Manual – 001 – Manual Orientação Rede Prestadora

Bagé/RS

2019

Sumário

APRESENTAÇÃO 3
1. CÓDIGO DE CONDUTA DA REDE PRESTADORA 4
2. CREDENCIAMENTO 4
2.1 CRITÉRIOS QUANTITATIVOS DE CONFORMAÇÃO REDE PRESTADORA 5
2.2 CRITÉRIOS QUALITATIVOS DE CONFORMAÇÃO REDE PRESTADORA 6
2.3 CONTRATUALIZAÇÃO 7
2.4 CADASTRO 8
2.5 CRITÉRIOS PARA ESTABELECER A EXCLUSÃO OU SUBSTITUIÇÃO DE PRESTADORES DE SERVIÇOS 9
3. MANUTENÇÃO DA REDE CREDENCIADA 12
3.1 ATUALIZAÇÃO DE DOCUMENTOS 12
4. SOLICITAÇÃO DE EXTENSÃO DE CREDENCIAMENTO 14
5. REAJUSTE AO CONTRATO 14
6. CONFIDENCIALIDADE CLÍNICA 15
7. A IMPORTÂNCIA DO PRONTUÁRIO 15
8.1 PRONTUÁRIOS MÉDICOS 16
8. QUALIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE 20
9.1 ACREDITAÇÃO 22
9.2 NOTIVISA (ANVISA) 22
9.3 QUALISS – PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DE PRESTADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE 24
9.4 NORMAS TÉCNICAS E TREINAMENTOS DO SISTEMA UNIMED 25
11. SIGLAS E DEFINIÇÕES 26

Controle Histórico				
Revisão	**Data**	**Elaboração**	**Verificação**	**Aprovação**
00	01/02/2020	Vanessa Pinto	Liziane Dornelles	Márcia Souza
01	04/06/2021	Vanessa Pinto	Liziane Dornelles	Márcia Souza

APRESENTAÇÃO

Este manual aplica-se a todos os prestadores de serviços que atuam na área de ação da Unimed Região da Campanha e que prestam serviços de forma direta ou indireta ao beneficiário Unimed.

Seu objetivo é disponibilizar orientações relacionadas às práticas e processos da Unimed Região da Campanha aos seus prestadores. Neste material é possível consultar informações facilitadoras para a execução das rotinas de relacionamento com a operadora e no atendimento aos seus beneficiários. As diretrizes aqui descritas visam o aumento da segurança assistencial da rede prestadora da operadora.

1. CÓDIGO DE CONDUTA DA REDE PRESTADORA

A Unimed Região da Campanha não é condescendente com a exploração do trabalho escravo ou infantil, nem com qualquer outra forma de degradação das condições humanas de trabalho. A Cooperativa mantém vínculos comerciais com empresas que possuem as mesmas preocupações em relação à responsabilidade social e ambiental. A cooperativa exige de seus parceiros comerciais um posicionamento contrário a condutas que causem desrespeito e constrangimento às pessoas, como emprego de palavras ofensivas, intimidação, assédio moral, sexual e agressão psicológica ou física. Para estabelecer, com transparência e imparcialidade, parcerias com fornecedores e prestadores de serviços, a Unimed Região da Campanha adota as seguintes práticas de gestão:

- Contrata somente empresas idôneas, que atendam às obrigações legais e aos pré-requisitos definidos em procedimentos específicos;
- Exige o cumprimento de procedimentos de saúde e segurança necessários às suas atividades;
- Contratos firmados pela Cooperativa com fornecedores e prestadores de serviços não devem conter cláusulas sobre exclusividade, fixação de preços, delimitadoras de território ou que possam boicotar ou promover a preferência;

É responsabilidade do colaborador informar a seu gestor quando um fornecedor ou prestador de serviços prejudicar os interesses da Cooperativa ou desconsiderar as questões legais, tributárias, de trabalho ou meio ambiente.

2. CREDENCIAMENTO

A Unimed Central RS é a responsável pela negociação da rede prestadora de serviços de saúde da Unimed Região da Campanha. Dessa forma, o profissional interessado em prestar serviços a URC deve entrar em contato,

através dos canais de comunicação – telefones (51) 3326. 8308 e (51) 34626400 e e-mail janaina.bazzan@centralrs.unimed.com.br – para solicitar informações do credenciamento. Inicialmente o candidato deve enviar o currículo e preencher o questionário de análise de credenciamento.

Posteriormente é realizada a análise da contratação pela Unimed Região da Campanha.

2.1 CRITÉRIOS QUANTITATIVOS DE CONFORMAÇÃO REDE PRESTADORA

Os critérios quantitativos de contratualização são estabelecidos pelo Ministério da Saúde, ANS, regras de Intercâmbio Nacional e Estadual do Sistema Unimed, dimensionamento e suficiência da rede.

