

Manual de boas práticas da rede de prestadores – *Unimed Guarulhos*

Versão 04 - Novembro 2021



MISSÃO

Cuidar da saúde do nosso cliente, viabilizando trabalho ao médico cooperado, valorizando o capital humano e uma gestão sustentável



POLÍTICA DA QUALIDADE

Garantir a efetividade dos processos com foco na segurança e satisfação dos nossos clientes resultando na sustentabilidade



VISÃO

Ser uma instituição de referência em gestão de saúde até 2022, em sua área de atuação



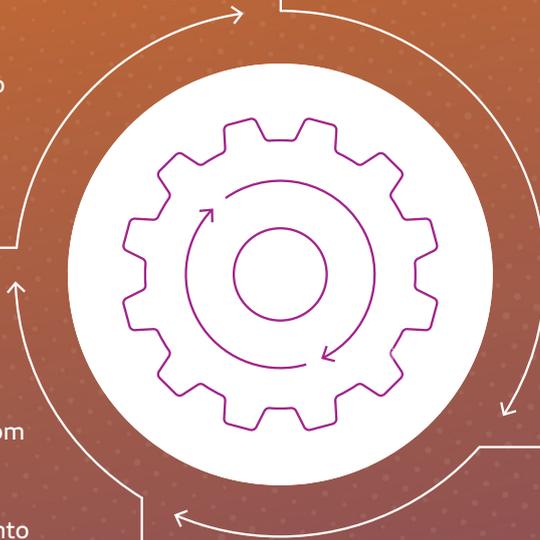
OBJETIVOS DA QUALIDADE

- ✓ Melhoria contínua
- ✓ Satisfação dos clientes e público interno
- ✓ Sustentabilidade do negócio



VALORES

- ✓ Compromisso com a vida
- ✓ Cooperação
- ✓ Comprometimento com o cliente, cooperados, colaboradores e sociedade
- ✓ Sustentabilidade
- ✓ Excelência



Sobre a Unimed Guarulhos

A Unimed Guarulhos é uma cooperativa médica, fundada e administrada por médicos, que tem como principal objetivo oferecer o cuidado à saúde com qualidade e atendimento humanizado.

Registrada na ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) sob o nº 33.3051, adjunto a lei e normas que regem a operação de planos de saúde, cumpre zelar pela qualidade e excelência da assistência prestada aos seus beneficiários.

Fundada em 19 de janeiro de 1994, a cooperativa atua em Guarulhos, Arujá, Itaquaquecetuba, Ferraz de Vasconcelos e Santa Isabel e disponibiliza a seus beneficiários uma rede de atendimento completa, com médicos, hospitais, laboratórios e clínicas, Central de Relacionamento com o Cliente com atendimento 24 horas nos sete dias da semana, além de produtos e serviços diferenciados, para melhor atender às suas necessidades e também de sua família.

Cada Unimed é autônoma e juntas formam o Sistema Unimed, o maior sistema cooperativista de trabalho médico do mundo e a maior rede de assistência médica do Brasil, presente em 84% do território nacional.

Com objetivo de orientar sua rede, preparamos este Manual de Boas Práticas da Rede de Prestadores, baseado em normativas legais com uma síntese de tópicos relevantes, inerentes aos serviços executados pelos prestadores de serviço, voltados à qualificação.



SUMÁRIO

1. Introdução	05
1.1 Gestão de Rede Prestadora	05
2. Programa de Qualificação de rede Unimed Guarulhos	05
2.1. Visita de boas práticas	05
2.2. Relatório da visita técnica	06
2.3. Capacitação e Educação Continuada	06
3. A importância do prontuário	07
3.1. Confidencialidade do prontuário	07
3.2. Tempo de arquivamento	11
3.3. Acesso ao prontuário	12
4. Qualidade dos arquivos médicos	13
5. Política de Segurança do Paciente.....	13
5.1. O que é um evento adverso.....	14
5.2. E dano ao paciente?	14
5.3. Metas da Organização Mundial de Saúde	15
5.4. Identificação dos pacientes	15
5.5. Uma assistência limpa é uma assistência mais segura	15
5.6. A importância das notificações	16
5.7. Monitoramento dos indicadores	17
5.8. Jornada do Paciente.....	17
6. Atendimento	18
6.1. Prazos máximos para o atendimento	19
6.2. Ouvidoria.....	19
6.3. Central de Relacionamento com o Prestador	20
6.4. Atendimento aos beneficiários	20
7. Alteração de dados cadastrais	21
7.1 Documentação legal.....	21
7.2 Critérios qualitativos e quantitativos	23
7.3 Descredenciamento.....	23
8. Conhecendo um pouco as normas	24
8.1. RN 277	24
8.2. RN 452.....	24
8.3. RN 267.....	25
8.4. RN 405	26
8.5. ONA.....	26
8.6. QUALISS.....	26
8.7. LGPD - Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais - Lei 13.709/2018.....	28

1 INTRODUÇÃO

1.1 Gestão da Rede Prestadora

Em busca de melhoria contínua das rotinas operacionais, a Unimed Guarulhos criou o setor de gestão da rede prestadora, que tem como objetivo nortear as ações de sua rede prestadora de serviços.

O relacionamento com o prestador tem como intuito disponibilizar uma rede qualificada para atendimento de seus beneficiários, gerar ações de qualificação aos seus prestadores de serviços credenciados e auxiliar nas informações relacionadas ao credenciamento, com base nos registros de atendimento e nas visitas de boas práticas, que facilitam a execução dos trabalhos de nossos prestadores de serviços.

Nessa cartilha trataremos alguns temas como Qualificação dos Serviços de Saúde, Visita de Boas Práticas, Importância da Confidencialidade e Guarda dos Prontuários, Qualidade nos Atendimentos, Segurança do Paciente, Certificação da Rede Prestadora, Atualização de Documentação.

Nesta versão o prestador também terá acesso a RN 452.

Disponibilizamos atendimento para suporte aos seus prestadores pelo e-mail credenciamento@unimedguarulhos.coop.br e pelo telefone **(11) 2463-8010** e **2463-8075** e **WhatsApp (11) 99634-1898**.

Desta forma, sempre que houverem dúvidas, elogios ou questionamentos, nos contate!

2 PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DE REDE UNIMED GUARULHOS

A Unimed Guarulhos tem como premissa a Qualificação da sua rede prestadora, garantindo assim segurança assistencial, serviço seguro, eficaz e eficiente aos seus beneficiários. Tendo como objetivo estimular os profissionais e unidades de saúde a atingir o seu melhor desempenho.

Com este programa o prestador poderá receber incentivos financeiros e não financeiros a fim de incentivar à acreditação/certificação, e estímulos vinculados à adoção de boas práticas, excelência no atendimento a padrões e protocolos. O programa inicia-se com uma visita técnica programada para avaliação dos requisitos pré-definidos.

2.1. Visita de boas práticas

A visita tem por objetivo conhecer o local onde será prestado atendimento aos nossos beneficiários e analisar o ambiente físico e estrutura do local. Desta forma, nossos prestadores da rede credenciada serão incentivados a melhoria contínua na qualidade assistencial da Saúde Suplementar com base nas Dimensões da RN 452 e do Manual Brasileiro de Acreditação- ONA.

A visita será agendada com antecedência, conciliando dias e horários favoráveis ao nosso prestador. Vale ressaltar que a visita de boas práticas não é punitiva e não gerará custos ao prestador, pois o objetivo principal é a prática de melhoria contínua, visando obter melhoria nos resultados da atenção à saúde.

Para averiguar a periodicidade das visitas serão considerados os níveis de classificação a seguir:

Validade	Certificado
12 meses	Bronze
18 meses	Prata
24 meses	Ouro

2.2. Relatório da visita técnica

A OPS vai encaminhar ao prestador o relatório com os apontamentos da visita para que apresente em até 90 dias a contar do recebimento do e-mail um plano de ação com as melhorias propostas.

O plano de ação define o que deverá ser feito, indicando quem é o órgão ou pessoa responsável por essa ação e por que a tarefa deve ser executada. Em seguida, define-se onde serão realizadas as atividades, as datas de início e de fim (quando) para o alcance dos resultados e a maneira como devem ser executadas.

A equipe de qualificação de rede vai acompanhar as ações e solicitar evidências, que poderão ser registros fotograficos e cópia de documentos.

