

	POLÍTICA	Nº.: PL 1474-01	Rev.: 00
	Qualificação de Rede Prestadora de Serviços de Saúde	Data: 10/09/2020	FL.: 1/22

Sumário

1. OBJETIVO.....	2
2. ABRANGÊNCIA.....	2
3. DEFINIÇÕES.....	2
4. DIRETRIZES	4
4.1 Critérios quantitativos de conformação de Rede.....	4
4.2 Critérios mínimos para credenciamento de prestadores	4
4.3 Critérios Qualitativos de conformação de Rede Prestadora.....	5
4.4 Critérios para estabelecer a exclusão ou substituição de prestadores de serviços ...	7
4.5 Estrutura da Rede Prestadora com Base na Atenção Primária à Saúde – APS	8
4.6 Manutenção da Regularidade de Funcionamento.....	9
4.7 Critérios mínimos de contratualização com rede prestadora	10
4.8 Modelos de remuneração baseados em valor	11
4.9 Incentivos financeiros	14
4.9.1 Outros incentivos	15
4.9.1.1 Estimular adoção de prontuário eletrônico pela rede prestadora.....	15
4.10 Indicadores/monitoramento.....	15
5. PAPÉIS E RESPONSABILIDADES.....	16
6. GESTÃO DE CONSEQUÊNCIAS	19
7. DOCUMENTAÇÃO COMPLEMENTAR.....	19
8. DISPOSIÇÕES GERAIS	19
9. REFERÊNCIAS	20
10. ANEXOS	22
11. HISTÓRICO DE REVISÕES.....	22

	POLÍTICA	Nº.: PL 1474-01	Rev.: 00
	Qualificação de Rede Prestadora de Serviços de Saúde	Data: 10/09/2020	FL.: 2/22

1. 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, as mudanças nos modelos de remuneração, a área de abrangência, os perfis demográfico e epidemiológico dos beneficiários e as resoluções normativas da Agencia Nacional de Saúde ANS, organizando a prestação da assistência à saúde de forma que o beneficiário tenha acesso a um cuidado de saúde resolutivo e baseado em valor.

2. ABRANGÊNCIA

Todos os administradores (Diretores Estatutários, Membros do Conselho de Administração, Conselho Fiscal, Comitês de assessoramento do Conselho de Administração) e colaboradores da Unimed Fesp, FespPart Participações S.A e empresas sócias e coligadas, bem como, por todos os seus respectivos administradores, colaboradores e prepostos a eles vinculados.

3. 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.

Remuneração Baseada em Valor: Modelo de remuneração projetado para transformar como os provedores prestam atendimento e gerenciam seus pacientes por meio do alinhamento de incentivos baseados na qualidade da assistência prestada e no valor entregue aos pacientes. Valor em saúde é definido como a relação entre os resultados que realmente importam ao paciente (desfechos clínicos e sua experiência) e os custos para atingir esses resultados. Este modelo prioriza a melhoria da atenção à saúde e, como consequência, contribui para a sustentabilidade do sistema.

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.

PTU A1200: Pacotes.

	POLÍTICA	Nº.: PL 1474-01	Rev.: 00
	Qualificação de Rede Prestadora de Serviços de Saúde	Data: 10/09/2020	FL.: 3/22

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

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.

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

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.

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

Rede própria e credenciada do Sistema Unimed – Direta e Indireta: é o conjunto de profissionais e estabelecimentos de saúde, incluindo médicos, hospitais, laboratórios, clínicas, pessoa física (não médico), centros de diagnóstico, hospitais dia, prontos atendimentos e prontos-socorros, próprios ou contratados pela operadora do plano de saúde, para atendimento aos beneficiários em todos os níveis de atenção à saúde, considerando ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação.

Rede direta: é a rede de médicos, hospitais, laboratórios, clínicas, pessoa física (não médico), centros de diagnóstico, hospitais dia, prontos atendimentos e prontos-socorros, próprios ou contratualizados por meio de instrumento jurídico assinado entre a Unimed e o prestador de saúde, para atendimento de seus beneficiários diretos. É gerenciada pela própria Unimed, dentro da sua área de ação e deverá ser disponibilizada ao Intercâmbio Nacional, mediante divulgação no arquivo PTU A400, de acordo com a Constituição do Sistema Cooperativo Unimed.