Adequar o número de prestadores de serviços por meio de critérios quantitativos de recursos e serviços assistenciais frente à quantidade de beneficiários, considerando localização, municípios limítrofes e regiões de saúde, perfil demográfico e epidemiológico, utilizando como referências o PTU A400, a Portaria 1.631/2015, a Resolução nº 2.221 que atualiza as especialidades do CFM, as regiões de Saúde da ANS, Portaria Nº 342/2013 e o SIB, entre outros.

As demandas dos beneficiários sobre acesso à rede devem ser monitoradas e na ocorrência de dificuldade de acesso, o problema deve ser identificado e solucionado dentro dos prazos previstos na RN259/2011 (RN268/11, IN DIPRO 37/2011 e IN DIPRO 48/2015), por meio da disponibilização prestador habilitado para o atendimento, integrante ou não da rede assistencial, pertencente a região de saúde à qual faz parte o município ou em municípios limítrofes, ou na hipótese da inexistência desse prestador.

Tais critérios baseiam-se nas seguintes análises:

- Análise das manifestações dos clientes - quantidade de reclamações por dificuldade de acesso à especialidade;

- Análise de dimensionamento - quantidade de eventos previstos por beneficiário pelo Ministério da Saúde, conforme especialidade;
- Análise suficiência- comparação entre quantidade de prestadores existentes e a quantidade ideal, conforme parâmetros nacionais e necessidade de credenciamento;

2.2 CRITÉRIOS QUALITATIVOS DE CONFORMAÇÃO REDE PRESTADORA

A avaliação da qualidade dos prestadores que compõem a rede de assistência à saúde é essencial para a gestão da rede prestadora da URC. Considerando como referência a RN 405 Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar – QUALISS e o Programa de Qualificação da Rede da URC, são considerados como critérios qualitativos:

a) Realização de visita técnica de qualificação nos prestadores críticos, com maior volume de atendimento, com indisponibilidade frequente de atendimento, e nos definidos no projeto de qualificação (verificação in loco da estrutura do prestador);

b) Informação de uso de Prontuário Eletrônico;

c) Titulação na área de saúde: Pós-graduação lato sensu com no mínimo 360 (trezentas e sessenta) horas;

d) 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;

e) Se Laboratório: controle externo de qualidade;

f) Certificado de qualidade (ABNT NBR ISO 9001 ou outro) – quando aplicável;

g) Certificado de Acreditação;

h) Certificado de Qualidade Monitorada obtido no Programa de Monitoramento de Indicadores da Qualidade de Prestadores de Serviços de Saúde – PM-QUALISS;

i) Certificado ou documento equivalente emitido pelas Entidades Gestoras de Outros Programas de Qualidade;

j) Participação de saúde nos programas de indução da qualidade da DIDES/ANS e a adesão ao Programa Nacional de Segurança do Paciente – PNSP (Portaria nº 529/2013);

k) Fator de Qualidade, conforme critérios de aplicação estabelecidos no anexo da RN 436/2018;

l) Cadastro do Núcleo de Segurança do Paciente na Anvisa e Notificação de eventos adversos pelo Notivisa/Anvisa (exceto para consultórios individualizados – baseados no CNES, laboratórios clínicos e os serviços móveis e de atenção domiciliar);

m) Plano de Segurança do paciente.

2.3 CONTRATUALIZAÇÃO

Serão priorizados para credenciamento prestadores que possuam atributos de qualidade e qualificação profissional, idoneidade e disponibilidade de agenda.

Os requisitos citados de credenciamento e qualificação devem ser aplicados também na aprovação de novos profissionais cooperados. A Unimed Região da Campanha prima que a conformação da rede prestadora seja baseada em critérios qualitativos, alcançando a excelência na assistência à saúde.

Para as contratações indeferidas, a Unimed Central RS contata o prestador e encaminha correspondência por e-mail.

Para as contratações deferidas, a Unimed Central RS realiza o envio da Ficha Cadastral para Solicitação de Credenciamento.

Posteriormente é repassada a lista de documentos necessários para o credenciamento (PF/PJ): (Alvará da Prefeitura-Localização, Alvará da Vigilância Sanitária, Cartão CNPJ, Certidão de Filantropia -rede hospitalar, Certificado de Inscrição do Responsável técnico junto ao Conselho de Classe Competente, CNES-Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde, Contrato Social, Ata de reunião de posse da diretoria e Estatuto Social ou Requerimento de Microempresário, Diploma do Responsável Técnico - Especialização e/ou

Graduação, Diplomas dos Profissionais que atuam no serviço (Especialização e/ou Graduação e Técnicos), dados bancários, notas fiscais de compra ou manutenção ou descritivos técnicos dos equipamentos de diagnóstico e terapia, RG ou Carteira do Conselho Profissional e CPF dos responsáveis legais, Alvará de Prevenção e Proteção Contra Incêndios, Certificados de Acreditação, Currículo. Para prestadores pessoa física informar o número de inscrição no INSS, Número de registro do equipamento na Anvisa.