2.3. Capacitação e Educação Continuada

Visando o aprimoramento da Qualidade assistencial dos prestadores de serviços, a Unimed Guarulhos proporcionará a sua rede credenciada treinamentos assistenciais e administrativos, com o objetivo de instituir ações para a promoção da segurança do paciente.

A prática de treinamentos na saúde cria a cultura da segurança: conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde.

Após finalização do ciclo de Visitas, a Unimed Guarulhos incentivará a rede prestadora com a participação em programas de capacitação, educação continuada presencial, educação continuada online e entrega dos certificados.

Os treinamentos visam boas práticas de funcionamento dos serviços de saúde: componentes da garantia da qualidade que asseguram que os serviços são oferecidos com padrões de qualidade adequados de acordo com a RDC 36.

Serão priorizados prestadores que passaram por visita técnica e obtiveram nota inferior a 40% e/ou receberam indicação de melhorias nos itens Segurança do Paciente e SAME, com evidências conforme Formulário de Visita Técnica.

Incentivando 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, no formulário de visita técnica, o mesmo receberá uma pontuação se pelo menos 70% do corpo clínico participou de alguma atividade de educação continuada, científica, simpósio, etc., nos últimos 2 anos.

3 A IMPORTÂNCIA DO PRONTUÁRIO

O prontuário é um documento obrigatório para cada paciente assistido pelo médico, além de ser um instrumento importante para defesa legal. Contudo, frequentemente, é preenchido de modo impróprio. Algumas irregularidades em seu preenchimento podem ter efeitos danosos para o paciente e para o médico. Ilegibilidade das prescrições, por exemplo, pode acarretar na troca de medicamentos, o que pode ser fatal para o paciente.

A falta de detalhamentos objetivos e completos pode dar lugar à prolongadas atribuições judiciais contra o terapeuta.

Essas ocorrências demonstram que o verdadeiro valor do prontuário permanece desconhecido para grande maioria dos usuários. Sua função primordial como fonte de dados vem sendo persistentemente prejudicada pela falta de qualidade de grande parte de seus registros.

As anotações no prontuário ou ficha clínica devem ser feitas de forma legível, permitindo, inclusive, identificar os profissionais de saúde envolvidos no cuidado ao paciente. Além disso, o médico está obrigado a assinar e carimbar ou assinar, escrever seu nome legível e sua respectiva inscrição no CRM. É importante enfatizar que não há lei que obrigue o uso do carimbo. Nesse caso, o nome do médico e seu respectivo CRM devem estar legíveis.

Os documentos gerados no pronto-socorro e no ambulatório deverão ser arquivados junto com o prontuário, em caso de internação hospitalar. Não se justifica registrar e arquivar separadamente os documentos gerados no pronto-socorro, posto que os atendimentos feitos neste setor devem ser registrados com anamnese, diagnóstico e resultados de exames laboratoriais, se porventura efetuados, terapêutica prescrita e executada, bem como a evolução e alta.

3.1. Confidencialidade do Prontuário

RESOLUÇÃO CFM nº 1.638/2002:

Art. 1º Definir prontuário médico como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

Art. 2º Determinar que a responsabilidade pelo prontuário médico cabe:

- I - ao médico assistente e aos demais profissionais que compartilham do atendimento;
- II - à hierarquia médica da instituição, nas suas respectivas áreas de atuação, que tem como dever zelar pela qualidade da prática médica ali desenvolvida;
- III - à hierarquia médica constituída pelas chefias de equipe, chefias da Clínica, do setor até o diretor da Divisão Médica e/ou diretor técnico.

Art. 3º Tornar obrigatória a criação das Comissões de Revisão de Prontuários nos estabelecimentos e/ou instituições de saúde onde se presta assistência médica.

Art. 4º A Comissão de que trata o artigo anterior será criada por designação da

Direção do estabelecimento, por eleição do Corpo Clínico ou por qualquer outro método que a instituição julgar adequado, devendo ser coordenada por um médico.

Art. 5º Compete à Comissão de Revisão de Prontuários:

I – observar os itens que deverão constar obrigatoriamente do prontuário confeccionado em qualquer suporte, eletrônico ou papel:

a) identificação do paciente – nome completo, data de nascimento (dia, mês e ano com quatro dígitos), sexo, nome da mãe, naturalidade (indicando o município e o estado de nascimento), endereço completo (nome da via pública, número, complemento, bairro/distrito, município, estado e CEP);

b) anamnese, exame físico, exames complementares solicitados e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado;

c) evolução diária do paciente, com data e hora, discriminação de todos os procedimentos aos quais o mesmo foi submetido e identificação dos profissionais que os realizaram, assinados eletronicamente quando elaborados e/ou armazenados em meio eletrônico;

d) nos prontuários em suporte de papel é obrigatória a legibilidade da letra do profissional que atendeu o paciente, bem como a identificação dos profissionais prestadores do atendimento. São também obrigatórias a assinatura e o respectivo número do CRM;

e) nos casos emergenciais, nos quais seja impossível a colheita de história clínica do paciente, deverá constar relato médico completo de todos os procedimentos realizados e que tenham possibilitado o diagnóstico e/ou a remoção para outra unidade.

II – assegurar a responsabilidade do preenchimento, guarda e manuseio dos prontuários, que cabem ao médico assistente, à chefia da equipe, à chefia da Clínica e à Direção técnica da unidade.

Art. 6º A Comissão de Revisão de Prontuários deverá manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da unidade, com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações realizadas.

Conforme RESOLUÇÃO CFM nº 1.931/2009 – Código de ética médica

É vedado ao médico:

Art. 73º Revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por motivo justo, dever legal ou consentimento, por escrito, do paciente.

Parágrafo único – Permanece essa proibição:

a) mesmo que o fato seja de conhecimento público ou o paciente tenha falecido.

b) quando de seu depoimento como testemunha. Nessa hipótese, o médico comparecerá perante a autoridade e declarará seu impedimento.

c) na investigação de suspeita de crime, o médico estará impedido de revelar segredo que possa expor o paciente a processo penal.

Art. 74º Revelar sigilo profissional relacionado a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou representantes legais, desde que o menor tenha capacidade de discernimento, salvo quando a não revelação possa acarretar dano ao paciente.

Art. 75º Fazer referência a casos clínicos identificáveis, exibir pacientes ou seus retratos em anúncios profissionais ou na divulgação de assuntos médicos, em meios de comunicação em geral, mesmo com autorização do paciente.

Art. 76º Revelar informações confidenciais obtidas quando do exame médico de trabalhadores, inclusive por exigência dos dirigentes de empresas ou de instituições, salvo se o silêncio puser em risco a saúde dos empregados ou da comunidade.

Art. 77º Prestar informações a empresas seguradoras sobre as circunstâncias da morte do paciente sob seus cuidados, além das contidas na declaração de óbito, salvo por expresse consentimento do seu representante legal.

Art. 78º Deixar de orientar seus auxiliares e alunos a respeitar o sigilo profissional e zelar para que seja por eles mantido.

Art. 85º Permitir o manuseio e o conhecimento dos prontuários por pessoas não obrigadas ao sigilo profissional quando sob sua responsabilidade.

Art. 86º Deixar de fornecer laudo médico ao paciente ou a seu representante legal quando aquele for encaminhado ou transferido para continuação do tratamento ou em caso de solicitação de alta.

Art. 87º Deixar de elaborar prontuário legível para cada paciente.

§ 1º O prontuário deve conter os dados clínicos necessários para a boa condução do caso, sendo preenchido, em cada avaliação, em ordem cronológica com data, hora, assinatura e número de registro do médico no Conselho Regional de Medicina.

§ 2º O prontuário estará sob a guarda do médico ou da instituição que assiste o paciente.

Art. 88º Negar, ao paciente, acesso a seu prontuário, deixar de lhe fornecer cópia quando solicitada, bem como deixar de lhe dar explicações necessárias à sua compreensão, salvo quando ocasionarem riscos ao próprio paciente ou a terceiros.

Art. 89º Liberar cópias do prontuário sob sua guarda, salvo quando autorizado, por escrito, pelo paciente, para atender ordem judicial ou para a sua própria defesa.

A preservação de segredos profissionais é um direito do paciente e uma conquista da sociedade. Esta relação de confiança se estabelece entre o paciente e seu médico, e se estende aos demais profissionais das áreas de saúde e administrativa, incluindo-se as secretárias e recepcionistas que tenham contato direto ou indireto com as informações obtidas. Muito do vínculo que se estabelece pode ser creditado a esta garantia.

