

DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO

Publicado em: 11/04/2022 | Edição: 69 | Seção: 1 | Página: 130

Órgão: Ministério da Saúde/Agência Nacional de Saúde Suplementar

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 507, DE 30 DE MARÇO DE 2022 - ANEXO

ANEXO II GLOSSÁRIO

A

Acessibilidade: Condição para utilização, com segurança e autonomia, total ou assistida, dos espaços, mobiliários, equipamentos, das edificações e dos dispositivos, sistemas e meios de comunicação e informação, por pessoa portadora de deficiência ou com mobilidade reduzida. (Anexo I - 1.4.9; 4.1.6; 4.2.2; 4.3.4)

Acesso restrito: Área, em um sítio eletrônico, cujo conteúdo é exclusivo a usuários previamente cadastrados e os dados visualizados apenas com uso de senha. (Anexo I - 4.3.1)

Acreditação de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde: Certificação do cumprimento de boas práticas em gestão organizacional e gestão em saúde pelas Operadoras, com o objetivo de qualificação da prestação dos serviços e redução de custos, levando a uma melhor experiência para o beneficiário. (Art. 1º)

Ações de Responsabilidade Socioambiental: Conjunto de ações adotadas pela organização que refletem a relação ética e transparência da organização com todos os seus públicos e pelo estabelecimento de metas compatíveis com o desenvolvimento sustentável da sociedade, preservando recursos ambientais e culturais para as gerações futuras, respeitando a diversidade e promovendo a redução das desigualdades sociais. Ações de responsabilidade socioambiental vão além das obrigações legais e econômicas. (Anexo I - 1.2.15)

Administradora de Benefícios: Pessoa jurídica que propõe a contratação de plano privado coletivo na condição de estipulante ou que presta serviços para pessoas jurídicas contratantes de planos privados coletivos de assistência à saúde, e desenvolve atividades previstas em regulamentação específica (RN 196, de 14/07/2009) da Agência Nacional de Saúde Suplementar

- ANS. (Anexo I - 1.5; 1.5.4)

Administradores: Todas as pessoas naturais, eleitas, nomeadas ou designadas para os cargos de diretor, administrador ou conselheiro do conselho de administração, ou órgão assemelhado, independentemente da nomenclatura e do tipo societário da qual façam parte. (Art. 3º; Anexo I - 1.2.2; 1.2.11; 1.2.12; 1.2.16; 1.5.1; 1.5.2; 1.6; Anexo V).

AGREE II (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II) - Ferramenta de avaliação do rigor metodológico e transparência com que uma diretriz clínica foi desenvolvida. Pode ser utilizada para fornecer orientação sobre a confiabilidade do uso de uma determinada diretriz clínica para a tomada de decisões, com o propósito de melhorar a atenção à saúde. A primeira versão da ferramenta foi desenvolvida em 2003 por um grupo internacional de investigadores e especialistas no desenvolvimento de diretrizes clínicas. A versão revisada, AGREE II, foi publicada em 2009 e é atualmente a ferramenta de avaliação de diretrizes mais comumente aplicada e amplamente validada em todo o mundo. Consiste em 23 itens de avaliação organizados em 6 domínios - escopo e finalidade, envolvimento das partes interessadas, rigor do desenvolvimento, clareza da apresentação, aplicabilidade e independência editorial. (Anexo I - 3.3.5; 3.5.2)

Agudização: Ocorre quando o portador de doença crônica não é cuidado devidamente e apresenta um quadro agudo, tornando sua enfermidade mais intensa. (Anexo I - 3.2.4)

Alocação de Investimentos: É uma estratégia de investimentos que busca melhorar a relação entre risco e retorno através do tamanho da posição, ou seja, o quanto se investe em cada ativo de acordo com a tolerância ao risco, metas, horizonte de tempo e eventuais limites e especificações estabelecidos por normativos específicos (Anexo I - 1.7.11)