A negociação dos serviços a serem contratados (consultas, honorários médicos, SADT, tabelas de diárias e taxas) são previamente validados com a Diretoria da Unimed Região da Campanha. Neste momento, é apresentado o estudo de impacto e validação da proposta de negociação ao prestador.

Após o aceite da negociação pelo prestador é combinado o início da vigência do contrato. Logo a Unimed Central RS insere no Sistema de Gestão (Prime) os parâmetros negociados e informa a Unimed Região da Campanha. Posteriormente são enviadas duas vias do contrato físico a URC para assinatura junto ao prestador, retornando uma via assinada para a UCRS. A seguir a Unimed Central RS disponibiliza a documentação completa do credenciamento do prestador no Software de Gestão de Rede (Prime) para que a Unimed Região da Campanha proceda com o processo de parametrização e cadastro.

2.4 CADASTRO

O cadastro do prestador na URC é realizado no Sistema de Gestão (ERP TOTVS) pelos setores: financeiro e RH. Logo são enviados os dados do novo prestador ao setor de TI e faturamento para parametrização no “Autorizador Web”. Posteriormente o setor de faturamento informa o login/senha de acesso e realiza treinamento com o prestador ou com a secretária sobre o funcionamento do “Autorizador Web”. O calendário para entrega da produção está disponibilizado o site da URC através do link: https://unimedbage68.wixsite.com/secretariaurc/calendarios. Em seguida o setor

de TI envia os dados a ANS através do SATI REDE e a Unimed do Brasil via PTU A400 para atualização da rede prestadora de serviços da URC. Logo após, o prestador pode iniciar sua prestação de serviço.

2.5 CRITÉRIOS PARA ESTABELECER A EXCLUSÃO OU SUBSTITUIÇÃO DE PRESTADORES DE SERVIÇOS

A utilização de critérios de qualidade e quantidade dos prestadores da rede assistencial é fundamental para garantia da qualidade da rede prestadora da Unimed Região da Campanha. Os critérios de descredenciamento são baseados no Manual de Intercâmbio Nacional obrigatório para o Sistema Unimed, ANS, Manual Orientação Rede Prestadora e recomendações da URC. A Unimed poderá descredenciar o prestador, na condição de pessoa física ou jurídica, que não atender às regras previstas de credenciamento e na legislação vigente. É recomendável que ocorra o descredenciamento de prestadores, seguindo a legislação vigente, quando ocorrer:

a) Falta de qualidade no atendimento ou deficiência de segurança por parte dos prestadores. A falta de qualidade ou deficiência por parte dos prestadores pode ser evidenciada em vários critérios, somados ou exclusivos, definidos pela operadora, alguns citados abaixo:

Não atingimento dos critérios estabelecidos nas visitas técnicas;

- Metas de indicadores PM-Qualiss apresentando piora em tempo pré-determinado, sem evidência de ação corretiva;
- Protocolos clínicos e assistenciais não estabelecidos e/ou não gerenciados;
- Falta de atualização de documentos que possuem validade;
- Eventos adversos frequentes sem apresentação de planos de ação;
- Reclamações e críticas recebidas de beneficiários, sem evidência de análise e ação corretiva.

b) Solicitação do prestador;

c) Infração às condições estabelecidas em contrato;

d) Constatação de fraude;

e) Má conduta médica, negligência, imprudência ou desídia na prestação dos serviços;

f) Paralisação dos serviços sem justa causa e prévia comunicação;

g) Infração comprovada às normas sanitárias em vigor, questões éticas e o sigilo profissional ou inobservância de dispositivos legais pertinentes;

h) Constatação pela auditoria de falhas graves em procedimentos técnicos e/ou administrativos;

i) Encerramento das Atividades;

j) Ausência de faturamento (produção) por mais de 12 meses;

k) Migração da rede credenciada/ área de atuação para outra Unimed;

l) Não observância da garantia de Confidencialidade de dados clínicos e cadastrais, inclusive após a rescisão contratual**.** A confidencialidade dos dados clínicos e cadastrais dos pacientes deve levar em consideração o sigilo da informação em sistemas de informação da saúde, preconizado pela RN305/2012 e pela lei 13709/2018 - LGPD – Lei Geral de Proteção de Dados;

m) Número excessivo de prestadores, conforme análise do dimensionamento da rede, considerando localização, municípios limítrofes e regiões de saúde, perfil demográfico e epidemiológico;

n) Por interesse da Unimed.

