

MANUAL DA REDE PRESTADORA

Unimed 
Conselheiro Lafaiete



IDENTIDADE ORGANIZACIONAL DA UNIMED CONSELHEIRO LAFAIETE

MISSÃO

Promoção da saúde com sustentabilidade e resolutividade

VISÃO

Ser referência regional reconhecida pela excelência como sistema de soluções em saúde.

VALORES

Transparência
Cooperativismo
Humanização
Ética
Qualidade

POLÍTICA DA QUALIDADE

A Cooperativa estabelece um relacionamento com a rede assistencial baseada na ética, profissionalismo e transparência na gestão, respeito ao ser humano, atitude inovadora, visando o atendimento com segurança e qualidade, resultando na satisfação do cliente da Unimed.

A Unimed CL zela pela assistência à saúde prestada aos seus clientes com qualidade e segurança, realizando gestão de riscos, prevenção e mitigação de acidentes e utilizando diretrizes clínicas baseadas em evidências.

O estímulo à qualificação da assistência com vistas aos resultados de saúde para os clientes fortalece o relacionamento com a rede credenciada.

A Unimed CL incentiva as melhores práticas assistenciais, estimulando a qualificação da sua rede através de ações que perpassam pelo acompanhamento periódico das normas legais dos estabelecimentos de saúde.

POLÍTICA DE RELACIONAMENTO COM O PRESTADOR

A Política de Relacionamento com o Prestador tem como objetivo promover desenvolvimento, segurança e satisfação das partes interessadas, através do comprometimento com a melhoria contínua, disponibilizando orientações relacionadas às práticas e processos da Operadora de Saúde Unimed Conselheiro Lafaiete junto aos seus prestadores, garantindo a qualidade no atendimento aos beneficiários e o incentivo a rede de prestadores (Hospitais, Laboratórios, Clínicas e Consultórios), na melhoria contínua dos serviços de saúde.



IDENTIDADE ORGANIZACIONAL DA UNIMED CONSELHEIRO LAFAIETE

APRESENTAÇÃO DO MANUAL

Aplica-se a todos os prestadores que atuam na área de abrangência da Unimed Conselheiro Lafaiete, que prestam serviços de forma direta ou indireta aos beneficiários do sistema Unimed.

OBJETIVO

Apoiar, orientar e acompanhar a conformação da Rede Prestadora de Serviços de Saúde, levando em consideração a quantidade e a qualidade dos prestadores, a operação com a rede, a área de abrangência dos beneficiários e as resoluções normativas da Agencia Nacional de Saúde Suplementar - ANS, organizando a prestação da assistência à saúde de forma que o beneficiário tenha acesso a um cuidado de saúde resolutivo.



SUMÁRIO

1	ATENDIMENTO AO BENEFICIÁRIO	03
1.1	DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS	03
1.2	ABRANGÊNCIA DO PLANO	03
1.3	SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO	03
2	ATENDIMENTO À REDE PRESTADORA	03
2.1	RELACIONAMENTO COM PRESTADOR	04
2.2	AUTORIZADOR UNIMED - SISTEMA GW	04
2.3	ANÁLISE DA AUDITORIA EM SAÚDE	04
3	A COOPERATIVA	05
3.1	CONFIDENCIALIDADE E SIGILO	05
3.2	CÓDIGO DE CONDUTA DA OPERADORA	05
3.3	GOVERNANÇA CORPORATIVA	05
3.4	CONTROLES INTERNOS	06
3.5	GESTÃO DE RISCO	06
4	GESTÃO DA REDE ASSISTENCIAL	07
4.1	CRENCIAMENTO DE REDE.....	07
4.2	CRENCIAMENTO DE PRESTADORES	07
4.3	ESTUDO DO DIMENSIONAMENTO DA REDE	08
4.4	CRITÉRIOS QUANTITATIVOS DE CONFORMAÇÃO DE REDE	08
4.5	CRITÉRIOS QUALITATIVOS DE CONFORMAÇÃO DE REDE	08
4.6	ANÁLISE DA DOCUMENTAÇÃO LEGAL	08
4.7	DOCUMENTAÇÃO LEGAL CRENCIAMENTO PRESTADOR	09
4.8	VISITA TÉCNICA INICIAL DE QUALIFICAÇÃO/ CRENCIAMENTO	09
4.9	SOLICITAÇÃO DE EXTENSÃO DE CRENCIAMENTO	10
5	ATRIBUTOS DE QUALIDADE	10
5.1	QUALISS - Programa De Qualificação De Prestadores De Serviços De Saúde	10 e 11
5.2	ACREDITAÇÃO	12 e 13
6	CLÁUSULAS CONTRATUAIS	14
6.1	CONFIDENCIALIDADE DE DADOS CLÍNICOS E CADASTRAIS	14
6.2	SEGURANÇA DO PACIENTE	14
6.3	PROTOSCOLOS E DIRETRIZES CLÍNICAS	15
6.4	INDICADORES DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE	16
6.5	NOTIVISA (ANVISA)	16
6.5.1	O QUE É UM EVENTO ADVERSO?	16
6.5.2	E DANO AO PACIENTE?	16
6.5.3	A IMPORTÂNCIA DAS NOTIFICAÇÕES	17
6.6	RESOLUÇÃO CFM nº 1.638/2002	17
7	MANUTENÇÃO DO CRENCIAMENTO	18
7.1	MANUTENÇÃO DA REDE DIRETA	18
7.2	GERENCIAMENTO DA DOCUMENTAÇÃO LEGAL	18
7.3	VISITA TÉCNICA DE QUALIFICAÇÃO (VISITAS DE MANUTENÇÃO)	18
7.4	REGRAS DE CONSEQUÊNCIA	19
7.5	MANUTENÇÃO DA REDE INDIRETA	19
8	RECONHECIMENTO	20
8.1	CAPACITAÇÃO E EDUCAÇÃO CONTINUADA EM SAÚDE	20
8.2	INCENTIVO NÃO FINANCEIRO	20
8.3	REQUISITOS E ITENS DE AVALIAÇÃO	20
8.3.1	SEGURANÇA	20
8.3.2	CONFORTO PARA O CLIENTE	20
8.3.3	EXPERIÊNCIA DO CLIENTE	20
8.3.4	COMPLEXIDADE	21
9	PESQUISA DE SATISFAÇÃO DA REDE PRESTADORA	21
10	DESCRENCIAMENTO	21
10.1	POR DEFINIÇÃO DA UNIMED	21
10.2	POR SOLICITAÇÃO DO PRESTADOR	22
11	REFERÊNCIAS	23

1. ATENDIMENTO AO BENEFICIÁRIO

1.1 DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Para todo atendimento deverá, obrigatoriamente, ser exigido do beneficiário o cartão/ carteirinha (física ou virtual) de identificação do beneficiário da Unimed, observando-se sempre a data da validade do cartão, padrão de acomodação, carências (no verso do cartão), assim como o documento de identificação com foto.