Rede indireta: é composta pela rede prestadora direta das UnimedS executoras, entendida como a rede de médicos, hospitais, laboratórios, clínicas, pessoa física (não médico), centros de diagnóstico, hospitais dia, prontos atendimentos e prontos-socorros, disponibilizados por meio do PTU A400 ao Sistema Unimed.

	POLÍTICA	Nº.: PL 1474-01	Rev.: 00
	Qualificação de Rede Prestadora de Serviços de Saúde	Data: 10/09/2020	FL.: 4/22

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.

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.

4. DIRETRIZES

4.1 Critérios quantitativos de conformação de 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 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 devem ser monitoradas e na ocorrência de dificuldade de acesso, o problema deve ser identificado e solucionado dentro dos prazos previstos na RN259/2011, 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, garantir o transporte do beneficiário até um prestador apto a realizar o devido atendimento, bem como seu retorno à localidade de origem.

4.2 Critérios mínimos para credenciamento de prestadores

A gestão da documentação traz segurança técnica e qualidade à prestação de serviços, além de sustentabilidade e redução de riscos. Entre os critérios mínimos para credenciamento estão:

a) Para consultórios isolados:

- Registro no Conselho Profissional correspondente;
- Licença sanitária;

	POLÍTICA	Nº.: PL 1474-01	Rev.: 00
	Qualificação de Rede Prestadora de Serviços de Saúde	Data: 10/09/2020	FL.: 5/22

- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES;

b) Para os demais estabelecimentos de saúde (excetuando-se os consultórios isolados):

- Contrato social;
- Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ;
- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES;
- Alvará da vigilância sanitária ou protocolo solicitação;
- Alvará de localização e funcionamento expedido pela prefeitura ou protocolo de solicitação;
- Responsabilidades técnicas;
- Se número maior que 15 médicos: regimento interno de corpo clínico;
- Contrato e licença ambiental de prestadores de serviços para destinação de Resíduos de Serviços de Saúde – PGRSS;

c) Se houver hemodinâmica:

- Responsabilidade técnica;
- Certificado de área de atuação em hemodinâmica e cardiologia intervencionista;
- Documentos acadêmico-profissionais de residência médica em anestesia ou especialista em anestesiologia;
- Residência em cardiologia ou título de especialista em enfermagem cardiovascular;
- Técnico em radiologia ou tecnólogo credenciado pelo Conselho Técnico de Radiologia (Conter);

4.3 Critérios Qualitativos de conformação de Rede Prestadora

A avaliação da qualidade dos prestadores que compõem a rede de assistência à saúde é essencial para a gestão da rede prestadora. Considerando como referência o PTUA400, a Resolução nº 2.221 que atualiza as especialidades do CFM, o Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar – Qualiss, são considerados como critérios qualitativos:

- a) Realização de visita técnica;

	POLÍTICA	Nº.: PL 1474-01	Rev.: 00
	Qualificação de Rede Prestadora de Serviços de Saúde	Data: 10/09/2020	FL.: 6/22

- 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 – 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) Certificado ABNT NBR ISO 9001;
- k) Participação de saúde nos programas de indução da qualidade da DIDES/ANS e a adesão ao Programa Nacional de Segurança do Paciente – PNSP;
- l) Fator de Qualidade, conforme critérios de aplicação estabelecidos no anexo da RN 436/2018;
- m) 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);
- n) Plano de Segurança do paciente.

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.

A Unimed Fesp prima que a conformação da rede prestadora seja baseada em critérios qualitativos, alcançando a excelência na assistência à saúde.

	POLÍTICA	Nº.: PL 1474-01	Rev.: 00
	Qualificação de Rede Prestadora de Serviços de Saúde	Data: 10/09/2020	FL.: 7/22

4.4 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 de atenção à saúde. Os critérios de credenciamento são baseados no Manual de Intercâmbio Nacional obrigatório para o Sistema Unimed, ANS e recomendações da Fesp. 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 que ocorra o descredenciamento de prestadores, seguindo a legislação vigente, quando ocorrer:

- a) Falta de qualidade 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 de nota mínima estabelecida nas visitas técnicas;
 - Metas de indicadores PM-Qualiss apresentando piora em tem po 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.

	POLÍTICA	Nº.: PL 1474-01	Rev.: 00
	Qualificação de Rede Prestadora de Serviços de Saúde	Data: 10/09/2020	FL.: 8/22

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 e penalidades aplicadas pela ANS que tenham tais prestadores como integrantes da Rede Assistencial do Produto.