A substituição do prestador deve buscar equivalência qualitativa e quantitativa, isto é, considerar a capacidade operacional e os atributos de qualificação equivalentes. Quanto à localização, deve ser levada em consideração a possibilidade de substituição por um prestador localizado em município limítrofe ou na mesma região de saúde. As orientações quanto ao descredenciamento de prestadores não hospitalares, critérios de equivalência, exclusões devem seguir as orientações do Manual de Intercâmbio. Nos casos de substituição, ou seja, de troca de uma unidade hospitalar por outra equivalente, e/ou redimensionamento por redução:

a) As exclusões de prestadores hospitalares, por redimensionamento ou substituição, seguem as disposições da IN DIPRO 46/2014, alterada pela IN DIPRO 54/2018, e estão previstos no art. 17 da lei 9656/98;

b) As alterações devem ser disponibilizadas ao Sistema Unimed, via PTU no prazo de 45 dias, tão logo o movimento seja deferido pela ANS;

c) É obrigatória a divulgação da substituição de prestadores de Estabelecimentos Hospitalares e Serviços de Urgência e Emergência (U/E) 24h respeitando o prazo mínimo de 30 dias para comunicação prévia aos beneficiários, permanecendo no Portal da operadora por 180 dias;

d) Destacamos que a não observância das regras permite sanções internas prevista no MIN, RAMI e penalidades aplicadas pela ANS que tenham tais prestadores como integrantes da Rede Assistencial do Produto.

Para casos excepcionais (falecimento de prestador, mudança de região de abrangência da URC, pedido de licença sem respeitar o prazo estabelecido, quebra de contrato, falência do prestador etc.) a URC fará esforço para manutenção da rede prestadora, utilizando como referência critérios de equivalência, dimensionamento da rede e orientações do Manual de Intercâmbio.

Em cumprimento às resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, a Unimed Região da Campanha, passou a divulgar, a partir de 2019 através do Portal Unimed, as inclusões/substituições/exclusões de prestadores de serviços de sua rede credenciada. A partir de então, as informações disponibilizadas passaram a ser permanentes no Portal Unimed e no Blog da secretária.

De acordo com a Resolução Normativa n° 365, as operadoras de planos de saúde devem comunicar previamente seus clientes sobre as substituições/exclusão de prestadores (SADT, Clínicas e Consultórios) nas redes dos planos de saúde, deixando-os sempre atualizados. Dessa forma, a

partir de 2021, estas informações passaram a ser enviados aos beneficiários através de boleto e SMS.

3. MANUTENÇÃO DA REDE CREDENCIADA

Uma vez credenciado o relacionamento com prestador passa a ter uma manutenção periódica pela Unimed Central de Serviços RS, e tem as seguintes etapas destacadas: atualização de documentos, solicitação de extensão de credenciamento, manutenção de tabelas, solicitação de reajuste e solicitação de descredenciamento.

3.1 ATUALIZAÇÃO DE DOCUMENTOS

Abaixo encontram-se descritos os documentos que compõem esta relação, bem como a periodicidade, o órgão emissor e as considerações relacionadas.

DOCUMENTO	PERIODICIDADE	ÓRGÃO EMISSOR	CONSIDERAÇÕES RELACIONADAS	PJ	PF
Alvará da Prefeitura (Localização)	Anual ou indeterminada	Prefeitura Municipal	Deve ser alterado quando possuir mudanças de dados relacionados à alteração cadastral. (Protocolos terão validade de seis meses a contar da data de expedição).	X	X
Alvará da Vigilância Sanitária	Anual	Secretaria Municipal de Saúde	Deve ser alterado quando possuir mudanças de dados relacionados à alteração cadastral, ou quando expirar a validade. Verifica se o Prestador está habilitado a prestar serviços (Protocolos terão validade de seis meses a contar da data de expedição). ** A partir do dia 11 de junho de 2019 foi aprovada a Lei de Liberdade Econômica (Lei 13.874/19) que extingue a exigência de alvará sanitário para atividades consideradas de baixo risco. Desta forma as atividades de fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, nutrição e terapia ocupacional não precisam emitir tal documento anual ou isento.	X	X
Cartão CNPJ	Dois anos	Receita Federal	Deve ser alterado quando possuir mudanças de dados relacionados à alteração cadastral da empresa. Validade condicionada ao Contrato Social.	X	
Certidão de Filantropia	Anual	Conselho Nacional de Assistência Social – CNAS	Documento específico para Hospitais.	X	

Certificado de Inscrição do Responsável técnico junto ao Conselho de Classe Competente	Anual	Emitido pelo Órgão Regulador da Profissão	Deve ser alterado quando possuir mudanças de dados relacionados à alteração cadastral, ou quando expirar a validade. Garante que o Prestador tem um profissional habilitado que responde pelas questões técnicas. (Protocolos terão validade de seis meses a contar da data de expedição).	X	X
CNES	Atualizar o documento cada seis meses	Secretaria Municipal de Saúde	Garante que o Prestador está cadastrado Conforme a Portaria 118 http://cnes.datasus.gov.br/	X	X
Contrato Social, Ata de reunião de posse da diretoria e Estatuto Social ou Requerimento de Microempresário	Atualizar o documento cada dois anos	Junta Comercial	Deve ser alterado quando possuir mudanças na relação entre os sócios, responsável legal da empresa e alterações de endereço e razão social.	X	
Diploma do Responsável Técnico (Especialização e/ou Graduação)	Indeterminado para PF. Prestadores PJ será vinculado com a validade do Certificado de inscrição de empresas junto ao conselho.	Instituição de formação	Verifica se o Responsável Técnico tem a habilitação necessária.	X	X
Diplomas dos Profissionais que atuam no serviço (Especialização e/ou Graduação e Técnicos)	Atualizar o documento cada dois anos	Instituição de formação	Médicos (um por especialidade), Enfermeiro, Farmacêutico, Fisioterapeuta, e profissional responsável para demais profissões técnicas	X	