1.2 ABRANGÊNCIA DO PLANO

A abrangência do plano deverá ser verificada no cartão do beneficiário, conforme a descrição do plano: LOCAL, REGIONAL OU GRUPO DE MUNICÍPIOS, ESTADUAL e NACIONAL.

- **Local ou Regional:** o atendimento é assegurado somente na área de ação do plano contratado. O plano somente dará cobertura para atendimento fora da área de ação contratada quando não dispõe da especialidade médica ou do serviço necessário para atendimento ao beneficiário;
- **Estadual:** o atendimento é assegurado somente no estado de Minas Gerais. O plano somente dará cobertura para atendimento fora da área de ação quando não dispõe da especialidade médica ou do serviço necessário para atendimento ao beneficiário.
- **Nacional:** o atendimento é assegurado em todo o território Nacional, desde que em rede credenciada ao sistema Unimed.

Importante ressaltar que os atendimentos de urgência/emergência é em todo território nacional.¹

1.3 SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

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

2. ATENDIMENTO À REDE PRESTADORA

A qualidade do atendimento ao usuário e a satisfação pelo serviço prestado, deve ser a filosofia de instituições que se preocupam com sua eficiência e eficácia.

O atendimento de qualidade não se restringe apenas em atender o usuário com cortesia, mas também estabelecer canal de comunicação, para que ele expresse suas críticas e sugestões e utilizá-las para a melhoria dos serviços prestados.

Portanto, é importante o prestador ter conhecimento dos setores da operadora a qual pode buscar apoio, para atingirmos juntos o nível de satisfação de cada cliente.

¹ Exceto produto UNIFÁCIL

2.1 RELACIONAMENTO COM PRESTADOR

A Unimed Conselheiro Lafaiete implantou em 2016 o Setor de Relacionamento com o Cooperado e Prestador (RCP) objetivando estreitar o relacionamento com a sua Rede de Prestadores, desde esta data vem desenvolvendo programas de estímulo a qualificação dos prestadores, baseada na identificação dos principais fatores que interferem no tratamento médico de qualidade e que envolvem em sua maioria fatores externos como: falta de comprometimento com a segurança do paciente e principalmente a falta de cultura da qualidade.

O Relacionamento com o Prestador é o setor responsável pelo atendimento à Rede Prestadora, com o objetivo de realizar ações diretas aos seus prestadores de serviços de saúde credenciados para que atendam os beneficiários com qualidade e eficiência.

A partir do contato realizado em um dos nossos canais de comunicação, é gerado um número de protocolo e as solicitações passam a ser tratadas de acordo com os prazos determinados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

São acolhidas as seguintes demandas:

- Informações sobre credenciamento e descredenciamento;
- Gestão e atualização de documentações;
- Solicitação de revisão contratual e extensão de prestação de serviços;
- Informações sobre capacitações e eventos de desenvolvimento;
- Programa de Segurança do paciente e adesão às boas práticas;
- Programa de qualificação da Rede - Visita técnica de boas práticas;
- Demais solicitações dos prestadores.

Disponibiliza-se atendimento para suporte aos prestadores através dos seguintes contatos:

Portal da Unimed CL: área restrita do Prestador

Telefone: (31) 3769-3023

E-mail: rcp@unimedcl.com.br

Horário de atendimento: 08:00 às 18:00 horas

2.2 AUTORIZADOR UNIMED – SISTEMA GW

O GW (Autorizador Unimed) é o nome do sistema que permite a solicitação e execução de consultas e exames, por meio da internet, utilizando como identificação o Cartão de Identificação do beneficiário (carteirinha Unimed) ou o token do Cartão Virtual disponibilizado no App Unimed Cliente (aplicativo da Unimed) do beneficiário, sem a necessidade de deslocamento do mesmo até a Unimed e pode ser acessado pelo seguinte link: <https://gw.unimedcl.com.br/gw/#/>

O sistema GW está de acordo com as diretrizes e normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS relativas ao padrão TISS - Troca de Informações em Saúde Suplementar.

2.3 ANÁLISE DA AUDITORIA EM SAÚDE

Eventualmente as solicitações realizadas pelo sistema GW poderão ficar em estudo ou como “guia vermelha”. Ao se deparar com essa situação o prestador poderá entrar em contato com o setor de Atendimento ao Prestador: **Telefone: 0300 313 4653 | E-mail: prestador@unimedcl.com.br**

As atendentes irão direcionar a solicitação para a equipe técnica que será analisada pela auditoria. Importante também, em caso de senhas em estudo, o prestador acompanhará diariamente no CAMPO ANOTAÇÃO DO GW, as informações solicitadas pela Unimed. Esta é a forma mais ágil e eficiente para tratar as pendências geradas.

3. A COOPERATIVA

3.1 CONFIDENCIALIDADE E SIGILO

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 consentir por escrito e com reconhecimento de firma e não houver prejuízo para terceiros, ou a lei assim o determinar, podem estas informações serem utilizadas.

Caso a solicitação seja por terceiro deve constar procuração por escrito e reconhecimento de firma pelo beneficiário. Este direito implica a obrigatoriedade do sigilo profissional, a respeitar pelos profissionais que desenvolvem atividades nos serviços de saúde. Inclusive o sigilo das informações é cláusula obrigatória em contrato que rege as relações da Unimed Conselheiro Lafaiete com os seus prestadores.

O sigilo profissional, que visa preservar a privacidade do indivíduo, deve estar sujeito às normas estabelecidas na legislação e no Código de Ética do Conselho pertinente, independente do meio utilizado para o armazenamento dos dados no prontuário, seja em meio eletrônico ou físico.

A obrigatoriedade em manter completa confidencialidade e sigilo, por parte dos prestadores, se mantém mesmo após o encerramento do contrato entre as partes.

3.2 CÓDIGO DE CONDUTA DA OPERADORA

A Unimed Conselheiro Lafaiete 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. Para estabelecer, com transparência e imparcialidade, parcerias com fornecedores e prestadores de serviços, a Unimed Conselheiro Lafaiete adota a Política de Fornecedores Prestadores de Serviço.

