

Programa de Reconhecimento e Qualificação da Rede Prestadora

Dezembro 2020

Unimed 
Norte Fluminense

Sumário

Introdução.....	Pág. 03
Objetivo.....	Pág. 04
Público alvo.....	Pág. 04
Fluxo.....	Pág. 05
Adesão.....	Pág. 05
Avaliação	Pág. 05
Periodicidade da avaliação.....	Pág. 05
Mensuração dos resultados.....	Pág. 05
Documentos.....	Pág. 05
Visita Técnica.....	Pág. 05
Boas Práticas e Protocolos de Atendimento.....	Pág. 05
A importância das notificações.....	Pág. 06
Do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde (PSP).....	Pág. 07
Qualidade dos Arquivos Médicos	Pág. 08
Confidencialidade do Prontuário.....	Pág. 09
Reconhecimento.....	Pág. 11
Reavaliação e Reclassificação	Pág. 11
Anexo I	Pág. 11
Requisitos e Pontuação.....	Pág. 11
Classificação.....	Pág. 11



INTRODUÇÃO

Em um mundo cada dia mais globalizado, o fator “Qualidade” torna-se um indicador extremamente relevante em qualquer que seja o tipo de prestação de serviços oferecido no mercado. Em suas variáveis, o fator Qualidade remete principalmente a questões relacionadas a: processos, capacitação de pessoas/profissionais, custos e benefícios, dentre outros, que em conjunto compõem modelos ideais de práticas de negócio registrada em nosso Manual de Boas Práticas dos Prestadores de Serviços da Unimed Norte Fluminense.

Ao conquistar qualificações que possam propiciar a melhoria contínua de processos e a adoção de boas práticas, empresas de prestação de serviços contribuem positivamente para atender as necessidades e conseqüentemente a satisfação dos consumidores.

No que tange o mercado de saúde e de atendimento ao cliente, o fator “Qualidade” torna-se essencial, sendo inclusive um atributo estratégico e um diferencial competitivo excepcional, que pode significar o sucesso ou o fracasso no segmento, tendo em vista a grande concorrência atualmente existente.

Isto quer dizer que, aprimorar o fator “Qualidade” e suas variáveis é um gatilho na conquista do reconhecimento e valorização de qualquer marca e, pensando nisso e no intuito de apoiar seus parceiros na busca destas melhorias a Unimed Norte Fluminense criou o Programa de Reconhecimento e Qualificação da Rede Prestadora.

Todas as informações referentes ao estado de saúde do beneficiário - situação clínica, diagnóstico, prognóstico, tratamento e dados de caráter pessoal - são confidenciais, durante e mesmo após o término do contrato. Contudo, se o beneficiário der o seu consentimento e não houver prejuízos para terceiros, ou a lei o determinar, podem estas informações ser utilizadas. Este direito implica a obrigatoriedade do sigredo profissional, a respeitar por todo o pessoal que desenvolve a sua atividade nos serviços de saúde. Inclusive o sigilo das informações é cláusula obrigatória em contrato que rege as relações da Unimed com seus prestadores.



OBJETIVO

Realizar verificação qualitativa da rede direta de prestadores credenciados, incentivar a melhoria e qualificação da prestação de serviços oferecida, conforme nosso Manual de Boas Práticas dos Prestadores de Serviços da Unimed Norte Fluminense.

PÚBLICO ALVO

Rede direta de prestadores credenciados, classificados como: hospitais, laboratórios, centros de diagnose, consultórios e clínicas especializadas.

FLUXO



ADESÃO

A adesão ao Programa de Qualificação da Rede Prestadora pode ocorrer a qualquer tempo, mediante assinatura do Termo de Adesão, são elegíveis a participação no programa os prestadores do tipo: hospitais, laboratórios e centros de Diagnose, consultórios e clínicas especializadas.

O Termo de Adesão será encaminhado por email e pode ser adquirido através de contato com a equipe de relacionamento, pelo canal: gestao.rede@itaperuna.unimed.com.br

A adesão ao programa vigora por tempo indeterminado, pois nosso objetivo é alcançar a excelência em toda nossa rede.

AVALIAÇÃO

Ao assinar o Termo de Adesão o prestador de saúde autoriza receber em sua unidade de atendimento uma visita da equipe da Unimed ou de seus representantes legais, a fim de que possam fazer a avaliação dos requisitos pré estabelecidos abaixo, de forma a obter a classificação do prestador no referido programa.

Periodicidade da avaliação

O processo de avaliação será conforme a classificação do Prestador.

Mensuração dos resultados

A metodologia de mensuração dos resultados se dá na somatória da pontuação obtida em cada tópico dos requisitos, sendo eles: Documentação / Visita Técnica / Boas Práticas e Protocolos de Atendimento.

Documentos

Cada documento equivale a uma pontuação e deve estar devidamente atualizado ou protocolado na data da visita. É de responsabilidade do prestador a notificação a Unimed Norte Fluminense e o envio de qualquer documentação sempre que houver atualização.