Observação: Os prestadores em sua maioria não conseguem atualizar os documentos dentro do prazo de vencimento devido questões burocráticas dos órgãos emissores ou pelo vínculo com outro documento vencido. Em virtude disto os documentos são considerados desatualizados após 30 dias a contar da data oficial de vencimento.

Os documentos são monitorados mensalmente através de relatório específico do Sistema de Gestão). O prestador é comunicado antecipadamente e após o vencimento do documento, eletronicamente por e-mail e alertas em sua conta no Prime. Também é realizado o contato por telefone. Ressalta-se ainda que é de extrema importância a atualização dos dados do prestador. Sempre que houver alterações deve ser encaminhado através dos e-mails: (documentosgrc@centralrs.unimed.com.br) tendo em conta atualização de sistemas da Unimed Região da Campanha e, especialmente, o Guia Médico.

Mensalmente são enviadas informações dos prestadores para a Unimed do Brasil via PTU A400/ PTU A450/RPS TOTAL.

4. SOLICITAÇÃO DE EXTENSÃO DE CREDENCIAMENTO

O prestador quando julgar necessário a abrangência de atendimento, devido à expansão de estrutura física (criação de filiais), postos de coleta (laboratórios), aquisição de novos equipamentos para ampliação dos procedimentos/exames realizados, deve entrar em contato com os canais de comunicação e encaminhar o pedido formal de extensão de credenciamento. Inicialmente, é realizada análise da solicitação pela Unimed Central RS, contendo o estudo da demanda atual da especialidade baseando-se em critérios pré-definidos, especialmente o dimensionamento e suficiência da rede de atendimento, observando sempre a quantidade de beneficiários de planos *versus* a quantidade de serviços disponíveis, juntamente com a análise de documentos e encaminhada para a Unimed Região da Campanha. Esta análise é realizada em até 90 dias. Caso a solicitação não seja aprovada, a UCRS encaminha correspondência por e-mail que sinaliza formalmente esta informação. Se identificada a necessidade de credenciamento do serviço, a Unimed Central RS realiza contato com o prestador para formalizar a aprovação com elaboração do aditivo contratual e negociação de valores, caso seja necessário. Posteriormente, é feita parametrização e cadastro da nova unidade ou serviço junto a URC.

Observação: Dependendo da extensão do serviço a equipe de qualificação realizará análise para avaliar a necessidade de visita técnica.

5. REAJUSTE AO CONTRATO

Os pedidos de reajuste ocorrem conforme vigência contratual.

6. CONFIDENCIALIDADE CLÍNICA

Todas as informações referentes ao estado de saúde do beneficiário - situação clínica, diagnóstico, prognóstico, tratamento e dados de carácter pessoal - são confidenciais.

A Unimed Região da Campanha, orienta como boa prática a manutenção da confidencialidade e total sigilo em relação aos arquivos médicos de seus beneficiários, durante e mesmo após o término do contrato, conforme instrumento contratual assinado entre a Operadora e prestador. O prestador deverá permitir a Unimed Região da Campanha o livre acesso aos prontuários dos beneficiários, mesmo durante o período de tratamento, todos os dados e informações assistenciais dos atendimentos prestados aos beneficiários.

Orientamos que as áreas de arquivo possuam controle de umidade e temperatura, com o objetivo de manter a qualidade no armazenamento. Nos casos de registros eletrônicos, orientamos a prática de back-up.

7. A IMPORTÂNCIA DO PRONTUÁRIO

O prontuário tem ampla aceitação e utilização no meio médico. Entretanto, é frequentemente preenchido de modo impróprio. Algumas irregularidades, em seu preenchimento, podem ter efeitos danosos para o doente e para o médico. Ilegibilidade das prescrições, por exemplo, pode ensejar troca de medicamentos, o que pode ser fatal para o paciente. A falta de detalhamentos objetivos completos, pode dar lugar a 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 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 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.

8.1 PRONTUÁRIOS MÉDICOS

Resolução CFM 1.638, de 2002: " 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 assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência médica prestada ao indivíduo".

Tipos documentais dos prontuários médicos:

- Atendimento ambulatorial;
- Atendimento de urgência;
- Evolução médica;
- Evolução de enfermagem e de outros profissionais assistentes;

Obs.: no caso de internação, recomenda-se que as evoluções sejam diárias, com data e horário em todas elas.

