO. **Gerenciamento de Riscos Corporativos - Estrutura Integrada:** COSO 2007. Disponível em: <https://www.coso.org/Documents/COSO-ERM-Executive-Summary-Portuguese.pdf>

\_\_\_\_\_. **Risk Assessment in Practice:** COSO 2012. Disponível em: <https://www.coso.org/Documents/COSO-ERM%20Risk%20Assessment%20in%20Practice%20Thought%20Paper%20October%202012.pdf>

\_\_\_\_\_. **Enterprise Risk Management - Integrating with Strategy and Performance – Frequently Asked Questions, June 2017:** COSO 2017 Disponível em: <https://www.coso.org/Documents/COSO-ERM-FAQ-September-2017.pdf>

CVM – COMISSÃO DE VALORES MOBILIÁRIOS. **Recomendações da CVM Sobre Governança Corporativa:** CVM 2002. Disponível em <http://www.cvm.gov.br/export/sites/cvm/decisoes/anexos/0001/3935.pdf>

\_\_\_\_\_. **Instrução CVM nº 480, de 7 de dezembro de 2009.** sobre o registro de emissores de valores mobiliários admitidos à negociação em mercados regulamentados de valores mobiliários: CVM 2009. Disponível em: <http://www.cvm.gov.br/export/sites/cvm/legislacao/instrucoes/anexos/400/inst480consolid.pdf>

**CNSP Conselho Nacional de Seguros Privados. Resolução CNSP nº 312, de 2014.** sobre a prestação de auditoria independente para as sociedades seguradoras, sociedades de capitalização, entidades abertas de previdência complementar e resseguradores locais, bem como sobre a criação de Comitê de Auditoria. Rio de Janeiro. SUSEP 2014. Disponível em: <http://www2.susep.gov.br/biblioteca/web/docOriginal.aspx?tipo=1&codigo=33096>

\_\_\_\_\_. **Resolução CNSP nº 312, de 2014.** sobre a prestação de auditoria independente para as sociedades seguradoras, sociedades de capitalização, entidades abertas de previdência complementar e resseguradores locais, bem como sobre a criação de Comitê de Auditoria. Rio de Janeiro. SUSEP 2014a. Disponível em: <http://www2.susep.gov.br/biblioteca/web/docOriginal.aspx?tipo=1&codigo=33096>

EIOPA European Insurance and Occupational Pensions Authority. **Orientações Relativas ao Sistema de Governança.** Frankfurt. EIOPA 2014. Disponível em : [https://eiopa.europa.eu/guidelinessii/eiopa\\_guidelines\\_on\\_system\\_of\\_governance\\_pt.pdf](https://eiopa.europa.eu/guidelinessii/eiopa_guidelines_on_system_of_governance_pt.pdf)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

\_\_\_\_\_. **Cadernos de Governança Corporativa nº 12 – Caderno de Boas Práticas de Governança Corporativa Para Empresas de Capital Fechado Um guia para sociedades limitadas e sociedades por ações fechadas**. São Paulo. IBGC 2014b. Disponível em: <[http://www.ibgc.org.br/userfiles/2014/files/Arquivos\\_Site/Caderno\\_12.PDF](http://www.ibgc.org.br/userfiles/2014/files/Arquivos_Site/Caderno_12.PDF)>

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

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

\_\_\_\_\_. **Cadernos de Governança Corporativa nº 19 – Gerenciamento de riscos corporativos: evolução em governança e estratégia**. São Paulo. IBGC 2017. Disponível em: <[http://www.ibgc.org.br/userfiles/files/2014/files/Publicacoes/CG19\\_Riscos.pdf](http://www.ibgc.org.br/userfiles/files/2014/files/Publicacoes/CG19_Riscos.pdf)>

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

\_\_\_\_\_. **Cadernos de Governança Corporativa nº 16 – Governança Corporativa e Boas Práticas de Comunicação**. São Paulo. IBGC 2017b. Disponível em: <[http://www.ibgc.org.br/userfiles/2014/files/CG16\\_Comunicacao.pdf](http://www.ibgc.org.br/userfiles/2014/files/CG16_Comunicacao.pdf)>

IRB - Instituto de Resseguros do Brasil. **Cartilha de Prevenção a Fraudes**. V. 2015.1 Elaboração e Revisão: Compliance. IRB BRASIL 2015. Disponível em:

[http://ri.irbbrasilre.com/ptb/52/Cartilha%20de%20Preveno%20a%20Fraudes%20revisada%203\\_WEB\\_VF.pdf](http://ri.irbbrasilre.com/ptb/52/Cartilha%20de%20Preveno%20a%20Fraudes%20revisada%203_WEB_VF.pdf)

KERZNER, H. Gestão de Projetos – As melhores práticas. Bookman. Ed. 3. 2017.

KESTEMAN, H. N.; et al. **Planejamento e Gestão estratégica em organizações em saúde**. Editora FGV, 2016.

LOURENÇO, A. R. B. (2015). *Análise da Implementação de um Programa De Trainees: O Caso do Santander Top Training*, 2015. 54f Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa. Instituto Superior de Economia e Gestão. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.5/10960>

MANO, C. C. A.; FERREIRA, P. P.. **Aspectos Atuariais e Contábeis das Provisões Técnicas**. Rio de Janeiro. FUNENSEG 2009.

MAZZURANA, J. E. J.; JUNG, C. F. *Um modelo aplicado à melhoria dos processos de Planejamento Estratégico e Autoavaliação em Instituições de Ensino Superior Privadas* Colóquio Revista do Desenvolvimento Regional, v. 11, n.1, páginas 167-191, 2014. Disponível em; <https://seer.faccat.br/index.php/coloquio/issue/view/13>

MELO, E. F. L.; NEVES, C. R.. **Solvência no mercado de seguros e previdência: coletânea de estudos**. Rio de Janeiro. FUNENSEG, 2013. Disponível em: <http://cpes.org/wp-content/uploads/2015/11/Livro-Solvencia-no-Mercado-miolo-total-em-22-11-2013.pdf>

MINISTÉRIO DO TRABALHO. Secretaria de Segurança e Saúde no Trabalho. **Portaria SSST nº 24**. Distrito Federal: 1994.

NASCIMENTO, M. L. S.; et al. *A Importância do Balanced Scorecard para o Planejamento Estratégico: Um Estudo em uma Operadora de Plano Odontológico*, v.4, n.2, 2015. Disponível em: <http://revista.fametro.com.br/index.php/RDA/article/view/94>

NAVA, N. R. P. **Incorporação do Elemento BDE na modelagem de Risco Operacional e seu impacto no VaR**. 2015, 79f. Dissertação de Mestrado. Universidade de Brasília, UnB. Brasília, 2015. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/18782>

NEGRAO, C. L.; PONTELO, J. F.. **Compliance, Controles Internos e Riscos: A importância da área de gestão de Pessoas**. Ed. 1. Editora SENAC. São Paulo. 2017.

OECD - Organisation for Economic Co-Operation and Development . **Risk Management and Corporate Governance, Corporate Governance, OECD Publishing**. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264208636-en>

\_\_\_\_\_. **Princípios de Governo das Sociedades do G20 e da OCDE**, Éditions OCDE, Paris. OCDE 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264259195-pt>

\_\_\_\_\_. **OECD Corporate Governance Factbook 2017**. Editions OCDE. Paris. OCDE 2017. Disponível em: <https://www.oecd.org/daf/ca/Corporate-Governance-Factbook.pdf>

OGATA, A. J. N. Produto n. 2. *Texto analítico com evidências de boas práticas de integração assistencial e ocupacional por operadoras de planos privados de assistência à saúde, incluindo revisão da literatura científica com ênfase nas ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças crônicas e explicitando as necessidades de inovação nas práticas desse tipo de cuidado na saúde suplementar*. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Termo de Cooperação nº 42. Brasil. Rio de Janeiro. 2015



OLIVEIRA, D. L.; MAÇADA, A. C. G.; OLIVEIRA, G. D. **Valor das capacidades de TI: efeitos nos processos e no desempenho da firma em um país em desenvolvimento.** Revista Brasileira de Gestão de Negócios, vol. 18, núm. 60, abril-junho, 2016, pp. 245-266 Fundação Escola de Comércio Álvares Penteado São Paulo, Brasil Percepções de Alinhamento Estratégico Um Estudo em Empresas Tecnológicas (Ferreira, Eric et al, 2017). Disponível em: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=94746409005>

PAROLIN, S. R. H.; ALBUQUERQUE, L. G. **Gestão de Pessoas para a Criatividade em Organizações Inovativas.** REAd. Rio Grande do Sul. v. 16, n. 3. 2010. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/read/article/view/38830>

PIRES, S.K.; et al. **As perspectivas motivacionais dos colaboradores acerca do programa de remuneração variável:** Um estudo de caso em uma empresa do ramo imobiliário. Periódico Científico Negócios em Projeção . Junho 2015

QUINN, R.E. et al., **Competências gerenciais: princípios e aplicações.** Rio de Janeiro: Elsevier, 7ª impressão, 2003.

RODRIGUES, M. V. **Ações para a Qualidade: Gestão estratégica e integrada para melhoria dos processos na busca da qualidade e competitividade.** Ed. 4. Editora Campus. 2012.

RODRIGUES, M. V. et al. **Qualidade e Acreditação em Saúde.** Ed.2. Editora FGV. 2016.

ROUX V. C.; CESAR, A. M. **Medidas de Desempenho da Área de Recursos Humanos e Seu Relacionamento com Indicadores de Desempenho Econômico.** REGE, São Paulo – SP, Brasil, v. 22, n. 1, p. 97-114, jan./mar. 2015. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rege/article/viewFile/102626/100893>

SCHNEIDER, J., SOUZA, A.R.L.. **A importância da segurança da informação e dos controles internos na prevenção de riscos à estabilidade financeira de uma instituição bancária.** Pensar contábil, Rio de Janeiro, v.19, n.69, p.30-39, mai/ago, 2017.

SILVA, A. L.; DUARTE, M. F; PLUTARCO, F. **Eventos Organizacionais Raros: O que são e como investiga-los?** RAM, Ver. Adm. Mackenzie. 2015, vol.16, n.1, pp.96-123. ISSN 1678-6971. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1678-69712015/administracao.v16n1p96-123>

SOUZA, A. R. S. *Trajetórias de carreira de executivos e meritocracia: um estudo sobre a gestão de pessoas por competências*, 2017. 162f. Dissertação de Mestrado. Fundação Getúlio Vargas. Escola Brasileira de Administração Pública e de empresas, 2017. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10438/19604>

SUSEP - SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS. **Circular nº 249, de 20 de fevereiro de 2004.** sobre a implantação e implementação de sistema de controles internos nas sociedades seguradoras, nas sociedades de capitalização e nas entidades abertas de previdência complementar. Rio de Janeiro. SUSEP 2004. Disponível em: <http://www2.susep.gov.br/bibliotecaweb/docOriginal.aspx?tipo=1&codigo=14777>

\_\_\_\_\_. **Circular nº 445, 2 de julho de 2012.** sobre os controles internos específicos para a prevenção e combate dos crimes de "lavagem" ou ocultação de bens, direitos e valores, ou os crimes que com eles possam relacionar-se, o acompanhamento das operações realizadas e as propostas de operações com pessoas politicamente expostas, bem como a prevenção e coibição do financiamento ao terrorismo. Rio de Janeiro. SUSEP 2012. Disponível em: <https://www2.susep.gov.br/bibliotecaweb/docOriginal.aspx?tipo=1&codigo=29636>

\_\_\_\_\_. **Circular nº 492, 23 de fevereiro de 2014.** sobre os critérios para a constituição de banco de dados de perdas operacionais pelas sociedades seguradoras, entidades abertas de previdência complementar, sociedades de capitalização e resseguradores locais, para fins de estudos de aprimoramento do modelo regulatório de capital de risco baseado no risco operacional. Rio de Janeiro. SUSEP 2014. Disponível em: <http://www2.susep.gov.br/bibliotecaweb/docOriginal.aspx?tipo=2&codigo=35656>>

\_\_\_\_\_. **Circular nº 517, de 30 de julho de 2015.** sobre provisões técnicas; teste de adequação de passivos; ativos redutores; capital de risco de subscrição, crédito, operacional e mercado; constituição de banco de dados de perdas operacionais; plano de regularização de solvência; registro, custódia e movimentação de ativos, títulos e valores mobiliários garantidores das provisões técnicas; formulários de informações periódicas – FIP/SUSEP; Normas Contábeis e auditoria contábil independente das seguradoras, entidades abertas de previdência complementar, sociedades de capitalização e resseguradores; exame de certificação e educação profissional continuada do auditor contábil independente e sobre os Pronunciamentos Técnicos elaborados pelo Instituto Brasileiro de Atuária – IBA. Rio de Janeiro. SUSEP 2015. Disponível em: <http://www2.susep.gov.br/bibliotecaweb/docOriginal.aspx?tipo=2&codigo=35656>>

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

\_\_\_\_\_. **Circular SUSEP nº 344, de 21 de junho de 2017.** sobre controles internos específicos para a prevenção contra fraudes. Rio de Janeiro. SUSEP 2017. Disponível em: [http://www.susep.gov.br/textos/circ344.pdf/at\\_download/file](http://www.susep.gov.br/textos/circ344.pdf/at_download/file)

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

TERROSO DA SILVA, C. M. *Recrutamento e Seleção: Problemática da análise de perfis profissionais*, 2016. 96f. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Letras da Universidade do Porto. Disponível em: [https://sigarra.up.pt/flup/pt/pub\\_geral.show\\_file?pi\\_gdoc\\_id=883598](https://sigarra.up.pt/flup/pt/pub_geral.show_file?pi_gdoc_id=883598)

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

## 2. Gestão da Rede Prestadora de Serviços de Saúde

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

### 2.1 Acesso do beneficiário à rede prestadora de serviços de saúde

#### **Interpretação:**

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

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

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

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

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

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

<b>2.1.1</b>	<b>A Operadora utiliza critérios quantitativos para estabelecer o número adequado de prestadores de serviços da rede de atenção à saúde da operadora por região de saúde, considerando perfil demográfico e epidemiológico da carteira e área de abrangência dos produtos.</b>
--------------	--



#### **Interpretação:**

A avaliação da adequação do número de prestadores de serviços, por meio de critérios quantitativos e estruturais, significa que a operadora ajusta o quantitativo de estabelecimentos, recursos, serviços e

profissionais de saúde frente à quantidade de beneficiários de seus produtos, que utilizam a rede de saúde em uma determinada região geográfica. A rede de saúde deve ser construída considerando as necessidades de saúde da população de beneficiários da carteira, após a análise do seu perfil demográfico e epidemiológico.

Esta adequação deve ser cotejada com a mensuração de acesso por parâmetros quantitativos, tais como: número anual de consultas com clínico ou generalista por beneficiário adulto; número mensal de sessões de hemodiálise por beneficiário com doença renal crônica avançada; tempo entre o diagnóstico e o tratamento de algum tipo de neoplasia que acometa o beneficiário, dentre outros parâmetros.

#### **Formas de Obtenção de Evidências:**

Verificar se a operadora possui documento técnico, que subsidie a conformação da rede em saúde, baseado na literatura sobre dimensionamento de rede, na experiência da operadora, bem como nas necessidades de saúde da sua população de beneficiários. Esse documento técnico deve descrever a metodologia utilizada para a definição dos parâmetros quantitativos, para a organização da rede de atenção à saúde.

É importante mensurar a necessidade de prestadores de serviço de saúde por tipo (hospitais, hospitais-dia, SADT e profissionais de saúde), considerando sua dispersão na região de saúde e na área de abrangência dos planos de saúde da operadora.

Esse documento deve conter referências à literatura utilizada.

<b>2.1.2</b>	<b>A Operadora utiliza critérios qualitativos para estabelecer a conformação da sua rede prestadora de serviços por região de saúde, considerando a área de abrangência dos produtos.</b>
--------------	---



#### **Interpretação:**

Qualidade do cuidado é o grau em que os serviços de saúde, organizados para o atendimento das necessidades em saúde de indivíduos e populações, aumentam a probabilidade de resultados desejados e consistentes com o conhecimento médico-profissional corrente (IOM, 1999).

A operadora deve estabelecer critérios de qualidade baseados na literatura científica, que devem estar explicitados e justificados em documento, para o credenciamento, referenciamento de todos os tipos de prestadores de serviços (Hospitais, hospitais-dia, SADT, clínicas, e consultórios isolados).

Também quando houver rede própria, a operadora deve se comprometer com critérios de qualidade dos seus prestadores de serviços.

Para fins de avaliação da qualidade dos prestadores, que compõem a sua rede de assistência em saúde, a operadora deve contemplar o disposto no Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar – Qualiss, estabelecido pela RN 405/2016. O programa Qualiss consiste no estabelecimento e avaliação e divulgação de atributos de qualificação relevantes para o aprimoramento da qualidade assistencial dos prestadores de serviços na Saúde Suplementar. Os atributos de


qualificação do Qualiss são critérios qualitativos de avaliação dos prestadores, que possibilitam às operadoras investir em redes assistenciais mais efetivas na atenção à saúde.

**Formas de Obtenção de Evidências:**

Verificar a existência de documento técnico contendo os critérios de qualidade estabelecidos pela operadora, baseados na literatura e no programa Qualiss.

Os atributos de qualidade aferidos no Qualiss são os seguintes: Certificado de Acreditação; Certificado de Qualidade Monitorada obtido no Programa de Monitoramento de Indicadores da Qualidade de Prestadores de Serviços de Saúde – PM-QUALISS; Certificado ou documento equivalente emitido pelas Entidades Gestoras de Outros Programas de Qualidade; Notificação de eventos adversos pelo Notivisa/Anvisa; Certificado ABNT NBR ISO 9001; Titulação na área de saúde para profissionais de saúde que trabalham em consultórios isolados Pós-graduação lato sensu com no mínimo 360 (trezentas e sessenta) horas; Título de especialista outorgado pela sociedade de especialidade e/ou Conselho Profissional da categoria; Residência em saúde, Mestrado, Doutorado ou Pós-doutorado, reconhecidos pelo MEC. Além destes, considera-se atributo de qualificação a participação dos prestadores de serviço de saúde nos programas de indução da qualidade da DIDES/ANS e a adesão ao Programa Nacional de Segurança do Paciente – PNSP, com a implantação de Núcleo de Segurança do Paciente.



Além disso, verificar se a adscrição dos prestadores de assistência à saúde, à rede da operadora, foi realizada de acordo com os critérios de qualidade bem estabelecidos, descritos em documento técnico disponível para consulta do auditor.

<b>2.1.3</b>	<b>A Operadora utiliza critérios qualitativos e quantitativos para estabelecer a exclusão ou substituição de prestadores de serviços da rede da operadora por região de saúde considerando a área de abrangência dos produtos da operadora.</b>	
--------------	---	---

**Interpretação:**

São considerados critérios qualitativos os atributos de qualificação previstos no Qualiss, conforme disposto na RN 405/2016, para os diferentes tipos de prestadores de serviço [acreditação, certificação de qualidade na área de saúde, Notivisa, ISO 9001, titulação dos profissionais de saúde (pós-doutorado, doutorado, mestrado, especialização, residência, título de especialista)], bem como a participação nos programas de indução da qualidade da DIDES/ANS e a adesão ao Programa Nacional de Segurança do Paciente – PNSP, com a implantação de Núcleo de Segurança do Paciente.


A substituição de prestadores é a exclusão de um prestador de sua rede e a inclusão de outro prestador com a mesma capacidade operacional de atendimento. A utilização de critérios de qualidade dos prestadores na alteração da rede é fundamental para a garantia da qualidade da rede de atenção em saúde.

<b>Formas de Obtenção de Evidências:</b>		
A análise da conformidade se dará pela verificação da operadora, ao fazer a substituição de um prestador por outro, em sua rede de atenção à saúde utilizar como critérios de escolha os atributos de qualificação de prestadores previstos no Qualiss, assim como ao excluir um prestador de serviço de saúde de sua rede considera que os prestadores que irão absorver a demanda possuem atributos de qualificação semelhantes aos previstos no Qualiss.		
<b>2.1.4</b>	<b>A Operadora notifica diretamente aos beneficiários com trinta dias de antecedência sobre a substituição de prestadores de serviços de saúde e informa outras opções aos beneficiários.</b>	
<b>Interpretação:</b>		
A notificação direta ao beneficiário se dá pela divulgação no portal institucional da operadora da informação da substituição, em área aberta a toda a sociedade, além de informar ao beneficiário por meio do envio mensagem eletrônica de e-mail, ou carta aos beneficiários.		
<b>Formas de Obtenção de Evidências:</b>		
A análise da conformidade se dará pela verificação do portal da operadora e pelos registros das mensagens eletrônicas e das cartas enviadas aos beneficiários.		
<b>2.1.5</b>	<b>A operadora avalia e monitora a conformação de sua rede prestadora de serviços de acordo com os critérios definidos nos itens 2.1.1 a 2.1.2 e implementa a adequação necessária, quando identifica dificuldade de acesso dos beneficiários.</b>	
<b>Interpretação:</b>		
A operadora possui <i>call center</i> organizado para receber demandas de seus beneficiários e faz o monitoramento do tipo de demanda, sendo capaz de identificar as demandas recebidas sobre dificuldade de acesso à rede e acompanhá-las ao longo do tempo. Na ocorrência de dificuldade de acesso, a operadora é capaz de identificar o problema e disponibilizar prestador alternativo para atendimento, dentro do previsto pela RN 259/2011.		
<b>Formas de Obtenção de Evidências:</b>		
A comprovação da conformidade se dará pela verificação da análise das demandas recebidas pelo <i>call center</i> da operadora e pela disponibilização de rede qualificada para atender ao beneficiário em tempo inferior ao previsto na RN 259/2011, quando identificada reclamação do beneficiário de indisponibilidade de prestador para atendimento de suas demandas de serviço ou procedimento.		
<b>2.2 Estrutura da Rede Prestadora com base em APS</b>		
<b>Interpretação:</b>		
A Atenção Primária à Saúde – APS tem um papel de extrema relevância para que haja um fluxo contínuo do usuário pelo sistema, em serviços de diferentes densidades tecnológicas e integrados por		

meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, que buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).

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

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

<b>2.2.1</b>	<b>A operadora disponibiliza médicos generalistas (médicos de família e comunidade, clínicos e pediatras gerais) / médicos de família e comunidade e equipes multiprofissionais de referência como primeiro acesso (porta de entrada) dos beneficiários à sua rede assistencial, com ênfase nos cuidados primários de saúde.</b>	
--------------	--	---

**Interpretação:**

Evidências científicas vêm mostrando que os melhores exemplos de sistemas de saúde são os que têm uma Atenção Primária em Saúde qualificada e fortalecida, orientadora das ações e serviços disponíveis nesses sistemas, que oferecem alcance de maior equidade, maior eficiência na continuidade da atenção e satisfação dos usuários (ALMEIDA, 2011).

O estabelecimento da APS como porta de entrada permite atuar sobre os problemas de saúde mais frequentes, muitos deles indiferenciados e inespecíficos, que uma abordagem inicial especializada não seria capaz de alcançar a mesma resolutividade e eficiência. Contudo, há que se considerar que nos espaços da atenção primária os beneficiários podem apresentar um leque ampliado de problemas de saúde, não sendo aceitável que ela seja caracterizada como uma resposta a apenas algumas doenças prioritárias (OMS, 2008; ANS, 2018).


Compete à APS igualmente exercer a coordenação do cuidado, pois ela é a responsável, em sistemas de saúde organizados e custo-efetivos, por identificar as necessidades de atendimentos especializados, coordenar as referências para profissionais adequados e garantir a continuidade da atenção, acompanhando os resultados terapêuticos e a evolução clínica dos pacientes que percorrem os diversos níveis de atenção no sistema de saúde.