3.3 GOVERNANÇA CORPORATIVA

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) traz em seus normativos, o conceito de Governança: “Que é o sistema pelo qual as operadoras são dirigidas, monitoradas e incentivadas, envolvendo os relacionamentos entre seus proprietários, administradores, órgãos de fiscalização e controle e demais partes interessadas.”

Desde sua fundação em 1980 a Unimed Conselheiro Lafaiete vem atualizando e inovando em Governança Corporativa, sempre aderente às legislações e boas práticas. Os órgãos de Governança na Unimed Conselheiro Lafaiete são:

- Assembleia Geral
- Conselho Fiscal
- Conselho de Administração
- Diretoria Executiva
- Conselho Ético Técnico
- Comitê de Especialidades
- Comitê Gestor da Qualidade (CGQ)
- Comitê de Governança, Riscos e Controles Internos (CGRC)
- Comitê de Privacidade (CP)

3.4 CONTROLES INTERNOS

O cumprimento das leis é essencial para o crescimento e sobrevivência das empresas. Além de garantir a legalidade do negócio, estar em conformidade permite um alto conhecimento dos controles internos, característica essencial para a identificação de erros e suas correções e, conseqüentemente, para o aumento da produtividade do negócio empresarial.

Objetivos:

- estabelecer formas para controlar o cumprimento das leis e normas as quais a Unimed CL está sujeita;
- contribuir para a prevenção e mitigação de exposições a riscos regulatórios e de conduta e danos à imagem da instituição, por meio de medidas internas que disciplinam as suas atividades;
- é fundamental dentro das organizações e pode evitar grandes crises. O controle possibilita enxugar e criar um programa de prevenção de riscos dentro da instituição que vai garantir um resultado futuro baseado em redução de custos e melhora de resultados.

3.5 GESTÃO DE RISCO

Risco é a combinação da probabilidade de um evento ocorrer com a consequência material desse evento. Os efeitos podem ser negativos ou positivos para a organização.

Nesse contexto a Gestão de Riscos busca alinhar os riscos aos quais a organização está inserida, com os objetivos estratégicos. E através da implantação de controles (preventivo ou detectivo) objetiva-se a diminuição da exposição aos riscos.

O Risco é inerente a qualquer empresa. Então, o propósito da estrutura da Gestão de Riscos é apoiar a organização, no gerenciamento de riscos em todos os processos. É a busca de melhoria contínua com eficácia.

Diante disso, a Unimed Conselheiro Lafaiete vem mapeando os Riscos na esfera Estratégica. Também estão sendo levantados os Riscos referente a Lei Geral de Proteção de Dados. É um processo dinâmico e envolve toda a organização.

4. GESTÃO DA REDE ASSISTENCIAL

A Unimed CL conta com uma rede de serviços de saúde composta por médicos cooperados, prestadores credenciados e Recursos Próprios. A atuação dos prestadores de serviços de saúde é estratégica e deve ser pautada pela qualidade assistencial, transparência, eficiência, sigilo, conformidade, sustentabilidade e investimentos constantes no desenvolvimento dos processos assistenciais. Os parceiros credenciados, serviços próprios e cooperados são interpretados como agentes das melhores práticas assistenciais.

Para assegurar a entrega de soluções aos clientes, a relação entre a Cooperativa e os prestadores de serviços de saúde se baseia nos seguintes princípios específicos:

- Estimular e apoiar a qualificação dos prestadores;
- Priorizar a segurança assistencial;
- Acompanhar a regularidade da rede prestadora junto aos órgãos;
- Compartilhar informações com a rede prestadora, visando à melhoria contínua dos processos assistenciais e de gestão, e sempre observar o sigilo e a confidencialidade;
- Assegurar a utilização de tecnologias em saúde solidamente fundamentadas, de forma a garantir segurança e equidade no acesso dos clientes;
- Assegurar a clareza dos contratos;
- Exigir o cumprimento da legislação aplicável;

Visando garantir o compromisso mútuo, cabe aos prestadores conhecer, cumprir e disseminar os seguintes valores:

- Agir com transparência, eficiência e qualidade;
- Manter sigilo sobre as informações da Unimed e dos seus clientes;
- Manter práticas sustentáveis no desenvolvimento dos processos assistenciais;
- Cumprir suas obrigações contratuais, regimentais e/ou legais;
- Manter toda a documentação atualizada e disponível;
- Respeitar as condições de atendimento aos clientes Unimed.

4.1 CREDENCIAMENTO DA REDE PRESTADORA

O processo de ampliação do quantitativo de prestadores de serviços da UNIMED CL, se dá por meio das seguintes etapas:

- Análise da solicitação;
- Estudo do dimensionamento da rede;
- Análise da documentação legal;
- Atributos de qualidade;
- Visita técnica

4.2 CREDENCIAMENTO DE PRESTADORES

O processo de credenciamento de prestadores será executado a partir das seguintes entradas:

- Solicitação do próprio prestador para fazer parte da rede prestadora (prestador não integrante da rede);
- Solicitação de prestador integrante da rede para aumentar o escopo de serviços prestados;
- Necessidade de aumentar a rede prestadora a partir dos estudos feitos pelo setor RCP sobre a suficiência da rede prestadora para atendimento às demandas dos beneficiários, considerando os parâmetros quantitativos de número e distribuição geográfica estabelecidos, e as resoluções normativas da ANS.

4.3 ESTUDO DO DIMENSIONAMENTO DA REDE

O credenciamento de prestadores e a entrada de cooperados por processo seletivo na Unimed Conselheiro Lafaiete baseia-se nas seguintes informações:

- Quantidade de beneficiários da carteira;
- Área geográfica de abrangência;
- Análise demográfica e epidemiológica;
- Análise e acompanhamento de públicos específicos;
- Monitoramento da oferta, manifestação e satisfação dos beneficiários;
- Compreensão do cenário sanitário.

4.4 CRITÉRIOS QUANTITATIVOS DE CONFORMAÇÃO DE REDE

Anualmente é realizada a análise quantitativa para identificar as necessidades da rede. Os critérios quantitativos utilizados são baseados na experiência da operadora, em estudos estratégicos, na necessidade de saúde da carteira da Cooperativa, bem como na literatura sobre dimensionamento de rede, as referências do PTUA400, 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 são monitoradas e na ocorrência de dificuldade de acesso, o problema deve ser identificado e solucionado dentro dos prazos previstos na RN 259/2011, por meio da disponibilização de prestador habilitado para o atendimento, integrante ou não da rede assistencial, pertencente ao município à qual faz parte ou em municípios limítrofes, ou ainda na hipótese da inexistência desse prestador, garantir o devido atendimento em outro município da região de saúde.