As instituições têm a obrigação de manter um sistema seguro de proteção aos documentos que contenham registros com informações de seus pacientes. As normas e rotinas de restrição de acesso aos prontuários e de utilização de senhas de segurança em sistemas informatizados devem ser continuamente aprimoradas.

RESOLUÇÃO CFM nº 1997/2012

Art. 1º Alterar o artigo 77 do Código de Ética Médica, aprovado pela Resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009, publicada no D.O.U de 24 de setembro de 2009, Seção I, página 90, que passa a ter a seguinte redação:

“É vedado ao médico: Art. 77. Prestar informações a empresas seguradoras sobre as circunstâncias da morte do paciente sob seus cuidados, além das contidas na declaração de óbito”.

Art. 2º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação. Art. 3º Revogam-se todas as disposições em contrário
LEI Nº 13.787, DE 27 DE DEZEMBRO DE 2018.

Dispõe sobre a digitalização e a utilização de sistemas informatizados para a guarda, o armazenamento e o manuseio de prontuário de paciente

Art. 1º A digitalização e a utilização de sistemas informatizados para a guarda, o armazenamento e o manuseio de prontuário de paciente são regidas por esta Lei e pela Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018.

Art. 2º O processo de digitalização de prontuário de paciente será realizado de forma a assegurar a integridade, a autenticidade e a confidencialidade do documento digital.

§ 1º Os métodos de digitalização devem reproduzir todas as informações contidas nos documentos originais.

§ 2º No processo de digitalização será utilizado certificado digital emitido no âmbito da Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira (ICP-Brasil) ou outro padrão legalmente aceito.

§ 3º O processo de digitalização deve obedecer a requisitos dispostos em regulamento.

Art. 3º Os documentos originais poderão ser destruídos após a sua digitalização, observados os requisitos constantes do art. 2º desta Lei, e após análise obrigatória de comissão permanente de revisão de prontuários e avaliação de documentos, especificamente criada para essa finalidade.

§ 1º A comissão a que se refere o caput deste artigo constatará a integridade dos documentos digitais e avaliará a eliminação dos documentos que os originaram.

§ 2º Os documentos de valor histórico, assim identificados pela comissão a que se refere o caput deste artigo, serão preservados de acordo com o disposto na legislação arquivística.

Art. 4º Os meios de armazenamento de documentos digitais deverão protegê-los do acesso, do uso, da alteração, da reprodução e da destruição não autorizados.

Parágrafo único. Os documentos oriundos da digitalização de prontuários de pacientes serão controlados por meio de sistema especializado de gerenciamento eletrônico de documentos, cujas características e requisitos serão especificados em regulamento.

Art. 5º O documento digitalizado em conformidade com as normas estabeleci-

das nesta Lei e nos respectivos regulamentos terá o mesmo valor probatório do documento original para todos os fins de direito.

§ 1º Para fins do disposto no caput deste artigo é mandatário que a guarda, o armazenamento e o manuseio dos documentos digitalizados também estejam em conformidade com as normas estabelecidas nesta Lei e nos respectivos regulamentos.

§ 2º Poderão ser implementados sistemas de certificação para a verificação da conformidade normativa dos processos referida no caput deste artigo.

Art. 6º Decorrido o prazo mínimo de 20 (vinte) anos a partir do último registro, os prontuários em suporte de papel e os digitalizados poderão ser eliminados.

§ 1º Prazos diferenciados para a guarda de prontuário de paciente, em papel ou digitalizado, poderão ser fixados em regulamento, de acordo com o potencial de uso em estudos e pesquisas nas áreas das ciências da saúde, humanas e sociais, bem como para fins legais e probatórios.

§ 2º Alternativamente à eliminação, o prontuário poderá ser devolvido ao paciente.

§ 3º O processo de eliminação deverá resguardar a intimidade do paciente e o sigilo e a confidencialidade das informações.

§ 4º A destinação final de todos os prontuários e a sua eliminação serão registradas na forma de regulamento.

§ 5º As disposições deste artigo aplicam-se a todos os prontuários de paciente, independentemente de sua forma de armazenamento, inclusive aos microfilmados e aos arquivados eletronicamente em meio óptico, bem como aos constituídos por documentos gerados e mantidos originalmente de forma eletrônica.

3.2. Tempo de arquivamento

Nos casos de hospitais-maternidade, os prontuários de parto serão arquivados por dezoito anos, conforme estabelecido no Estatuto da Criança e do Adolescente (artigo 10), que tem força de lei. Já de acordo com a resolução 1639/2002 do CFM, os documentos médicos em suporte de papel devem ser arquivados por tempo não inferior a vinte anos, a partir da data do último registro de atendimento do paciente.

Por sua vez, laudos de exames complementares de imagem e a própria imagem em si, por serem documentos integrantes de prontuários, devem seguir as mesmas regras atribuídas a guarda de prontuários, segundo o Parecer CFM nº 10/2009. Porém, a responsabilidade de guarda do médico ou do estabelecimento que produziu o exame cessa com a entrega, mediante protocolo da imagem e respectivo laudo ao paciente, devendo, no entanto, arquivar uma via do laudo. Findo o prazo legal, o original poderá ser substituído por outros métodos de registro que possam restaurar as informações nele contidas (Lei n.º 5.433/68; Resolução do CFM n.º 1.821/07; Parecer CFM n.º 23/89), isto é, arquivados eletronicamente em meio óptico, magnético ou microfilmado, para manutenção permanente.

Acesse a Resolução Normativa nº 1821/07 no link:

www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2007/1821_2007.pdf

3.3. Acesso ao prontuário

Solicitação pelo próprio paciente:

Art. 70º – do CEM: “É vedado ao médico negar ao paciente acesso a seu prontuário médico, ficha clínica ou similar, bem como deixar de dar explicações necessárias à sua compreensão, salvo quando ocasionar riscos para o paciente ou para terceiros.”

Art. 71º – do CEM: “É vedado ao médico deixar de fornecer laudo médico ao paciente, quando do encaminhamento ou transferência para fins de continuidade do tratamento ou na alta, se solicitado.”

É importante salientar que o prontuário pertence ao paciente e que, por delegação deste, pode ter acesso ao mesmo. Portanto, é um direito do paciente ter acesso, a qualquer momento, ao seu prontuário, recebendo por escrito o diagnóstico e o tratamento indicado, com a identificação do nome do profissional e o número de registro no órgão de regulamentação e controle da profissão (CRM, Coren, entre outros), podendo, inclusive, solicitar cópias do mesmo.

Solicitação dos familiares e/ou do responsável legal do paciente:

Quando da solicitação do responsável legal pelo paciente (sendo este menor ou incapaz) o acesso ao prontuário deve ser-lhe permitido e, se solicitado, fornecer as cópias solicitadas ou elaborar um laudo que contenha o resumo das informações lá contidas.

Caso o pedido seja feito pelos familiares do paciente, será necessária a autorização expressa dele. Na hipótese de que ele não tenha condições para isso ou tenha ido a óbito, as informações devem ser dadas sob a forma de laudo ou até mesmo cópias. No caso de óbito, o laudo deverá revelar o diagnóstico, o procedimento do médico e a “causa mortis”.

Entenda-se que, em qualquer caso, o prontuário original, na sua totalidade ou em partes, não deve ser fornecido aos solicitantes, pois é documento que, obrigatoriamente, precisa ser arquivado pela entidade que o elaborou. Entenda-se também que os laudos médicos não devem ser cobrados facultando-se, porém, a critérios da entidade, a cobrança das cópias quando fornecidas por ela.

O acesso ao prontuário pela figura do médico auditor enquadra-se no princípio do dever legal, já que tem ele atribuições de peritagem sobre a cobrança dos serviços prestados pela entidade, cabendo ao mesmo opinar pela regularidade dos procedimentos efetuados e cobrados, tendo, inclusive, o direito de examinar o paciente, quando autorizado pelo mesmo e sob ciência prévia do médico assistente, para confrontar o descrito no prontuário. A visita da auditoria será feita sempre que houver necessidade, cabendo à instituição providenciar o espaço e estrutura necessária para que ela ocorra. Todavia, esse acesso sempre deverá ocorrer dentro das dependências da instituição de assistência à saúde responsável por sua posse e guarda.