Alta Direção: Conjunto dos responsáveis do mais alto nível da hierarquia de uma organização, ocupantes de cargos com alto poder de decisão em nível estratégico (presidente, diretor geral, diretores e, até mesmo, o conselho de administração, se houver). (Anexo I - 1.1.4; 1.1.5; 1.1.6; 1.2.9; 1.2.12; 1.3.8; 1.6.1; 1.6.3; 1.6.6; 1.8.7; 4.2.2)

Alta Gerência: Conjunto dos responsáveis de alto nível encarregados pela direção ou a coordenação das atividades dentro de uma organização, de um departamento ou de uma instituição. Dentre as responsabilidades da alta gerência, podemos citar as seguintes: (i) tomada de decisões de impacto para um grupo de pessoas; (ii) administração de capital financeiro; (iii) planejamento; (iv) controle de metas e objetivos; (v) elaboração de planos de contingência; (vi) coordenação e controle de recursos internos; (vii) representação da instituição perante a terceiros; entre outras. (Art. 3º; Anexo V)

Amostragem Estatística: Aquela em que a amostra é selecionada cientificamente com a finalidade de que os resultados obtidos possam ser estendidos ao conjunto, de acordo com a teoria da probabilidade ou com as regras estatísticas. Sua utilização é recomendável quando os itens da população apresentam características homogêneas. (Anexo I - 1.1.1; 4.4.2)

Análise da Causa Raiz: Processo dirigido por evidências que tem como objetivo identificar a principal causa que originou uma não conformidade. Permite monitorar as causas dos defeitos, atuando no processo como um todo antes que estes defeitos voltem a ocorrer (Anexo I - 1.6.6)

Análise de Cenários: Trata da investigação e avaliação do conjunto dos diversos fatores, tanto externos como internos, que podem influenciar o sucesso das organizações. Sua principal função não é tentar prever o futuro, mas identificar fatores que podem se tornar reais a longo prazo, permitindo assim que a estratégia de uma organização seja estabelecida em um contexto futuro. (Anexo I - 1.1.7; 1.6.10)

Análise de Mercado: É um dos componentes do Plano de Negócios que está relacionado ao marketing da organização. Engloba estudos sobre os potenciais consumidores de um produto, o cenário da economia, os concorrentes no segmento e os fornecedores, visando conhecer melhor seu setor de atuação a fim de garantir o sucesso do investimento (Anexo I - 1.1.7)

Análise dos Modos de Falha e Seus Efeitos: Também conhecido em inglês por Failure Mode and Effect Analysis (FMEA). Trata-se de uma ferramenta de gerenciamento de risco, que utiliza variáveis qualitativas, utilizada para identificar, avaliar e eliminar potenciais falhas. A partir da avaliação destas falhas, é possível identificar suas causas e efeitos e determinar seus impactos. Tal ferramenta visa definir ações que objetivam reduzir ou eliminar a ocorrência ou aumentar a probabilidade de detecção de falhas. (Anexo I - 1.6.5)

Análise dos Modos de Falha, Efeitos e Criticalidade: Também conhecido em inglês por Failure Mode and Critical Analysis (FMECA). Trata-se de uma ferramenta variante da Análise dos Modos de Falha e Seus Efeitos (Failure Mode and Effect Analysis - FMEA) que inclui o cálculo de um índice de criticidade para cada modo de falha. (Anexo I - 1.6.5)

Análise PEST: A análise PEST é uma ferramenta na gestão estratégica de empresas, e representa um acrônimo de análise Política, Econômica, Social e Tecnológica. Consiste num enquadramento de fatores macroambientais dos 4 cenários, usados como exercício de formulação ou reformulação de estratégias e avaliação dos melhores caminhos a serem seguidos. A análise pode incluir também fatores Ambientais e Legais (PESTAL). (Anexo I - 1.1.7)