4.5 Estrutura da Rede Prestadora com Base na Atenção Primária à Saúde – APS

A APS reorganiza e qualifica a porta de entrada para a rede da operadora, aumentando as possibilidades de que os beneficiários tenham suas necessidades de saúde atendidas de maneira mais adequada e eficiente, evitando-se tanto situações de uso excessivo quanto de subutilização de serviços, ações e tecnologias em saúde. Uma APS qualificada integra as atividades preventivas com as curativas e de reabilitação, os generalistas com os especialistas e privilegia as equipes multiprofissionais, a interdisciplinaridade e as ações intersetoriais para a promoção da saúde. Dessa forma, é essencial que:

- a) a operadora disponibilize equipes multiprofissionais de referência em atenção primária como primeiro acesso (porta de entrada), alcançando um percentual mínimo

	POLÍTICA	Nº.: PL 1474-01	Rev.: 00
	Qualificação de Rede Prestadora de Serviços de Saúde	Data: 10/09/2020	FL.: 9/22


de sua carteira conforme estabelecido na RN440/2018, incluindo, minimamente, a Atenção à Saúde do Adulto e Idoso;

- b) as equipes multiprofissionais formadas cuidem de uma população máxima de 2.500 beneficiários e seja composta pelas especialidades mínimas: Médico generalista, enfermeiro, outro profissional de saúde e Técnico de enfermagem, caso esteja incluída a realização de procedimentos na Carteira de Serviços;
- c) exista coordenação das ações e serviços da rede assistencial de modo integrado, adotando mecanismos de referência e contra referência que possibilitam o acesso oportuno e qualificado dos beneficiários aos diferentes níveis de atenção. A Referência se caracteriza como o processo de encaminhamento do paciente para níveis mais complexos e especializados da assistência. A Contra referência é definida como o processo inverso, no qual o indivíduo é encaminhado de níveis mais complexos para os níveis primários da assistência.

4.6 Manutenção da Regularidade de Funcionamento

É de responsabilidade da Unimed a manutenção da regularidade de funcionamento da rede de prestadores de serviços junto aos órgãos competentes, observando-se os prazos de validade, minimamente a cada 6 meses, observando:

- a) Normativos e regulamentos emitidos pelos órgãos Municipais, Estaduais e Federais;
- b) Regulação da atividade profissional (Conselhos Profissionais): são responsáveis pelo estabelecimento de requisitos e mecanismos que assegurem o exercício eficaz da profissão, de modo a apresentar à sociedade um profissional com as garantias que correspondam aos parâmetros éticos e técnicos exigidos pelos Conselhos Profissionais;
- c) Sistema Nacional de Vigilância Sanitária – SNVS: responsável pelo licenciamento sanitário de estabelecimentos de saúde, sem o qual não podem operar e oferecer serviços aos pacientes. O licenciamento sanitário garante que uma instituição de saúde atenda a padrões mínimos, a fim de proteger a saúde e a segurança da população;
- d) Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES;

	POLÍTICA	Nº.: PL 1474-01	Rev.: 00
	Qualificação de Rede Prestadora de Serviços de Saúde	Data: 10/09/2020	FL.: 10/22

e) Funcionamento regular do Núcleo de Segurança do Paciente e notificações (NOTIVISA).


Os documentos devem estar vigentes e sua renovação deve ser comunicada enviando cópia do documento atualizado.

Observação: conforme MIN, para validação de sua rede prestadora própria e credenciada direta, a Unimed adotará procedimentos documentados que garantam no processo de avaliação e seleção, a priorização da qualificação acadêmico-profissional para prestação dos serviços e/ou credenciamento por meio da solicitação, do arquivamento e monitoramento constante da validade dos documentos.

4.7 Critérios mínimos de contratualização com rede prestadora

Na busca de uma contínua melhora na qualidade dos serviços prestados pela rede assistencial, é necessário estabelecer uma boa relação contratual com a rede prestadora de serviços de saúde, buscando formas de incentivar a qualidade na prestação dos serviços. Além de estar conforme dos critérios previstos nas resoluções normativas 363 e 364, deve estar previsto no dispositivo contratual entre as partes, quando aplicável:

- a) 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;
- b) 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;


	POLÍTICA	Nº.: PL 1474-01	Rev.: 00
	Qualificação de Rede Prestadora de Serviços de Saúde	Data: 10/09/2020	FL.: 11/22

- 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.
- c) Disponibilização dos documentos previstos nos itens 4.2 e 4.3 dentro do prazo legal ou de validade, assim como renovação de registros.
- d) Plano de Segurança do Paciente:
- 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.