A mudança do ponto de entrada no sistema da saúde, do hospital e dos especialistas, para os centros de atenção primária requer a inclusão de médicos generalistas (clínicos e pediatras gerais), médicos de família e comunidade e equipes multiprofissionais mais próximos do beneficiário. A estes prestadores de atenção primária a operadora deve responsabilizar pela saúde de um determinado contingente de

beneficiários na sua totalidade: os doentes e os saudáveis, os utilizadores dos serviços e aqueles que não o utilizam (OMS, 2008).

**Formas de Obtenção de Evidências:**

A análise de conformidade deste item deverá buscar evidências da estruturação da rede da operadora com a disponibilização de médicos generalistas (clínicos e pediatras gerais), médicos de família e comunidade e equipes multiprofissionais no acesso dos beneficiários aos cuidados primários em saúde. Deve haver um ajuste entre as necessidades de saúde dos beneficiários da operadora e os serviços de APS ofertados de modo que sejam minimizados o tempo de espera e as barreiras estruturais e organizacionais de acesso aos centros de atenção primária nos quais atuam estes profissionais e equipes.

2.2.2	<b>A operadora garante um agendamento tão rápido quanto possível nos centros de atenção primária, permitindo que o beneficiário obtenha assistência para condições agudas, e o acesso ao profissional de saúde de referência para acompanhamento do beneficiário sempre que possível.</b>	
-------	---	---

**Interpretação:**

Dentre as barreiras de acesso à APS, destacam-se, tanto no contexto nacional quanto internacional, o agendamento, o número de usuários (beneficiários) sob responsabilidade de um médico e a disponibilidade do profissional para o atendimento (BERRY-MILLET et al., 2009).

Incentivos para que os serviços de atenção primária à saúde (SAPSs) proporcionem atendimento em horário estendido, aloquem novos pedidos de consulta médica (encaixes) e estimulem o atendimento por equipe multiprofissional, são iniciativas que as fontes pagadoras (públicas ou privadas) podem adotar para vencer as barreiras de acesso aos SAPs (ROCHA et al., 2016).

O sistema de agendamento denominado de “acesso avançado” ou “acesso aberto” ou “agendamento para o mesmo dia”, foi pela primeira vez aplicado por Murray e Tantau (2000) no gerenciamento do serviço de SAP da Kayser Permanent na Califórnia. Este sistema é fundamentado em dois pilares: a continuidade do cuidado, proporcionando aos beneficiários a oportunidade de consultarem-se preferencialmente com seu médico de referência, e a reestruturação da agenda, permitindo ao beneficiário ser atendido no mesmo dia, pela diminuição do número de consultas pré-agendadas e consequente aumento do espaço da agenda para as demandas do mesmo dia (VIDAL, 2013).

**Formas de Obtenção de Evidências:**

A análise de conformidade deste item deverá buscar evidências do tipo de gestão da agenda adotada nos SAPs da operadora (tradicional, de encaixe, acesso avançado). Ao mesmo tempo, deverão ser verificados o tempo médio de espera para atendimento nos SAPs da operadora e o percentual de consultas realizadas com o médico de referência do beneficiário.



## 2.3 Relação e contratualização com a Rede Prestadora de Serviços

### Interpretação:

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

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

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

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

<b>2.3.1</b>	<b>A Operadora prioriza na conformação de sua rede, prestadores de serviços que cumpram critérios de qualidade pré-estabelecidos, incluindo os atributos da Qualidade definidos pela ANS (QUALISS).</b>
--------------	---



### Interpretação:

O Qualiss, previsto na RN 405/2016, consiste no estabelecimento de atributos de qualificação relevantes para o aprimoramento da qualidade assistencial oferecida pelos prestadores de serviços na saúde suplementar, na avaliação da qualificação dos prestadores de serviços na Saúde Suplementar; e na divulgação desses atributos.

### Formas de Obtenção de Evidências:

A análise da conformidade se dará pela verificação da rede da operadora e a representatividade dos prestadores de serviço de saúde que possuem atributos de qualificação do Qualiss.

<b>2.3.2</b>	<b>A Operadora possui dispositivo contratual com a rede de prestadores de serviços em saúde que garanta a confidencialidade dos dados clínicos do paciente inclusive após a rescisão contratual.</b>
--------------	--



### Interpretação:


O sigilo da informação do usuário deve ser garantido, como preconizado na Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS) do Ministério da Saúde. A operadora pode adotar um Registro eletrônico em saúde (RES), recomendado na PNIIS e que consiste em um repositório de informações processáveis sobre o cuidado em saúde do indivíduo, armazenadas e transmitidas de forma segura e acessível por múltiplos usuários autorizados.

Ao utilizar um sistema de informação em saúde do seu usuário, a operadora deve garantir a confiabilidade do hardware e software, segurança e facilidade de utilização, sistema de entrada de usuários, recursos disponíveis e aplicáveis aos requisitos legais e a privacidade das informações sobre o paciente. Esta política também é preconizada pelo projeto TISS da ANS, como estabelecido na RN nº 305/2012.

A Lei 13003 que alterou a Lei 9656/98 estabeleceu a obrigatoriedade de contrato escrito entre prestadores de serviço de saúde e operadoras de planos privados de saúde e estabeleceu direitos, obrigações e responsabilidades das partes. A confidencialidade dos dados clínicos dos pacientes deve estar prevista no dispositivo contratual entre as partes.

**Formas de Obtenção de Evidências:**

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

2.3.3	<b>A operadora estabelece como critério para conformação de sua rede prestadora que os estabelecimentos possuam registro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES.</b>	
-------	--	---


**Interpretação:**

O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES é a base para operacionalizar os sistemas nacionais de informações em saúde, permitindo que as operadoras façam o registro de seus produtos e realizem as trocas de informação padronizadas com a rede prestadora. Do mesmo modo, o CNES disponibiliza informações das condições atuais de infraestrutura de funcionamento dos estabelecimentos de saúde, imprescindíveis a um gerenciamento eficaz e eficiente da rede prestadora pelas operadoras.

Os dados constantes no CNES permitem às operadoras realizar análises das instalações, serviços e recursos oferecidos por grupos de prestadores de serviços específicos (consultórios, laboratórios, serviços de imagem, clínicas especializadas, hospitais) ou por um prestador individual.

**Formas de Obtenção de Evidências:**

A análise da conformidade se dará pela verificação, por amostragem, do preenchimento do CNES nos cadastros da rede prestadora, acessíveis por sistemas informatizados.

2.3.4	<b>A Operadora formaliza em seus contratos com sua rede prestadora de serviços cláusulas de manutenção da regularidade de funcionamento junto aos órgãos competentes.</b>	
-------	---	---

**Interpretação:**

A regularidade de funcionamento de um estabelecimento de saúde é relevante para a segurança e o bem-estar das pessoas que frequentam o estabelecimento. Em razão disso é importante que a operadora também acompanhe a regularidade de funcionamento dos prestadores que compõem sua rede assistencial.

**Formas de Obtenção de Evidências:**

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

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

**Interpretação:**

As operadoras de planos privados de saúde devem divulgar os atributos de qualidade de seus prestadores de serviço de saúde como a garantir a informação sobre qualificação de sua rede aos beneficiários e a sociedade como um todo.

**Formas de Obtenção de Evidências:**

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



## 2.4 Mecanismos de Regulação

**Interpretação:**

Mecanismos de regulação financeiros (Fator Moderador) são mecanismos de participação financeira do beneficiário em caso de evento ou procedimento por ele realizado, em forma de franquia ou coparticipação.

As operadoras poderão utilizar mecanismos de regulação financeira, assim entendidos, franquia e coparticipação, desde que isto não implique no desvirtuamento da livre escolha do segurado (ANS, 1998).

A ANS define franquia como sendo um mecanismo de regulação financeira que consiste no estabelecimento de valor até o qual a operadora não tem responsabilidade de cobertura, quer nos casos de reembolso ao beneficiário do plano privado de assistência à saúde ou nos casos de pagamento à rede credenciada, referenciada ou cooperada. Já o termo coparticipação é o valor devido à operadora de plano privado de assistência à saúde, em razão da realização de um procedimento ou evento em saúde pelo beneficiário.

2.4.1	A análise técnica para a autorização de eventos assistenciais é supervisionada por auditor em saúde, responsável pela verificação da consistência e da adequação das decisões.	
<p><b>Interpretação:</b></p> <p>A atividade de autorização de eventos assistências é fundamental para o acesso dos beneficiários à assistência de saúde. A presença de auditor em saúde é importante para qualificação do trabalho de autorização.</p> <p>De acordo com a resolução do CONSU n.º 8, de 1998, a autorização de eventos é prática de regulação de demanda permitida, desde que não impeçam ou dificultem o atendimento em situações caracterizadas como de urgência ou emergência ou neguem autorização para realização do procedimento exclusivamente em razão do profissional solicitante não pertencer à rede própria ou credenciada da operadora (CONSU n.º 8, 1998).</p> <p>Para verificação da conformidade com estes padrões, faz-se necessária a supervisão por auditor em saúde, de forma a manter a prestação de serviços em tempo coerente com as regulamentações vigentes.</p>		
<p><b>Formas de Obtenção de Evidências:</b></p> <p>A análise da conformidade se dará pela verificação da existência de auditor em saúde contratado, da estruturação do processo de análise de autorização/não autorização (e-mail, gravação telefônica, sistema de informação, formulário etc.) e de seus registros.</p>		
2.4.2	A Operadora possui procedimentos padronizados para acompanhar o cumprimento dos prazos máximos de atendimento, nos casos de solicitação de autorização para realização de eventos assistenciais.	
<p><b>Interpretação:</b></p> <p>Após o período de carência, o beneficiário tem direito ao atendimento de suas demandas de assistência à saúde, conforme a segmentação do plano (referência, ambulatorial, hospitalar sem obstetrícia, hospitalar com obstetrícia, exclusivamente odontológico ou combinações de segmentação). Além disso, este atendimento deverá ocorrer dentro dos prazos máximos estabelecidos pela RN n.º 259/2011 da ANS.</p> <p>O acompanhamento do cumprimento dos prazos é importante pois a operadora poderá identificar a necessidade de disponibilização de profissional ou estabelecimento de saúde da rede assistencial, prestador não integrante da rede no mesmo município, prestador integrante ou não da rede nos municípios limítrofes ou mesmo o custeio do atendimento por prestador apto, em outro município, incluindo o transporte do beneficiário e, eventualmente, o reembolso dos valores pagos pelo beneficiário, quando necessário.</p>		

**Formas de Obtenção de Evidências:**

A análise de conformidade deste item deverá buscar evidências de que a operadora de fato possui procedimentos padronizados para o acompanhamento dos prazos de atendimento, incluindo a análise crítica dos casos em que o prazo de atendimento ultrapasse o máximo definido pela RN nº 259/2011. São exemplos de forma de obtenção de evidências: sistemas de acompanhamento, soluções de TI para acompanhamento dos prazos registrados, acompanhamento da abertura de NIPs junto à ANS, disponibilidade de médicos e/ou dentistas auditores responsáveis pela análise e autorização de procedimentos, entre outros.

**2.4.3** A Operadora dispõe de mecanismo formal e devidamente documentado para providenciar com agilidade a formação de junta médica/odontológica, de acordo com a legislação de saúde suplementar, nas situações de divergência médica a respeito de autorização prévia, respeitados os prazos máximos de atendimento.

**Interpretação:**

A junta médica ou odontológica visa dirimir as situações de divergência técnico-assistencial entre o médico/cirurgião dentista assistente do beneficiário e o auditor da operadora, no que concerne à realização de procedimentos eletivos, por intermédio da escolha de um desempataador. A Resolução Normativa nº 424/2017, que normatiza as questões que envolvem a realização destas juntas, estabelece que o prazo para a realização do procedimento eletivo, ou para a apresentação do parecer técnico do desempataador contrário à sua realização, não poderá ultrapassar aqueles da garantia de atendimento (ANS, 2017).

Assim, a operadora deve estabelecer mecanismos para que a composição de junta médica ou odontológica seja realizada de forma célere e eficaz, assegurando a melhor indicação médica/odontológica e a segurança do beneficiário, sem descumprir os prazos de atendimento exigidos pelos normativos existentes.

**Formas de Obtenção de Evidências:**

A análise deste item deve verificar se a operadora dispõe de mecanismo formal e devidamente documentado para providenciar com agilidade a formação de junta médica ou odontológica, respeitando os prazos da garantia de atendimento. Nas situações concretas em que houve divergência técnico-assistencial entre o médico/cirurgião-dentista assistente e o auditor da operadora, deve ser verificado o cumprimento das formalidades e prazos exigidos nos normativos da Saúde Suplementar.

**2.4.4** A Operadora realiza auditoria concorrente (própria ou terceirizada) no intuito de aferir a qualidade e adequação dos serviços prestados pela rede.



**Interpretação:**

A auditoria concorrente é uma análise ligada ao evento que o paciente está envolvido. Seria a visita do auditor durante a internação do paciente para conferência do prontuário (FERNANDES, 2013).

Identificou-se que a auditoria concorrente, quando utilizada, visa primordialmente a qualidade assistencial, principalmente em setores de gastos hospitalares maiores como Unidades de Tratamento Intensivo (UTI) e Centros Cirúrgicos (ANDREOTTI, 2017).

A operacionalização da auditoria na forma concorrente nos hospitais proporciona que o auditor esteja in loco na unidade de atendimento do paciente e em contato com a equipe de profissionais de saúde, visualizando divergências nas anotações, sanando dúvidas dos profissionais e visitando o paciente quando necessário. Constitui-se em uma atividade capaz de verificar a qualidade da assistência prestada aos pacientes, contribuindo para sua constante melhoria. Neste sentido, a implantação de auditoria pode contribuir e endossar parâmetros de qualidade, podendo ser percebida como uma forma de avaliar sistematicamente a assistência à saúde. A avaliação da efetividade e economicidade das ações em saúde tem na auditoria uma ferramenta eficaz de gestão e esta, por sua vez, tem condições de contribuir para o complexo planejamento dos serviços de saúde (VIANA *et al.*, 2016).

**Formas de Obtenção de Evidências:**

A análise da conformidade se dará pela verificação da comprovação de visitas de auditoria concorrentes na rede de prestadores de serviços da operadora. Estas visitas devem objetivar a melhoria da qualidade do serviço prestado e não apenas o ajustamento de contas.

**Referências Bibliográficas para Gestão da Rede Prestadora de Serviços de Saúde**

ALMEIDA P.F, FAUSTO M.C.R, GIOVANELLA L. **Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados.** Rev Panam Salud Publica, 2011;

ANDREOTTI, E.T; *et al.* **Auditoria concorrente de enfermagem em prestadores de assistência à saúde: uma revisão integrativa da literatura.** Rev. Adm. Saúde, 2017;

BERRY-MILLETT R, BANDARA S, BODENHEIMER T. **The health care problem no one's talking about.** J Fam Pract. 58(12):633-7, 2009;

ANS - AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Resolução do Conselho de Saúde Suplementar – CONSU N° 08 de 3 de Novembro de 1998.** Dispõe sobre mecanismos de regulação nos Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde. Rio de Janeiro, 1998. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzA3>>;

\_\_\_\_\_. **Resolução Normativa – RN n° 259 de 17 de Junho de 2011.** Dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde e altera a Instrução Normativa – IN n° 23, de 1° de dezembro de 2009, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO.

Rio de Janeiro: ANS, 2011. Disponível em: <  
<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=M Tc1OA==>>; Acesso em: 29/06/2018;

\_\_\_\_\_. **Resolução Normativa - RN nº 305, de 9 de outubro de 2012.** Esta Resolução estabelece o Padrão obrigatório para Troca de Informações na Saúde Suplementar - Padrão TISS dos dados de atenção à saúde dos beneficiários de Plano Privado de Assistência à Saúde; revoga a Resolução Normativa - RN nº 153, de 28 de maio de 2007 e os artigos 6º e 9º da RN nº 190, de 30 de abril de 2009. Rio de Janeiro: ANS, 2012. Disponível em: <

<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=M jI2OA==>>;

\_\_\_\_\_. **Rede assistencial e garantia de acesso na saúde suplementar.** Rio de Janeiro: ANS, 2015;

\_\_\_\_\_. **Resolução Normativa - RN nº 405, de 9 de maio de 2016.** Dispõe sobre o Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar – QUALISS; revoga a Resolução Normativa - RN nº 267, de 24 de agosto de 2011, com exceção do art.44-B incorporado à RN nº 124, de 30 de março de 2006; e revoga também a RN nº 275, de 1º de novembro de 2011, a RN nº 321, de 21 de março de 2013, a RN nº 350, de 19 de maio de 2014, e a Instrução Normativa - IN nº 52, de 22 de março de 2013 da Diretoria de Desenvolvimento Setorial, e dá outras providências. Rio de Janeiro: ANS, 2016a. Disponível em: <  
<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw &id=MzI0OA==>>; Acesso em: 29/06/2018;

\_\_\_\_\_. **Resolução Normativa – RN nº 395 de 14 de janeiro de 2016.** Dispõe sobre as regras a serem observadas pelas Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde nas solicitações de procedimentos e/ou serviços de cobertura assistencial apresentados pelos beneficiários, em qualquer modalidade de contratação. Rio de Janeiro: ANS, 2016b. Disponível em: <  
<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=M zE2OA==>>; Acesso em: 29/06/2018;

\_\_\_\_\_. **Resolução Normativa – RN nº 424 de 26 de Junho de 2017.** Dispõe sobre critérios para a realização de junta médica ou odontológica formada para dirimir divergência técnico-assistencial sobre procedimento ou evento em saúde a ser coberto pelas operadoras de planos de assistência à saúde. Rio de Janeiro: ANS, 2017. Disponível em:  
<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=M zQzOQ>; Acesso em: 29/06/2018;

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Laboratórios de inovação sobre experiências em atenção primária na saúde suplementar**. Rio de Janeiro, 2018;

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Glossário do Ministério da Saúde: projeto de terminologia em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 142 p. Série F. Comunicação e Educação em Saúde;

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS)**. Brasília, 2016.

Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_infor\\_informatica\\_saude\\_2016.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_infor_informatica_saude_2016.pdf)>;

\_\_\_\_\_. **Portaria Nº 4.279, de 30 de Dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2010. Disponível em: < [http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2011/img/07\\_jan\\_portaria4279\\_301210.pdf](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf)>; Acesso em: 29/06/2018;

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 1.646, de 2 de outubro de 2015**. Institui o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Brasília, 2015. Disponível em: < [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1646\\_02\\_10\\_2015.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1646_02_10_2015.html)>. Acesso em: 29/06/2018;

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. CASA CIVIL. **Decreto nº 6.523, de 31 de julho de 2008**. Regulamenta a Lei no 8.078, de 11 de setembro de 1990, para fixar normas gerais sobre o Serviço de Atendimento ao Consumidor – SAC. Brasília, 2008. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2007-2010/2008/decreto/d6523.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2008/decreto/d6523.htm)>. Acesso em: 29/06/2018;

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990**. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/18078.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/18078.htm)>;

\_\_\_\_\_. **Lei nº 13.003, de 24 de junho de 2014**. Altera a Lei no 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, com a redação dada pela Medida Provisória no 2.177-44, de 24 de agosto de 2001, para tornar obrigatória a existência de contratos escritos entre as operadoras e seus prestadores de serviços. Brasília, 2014. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Ato2011-2014/2014/Lei/L13003.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Ato2011-2014/2014/Lei/L13003.htm)>;

FERNANDES, I.A; et al. **Análise Comparativa da Auditoria Aplicada Pela Enfermagem**. Revista Gestão & Saúde, Curitiba, 2013;

INTITUTE OF MEDICINE (IOM). **To Err is Human: Building a Safer Health System**. The National Academy of Sciences, 1999;



MENDES, E.V. **As redes de atenção à Saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011;

MURRAY, M., TANTAU C. **Same-day appointments: exploding the access paradigm**. *Fam Pract Manag.* 7(8):45-50, 2000;

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Relatório mundial de saúde 2008: atenção primária em saúde agora mais do que nunca**. OMS, 2008.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS - Contribuições para o debate**. Brasília: OPAS, 2011;

OUVERNEY, A.M e NORONHA, J.C. **Modelos de organização e gestão da atenção à saúde: redes locais, regionais e nacionais. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013;

QUALIHOSP – CONGRESSO INTERNACIONAL DE QUALIDADE EM SERVIÇOS E SISTEMAS DE SAÚDE. **Perspectivas da qualidade em redes de atenção à saúde**. Anais 2013. São Paulo, 2013;

ROCHA S.A, BOCCHI S.C.M, GODOY, M.F. **Acesso aos cuidados primários de saúde: revisão integrativa**. *Physis: Revista de Saúde Coletiva.* 26(1):87-111, 2016;

VIANA, C.D; *et al.* **Implantação da Auditoria Concorrente de Enfermagem: Um Relato de Experiência**. *Texto Contexto Enfermagem*, 2016;

VIDAL T.B. **O acesso avançado e sua relação com o número de atendimentos médicos em atenção primária à saúde**. (Dissertação – Mestrado). Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013;

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Integrated health services - what and why?** Technical Brief No.1, May, 2008.

### 3. Gestão em Saúde

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

#### 3.1 Política de Qualidade e Segurança do Paciente

##### **Interpretação:**

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

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

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

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

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

**3.1.1 A Operadora formaliza em seus contratos cláusulas de adoção pelos prestadores de serviços de um plano de segurança do paciente (PNSP).**



**Interpretação:**

A ANVISA define o plano de segurança do paciente como o documento que expressa a relevância que a Segurança do Paciente possui na organização, por meio da definição de prioridades na implementação de práticas de segurança, na gestão de riscos e redesenho de processos, na identificação de estratégias que conectem a liderança e os profissionais da linha de frente do cuidado, nas necessidades de formação e de avaliação da cultura de segurança do paciente. Aponta situações de risco mais importantes e descreve as estratégias e ações definidas pelo serviço de saúde para a gestão de risco visando a prevenção e a mitigação de incidentes em todas as fases de assistência ao paciente (ANVISA, 2016).

O Plano de Ação em Segurança do Paciente é um documento exigido para os estabelecimentos de saúde, desde a publicação da RDC nº36/2013 da ANVISA. Devem ser desenvolvidos pelos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) e tem o intuito de nortear as ações de segurança do paciente na instituição, pois aponta situações de risco e descreve as estratégias e ações definidas pelo serviço de saúde para a gestão de risco, visando a prevenção e a mitigação dos incidentes, desde a admissão até a transferência, a alta ou o óbito do paciente no serviço de saúde (ANVISA, 2013).

O plano de segurança do paciente das organizações de saúde deve, segundo a norma publicada pela ANVISA, estabelecer estratégias e ações para a gestão de risco conforme as atividades desenvolvidas pelo serviço, com o objetivo de avaliar, monitorar e comunicar os riscos; estabelecer estratégias para melhorar a segurança do paciente no ambiente de serviços de saúde, entre outros (ANVISA, 2013).

Embora exista a obrigatoriedade de estruturação de planos de segurança do paciente pela ANVISA, torna-se necessário o incentivo à criação dos mesmos, de forma a aumentar a adesão dos prestadores de serviços de saúde ao mecanismo útil para o aumento da segurança em ambientes de saúde.

**Formas de Obtenção de Evidências:**

Verificação da existência de cláusulas de adoção de plano de segurança do paciente por parte dos prestadores nos contratos. O incentivo a ser utilizado nos contratos para induzir à adoção de boas práticas em segurança do paciente deve ser aplicado a toda a rede (definição no contrato de: ex.: novos modelos de remuneração, desfechos clínicos e excelência no atendimento a padrões e protocolos) - sistema de indicadores de performance e desfecho/ relatórios com os padrões utilizados / protocolos.