Em casos de necessidade de substituição ou exclusão de prestadores, quanto à localização geográfica, a Unimed CL leva em consideração a possibilidade de substituição por um prestador localizado em município limítrofe ou na mesma região de saúde. Para a exclusão de um prestador de serviço de saúde de sua rede, a Unimed CL considera que os prestadores que irão absorver a demanda possuam a mesma capacidade operacional e os atributos de qualificação equivalentes.

4.5 CRITÉRIOS QUALITATIVOS DE CONFORMAÇÃO DE REDE

São avaliados critérios qualitativos, utilizando-se a metodologia do Qualiss e também as referências de segurança e qualidade assistencial; documentação legal; visita da equipe técnica com utilização de roteiro para avaliar toda a estrutura, processos, serviços e documentação, objetivando o monitoramento e o desenvolvimento contínuo da qualidade e necessidades estratégicas da organização.

Para priorização a entrada de novos prestadores, serão considerados: prestadores que possuem atributos de qualidade conforme determina o QUALISS, priorizando prestadores Acreditados e em caso de empate prestadores que apresentarem o melhor resultado na visita de qualidade.

Para fazer substituição de um prestador por outro, em sua rede de atenção à saúde, a Unimed CL utiliza como critérios de escolha a mesma capacidade operacional e os atributos de qualificação equivalentes.

4.6 ANÁLISE DA DOCUMENTAÇÃO LEGAL

A gestão da documentação traz segurança técnica e qualidade à prestação de serviços, além de sustentabilidade e redução de riscos.

4.7 DOCUMENTAÇÃO LEGAL CREDENCIAMENTO PRESTADOR

Documentos solicitados:

a) Cópia dos seguintes documentos:

- Contrato Social com as últimas alterações;
- Comprovante de endereço comercial;
- Alvará sanitário vigente;
- Alvará de localização e funcionamento vigente;
- Alvará de liberação do corpo de bombeiros;
- Comprovante de Registro de Inscrição no CNES;
- Registro da pessoa jurídica junto ao respectivo conselho de classe;
- Cartão de Inscrição Federal (CNPJ);
- Certidão Negativa de Débitos – CND (Receita Federal, INSS, Caixa Econômica Federal, Prefeitura Municipal);
- Termo de Responsabilidade Técnica (CRM, COREN, CRF, CREFITO; CRP; CREFONO; CRO; CRN; CRBM), quais forem aplicáveis.

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

- Currículo Vitae;
- Documentos de Identidade e CPF do diretor clínico (quando existente) e técnico;
- Cópia do diploma de conclusão de curso devidamente reconhecido pelo Ministério da Educação.

4.8 VISITA TÉCNICA INICIAL

Visitas aos consultórios e prestadores são executadas por equipe técnica, com aplicação de formulários (Anexo II - Relatório de Visita Técnica – POP RCP 005 e Check list do Projeto Score Rede) baseados em legislações específicas, tendo por objetivo acompanhar a conformidade dos processos, boas práticas utilizadas, qualidade e segurança do paciente e infraestrutura dos consultórios, além de possibilitar a troca de informações com relação às práticas e processos internos.

O processo deve ser realizado antes da contratação da rede prestadora de serviços para elaboração da minuta de contrato.

A iniciativa atende as prerrogativas estabelecidas na ANS, na RN 405/2016, que têm por objetivo comum a melhoria dos resultados assistenciais e sustentabilidade do sistema. Dentre as ações previstas está o diagnóstico da infraestrutura e competências da rede através de visitas in loco com a verificação dos seguintes requisitos:

- Acessibilidade;
- Documentação;
- Instalações físicas;
- Segurança;
- Processos.

Ao final do processo da visita técnica inicial, caso seja aprovado o credenciamento, será gerado um relatório com os pontos fortes e os pontos a serem trabalhados pelo Cooperado e Rede Prestadora. A verificação do tratamento destes pontos de melhoria será realizada na primeira visita técnica de manutenção.

4.9 SOLICITAÇÃO DE EXTENSÃO DE CREDENCIAMENTO

O Prestador quando julgar necessário a abrangência de atendimento devido a criação de filiais ou postos de coleta (laboratórios) e aquisição de novos Equipamentos para realização de exames aos beneficiários do Sistema Unimed, deve encaminhar o pedido formal de extensão de credenciamento.

Posteriormente, é realizada análise da solicitação da demanda atual da especialidade ou procedimento requerido através da ferramenta: Dimensionamento e Suficiência de Rede, juntamente com a análise dos documentos. A partir destes dados a Unimed CL aprova ou não a extensão de credenciamento. Se for aprovado é providenciado o cadastro da nova unidade ou serviço e elaborado o aditivo contratual da prestação de serviços e negociação de valores, caso seja necessário. Caso a resposta seja negativa é enviado comunicado formal para o prestador de serviços.

5. ATRIBUTOS DE QUALIDADE

Serão priorizados para credenciamento prestadores assistenciais que possuam atributos de qualidade e qualificação profissional. Os requisitos citados de credenciamento e qualificação devem ser aplicados também na aprovação de novos profissionais cooperados.

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

Para cada tipo de prestador, conforme elencado abaixo, serão solicitados documentos específicos que evidenciam os Atributos de Qualificação, conforme legislação vigente:

Prestadores de serviços hospitalares

- a) Certificado de Acreditação emitido pelas Entidades Acreditoras de Serviços de Saúde ou pelo INMETRO.
- b) Notificação de eventos adversos pelo NOTIVISA/ANVISA.
- c) 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 prestados.

Prestadores de serviços auxiliares de diagnóstico e terapia e clínicas ambulatoriais

- a) Certificado de Acreditação emitido pelas Entidades Acreditoras de Serviços de Saúde ou pelo INMETRO.
- b) Notificação de eventos adversos pelo NOTIVISA/ANVISA.
- c) 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 prestados.

Profissionais de saúde ou pessoas jurídicas que prestam serviços em consultórios isolados

- a) Notificação de eventos adversos pelo NOTIVISA/ANVISA;
- b) Pós-graduação lato sensu com no mínimo 360 (trezentos e sessenta) horas na área da saúde reconhecida pelo Ministério da Educação - MEC, exceto para profissionais médicos;
- c) Título de especialista outorgado pela sociedade de especialidade e/ou Conselho Profissional da categoria;
- d) Residência em saúde reconhecida pelo MEC;
- e) Doutorado ou Pós-doutorado em saúde reconhecido pelo MEC;
- f) Certificado de Acreditação emitido pelas Entidades Acreditoras de Serviços de Saúde ou pelo INMETRO;
- g) 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 prestados.
- h) Mestrado em saúde reconhecido pelo MEC.