4.8 Modelos de remuneração baseados em valor

Visando a promoção da qualidade e o valor dos serviços em saúde, a Unimed deve buscar meios de alterar o pagamento baseado em volume para pagamentos que correspondem aos resultados. Os critérios para eleição de incentivos financeiros devem estar orientados pelas decisões de alocação de recursos, prioridades da gestão de metas de qualidade em saúde e vão variar conforme diferentes coberturas populacionais e porte da operadora, devendo ser levada em consideração as metas estratégicas estabelecidas pela operadora ao contratar sua rede prestadora de serviços de saúde. Destacam-se dentre as metodologias de “remuneração baseada em valor”:


- a) Pagamento por desempenho (*pay for performance* – P4P): caracteriza-se pela remuneração adequada ao desempenho dos prestadores de serviços. Ajusta o montante de recursos a ser pago ao prestador de serviços de saúde segundo o seu desempenho através de algum método já existente, em geral por orçamento global

	POLÍTICA	Nº.: PL 1474-01	Rev.: 00
	Qualificação de Rede Prestadora de Serviços de Saúde	Data: 10/09/2020	FL.: 12/22

ou por *Capitation* e, em alguns casos, por DRG ou até mesmo o próprio FFS (*Fee for Service*, pagamento pelo volume dos serviços prestados) ou ainda criando outras propostas inovadoras. Para ser considerado um modelo P4P, deve haver a previsão de avaliação do desempenho do prestador e é fundamental a mensuração de indicadores de qualidade da atenção a uma dada população, que podem ser de estrutura, de processo ou de resultados e, ainda, quantitativos ou qualitativos. Tem como objetivo a busca pela redução dos custos globais do sistema de saúde e o aumento da qualidade na atenção à saúde, bem como da efetividade dos serviços. A existência de indicadores clínicos claros e o incentivo ao prestador na redução de complicações pós-procedimento, através do compartilhamento de economia gerada, colaboram para a redução de eventuais abusos e para a geração de valor ao paciente, reduzindo sinistralidade e diminuindo custos dentro daquela população específica;

b) Compartilhamento e transferência de risco:

- **Shared Saving (Ganhos compartilhados):** a organização continua sendo paga no modelo tradicional de *Fee For Service*, mas, ao final do ano, o gasto total é comparado com uma meta; se os gastos foram menores do que esta meta, pode ser compartilhada parte ou a totalidade da economia na forma de bônus;
- **Shared Risks (Perdas compartilhadas):** a organização continua sendo paga no modelo tradicional de *Fee for Service*, mas, ao final do ano, o gasto total é comparado com uma meta; se os gastos forem maiores do que esta meta, pode ser compartilhada parte ou a totalidade da perda na forma de penalidade;
- **Downside Sharing:** a organização recebe um valor fixo para um determinado episódio de cuidado e caso ocorram complicações acima do esperado os custos daquela complicação podem ser compartilhados entre os atores ou totalmente transferidos para o provedor de serviço;
- **Upside Sharing:** A organização recebe um valor fixo para um determinado episódio de cuidado e, caso as taxas de complicação sejam abaixo da média para aquele tratamento, as economias geradas podem ser compartilhadas entre os atores ou totalmente transferidas para o provedor de serviço.

	POLÍTICA	Nº.: PL 1474-01	Rev.: 00
	Qualificação de Rede Prestadora de Serviços de Saúde	Data: 10/09/2020	FL.: 13/22