- Partograma (em obstetrícia);
- Prescrição médica;
- Prescrição de enfermagem e de outros profissionais assistentes;

Obs.: no caso de internação, recomendasse que as prescrições sejam diárias, com data e horário em todas elas.

- Exames complementares (laboratoriais, radiológicos, ultrassono-gráficos e outros) e seus respectivos resultados;
- Descrição cirúrgica;
- Anestesia;
- Débito do centro cirúrgico ou obstétrico (gasto de sala);
- Resumo de alta;
- Boletins médicos.

Observações importantes:

- O nome completo da paciente deve constar em todas as folhas do prontuário de maneira legível.
- Os documentos gerados no pronto-socorro e no ambulatório deverão ser arquivados junto com o prontuário, em caso de internação hospitalar.
- Itens obrigatórios:
- Identificação da paciente;
- Anamnese;
- Exame físico;
- Hipóteses diagnósticas;
- Diagnósticos definitivos;
- Tratamentos efetuados.

- **Classificação e Temporalidade**

  Os documentos para arquivo podem ser classificados em diferentes categorias, de acordo com suas características. Baseando-se nelas,

podemos classificá-los quanto ao gênero, espécie, tipologia, natureza do assunto, forma e formato.

Tratando-se de Arquivos Médicos, recomenda-se que os documentos estejam classificados e armazenados de forma que a sua busca seja fácil, rápida e completa.

A tabela de temporalidade é o instrumento com o qual se determina o prazo de permanência de um documento em um arquivo e sua destinação após este prazo.

Tratando-se de Arquivos Médicos, recomenda-se analisar os prazos de arquivamento conforme os ciclos de vida dos documentos e as legislações vigentes a fim de definir o tempo de guarda e possível descarte.

- **Como arquivar os documentos**

O arquivamento é a guarda dos documentos no local estabelecido, de acordo com a classificação e temporalidade. Nesta etapa toda a atenção é necessária, pois um documento arquivado erroneamente poderá ficar perdido quando solicitado posteriormente. As operações para arquivamento são as seguintes:

• **Prontuários médicos**

Sugere-se arquivar por número de registro do prontuário, anexando a cada procedimento o número da conta do período. Caso isso não seja possível, arquivar por ordem do último sobrenome, de maneira que seja alfanumérico, ou seja, letra e número em ordem sequencial.

• **Exames Imagens e Laudos (Internação)**

Sugere-se arquivar as imagens e laudos dos exames por ano, subdividido em RX e ultrassom.

Para o arquivamento deve-se preparar os documentos atentando-se para:

- Conferir os documentos anexados ao prontuário de cada paciente;
- Evitar uso de clips e atilhos;
- Não é permitido a impressão de prontuários em papel de rascunhos;
- Não é permitido a utilização de lápis e corretivos nos prontuários;
- Não utilize abreviaturas.

- **Conservação**

Os fatores ambientais são os mais importantes na conservação de documentos e são responsáveis pelas reações químicas altamente nocivas ao papel, além de favorecerem a presença de outros agentes igualmente responsáveis pela destruição de documentos. Esses fatores ambientais podem se apresentar como:

- Insolação intensa e umidade relativa elevada (não ultrapassar 60% de umidade).
- Manutenção inadequada (goteiras, infiltrações, janela quebradas, frestas, ...);
- As prateleiras devem estar a 15 centímetros do chão, 15 centímetros afastadas da parede e 30 centímetros afastadas do teto.

Deve-se tomar medidas que interrompam o processo de degradação de documentos de arquivo, visando mantê-los em condições de uso e consulta durante o período de guarda previsto na tabela de temporalidade.

- **Prontuários Eletrônicos**

A resolução CFM Nº 1.821/2007 no artigo 10º estabelece que o Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS), mediante convênio específico, expedirão selo de qualidade dos sistemas informatizados que estejam de acordo como Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde, aprovado nesta resolução.

Os prontuários elaborados sem meio eletrônico poderão assim permanecer, bem como os novos a serem criados, desde que obedeçam ao disposto em resolução especifica do CFM.

O Processo de certificação SBIS/CFM classifica o S-RES (Sistema do Registro Eletrônico em Saúde) do ponto de vista de segurança da informação em 2 níveis de garantia de segurança (ngs1 e ngs2).

• Nível de garantia de segurança 1–NGS1–S-RES: Sistema de Registro Eletrônico em Saúde que não possui os certificados digitais ICP-Brasil (Infraestrutura de Chaves Públicas) para assinatura digital das informações clínicas, consequentemente sem amparo para eliminação de papel e com necessidade de impressão e aposição manuscrita da assinatura.

• Nível de garantia de segurança 2–NGS2–S-RES: Sistema de Registro Eletrônico em Saúde que possui certificados digitais ICP-Brasil (Infraestrutura de Chaves Públicas) e dispensa o papel, pois permite a assinatura digital. Para que se possa eliminar a versão papel do prontuário é necessário o Nível de Garantia de Segurança 2 estabelecido no manual SBIS/AMB (Art.4º).

8. QUALIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Tendo em vista as exigências definidas pelos órgãos regulamentadores e a preocupação constante que a Unimed Região da Campanha tem em garantir

um atendimento seguro, confiável e qualificado, desenvolvemos ações que incentivam a qualificação dos prestadores.

Anualmente promovemos cursos em parceria com instituições e convidamos os prestadores a participar, com o objetivo de estimular a adoção de boas práticas, a melhoria da qualidade de arquivos médicos, desfechos clínicos, excelência no atendimento, entre outros. Dessa forma, capacitando de forma ampla ou específica. Os conhecimentos adquiridos podem ser aplicados de forma geral no ambiente corporativo, beneficiando a todos inseridos no sistema, sendo eles pacientes, médicos, prestadores ou fornecedores.

O prestador deve buscar constantemente sua qualificação, essa prática vem de encontro com a RN 406/16 da ANS. Esta resolução normativa institui o Programa de Divulgação da Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar que será monitorado pela ANS. Este programa tem como objetivo o uso de indicadores de monitoramento de qualidade assistencial e o apontamento dos padrões de referência que possibilitarão o desenvolvimento da melhoria contínua nos processos em busca dos melhores resultados em saúde. Para isso, a resolução define que cada prestador esteja inserido nos seguintes atributos de qualificação:

a) Acreditação de serviços de saúde com identificação da entidade acreditadora;
b) participação no NOTIVISA da ANVISA;
c) participação no Programa de Monitoramento da Qualidade dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar – QUALISS, quando Hospitais.

A adesão por estes programas de qualificação, por parte do prestador, é livre, porém a Unimed Região da Campanha tem como objetivo atingir os prestadores na sua totalidade. Acredita-se que garantirá uma maior segurança e confiabilidade nos atendimentos, aprimorando a capacidade de escolha dos beneficiários e das instituições, fortalecendo nossa relação de parceria, uma vez que a divulgação por parte da Operadora (Unimed) será obrigatória.

9.1 ACREDITAÇÃO

Conforme definição da Organização Nacional de Acreditação – 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 à 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;

9.2 NOTIVISA (ANVISA)

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 as 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 sob 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.

Os seguintes grupos da Vigilância Sanitária podem gerar notificações:

- Medicamentos;
- Vacinas e Imunoglobulinas;
- Artigos Médico – Hospitalares;
- Equipamentos Médico – Hospitalares;
- Produtos para Diagnóstico de uso In Vitro;
- Uso de Sangue ou Componentes;
- Cosméticos, produtos de higiene pessoal ou perfume;
- Saneantes;
- Agrotóxicos.

Exemplos de notificações de **eventos adversos (EA)** que podem ser realizadas no NOTIVISA:

- Reação adversa associada ao uso de algum medicamento;
- Inefetividade terapêutica de algum medicamento;
- Erros e medicação apenas quando houver danos à saúde (por exemplo, edema provocado pela má administração de um medicamento injetável);
- Evento adverso decorrente do uso de artigo médico – hospitalar ou equipamento médico – hospitalar;
- Reação transfusional decorrente de uma transfusão sanguínea;
- Evento adverso decorrente do uso de um produto cosmético;
- Evento adverso decorrente do uso de um produto saneante.

Exemplos de notificações de **queixas técnicas (QT)** que podem ser feitas no NOTIVISA:

- Produto (todos listados acima, exceto sangue e componentes) com suspeita de desvio de qualidade;
- Produto com suspeita de estar sem registro;
- Suspeita de produto falsificado;

- Suspeita de empresa sem autorização de funcionamento;

Independentemente da existência de não conformidades, cada prestador de saúde, deve possuir o cadastro junto a ANVISA, de acordo com sua categoria. Para realizar/monitorar as notificações de eventos adversos (EA) e queixas técnicas (QT) associadas ao uso de produtos sob vigilância sanitária é necessário ter um cadastro junto a ANVISA. Para realizar o cadastro basta seguir os passos disponíveis no site da ANVISA: http://portal.anvisa.gov.br/notivisa/cadastro.

9.3 QUALISS – PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DE PRESTADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE

O QUALISS tem por objetivo aumentar o poder de avaliação e escolha dos beneficiários de planos de saúde frente a rede de prestadores da operadora (UVS), podendo optar pelos mais qualificados e, ao mesmo tempo, o QUALISS visa estimular a adesão, por parte dos prestadores, aos programas que os qualifiquem.

O programa consiste na fixação de atributos de qualificação relevantes para o aprimoramento da atenção à saúde oferecida pelos prestadores na saúde suplementar, sendo obrigatório a inclusão, por parte da operadora, dos atributos de qualificação de cada prestador em todo seu material de divulgação de rede assistencial.