Prestadores de serviços de hospital dia isolado

- a) Certificado de Acreditação emitido pelas Entidades Acreditoras de Serviços de Saúde ou pelo INMETRO;
- b) Notificação de eventos adversos pelo NOTIVISA/ANVISA
- c) 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 prestados.

Para alguns serviços especializados serão solicitados documentos específicos, sendo:

Clínicas de Hematologia, Bancos de Sangue ou Agências Transfusionais:

- a) Programas de Avaliação de Qualidade em Imuno-Hematologia.

Diagnósticos por Imagem (Radiologia, Ressonância, Tomografia, Ultrassonografia Densitometria Óssea, Mamografia)

- a) Programa de Acreditação em Diagnóstico por Imagem (PADI).

Medicina Nuclear

- a) Autorização de Operação emitida pela Comissão de Nacional de Energia Nuclear

Hemodinâmica

- a) Participar do Programa de Qualidade Institucional (Selo da Qualidade da SBHCI).

Serviços de Endoscopia Digestiva

- a) Participar do Programa de Qualidade Institucional (Selo da Qualidade da SOBED).

5.2 ACREDITAÇÃO

JCI

A JCI (Joint Commission Internacional) é uma organização não-governamental criada nos Estados Unidos em 1994. Seus critérios de acreditação hospitalar passam por respeito aos direitos dos pacientes e familiares, busca constantes pelos indicadores internacionais de segurança, acesso ao tratamento e continuidade, gerenciamento de fármacos em geral, capacitação da equipe, além do gerenciamento das informações hospitalares, como o prontuário.

Ela trabalha para melhorar a segurança do paciente e a qualidade dos cuidados de saúde na comunidade internacional, oferecendo educação, publicações, serviços de consultoria e credenciamento e certificação internacional.

NIAHO/DIAS

Os requisitos da DNV - International Healthcare Accreditation são baseados nos padrões NIAHO® (National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations) que foram aprovados pelos Centros do Medicare e do Medicaid (CMS) do governo dos Estados Unidos. Estes foram adaptados para ter aplicabilidade internacional, com sensibilidade às leis, práticas e regulamentos locais, e foram credenciados pela ISQua e pela ANS. A abordagem integra princípios comprovados de qualidade e gerenciamento de riscos com requisitos específicos de ambiente clínico e físico.

O programa de acreditação foi projetado para apoiar o desenvolvimento e a melhoria contínua da qualidade da saúde e da segurança dos pacientes nas organizações de saúde. Também aborda a segurança geral para os colaboradores, pacientes e outros visitantes.

ONA

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 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.

PADI

O objetivo principal do Padi é qualificar nacionalmente os serviços, públicos ou privados, que aderirem voluntariamente ao programa, por meio de avaliações, criteriosas e imparciais, do cumprimento de requisitos mínimos de qualidade, segurança e sustentabilidade.

O Padi foi estruturado em cinco grandes áreas levando em conta a estreita interação entre os processos. Cada uma delas apresenta a descrição de seu propósito, seus critérios e seus itens de orientação aplicáveis, de modo integrado:

- Governança e Gestão
- Gestão da Qualidade
- Realização do Exame
- Apoio Diagnóstico
- Gestão da Infraestrutura, Radiação e Segurança

PALC

O Programa de Acreditação de Laboratórios Clínicos foi criado em 1998 e é reconhecido por instituições e entidades nacionais e estrangeiras.

Os requisitos do PALC são fundamentados em normas específicas de qualidade que contemplam as atividades laboratoriais.

QMENTUM

Os padrões globais adaptados às normas regulatórias brasileiras foram pensados e desenvolvidos para garantir que todos os indivíduos que tiverem acesso a serviços de atendimento digital tenham segurança e possam se beneficiar desta prestação de serviço. Por sua vez, os serviços que adotarem a metodologia devem se preocupar em garantir que seja de alta qualidade, eficiente e que proteja a segurança de pacientes, médicos e profissionais da saúde.

As diretrizes de avaliação são objetivas e centradas nos usuários. A segurança da solução utilizada para as atividades em Saúde Digital e as normatizações e regulamentações pertinentes são acompanhadas por um Comitê Técnico. Diretrizes e respostas padronizadas devem orientar a execução das tarefas, principalmente quando estas envolvem atividades de apoio à tomada de decisões.

- Diretrizes para o atendimento da saúde digital;
- Diretrizes para a integralidade do cuidado;
- Diretrizes de proteção de dados;
- Diretrizes de suporte à decisão clínica;
- Diretrizes de tratamento de incidentes e alertas de segurança;
- Diretrizes para o desenvolvimento profissional em saúde virtual.

SBHCI

Esta certificação outorga às entidades o título de Centro Referência em Cardiologia Intervencionista pela qualidade, eficiência e treinamento na área de atuação Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista.

6. CLÁUSULAS CONTRATUAIS

Além de estar conforme com os critérios previstos nos normativos da ANS, deve estar previsto no dispositivo contratual entre as partes, quando aplicável:

6.1 CONFIDENCIALIDADE DE DADOS CLÍNICOS E CADASTRAIS

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 RN501/2022 e pela lei 13709/2018 - LGPD - Lei Geral de Proteção de Dados;

a) Divulgação dos atributos de qualidade:

- A divulgação dos atributos de qualidade estabelecidos pela ANS - QUALISS - e suas atualizações devem ser informadas pelo prestador de acordo com a padronização descrita na norma;
- O prestador poderá receber no máximo 1(um) ícone por tipo de atributo de qualificação, independentemente do número de qualificações que possua para o mesmo tipo de atributo;
- O prestador deverá encaminhar à Unimed as atualizações dos atributos de qualificação, sua validade e data da publicação a cada 12 (doze) meses, no máximo;

A Unimed deve se reservar o direito de conferir a procedência, a exatidão e a veracidade das informações fornecidas pelo prestador antes da inclusão ou exclusão em seus materiais de divulgação da qualificação da rede assistencial.

b) Disponibilização dos documentos previstos nos itens 4.8 e 4.9 dentro do prazo legal ou de validade, assim como renovação de registros.

6.2 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".

O Núcleo de Segurança do Paciente é responsável pela promoção de ações preventivas para mitigar a ocorrência de eventos adversos, disseminar a cultura de qualidade e segurança do paciente com ênfase no aprendizado. Será composto por equipe multiprofissional organizada para análise dos casos apontados como eventos adversos, aprimoramento dos controles internos e fortalecimento de uma postura preventiva e ativa.