- c) Pagamentos por episódios clínicos (*bundled payments*): neste modelo há estabelecimento de um valor único para todos os serviços prestados para o cuidado de um caso específico. Para isso, é alocado um único valor global que inclui a remuneração de todos os envolvidos no cuidado. Por ter como base toda a assistência prestada ao longo da jornada do paciente e o valor gerado nesse período, o *Bundle* promove e facilita uma atenção mais coordenada e multidisciplinar. Esta forma de remuneração pode ser: prospectiva ou retrospectiva. No modelo prospectivo, as partes definem um preço fixo por episódio. No modelo retrospectivo, o provedor do serviço recebe inicialmente como em um tradicional modelo *Fee For Service* e ao final do episódio de cuidado as economias geradas ou os custos em excesso versus um baseline são compartilhados entre os atores. Prestadores de serviço eliminam redundância e aumentam sua eficiência através da uniformização e da padronização de protocolos. Em contrapartida, o modelo em *Bundle* não necessariamente se aplica a todos os casos clínicos e deve ser considerado *versus* o esforço operacional que exige. O controle e a coleta de dados são cruciais para o acompanhamento dos casos, o que, muitas vezes, pode dificultar a implementação. Outro ponto de atenção é a necessidade de validação e acompanhamento de *Bundles* para múltiplos episódios;
- d) Remuneração *Per Capita (Capitation)*: é uma forma de pagamento em que prestadores são remunerados tendo como base o custo histórico obtido para uma população em determinado tipo de serviço. Nesse modelo, a fonte pagadora remunera o prestador a um valor fixo por indivíduo, para um grupo de vidas atendidas para um determinado tipo de serviço, independentemente do nível de utilização ou complicações ocorridas. Como vantagem, prestadores conseguem ter uma melhor previsibilidade de receita e, por consequência, um maior controle sobre o orçamento. Estratificar a população-alvo entendendo seu custo e jornada completa de forma histórica é altamente relevante para a utilização desse tipo de modelo de pagamento. Uma forma eficiente de mitigar risco ao utilizar o *Capitation* é estender sua população-alvo para subgrupos ou utilizar esse método em casos de pouca variação clínica. Nesse cenário, tem-se notado o uso dessa modalidade com sucesso na atenção básica ou pronto-atendimento. O *Capitation* tem como risco o incentivo a um racionamento do serviço assistencial potencialmente gerado, aumentando tempo

	POLÍTICA	Nº.: PL 1474-01	Rev.: 00
	Qualificação de Rede Prestadora de Serviços de Saúde	Data: 10/09/2020	FL.: 14/22

de espera por serviços e diminuindo valor ao paciente. É importante estabelecer, medir e garantir que padrões de qualidade sejam entregues para a população atendida por este modelo.

4.9 Incentivos financeiros

Incentivos financeiros devem ser aplicados em, no mínimo, 30% dos hospitais, ou 30% dos serviços de diagnóstico e terapia ou em 30% dos profissionais de saúde da rede prestadora, e devem ter como objetivos:

- a) Estimular o monitoramento de indicadores de qualidade: a adoção dos modelos de remuneração que estejam atrelados à qualidade em saúde passa pela necessidade de incentivar a avaliação dos resultados em saúde. Dessa forma, a mudança do modelo de remuneração citado no item 4 deve levar em consideração o monitoramento de indicadores de qualidade atrelados ao modelo escolhido, como, por exemplo: redução de Internações por Condições Sensíveis à APS, redução de re-intenação pelo mesmo motivo, redução de Eventos Adversos, entre outros;
- b) Estimular a implantação de protocolos e o monitoramento de indicadores de Segurança do Paciente: no mínimo, quando aplicável, protocolos e monitoramento das as seis metas internacionais de Segurança do paciente, que são:
 - Identificar corretamente o paciente;
 - Melhorar a comunicação entre profissionais de Saúde;
 - Melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos;
 - Assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente corretos;
 - Higienizar as mãos para evitar infecções e;
 - Reduzir o risco de quedas e úlceras por pressão.

Mais informações podem ser acessadas na Política de Segurança para o paciente – Unimed Fesp;

- c) Estimular a utilização de protocolos e diretrizes clínicas: são documentos que estabelecem critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o

	POLÍTICA	Nº.: PL 1474-01	Rev.: 00
	Qualificação de Rede Prestadora de Serviços de Saúde	Data: 10/09/2020	FL.: 15/22

tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos. Devem ser baseados em evidência científica e considerar critérios de eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade;

- d) Estimular a implantação de comissões de verificação de prontuário, incentivando a realização de auditoria médica ou mecanismo similar dos prontuários. A implantação das comissões de verificação de prontuário, conforme Resolução nº 1638/2002 do CFM, é uma medida importante para que a estratégia dos serviços possa ser reavaliada.

4.9.1 Outros incentivos


4.9.1.1 Estimular adoção de prontuário eletrônico pela rede prestadora

São numerosas as vantagens de um prontuário eletrônico, em relação ao baseado em papel, que vão desde questões ligadas ao melhor acesso, até maior segurança e, principalmente, oferta de novos recursos, os quais são impossíveis de existir no prontuário em papel, tais como: apoio à decisão, troca eletrônica dos dados entre instituições, etc (ANS). A Unimed deverá criar incentivos para que sua rede de prestadores assistenciais adote prontuários eletrônicos.