Visita Técnica

A visita técnica será previamente agendada como consta em nosso Manual de Boas Práticas dos Prestadores de Serviços da Unimed Norte Fluminense com envio prévio do *Check list* de Qualificação da Rede Credenciada. Na ocasião serão avaliados os requisitos pré-estabelecidos para compor a classificação do prestador.

Boas Práticas e Protocolos de Atendimento

A existência de ao menos um dos critérios propostos corresponde a obtenção da pontuação, devendo as devidas práticas serem evidenciadas na ocasião da visita ou mediante envio da evidência, quando solicitado. As evidências apresentadas serão consideradas se adotadas no período mínimo de 6 meses.

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.

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”.

Definições importantes

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. Deve-se ressaltar que qualquer evento adverso deve ser notificado ao Gerenciamento de Risco.

O que é 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. A RDC Nº 36 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.

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.



A importância da higienização das mãos

- 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 fluídos biológicos.

Segurança nas cirurgias

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.

Qualidade dos Arquivos Médicos

A maior função das instituições hospitalares é a 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 ser dividido em seções e absorver a função do controle do fluxo dos prontuários dos pacientes.

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

A qualidade dos arquivos médicos e a infraestrutura dos mesmos é um ponto importante para garantir a sua qualidade, sendo assim, alguns requisitos devem ser observados tais como:

- Local de armazenamento com controle de temperatura umidade e pragas; forma de armazenamento e rastreabilidade.

Importância do Prontuário Médico

O prontuário médico é entre outras coisas, um documento de sigilo médico do paciente. Algumas irregularidades em seu preenchimento podem ter efeitos danosos para o paciente e para o médico.

Sua função primordial como fonte de dados vem sendo persistentemente prejudicada pela insuficiente 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, então, assinar, escrever seu nome legível e sua respectiva inscrição no CRM. É importante ressaltar que não há lei que obrigue o uso do carimbo. Nesse caso, o nome do médico e seu respectivo CRM devem estar legíveis.

O que não deve ser feito no prontuário:

- escrever à lápis;
- usar líquido corretor;
- deixar folhas em branco;
- fazer anotações que não se referem ao paciente.

Nota: 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.

Tempo de Arquivamento

Documentos médicos em suporte de papel devem ser arquivados por tempo não inferior a 20 anos, a partir da data do último registro de atendimento. 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.

Confidencialidade do Prontuário

A confidencialidade do prontuário está prevista na RESOLUÇÃO CFM nº 1.638/2002, conforme segue:

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 obrigatórios 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.

É vedado ao médico, conforme prevê RESOLUÇÃO CFM nº 1.246/88:

Art. 105 - Revelar informações confidenciais obtidas quando do exame médico de trabalhadores, inclusive por exigência dos dirigentes de empresas ou instituições, salvo se o silêncio puser em risco a saúde dos empregados ou da comunidade.

Art. 106 - Prestar às empresas seguradoras qualquer informação sobre as circunstâncias da morte de paciente seu, além daquelas contidas no próprio atestado de óbito, salvo por expressa autorização do responsável legal ou sucessor.

Art. 107 - Deixar de orientar seus familiares e de zelar para que respeitem o segredo profissional a que estão obrigados por lei.



Art. 108 - Facilitar o manuseio e conhecimento dos prontuários, papeletas e demais folhas de observações médicas sujeitas ao segredo profissional, por pessoas não obrigadas ao mesmo compromisso.

Cabe ressaltar que 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.

RECONHECIMENTO

Os prestadores avaliados e classificados como “Conforme, 90 à 100%” e “Conforme Parcialmente 50%”, receberão um certificado pela Unimed Norte Fluminense.

REAVALIAÇÃO E RECLASSIFICAÇÃO

Os Prestadores avaliados e classificados como “Conforme, 80 à 100%”, receberão a visita Bienal e certificado, os Prestadores “Conforme Parcialmente 51% à 79%” e certificado pela Unimed Norte Fluminense. Os Prestadores com nota inferior à 50% receberão nova visita após 120 dias e terão 6 meses para atingir a escala de “Conforme Parcialmente”. Caso o Prestador não atinja consta em nosso Aditivo Contratual “O Conselho de Administração reserva o direito de poder descredenciar os prestadores, nos casos de falta de qualidade ou deficiência de segurança no atendimento aos beneficiários diante de documentação comprovada”.

REQUISITOS

Serão avaliados todos os requisitos com base nos níveis: segurança, resolutividade e conforto.

CLASSIFICAÇÃO E PONTUAÇÃO

<i>Classificação</i>	<i>Pontuação final</i>
Conforme	90% à 100%
Conforme parcialmente	51% à 79%
Não conforme	Menor que 50%



Unimed 
Norte Fluminense

www.unimed.coop.br/nortefluminense

Rua 10 de Maio, 254 - Centro
Itaperuna - RJ Cep: 28300 - 000
Tel. (22) 3824 - 9300



Membro da Aliança
Cooperativa Internacional

"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz."
Roberto Rodrigues

ANS - nº 31259-2