O prestador, em conformidade com o disposto na RDC nº 36/2013, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária deverá adotar Plano de Segurança do Paciente, protocolos e diretrizes clínicas de segurança do paciente baseados em evidências e validados por entidades nacionais e internacionais de referência, monitoramento de indicadores de qualidade e segurança do paciente e em se tratando de serviços hospitalares e de serviços de apoio diagnóstico e terapia, políticas de notificação para relatar eventos adversos relacionados à assistência à saúde, que têm por objetivo instituir ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde.

Este critério está amplamente descrito e detalhado na Política de Segurança do Paciente da Unimed CL, através do compartilhamento de indicadores de qualidade e segurança do paciente, com metas definidas pela instituição inscrita no programa e validadas, com base de referência nacionais e internacionais, minimamente (se aplicável):

- Prática de higiene das mãos em serviços de saúde;
- Identificação do paciente;
- Prevenção de quedas;
- Procedimento seguro (se aplicável);
- Prescrição, uso e administração de medicamentos (se aplicável).

Papéis e Responsabilidades da Rede Prestadora:

- Compromete-se a constituir o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e nomear a sua composição, conferindo aos membros autoridade, responsabilidade e poder para executar as ações do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde, adotando princípios e diretrizes garantindo a melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde; disseminação sistemática da cultura de segurança; a articulação e a integração dos processos de gestão de risco; garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde;
- Estabelecer estratégias e ações para a gestão de risco conforme as atividades desenvolvidas pelo serviço, com o objetivo de avaliar, monitorar e comunicar os riscos; estabelecer estratégias para melhorar a segurança do paciente no ambiente de serviços de saúde.
- Manter e atualizar, sempre que necessário, o Plano de Segurança do Paciente;
- Monitorar os indicadores de Qualidade e Segurança do Paciente;
- Realizar monitoramento dos incidentes e eventos adversos através de seu Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e realizar a notificação dos eventos adversos, por meio das ferramentas eletrônicas disponibilizadas pela ANVISA;
- Analisar e avaliar os dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- Quando solicitado pela Unimed CL, o prestador deverá disponibilizar uma cópia atualizada do seu Plano de Segurança do Paciente, autorizando ainda a realização de auditoria pela Unimed CL para fins de auferir as ações e práticas descritas no Plano de Segurança do Paciente;
- Adoção de Protocolos e Diretrizes Clínicas e Protocolos de Segurança do Paciente baseados em evidências e validados por entidades nacionais e internacionais de referência. Implantar os protocolos e realizar o monitoramento da efetividade e dos seus indicadores;
- Adesão, preferencialmente, a modelos de Remuneração Baseada em Valor, o prestador deverá apresentar, caso existam, modelos de remuneração baseados em valor negociados formalmente;
- Prontuário Eletrônico;
- Dispor de programa de educação continuada;
- Participar de programas de capacitação e educação continuada em saúde, com o objetivo de melhorar os resultados da atenção à saúde.

6.3 PROTOCOLOS E DIRETRIZES CLÍNICAS

Adoção de protocolos e diretrizes clínicas e protocolos de segurança do paciente baseados em evidências e validados por entidades nacionais e internacionais de referência protocolos e Diretrizes, elaborados pelo Ministério da Saúde e por sociedades médicas de especialidades, orientam a prática clínica. Comumente, estes documentos oficiais estabelecem como devem ser realizados o diagnóstico, o tratamento (com critérios de inclusão e exclusão definidos) e o acompanhamento dos pacientes (follow-up), de acordo com a patologia ou linhas de cuidado. Normalmente, incluem informações sobre medicamentos, exames e demais terapias e são elaborados a partir de dados confiáveis, baseados em evidências científicas atuais. Neste contexto, a operadora:

- Realizará o acompanhamento de protocolos de segurança e diretrizes clínicas, que o prestador venha disponibilizar ou conforme modelo disponibilizado pela Unimed, de forma a apoiar a melhoria contínua do Sistema Unimed e de prestadores assistenciais.

6.4 INDICADORES DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE

Monitoramento de indicadores de qualidade e segurança do paciente pelo prestador: a utilização de indicadores de mensuração de qualidade e de segurança do paciente é uma prática difundida na saúde e com recomendações internacionais. Incentivar o uso de indicadores para monitoramento da qualidade e da segurança do paciente pelos prestadores é uma recomendação importante para melhorar a prestação de serviços em saúde. O incentivo a ser utilizado nos contratos com a rede prestadora, para induzir a adoção de boas práticas em segurança do paciente, deve ser aplicado a toda a rede. Desta forma, é importante que sejam realizados:

- Monitoramento de indicadores de performance, baseados nos Eventos Adversos (EA) analisados pelo NSP, nas respostas que serão recebidas e nos planos de ação a serem desenvolvidos pelos prestadores e singulares envolvidos;
- Monitoramento dos principais problemas-chave de forma a desenvolver planos de ação para envio ao prestador.

6.5 NOTIVISA (ANVISA)

Para alcançar a qualidade da assistência e garantir maior segurança do paciente, é fundamental a ocorrência de mudanças na cultura do cuidado em saúde, na qual os erros não devem ser percebidos como o resultado da incompetência da ação humana, mas, sobretudo, como oportunidades para melhorar o sistema, promovendo uma cultura de segurança (ANS).

É imprescindível a realização de ações de aculturação de equipes internas e prestadores assistenciais, de forma a criar a cultura de notificação de EA. O incentivo à notificação de eventos adversos deverá estar previsto em 100% dos contratos firmados com prestadores hospitalares e clínicas de apoio a diagnóstico e terapia, tais como clínicas de terapia renal substitutiva, quimioterapia e radioterapia, clínica de imagem da rede prestadora da Operadora.

6.5.1 O QUE É UM EVENTO ADVERSO?

É um evento que produz ou 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 no paciente.

6.5.2 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.

6.5.3 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 fator 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.

6.6 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.

7. MANUTENÇÃO DO CREDENCIAMENTO

Na busca de uma contínua melhoria na qualidade dos serviços prestados pela rede assistencial, é necessário estabelecer uma boa relação contratual, buscando formas de incentivar a qualidade na prestação dos serviços.

7.1 MANUTENÇÃO DA REDE DIRETA

Uma vez credenciado o relacionamento com o prestador passa a ter uma manutenção periódica pela Unimed Conselheiro Lafaiete, e tem as seguintes etapas destacadas: gerenciamento da documentação legal, solicitação de extensão de credenciamento, manutenção de tabelas, solicitação de reajuste e solicitação de descredenciamento.