4.10 Indicadores/monitoramento

O monitoramento de indicadores é uma atividade planejada e sistemática para identificar problemas ou situações que devem ser estudadas de forma profunda ou ser objeto de intervenção para melhorar. Entre os indicadores mínimos para gestão de uma rede assistencial quantitativamente e qualitativamente segura, devem ser monitorados:

- a) A conformidade quantitativa de estabelecimentos, recursos, serviços e profissionais de saúde frente à quantidade de beneficiários com georreferenciamento;
- b) O perfil demográfico e epidemiológico;
- c) A qualidade de estabelecimentos, recursos, serviços e profissionais de saúde;
- d) O percentual de prestadores de serviços de saúde com atributos de qualificação;

	POLÍTICA	Nº.: PL 1474-01	Rev.: 00
	Qualificação de Rede Prestadora de Serviços de Saúde	Data: 10/09/2020	FL.: 16/22

- e) Prazos de validade da documentação formal, renovação de registros junto aos Conselhos Profissionais e de quaisquer documentos listados nos itens 4.2 e 4.3 que tenham período de validade determinado;
- f) As demandas dos beneficiários quanto à dificuldade de acesso à rede;
- g) O percentual de beneficiários vinculados às unidades de Atenção Primária à Saúde;
- h) Os indicadores de qualidade e segurança do paciente de sua rede assistencial;
- i) O percentual de sua rede com quem tem implementado incentivos financeiros ou adoção de modelos de remuneração que estimulem a utilização de monitoramento de indicadores de qualidade e segurança do paciente, considerando hospitais, serviços de apoio diagnóstico e terapia, e profissionais de saúde;
- j) O percentual de sua rede com quem tem implementado incentivos financeiros para estimular a utilização de protocolos e diretrizes clínicas e protocolos de segurança do paciente;
- k) Especificamente para a Federação do Estado de São Paulo, o percentual de singulares que aderirem ao processo de Qualificação de Rede Prestadora.


5. PAPÉIS E RESPONSABILIDADES

Conselho de Administração e Diretoria Executiva

- Fazer cumprir as regras constantes nesta política.

Unimed Fesp

- Fomentar a continua melhoria na qualificação da Rede Prestadora de Serviços de Saúde das Unimed's do Estado de São Paulo;
- Apoiar os processos de qualificação da Rede Prestadora de Serviços de Saúde das Unimed's do Estado de São Paulo;
- Fazer uso adequado das informações recebidas e disponibilizadas pela Singular quanto a Rede Prestadora de Serviços de Saúde e processos envolvidos;
- Utilizar somente plataformas que garantam a segurança da informação disponibilizada;

	POLÍTICA	Nº.: PL 1474-01	Rev.: 00
	Qualificação de Rede Prestadora de Serviços de Saúde	Data: 10/09/2020	FL.: 17/22

- Zelar pela manutenção e atualização periódica de dados das redes de suas Singulares associadas, dentro dos limites das respectivas unidades estaduais de atuação.

Unimeds do Estado de São Paulo

- Manterem-se atualizadas com relação às políticas da Unimed Fesp, devendo periodicamente consultar os documentos normativos, disponíveis no Portal da Fesp;
- Analisar e acatar, quando pertinentes, as oportunidades de melhoria enviadas pela equipe de Qualificação de Rede da Fesp;
- Acatar os regulamentos vigentes e padrões para Qualificação de Rede Prestadora de Serviços de Saúde da Unimed FESP e determinações existentes nesta política.

Gestores/Líderes de Áreas Envolvidas

- Assegurar que os colaboradores estejam conscientes da importância da prática da qualificação de redes assistenciais nas atividades diárias, e solicitar/providenciar educação e treinamento adequados e apropriados às suas responsabilidades, incluindo aspectos relevantes da legislação, regulamentos e contratos;
- Acompanhar o cumprimento dessa política e assegurar que o processo de Qualificação da Rede Prestadora de Serviços de Saúde em suas áreas de atuação esteja avaliado e controlado adequadamente;
- Comunicar à área de Governança Corporativa - Compliance os casos de descumprimento de Políticas, Normas ou Procedimentos internos, e os casos de falhas na execução de atividades operacionais.