**3.1.2 A Operadora formaliza em seus contratos com sua rede prestadora de serviços cláusulas de adoção de protocolos e diretrizes clínicos e protocolos de segurança do paciente baseados em evidências e validados por entidades nacionais e internacionais de referência.**


**Interpretação:**

Protocolos e Diretrizes, elaborados pelo Ministério da Saúde e por sociedades médicas de especialidades, orientam a prática clínica. Comumente, estes documentos oficiais estabelecem como devem ser realizados o diagnóstico, o tratamento (com critérios de inclusão e exclusão definidos) e o

acompanhamento dos pacientes (follow-up), de acordo com a patologia ou linhas de cuidado. Normalmente, estes incluem informações sobre medicamentos, exames e demais terapias e são elaborados a partir de dados confiáveis, baseados em evidências científicas atuais. Esses protocolos devem ser utilizados por profissionais de saúde da rede, e devem estar disponíveis para consulta em locais de fácil acesso das unidades de saúde. Devem ser também compartilhados pelas operadoras de planos privados de saúde para sua rede própria ou credenciada.

**Formas de Obtenção de Evidências:**

Verificação no contrato da existência de cláusulas de adoção de protocolos, baseados em evidências científicas por parte dos prestadores. O incentivo a ser utilizado nos contratos para induzir à adoção de boas práticas em segurança do paciente deve ser aplicado a toda a rede (definição no contrato de: ex.: novos modelos de remuneração, desfechos clínicos e excelência no atendimento a padrões e protocolos) - sistema de indicadores de performance e desfecho/ relatórios com os padrões utilizados / protocolos.

3.1.3	<b>A Operadora formaliza em seus contratos com sua rede prestadora de serviços hospitalares e de serviços de apoio diagnóstico e terapia cláusulas de monitoramento de indicadores de qualidade e segurança do paciente pelo prestador.</b>	
-------	---	---


**Interpretação:**



Várias abordagens têm sido utilizadas internacionalmente para compreender, medir e controlar os problemas de segurança do paciente. Um deles é o desenvolvimento de indicadores para mensuração e monitoramento do nível de segurança (THE HEALTH FOUNDATION, 2013), cujo objetivo é identificar problemas ou oportunidades de melhoria, comparar instituições e controlar o efeito das eventuais intervenções. Bons indicadores de segurança do paciente precisam ser válidos, confiáveis e úteis (apropriados) para identificar riscos assistenciais, orientar a tomada de decisão e detectar o alcance e a manutenção das melhorias propostas. (GAMA, 2016).

A utilização de indicadores de mensuração de qualidade e de segurança do paciente é uma prática difundida na saúde e com recomendações internacionais. Portanto, o incentivo ao uso de indicadores para monitoramento da qualidade e da segurança do paciente pelos prestadores torna-se uma recomendação importante para melhorar a prestação de serviços em saúde.

**Formas de Obtenção de Evidências:**

Verificação no contrato da existência de cláusulas de monitoramento dos padrões de qualidade e segurança via indicadores. O incentivo a ser utilizado nos contratos para induzir à adoção de boas práticas em segurança do paciente deve ser aplicado a toda a rede (definição no contrato de: ex.: novos modelos de remuneração, desfechos clínicos e excelência no atendimento a padrões e protocolos) - sistema de indicadores de performance e desfecho/ relatórios com os padrões utilizados / protocolos.

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


3.1.5	<b>A Operadora verifica e acompanha a manutenção da regularidade de funcionamento da rede de prestadores junto aos órgãos competentes.</b>	
<p><b>Interpretação:</b></p> <p>Os órgãos de regulação da atividade profissional (Conselhos Profissionais) são responsáveis pelo estabelecimento de requisitos e mecanismos que assegurem o exercício eficaz da profissão, de modo a apresentar à sociedade um profissional com as garantias que correspondam aos parâmetros éticos e técnicos exigidos pelos Conselhos Profissionais (BRASIL, 2013b).</p> <p>Por sua vez, o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária – SNVS é o responsável pelo licenciamento sanitário de estabelecimentos de saúde, sem o qual não podem operar e oferecer serviços aos pacientes. O licenciamento sanitário garante que uma instituição de saúde atende a padrões mínimos, a fim de proteger a saúde e a segurança da população (ANVISA, 2018).</p>		
<p><b>Formas de Obtenção de Evidências:</b></p> <p>Os procedimentos de contratualização da rede de prestadores de serviço devem contemplar: (1) para os profissionais de saúde que atuam em consultórios isolados: o registro no Conselho Profissional correspondente e a licença sanitária do consultório isolado; (2) para os estabelecimentos de saúde (excetuando-se os consultórios isolados): licença de funcionamento sanitário, anotação de responsabilidade técnica e inscrição da empresa junto ao(s) Conselho(s) Profissional(ais) correspondente(s). Igualmente, devem ser considerados nestes procedimentos outras autorizações, certificações, alvarás e licenciamentos exigidos pela legislação municipal, estadual e federal, de acordo com a área de abrangência geográfica dos produtos da operadora.</p> <p>Do mesmo modo, deve haver procedimentos documentados para verificação da renovação do registro junto aos Conselhos Profissionais correspondentes dos profissionais que atuam em consultórios isolados e, para os demais estabelecimentos de saúde, renovação da licença sanitária, certificado de anotação de responsabilidade técnica, certificado de inscrição da empresa junto ao(s) Conselho(s) Profissional(ais) e de outras autorizações, certificações, alvarás e licenciamentos concedidos por período determinado.</p>		
3.1.6	<b>A Operadora adota política de incentivo (financeiros ou não financeiros) para estimular adoção de prontuário eletrônico pela rede prestadora.</b>	
<p><b>Interpretação:</b></p> <p>Segundo o Institute of Medicine: “O registro computadorizado de paciente é ‘um registro eletrônico de paciente que reside em um sistema especificamente projetado para dar apoio aos usuários através da disponibilidade de dados completos e corretos, lembretes e alertas aos médicos, sistemas de apoio à decisão, links para bases de conhecimento médico, e outros auxílios’.” (HANKEN e WATERS, 1999).</p>		

São numerosas as vantagens de um prontuário eletrônico em relação ao baseado em papel, que vão desde questões ligadas ao melhor acesso, até maior segurança e, principalmente, oferta de novos recursos, os quais são impossíveis de existir no prontuário em papel, tais como: apoio à decisão, troca eletrônica dos dados entre instituições, etc (FARIAS, 2011). É possível também, através do prontuário eletrônico, obter-se uma melhoria na qualidade da assistência à saúde do paciente, melhor gerenciamento dos recursos, melhoria de processos administrativos e financeiros e, ainda, a possibilidade para avaliação da qualidade.

Observa-se que o prontuário eletrônico pode ser classificado como uma inovação administrativa (DJELLAL e GALLOUJ, 2007; BIRKINSHAW, HAMEL e MOL, 2008). Este tipo de inovação propicia reorganização administrativa e logística e, com a introdução de um sistema de prontuário eletrônico, outros sistemas que compõem a gestão hospitalar, por exemplo, controle de pacientes, de uso de medicamentos e custos, ganham mais rigor e correção, uma vez que as informações dos pacientes são registradas em um sistema de informações que integra as áreas assistencial e administrativa, com possibilidade de gerar indicadores de performance para essas áreas. Essas vantagens foram apontadas na literatura por Sittig, Kuperman e Fiskio (1999); Costa (2001); Massad, Marin e Azevedo Neto (2003).

**Formas de Obtenção de Evidências:**

Verificação no contrato o registro de incentivo a adoção do prontuário eletrônico.

3.1.7	<b>A Operadora estimula, por meio de incentivos financeiros ou não financeiros, a participação dos seus prestadores de serviços em programas de capacitação e educação continuada em saúde, com o objetivo de melhorar os resultados da atenção à saúde.</b>	
-------	--	---

**Interpretação:**

A educação continuada tem servido como espaço para pensar e executar a formação e o desenvolvimento pessoal, profissional e das equipes de saúde, com vistas a trabalhar os elementos que conferem à integralidade da atenção à saúde.

Além da necessidade da criação de programas de educação continuada em saúde, a literatura aponta também a necessidade de realizar avaliações periódicas e monitoramento do mesmo para verificar sua eficácia. Primeiro, pelo fato de que, ao se analisar e trabalhar com problemas e situações complexas do processo de trabalho, existe a possibilidade de que as mudanças efetivas se revertam. Segundo, porque a avaliação contínua do programa é uma ferramenta importante para se identificar as necessidades de intervenções e mudanças (COTRIM-GUIMARÃES, 2009).

Ao propor um programa de educação continuada, a operadora deve também comprometer-se com a avaliação dos resultados do mesmo e com a realização de adaptações que sejam necessárias para o melhor aproveitamento do programa.

**Formas de Obtenção de Evidências:**

Verificação de documentação que comprove o apoio e incentivo financeiro à educação continuada dos prestadores de serviço da rede da operadora.

**3.1.8 A operadora monitora indicadores de qualidade e segurança do paciente de sua rede prestadora de serviços hospitalares e serviços de apoio diagnóstico e terapia, incluindo indicadores do IDSS e estabelece planos de ação, sempre que necessário.**

**Interpretação:**

A qualidade é um conceito multidimensional, que requer diferentes abordagens para a sua avaliação. O uso de indicadores de qualidade permite o monitoramento do desempenho dos serviços de saúde, a programação de ações de melhoria de qualidade e orienta os pacientes para que realizem escolhas mais bem informadas (GOUVÊA, 2010; MAINZ, 2003; CAMPBELL, 2002). A inclusão de indicadores de segurança nos programas de monitoramento da qualidade representa uma importante estratégia para orientar medidas que promovam a segurança do paciente hospitalizado (GOUVÊA, 2010).

O monitoramento dos resultados dos indicadores implementados é tão ou mais importante que a implementação da coleta dos mesmos, pois é através da análise dos indicadores que se pode estabelecer modificações nos planos de ação.

Estudos de revisão sistemática reforçam a importância de desenvolver indicadores de segurança do paciente, com base na melhor evidência científica disponível e de adaptá-los à realidade de cada país para garantir sua viabilidade. Esse processo deve considerar variações culturais e da prática clínica, a disponibilidade dos sistemas de informação e a capacidade de hospitais e sistemas de saúde para implementar programas de monitoramento da qualidade efetivos, além da participação de diferentes grupos representativos nos processos de desenvolvimento de indicadores, como os consumidores (GOUVÊA, 2010).

Os indicadores de saúde foram desenvolvidos para facilitar a quantificação e a avaliação das informações produzidas com tal finalidade. Em termos gerais, os indicadores são medidas-síntese que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde. Vistos em conjunto, devem refletir a situação sanitária de uma população e servir para a vigilância das condições de saúde (DATASUS, 2008).

Se gerados de forma regular e manejados em um sistema dinâmico, os indicadores são instrumentos valiosos para a gestão e avaliação da situação de saúde, em todos os níveis (RIPSA, 2008). Um conjunto de indicadores se destina a produzir evidência sobre a situação sanitária e suas tendências, como base empírica para identificar grupos humanos com maiores necessidades de saúde, estratificar o risco epidemiológico e identificar áreas críticas (OPAS, 2001; RIPSA, 2008). Constitui, assim, insumo para o estabelecimento de políticas e prioridades melhor ajustadas às necessidades da população.



O uso de indicadores em saúde pode servir, ainda, para comparar o observado em determinado local com o observado em outros locais ou com o observado em diferentes tempos (VAUGHAN, 1992). Portanto, a construção de indicadores de saúde é necessária para: analisar a situação atual de saúde; fazer comparações; e avaliar mudanças ao longo do tempo.

**Formas de Obtenção de Evidências:**

Verificação da existência de programa de monitoramento de indicadores de qualidade e segurança do paciente por parte da operadora da sua rede prestadora de serviços de saúde, inclusive dos indicadores do IDSS.

Além disso, a análise de conformidade deste item deve levar em consideração a existência de plano de ação com a possibilidade de solução de problemas-chave que possam ser encontrados por meio do monitoramento.

### 3.2 Coordenação e Integração do cuidado

**Interpretação:**

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


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

A segmentação dos sistemas de saúde tem graves consequências para a população, tais como problemas de iniquidade e ineficiência na prestação do cuidado, com duplicidade de funções, desarticulação da rede de atenção, prejudicando o acesso aos níveis de atenção mais complexos, e, portanto, descontinuidade e fragmentação do cuidado (SILVA, 2014; CONILL, 2007). Além disso, o

envelhecimento populacional e o aumento da longevidade podem implicar em serviços de custo mais altos, e os sistemas integrados de saúde representaram uma importante oportunidade para a obtenção de melhores resultados sanitários e maior custo/efetividade para esse grupo de pessoas (MENDES, 2011). Os sistemas integrados ou redes de atenção à saúde têm produzido resultados significativos em diversos países e são apontados como eficazes tanto em termos de organização interna (alocação de recursos, coordenação clínica, etc.), quanto em sua capacidade de fazer face aos desafios mais recentes do cenário socioeconômico, demográfico, epidemiológico e sanitário, tais como o crescimento proporcional das doenças crônicas, a elevação dos custos de tecnologias, as necessidades especiais advindas do envelhecimento populacional, etc (VERAS, 2011).

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

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

3.2.1	<b>A operadora coordena as ações e serviços da sua rede assistencial de modo integrado, adotando mecanismos de referência e contra referência que possibilitam o acesso oportuno e qualificado dos beneficiários aos diferentes níveis de atenção.</b>	
-------	--	---

**Interpretação:**  
 O sistema de referência e contra referência em saúde foi criado para melhorar a atenção global ao paciente. Através de uma troca de informações eficaz entre os diferentes níveis de assistência, permite-se a criação de um ambiente favorável à abordagem do paciente como um todo (SANTOS, 2015).  
 Os sistemas de acesso regulado à atenção à saúde constituem-se de estruturas operacionais que medeiam uma oferta determinada e uma demanda por serviços de saúde, de forma a racionalizar o acesso de acordo com graus de riscos e normas definidas em protocolos de atenção à saúde e em fluxos assistenciais. Os sistemas de acesso regulado à atenção à saúde têm os seguintes objetivos: organizar o acesso de forma equitativa, transparente e com segurança; organizar o acesso com foco na pessoa usuária; desenvolver e manter atualizados protocolos de atenção à saúde organizadores do processo de regulação do acesso; instrumentalizar os fluxos e processos relativos aos procedimentos operacionais de regulação do acesso; implementar uma rede informatizada de suporte ao processo de regulação do acesso; manter um corpo de profissionais capacitados para a regulação do acesso; e gerar sistemas de monitoramento e avaliação de suas atividades através da geração de relatórios padronizados (CONTANDRIOPOULOS, 1997; OPAS,2011; MENDES, 2002).


Referência se caracteriza como o processo de encaminhamento do paciente para níveis mais complexos e especializados da assistência. Contra referência é definida como o processo inverso, no qual o indivíduo é encaminhado de níveis mais complexos para os níveis primários da assistência (FRATINI, 2008; SILVA, 2010).

Um dos fundamentos para a coordenação do cuidado em redes de assistência à saúde é garantir a articulação e a integração entre os pontos de atenção no território e, para o cumprimento desse fundamento, identifica-se uma estreita relação com a operacionalização de um fluxo sistemático e eficiente de referência e contra referência atuante e que envolva os pontos de atenção da microrregião (PEREIRA, 2016).

Um modelo eficiente de referência e contra referência tem como consequências: a maior humanização do cuidado em saúde, a manutenção dos vínculos entre pacientes, profissionais de saúde e as famílias (MENDES, 2011; FRATINI, 2008; ALMEIDA, 2013).

**Formas de Obtenção de Evidências:**

Verificar a implementação de um sistema de referência e contra referência implementado pela Operadora.

<b>3.2.2</b>	<b>A operadora conta com área de coordenação das ações em saúde composta por profissional de saúde com formação ou experiência profissional em gestão em saúde ou saúde coletiva.</b>	
--------------	---	--


A coordenação do cuidado como a articulação entre os diversos serviços e ações relacionados à atenção à saúde de maneira que, independentemente do local onde seja prestado, esteja sincronizado e voltado ao alcance de um objetivo comum (NUÑES et al., 2006 apud OLIVEIRA, 2013).

Para que a operadora operacionalize a sincronização entre os prestadores de serviços do mesmo ou de diferentes níveis de atenção, é fundamental a existência área de coordenação/gestão das ações em saúde.

**Formas de Obtenção de Evidências:**

Comprovar a existência de uma área de coordenação das ações em saúde.

A área deve contar com um ou mais profissionais de saúde com experiência ou formação em gestão em saúde ou saúde coletiva com a função de alinhar as ações nos diversos níveis de atenção à saúde, facilitar a comunicação entre os diversos profissionais de saúde envolvidos e garantir a continuidade e a integralidade do cuidado.

<b>3.2.3</b>	<b>A Operadora realiza o acompanhamento de pacientes crônicos ou complexos após ocorrência de ida à emergência ou alta de internação hospitalar.</b>	
--------------	--	---

**Interpretação:**


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

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

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

**Formas de Obtenção de Evidências:**

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

3.2.4	<b>A Operadora possui política estabelecida com critérios de elegibilidade para atenção domiciliar e cuidados paliativos com o objetivo de evitar ou abreviar o período de internação.</b>	
-------	--	---

**Interpretação:**

No Brasil, a internação domiciliar tem sido um dos programas mais utilizados para a desospitalização do idoso e o mais amplamente recorrido pelo sistema de saúde suplementar (ANDRAOS, 2013; VERAS, 2008).

A assistência domiciliar, desta forma, assume lugar como uma das alternativas de cuidado, com motivação inicial de descongestionar os hospitais e proporcionar a construção de nova lógica de

atenção, com enfoque em ambiente psicossocial mais favorável aos pacientes e familiares, com promoção e prevenção à saúde e na humanização da atenção (VERAS, 2008; BAJOTTO, 2012). A atenção domiciliar abrange desde a promoção da saúde até a recuperação dos indivíduos acometidos por um agravo e que estão situados em seus respectivos domicílios (VERAS, 2012; LACERDA, 2006). O Ministério da Saúde estabelece uma série de critérios de inclusão, exclusão e alta para serviços de atenção domiciliar (BRASIL, 2013c). Critérios e condições de elegibilidade são um conjunto de elementos e informações que permitem avaliar o enquadramento do paciente na atenção domiciliar. (BRASIL, 2012b). O Ministério da Saúde sugere, ainda, dividir os critérios de elegibilidade em clínicos e administrativos: os critérios clínicos dizem respeito à situação do paciente, aos procedimentos necessários ao cuidado e à frequência de visitas de que necessita. Os critérios administrativos se referem aos quesitos administrativos/operacionais/legais necessários para que o cuidado em domicílio seja realizado, o que inclui residir no município e possuir ambiente domiciliar minimamente adequado e seguro para receber o paciente (BRASIL, 2012b).

#### **Formas de Obtenção de Evidências:**

Avaliar o programa de atenção domiciliar da operadora, de forma a verificar se existem critérios de elegibilidade e se estes estão de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde, especialmente no que diz respeito às doenças de perfil prevalente na Atenção Domiciliar, que segundo o Ministério da Saúde são: Pacientes com processos crônicos reagudizados (cardiopatas, síndromes de imunodeficiência adquirida, hepatopatias crônicas, neoplasias, doença pulmonar obstrutiva crônica, demência avançada e doenças terminais); pacientes em processo pós-cirúrgico imediato e tardio (cirurgias de pequeno, médio e grande porte, pós-cirurgia tardia com complicações, pós-operatório de ortopedia e traumatologia); pacientes em tratamento de grandes úlceras; pacientes em situações agudas (pneumonias, pielonefrites, doenças vasculares e neurológicas); pacientes em nutrição parenteral, ventilação mecânica não invasiva e antibioticoterapia domiciliar; e pacientes em cuidados paliativos (Brasil, 2012b).

### **3.3 Programa de Gestão do Cuidado de Condições Crônicas de Saúde**

#### **Interpretação:**

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

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


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

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

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

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

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


<b>3.3.1</b>	<b>A operadora possui documento técnico descrevendo o Programa de Gestão do Cuidado de Condições Crônicas de Saúde contendo metodologia, população-alvo e cronograma.</b>	
--------------	---	---

**Interpretação:**  
Um programa de gerenciamento de doenças para atingir os seus objetivos precisa estar alinhado às expectativas dos participantes. O sucesso depende diretamente dos benefícios cobertos, dos incentivos

oferecidos e da participação institucional. Isso porque a atenção à saúde de forma organizada e coletiva parece apresentar resultados mais positivos do que se o indivíduo cuidasse isoladamente da sua condição de saúde. Alguns programas de gerenciamento de doenças falham em seus objetivos exatamente por não serem endereçados às necessidades individuais de cada paciente (SILVA, 2012). Assim, de acordo com a literatura publicada acerca do tema, percebe-se a importância da criação e divulgação de documento técnico descrevendo detalhadamente o Programa de Gestão do Cuidado de Condições Crônicas de Saúde, bem como a metodologia utilizada, cronograma e população-alvo.

**Formas de Obtenção de Evidências:**

A operadora deve comprovar possuir documento técnico com detalhes sobre o Programa de Gestão, especialmente no que se refere à metodologia a ser utilizada, cronograma e população-alvo. É importante também que o Programa seja divulgado aos beneficiários de forma clara e compreensível pela população leiga.

3.3.2	<b>A operadora possui estudo epidemiológico e demográfico da carteira que justifique a escolha da população-alvo abordada no Programa.</b>	
-------	--	---

**Interpretação:**


Elaborar programas implica em definir os objetivos, as áreas de atenção que serão abordadas, a população que será contemplada, as ações que serão implementadas e os resultados desejados (ANS, 2011a).

A partir da análise das informações disponíveis na operadora, é possível iniciar o delineamento dos programas para promoção de saúde e prevenção de risco e doenças. Para tal, é necessário definir a população para a qual se destina o programa. Esta população poderá ser definida conforme alguns critérios, entre eles: faixa etária; sexo; presença de agravos ou fatores de risco; prevalência de doenças; indivíduos com comorbidades e risco de maior demanda assistencial; pessoas em fases ou ciclos da vida que requeiram atenção especial. O estudo epidemiológico e demográfico da carteira da Operadora é necessário para adequar as ações às necessidades dos beneficiários (ANS, 2011a).



**Formas de Obtenção de Evidências:**

Comprovação da existência de estudos epidemiológicos e demográficos desenvolvidos pela Operadora, no sentido de pesquisar as populações alvo a serem consideradas para a elaboração de Programas específicos para gestão de doenças crônicas.

A Operadora deve demonstrar os critérios utilizados e comprovar que estes foram criados seguindo evidências e boas práticas que justifiquem a criação do grupo de público-alvo, mostrando evidências que comprovem a escolha. Por exemplo: dados epidemiológicos com histórico de utilização da carteira.