7.2 GERENCIAMENTO DA DOCUMENTAÇÃO LEGAL

Regularmente, o Prestador de Serviços deverá manter seu cadastro e documentos atualizados, através do envio da documentação legal dentro do prazo de vigência estabelecida.

A apresentação da documentação da empresa, é obrigatória para fins de regularização e manutenção do contrato com a Unimed Conselheiro Lafaiete. A falta da apresentação compromete a regularidade do contrato e a continuidade da prestação de serviço.

O envio dos documentos atualizados ou protocolos que comprovem a solicitação de renovação, devem ser enviados de forma física ou digital para a Unimed CL, quando alterado ou solicitado pelo setor.

Tipos de documentos a serem enviados estão descritos no item 4.8 e 4.9 deste documento.

Os documentos são monitorados mensalmente através de planilha de gerenciamento da documentação legal. O prestador é comunicado antecipadamente e após o vencimento do documento por e-mail, telefone e/ou WhatsApp. Ressalta-se ainda que é de extrema importância a atualização dos dados da empresa. Sempre que houver alterações, estas devem ser encaminhadas para o setor de Relacionamento Cooperado e Prestador.

7.3 VISITA TÉCNICA DE QUALIFICAÇÃO (VISITAS DE MANUTENÇÃO)

Esta visita tem por objetivo acompanhar a conformidade dos processos, boas práticas utilizadas e infraestrutura dos prestadores credenciados a Unimed CL. Para que a visita seja realizada, a equipe do setor RCP agendará com no mínimo 15 (quinze) dias de antecedência.

Assim como na etapa de seleção dos prestadores a visita técnica de qualificação será executada por equipe técnica, utilizando formulários baseados em legislações específicas para cada serviço avaliado. É de suma importância que haja evidências documentais disponíveis demonstrando o atendimento ou não ao requisito avaliado.

Após o término da avaliação o setor RCP enviará um e-mail, em até 45 dias úteis contados da data de finalização da visita, contendo o relatório, bem como os pontos fortes e pontos de melhoria. O tratamento dos pontos de melhoria será verificado na próxima visita técnica de qualificação da rede prestadora.

A periodicidade das vistas é definida através resultado obtido, distribuindo-se da seguinte forma:

Nível de Qualificação	Resultados	Periodicidade das Visitas
Ouro	Maior 90 pontos	24 meses
Prata	70 a 89 pontos	24 meses
Bronze	50 a 69 pontos	24 meses
Sem selo	Menor 50 pontos	12 meses

A visita de manutenção será realizada pela Unimed CL de acordo com o prazo estabelecido, da classificação obtida, mas caso seja informado (via reclamação/denúncia) que o prestador apresenta irregularidades, o mesmo poderá ser visitado em períodos fora do prazo.

Lembrando que esse sistema de pontuação versus tempo de realização da visita será contado desde a etapa de seleção dos prestadores. Portanto, um prestador que atingiu um resultado mínimo para ser selecionado de 80 pontos terá sua primeira visita técnica de qualificação em até 24 meses após seu credenciamento.

Com a ressalva, prestadores que possuem certificados de acreditação válidos, não serão avaliados pela Unimed, visto que eles já são avaliados frequentemente pela certificadora (DICQ / PALC / ONA, entre outros), contudo, para estes, será monitorada a manutenção e validade dos certificados de acreditação.

7.4 REGRAS DE CONSEQUÊNCIA

As consequências em caso de descumprimento destas diretrizes serão tratadas em conformidade com o Código de Conduta e Relacionamento da Unimed Conselheiro Lafaiete e, em relação aos médicos cooperados, em conformidade com o Estatuto Social e com o Regimento interno. Situações excepcionais serão encaminhadas para a Diretoria e/ou demais órgãos de governança.

Após a tabulação da pontuação dos scores, será analisado se o prestador de serviços melhorou a categoria ou diminuiu o selo. Para os Recursos Próprios quando a pontuação do selo diminuir, a Gerência dos Recursos Próprios será comunicada e caberá a ela as penalidades. E para os Cooperados/Credenciados que diminuírem a pontuação, a relação será encaminhada para a Diretoria da Unimed Conselheiro Lafaiete para análise e aplicação de penalidades cabíveis.

7.5 MANUTENÇÃO DA REDE INDIRETA

O Sistema Unimed é regido pelo Manual do Intercâmbio e regras da Agência Nacional de Saúde. A qualificação e suficiência de rede são acompanhados pela Unimed local. Reclamações e Denúncias relacionadas à rede indireta são encaminhadas para a singular e os resultados das tratativas são monitorados pela Unimed local.

8. RECONHECIMENTO

8.1 CAPACITAÇÃO E EDUCAÇÃO CONTINUADA EM SAÚDE

Como estímulo à participação dos cooperados e rede prestadora, em programas de capacitação e educação continuada em saúde, com o objetivo melhorar os resultados da atenção à saúde: a operadora desenvolve programa de educação continuada para cooperados e rede prestadora, pautado em plano de ação desenvolvido, incentivando a participação e realizando adaptações que sejam necessárias para o melhor aproveitamento do programa, através de incentivo não financeiro, demonstrado no item a seguir.

8.2 INCENTIVO NÃO FINANCEIRO

Através da pontuação obtida a Operadora de Saúde Unimed Conselheiro Lafaiete reconhece a qualificação dos prestadores com emissão, divulgação e a entrega de selos de reconhecimento de acordo com o score alcançado, a ser fixado no estabelecimento para divulgação aos seus clientes.

De acordo com os resultados obtidos nas auditorias, os prestadores serão classificados em categorias assistenciais, quais sejam, em ordem decrescente de qualificação: Ouro, Prata, Bronze e Certificado de participação/ sem selo; que apontarão quanto à periodicidade da realização de novas auditorias, além indicarem o nível assistencial no qual está inserido.

Também são oferecidos treinamentos e capacitações técnicas em saúde para a Rede Prestadora.

Ressalta-se que o incentivo não tem caráter discriminatório, mas visa reconhecer as boas práticas desempenhadas pelos prestadores que logram atingir a excelência assistencial.

8.3 REQUISITOS E ITENS DE AVALIAÇÃO

A avaliação de cada prestador será feita por uma equipe interna de técnicos, com manual de avaliação preestabelecido por cada tipo de serviço ofertado ao beneficiário, avaliando os requisitos de segurança, conforto, experiência do cliente e complexidade da Rede Prestadora de Serviço de Saúde da Unimed Conselheiro Lafaiete.