Área de Qualificação Rede

- Realizar a análise de documentação recebida frente aos princípios e normatizações aqui dispostos;
- Analisar e monitorar a qualidade e a quantidade de prestadores de serviços de saúde informados no PTUA400;

	POLÍTICA	Nº.: PL 1474-01	Rev.: 00
	Qualificação de Rede Prestadora de Serviços de Saúde	Data: 10/09/2020	FL.: 18/22

- Emitir oportunidades de melhoria quando pertinentes;
- Realizar o monitoramento dos indicadores descritos nesta política;
- Apoiar e orientar o processo de Qualificação da Rede Prestadora de Serviços de Saúde das Unimed.

Tecnologia da Informação

- Adequar, configurar e apoiar o uso de ferramentas, equipamentos e aplicativos para correta manutenção das informações pertinentes à Política para Qualificação de Rede Prestadora de Serviços de Saúde, atentando inclusive para que os requisitos de segurança para os negócios da Unimed FESP sejam identificados e que os controles estejam adequadamente implementados, operados e mantidos de acordo com essa política;
- Viabilizar condições tecnológicas para monitoração quantitativa e qualitativa da rede prestadora de serviços de saúde.

Jurídico

- Orientar quanto aos contratos celebrados pelo sistema Unimed com a Rede Prestadora de Serviços de Saúde, de modo que estejam presentes cláusulas que reflitam os princípios e normatizações aqui dispostas, quando cabível.

Compliance

- Monitorar o cumprimento de Políticas, Normas e Procedimentos internos.

Gestão de Riscos

- Identificar, avaliar, tratar e monitorar os riscos existentes nesta Política;
- Minimizar ou mesmo eliminar a possibilidade de impactos negativos sobre objetivos/resultados pretendidos.

Auditoria Interna

- Realizar análise e apuração de informações através do processo de auditoria interna a fim de identificar o devido cumprimento dos controles internos necessários;

	POLÍTICA	Nº.: PL 1474-01	Rev.: 00
	Qualificação de Rede Prestadora de Serviços de Saúde	Data: 10/09/2020	FL.: 19/22

- Emitir Relatório a cada auditoria realizada no processo de Qualificação da Rede Prestadora de Serviços de Saúde.

Gestão da Qualidade

- Associar os riscos aos processos em conjunto com a área Gestão de Riscos;
- Orientar sobre a necessidade de atualizações e revisões para adequada implementação desta Política;
- Desenvolvimento de fluxos do processo;
- Identificação de GAPS ou Controles Falhos que estejam gerando ineficiência;

6. GESTÃO DE CONSEQUÊNCIAS

Unimeds, colaboradores ou outros que observarem quaisquer desvios às diretrizes desta Política ou que precisarem de orientações mais específicas, poderão relatar o fato à equipe da Qualificação de Rede pelo e-mail qualificacao.rede@unimedfesp.coop.br.

O descumprimento das diretrizes desta Política acarretará aplicação de medidas cabíveis conforme o respectivo grau de importância e de acordo com normativos internos.

Situações excepcionais serão encaminhadas para a Diretoria Executiva e/ou demais órgãos de Governança.

7. DOCUMENTAÇÃO COMPLEMENTAR

PO 1352-01 Negociação Excepcional em Caso de Insuficiência de Rede

PO 1355-01 Dimensionamento de Rede Prestadora

PO 1448-01 Controle de Qualificação da Rede Prestadora

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

Nenhum código de conduta ou política pode abranger todas as situações possíveis que envolvam a qualidade da prestação de serviços de saúde. Portanto, todos os colaboradores envolvidos, Unimeds e demais deverão exercer vigilância e julgamento cuidadoso em todos os momentos no decorrer de suas atividades profissionais e na assistência à saúde.

	POLÍTICA	Nº.: PL 1474-01	Rev.: 00
	Qualificação de Rede Prestadora de Serviços de Saúde	Data: 10/09/2020	FL.: 20/22

Em caso de dúvida, devem buscar orientação da Qualificação de Rede da Unimed FESP. As disposições desta Política têm validade pelo prazo de 2 (dois) anos, quando deverá ser realizada a sua revisão, ou a qualquer momento no caso de necessidade de alteração.