São atributos de Qualificação:

- Prestadores de Serviços Hospitalares:

a) Acreditação – com identificação da Acreditadora;

b) NOTIVISA – da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA;

c) QUALISS Indicadores – Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

- <u>Prestadores de Serviços Auxiliares de diagnóstico e terapia e clínicas ambulatoriais – SADT:</u>

a) Acreditação – com identificação da Acreditadora;

b) NOTIVISA – da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA;

c) QUALISS Indicadores – Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

- <u>Profissionais da saúde ou pessoas jurídicas que prestam serviços em consultórios:</u>

a) Participação no NOTIVISA da ANVISA;

b) Pós-Graduação com no mínimo 360hs, exceto médicos;

c) Residência em Saúde reconhecidos pelo MEC;

d) Título de especialista outorgado pela sociedade de especialidade e/ou conselho

Mais informações podem ser encontradas no site da ANS http://www.ans.gov.br/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude.

9.4 NORMAS TÉCNICAS E TREINAMENTOS DO SISTEMA UNIMED

Quando oferecido atualizações/treinamentos pela Unimed, o Prestador deverá disponibilizar sua equipe para tal, a fim de regularizarmos e atendermos com afinco nossos clientes. Também poderá ser solicitado de forma espontânea, pelo prestador, quando assim julgar necessário.

A Unimed de Região da Campanha cumpre as exigências estabelecidas por: UNIMED FEDERAÇÃO DO ESTADO DO RIO GRANDE SO SUL, UNIMED DO BRASIL, ANS (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR), CONSELHOS DE CLASSES, CRM, ACORDOS LOCAIS E DEMAIS LEGISLAÇÕES VIGENTES.

Normas técnicas do sistema UNIMED de operacionalização, liberações, faturamento, cobrança e pagamento serão divulgadas através de cartas e e-mails, whatsapp, sempre que houver atualizações e/ou solicitação do prestador,

e poderão ser analisadas e esclarecidas através de reuniões entre Prestador e Unimed.

11. SIGLAS E DEFINIÇÕES

ANS: Agência Nacional de Saúde Suplementar. É a agência reguladora, vinculada ao Ministério da Saúde, responsável pelo setor de planos de saúde no Brasil.

CIC- Comunicador Intrachat.

CNES: É a sigla do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, instituído pelo Ministério da Saúde onde determina que todos os estabelecimentos de saúde, que prestem assistência, públicos e privados existentes em todo território nacional devem cadastrar-se.

CRM: Conselho Regional de Medicina

CNPJ: Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica.

Estabelecimentos de Saúde: Denominação dada ao local destinado a realização de ações e/ou serviços de saúde, coletiva ou individual, qualquer que seja o seu porte ou nível de complexidade.

MIN - Manual de Intercâmbio Nacional: manual que regra e orienta as transações realizadas entre as Unimeds no Intercâmbio. Organiza a intercooperação, que é o sexto princípio do Cooperativismo.

PF: Pessoa Física

PJ: Pessoa Jurídica

Plano de Segurança do Paciente: documento que 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

Prestador- é a pessoa física ou jurídica que presta algum tipo de serviço em troca de remuneração financeira.

PTU - Protocolo de Transações Unimed: Conjunto de regras formais para o intercâmbio eletrônico (Batch e *on-line*) de dados entre as Cooperativas e

empresas do Sistema Unimed e as entidades externas. O PTU é construído e atualizado pela Comissão do PTU e aprovado no CATI (Comitê de Apoio Técnico à Tecnologia da Informação).

PTU A400: Movimentação Cadastral de Prestadores.

Prime- Software de Gestão da Rede. Software exclusivo do Sistema Unimed, com independência de utilização para cada Singular ou federação.

Qualiss - Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde (RN405/2016)**:** programa da ANS que visa estimular a qualificação dos prestadores de serviços de saúde (hospitais, clínicas, laboratórios e profissionais de saúde) e aumentar a disponibilidade de informações sobre qualidade de prestadores de serviço.

RAMI- Regulamento da Assistência médica no Intercâmbio Estadual.

Regiões de Saúde da ANS: relação dos conjuntos de municípios, denominados Regiões de Saúde, previstas na Resolução Normativa 259.

SIB - Sistema de Informações de Beneficiários**:** sistema informatizado que contém os dados cadastrais dos beneficiários de planos privados de saúde no Brasil.

UCRS- Unimed Central RS.

URC- Unimed Região da Campanha.

Controle de Alterações	
Revisão	**Atualização**
00	Emissão inicial
01	2.1 Foram descritos critérios quantitativos; 2.2 Foram descritos critérios qualitativos; 2.3 Foram inclusos critérios qualitativos e quantitativos para exclusão ou substituição de prestador da Rede Prestadora; 2.4 Foram descritos os critérios de serão priorizados para credenciamento prestadores; 2.5 Foram descritos os critérios para estabelecer a exclusão ou substituição de prestadores de serviços;