4 QUALIDADE DOS ARQUIVOS MÉDICOS

No caso de instituições hospitalares, ressalta-se a importância dos arquivos médicos por se tratar de arquivos especializados, tendo a função maior de recolher os prontuários dos pacientes, organizar, arquivar, preservar e disponibilizar o acesso ao corpo clínico, administrativo e ao próprio paciente ou seu representante legal por meio de pesquisa, empréstimo e reprodução das informações neles contidas.

Sua forma estrutural vai depender do porte do hospital, se público ou privado, ou até mesmo do modelo de gestão administrativa. Pode, ou não, ser dividido em seções e pode, ou não, absorver a função do controle do fluxo dos prontuários dos pacientes.

De acordo com as atribuições para o trabalho da Comissão de Revisão, os prontuários devem ser avaliados quanto a qualidade de seus registros. Deve ser efetuada verificação continuada de requisitos obrigatórios, tais como, a identificação do paciente, anamnese, exame físico, exames complementares solicitados e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo, tratamento efetuado e evolução diária.

5 POLÍTICA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

A assistência à saúde sempre envolverá riscos, mas esses riscos podem ser reduzidos quando os mesmos são analisados e combatidos, evitando que sejam possíveis causas de eventos adversos. Para tanto, devem observar melhor as situações do dia a dia e notificar falhas nestes processos. Essas atitudes fazem parte da cultura de segurança do paciente.

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), a segurança do paciente pode ser definida de diferentes maneiras, mas todas com um único objetivo: a prevenção e melhoria de eventos adversos ou lesões resultantes dos processos de cuidados de saúde. Estes eventos incluem “erros”, “desvios” e “acidentes”.

Em cumprimento ao Requisito Legal estabelecido pela RDC 36, de 25 de julho de 2013, que institui ações para a Segurança do Paciente em serviços de Saúde, e RDC 53, de 14 de novembro de 2013, que alterou o artigo 12 da RDC nº 36/2013, prorrogando os prazos para a estruturação dos NSP, elaboração do PSP e notificação mensal dos EA, a Unimed Guarulhos recomenda à sua rede prestadora a adoção das diretrizes de: plano de segurança do paciente; protocolos de segurança do paciente; indicadores e notificação dos eventos adversos. Essa prática tem por objetivo garantir melhor assistência em termos de segurança e desfechos.

Periodicamente, poderá ser agendada uma visita pela equipe de qualificação de rede, onde os aspectos serão abordados.

5.1. O que é um evento adverso?

É um evento que produz, ou potencialmente pode produzir, resultados inesperados ou indesejados que afetem a segurança de pacientes, usuários ou outros. Pode ou não causar ou contribuir para a morte, doença ou lesão séria do paciente.

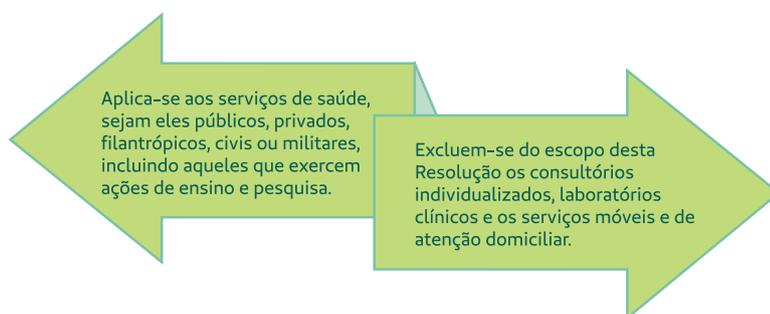
Qualquer evento adverso deve ser notificado ao Gerenciamento de Risco da instituição, sendo que a operadora poderá solicitar mensalmente.

5.2. E dano ao paciente?

Dano é definido como prejuízo temporário ou permanente da função ou estrutura do corpo: física, emocional, ou psicológica, seguida ou não de dor, requerendo uma intervenção.

RDC Nº 36

A quem se aplica essa resolução?



Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.

Do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde (PSP):

Art. 8º – O Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde (PSP), elaborado pelo NSP, deve estabelecer estratégias e ações de gestão de risco, conforme as atividades desenvolvidas pelo serviço de saúde para:

- I** – identificação, análise, avaliação, monitoramento e comunicação dos riscos no serviço de saúde, de forma sistemática
- II** – integrar os diferentes processos de gestão de risco desenvolvidos nos serviços de saúde
- III** – implementação de protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde
- IV** – identificação do paciente
- V** – higiene das mãos
- VI** – segurança cirúrgica
- VII** – segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos
- VIII** – segurança na prescrição, uso e administração de sangue e hemocomponentes
- IX** – segurança no uso de equipamentos e materiais
- X** – manter registro adequado do uso de órteses e próteses quando este procedimento for realizado

- XI** – prevenção de quedas dos pacientes
- XII** – prevenção de úlceras por pressão
- XIII** – prevenção e controle de eventos adversos em serviços de saúde, incluindo as infecções relacionadas à assistência à saúde
- XIV** – segurança nas terapias nutricionais enteral e parenteral
- XV** – comunicação efetiva entre profissionais do serviço de saúde e entre serviços de saúde
- XVI** – estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada
- XVII** – promoção do ambiente seguro

Núcleo de Segurança do Paciente

O Núcleo de Segurança do Paciente Segundo a RDC nº 36/2013 é “ a instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente”.

Segurança do Paciente: Para Organização Mundial de Saúde, segurança do paciente corresponde à redução ao mínimo aceitável do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde. (RDC Nº 36, DE 25 DE JULHO DE 2013)

O Núcleo é constituído por uma equipe multiprofissional, comprovadamente capacitada em conceitos de melhoria da qualidade e segurança do paciente e em ferramentas de gerenciamento de riscos em serviços de saúde.

5.3. Metas da Organização Mundial da Saúde para Segurança do Paciente

As metas internacionais para segurança do paciente, segundo a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente da OMS, são:

- Identificar os pacientes corretamente
- Melhorar a comunicação entre as equipes
- Melhorar o gerenciamento de medicamentos de alto risco
- Eliminar cirurgias em membros ou em pacientes errados
- Reduzir os riscos de infecções
- Reduzir os riscos de lesões decorrentes de quedas

5.4. Identificação dos pacientes

É considerada fundamental a segurança ao paciente e consiste na utilização de tecnologias, como pulseiras de identificação, essenciais à prevenção de erros durante o cuidado à saúde não só para pacientes hospitalizados, mas também para pacientes em observação em unidades de pronto atendimento e sob qualquer condição de assistência, como para realização de exames ambulatoriais. A identificação do paciente está prevista na Lei n. 10.241, de 17 de março de 1999.

Deve-se conferir a identidade do paciente antes do início dos cuidados, na transferência ou no recebimento de pacientes de outra unidade ou instituição, antes de qualquer tratamento ou procedimento e da administração de medicamentos e de soluções.

5.5. Uma assistência limpa é uma assistência mais segura

Apesar de ser considerado um desafio, existe uma medida muito simples que pode reduzir drasticamente as infecções hospitalares: a higienização de mãos.

FIQUE ATENTO! DEVE-SE HIGIENIZAR AS MÃOS SEMPRE.

- Antes do contato com o paciente
- Após o contato com paciente
- E após qualquer contato com as suas imediações (cama, mesa de cabeceira) ou seus fluidos biológicos.

Cirurgias seguras salvam vidas

O projeto “Cirurgias seguras salvam vidas” da OMS prevê o desenvolvimento de uma lista de intervenções para promover a segurança em procedimentos cirúrgicos. A intenção é estabelecer um conjunto de normas de segurança que pode ser aplicado em todos os países. A listagem identifica três fases em uma cirurgia, cada uma correspondente a um período específico no fluxo normal de trabalho:

- 1º** Antes de iniciar a anestesia
- 2º** Antes de iniciar a cirurgia e após o término do procedimento
- 3º** Antes de o paciente deixar a sala

A implantação do check-list reduz a mortalidade e as complicações pós-operatórias. Além do check-list, a OMS estabeleceu diretrizes para cirurgia segura, com dez objetivos essenciais:

- 1.** Cirurgia no paciente certo, no local correto
- 2.** Utilizar métodos conhecidos para evitar danos na administração de anestésicos, protegendo o paciente da dor
- 3.** Verificar se há risco de via aérea difícil
- 4.** Reconhecer se há risco de perdas de sangue
- 5.** Preparar-se para riscos de reações alérgicas
- 6.** Utilizar métodos conhecidos para minimizar o risco de infecção no sítio cirúrgico
- 7.** Checar se não houve esquecimento de instrumentos ou de compressas cirúrgicas dentro do paciente
- 8.** Identificar de forma segura os materiais cirúrgicos
- 9.** Comunicar-se de forma eficaz durante a cirurgia
- 10.** Estabelecer vigilância constante no número de procedimentos cirúrgicos e analisar seus resultados nas instituições de saúde.