3.3.3	<b>A operadora utiliza as informações demográficas e epidemiológicas para realizar a busca ativa de beneficiários para o Programa.</b>	
-------	--	---



<b>Interpretação:</b>		
<p>Além da definição da população-alvo, é necessário que seja realizada busca de beneficiários que possam se favorecer da participação no Programa. Em publicação do laboratório de inovação, a ANS identificou que essa é uma das estratégias mais utilizadas para captação de beneficiários para Programas de prevenção e promoção da saúde (ANS, 2014). A utilização de indicadores de mensuração de qualidade e de segurança do paciente é uma prática difundida na saúde e com recomendações internacionais. Portanto, o incentivo ao uso de indicadores para monitoramento da qualidade e da segurança do paciente pelos prestadores torna-se uma recomendação importante para melhorar a prestação de serviços em saúde.</p> <p>Além de definir o perfil da carteira de beneficiários, o sistema de informação utilizado pela operadora deve ser capaz de contribuir para o monitoramento do programa e o acompanhamento da sua execução, levando em conta o andamento das atividades programadas e a participação dos beneficiários.</p>		
<b>Formas de Obtenção de Evidências:</b>		
<p>A avaliação deste item deve considerar o sistema de informação da Operadora e a comprovação de estratégias de busca ativa, através dos estudos demográficos e epidemiológicos para captação de beneficiários para os programas. A OPS deve comprovar a realização de busca ativa, através do envio de correio eletrônico, telefonemas, cartas enviadas tanto para os beneficiários quanto para a rede de prestadores de serviços de saúde.</p>		
<b>3.3.4</b>	<b>A Operadora fornece material explicativo contendo informações relevantes aos beneficiários elegíveis do programa.</b>	
<b>Interpretação:</b>		
<p>O envio de material explicativo com informações sobre o Programa, além de ser uma das formas de captação de beneficiários, pode auxiliar o entendimento e a adesão dos indivíduos ao conteúdo para participação no Programa.</p> <p>Outros Programas da ANS exigem que seja realizado envio de material explicativo sobre o Programa como forma de captação de beneficiários elegíveis (ANS, 2011a).</p>		
<b>Formas de Obtenção de Evidências:</b>		
<p>A análise deste item deve auditar o material, quanto ao estabelecido no requisito, e evidenciar a entrega (através de mailing, registro em prontuário, aviso de recebimento, assinatura em protocolos ou outros meios que garantam a comprovação da ciência). O auditor deve ainda avaliar o sistema de gestão de documentação implantado para verificar a adequação do documento ao requisito (verificar se este contém detalhamento suficiente sobre o Programa, com informações sobre desligamento de beneficiários do programa, recusa de participação, entre outros).</p>		
<b>3.3.5</b>	<b>O Programa adota protocolos e diretrizes clínicas baseados em evidência e validados por entidades nacionais e internacionais de referência.</b>	



**Interpretação:**

O avanço tecnológico na área da saúde proporciona inúmeras opções diagnósticas e terapêuticas para o cuidado à saúde. Entretanto, esta variabilidade não necessariamente está relacionada às melhores práticas assistenciais e às melhores opções de tratamento.

As diretrizes clínicas são recomendações desenvolvidas de maneira sistemática, com o objetivo de auxiliar profissionais de saúde e pacientes, na tomada de decisão em relação à alternativa mais adequada para o cuidado à saúde em circunstâncias clínicas específicas (FIELD, LOHR e INSTITUTE OF MEDICINE, 1990). São desenvolvidas com o objetivo de sintetizar e sistematizar as evidências científicas em relação à prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de uma determinada condição ou doença e propor recomendações para o atendimento efetivo e seguro dos pacientes. Os protocolos clínicos, por sua vez, são adaptações das recomendações e orientações das diretrizes para os serviços em particular e definem fluxos de atendimento e algoritmos voltados para garantir o melhor cuidado em determinado serviço de saúde. Os protocolos clínicos são fixos, numa parte do processo da condição ou doença e, em geral, num único ponto de atenção à saúde (MENDES, 2007).



A aplicação de protocolos clínicos permite a implementação de recomendações válidas, preconizadas nas diretrizes clínicas, padronizando o fluxo e as principais condutas diagnósticas e terapêuticas para uma condição clínica específica. A aplicação das recomendações das diretrizes clínicas por meio de protocolos clínicos aumenta a efetividade na assistência assim como a segurança. Deste modo, as diretrizes e os protocolos clínicos contribuem para melhorar a qualidade das decisões clínicas e para uniformizar as condutas, com resultados significativos sobre o cuidado à saúde, diminuindo a morbidade e a mortalidade e aumentando a qualidade de vida e a segurança dos pacientes.

Entretanto, a adoção de diretrizes clínicas de má qualidade, baseadas em conhecimento científico incompleto ou mal interpretado, ou desatualizadas, podem incentivar a disseminação de procedimentos ineficazes ou que põem em risco a segurança dos pacientes. É necessário que as diretrizes e os protocolos clínicos adotados tenham alcançado os requisitos necessários para assegurar uma boa validade interna e externa, avaliados criticamente por meio de instrumentos validados como o Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II (AGREE II) (KAHN, STEIN, 2014).

**Formas de Obtenção de Evidências:**

Buscar comprovações de que as rotinas e os fluxos dos cuidados dos serviços de saúde e as ações, condutas e procedimentos dos profissionais de saúde destes serviços estão em conformidade com as diretrizes e protocolos clínicos definidos pelo Programa de Gestão do Cuidado de Condições Crônicas de Saúde.

O auditor deve verificar se as diretrizes e os protocolos adotados foram validados pelo AGREE-II ou outro instrumento confiável.

3.3.6	<b>Existe um coordenador/gestor do cuidado do Programa na operadora.</b>	
<p><b>Interpretação:</b></p> <p>Define-se a coordenação do cuidado como a articulação entre os diversos serviços e ações relacionados à atenção à saúde de maneira que, independentemente do local onde seja prestado, esteja sincronizado e voltado ao alcance de um objetivo comum (NUÑES et al., 2006 apud OLIVEIRA, 2013).</p> <p>Para atingir esta sincronização entre os prestadores de serviços do mesmo ou de diferentes níveis de atenção, é importante a existência do coordenador/gestor do cuidado num Programa de Gerenciamento de Condições Crônicas de Saúde. Compete a este coordenador/gestor a ordenação dos fluxos e dos contrafluxos nos diversos níveis da rede de prestadores de serviço. Para tanto, é essencial que o mesmo tenha fácil acesso às informações a respeito de problemas e atendimentos anteriores das pessoas com doenças crônicas, tendo em conta que este histórico está relacionado às necessidades para os atendimentos presentes (STARFIELD, 2002).</p> <p>Desse modo, o coordenador/gestor do cuidado exerce um papel de facilitador da integração da atenção básica/primária com a atenção ambulatorial especializada e a atenção hospitalar no cuidado às pessoas com doenças crônicas (MENDES, 2012), superando a atuação fragmentada e pouco coordenada característica da Saúde Suplementar brasileira.</p> <p>Na perspectiva do beneficiário, a coordenação do cuidado possibilita que as distintas intervenções sejam percebidas e vivenciadas como continuidade assistencial e que suas necessidades de atenção à saúde, além de suas expectativas pessoais, sejam adequadamente atendidas (ALMEIDA, 2010).</p>		
<p><b>Formas de Obtenção de Evidências:</b></p> <p>Comprovar a existência de um coordenador/gestor de integração do cuidado do Programa. O coordenador/gestor deve ser um profissional de saúde com a função de alinhar as ações nos diversos níveis de atenção à saúde, facilitar a comunicação entre os diversos profissionais de saúde envolvidos e garantir a continuidade e a integralidade do cuidado às pessoas com doenças crônicas.</p>		
3.3.7	<b>O Programa realiza avaliação clínica inicial e avaliações periódicas de acordo com o protocolo estabelecido e necessidades individuais dos beneficiários.</b>	
<p><b>Interpretação:</b></p> <p>As avaliações são importantes pontos de partida e de acompanhamento na atenção à saúde. Tendo como propósito fundamental dar suporte aos processos decisórios no âmbito do sistema de saúde, deve subsidiar a identificação de problemas e a reorientação de ações e serviços desenvolvidos, avaliar a incorporação de novas práticas sanitárias na rotina dos profissionais e mensurar o impacto das ações implementadas pelos serviços e programas sobre o estado de saúde da população, a avaliação em saúde deve ser um instrumento institucionalizado nos Programas de Saúde (BRASIL, 2005).</p>		

Tendo como base políticas já implementadas, a ANS propõe que uma das ações mais importantes dentro do modelo de cuidado ao idoso é sem dúvida a avaliação funcional. Ela deve ser realizada logo ao iniciar o paciente na rede e repetida regularmente ou quando for necessária dentro das etapas do cuidado. Estudos têm demonstrado que medidas de avaliação da capacidade funcional são importantes preditores para o prognóstico e desfecho de internação para o idoso (ANS, 2016). Assim como na atenção ao idoso, a avaliação inicial e periódica é de extrema importância no acompanhamento de doenças crônicas, identificando sintomas precocemente e dando maior subsídio a estratégias de acompanhamento e modificações na qualidade de vida da pessoa

**Formas de Obtenção de Evidências:**

Para análise deste item, o auditor deve buscar comprovações de avaliações iniciais e periódicas realizadas de forma sistemática com os pacientes participantes do programa. A busca deve envolver pesquisas em prontuários e nos sistemas de informação que tratam do acompanhamento do programa.

3.3.8	<b>As ações realizadas são formalmente registradas para cada beneficiário.</b>	
-------	--	---


**Interpretação:**

A importância do registro em saúde teve seu início na prática clínica, na qual os profissionais de saúde identificaram a necessidade de recorrer à história clínica e evolutiva para acompanhamento dos doentes. Estratégico para a decisão clínica e gerencial, para o apoio à pesquisa e formação profissional, atualmente o registro é considerado critério de avaliação da qualidade da prestação de serviço de saúde, isto é, a qualidade dos registros efetuados é reflexo da qualidade da assistência prestada, sendo ponto chave para informar acerca do processo de trabalho. Destina-se, ainda, ao subsídio dos processos de gestão, ao ensino e à pesquisa em saúde; à formulação, implementação e avaliação de políticas públicas; além de documentar demandas legais (VASCONCELLOS, 2008). Estudos relatam associação entre uso de registro em saúde com melhoria da qualidade do cuidado, na estrutura organizacional e na comunicação entre a equipe de saúde (ADAMS et al, 2003; VASCONCELLOS, 2008; WAGNER et al, 2000).

Assim, verifica-se a importância de que as ações planejadas e executadas para o Programa sejam registradas para cada beneficiário.

**Formas de Obtenção de Evidências:**

A análise deste item deve auditar os prontuários de cada beneficiário constatando se as ações propostas nos protocolos foram cumpridas.

3.3.9	<b>O Programa adota formalmente Termo de Consentimento Informado para participação e Termo de Desligamento do Programa.</b>	
-------	---	---

**Interpretação:**

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), originalmente, é um termo definido na Resolução nº 466/2012, que dispõe as diretrizes em ética em pesquisa com seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde (CNS): “TCLE - documento no qual é explicitado o consentimento livre e esclarecido do participante e/ou de seu responsável legal, de forma escrita, devendo conter todas as informações necessárias, em linguagem clara e objetiva, de fácil entendimento, para o mais completo esclarecimento sobre a pesquisa a qual se propõe participar”.

De acordo com a definição utilizada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), em sua Recomendação nº 1/2016, o consentimento livre e esclarecido consiste no ato de decisão, concordância e aprovação do paciente, ou de seu representante, após a necessária informação e explicações, sob a responsabilidade do médico, a respeito dos procedimentos diagnósticos ou terapêuticos que lhe são indicados (CFM, 2016).

De acordo com a Recomendação nº 1/2016 do CFM, o consentimento livre e esclarecido é um direito do paciente e dever do médico, possuindo tripla função: a) Cumprir o papel primordial de respeitar os princípios da autonomia, da liberdade de escolha, da dignidade e do respeito ao paciente e da igualdade, na medida em que, previamente a qualquer procedimento diagnóstico e/ou terapêutica que lhe seja indicado, o paciente será cientificado do que se trata, o porquê da recomendação ou como será realizado. A informação deve ser suficiente, clara, ampla e esclarecedora, de forma que o paciente tenha condições de decidir se consentirá ou não; b) Efetivar estreita relação de colaboração e de participação entre médico e paciente; c) Definir os parâmetros de atuação do médico (CFM, 2016).

Para o Ministério da Saúde, o Termo de Consentimento Informado tem por objetivo o comprometimento do paciente (ou de seu responsável) e do médico com o tratamento estabelecido. Deve ser assinado por ambos após leitura pelo paciente ou seu responsável e esclarecimento de todas as dúvidas pelo médico assistente. Com o objetivo de facilitar o entendimento por parte do paciente ou de seus cuidadores, o texto deve ser escrito em linguagem de fácil compreensão (BRASIL, 2014).

#### **Formas de Obtenção de Evidências:**

Verificação dos termos de consentimento informados e pelos termos de desligamento do programa pelos auditores, sendo que o consentimento formal, ou o desligamento do programa podem ser evidenciados por documento impresso assinado, ligação telefônica gravada ou outros meios eletrônicos, como e-mail.

<b>3.3.10</b>	<b>A Operadora monitora os resultados do Programa por meio de indicadores, de acordo com o cronograma previamente estipulado.</b>
---------------	---



#### **Interpretação:**

Avaliar significa realizar um julgamento sobre uma intervenção com o objetivo de auxiliar na tomada de decisões (CONTANDRIOPOULOS et al, 1997), sendo considerada uma importante ferramenta para verificar a eficácia das ações estabelecidas e subsidiar o processo de planejamento. A OMS (2000)

conceitua a avaliação como “Processo de determinação, sistemática e objetiva, da relevância, efetividade, eficiência e impacto de atividades fundamentadas em seus objetivos. É um processo organizacional para implementação de atividades e para colaborar no planejamento, programação e tomada de decisão”. Instituído o programa, este precisa ser oferecido e acessível à população-alvo, além de ter adequada qualidade. Com isso, é necessário que a população aceite o programa e o utilize. Essa utilização resultará em uma dada cobertura da intervenção que, uma vez alcançada, produzirá um impacto (resultado populacional) sobre um comportamento ou sobre a saúde. Para que essas etapas sejam devidamente avaliadas, torna-se imprescindível a escolha de indicadores, o que dependerá das características do próprio programa ou intervenção (BRASIL, 2007; ANS, 2011b).

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

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

**Formas de Obtenção de Evidências:**

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

**3.3.11 O Programa conta com cobertura mínima da população-alvo de 30%.**



**Interpretação:**

Com o objetivo de realizar uma mudança do modelo de atenção e reorganização da rede assistencial na saúde suplementar, a proposta apresenta a exigência de uma cobertura populacional significativa da carteira da operadora.

Destaca-se que, em outros Programas da ANS, como o de promoção e prevenção, ressalta-se que para a efetividade das ações e obtenção de resultados positivos na saúde dos beneficiários, recomenda-se que os programas alcancem o maior número possível de beneficiários (ANS, 2011b).

Sendo assim, apresenta-se a sugestão de que a operadora possua um programa de Gestão de Condições Crônicas de Saúde que cubra, ao menos, 30% de sua população-alvo, sendo esta por sua vez, evidenciada através de estudos demográficos e epidemiológicos da carteira de beneficiários, conforme descrito anteriormente.

**Formas de Obtenção de Evidências:**

Comprovação de cobertura mínima de 30% da população-alvo, através da apresentação de estudos que comprovem a quantidade de beneficiários na população-alvo e ainda, a participação de 30% ou mais destes no Programa de Gestão de Condições Crônicas de Saúde da Operadora.

<b>3.3.12</b>	<b>Existe estratégia de educação continuada para a equipe do Programa.</b>	
---------------	--	--



**Interpretação:**

A Educação Continuada é um processo permanente de treinamento, aperfeiçoamento e atualização profissional, visando atender necessidades do serviço e promover elevado padrão de assistência, sob o ponto de vista humano, técnico-científico e ético (LIMA, JORGE e MOREIRA, 2006).

A educação continuada na saúde representa um conjunto de ações essenciais que possibilitam a qualificação dos profissionais responsáveis pelos cuidados ofertados aos clientes, além de permitir a integração da vivência diária com os conteúdos teóricos, para que haja qualidade na execução do trabalho. Sendo que essa educação baseia-se no problema vivenciado em cada localidade, a fim de resolvê-lo através do oferecimento de conhecimento e capacitação aos trabalhadores (HETTI et al, 2013; LAPROVITA et al, 2016; SANTOS, 2017). A educação continuada propõe transformações das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e devem ser executadas tendo como referência as necessidades de saúde e promoção da saúde das pessoas para que a atenção prestada seja relevante e de qualidade (SANTOS, 2017).

**Formas de Obtenção de Evidências:**

Verificar se a operadora possui projeto com previsão de educação continuada para os profissionais envolvidos no programa e se o projeto é implementado.

<b>3.3.13</b>	<b>A Operadora estabelece parcerias com estabelecimentos e instituições, com vistas a estimular a adesão dos beneficiários a hábitos saudáveis, tais como academias, restaurantes, clubes, etc.</b>	
---------------	---	--



**Interpretação:**

Estudos epidemiológicos demonstram expressiva associação entre estilo de vida e qualidade de vida. Hábitos de vida que incorporam atividade física regular e dieta saudável previnem a ocorrência de

eventos cardíacos, reduzem a incidência de acidente vascular cerebral, hipertensão, diabetes mellitus do tipo 2, cânceres de cólon e mama, fraturas osteoporóticas, doença vesicular, obesidade, depressão e ansiedade, além de retardarem a mortalidade (ACSM, 2007).

**Formas de Obtenção de Evidências:**

Para pontuar neste requisito, a operadora deve comprovar possuir parcerias com restaurantes, academias e outros espaços que favoreçam a adoção de hábitos de vida saudável para os beneficiários participantes do programa.

**3.3.14 O Programa é gerido por meio de sistema de informação que contempla o cadastro dos participantes e o registro do acompanhamento das ações.**



**Interpretação:**

Define-se como Sistema de Informação Clínica o conjunto de componentes inter-relacionados que coletam, processam, armazenam e distribuem informações que permitem, por exemplo, auxiliar na prestação de cuidados de saúde, contribuir para os processos de decisão clínica, monitorar a qualidade dos cuidados prestados, melhorar a gestão e planejamento dos cuidados de saúde, contribuir para a pesquisa e para a formação dos profissionais de saúde (ARAÚJO, 2007; PIRES et al., 2015).

Estes sistemas são estruturantes do Programa de Gestão do Cuidado de Condições Crônicas de Saúde, pois possibilitam a identificação única dos beneficiários participantes e o registro eletrônico de saúde (RES) ou prontuário eletrônico do paciente (PEP), um conjunto de informação estruturada e codificada que contém dados relacionados com a saúde e a doença de um paciente. Estes registros contêm dados relativos à história clínica do paciente, diagnósticos, tratamentos efetuados, prescrições terapêuticas, solicitações e resultados de exames complementares de diagnóstico, histórico de consulta, internação, cirurgias e outros (ARAÚJO, 2007).

Os Sistemas de Informação Clínica fornecem subsídios precisos para a estratificação de risco da população de beneficiários adscritos ao Programa, planejamento e acompanhamento do cuidado na rede de prestadores de serviço e a comunicação entre a atenção básica/primária e os diferentes níveis de atenção (BRASIL, 2013d).

**Formas de Obtenção de Evidências:**

Comprovação da existência e do funcionamento de Sistema de Informação Clínica no qual estejam cadastrados os beneficiários participantes do Programa e estejam inseridos os RES da totalidade destes participantes. Do mesmo modo, deverá ser possível a obtenção de relatórios de monitoramento da qualidade do cuidado prestado, por meio de indicadores.

**3.3.15 A Operadora avalia o impacto em saúde dos resultados do Programa e adota plano de ação a partir da avaliação dos resultados.**



**Interpretação:**

A avaliação de um programa pode ser utilizada para detectar problemas e obstáculos, fazer modificações e evitar erros, com o objetivo de aumentar os resultados positivos. A avaliação implica em coletar informação, analisa-la e discutir os resultados com todos os que exercem funções dentro do programa. Como resultado de uma avaliação pode-se renovar o programa ou descontinua-lo, além de permitir a verificação da possibilidade de ampliar a cobertura para atender a mais pessoas ou outras regiões (OPAS, 1990).

A avaliação do impacto em saúde obtido com a implementação do Programa torna-se, assim, essencial para que seja possível avalia-lo de forma completa, repensar ações e reavaliar as etapas, objetivos e metas a serem implementadas.

**Formas de Obtenção de Evidências:**

A operadora deve comprovar a realização de estudos de avaliação dos resultados em saúde, a partir da implementação do programa de gestão de condições crônicas de saúde, este documento deve ainda ser utilizado como base para possíveis modificações e adequações do programa. Deve-se verificar a existência de indicadores e/ou relatórios gerenciais que comprovem os benefícios do Programa.

<b>3.3.16</b>	<b>A Operadora avalia o impacto econômico-financeiro dos resultados do Programa e adota plano de ação a partir da avaliação dos resultados.</b>
---------------	---

**Interpretação:**

A avaliação econômico-financeira é a análise quantitativa dos custos e resultados de uma intervenção em programas e projetos. Sua finalidade é identificar a melhor utilização dos recursos através da estimativa e comparação de custos e consequências das opções existentes para a consecução de um objetivo dentro do programa (ZUNIGA, 1994).

A avaliação econômico-financeira deve ser utilizada para elaboração de plano de ação, pois implica em um processo de tomada de decisões mais embasado, uma vez que observa um parâmetro totalmente objetivo e racional, considerando um sistema consistente de valores para a consecução dos objetivos do programa. Os gestores então podem realizar os processos de decisão de forma transparente, indicando os critérios de decisão e a prioridade na alocação de recursos de acordo com a avaliação econômico-financeira (ROVIRA, 2004).

Assim, a avaliação econômico-financeira dos resultados do Programa é etapa essencial para a tomada de decisões no sentido de fazer ajustes e modificações no plano de ação do programa.

**Formas de Obtenção de Evidências:**

A operadora deve comprovar a realização de estudos de avaliação econômico-financeira dos resultados do programa a partir da implementação do programa de gestão de condições crônicas de saúde, este documento deve ainda ser utilizado como base para possíveis modificações e adequações do programa.



Deve-se verificar a existência de indicadores e/ou relatórios gerenciais que comprovem os benefícios do Programa.

**3.3.17** A Operadora possui Programa de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças aprovado pela ANS.



**Interpretação:**

A ANS considera como um Programa de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças aquele que possua um conjunto de atividades estrategicamente ordenadas e sistematizadas pelas operadoras de planos privados de saúde, não só para o controle de patologias e agravos, mas prioritariamente para a sua prevenção, direcionadas a toda a população da carteira ou com perfil epidemiológico de risco conhecido, sob a ação e a coordenação multiprofissional (ANS, 2009).

Nesse sentido um programa para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças pode ser definido como um conjunto orientado de estratégias e ações programáticas integradas e transversais que objetivam a promoção da saúde; a prevenção de riscos, agravos e doenças; a compressão da morbidade; a redução dos anos perdidos por incapacidade e o aumento da qualidade de vida dos indivíduos e populações (ANS, 2011a; ANS, 2011b).

A ANS publicou em agosto de 2011 a Resolução Normativa nº 264, que dispõe sobre Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças, define conceitos e estabelece as modelagens dos programas, e a Resolução Normativa nº 265 que dispõe sobre os incentivos para a participação dos beneficiários nos programas, mediante a oferta de descontos e prêmios.

O intuito das normas é ampliar o esforço que a ANS vem fazendo no sentido de inverter a lógica existente hoje no setor, pautado pelo tratamento da doença e não pelo cuidado da saúde. A implementação de programas que coadunem estratégias para a promoção da saúde e a prevenção de riscos, vulnerabilidades e doenças tem por objetivo, entre outros, qualificar a gestão em saúde, através de um modo de produção do cuidado centrado nas necessidades dos indivíduos e, ao mesmo tempo, racionalizar os custos assistenciais.

**Formas de Obtenção de Evidências:**


Comprovação de participação pela operadora nos Programas de Promoção da Saúde e Prevenção de riscos e doenças da ANS. Os programas inscritos e aprovados são divulgados no Portal da ANS em: <http://www.ans.gov.br/gestao-em-saude/promoprev>.