9. 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>

MODELOS DE PAGAMENTO BASEADOS EM VALOR – Coalisão Saúde. Acesso: [ICOS-02_02_2018.pdf](#)

MODELOS DE REMUNERAÇÃO BASEADOS EM VALOR - Desafios e Perspectivas. Dr. Cesar Abicalaffe. Oficina ANS, outubro de 2020.

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 NORMATIVA - RN Nº 365, DE 11 DE DEZEMBRO DE 2014. Dispõe sobre a substituição de prestadores de serviços de atenção à saúde não hospitalares.

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 89, DE 15 DE FEVEREIRO DE 2005. Dispõe sobre a Arrecadação de Receitas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, e dá outras providências. RN 101/05

INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 23 DE 1 DE DEZEMBRO DE 2009. DA DIRETORIA DE NORMAS E HABILITAÇÃO DOS PRODUTOS. Dispõe sobre os procedimentos do Registro de Produtos, previstos na Resolução Normativa - RN nº 85

	POLÍTICA	Nº.: PL 1474-01	Rev.: 00
	Qualificação de Rede Prestadora de Serviços de Saúde	Data: 10/09/2020	FL.: 21/22

RESOLUÇÃO - RDC Nº 36, DE 25 DE JULHO DE 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Acesso: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html

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://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/rdc0063_25_11_2011.html

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 305, DE 9 DE OUTUBRO DE 2012. Esta Resolução estabelece o Padrão obrigatório para Troca de Informações na Saúde Suplementar - Padrão TISS dos dados de atenção à saúde dos beneficiários de Plano Privado de Assistência à Saúde. Acesso: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mjl2OA==>

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 405, DE 9 DE MAIO DE 2016. Dispõe sobre o Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar – QUALISS. Acesso: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzI0OA==>


RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 440, DE 13 DE DEZEMBRO DE 2018. Institui o Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde. Acesso: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzY2MQ==>

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 452, DE 09 DE MARÇO DE 2020. Dispõe sobre o Programa de Acreditação de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde. Acesso: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mzg2NA==>

RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº 259, DE 17 DE JUNHO DE 2011. Dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde. Acesso: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2011/res0259_17_06_2011.html

RESOLUÇÃO-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://bvsms.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>








	POLÍTICA	Nº.: PL 1474-01	Rev.: 00
	Qualificação de Rede Prestadora de Serviços de Saúde	Data: 10/09/2020	FL.: 22/22



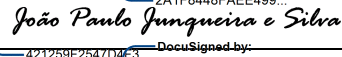


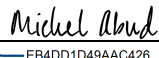
10. ANEXOS

Não aplicável.

11. HISTÓRICO DE REVISÕES

Identificação das Alterações		
Revisão	Data da revisão	Alterações efetuadas
00	10/09/2020	- Elaborado por Susan Patricia Osis

Elaboração	Análise crítica	Aprovação
<p>DocuSigned by:  51617B60CDE54BC Susan Patricia Osis</p>	<p>DocuSigned by:  AA47825D09864C6... Claudia Zenesi Cafalli</p> <p>DocuSigned by:  BE1FC78CCB7D42D... Bruna Fumelli Monti Nogueira</p> <p>DocuSigned by:  0D48619370D049C... Josiane Santana dos Santos</p>	<p>DocuSigned by:  763A61DA2740446... Eduardo Ernesto Chinaglia</p> <p>DocuSigned by:  B6134359DE9341A... Mauro Couri</p> <p>DocuSigned by:  EB78617763FA42B... Cristina Rabelo Tominaga</p>
Data: 10/09/2020	Data: 15/09/2020	Data: 17/09/2020

Áreas envolvidas	Validação	Data
NAS – Núcleo de Atenção à Saúde	<p>DocuSigned by:  B677D2A40EE6445... Claudia Regina de Deus Reinaldo</p>	17/09/2020
CAEC - Central de Acolhimento e Experiência do Cliente	<p>DocuSigned by:  2A1F8448FAEE499... Sergio Ricardo de Paula Rago</p>	17/09/2020
Jurídico	<p>DocuSigned by:  421259F2547D4F3... João Paulo Junqueira e Silva</p>	17/09/2020
GAT – Gestão Atuarial	<p>DocuSigned by:  ABC77FC015F0450... Laura Ferreira Mendes</p>	17/09/2020
RU – Relacionamento com Unimed	<p>DocuSigned by:  D0879685D05404... Michel Abud</p>	17/09/2020
Contas Médicas	<p>DocuSigned by:  EB4DD1D49AAC426... Michel Abud</p>	17/09/2020