5.6. A importância das notificações

Previsto na portaria nº 1.660 julho/2009, do Ministério da Saúde, para receber as notificações de eventos adversos (EA), que conforme definição do Ministério da Saúde trata-se de: “qualquer efeito não desejado, em humanos, decorrente do uso de produtos sob vigilância sanitária”, e com relação às queixas técnicas (QT): “qualquer notificação de suspeita de alteração/irregularidade de um produto/empresa relacionada a aspectos técnicos ou legais, e que poderá ou não causar danos à saúde individual e coletiva”. Estas notificações são registradas através da plataforma Web da ANVISA através do programa NOTIVISA (Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária).

As informações recebidas pelo NOTIVISA auxiliam na identificação de reações adversas ou efeitos não desejados dos produtos, que auxiliarão a aperfeiçoar o conhecimento sobre um produto e a desenvolver ideias de melhorias sobre a aplicabilidade deles, permitindo que sejam promovidas ações de proteção à Saúde Pública, por meio de regulação dos produtos comercializados no país.

Na área da saúde, notificar é mais do que isso, é um ato de cidadania, de compromisso com os pacientes, com os profissionais de saúde, com a instituição e mais, de compromisso com a população brasileira.

O medo ou a culpa por ter errado é um dos primeiros fatores que levam pessoas a não notificarem um evento adverso. Entretanto, uma notificação pode evitar que novos problemas como este ocorram.

Um outro pecado é a apatia, que leva profissionais a não notificarem simplesmente porque consideram não terem tempo, não consideram importante ou mesmo porque dizem “não foi comigo mesmo”. Esse é o pecado mais grave, pois, como profissionais trabalhando em Instituições de saúde, temos responsabilidade sobre a segurança dos nossos pacientes.

Entretanto, deve-se notificar sempre que for detectado um risco ou quando ocorrer um evento adverso. Com as notificações, todos nós somos beneficiados, pois estamos colaborando para a vigilância sanitária dos produtos de saúde comercializados em todo o Brasil, dos quais, muitas vezes, somos usuários.

Os eventos adversos devem ser enviados para equipe de auditoria em Saúde da Unimed Guarulhos, que semestralmente fará o envio do relatório ao prestador com os apontamentos sobre as oportunidades de melhoria.

O prestador tem um prazo de 30 dias para enviar um plano de ação.

As ações são acompanhadas pelo período de 90 dias e na hipótese do prestador não apresentar evolução, as fragilidades são encaminhadas para equipe de qualificação de rede que poderá utilizar como tema para treinamento e capacitação.

5.7. Monitoramento dos indicadores

A OPS fará o acompanhamento dos indicadores de eventos adversos/ condições adquiridas do prestador hospitalar, sendo que este deverá encaminhar trimestralmente para o e-mail auditoriaemsaude@unimedguarulhos.coop.br.

Indicadores de taxa global de eventos adversos:

- Controle de Infecção
- Úlcera por pressão
- Eventos de queda
- Falhas relacionadas a identificação do paciente
- Falhas relacionadas a segurança medicamentosa

Na visita de qualificação de rede será averiguado a existência e Adesão de protocolo de cirurgia segura.

5.8. Jornada do Paciente

A Jornada do paciente se relaciona com o nível de estruturação dos processos para a melhoria da experiência do paciente durante a jornada dele na organização.

“Esse termo define o conjunto de todas as etapas pelas quais o paciente passa desde o momento em que ele percebe algum sintoma diferente e decide agendar uma consulta médica até o final do atendimento, incluindo também o pós-consulta com a avaliação, por parte do paciente, da experiência com o local de atendimento”

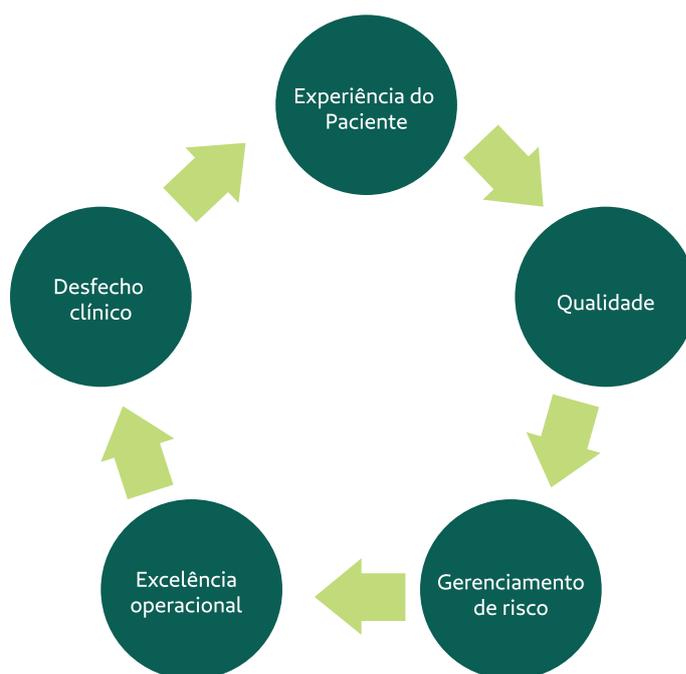
Porque a experiência do paciente é importante?

A maior parte dos consumidores afirmam que a experiência vivida é um fator decisivo no momento de fazer a escolha por um produto ou serviço.

O cuidado Centrado no Paciente é um valor fundamental a saúde e:

- Impulsiona resultados clínicos
- Melhora a satisfação da equipe assistencial
- Aumenta a satisfação dos pacientes, melhora do estado emocional
- Aumenta eficiência

O valor paciente está diretamente ligado ao acolhimento, empatia e compaixão, Cuidado em saúde.



6 ATENDIMENTO

A qualidade do atendimento ao usuário e a satisfação pelo serviço prestado, deve ser a filosofia de instituições que se baseiam em parcerias. É importante compreender que um atendimento de qualidade não se restringe apenas a atender o usuário com cortesia e boas maneiras. Mais do que isso, é estabelecer um canal de comunicação direto entre o prestador e o usuário, através do qual ele pode expressar suas críticas e sugestões com regularidade e, atentamente, utilizá-las para a melhoria dos produtos e serviços.

Temos como objetivo tentar demonstrar a importância de investir em qualidade no atendimento, trazendo como proposta a fidelização dos usuários. Para um prestador ser reconhecido pelos seus usuários, é fundamental deixá-los satisfeitos. Para tanto, é de grande importância ter uma equipe empenhada a desenvolver um trabalho com qualidade e disponibilizar treinamentos adequados aos seus funcionários.

O cartão de visitas de um prestador de serviço começa com o atendimento. É

importante ter uma pesquisa para medir o nível de satisfação de cada cliente, podendo investigar o que o agrada mais e o que pode ser feito para melhorar.

6.1 Prazos máximos para o atendimento

SERVIÇOS	PRAZO MÁXIMO PARA O ATENDIMENTO (DIAS ÚTEIS)
Consulta básica: pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia	07 (sete)
Consulta nas demais especialidades	14 (catorze)
Consulta I sessão com fonoaudiólogo	10 (dez)
Consulta I sessão com nutricionista	10 (dez)
Consulta I sessão com psicólogo	10 (dez)
Consulta I sessão com terapeuta ocupacional	10 (dez)
Consulta I sessão com fisioterapeuta	10 (dez)
Consulta e procedimentos realizados em consultório I clínica com cirurgião-dentista	07 (sete)
Serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial	03 (três)
Demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial	10 (dez)
Procedimentos de alta complexidade (PAC)	21 (vinte e um)
Atendimento em regimento hospital-dia	10 (dez)
Atendimento em regime de internação eletiva	21 (vinte e um)
Urgência e emergência	Imediato

A Unimed Guarulhos cumpre na totalidade a RN 259/268, que dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde. Caso haja uma demanda excessiva de solicitações em seu serviço, pedimos a gentileza que acione a Unimed para que possamos orientar e direcionar os clientes, para que não tenha dificuldade de acesso à rede.