**3.4 Assistência Farmacêutica**

**Interpretação:**


O acesso a medicamentos, vacinas e tecnologia em saúde é um dos principais desafios em todos os países das Américas: a disponibilidade contínua de insumos públicos e tecnologias de qualidade nas instituições públicas e privadas de saúde, selecionados, adquiridos e usados, conforme as orientações dadas na política nacional de saúde, facilitam a atenção integral ao paciente e o bem-estar das populações mais vulneráveis no país (OPAS, 2011). A Assistência Farmacêutica envolve atividades de caráter abrangente, multiprofissional e intersetorial, que têm como finalidade precípua a promoção do acesso a medicamentos de qualidade, assim como de seu uso racional. Tem como seu objeto de trabalho a organização das ações e serviços relacionados ao medicamento (LUIZA, 2006).

O uso racional de medicamentos parte do princípio que o paciente recebe o medicamento apropriado para suas necessidades clínicas, nas doses individualmente requeridas para um adequado período de tempo e a um baixo custo para ele e sua comunidade. O uso irracional de medicamentos por prescritores e consumidores é um problema muito complexo, o qual necessita da implementação de muitas diferentes formas de intervenções ao mesmo tempo (OPAS, 2011).

3.4.1	<b>A Operadora conta com política formalizada de assistência farmacêutica para os medicamentos de uso domiciliar de cobertura obrigatória, que contemple: armazenamento, dispensação e orientação dos beneficiários coordenada por um farmacêutico.</b>	
-------	---	---

**Interpretação:**  
A assistência farmacêutica consiste em um conjunto de ações direcionadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, através da promoção do acesso aos medicamentos e uso racional. De acordo com a OMS, o uso adequado de medicamentos acontece quando os pacientes recebem os medicamentos apropriados à sua condição de saúde, em doses adequadas às suas necessidades individuais, por um período de tempo adequado e ao menor custo possível para eles e sua comunidade (OMS, 1985).

**Formas de Obtenção de Evidências:**  
Verificação da existência de documento com a descrição da política farmacêutica utilizada pela operadora, além da comprovação da implementação desta por meio de registros na operadora.


3.4.2	<b>A Operadora oferece orientação sobre o uso racional de medicamentos para seus beneficiários, utilização e armazenamento adequado, em especial para os quimioterápicos de uso oral.</b>	
-------	---	---

**Interpretação:**  
O uso racional e seguro de medicamentos ocorre quando o indivíduo recebe o medicamento adequado à sua necessidade clínica, na dose e posologias corretas, por um período de tempo apropriado e com o menor custo para si próprio e para a comunidade. Medidas de disseminação de informações de uso racional e seguro de medicamentos, para os usuários, devem ser promovidas pelas operadoras de planos privados de saúde e estarem disponíveis em lugares de fácil visualização na rede credenciada

de prestadores de serviços de saúde e nos sites das OPS. O Conselho Federal de Farmácia (CFF), em parceria com o Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos (ISMP) e o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), possui diretrizes e campanhas de orientação dos profissionais de saúde sobre a importância da clareza no preenchimento da prescrição e do prontuário visando melhorar a segurança do paciente. As Diretrizes são baseadas no Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), do Ministério da Saúde. De acordo com o Ministério da Saúde, em 2014, na atenção primária os erros de medicação foram a principal causa de eventos adversos, principalmente em crianças e idosos. Esses erros podem ser causados por diferentes fatores que potencialmente interferem na prescrição, na dispensação, na administração, no consumo e no monitoramento de medicamentos, o que pode ocasionar sérios prejuízos para a saúde e até mesmo a morte. É necessário ter transparência na prescrição, com esclarecimentos e disponibilidade do profissional diante de possíveis reações adversas e erros.

**Formas de Obtenção de Evidências:**

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


<b>3.4.3</b>	<b>A Operadora oferece programa de desconto em farmácia para medicamentos.</b>	
--------------	--	---

**Interpretação:**

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

**Formas de Obtenção de Evidências:**

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

<b>3.4.4</b>	<b>A Operadora dá cobertura parcial ou total de medicamentos no âmbito do Programa de Gestão do Cuidado de Condições Crônicas de Saúde.</b>	
--------------	---	---

**Interpretação:**

Estudos demonstram que portadores de doenças crônicas, quando tratados de forma parcial ou incompleta, podem ter a sua condição de saúde agravada, levando a níveis elevados de utilização dos recursos de assistência à saúde (MILLER, 1997).

A não cobertura de medicamentos ou serviços de suporte pode desestimular o autocuidado e a adesão aos programas. A associação do benefício farmacêutico, com os programas de gerenciamento de

doenças, assegura o cumprimento dos planos terapêuticos e uso adequado dos medicamentos prescritos, potencializando os resultados.

**Formas de Obtenção de Evidências:**

A análise deste item deve buscar evidências de dispensação de medicamentos a beneficiários que participam de Programa de Gestão de Condições Crônicas de Saúde oferecidas pela Operadora.

**3.5 Modelos de Remuneração Baseado em Valor**

**Interpretação:**

As operadoras de planos de saúde remuneram de acordo com a negociação realizada e pactuada com os prestadores de serviços de saúde da rede credenciada. A hegemonia hoje dos modelos de pagamento é do modelo *fee-for-service*. A maioria dos sistemas de saúde lida com uma enorme variedade de metodologias de remuneração: “remuneração baseada em valor”, dentre estes podemos destacar: pagamento por desempenho (“*pay for-performance*”), remuneração por economias geradas (“*shared savings*”), pagamentos por episódio clínico (“*bundled payments*”), método de pagamento per capita (“*capitation*”).

Os critérios para eleição de incentivos financeiros e pactuação de metas devem estar orientados pelas decisões de alocação de recursos, prioridades da gestão de metas de qualidade em saúde e variam conforme diferentes coberturas populacionais e porte da operadora. A remuneração adequada e orientada por valor deve considerar os objetivos e metas estratégicas estabelecidas pela operadora ao contratar sua rede prestadora de serviços de saúde (OPAS, 2007).



A remuneração baseada em valor visa a promoção da qualidade e o valor dos serviços de saúde. A finalidade do programa é alterar o pagamento baseado em volume, ou seja, pelos pagamentos de taxa por serviço para pagamentos que correspondem aos resultados. A sua implementação buscar incentivar ações centradas no paciente e melhorias organizacionais (CONASS, 2003).



<b>3.5.1</b>	<b>A Operadora adota política de incentivo financeiros para estimular o monitoramento de indicadores de qualidade e segurança do paciente por sua rede prestadora de serviços.</b>
--------------	--



**Interpretação:**

A adoção de modelos de remuneração que estejam atrelados à qualidade em saúde passa pela necessidade de se incentivar a avaliação de resultados em saúde (OPAS, 2007). A utilização de indicadores de mensuração de qualidade e de segurança do paciente é uma prática difundida na saúde e com recomendações internacionais. Portanto, o incentivo ao uso de indicadores para monitoramento da qualidade e da segurança do paciente pelos prestadores torna-se uma recomendação importante para melhorar a prestação de serviços em saúde.

<b>Formas de Obtenção de Evidências:</b>		
A análise deste item deve buscar evidências da utilização de incentivos financeiros ou adoção de modelos de remuneração que estimulem a utilização de monitoramento de indicadores de qualidade e segurança do paciente em pelo menos 50% dos hospitais, ou 50% dos serviços de apoio diagnóstico e terapia, ou 50% dos profissionais de saúde que compõem a rede da operadora.		
<b>3.5.2</b>	<b>A Operadora adota política de incentivo financeiros para estimular a rede prestadora de serviços na utilização de protocolos e diretrizes clínicas e protocolos de segurança do paciente baseados em evidências e validados por entidades nacionais e internacionais de referência.</b>	
<b>Interpretação:</b>		
A temática segurança do paciente encontra-se intrinsecamente relacionada à qualidade nos serviços de saúde e vem sendo amplamente referida e discutida pelos setores prestadores de serviços de saúde, pelas entidades de classe e pelos órgãos governamentais (SAMPAIO, 2014). Acredita-se que para alcançar a qualidade da assistência e garantir maior segurança do paciente, é fundamental a ocorrência de mudanças na cultura do cuidado em saúde, na qual os erros não devem ser percebidos como o resultado da incompetência da ação humana, mas, sobretudo, como oportunidades para melhorar o sistema, promovendo uma cultura de segurança (IOM, 2001).		
<b>Formas de Obtenção de Evidências:</b>		
A análise deste item deve buscar evidências da utilização de incentivos financeiros que estimulem a utilização de protocolos e diretrizes clínicas, assim como protocolos de segurança do paciente baseados em evidências e validados por instituições de referência em pelo menos 50% dos hospitais, ou 50% dos serviços de apoio diagnóstico e terapia, ou 50% dos profissionais de saúde que compõem a rede da operadora.		
<b>3.5.3</b>	<b>A Operadora adota política de incentivo financeiros ou não financeiros para estimular sua rede prestadora de serviços a realizar auditoria médica/odontológica ou mecanismo similar dos prontuários.</b>	
<b>Interpretação:</b>		
A avaliação da qualidade da atenção assistencial dispensada aos beneficiários de planos de saúde depende da informação disponível registrada na rede de prestadores de serviços de saúde. Uma das fontes de informação primária é o prontuário do paciente, onde devem ser registradas todas as informações assistenciais relevantes sobre o usuário. A auditoria do prontuário do paciente deve ser realizada periodicamente, para que a estratégia de prestação de serviços possa ser reavaliada		
<b>Formas de Obtenção de Evidências:</b>		
A análise desse item deve buscar evidência da adoção de incentivos por parte da operadora para que seus prestadores de serviço hospitalar implementem auditoria médica/odontológica nos prontuários dos pacientes.		

3.5.4	Nos casos em que a operadora utiliza o <i>fee-for-service</i> para remuneração de prestadores de serviços de saúde alternativos, este é conjugado com avaliação de desempenho.	
<p><b>Interpretação:</b></p> <p>O pagamento por procedimento (<i>fee-for-service</i>) incentiva os prestadores a realizarem muitos procedimentos e utilizarem tecnologias desnecessárias, pois isto garante sua maior remuneração. Uma forma de mitigar este efeito do sistema é atrelá-lo ao pagamento por desempenho, que consiste em incluir incentivos para que o prestador busque atingir uma meta de qualidade (BESSA, 2011). Os incentivos para a busca do melhor desempenho no atendimento ao cliente podem ser positivos (maior remuneração pela qualidade), ou negativos (menor remuneração, ou não pagamento do serviço). Estes incentivos podem ser implementados prospectivamente ou retrospectivamente. Para tanto é necessário mensurar a qualidade dos procedimentos prestados pela rede prestadora de serviços de saúde.</p>		
<p><b>Formas de Obtenção de Evidências:</b></p> <p>A análise desse item deve buscar verificar se a remuneração por procedimento prestado, praticado pela operadora, está acoplada a programas de incentivo para os prestadores que atingem a meta de qualidade previamente pactuadas em pelo menos 50% dos hospitais, ou 50% dos serviços de apoio diagnóstico e terapia, ou 50% dos profissionais de saúde que compõem a rede da operadora.</p>		
3.5.5	A Operadora utiliza modelos de remuneração de prestadores de serviços de saúde alternativos ao <i>fee-for-service</i> na sua rede hospitalar.	
<p><b>Interpretação:</b></p> <p>O pagamento por procedimento (<i>“fee-for-service”</i>) para a remuneração de prestadores de serviços de saúde é o sistema mais comumente utilizado no Brasil e no mundo, mas vem sendo substituído por outras formas de pagamento que agregam valor. Nos últimos anos, uma série de métodos de remuneração alternativos, que se enquadram no conceito de “remuneração baseada em valor”, vem sendo adotados: pagamento por desempenho (<i>“pay-for performance”</i>); remuneração por economias geradas (<i>“shared savings”</i>); pagamentos por episódio clínico (<i>“bundled payments”</i>); e método de pagamento <i>per capita</i> (<i>“capitation”</i>), em que os fornecedores recebem um valor fixo por usuário inscrito no programa, assumindo todos os riscos envolvidos, em um determinado lapso de tempo (mensal ou anual). Cada método de remuneração de seus prestadores credenciados implica em vantagens e desvantagens. Estes métodos de remuneração podem ser utilizados de forma isolada ou combinada. O mais importante é que a escolha recaia no método ou combinação de métodos que implique em maior valor agregado ao paciente.</p>		
<p><b>Formas de Obtenção de Evidências:</b></p>		

A análise desse item deve buscar evidências da utilização de modelos de remuneração alternativos ao *fee for service* para pelo menos 50% da rede hospitalar

**3.5.6** A Operadora utiliza modelos de remuneração de prestadores de serviços de saúde alternativos ao *fee-for-service* na sua rede de SADT.



**Interpretação:**

O pagamento por procedimento (“*fee-for-service*”) para a remuneração de prestadores de serviços de saúde é o sistema mais comumente utilizado no Brasil e no mundo, mas vem sendo substituído por outras formas de pagamento que agregam valor. Nos últimos anos, uma série de métodos de remuneração alternativos, que se enquadram no conceito de “remuneração baseada em valor”, vem sendo adotados: pagamento por desempenho (“*pay-for performance*”); remuneração por economias geradas (“*shared savings*”); pagamentos por episódio clínico (“*bundled payments*”); e método de pagamento per capita (“*capitation*”), em que os fornecedores recebem um valor fixo por usuário inscrito no programa, assumindo todos os riscos envolvidos, em um determinado lapso de tempo (mensal ou anual). Cada método de remuneração de seus prestadores credenciados implica em vantagens e desvantagens. Estes métodos de remuneração podem ser utilizados de forma isolada ou combinada. O mais importante é que a escolha recaia no método ou combinação de métodos que implique em maior valor agregado ao paciente.

**Formas de Obtenção de Evidências:**

A análise desse item deve buscar evidências da utilização de modelos de remuneração alternativos ao *fee for service* para pelo menos 50% da rede de SADT.

**3.5.7** A Operadora utiliza modelos de remuneração de prestadores de serviços de saúde alternativos ao *fee-for-service* na sua rede de profissionais de saúde



**Interpretação:**

O pagamento por procedimento (“*fee-for-service*”) para a remuneração de prestadores de serviços de saúde é o sistema mais comumente utilizado no Brasil e no mundo, mas vem sendo substituído por outras formas de pagamento que agregam valor. Nos últimos anos, uma série de métodos de remuneração alternativos, que se enquadram no conceito de “remuneração baseada em valor”, vem sendo adotados: pagamento por desempenho (“*pay-for performance*”); remuneração por economias geradas (“*shared savings*”); pagamentos por episódio clínico (“*bundled payments*”); e método de pagamento per capita (“*capitation*”), em que os fornecedores recebem um valor fixo por usuário inscrito no programa, assumindo todos os riscos envolvidos, em um determinado lapso de tempo (mensal ou anual). Cada método de remuneração de seus prestadores credenciados implica em vantagens e desvantagens. Estes métodos de remuneração podem ser utilizados de forma isolada ou

combinada. O mais importante é que a escolha recaia no método ou combinação de métodos que implique em maior valor agregado ao paciente.

#### **Formas de Obtenção de Evidências:**

A análise desse item deve buscar evidências da utilização de modelos de remuneração alternativos ao *fee for service* para pelo menos 50% da rede de profissionais de saúde.

### **Referências Bibliográficas para Gestão em Saúde**

ADAMS, W.G; MANN, A.M; BAUCHNER, H. **Use of an electronic medical record improves the quality of urban pediatric primary care.** Pediatrics, 2003;

ALMEIDA, P.F. **Estratégias de coordenação dos cuidados: fortalecimento da atenção primária à saúde e integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos.** Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2010;

ALMEIDA, P.F; et al. **Estratégias de integração entre atenção primária à saúde e atenção especializada: paralelos entre Brasil e Espanha.** Saúde em Debate. Rio de Janeiro, 2013;

ALMEIDA, P.F, FAUSTO, M.C.R, GIOVANELLA, L. **Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados.** Rev Panam Salud Publica, 2011;

AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS. **Ambulatory care formularies and pharmacy benefit management by managed care organisations.** Philadelphia, PA: ACP, American Society of Internal Medicine, 2001;

AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE - ACSM. **Diretrizes do ACSM para os testes de esforço e sua prescrição.** Traduzido por Giuseppe Taranto. 7ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007;

ANDRAOS, C. e LORENZO, C. **Sistema suplementar de saúde e internação domiciliar de idosos na perspectiva da bioética crítica.** Rev. bioét, 2013;

ARAÚJO, J.D. **Polarização epidemiológica no Brasil.** Informe Epidemiológico do SUS, 1992;

ARAÚJO, S.C. **Segurança na Circulação de Informação Clínica.** Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto, Porto, 2007;

BAJOTTO, A.P; et al. **Perfil do paciente idoso atendido por um Programa de Atenção Domiciliar do Sistema Único de Saúde em Porto Alegre, RS.** Rev HCPA, 2012;

BALABAN R.B.; et al. **Redefining and redesigning hospital discharge to enhance patient care: a randomized controlled study.** J Gen Intern Med, 2008;



BELELA, A.S.C; et al. **Revelação da ocorrência de erro de medicação em unidade de cuidados intensivos pediátricos**. Revista Brasileira de Terapia Intensiva, São Paulo, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-507X2010000300007&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-507X2010000300007&script=sci_arttext) Acesso em 17 de fevereiro>;

BERENSON, R; et al. **Payment Methods and Benefit Designs: How They Work and How They Work Together to Improve Health Care. A Typology of Payment Methods**. Research Report. Urban Institute, 2016;

BESSA, R.O. **Análise dos modelos de remuneração médica no setor de saúde suplementar brasileiro**. São Paulo, 2011. Dissertação de Mestrado, Fundação Getúlio Vargas. SP, 2011;

BOACHIE, M K. **Healthcare Provider-Payment Mechanisms: A Review of Literature**. Journal of Behavioural Economics, Finance, Entrepreneurship, Accounting and Transport, 2014;

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Para entender a gestão do SUS**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília: CONASS, 2003;

BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Nota Técnica nº 392 da Coordenadoria Geral de Legislação e Normas de Regulação e Supervisão da Educação Superior**. Brasília: Ministério da Educação, 2013b;

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Cartilha para a modelagem de programas para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças**. Rio de Janeiro: ANS, 2011a;

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Idoso na saúde suplementar: uma urgência para a saúde da sociedade e para a sustentabilidade do setor - Projeto Idoso bem cuidado**. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2016;

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar**. 3. ed. rev. e atual. – Rio de Janeiro: ANS, 2009;

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Manual técnico para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar**. 4. ed. rev. e atual. – Rio de Janeiro: ANS, 2011b;

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Resolução Normativa nº 264, de 19 de agosto de 2011**. Dispõe sobre Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças e seus Programas na saúde suplementar. Rio de Janeiro: ANS, 2011c;

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Resolução Normativa nº 265, de 19 de agosto de 2011.** Dispõe sobre a concessão de bonificação aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde pela participação em programas para Promoção do Envelhecimento Ativo ao Longo do Curso da Vida e de premiação pela participação em programas para População-Alvo Específica e programas para Gerenciamento de Crônicos. Rio de Janeiro: ANS, 2011d;

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

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde.** Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Brasília: ANVISA, 2016. Disponível em: <  
<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+6++Implanta%C3%A7%C3%A3o+do+N%C3%BAcleo+de+Seguran%C3%A7a+do+Paciente+em+Servi%C3%A7os+de+Sa%C3%BAde/cb237a40-ffd1-401f-b7fd-7371e495755c>>;

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013.** Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília: ANVISA, 2013. Disponível em: < [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036\\_25\\_07\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html)>;

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

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde: Caminhos da institucionalização.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: < [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/avaliacao\\_ab\\_portugues.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/avaliacao_ab_portugues.pdf)>;

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

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caderno de Atenção Domiciliar – Volume 1**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/geral/CAD\\_VOL1\\_CAP4.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/geral/CAD_VOL1_CAP4.pdf);

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, 2012. Disponível em: < [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)>;

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

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Educação Permanente em Saúde: um movimento instituinte de novas práticas no Ministério da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/educacao\\_permanente\\_saude\\_movimento\\_instituinte.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/educacao_permanente_saude_movimento_instituinte.pdf)>;

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

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria MS/GM nº 529, de 1 de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html)>;

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2013c. Disponível em: < [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963\\_27\\_05\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html)>;

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

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

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Síntese de evidências para políticas de saúde: adesão ao tratamento medicamentoso por pacientes portadores de doenças crônicas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: < [http://brasil.evipnet.org/wp-content/uploads/2016/09/SinteseMedicamentos\\_set](http://brasil.evipnet.org/wp-content/uploads/2016/09/SinteseMedicamentos_set)>;

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sobre a Assistência Farmacêutica**. 2018. Disponível em: < <http://portalms.saude.gov.br/assistencia-farmacutica/sobre-a-assistencia-farmacutica>>. Acesso em 02 mai. 2018;

BUBALO, J. et al. **Medication adherence: pharmacist perspective**. Journal of the American Pharmacists Association, 2010;

CAMPBELL S.M; et al. **Research methods used in developing quality indicators in primary care**. Qual Saf Health Care, 2002;

CAPUCHO, H.C. **Sistema manuscrito e informatizado de notificação voluntária de incidentes em saúde como base para a cultura de segurança do paciente**. Ribeirão Preto, 2012. Tese (Doutorado), Universidade de São Paulo, SP. 2012;

CARVALHO, T. et al. **Posição oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte: atividade física e saúde**. Revista Brasileira de Medicina do Esporte, 1996;

CONILL, E.M. **Análisis de la problemática de la integración de la APS en el contexto actual: causas que inciden en la fragmentación de servicios y sus efectos en la cohesión social**. Intercambio III.2-1-2007 Fortalecimiento de la Integración de la Atención Primaria con otros Niveles de Atención. Fundação Oswaldo Cruz, 2007;

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Programa de Suporte ao Cuidado Farmacêutico na Atenção à Saúde – PROFAR /**. – Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2016;

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Recomendação CFM nº 1/2016**. Dispõe sobre o processo de obtenção de consentimento livre e esclarecido na assistência médica. Brasília, 2016. Disponível em: < [https://portal.cfm.org.br/images/Recomendacoes/1\\_2016.pdf](https://portal.cfm.org.br/images/Recomendacoes/1_2016.pdf)>;

CONTANDRIOPOULOS, A.P; et al. **Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos**. In: Hartz Z, organizadora. Avaliação em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997;

COSTA, C.G.A. **Desenvolvimento e Avaliação Tecnológica de um Sistema de Prontuário Eletrônico do Paciente, Baseado nos Paradigmas da World Wide Web e da Engenharia de Software**. 2001. Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual de Campinas, SP. 2001;

COTRIM-GUIMARÃES, I.M.A. **Programa de Educação Permanente e Continuada da Equipe de Enfermagem da Clínica Médica do Hospital Universitário Clemente de Faria: análise e proposições**. 2009. Dissertação de Mestrado, Fundação Oswaldo Cruz, RJ. 2009;

CUNHA, R.R. **Implantação do Plano de Segurança do Paciente em um hospital público de Minas Gerais**. 2016. Monografia apresentada para obtenção do título de Especialista em MBA Gestão em Saúde e Controle de Infecção da Faculdade INESP. São Paulo, 2016;

DEAN, A. J. et al. **A systematic review of interventions to enhance medication adherence in children and adolescents with chronic illness**. Archives of Disease in Childhood, 2010;

DONABEDIAN, A. **La calidad de la atención médica – definición y métodos de evaluación.** La Prensa Mexicana, México, 1984;

EMMERICK, I.C.M. **Avaliação da assistência farmacêutica no brasil: um pensar sobre a abordagem de pesquisa proposta pela OMS e seus indicadores.** Dissertação de mestrado. Fundação Oswaldo Cruz, 2006;