8.3.1 SEGURANÇA

A segurança assistencial depende da infraestrutura disponível para assistência, da disponibilidade de profissionais em número adequado e da organização dos processos assistenciais e de suporte das organizações de saúde. A metodologia avalia a:

- I. Segurança de processos
- II. Segurança de infraestrutura;
- III. Segurança legal;
- IV. Segurança pelo adequado dimensionamento de pessoas da assistência;
- V. Segurança e qualidade pela certificação.

8.3.2 CONFORTO PARA O CLIENTE

É requisito importante para o paciente e família o conforto no ambiente assistencial. A partir da avaliação do tipo de acabamento e outras facilidades é feita a classificação do nível de conforto.

8.3.3 EXPERIÊNCIA DO CLIENTE

Avalia o nível de estruturação dos processos para a melhoria da experiência do paciente durante a jornada dele na organização.

8.3.4 COMPLEXIDADE

A capacidade de uma organização atender demandas assistenciais de pacientes complexos requer disponibilização de ativos tecnológicos e competências assistenciais específicas.

A organização é avaliada e classificada quanto a estes critérios.

9. PESQUISA DE SATISFAÇÃO DA REDE PESTADORA

Anualmente é realizada pesquisa, que avalia a satisfação dos cooperados e prestadores para com a Operadora. A coleta de dados é realizada pela área de Relacionamento com Cooperado e Prestador, que compila e valida as informações e as apresenta para a Diretoria Executiva para possíveis providências.

10. DESCRENCIAMENTO

A utilização de critérios qualitativos e quantitativos dos prestadores assistenciais é fundamental para garantia da qualidade da rede de atenção à saúde. Os critérios de descredenciamento são baseados no Manual de Intercâmbio Nacional obrigatório para o Sistema Unimed e determinações da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

10.1 POR DEFINIÇÃO DA UNIMED

A Unimed poderá descredenciar o prestador, na condição de pessoa jurídica, que não atender às regras previstas de credenciamento e na legislação vigente. É recomendável realizar o descredenciamento de prestadores, quando ocorrer:

a) Falta de qualidade ou deficiência de segurança por parte dos prestadores que pode ser evidenciada em vários critérios, somados ou exclusivos, definidos pela operadora, conforme citados abaixo:

- Metas de indicadores PM-Qualiss apresentando piora em tempo pré-determinado;
- 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;
- Falta grave do prestador;
- Reclamações e críticas recebidas de beneficiários.

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 por mais de 12 meses;

k) Migração da rede credenciada/área de atuação para outra 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 e exclusões devem seguir as orientações do Manual de Intercâmbio e os Normativos da Agência Reguladora. 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, por redimensionamento ou substituição, seguem as disposições vigentes;
- b) É obrigatória a divulgação da substituição de prestadores respeitando o prazo mínimo de 30 dias para comunicação prévia aos beneficiários, permanecendo no Portal da operadora por 180 dias;

10.2 POR SOLICITAÇÃO DO PRESTADOR

O descredenciamento pode se dar por iniciativa e solicitação do prestador. A Solicitação deve ser entregue/protocolada junto a Unimed Conselheiro Lafaiete através dos canais de comunicação e encaminhada a Diretoria Executiva da cooperativa, conforme prazo mínimo de antecedência descrito em contrato.

Após o cumprimento do período de aviso prévio, a Unimed Conselheiro Lafaiete enviará um distrato do contrato e o serviço é excluído da rede credenciada.

11 REFERÊNCIAS

- GUIA PARA IMPLEMENTAÇÃO DE MODELOS DE REMUNERAÇÃO BASEADOS EM VALOR. Acesso: [Guia_-_Modelos_de_Remuneração_Baseados_em_Valor.pdf](#) (ans.gov.br)
- LEI Nº 13.709, DE 14 DE AGOSTO DE 2018 - Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Acesso: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2018/Lei/L13709.htm#ementa
- MANUAL DE INTERCÂMBIO NACIONAL 2020 - VERSÃO 9.3. Acesso: http://comunicados.centralnacionalunimed.com.br/TaAqui/Manual_Intercambio_2020.pdf
- PORTARIA Nº 1.631, DE 1º DE OUTUBRO DE 2015. Aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. Acesso: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1631_01_10_2015.html
- PORTARIA Nº 342, DE 4 DE MARÇO DE 2013. Redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências... Acesso: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0342_04_03_2013.html
- PROTOCOLOS CLÍNICOS E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS - PCDT. Acesso: [Protocolos e Diretrizes](#) (saude.gov.br)
- RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA - RDC Nº. 63 DE 25 DE NOVEMBRO DE 2011. Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. Acesso: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/rdc0063_25_11_2011.html
- SOBRE O SIB - ANS. Acesso: <http://www.ans.gov.br/sib-de-qualidade/sobre-o-sib> CENTRAL NACIONAL UNIMED. Manual de Intercâmbio Nacional. 2020. Disponível em: http://comunicados.centralnacionalunimed.com.br/TaAqui/Manual_Intercambio_2020.pdf. Acessado em: 07/09/2020.
- Organização Mundial da Saúde. Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde. Disponível em: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=3184:rede-brasileira-avaliacaotecnologias-saude-disponibiliza-estudos&Itemid=455 Acessado em: 07/09/2020.
- ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO - ONA. <https://www.ona.org.br> Acessado em 07/09/2020.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. ABNT NBR ISO 9001:2015. Sistemas de gestão da qualidade - Requisitos. ISBN 978-85-07-05801-4. JOINT COMMISSION. Consórcio Brasileiro de Acreditação. Disponível em <http://cbacred.org.br> Acessado em 07/09/2020.
- PROGRAMA DE ACREDITAÇÃO DE LABORATÓRIOS CLÍNICOS - PALC. <http://www.sbpc.org.br/programa-daqualidade/palc> Acessado em 07/09/2020.
- UNIMED CONSELHEIRO LAFAIETE. Código de Conduta e Relacionamento Unimed Conselheiro Lafaiete, 2020, 5ª edição, disponível em: <https://extranet2.unimedbh.com.br/acoes/downloads/pdf/2021-codigo-conduta/CodigoDeConduta.pdf>. Acessado em 08/02/2021.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas Críticos e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2015. Série Parâmetros SUS -Volume 1.
- Ficha Técnica dos Indicadores do Programa de Qualificação de Operadoras da ANS;
- Indicadores do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS)

Unimed 
Conselheiro Lafaiete