6.2 Ouvidoria

A Unimed Guarulhos, preocupada em manter uma relação satisfatória entre o prestador de serviço e seu beneficiário respaldado pela RN 323, que dispõe sobre a instituição de unidade organizacional específica de ouvidoria pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, solicita a parceria em responder as manifestações de clientes direcionadas pela OPS Unimed Guarulhos no prazo máximo de 24 horas úteis, para que possamos realizar as devidas tratativas de envio ao cliente para cumprimento da norma e seus respectivos prazos.

Lembrando que o compromisso da Ouvidoria é ouvir, sendo porta-voz do cliente perante a empresa, reavaliando a solução dada a sua manifestação, oferecendo um atendimento diferenciado, imparcial e transparente, com embasamento no Código de Defesa do Consumidor. É de sua responsabilidade, ainda, auxiliar para que sua manifestação seja uma oportunidade de melhorias e contínuo aprimoramento dos serviços prestados.

6.3 Central de Relacionamento com o Prestador

A Central de Relacionamento com o Prestador é o seu canal para manifestar solicitações, sugestões, elogios, reclamações e esclarecer dúvidas referentes ao seu contrato.

Sempre que precisar, entre em contato com a nossa equipe por meio dos canais de atendimento abaixo:

Telefone: (011) 2463-8075 ou (011) 2463-8010
E-mail: credenciamento@unimedguarulhos.coop.br

Este canal não substitui o da Central de Relacionamento com o Cliente para que possa sanar dúvidas referentes ao atendimento ao cliente, auxílio ao sistema SGU Card, apoio nas autorizações, etc. (11) 2463-8000.

6.4 Atendimento aos beneficiários

Para o atendimento deverá, obrigatoriamente, ser exigido do beneficiário o cartão de identificação do beneficiário da Unimed, observando-se sempre a data da validade do cartão, abrangência geográfica, padrão de acomodação, assim como o documento de identidade oficial com foto.

Em ocasiões nas quais sejam apresentados cartões virtuais pelo beneficiário, o prestador deverá realizar a digitação dos dados para a efetivação do atendimento.

O cartão virtual pode ser apresentado no aplicativo do cliente e deve ser solicitado documento de identificação para conferência dos dados.

A Unimed Guarulhos, além do cartão de identificação, possui leitores biométricos na rede prestadora para checagem da elegibilidade do beneficiário, a fim de evitar fraudes. A checagem deve acontecer em todos os atendimentos prestados.

Exceções:

- Crianças de 0 a 7 anos
- Adultos acima de 60 anos
- Beneficiário de intercâmbio

Solicitação de Autorização de Atendimento

Para que possamos agilizar a liberação das solicitações de atendimentos, solicitamos que os campos obrigatórios da TISS sejam preenchidos corretamente, evitando morosidade na análise do processo e consequentemente insatisfação do cliente e prestador.

Análise em estudo

Eventualmente uma solicitação pode cair em estudo. Neste caso deverá ser feito contato com a central de atendimento via chat do sistema para esclarecimento das informações necessárias.

Se o cliente está no local para atendimento, sugerimos que aguarde uns dez minutos para checar se foi liberado. Se não houve a liberação após esse período entrar em contato com a central via telefone.

O chat do sistema SGU card também pode ser utilizado para comunicação entre

Unimed e prestadores nas situações em que o cliente não se encontra no local para atendimento, solicitação médica on line, cirurgias, terapias, etc. Nesta ferramenta você pode anexar documentos, enviar questionamentos, relatórios, etc, facilitando a comunicação entre as partes.

Eventualmente informações médicas podem ser necessárias. Neste caso, a solicitação será feita por um médico auditor, podendo ocorrer intermediação de um colaborador administrativo, sendo realizado através de contato telefônico ou meio eletrônico, sempre visando preservar o sigilo médico.

Solicitação médica On-line

Para tornar o processo mais eficiente ao nosso cliente, a Unimed Guarulhos implantou um novo fluxo para autorização de exames e procedimentos. Antes o médico fazia a prescrição com o preenchimento do formulário impresso da guia TISS e, você, prestador executava o atendimento com o recebimento desta guia.

No entanto, agora, a solicitação é feita pelo médico de forma on-line pelo sistema SGU CARD. Dessa forma, tudo que for prescrito ao beneficiário fica disponível em sistema e quando o cliente vai realizar o exame ou procedimento, ao apresentar o cartão do plano e o protocolo com o número da solicitação da guia, o prestador consulta o pedido da guia de forma on-line.

A apresentação do protocolo não é obrigatória, pois os dados do pedido estão em sistema.

Se durante a captura da guia for identificado codificação divergente do contratado, o prestador deve entrar em contato com a nossa Central de Relacionamento com o cliente para orientações de como proceder com este atendimento.

Auditoria Concorrente

Prestadores hospitalares podem receber visitas regulares de auditoria concorrente, que tem o objetivo de avaliar a qualidade do atendimento prestado aos beneficiários da Unimed Guarulhos.

Portal

No site da Unimed Guarulhos você encontra alguns serviços disponíveis.

Acesse: unimed.me/Wa3HE

Sugerimos que o prestador consulte frequente os dados da aba Portal TISS, que contem informações atualizadas conforme as vigências da ANS, e determina as obrigações prestador x operadora.

7

ALTERAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS

Essa ação visa promover a regularização e disponibilizar informação necessária aos beneficiários do plano de saúde, além de atender ao requisito da Resolução Normativa nº 277, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que prevê que “a operadora de plano de saúde atendendo os requisitos e regulamentações

aplicáveis e atuando em parceria para proporcionar a satisfação e segurança dos clientes.

Para a correta identificação e agilidade no atendimento, tanto por parte da Unimed Guarulhos quanto pelos beneficiários, alterações dos dados cadastrais, tais como endereço, telefone, conta de depósito, nome fantasia, razão social, responsável técnico e outros, deverá ser comunicado, com 30 dias de antecedência ao setor de Relacionamento com Prestadores (credenciamento@unimedguarulhos.coop.br)

Quando a alteração de dados cadastrais implicar mudança de local de atendimento, seja ou não em outra cidade, cabe à Unimed Guarulhos decidir a manutenção como credenciado na nova localidade, devido aos limites e área de ação da Unimed Guarulhos.

7.1 Documentação legal

A operadora atendendo ao requisito da Resolução Normativa nº 452, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), possui processo para verificação da renovação de certificados, diplomas e alvarás necessários ao funcionamento da rede prestadora/médicos, segundo a legislação estadual e federal, dentro do prazo de validade.

Para o credenciamento e manutenção do contrato de prestação de serviço, os documentos abaixo são solicitados. A cada vencimento o prestador deve encaminhar para o e-mail credenciamento@unimedguarulhos.coop.br o documento vigente ou protocolo de renovação.

Documentos solicitados para Pessoa Física

a) Cópia dos seguintes documentos (local de Atendimento):

- Alvará Sanitário vigente;
- Alvará de Localização e Funcionamento vigente;
- Alvará de liberação do corpo de bombeiros;
- Comprovante de Registro de Inscrição no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde contendo os serviços especializados e classificação de acordo com a tabela do CNES;
- Certificado de aferição e calibração de equipamentos;
- Plano de Manutenção Preventiva;
- Certificados de Qualidade (ISO / DICQ / PALC / ONA, entre outros), se houver.

b) Do responsável técnico pela realização dos serviços de saúde:

- Currículo Vitae;
- Diploma;
- Título de Especialista
- Cadastro de Pessoa Física (CPF);
- Programa Integração Social (PIS);
- Carteira de Identidade (RG);
- Declaração ou Certificado de Regularidade Técnica emitido pelo Conselho Regional da categoria;
- Certidão de Casamento;
- Cópia da carteira de classes (CRP)

Documentos solicitados para Pessoa Jurídica

a) Cópia dos seguintes documentos (local de Atendimento):

- Alvará Sanitário vigente;
- Alvará de Localização e Funcionamento vigente;

- Alvará de liberação do corpo de bombeiros;
- Comprovante de Registro de Inscrição no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde contendo os serviços especializados e classificação de acordo com a tabela do CNES;
- Cartão de Inscrição Federal (CNPJ);
- Contrato Social com as últimas alterações;
- Certificado de aferição e calibração de equipamentos;
- Plano de Manutenção Preventiva;
- Descrição física da empresa;
- Registro no Notivisa para notificação para eventos adversos, se houver;
- Certificados de Qualidade (ISO / DICQ / PALC / ONA, entre outros), se houver.