FIELD, M. J.; LOHR, K. N.; INSTITUTE OF MEDICINE, Eds. **Clinical Practice Guidelines: Directions for a New Program.** Washington, DC: National Academy Press, p.38. 1990;

FRATINI, J.R.G; et al. **Referência e contrarreferência: contribuição para a integralidade em saúde.** Cienc Cuid Saúde, 2008;

GAMA, Z.A.S; et al. **Desenvolvimento e validação de indicadores de boas práticas de segurança do paciente: Projeto ISEP-Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2016;

GELLAD, W. F. et al. **A systematic review of barriers to medication adherence in the elderly: looking beyond cost and regimen complexity.** The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy, 2011;

GLOMBIEWSKI, J. A. et al. **Medication adherence in the general population.** PLoS One, 2012;

GOUVÊA, C.S.D e TRAVASSOS, C. **Indicadores de segurança do paciente para hospitais de pacientes agudos: revisão sistemática.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2010;

GUERRERO, K.S, PULS, S.E e ANDREW, D.A. **Transition of care and the impact on the environment of care.** Journal of Nursing Education and Practice, 2014;

HANKEN, M.A., WATERS, K.A. **Electronic Health Records: Changing the Vision.** Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1999;

HARTZ, Z.M.A e CONTANDRIOPOULOS, A.P. **Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2004;

HESSELINK G.; et al. **Are patients discharged with care? A qualitative study of perceptions and experiences of patients, family members and care providers.** BMJ Qual Saf., 2012;

HETTI, L. B. E. et al. **Educação permanente/continuada como estratégias de gestão no serviço de atendimento móvel de urgência.** Rev. eletrônica enferm, 2013;

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). **Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century.** Washington (US): National Academy Press, 2001;

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). **To Err is Human: Building a Safer Health System**. The National Academy of Sciences, 1999;

KEEPING-BURKE L.; et al. **Bridging the transition from hospital to home: effects of the VITAL telehealth program on recovery for CABG surgery patients and their caregivers**. Res Nurs Health, 2013;

KHAN, G. S. C.; STEIN, A. T. **Adaptação transcultural do instrumento *Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II* (AGREE II) para avaliação de diretrizes clínicas**. Cadernos de Saúde Pública, 2014;

KIND J.; et al. **Low-cost transitional care with nurse managers making mostly phone contact with patients cut rehospitalization at a VA hospital**. Health Aff (Millwood), 2012;

LACERDA, M.R; et al. **Atenção à Saúde no Domicílio: modalidades que fundamentam sua prática**. Saúde e Sociedade, v.15, 2006;

LAPROVITA, D. et al. **Educação permanente no atendimento pré-hospitalar móvel: perspectiva de Emerson Merhy**. Revista de enfermagem - UFPE, 2016;

LEITE, S.N e VASCONCELLOS, M.P.C. **Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura**. Ciência & Saúde Coletiva, 2003;

LIMA, F.E.T; JORGE, M.S.B e MOREIRA, T.M.M. **Humanização hospitalar: satisfação dos profissionais de um hospital pediátrico**. Rev. Bras. Enferm, 2006;

MAINZ, J. **Defining and classifying clinical indicators for quality improvement**. Int J Qual Health Care, 2003;

MARTINS, R.A.S; et al. **Estratégias de efetivação do acesso à saúde: a busca ativa de pacientes mediante demanda reprimida na saúde no HC/UFTM**. III Simpósio Mineiro de Assistentes Sociais. Minas Gerais – Belo Horizonte, 2013;

MENDES, E. V. **A Modelagem das Redes de Atenção à Saúde**. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2007. Disponível em: [http://www.saude.es.gov.br/download/A\\_MODELAGEM\\_DAS\\_REDES\\_DE\\_ATENCAO\\_A\\_SAUDE.pdf](http://www.saude.es.gov.br/download/A_MODELAGEM_DAS_REDES_DE_ATENCAO_A_SAUDE.pdf). Acesso em: 10/06/2012;

MENDES, E.V. **As redes de atenção à Saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011;

MILLER, N.H. **Compliance with treatment regimens in chronic asymptomatic diseases**. Am J Med, 1997;

NAVARRO, J. C. **Evaluación de programas de salud y toma de decisiones**. Washington, DC: OPAS/OMS, 1992;

NETO, A.Q. **Segurança dos pacientes, profissionais e organizações: um novo padrão de assistência à saúde**. Rev. De Adm em Saúde, 2006;

NETO, J.P.R. **Assistência farmacêutica e o gerenciamento de doenças crônicas**. J. Bras. Econ. Saúde, 2012;

NUNES, M.T; et al. **La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas**. Gac Sanit, 2006;

OLIVEIRA, G.S.M. **Estratégias de coordenação do cuidado - uma análise do fortalecimento da Atenção Primária à Saúde e seu papel coordenador no município do Rio de Janeiro**. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2013;

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Atenção Primária em Saúde: Agora mais que nunca**. Relatório Mundial de Saúde, 2008;

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Envelhecimento ativo: um marco para elaboração de políticas**. WHO, 2001;

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório Mundial da Saúde - Financiamento dos sistemas de saúde: o caminho para a cobertura universal**. Genebra, 2010 - Disponível em: <<http://www.who.int/eportuguese/publications/WHR2010.pdf?ua=1>>;

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Evaluación para el planeamiento de programas de educación para la salud: Guía para técnicos medios y auxiliares**. OPAS, 1990;

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Indicadores de Salud: elementos básicos para el análisis de la situación de salud**. Boletín Epidemiológico, 2001;

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Inovação nos sistemas logísticos: Resultados do laboratório de inovação sobre redes integradas de atenção à saúde baseadas na APS**. Brasília: OPAS, 2011;

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Modalidades de contratação e remuneração do trabalho médico: Os conceitos e evidências internacionais**. OPAS, 2007;

OUVERNEY, A.M e NORONHA, J.C. **Modelos de organização e gestão da atenção à saúde: redes locais, regionais e nacionais. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013;

OWINGS MILLS, M.D. **Dictionary of Health Services Management**. 2 ed. National Health Pub., 1987;

PEREIRA, J.S e MACHADO, W.C.A. **Referência e contrarreferência entre os serviços de reabilitação física da pessoa com deficiência: a (des)articulação na microrregião Centro-Sul Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil**. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2016;

PIRES, M.R.G.M. *et al.*. **Sistema de Informação para a Gestão do Cuidado na Rede de Atenção Domiciliar (SI GESCAD): subsídio à coordenação e à continuidade assistencial no SUS**. Ciênc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro. 20(6): 1805-1814, 2015;

PRATA, P.R. **A Transição Epidemiológica no Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1992;

RIPSA - Rede Interagencial de Informação para a Saúde. **Rede Interagencial de Informação para a Saúde Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. – 2. ed. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008;

ROVIRA, J. **Evaluación económica en salud: de la investigación a la toma de decisiones**. Rev. Esp. Salud Pública, 2004;

RUNCIMAN, W.; et al. **Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms**. International Journal for Quality in Health Care, 2009;

SALUM, N.C e PRADO, M.L. **A educação permanente no desenvolvimento de competências dos profissionais de enfermagem**. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2014;

SAMPAIO, K.R; et al. **Segurança na assistência ao paciente: Uma revisão integrativa da literatura**. Seminário Internacional de Integração pesquisa, ensino e serviço do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde UECE/CE/Brasil e do Programa de Pós-graduação em Investigação em Ciências Sócio Sanitária UCAM/Murcia/Espanha. Universidade do Estado do Ceará, 2014;

SANTOS, M.C. **Sistema de referência – contrarreferência em saúde em São Sebastião da Vitória, Distrito de São João Del Rei – MG: O papel da rede na Atenção Básica**. Trabalho de conclusão de curso de especialização em Estratégia de Saúde da Família. Universidade Federal de Minas Gerais, 2015;

SANTOS, T.O; et al. **A Importância da Educação Continuada para Profissionais de Saúde que atuam no Atendimento Pré-hospitalar**. International Nursing Congress, 2017;

SCHMIDT, M.I; et al. **Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. Saúde no Brasil: a série The Lancet**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011;



SILVA, R.M e ANDRADE, L.O.M. **Coordenação dos cuidados em saúde no Brasil: o desafio federal de fortalecer a atenção primária à saúde.** Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2014;

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Tradução: Fidelity Translations. Brasília: Unesco, 2002;

TEIXEIRA, C.; SILVEIRA, P. **Glossário de análise política em Saúde.** Salvador: Edufba, 2016. Disponível em:< [https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/22110/4/glossario%20em %20saude.pdf](https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/22110/4/glossario%20em%20saude.pdf)>. Acesso em: 16 abr. 2018;

THE HEALTH FOUNDATION. **Quality improvement made simple: What everyone should know about health care quality improvement.** The Health Foundation, 2013;

TRAYNOR, K. **Poor medication adherence remains a problem.** American Journal of Health-System Pharmacy, 2012;

UGÁ, M.A.D. **Sistemas de alocação de recursos a prestadores de serviços de saúde – a experiência internacional.** Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2012;

ULIN, K.; et al. **Person-centred care – An approach that improves the discharge process.** Eur J Cardiovasc Nurs, 2015;

VASCONCELLOS, M.M; GRIBEL, E.B; MORAES, I.H.S. **Registros em saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica, Rio de Janeiro, Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2008;

VERAS, R.P; et al. **Características demográficas dos idosos vinculados ao sistema suplementar de saúde no Brasil.** Rev. Saúde Pública, 2008;

VERAS, R. **Linha de Cuidado para o Idoso: detalhando o modelo.** Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 2016;

WAGER K.A; et al. **Impact of an electronic medical record system on community-based primary care practices.** J Am Board Fam Pract, 2000;

WEBER, L.A.F; et al. **Transição do cuidado do hospital para o domicílio: revisão integrativa.** Cogitare Enferm, 2017;

WILLIAMS, A. et al. **Interventions to improve medication adherence in people with multiple chronic conditions: a systematic review.** Journal of Advanced Nursery, 2008;

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Adherence to long-term therapies: evidence for action.** Genebra: WHO, 2003;

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Envelhecimento ativo: uma política de saúde.** Brasília: OPAS, 2005;

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Quality of care: a process for making strategic choices in health systems.** Geneva: WHO, 2006;

ZUNIGA, C.G; et al. **Evaluación económica y toma de decisiones en salud ambiental.** Rev. Saúde Pública, 1994.

## 4. Experiência do Beneficiário

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

### 4.1 Disponibilização de Informações à Sociedade

#### Interpretação:

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

**4.1.1** A Operadora conta com portal corporativo na internet destinado ao público em geral e, em especial, aos seus beneficiários.



#### Interpretação

O portal corporativo na internet é uma das principais formas de relacionamento da operadora com os beneficiários e o público em geral. A disponibilidade de comunicação com a operadora via internet é fundamental para uma prestação de serviços satisfatória, pois reduz a necessidade de atendimentos presenciais, além de tornar mais célere o atendimento e contribuir para uma melhor assistência ao usuário.

O portal corporativo deve ser destinado ao público em geral, especialmente aos seus beneficiários, e para os seus prestadores de serviço de saúde, e estar disponível 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 dias por semana (ANS, 2009).

#### Formas de Obtenção de Evidência:

Verificar a existência do portal corporativo na Internet, organizado de forma didática e com linguagem simples de modo que não acarrete dificuldades de acesso ao usuário.

**4.1.2** A Operadora divulga em seu portal corporativo na internet destinado ao público em geral os planos disponíveis para contratação por região de comercialização e sua respectiva rede de atenção à saúde.



#### Interpretação:

A operadora deverá disponibilizar em seu portal corporativo, em sua área destinada ao público em geral, especialmente a seus beneficiários, a relação de produtos disponíveis para comercialização e a relação da respectiva rede credenciada do plano.

Essas informações devem estar disponíveis ao público em geral, pois é vedado às operadoras condicionar o acesso às informações de sua rede assistencial somente aos seus beneficiários.


As operadoras deverão manter atualizados em tempo real os dados de sua rede assistencial, sem prejuízo da garantia dos direitos contratuais dos beneficiários.

A consulta da rede assistencial a partir do Portal Corporativo da operadora na Internet deve permitir, de forma combinada e/ou isolada, a pesquisa de todos os dados dos prestadores de serviços de saúde. (ANS, 2011)

**Formas de Obtenção de Evidência:**

Verificar no portal corporativo da operadora se todas as informações da rede de atenção à saúde estão disponíveis, a saber:

- a) nome comercial do produto;
- b) N° de registro na ANS (ou código do Sistema de Cadastro de Planos Antigos – SCPA);
- c) abrangência geográfica;
- d) segmentação assistencial;
- e) tipo de estabelecimento do prestador de serviços de saúde;
- f) nome fantasia do estabelecimento, razão social e CNPJ (para pessoa jurídica) ou nome do profissional, com o número do respectivo Conselho Profissional;
- g) especialidades ou serviços contratados, de acordo com o contrato firmado junto à operadora;
- h) endereço completo (logradouro, número, bairro, UF, município, CEP);
- i) outras formas de contato (ddd e telefone, portal na Internet, caso exista).

<b>4.1.3</b>	<b>A operadora disponibiliza informações sobre: carência, doença ou lesão preexistente, cobertura assistencial, reajustes, mecanismos financeiros de regulação, características de planos coletivos e individuais, de forma clara e amigável ao cidadão no portal corporativo na internet</b>	
--------------	---	---



**Interpretação:**



Este item trata da transparência das informações no âmbito da saúde suplementar, com o objetivo de equilibrar a relação contratual firmada entre a operadora e os beneficiários, os quais se encontram em condição de hipossuficiência.

Assim, a operadora deve disponibilizar em seu portal corporativo as informações necessárias para esclarecer todas as dúvidas do cidadão, de maneira que este tenha segurança no momento da contratação de um plano de saúde, em especial as dúvidas referentes: aos prazos de carência (por tipo de produto – coletivo por adesão, empresarial ou individual); à cobertura parcial temporária (em função de doença ou lesão preexistente); à cobertura de acordo com a segmentação assistencial do plano, atendendo ao Rol de Procedimentos vigente e esclarecimentos sobre exclusão de coberturas; aos reajustes por tipo de plano (coletivo ou individual); e aos mecanismos financeiros de regulação (franquia e/ou coparticipação) adotados (ANS, 2009a).

**Formas de Obtenção de Evidência:**

Verificar no portal corporativo da operadora se há orientação sobre as características para contratação de planos de saúde, e aspectos a serem observados na contratação ou ingresso em um plano.

4.1.4	<b>A Operadora divulga o resultado do IDSS geral e de cada uma das dimensões, explicita ao público o que significa o Programa e disponibiliza o link do <i>site</i> da ANS em seu portal institucional na internet destinado ao público em geral.</b>	
<p><b>Interpretação:</b></p> <p>O Índice de Desempenho da Saúde Suplementar da Operadora – IDSS consiste na avaliação sistemática do desempenho da operadora, expresso por um conjunto de indicadores, que representam atributos esperados no desempenho de áreas relacionadas ao setor de saúde suplementar.</p> <p>Os indicadores avaliados são agregados em dimensões que representam a qualidade em atenção à saúde, garantia de acesso, sustentabilidade no mercado e gestão de processos e regulação.</p> <p>Para cada dimensão é atribuído um índice de desempenho e o IDSS da operadora é calculado a partir do somatório dos índices de desempenho da dimensão, de forma ponderada. O IDSS varia de zero a um (0 a 1) e a nota de cada operadora é enquadrará em uma das cinco faixas de avaliação por ordem crescente de desempenho (0 a 0,19; 0,20 a 0,39; 0,40 a 0,59; 0,60 a 0,79; 0,8 a 1) (ANS, 2015).</p>		
<p><b>Formas de Obtenção de Evidência:</b></p> <p>Verificar diretamente no portal eletrônico institucional da operadora, em outros portais mantidos pela operadora, nos aplicativos de comunicação com o público e nas mídias sociais utilizadas pela operadora, a existência das informações relativas ao IDSS geral e de cada uma das dimensões, o último ano avaliado, bem como a disponibilização do link do Programa para o portal da ANS.</p> <p>Os resultados do IDSS devem ser mantidos no portal eletrônico institucional da operadora de forma permanente, e substituídos quando da divulgação de novos resultados pela ANS.</p>		
4.1.5	<b>A Operadora oferece em seu portal corporativo informações de contatos de canais de venda presencial.</b>	
<p><b>Interpretação:</b></p> <p>As mídias digitais se estabeleceram como importantes canais de comunicação, e a ampla disseminação das redes sociais na Internet, pode ser de grande valia para as organizações. A iniciativa de comunicação na rede é imprescindível gerar conteúdo informativo e serviços on-line que sejam úteis.</p> <p>Os canais de venda representam uma das funções mais importantes da publicidade para ativar o processo de compra por parte do consumidor.</p> <p>Portanto, num cenário competitivo, é fundamental que a operadora ofereça o apoio adequado ao potencial beneficiário, divulgando os contatos de seus canais de venda, incluindo o presencial.</p> <p>(ZUZA, 2003 ; BRANDÃO, 2011)</p>		
<p><b>Formas de Obtenção de Evidência:</b></p> <p>Identificar no portal da operadora se as informações sobre os canais de venda, incluindo o canal presencial, estão acessíveis ao público em geral, e podem ser encontradas com facilidade.</p>		

4.1.6	<b>A Operadora oferece serviço de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde no seu portal institucional destinado ao público em geral.</b>	
<p><b>Interpretação:</b></p> <p>A oferta de contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde é estimulada pela ANS, que disponibiliza em seu portal institucional um Guia de Orientação de Contratação Eletrônica, que contempla boas práticas em comércio eletrônico, com instruções para interação com o usuário, a fim de que as informações sejam transmitidas ao contratante com transparência e da forma mais simplificada possível (ANS, 2016a).</p>		
<p><b>Formas de Obtenção de Evidência:</b></p> <p>A verificação de conformidade deste item deve ser feita por comparação entre as práticas da operadora no processo de contratação eletrônica e o Guia disponibilizado pela ANS.</p> <p>Exemplo: verificar a existência de sumários com agrupamentos de perguntas e respostas básicas (FAQ), simulação de contratação com possibilidade de comparação entre os planos ofertados, ranking dos planos pela qualidade da rede de prestadores de serviços, vídeos tutoriais explicativos do processo de contratação e das características dos planos à venda, e espaço de dúvidas mais frequentes dos usuários; informações essenciais sobre as características do plano em contratação; e-mails contendo esclarecimentos quanto às etapas da contratação encaminhados ao contratante; disponibilização para download ou impressão dos guias e manuais obrigatórios na contratação presencial, registro de números de protocolo gerados durante contratação; garantia de acessibilidade para pessoas com deficiência visual dentre outros itens.</p>		
4.1.7	<b>A Operadora disponibiliza à sociedade no seu portal institucional destinado ao público em geral o histórico do percentual de reajustes aplicado no último ano por plano.</b>	
<p><b>Interpretação:</b></p> <p>Este item trata da disponibilização das informações para a sociedade sobre os percentuais de reajustes aplicados ao plano e contrato (reajuste anual) no portal da operadora. É de extrema importância que o potencial consumidor entenda as regras de reajuste.</p> <p>O reajuste dos planos de saúde pode ocorrer anualmente, no mês da data de aniversário do contrato, ou quando há mudança de faixa etária do beneficiário. Os percentuais de variação por faixa etária são aplicados de acordo com o que estiver estipulado em contrato, e por isso não precisam ser publicizados. Para os contratos individuais/familiares celebrados após a vigência da Lei nº 9.656/98 (1º de janeiro de 1999) o percentual máximo de aumento anual é o definido pela ANS.</p> <p>Já para os contratos individuais/familiares, celebrados antes de 1º de janeiro de 1999 e não adaptados à Lei nº 9.656/98, o reajuste anual fica limitado ao que estiver estipulado no contrato. Caso o contrato</p>		

não seja claro ou não trate do assunto, o reajuste anual de preços deverá estar limitado ao mesmo percentual de variação divulgado pela ANS para os planos individuais/familiares celebrados após essa data.

No caso dos planos de saúde coletivos, por adesão, ou empresarial, a ANS não estipula um percentual máximo de reajuste anual, apenas acompanha os aumentos aplicados, pois se entende que os empregadores, sindicatos ou associações (pessoas jurídicas) que mantêm os planos empresariais, no primeiro caso, e coletivos por adesão nos demais, têm um maior poder de negociação com as operadoras. (ANS, 2008 ; ANS, 2008a e ANS 2012).


As informações do plano e o respectivo reajuste devem estar disponíveis no portal da operadora, em área de acesso público. Nos casos de plano coletivo por adesão ou empresarial, devem ser agregados o número do contrato, o nome da pessoa jurídica contratante, e a administradora de benefícios, se houver.

#### **Formas de Obtenção de Evidência:**

Verificar no Portal da operadora se há informações sobre o histórico dos percentuais de reajustes anuais aplicados ao plano/contrato, e se, para os planos coletivos por adesão ou empresariais, o número do contrato, o nome da pessoa jurídica contratante, e a administradora de benefícios, quando houver, foram devidamente divulgados.

### **4.2 Canais de Comunicação com Beneficiário - resposta às demandas (reativo)**

Este requisito diz respeito a avaliação dos atendimentos que são efetuados pela operadora a partir das solicitações feita pelos beneficiários (MIRALDO, 2016).

<b>4.2.1</b>	<b>A Operadora responde a totalidade das demandas dos beneficiários por meio de seus canais de atendimento e monitora a efetividade e o tempo médio de resposta.</b>	
--------------	--	---

#### **Interpretação:**

Este item visa verificar se a operadora efetivamente retorna a todas as manifestações dos beneficiários, recepcionadas pelos canais de atendimento presencial, telefônico, via portal na internet, aplicativo ou postal, tais como reclamações, consultas, solicitações ou denúncias, recepcionadas por todos os canais de atendimento: central telefônica, cartas, formulário via site, e-mail, presencial, ouvidoria, redes sociais, aplicativos, etc.

Do mesmo modo, visa aferir se a operadora monitora a efetividade (consistência, resolutividade) e o tempo médio das respostas.

Para tanto, a operadora deve ter procedimentos para registrar, analisar, responder e gerenciar as manifestações dos beneficiários, efetuadas por qualquer canal de comunicação.


Ao mesmo tempo, seus sistemas de informação devem permitir a rápida localização das demandas e dos processos gerados a partir delas (rastreadabilidade), bem como a recuperação de todos os documentos

enviados pelos beneficiários, recepcionados e anexados aos processos para a análise por outras áreas (ouvidoria, área técnica e área jurídica). Outrossim, estas áreas conseguem com facilidade acessar estas informações para as respostas aos questionamentos e manifestações dos beneficiários (TECPLAN, 2014).

**Formas de Obtenção de Evidência:**

Verificar as seguintes práticas nos distintos canais de atendimento (central telefônica, cartas, formulário via site, e-mail, presencial, ouvidoria, redes sociais, aplicativos, etc.):

- Políticas e procedimentos para registrar, analisar, responder e encaminhar as reclamações dos beneficiários, efetuadas por qualquer canal de comunicação - presencial, telefônico e digital (via internet/web, e-mail, redes sociais e aplicativos).
- Relatórios que contenham fluxogramas, rotinas implementadas, atribuições dos colaboradores envolvidos, método de processamento e classificação das manifestações dos beneficiários (solicitações, consultas, reclamações, elogios, denúncias, outros)
- Manuais, script de computador, cartilhas, treinamento, informações sistêmicas, árvore temática utilizados pelos colaboradores da operadora para o atendimento, contendo informações detalhadas acerca dos assuntos mais demandados. Por exemplo: cobertura, franquia, coparticipação, reembolso, reajuste por faixa etária etc.
- Canais adequados para recebimento de sugestões e reclamações.
- Relatórios gerenciais dos canais envolvidos no processo de atendimento, que contenham informações sobre as soluções para as demandas e manifestações dos beneficiários e o cumprimento dos prazos internamente acordados. Os relatórios deverão igualmente identificar as áreas e assuntos mais demandados, histórico de manifestações por natureza, prestação de serviço mais deficitária, comparação com períodos anteriores, motivos das insatisfações e do não atendimento dos objetivos e expectativas dos beneficiários e proposta de soluções.
- Disseminação da prática: entrevista com os atendentes para verificar as informações prestada pelos canais de comunicação; cliente oculto.
- Monitoramento da efetividade (consistência, resolutividade) e o tempo médio das respostas por meio de indicadores (taxa de inconsistência – respostas incompletas e incorretas sobre o total de respostas, taxa de resposta, taxa de satisfação, taxa de resolutividade; taxa de abandono de ligações, taxa de contato de retorno para confirmação de solução da demanda, dentre outros).

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

**Interpretação:**

A Ouvidoria é a segunda instância para a solução administrativa dos conflitos, com foco no processo de interlocução entre o cidadão e a organização por ela representada. Trabalha na busca de soluções



efetivas, assegurando uma avaliação justa e imparcial às suas demandas e garantindo que as manifestações possam contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços prestados. Deve atuar de forma isenta e independente, por meio da mediação e do diálogo aberto.


As operadoras devem possuir um órgão de ouvidoria, ou, no caso de operadoras com número de beneficiários inferior a 20 (vinte) mil e operadoras exclusivamente odontológicas com número de beneficiários entre 20 (vinte) mil e 100 (cem) mil, de um representante institucional para exercício das atribuições de ouvidor (ANS, 2013).

É imprescindível a apuração quanto à garantia de acesso da Ouvidoria/Ouvidor às informações necessárias para a elaboração de resposta independente e adequada às demandas recebidas e quanto à real disponibilidade e acessibilidade do canal ao beneficiário (ABRAREC, 2015 ; ANS, 2016c).

#### **Formas de Obtenção de Evidência:**

Avaliar a existência de atendimento de ouvidoria via formulário eletrônico, e-mail corporativo, contato telefônico, com ou sem 0800, correspondência escrita e/ou atendimento presencial, dentre outros.

Outros itens relevantes são: a existência de relatórios de acompanhamento da análise, tratativa encaminhamento e resposta às demandas e manifestações e dos tempos destas etapas, da evolução das manifestações, resolutividade, das áreas demandadas, etc.; facilidades de acesso, como sinalização adequada quando o atendimento for presencial ou identificação simples e legível em materiais impressos e eletrônicos; dentre outros.

<b>4.2.3</b>	<b>A Operadora possui serviço de atendimento ao beneficiário via telefone disponível 24 horas e 7 dias por semana.</b>	
--------------	--	---

#### **Interpretação:**

Além da disponibilidade do serviço, este requisito visa determinar se o beneficiário é atendido e tem suas demandas resolvidas ou pelo menos analisadas, tratadas e encaminhadas para resolução a qualquer momento que entre em contato com a operadora por meio do canal telefônico (BRASIL, 1990).

#### **Formas de Obtenção de Evidência:**

- Verificar se a operadora fornece protocolo para todos os atendimentos; soluciona os problemas do usuário ou direciona a ligação para o setor competente sem que haja necessidade de múltiplos contatos com a operadora.

- Verificar se a operadora possui sistemas de informação facilmente acessado por seus colaboradores da área de atendimento, contendo informações detalhadas acerca dos itens contratuais dos beneficiários (ex: carência, coparticipação, franquias e outros mecanismos de regulação), bem como dos canais adequados para recebimento de sugestões e reclamações.

- Para verificação de conformidade do requisito sugere-se ligação do auditor ao canal, como cliente potencial ou cliente oculto.

- Pode ser confirmada, ainda, a existência de registro contratual entre a operadora com a empresa de telefonia para verificar se a condição de atendimento 24h foi estipulada no contrato e está implementada.

**4.2.4 A Operadora possui programas de retenção de beneficiários.**



**Interpretação:**

Para manutenção dos beneficiários, a operadora deve avaliar o nível de concorrência e traçar estratégias para melhor atender às necessidades dos clientes. A satisfação do cliente e a avaliação de custo-benefício estão diretamente relacionadas à preservação das carteiras de clientes.

Portanto, a operadora deve adotar estratégias para prevenir a perda de beneficiários em suas carteiras. As organizações que: agregam benefícios; induzem melhores resultados em saúde; oferecem preços competitivos; e fornecem informações confiáveis, rápidas e de forma cortês aos seus clientes; alcançam um aumento da percepção do valor agregado do plano de saúde e conduzem a uma maior satisfação dos beneficiários.

A manutenção de clientes pode ser mais lucrativa no longo prazo do que a conquista de novos clientes. Por isso, é importante que a operadora identifique possíveis pontos de insatisfação e necessidades de melhoria capazes de evitar a evasão dos beneficiários (ZEITHAML, 2014 ; PIVA *et al.*, 2007 e NASCIMENTO *et al.*, 2010).


**Formas de Obtenção de Evidência:**

Para análise de conformidade do requisito pode ser verificado se existe na operadora:

- Mapeamento das reclamações e dos motivos de cancelamento dos contratos, demora nas informações solicitadas; avaliação do serviço recebido (satisfatório, inaceitável, ideal).
- Guia de procedimentos para evitar o abandono, focando na qualidade da atenção e no atendimento.
- Documentos que demonstrem a participação de gestores e/ou demais funcionários em treinamentos visando à retenção de beneficiários, programa de combate à evasão dos beneficiários, devidamente documentado e alinhado com o Documento de Planejamento Estratégico da Operadora.
- Monitoramento das etapas de relacionamento com os beneficiários (matriz SWOT do relacionamento com o cliente).
- Estratégia de antecipação das necessidades dos clientes (marketing de relacionamento).
- Estratégias de reorientação da percepção da qualidade dos serviços prestados a partir da utilização para a melhoria das condições de saúde dos beneficiários, por exemplo, promoção de estilos de vida saudáveis entre os beneficiários.

**4.2.5 A Operadora disponibiliza justificativa devidamente documentada nos casos de não-autorização para realização eletiva de exames,**



	<b>procedimentos e internações, e responde em até 24h após a solicitação do beneficiário.</b>	
<p><b>Interpretação:</b></p> <p>A negativa de cobertura por escrito (por correspondência ou de forma eletrônica) é um documento que contém o posicionamento oficial da operadora. Com este documento o beneficiário tem maior transparência no relacionamento com a operadora e ampliado o seu direito à informação.</p> <p>Esse requisito avalia se a informação da negativa é encaminhada com agilidade (em até 24 horas) e em linguagem clara, indicando a cláusula contratual ou o dispositivo legal que a justifique (ANS, 2016b).</p>		
<p><b>Formas de Obtenção de Evidência:</b></p> <p>Verificar se existem:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- relatórios contendo o histórico de solicitações dos beneficiários relacionando as datas de pedido e de envio da justificativa de negativa.</li> <li>- manuais com procedimentos definindo os prazos de resposta e as metodologias de apuração do cumprimento da regra.</li> </ul> <p>Realizar cruzamento entre informações sobre a data da solicitação efetuada pelo beneficiário e a resposta da operadora, por exemplo, por meio de e-mails enviados aos beneficiários, contendo as justificativas da não cobertura.</p>		
4.2.6	<b>A Operadora implementa um Plano de Ação baseado nos pontos críticos, nas avaliações das demandas recebidas em todos os canais de comunicação, com vistas à melhoria da qualidade do atendimento.</b>	
<p><b>Interpretação:</b></p> <p>Nesse item deve ser verificado se a operadora acompanha a satisfação dos seus beneficiários, avalia o atendimento prestado pelos seus agentes, procura identificar falhas, disfunções e deficiências no atendimento prestado, analisa suas causas e atua na solução dos pontos críticos encontrados (RODRIGUES <i>et al.</i>, 2016).</p> <p>A qualidade do atendimento é ponto decisivo para a satisfação do beneficiário. A Operadora deve monitorar e possuir metas para os índices e métricas de seus canais de atendimento, e desenvolvendo plano de ação no caso de não atingimento das metas.</p> <p>Para o canal de atendimento telefônico, por exemplo, existem diversos indicadores capazes de medir a qualidade do atendimento. Um indicador de atendimento precisa mensurar um fator de grande impacto na satisfação do beneficiário, como a agilidade, assertividade de solução e empatia.</p> <p>Diante de cada indicador, é fundamental buscar entender seus resultados e avaliar a forma como cada valor pode orientar melhorias nas práticas de atendimento.</p> <p>Este requisito tem o objetivo de verificar se a operadora avalia os indicadores da central telefônica, estipulando metas a serem alcançadas (TECPLAN, 2014).</p>		

**Formas de Obtenção de Evidência:**

Para verificação de conformidade deste requisito o plano de ação deverá estar devidamente documentado e possuir metas e prazos para a implantação das ações corretivas identificadas como necessárias e estar alinhado aos objetivos estratégicos da Operadora.

Deve haver evidências de acompanhamento da execução do plano, monitoramento da melhoria da qualidade do atendimento por meio de indicadores e comparação dos resultados obtidos com os definidos nas metas.

Pode ser verificado se a operadora possui e analisa relatórios de monitoramento de indicadores de atendimento (por exemplo, a taxa de abandono e o tempo médio de espera do canal telefônico e documentos contendo avaliações dos horários de pico na central telefônica), comprovantes de treinamento dos colaboradores cujas práticas influenciam os principais indicadores, histórico comparativo de índices já analisados, e procedimento documentado para definição das metas a serem atingidas.

<b>4.2.7</b>	<b>A Operadora oferece serviço de atendimento gratuito via telefone disponível para chamadas de longa distância nacional ao beneficiário 24h por dia e 7 dias por semana.</b>
--------------	---

**Interpretação:**

Além da disponibilidade do serviço de atendimento telefônico com custos para o beneficiário (item 4.2.3), este item aponta para a existência de canal de atendimento telefônico sem custos, no qual ele tem suas demandas atendidas a qualquer momento (vinte e quatro horas e sete dias por semana) que entre em contato com a operadora de qualquer localidade do país.

**Formas de Obtenção de Evidência:**

Verificar a existência de registro contratual entre a operadora e a empresa de telefonia para verificação da disponibilidade de atendimento ininterrupto e gratuito.

Para verificação da gratuidade da ligação, sugere-se ligação do auditor ao canal, como cliente oculto.

**4.3 Canais de Comunicação com Beneficiário - disponibilização de informações (proativo)**


Este requisito se refere às ações realizadas em prol do beneficiário, por iniciativa da operadora.

As práticas de marketing de relacionamento indicam que a satisfação do beneficiário está ligada à qualidade dos serviços, à sua percepção de seus próprios resultados em saúde e à satisfação global com a operadora e seus prestadores de serviço. As empresas com esta visão estratégica estabelecem vantagens competitivas, oferecendo serviços diferenciados ao cliente, com valor agregado, inovadores (de ponta) e geradores de receita.

As novas tecnologias da informação vêm moldando as atuações das instituições para a implementação de estratégias para o envolvimento (criação de laços fortes) com os consumidores/beneficiários, pois estes passaram a ter um papel ativo na criação de valor e significado da marca. Os serviços que estas

novas tecnologias possibilitaram, incluem desde canal para resposta a perguntas, pedidos e reclamações a serviços financeiros envolvendo mensalidades, chats e serviços pessoais como programas-robô, páginas de perguntas mais frequentes (FAQs), sistema para marcação de exames e consultas, etc.

Para um adequado fornecimento destes serviços é necessário que a operadora forneça treinamento, compensação e apoio a seus colaboradores, para a geração de serviços de qualidade.



<b>4.3.1</b>	<b>A operadora disponibiliza no Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar em linguagem amigável, no mínimo: informações cadastrais; informações de utilização de serviços de saúde; serviços operacionais; e o histórico do percentual de reajustes aplicados nos últimos 3 anos.</b>	
--------------	--	---

**Interpretação:**

As operadoras devem possuir em seus portais na internet, espaço com acesso restrito ao beneficiário, titular ou dependente, com vistas a promover a transparência de todo o processo que gera despesa assistencial, informar as características do plano contratado e garantir maior agilidade e autonomia ao beneficiário para acessar os dados do seu plano e consultar sua utilização e coparticipação, quando couber.

A ampliação das funcionalidades no Portal de Informações do Beneficiário, com a disponibilização de serviços operacionais, possibilita que o usuário resolva suas demandas com maior agilidade e autonomia.

- O componente cadastral compreende a relação mínima de dados do beneficiário, do plano contratado e da operadora, como nome, data de nascimento, data de contratação do plano, prazo máximo previsto para carência, regras para a aplicação da coparticipação e franquia, dentre outros, quando couber.
- O componente de utilização dos serviços deve apresentar histórico de todos os procedimentos (consultas, exames, terapias e internações) realizados pelo beneficiário na rede credenciada, referenciada, cooperada ou fora de rede (quando houver cobertura para reembolso), com data de realização e valor correspondente, bem como os demonstrativos de coparticipação. (ANS, 2015a)
- Os serviços operacionais abrangem questões financeiras e administrativas, tais como: emissão de boleto, recepção de boleto via e-mail, alteração da forma de pagamento (via boleto bancário, cartão de crédito, débito automático), alteração da data de vencimento, alterações cadastrais, troca de plano (produto), cancelamento do contrato, etc. (BRASIL, 2004).
- O histórico dos reajustes aplicados ao plano/contrato nos últimos 3 anos, e suas motivações (reajuste anual ou por faixa-etária) devem ser disponibilizados para que o beneficiário possa compreender e acompanhar a evolução de preços de seu plano de saúde, e verificar se as cláusulas de reajuste estão sendo aplicadas de acordo com o estabelecido contratualmente.

<b>Formas de Obtenção de Evidência:</b>		
<p>A verificação de conformidade do requisito deve ser feita por pesquisa direta na área restrita ao beneficiário, no portal da operadora.</p> <p>Inclui verificar se as informações são fornecidas em linguagem de fácil compreensão, especialmente as que se referem ao reembolso de despesas e à coparticipação.</p> <p>Também deve ser observada a forma como os procedimentos realizados pelo beneficiário estão apresentados. Estes devem estar agrupados por categoria de despesa (consultas, exames/terapias, internação, outras despesas e odontologia) e em cada categoria a relação individualizada dos procedimentos realizados, de modo a facilitar a compreensão pelo beneficiário.</p> <p>É fundamental analisar se as funcionalidades operacionais existentes são acessíveis, facilmente identificáveis e de simples utilização.</p> <p>Avaliar também se a informação dos reajustes aplicados nos últimos 3 anos, com a respectiva motivação, está disponibilizadas adequadamente.</p>		
<b>4.3.2</b>	<b>As informações disponibilizadas na área restrita são acessíveis aos deficientes visuais.</b>	
<b>Interpretação:</b>		
<p>A acessibilidade significa que as pessoas com deficiência podem entender, navegar, interagir e utilizar todos os serviços disponíveis com autonomia. Ela também beneficia idosos com baixa acuidade visual devido ao envelhecimento e indivíduos com limitações temporárias.</p> <p>A inclusão de serviços para pessoas com deficiência visa assegurar e promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais, promovendo a sua inclusão social e cidadania (BRASIL, 2004 ; BRASIL, 2009 ; BRASIL, 2015 e ANS, 2015a).</p>		
<b>Formas de Obtenção de Evidência:</b>		
<p>Verificar se a área restrita – (incluindo o Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar: PIN-SS) e as páginas obrigatoriamente navegadas para se chegar até ela possuem ferramentas de acessibilidade conforme as melhores práticas e diretrizes, tais como: áudio-descrição, alternância de tamanho da fonte, opção de contraste de cores, ativação dos elementos da página através do teclado.</p> <p>Pode ser verificado ainda, se a operadora possui relatórios de testes de navegabilidade realizados envolvendo diversos níveis de deficiência visual, dentre outras.</p>		
<b>4.3.3</b>	<b>A Operadora mantém atualizados os dados de sua rede prestadora em seu portal corporativo na Internet, promovendo que estas atualizações estejam disponíveis nos demais canais de comunicação.</b>	
<b>Interpretação:</b>		
<p>A rede prestadora (contratada, referenciada ou credenciada) é formada pelos médicos das mais variadas especialidades, outros profissionais de saúde, serviços de diagnóstico por imagem e laboratórios,</p>		

clínicas e hospitais que são contratados pela operadora de plano de saúde para prestar o atendimento aos beneficiários.

Deve ser garantido o direito à informação, ao público em geral, especialmente aos beneficiários da operadora, quanto à composição e localização geográfica de sua rede assistencial.

A manutenção de informações atualizadas sobre a rede prestadora e sua disponibilização ao público e aos beneficiários, em particular, é um indicativo de que a operadora procura oferecer uma rede de atendimento qualificada para seus clientes atuais e potenciais. A atualização destes dados também aponta para uma transparência das regras de credenciamento adotadas pela operadora e de um controle do desempenho da rede prestadora em prol dos beneficiários.


Observação: Este item não se aplica às operadoras que operam exclusivamente com planos de livre escolha (ANS, 2011 e OPAS, 2015).

**Formas de Obtenção de Evidência:**

Verificar se a rede assistencial está disponível no portal corporativo da operadora na Internet por plano de saúde, contendo o nome e registro do plano na ANS, e se cada prestador é exibido por tipo de estabelecimento, nome do estabelecimento ou do profissional, especialidade ou serviço, endereço completo, UF, município, telefone e outros meios de contato.

Verificar se estas informações estão disponíveis também nos demais canais de comunicação da operadora: presencial, telefônico, digital, redes sociais e aplicativos.



Verificar se estão definidos e implantados os procedimentos para manter os dados sobre a rede prestadora atualizados em tempo real e se estes dados podem ser acessados pelos beneficiários por meio de outros canais de atendimento.

<b>4.3.4</b>	<b>A Operadora divulga a substituição ou a exclusão de prestadores de serviços, indicando a rede substituta ou a exclusão, por plano/produto, no seu portal institucional ou outros canais de comunicação, com 30 dias de antecedência, permanecendo esta informação durante prazo mínimo de 180 dias.</b>	
--------------	--	---

**Interpretação:**

A operadora deve comunicar as substituições ou exclusões na rede de prestadores de serviços hospitalares e não hospitalares ao público e aos beneficiários, em particular, por meio de seu portal corporativo ou outros canais de comunicação - presencial, telefônico e digital (redes sociais e aplicativos), com 30 (trinta) dias de antecedência. Essas informações devem permanecer disponíveis ao público para consulta por pelo menos 180 dias.

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

<b>Formas de Obtenção de Evidência:</b>		
<p>Verificar casos de substituição e/ou exclusão de rede por parte da operadora e identificar se os meios de comunicação (<i>call center</i>, atendimento pessoal, portal na internet, erratas nos livros impressos da rede contratada, referenciada e credenciada) foram devidamente divulgados com 30 dias de antecedência, e se a informação completa da rede substitutiva ou aviso de exclusão, quando não foi indicada rede substitutiva, foram disponibilizados por pelo menos 180 dias.</p>		
<b>4.3.5</b>	<b>A Operadora disponibiliza informações sobre a qualificação de sua rede prestadora, incluindo os atributos de qualidade do QUALISS/ANS, aos beneficiários em todos os seus canais de comunicação.</b>	
<b>Interpretação:</b>		
<p>O Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar – QUALISS conta com a participação dos prestadores de serviços na saúde suplementar, de forma voluntária. Os prestadores que fazem parte do programa apresentam atributos específicos, associados a melhorias da qualidade na atenção à saúde. Entre estes atributos destacam-se, para os profissionais de saúde autônomos, aqueles advindos de sua formação; para os estabelecimentos de saúde, a acreditação e o monitoramento da qualidade por meio de indicadores (PM-QUALISS); e para ambos, a segurança do paciente (Sistema de Notificação de Eventos Adversos da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Notivisa/Anvisa). Os atributos de qualificação obtidos são obrigatoriamente divulgados pelas operadoras aos beneficiários e à sociedade em geral, nos materiais de divulgação de rede prestadora, seja em meio eletrônico, impresso ou audiovisual.</p> <p>A divulgação dos atributos de qualificação possibilita o empoderamento do beneficiário e da sociedade em geral, na medida em que contribui para o aumento do poder de avaliação e escolha, a partir da consolidação das informações de forma padronizada e transparente (ANS, 2016).</p>		
<b>Formas de Obtenção de Evidência:</b>		
<p>Verificar se a operadora disponibiliza os dados obtidos com a avaliação de seus prestadores por meio de materiais de divulgação, seja em meio eletrônico, impresso ou audiovisual, em local visível e em linguagem simples e de fácil compreensão pelos beneficiários.</p> <p>Do mesmo modo, verificar se são realizadas as atualizações dos atributos de qualificação nos materiais impressos da operadora, no máximo, a cada 12 meses e, nos meios eletrônicos (portal corporativo, redes sociais, aplicativos, etc.), em até 30 dias a partir do recebimento das informações do prestador.</p>		
<b>4.3.6</b>	<b>A operadora promove a convergência de todos os canais de comunicação com seus beneficiários, de modo a permitir que o beneficiário obtenha as informações necessárias e adequadas às suas demandas, independentemente do canal escolhido.</b>	



**Interpretação:**

A Operadora deve disponibilizar serviço de atendimento ao beneficiário em canais diversos (presencial, via portal, telefone, fax, carta, eletrônicos, etc) que possibilitem ao interessado a resolução de demandas referentes a informação, dúvida, reclamação e serviços.

Este item determina se o beneficiário é atendido e tem suas demandas resolvidas quando entra em contato com a operadora por meio dos diferentes canais.

Em suas rotinas de comunicação com as operadoras, comumente os beneficiários têm de utilizar múltiplos canais para obter as informações necessárias e adequadas às suas diversas demandas, tais como acessar os dados do seu plano, alterar as informações cadastrais, obter boletos bancários, consultar extratos de utilização e coparticipação.

Este quesito refere-se à capacidade dos sistemas de comunicação da operadora, presencial, telefônico, via portal na internet ou aplicativo, em identificar ágil e facilmente os dados sobre os beneficiários, armazenados nos seus bancos de dados, de tal modo que os beneficiários sejam guiados até o atendimento de suas demandas sem que haja necessidade de múltiplos e não resolutivos contatos com a operadora.

**Formas de Obtenção de Evidência:**

A operadora deve fornecer protocolo para todos os atendimentos e solucionar o problema do usuário ou dar continuidade ao atendimento de sua(s) demanda(s), direcionando-o para o setor competente, sem que haja necessidade de múltiplos contatos.

Deve existir um sistema que organize os dados dos beneficiários de tal modo que as equipes dos diversos canais de comunicação da operadora possam acessá-los facilmente para fornecer informações adequadas e de qualidade às demandas dos beneficiários. Evidências de capacitação e alinhamento das equipes de atendimento dos diversos canais devem estar disponíveis

#### 4.4 Pesquisa de Satisfação de Beneficiários

A realização de uma Pesquisa de Satisfação de Beneficiários deve ter como objetivo de estudo a experiência do beneficiário do plano de saúde, com vistas a aumentar a participação do beneficiário na avaliação da qualidade dos serviços oferecidos, de maneira que seus resultados tragam insumos para o aprimoramento das ações de melhoria contínua da qualidade dos serviços ofertados pela operadora (SEBRAE MINAS, 2013).