b) Do responsável técnico pela realização dos serviços de saúde:

- Currículo Vitae;
- Diploma;
- Título de Especialista
- Declaração ou Certificado de Regularidade Técnica emitido pelo Conselho Regional da categoria;
- Termo de responsabilidade técnica com a empresa.
- Sendo que consideramos como essenciais para a efetivação do credenciamento conforme o tipo de contrato, os documentos abaixo:
- Alvará Sanitário;
- Alvará de Localização e Funcionamento;
- Alvará de Liberação do Corpo de Bombeiros;
- Certificado ou declaração de Regularidade Técnica do estabelecimento de serviço emitido pelo Conselho Regional da categoria;
- CNES

7.2 Critérios qualitativos e quantitativos

A Unimed, adota critérios quantitativos de Dimensionamento da Rede tendo como referência a Portaria nº. 1.631 de 01º de outubro de 2015 em sua área de ação. Como universo populacional de cobertura assistencial foram consideradas a carteira de clientes Unimed Guarulhos e todos os beneficiários de intercâmbio atendidos na rede assistencial dentro de um período, obtendo assim a necessidade assistencial de acordo com o segmento analisado.

Já para os critérios geográficos foram adotados os parâmetros da RN 259/268 Oferta de Prestador em Município Limítrofe ao Demanda de Oferta de Prestador na Região de Saúde à qual faz parte o Município Demandado.

O critérios qualitativos são avaliados através do Qualiss, documentação legal, manifestações por parte dos beneficiários e Programa de Qualificação de rede.

7.3 Descredenciamento

O descredenciamento ocorre por solicitação escrita do profissional/prestador de serviço ou por conveniência administrativa da Unimed Guarulhos, seguindo as normas e termos contratuais, não havendo direito à indenização de qualquer natureza, ressalvado o direito do contratado em receber pelos serviços prestados até a data da rescisão.

Poderá ocorrer o descredenciamento, por justo motivo, dentro dos termos especificados nas cláusulas contratuais.

8

CONHECENDO UM POUCO AS NORMAS

8.1. RN 277

A RN 277, resolução que institui o Programa de Acreditação de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde – OPS, com o objetivo de incentivar a melhoria continuada na qualidade assistencial da saúde suplementar foi revogada pela RN 452 de 09/03/2020.

8.2. RN 452

Dispõe sobre o Programa de Acreditação de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde e Altera a Resolução Normativa – RN nº 124, de 30 de março de 2006, que dispõe sobre a Aplicação de Penalidades para as Infrações à Legislação de Planos Privados de Assistência à Saúde.

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

Diferenças entre as dimensões da RN 277 e a RN 452

Na RN 277 haviam 7 dimensões e 147 itens avaliativos. Na nova versão, a RN 452 possui 4 dimensões, subdivididas em 21 requisitos e 168 itens avaliativos. Os itens avaliativos estão classificados em 75 itens essenciais, 49 complementares e 44 de excelência.

Dimensões

- 1 – Gestão Organizacional
 - 2 – Gestão da Rede Prestadora de Serviços de Saúde
 - 3 – Gestão em Saúde
 - 4 – Experiência do beneficiário
- Das Características do Programa de Acreditação de Operadoras

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

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

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

III – Gestão em Saúde – a dimensão 3 busca avaliar a gestão do cuidado em saúde pelas operadoras, bem como ações de monitoramento relati-

vas à qualidade da atenção à saúde de sua rede prestadora de serviços de saúde; e

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

Parágrafo único. Além de ser avaliada nos itens e requisitos estabelecidos nas Dimensões elencadas neste artigo, previstas no Anexo I desta RN, as operadoras também serão avaliadas em relação ao cumprimento dos requisitos referentes aos processos de governança, gestão de riscos e controles internos estabelecidos no corpo da RN e do Anexo IA da RN nº 443, de 28 de janeiro de 2019.

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

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

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

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

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

8.3. RN 267

Revogada pela RN nº 405, de 09/05/2016, esta Resolução Normativa consiste:

Na fixação de atributos de qualificação relevantes para o aprimoramento da atenção à saúde oferecida pelos prestadores de serviços na saúde suplementar

Na quantificação dos atributos obtidos pelos prestadores de serviços com vistas à avaliação do nível de qualificação dos prestadores que compõem a rede de cada operadora

Na definição de metas de indicadores de qualidade assistencial e de medidas de desempenho dos prestadores de serviços.

As operadoras deverão montar um programa de avaliação de sua rede de prestadores, tendo também a obrigatoriedade de divulgar uma lista no seu site, contendo os nomes de todos os serviços de saúde credenciados e a sua

respectiva qualificação. Os serviços de saúde credenciados às operadoras, por sua vez, terão que atender a tais atributos, pois serão avaliados periodicamente, podendo a vir afetar o seu credenciamento junto à operadora.

8.4. RN 405

RN 405 DE 09 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”

O que é a RN 405

Essa resolução visa estimular a qualificação dos prestadores de serviços da Saúde Suplementar e aumentar a disponibilidade de informações.

O programa estabelece atributos de qualidade para avaliação e divulgação de dados dos prestadores, tanto para que as Operadoras de Saúde possam qualificar sua rede credenciada, como para ampliar as opções de escolha dos beneficiários.

As Entidades Acreditoras, empresas de consultoria especializadas em Saúde, são as responsáveis pelo monitoramento, pela avaliação e pelo envio dos dados para a ANS, obedecendo aos critérios específicos de atuação. Os prestadores que passarem pela análise e forem aprovados receberão o Certificado de Acreditação com prazo de validade, reconhecendo formalmente que tal prestador de saúde atende a requisitos associados ao aprimoramento da gestão e à melhoria na qualidade e atenção à saúde.

A obrigação das Operadoras de Saúde nesse processo é a divulgação dos atributos de qualificação de cada prestador de serviços em seu material de divulgação de Prestadores de Saúde, seja pelo seu site, livro de rede impresso ou meio audiovisual, sempre destacando as razões definidas pela ANS e sua importância para a qualidade do atendimento.

8.5. ONA

ONA é um sistema de avaliação e certificação da qualidade de serviços de saúde, voluntário, periódico e reservado”. O principal objetivo da acreditação é buscar a melhoria contínua nos processos, com análises e aplicações de metodologias que visam a busca pela excelência.

Principais vantagens da Acreditação, conforme ONA:

- Segurança para os pacientes e profissionais
- Qualidade da assistência
- Construção de equipe e melhoria contínua
- Instrumento de gerenciamento
- Critérios e objetivos concretos adaptados à realidade brasileira

8.6. QUALISS – Programa de Qualificação de Prestadores de Serviços de Saúde

O Programa foi estabelecido pela RN 405 e tem por objetivo aumentar o poder de avaliação e escolha dos beneficiários de planos de saúde frente a rede de

prestadores da operadora, podendo optar pelos mais qualificados e, ao mesmo tempo, o QUALISS visa estimular a adesão, por parte dos prestadores, aos programas que os qualifiquem.

Atributos de qualificação

Prestadores de Serviços Hospitalares e Prestadores de Serviços Auxiliares de Terapia e Clínicas Ambulatoriais – SADT

- a)** Acreditação – com identificação da Acreditadora
- b)** NOTIVISA – da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA
- c)** QUALISS Indicadores – Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Demais atributos

Para prestadores de serviços hospitalares, prestadores de serviços auxiliares de diagnóstico e terapia e clínicas ambulatoriais e Prestadores de serviços de Hospital-Dia Isolado:

- a)** Participação no Sistema de Notificação de Eventos Adversos – Notivisa/ANVISA; e
- b)** Certificado ABNT NBR ISO 9001 – Sistema de Gestão de Qualidade, emitido por organismo de certificação acreditado pelo INMETRO, quando abranger a totalidade do escopo dos serviços de saúde.

Para profissionais de saúde ou pessoas jurídicas que prestam serviços em consultórios:

- a)** Participação no Notivisa/ANVISA;
- b)** Certificado ABNT NBR ISO 9001 – Sistema de Gestão de Qualidade, emitido por organismo de certificação acreditado pelo INMETRO, quando abranger a totalidade do escopo dos serviços de saúde.
- c)** Pós-graduação com no mínimo 360h (trezentas e sessenta horas) reconhecida pelo Ministério da Educação – MEC, exceto para profissionais médicos;
- d)** Título de especialista outorgado pela sociedade de especialidade e/ou Conselho Profissional da categoria;
- e)** Residência em saúde reconhecida pelo MEC; e
- f)** Doutorado ou Pós-doutorado em saúde reconhecido pelo MEC

A Unimed Guarulhos tem como premissa a qualificação da sua rede prestadora, garantindo assim a segurança assistencial de seus beneficiários. Para tanto, incentiva a obtenção de certificações em Programas de Qualidade, como Acreditação ONA que garantam a segurança, agilidade no atendimento e qualidade nos serviços prestados.

No programa de qualificação de rede da operadora o prestador que atingir a pontuação igual ou maior que 90% em todos os níveis avaliados: Segurança, Conforto, Complexidade, Experiência do cliente será concedida a bonificação de 0,5% sobre os valores contratados para taxas e diárias. Os valores da bonificação não serão incorporados na tabela contratada, sendo que o próximo

reajuste contratual deverá ser feito com base nos valores da tabela constante no contrato. A bonificação será concedida durante o ano contratual subsequente ao da avaliação, e caso o prestador deixe de atender os requisitos em avaliações futuras a bonificação deixará de ser concedida no ano contratual subsequente.

8.7. LGPD – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – Lei 13.709/2018

A Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018, foi criada para regulamentar o tratamento de dados pessoais dos cidadãos, tanto no ambiente físico quanto digital, que visa preservar os direitos e liberdades fundamentais, como direito à privacidade, a intimidade e ao livre desenvolvimento da sua personalidade e garantir que os titulares de dados tenham o controle de suas informações pessoais.

A Unimed Guarulhos, considerada como agente de tratamento de dados, está condicionada a garantir que seus colaboradores, prestadores de serviço, cooperados e fornecedores estejam em conformidade com a legislação de proteção de dados quando processarem informações pessoais de beneficiários, pacientes, clientes ou de qualquer outra pessoa natural identificada ou identificável em que a Unimed seja responsável.

A Lei nº 13.709/2018 também traz que os agentes de tratamentos, definidos como pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado que coletam, manuseiam, armazenam, excluem e realizam tratamentos com os dados pessoais dos titulares, observem os seguintes princípios, nos termos do art. 6º da LGPD:
Art. 6º As atividades de tratamento de dados pessoais deverão observar a boa-fé e os seguintes princípios:

I – finalidade: realização do tratamento para propósitos legítimos, específicos, explícitos e informados ao titular, sem possibilidade de tratamento posterior de forma incompatível com essas finalidades;

II – adequação: compatibilidade do tratamento com as finalidades informadas ao titular, de acordo com o contexto do tratamento;

III – necessidade: limitação do tratamento ao mínimo necessário para a realização de suas finalidades, com abrangência dos dados pertinentes, proporcionais e não excessivos em relação às finalidades do tratamento de dados;

IV – livre acesso: garantia, aos titulares, de consulta facilitada e gratuita sobre a forma e a duração do tratamento, bem como sobre a integralidade de seus dados pessoais;

V – qualidade dos dados: garantia, aos titulares, de exatidão, clareza, relevância e atualização dos dados, de acordo com a necessidade e para o cumprimento da finalidade de seu tratamento;

VI – transparência: garantia, aos titulares, de informações claras, precisas e facilmente acessíveis sobre a realização do tratamento e os respectivos agentes de tratamento, observados os segredos comercial e industrial;

VII – segurança: utilização de medidas técnicas e administrativas aptas a proteger os dados pessoais de acessos não autorizados e de situações acidentais ou ilícitas de destruição, perda, alteração, comunicação ou difusão;

VIII – prevenção: adoção de medidas para prevenir a ocorrência de danos em virtude do tratamento de dados pessoais;

IX – não discriminação: impossibilidade de realização do tratamento para fins discriminatórios ilícitos ou abusivos;

X – responsabilização e prestação de contas: demonstração, pelo agente, da adoção de medidas eficazes e capazes de comprovar a observância e o cumprimento das normas de proteção de dados pessoais e, inclusive, da eficácia dessas medidas.

Ainda, a LGPD determina que para cada finalidade proposta na utilização dos dados pessoais exista um fundamento na lei que seja capaz de sustentar o tratamento dos dados, ou seja, é necessário encontrar a correspondência em uma das hipóteses previstas nos art. 7, para dados pessoais considerados comuns e art. 11, para quando o processamento envolver dados pessoais sensíveis.

Cumpra-se notar que as informações de saúde tratadas no ambientes médico-hospitalares são consideradas como dados sensíveis pela lei, isto é, em razão do seu grau de intimidade e alto potencial de dano e exposição, as possibilidades de tratamento são limitadas.

Para garantir que a Unimed Guarulhos esteja adequada a Lei nº 13.709/2018, é essencial que os profissionais contratados participem ativamente do Programa de Privacidade e Proteção de Dados estabelecido pela UNIMED, bem como comprometam-se a observar as boas práticas relacionadas a proteção dos dados pessoais, dentre as quais:

1. Identificar, sempre que solicitado, os tratamentos de dados pessoais que realiza durante a execução das suas atividades;
2. Zelar pela proteção dos dados pessoais do beneficiário, garantindo-lhe o exercício do direito de acesso e demais direitos estabelecidos na LGPD;
3. Realizar tratamentos corretos, íntegros e informados dos dados pessoais, em prontuários eletrônicos e físicos, existentes em bancos de dados estruturado, bem como aqueles contidos em planilhas, e-mails, aplicativos de vídeo conferência, drives de armazenamento, dentre outros;
4. Agir de modo preventivo e proativo no trato com os dados pessoais nos quais manuseia, implementando a cultura de privacidade desde o desenvolvimento para novos fluxos de processos, novos sistemas e atualização dos existentes;
5. Garantir em todos os processos de tratamentos de dados pessoais que execute a obediência às melhores práticas de gestão e governança de dados, as políticas internas de privacidade, além do sigilo e confidencialidade;
6. Sempre que possível, minimize a coleta, uso, armazenamento e acesso de dados pessoais de pacientes, clientes, colaboradores, fornecedores e parceiros;
7. Verifique se seus assistentes e secretárias têm acesso a sistemas e arquivos e se eles estão limitados às necessidades para execução de suas tarefas;
8. Não compartilhe tokens, logins e senhas individuais;
9. Exija que cada colaborador tenha seus respectivos usuários e senhas individuais e com acesso limitado ao que efetivamente precisam acessar para executar suas atividades.
10. Revise as perguntas do seu prontuário e da ficha de cadastro da recepção. De acordo com o princípio da necessidade da Lei Geral de Proteção de Dados, deve-se coletar apenas as informações estritamente necessárias para a finalidade pretendida.

Cumprindo com as recomendações acima, os agentes de tratamento minimizarão os riscos de incidente de dados e penalizações da lei, que vão desde multas financeiras de até 2% sobre o faturamento anual da organização até a suspensão total do uso dos dados pessoais.

Declaração de Recebimento do Manual de Boas Práticas da Rede Prestadora.

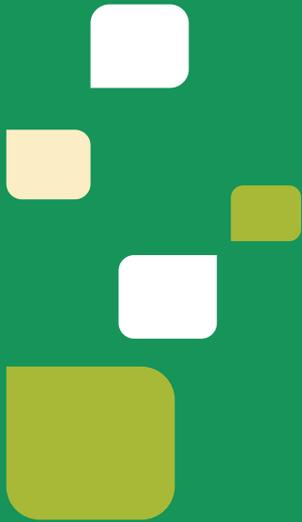
O(a), _____,
CNPJ nº, _____ declara o recebimento do Manual de Boas Práticas da Rede Prestadora para o Credenciado da Unimed Guarulhos, estando também ciente de que sua versão poderá ser atualizada a qualquer momento e estará disponível no endereço eletrônico www.unimedguarulhos.coop.br – na opção Portal Prestadores.

Assinatura do responsável

Nome: _____

RG nº: _____

_____, ____ de _____ de 20 ____.



CUIDAR DE VOCÊ ESSE É O PLANO



www.unimedguarulhos.coop.br

Central de Relacionamento com o Cliente: (11) 2463-8000
Avenida Paulo Faccini, nº 900, Macedo - Guarulhos, São Paulo