<b>4.4.1</b>	<b>A Operadora realiza anualmente pesquisa de satisfação de beneficiários, utilizando metodologia que contemple uma amostra estatisticamente significativa de sua carteira de beneficiários.</b>
--------------	--

**Interpretação:**

É fundamental que a amostra utilizada na pesquisa de satisfação de beneficiários seja representativa da população de beneficiários (carteira) da operadora, tendo em consideração todos os seus planos (produtos) e as características demográficas da população, especialmente o sexo e a faixa etária. A


justificativa do tamanho amostral deve estar nitidamente explicitada. Ainda, devem estar claramente definidos o nível de significância e a margem de erro para as diversas estimativas da pesquisa. O nível de significância estatística de uma amostra pode ser traduzido como uma medida estimada do grau em que um determinado resultado obtido com a amostra é “verdadeiro”, ou seja, representa o que realmente ocorre na população de beneficiários da operadora (“representatividade da população”) (COCHRAN, 1977 e RIBEIRO ; ECHEVESTE, 1998 ).

**Formas de Obtenção de Evidência:**

Verificar as evidências sobre a realização anual da pesquisa de satisfação de beneficiários e se esta pesquisa contempla metodologia documentada para estabelecer uma quantidade mínima de beneficiários de forma que a amostra seja estatisticamente significativa.

São exemplos de formas de evidências que poderão ser verificadas:

- (1) Quanto à realização da pesquisa: Relatório contendo os resultados da pesquisa; relatório de auditoria independente da pesquisa (CNSP, 2014); e entrevistas com beneficiários participantes da pesquisa.
- (2) Quanto à metodologia: Nota Técnica ou documento técnico contendo o planejamento da pesquisa, elaborado por estatístico ou por profissional com formação em estatística;
- (3) Quanto à significância estatística da amostra: Realização de procedimento para verificação da discrepância de uma hipótese estatística em relação aos dados observados, utilizando uma medida de evidência, por exemplo, p-valor;
- (4) Quanto ao universo amostrado: Verificação se há uma correspondência entre o universo de beneficiários e a população utilizada para a formação da amostra probabilística.



<b>4.4.2</b>	<b>A pesquisa de satisfação de beneficiários se baseia em documento de planejamento, elaborado e assinado por profissional com formação em estatística contemplando itens mínimos de técnicas de amostragem estatística.</b>	
--------------	--	---

**Interpretação:**

A realização de uma pesquisa requer tempo, investimento e atenção. Para que o esforço não seja em vão, a pesquisa deve ser planejada por um profissional com formação estatística e esse planejamento deve ser devidamente documentado. Ainda, de forma que a amostra seja capaz de refletir o que realmente ocorre na população como um todo, a amostra deverá ser estabelecida através de técnicas de amostragem (BOLFARINE ; BUSSAB, 2005)

**Formas de Obtenção de Evidência:**


Verificar a existência de um documento contendo o planejamento da pesquisa, elaborado por profissional com formação estatística. A formação do profissional responsável poderá ser comprovada através de registro no Conselho Regional de Estatística (CONRE) do profissional ou do CNPJ de

<p>empresa de estatística, ou ainda, por meio de certificados (diplomas) de conclusão de cursos com conteúdo de estatística ou comprovação de experiência profissional em estatística.</p> <p>O documento de planejamento da pesquisa deve contemplar itens tais como: período de realização da pesquisa; unidade de análise e resposta; população alvo e estratos adotados; sistemas de referência; especificação dos parâmetros populacionais de interesse; descrição da população amostrada; definição do tipo de coleta que utilizada; definição do plano amostral; definição do tamanho da amostra; definição dos estimadores utilizados e seus erros amostrais; seleção da amostra; descrição dos procedimentos para o tratamento dos erros não amostrais; verificação do sistema interno de controle; conferência e fiscalização da coleta de dados e do trabalho de campo; entre outros.</p>		
<b>4.4.3</b>	<p><b>A pesquisa de satisfação de beneficiários conta com um relatório final contendo os resultados apurados.</b></p>	
<p><b>Interpretação:</b></p> <p>De forma a otimizar os insumos obtidos com a realização de uma Pesquisa de Satisfação de Beneficiários, para o aprimoramento das ações de melhoria contínua da qualidade dos serviços ofertados, os resultados apurados bem como a análise destes deverão estar documentados em um relatório (ANS, 2017).</p>		
<p><b>Formas de Obtenção de Evidência:</b></p> <p>Verificar a existência do relatório final da pesquisa contendo os resultados apurados.</p> <p>O relatório final da pesquisa deve contemplar itens tais como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) A identificação do responsável técnico da pesquisa – profissional com formação em estatística;</li> <li>b) O nome da empresa que coletou os dados da pesquisa (se couber);</li> <li>c) Descrição da população amostrada;</li> <li>d) Tamanho da amostra, erro amostral, período de realização da pesquisa e descrição do grupo pesquisado;</li> <li>e) Taxa de respondentes;</li> <li>f) Realização e demonstração de análises descritivas para os quesitos do questionário;</li> <li>g) Tabelas contendo as estimativas, erros padrões e intervalo de confiança, com seu respectivo nível de confiança; e</li> <li>h) Resultados apurados e conclusões sobre a pesquisa.</li> </ul>		
<b>4.4.4</b>	<p><b>A pesquisa de satisfação de beneficiários contempla no mínimo perguntas relativas à Atenção à Saúde, Canais de Atendimento e Avaliação Geral da Operadora.</b></p>	
<p><b>Interpretação:</b></p>		

O objetivo principal de uma Pesquisa de Satisfação de Beneficiários deve ser a obtenção de insumos para o aprimoramento das ações de melhoria contínua da qualidade dos serviços ofertados pela operadora. Assim, perguntas relativas à atenção à saúde, os canais de atendimento e a avaliação geral da operadora devem ser contempladas na pesquisa a ser realizada (AHRQ, 2013 e DAROS *et al.*, 2016).

**Formas de Obtenção de Evidência:**

Verificar se o questionário aplicado na pesquisa aborda perguntas relativas à: Atenção à Saúde, Canais de Atendimento e Avaliação Geral da Operadora.


<b>4.4.5</b>	<b>A Operadora publica, com destaque, o relatório com os resultados da pesquisa de satisfação de beneficiários em seu portal na internet.</b>	
--------------	---	---

**Interpretação:**

A operadora deve primar por uma política de divulgação de informações que, além de atender às exigências legais, seja guiada pelo princípio da transparência que exige que as informações divulgadas sejam completas, objetivas, tempestivas e de fácil entendimento para o público. Assim, ao publicar os resultados da sua pesquisa de satisfação de beneficiários, a operadora contribui para a diminuição da assimetria de informações e torna público o grau de satisfação de seus usuários de planos de saúde.

**Formas de Obtenção de Evidência:**

Verificar as evidências que comprovem a divulgação de informações atualizadas dos resultados da pesquisa de satisfação de beneficiários, de forma clara e objetiva, em local de destaque e de fácil acesso no portal da operadora na internet.



<b>4.4.6</b>	<b>A pesquisa de satisfação de beneficiários conta com parecer de auditoria independente sem ressalvas que assegure a fidedignidade dos beneficiários selecionados para as entrevistas, bem como de suas respostas.</b>	
--------------	---	---

**Interpretação:**

A auditoria independente é uma atividade que, utilizando-se de procedimentos técnicos específicos, tem a finalidade de atestar a adequação de um ato ou fato com o fim de imprimir-lhe características de confiabilidade. Assim, sua realização é essencial para a proteção dos usuários das informações auditadas e deve ter por objetivo assegurar a fidedignidade das informações consideradas e a ausência de fraudes durante o processo.

O parecer sem ressalvas é emitido quando o auditor tem convicção e a expressa de forma clara e objetiva, sobre todos os aspectos relevantes dos assuntos tratados no âmbito da auditoria (IBGC, 2009 e CNSP, 2014).

**Formas de Obtenção de Evidência:**

<p>Verificar as evidências sobre a realização de auditoria independente com emissão de parecer conclusivo sem ressalvas que assegure a aderência da pesquisa ao escopo do planejamento e a fidedignidade dos beneficiários selecionados para as entrevistas, bem como de suas respostas.</p>		
<b>4.4.7</b>	<p><b>A Operadora utiliza o Documento Técnico para a Realização da Pesquisa de Satisfação de Beneficiários disponível no portal da ANS.</b></p>	
<p><b>Interpretação:</b></p> <p>O Documento Técnico para a Realização da Pesquisa de Satisfação de Beneficiários disponível no portal da ANS faz parte do escopo do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) e a Operadora que realizar a pesquisa obedecendo os requisitos mínimos e diretrizes estabelecidos neste documento, é elegível a uma pontuação extra no IDSS.</p> <p>Os requisitos mínimos e as diretrizes do Documento Técnico para a Realização da Pesquisa de Satisfação de Beneficiários têm por objetivo a normalização com alto padrão técnico e a criação de uma série histórica dos resultados.</p> <p>O Documento Técnico determina as diretrizes para a condução da pesquisa e o mínimo de perguntas do questionário a ser aplicado. Ao mesmo tempo, estabelece que a pesquisa deve ser auditada por profissional independente e que seus resultados junto com o parecer da auditoria precisam ser disponibilizados no portal corporativo da operadora (ANS, 2017).</p>		
<p><b>Formas de Obtenção de Evidência:</b></p> <p>Confrontar a pesquisa realizada com os requisitos mínimos e diretrizes da última versão do Documento Técnico para a Realização da Pesquisa de Satisfação de Beneficiários, disponível no Portal da ANS, com o intuito de verificar se a pesquisa: utiliza as perguntas estabelecidas no questionário; conta com auditoria independente; possui relatório final contendo os elementos mínimos estabelecidos; tem termo de responsabilidade assinado pelo responsável técnico e pelo representante legal da operadora e foi publicada no portal da operadora.</p> <p>Na avaliação da conformidade deste item, o auditor deverá se atentar para o período de realização da pesquisa e para a pontuação efetiva da operadora no último IDSS disponível na data de análise.</p>		
<b>4.4.8</b>	<p><b>A Operadora avalia a satisfação dos beneficiários com o atendimento da rede prestadora incluindo perguntas adicionais ao questionário.</b></p>	
<p><b>Interpretação:</b></p> <p>A rede prestadora é a responsável pela entrega de grande parte do produto de uma operadora. A qualificação da rede para um bom atendimento e satisfação dos beneficiários constitui uma responsabilidade da operadora frente aos seus clientes (MILAN e TREZ, 2005 e ABEP, 2018).</p>		
<p><b>Formas de Obtenção de Evidência:</b></p> <p>Verificar se além do mínimo de perguntas especificado no Documento Técnico para a Realização da Pesquisa de Satisfação de Beneficiários disponível no portal da ANS, foram incluídas no questionário</p>		

da pesquisa outras questões que abordem a satisfação do beneficiário com a rede prestadora (ICC, 2016).

**4.4.9 A Operadora implementa um Plano de Ação baseado nos resultados da Pesquisa de Satisfação de Beneficiários com vistas à melhoria.**



**Interpretação:**

A Pesquisa de Satisfação de Beneficiários deve ser finalizada com a elaboração de um relatório contendo os resultados apurados, eventuais pontos críticos identificados que necessitam de ações corretivas, bem como sugestões de melhorias a serem realizadas pela operadora nos aspectos abordados na pesquisa.

**Formas de Obtenção de Evidência:**

A análise de conformidade deste item deverá buscar evidências sobre a adoção das ações propostas no plano de ação elaborado a partir dos resultados da pesquisa de satisfação de beneficiários.

Os tipos de evidência a serem verificados dependerão das ações propostas. Relatórios e atas de reuniões, registros de implementação/alteração em sistemas de informática e processos de trabalho, atualização de manuais, políticas e diretrizes da operadora são possíveis exemplos de tipos de evidência deste item.

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

**Referências Bibliográficas para Experiência do Beneficiário**

ABEP. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – **Diretrizes ESOMAR – Pesquisa de Opinião**. Apresenta as diretrizes da ESOMAR - *European Society for Opinion and Market Research* para realização de pesquisas. 2018. Disponível em: <<http://www.abep.org/codigos-e-guias-da-abep>>.

ABRAREC- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DAS RELAÇÕES EMPRESA CLIENTE – ABRAREC E ABO- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OUVIDORES/ OMBUDSMAN. **Manual de Boas Práticas de Ouvidoria. 2015.** Disponível em: <[http://abrarec.com.br/wp-content/uploads/2015/07/Vs\\_pb.pdf](http://abrarec.com.br/wp-content/uploads/2015/07/Vs_pb.pdf)>

AHRQ- Agency for Health Care Research and Quality. **CAHPS® Health Plan Surveys Version: Adult Medicaid Survey 5.0.** 2013. Disponível em: <<https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/cahps/surveys-guidance/hp/adult-med-eng-hp50-2152a.pdf>>

\_\_\_\_\_. **CAHPS® Health Plan Survey and Instructions – Fielding the CAHPS® Health Plan Survey 5.0.** 2013. Disponível em: <<https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/cahps/surveys-guidance/hp/fielding-the-survey-hp50-2013.pdf>>

ANS - AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Resolução Normativa RN Nº 171, de 29 de abril de 2008:** critérios para aplicação de reajuste das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência suplementar à saúde médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica,

contratados por pessoas físicas ou jurídicas. Rio de Janeiro: ANS, 2008. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=MTI4NA>>>

\_\_\_\_\_. **Resolução Normativa RN N° 172, de 8 de julho de 2008:** critérios para aplicação de reajustes das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência suplementar à saúde exclusivamente odontológicos. Rio de Janeiro: ANS, 2008a. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=MTMwMw>>>

\_\_\_\_\_. **Resolução Normativa RN N° 190, de 30 de abril de 2009:** criação obrigatória de portal corporativo na Internet pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, dentre outros. Rio de Janeiro: ANS, 2009. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTQxMw>>>

\_\_\_\_\_. Instrução Normativa DIPRO IN N° 20, de 29 de setembro de 2009: instrumentos de orientação aos beneficiários. Rio de Janeiro: ANS, 2009a. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTUxNw>>>

\_\_\_\_\_. **Resolução Normativa – RN n° 285, de 23 de dezembro de 2011:** obrigatoriedade de divulgação das redes assistenciais das operadoras de planos privados de assistência à saúde nos seus Portais Corporativos na Internet; e altera a Resolução Normativa - RN N° 190, de 30 de abril de 2009 e a RN N° 124, de 30 de março de 2006, que dispõem, respectivamente, sobre a criação obrigatória do Portal Corporativo na Internet pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde e sobre a aplicação de penalidades para as infrações no setor da saúde suplementar. Rio de Janeiro: ANS, 2011. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTkyMw>>>

\_\_\_\_\_. **Resolução Normativa – RN n° 309, de 24 de outubro de 2012:** agrupamento de contratos coletivos de planos privados de assistência à saúde para fins de cálculo e aplicação de reajuste. Rio de Janeiro: ANS, 2012. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MjI4Mg>>>

\_\_\_\_\_. **Resolução Normativa – RN n° 323, de 03 de abril de 2013:** instituição de unidade organizacional específica de ouvidoria pelas operadoras de planos privados de assistência saúde. Rio de Janeiro: ANS, 2013. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MjQwNA>>>

\_\_\_\_\_. **Resolução Normativa – RN n° 365, de 11 de dezembro de 2014:** substituição de prestadores de serviços de atenção à saúde não hospitalares. Rio de Janeiro: ANS, 2014. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mjg1OQ>>>

\_\_\_\_\_. **Resolução Normativa – RN n° 386, de 9 de outubro de 2015:** Programa de Qualificação de Operadoras e dá outras providências. Rio de Janeiro: ANS, 2015. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzEwMA>>>

\_\_\_\_\_. **Resolução Normativa RN N° 389, de 26 de novembro de 2015:** transparência das informações no âmbito da saúde suplementar, estabelece a obrigatoriedade da disponibilização do conteúdo mínimo obrigatório de informações referentes aos planos privados de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: ANS, 2015a. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzEzNw==>>

\_\_\_\_\_. **Resolução Normativa – RN N° 405, de 9 de maio de 2016:** Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar – QUALISS. Rio de Janeiro: ANS, 2016. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzI0OA==>>

\_\_\_\_\_. **Resolução Normativa RN N° 413, de 11 de novembro de 2016:** Contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde. Rio de Janeiro: ANS, 2016a. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=MzM5Nw==>>

\_\_\_\_\_. **Resolução Normativa RN N° 395, de 14 de janeiro de 2016:** Regras a serem observadas pelas Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde nas solicitações de procedimentos e/ou serviços de cobertura assistencial apresentados pelos beneficiários, em qualquer modalidade de contratação. Rio de Janeiro: ANS, 2016b. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=MzE2OA==>>

\_\_\_\_\_. **REA-OUVIDORIAS - Relatório estatístico e analítico do atendimento das ouvidorias ANO BASE 2016.** Rio de Janeiro. ANS, 2016c. Disponível em: <[http://www.ans.gov.br/images/REA\\_2017\\_-\\_Ano\\_Base\\_2016.pdf](http://www.ans.gov.br/images/REA_2017_-_Ano_Base_2016.pdf)>

\_\_\_\_\_. **Documento Técnico para a realização da pesquisa de satisfação de beneficiários de planos de saúde.** Rio de Janeiro. ANS, 2017. Disponível em: <[http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais\\_para\\_pesquisa/Perfil\\_setor/idss/pqo2018\\_8\\_pesquisa\\_satisfacao\\_beneficiario.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/idss/pqo2018_8_pesquisa_satisfacao_beneficiario.pdf)>

BOLFARINE, H.; BUSSAB, W. O. Elementos de Amostragem. ABE – Projeto Fisher. Ed. 1. 2005.

BRASIL. **Decreto nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004.** Regulamenta as Leis nº 10.048, e a nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Brasília, 2004. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/CCIVIL\\_03/\\_ATO2004-2006/2004/DECRETO/D5296.HTM](http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_ATO2004-2006/2004/DECRETO/D5296.HTM)>

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 6.523, de 31 de julho de 2008.** Regulamenta a Lei Nº 8.078, de 11 de setembro de 1990, para fixar normas gerais sobre o serviço de atendimento ao consumidor – SAC. Brasília, 2008. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2008/decreto/d6523.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/decreto/d6523.htm)>

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009.** Promulga a convenção internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu protocolo facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Brasília, 2009. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/CCIVIL\\_03/\\_ATO2007-2010/2009/DECRETO/D6949.HTM](http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_ATO2007-2010/2009/DECRETO/D6949.HTM)>



\_\_\_\_\_. **Lei nº 12.965, DE 23 DE ABRIL DE 2014.** Estabelece princípios, garantias direitos e deveres para uso da internet no Brasil. Brasília, 2014. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2014/lei/112965.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/112965.htm)>

\_\_\_\_\_. **Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015.** Institui a lei brasileira de inclusão da pessoa com deficiência (Estatuto da pessoa com Deficiência). Brasília, 2015. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2015/lei/113146.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113146.htm)

BRANDÃO, V.C., Comunicação e marketing na era digital: a internet como mídia e canal de vendas. XXIV Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação. INTERCOM – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação. Campo Grande – MS, 2011.

CMS – CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES. **Quality Assurance Guidelines and Technical Specifications.** v. 2. January, 2006.

CNSP – CONSELHO NACIONAL DE SEGUROS PRIVADOS. **Resolução CNSP nº 311, de 2014.** prestação de serviços de auditoria atuarial independente para as sociedades seguradoras, entidades abertas de previdência complementar, sociedades de capitalização e resseguradores locais.

COCHRAN, W. G. **Sampling Techniques.** 3<sup>rd</sup> Edition. John Wiley & Sons, inc. 1977.

DAROS, R.M. et al. A satisfação do beneficiário da saúde suplementar sob a perspectiva da qualidade e integralidade. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 26 [ 2 ]: 525-547, 2016.

IBGC – INSTITUTO BRASILEIRO DE GOVERNANÇA CORPORATIVA. **Cadernos de Governança Corporativa nº 7 – Guia de orientações para Melhores Práticas de Comitês de Auditoria.** São Paulo. IBGC, 2009. Disponível em: <[http://www.ibgc.org.br/userfiles/files/Guia\\_7\\_.pdf](http://www.ibgc.org.br/userfiles/files/Guia_7_.pdf)>

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Questionário da Pesquisa Nacional de Saúde.** Rio de Janeiro, 2014. 52 p. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pns/2013/default\\_microdados.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pns/2013/default_microdados.shtm)>.

\_\_\_\_\_. **Manual do Recenseador – CD – 1.09 Censo Demográfico 2010.** Rio de Janeiro, 2010. 169 p. Disponível em: <[https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/instrumentos\\_de\\_coleta/doc2601.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/instrumentos_de_coleta/doc2601.pdf)>

ICC – INTERNATIONAL CHAMBER OF COMMERCE. **ICC/ESOMAR International Code on Market, Opinion and Social Research and Data Analytics.** 2016. Disponível em: <<https://www.iccwbo.org>>

LEEuw, E. D. et al. EAM – EUROPEAN ASSOCIATION OF METHODOLOGY. **International Handbook of Survey Methodology.** 2007-2008.

LOPES, L.G., **Inovação organizacional em empresas operadoras de saúde: um estudo exploratório de casos.** Belo Horizonte, 2003, 219p, Dissertação de mestrado em administração. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, 2011.

MILAN, G.S., TREZ, G. - **Pesquisa De Satisfação: Um Modelo Para Planos De Saúde.** Revista Eletrônica da Fundação Getúlio Vargas – Escola de Administração de Empresas de São Paulo. 2005. Disponível em: <http://www.rae.com.br/eletronica/index.cfm?FuseAction=Artigo&ID=2165&Secao=ARTIGOS&Volume=4&Numero=2&Ano=2005>

MIRALDO, C., **A utilização de sistema de informação para gestão das demandas dos beneficiários de operadoras de saúde suplementar, como estratégia frente à regulação do setor e**

**a notificação de intermediação preliminar (NIP).** Dissertação de Mestrado Profissional em Administração e Gestão em Sistemas de Saúde. Universidade Nove de Julho, São Paulo, 2016.

NASCIMENTO, D.C.O et al, Estratégia de marketing em um plano de saúde: utilização de ferramenta MASP na resolução de problemas e na conquista da fidelização de clientes no norte fluminense. XXX ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, São Carlos, SP, 2010.

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde e ANS-Agência Nacional de Saúde. **Conhecimento técnico-científico para qualificação da saúde suplementar.** Brasília. DF: OPAS; Reio de Janeiro: ANS, 2015, 192 p.

PIVA, L. C. et al., Relação entre satisfação, retenção e rentabilidade de clientes no setor de planos de saúde. **Revista de Ciências da Administração**, v. 9, n. 19, p. 54-80, set./dez. 2007.

RIBEIRO, J. L. D.; ECHEVESTRE, M. E. Dimensionamento da Amostra em Pesquisa de Satisfação de Clientes. In: ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, 18., Niterói, 1998. Anais. Niterói, 1998.

RODRIGUES, M. V., *et al.*. **Qualidade e Acreditação em Saúde.** Rio de Janeiro: Editora FGV. 2016. 2. ed.

SEBRAE MINAS - Serviço de Apoio às Micro e Pequenas Empresas de Minas Gerais – **Como elaborar uma Pesquisa de Mercado.** Rede de Atendimento ao Empreendedor. 2013.

TECPLAN. **Indicadores de Produtividade e de Gestão do Call Center.** Tecplan Ltda, 2014. Disponível em: < <http://www.gestaoporprocessos.com.br/wp-content/uploads/2014/06/indicadores-de-produtividade-e-gestao-do-call-center.pdf> >

ZEITHAML, V.A.; BITNER, M.J.; GREMLER, D. D.. **Marketing de Serviços: A Empresa com Foco no Cliente.** 6.ed., AMGH Editora Ltda., 2014.

ZUZA, M.S.P., **Melhoria do Processo de Atendimento ao Cliente: um estudo de caso.** Dissertação de Mestrado em Engenharia de Produção. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.