Apetite a Riscos: Refere-se a quanto de risco uma organização está disposta a correr para alcançar seus objetivos estratégicos. Se valores financeiros são seu critério de risco, a faixa de valores que você está disposto a perder em busca de um objetivo reflete o seu apetite ao risco. (Anexo I - 1.6.3; 1.6.4)

Árvore de Decisão: É um mapa dos possíveis resultados de uma série de escolhas relacionadas, permitindo que um indivíduo ou organização compare possíveis ações com base em seus custos, probabilidades e benefícios. Pode ser usada tanto para conduzir diálogos informais quanto para mapear um algoritmo, que leve à melhor escolha, matematicamente determinada. Essencialmente, árvores de decisões são diagramas que permitem representar e avaliar problemas que envolvem decisões sequenciais, colocando em destaque os riscos e os resultados financeiros identificados nos diversos cursos de ação. Para a sua representação gráfica são geralmente usadas linhas para identificar a decisão

(por exemplo "sim" ou "não") e nós para identificar as questões sobre as quais se deve decidir. Cada um dos ramos formado por linhas e nós termina numa espécie de folha, que identifica a consequência mais provável da sequência de decisões tomadas. (Anexo I - 1.1.7; 2.3.6)

Assimetria de Informação: Assimetria de Informação é um fenômeno econômico que ocorre quando, em uma negociação, uma parte tem mais e/ou melhor informação do que a outra, e com isso obtém vantagem na relação, sendo considerada uma falha de mercado. A noção de falha de mercado integra a reflexão de economistas sobre a concorrência perfeita e se refere a situações nas quais a eficiência econômica não pode ser atingida em função das imperfeições dos mecanismos do mercado. Na área da saúde, a assimetria de informações existente entre quem demanda o serviço (beneficiário) e quem oferece (operadoras de planos de saúde) implica dois problemas de ineficiências no mercado de saúde suplementar. O primeiro refere-se a uma estratificação dos beneficiários, segundo a percepção do risco, o que implica seleção adversa. Assim, os que sabem que têm baixo risco tenderiam a não procurar cobertura plena e vice-versa. A segunda fonte geradora de ineficiências é o incremento da exposição aos riscos e o uso excessivo de serviços de saúde, cobertos pelos seguros, quando não é o beneficiário quem paga diretamente pelo serviço, por existir um terceiro pagador - as operadoras privadas - o que leva ao risco moral. (Anexo I - 4.3.1; 4.4.5)

Assistência Farmacêutica: Conjunto de ações voltadas à promoção e manutenção da saúde, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao seu uso racional. Envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população beneficiária. (Anexo I - 3.4; 3.4.1)

Atenção Domiciliar: Forma de atenção à saúde oferecida na moradia do paciente e caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção, cuidados paliativos e tratamento de doenças e reabilitação. (Anexo I - 2.1.2; 3.2.5; 4.3.3)

Atenção Básica em Saúde: Ver Atenção Primária à Saúde. (Anexo I - 3.3.6; 3.3.15)

Atenção Primária à Saúde (APS): Atenção Primária à Saúde é conhecida como a "porta de entrada" dos usuários nos sistemas de saúde, ou seja, é o atendimento inicial ofertado aos usuários do sistema de saúde. Seu objetivo é orientar sobre a prevenção de doenças, solucionar os possíveis casos de agravos e direcionar os mais graves para níveis de atendimento superiores em complexidade. A atenção primária funciona, portanto, como um filtro capaz de organizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde, dos mais simples aos mais complexos. (Art. 21; Anexo I - 2.2; 2.2.1; 2.2.2; 2.2.3; 2.2.4; 2.2.5; 3.2.3; 3.2.4; 3.4.2)

Ativos Garantidores das Provisões Técnicas: Bens imóveis, ações, títulos e valores mobiliários de titularidade da operadora ou do mantenedor da entidade de autogestão ou de seu controlador, direto ou indireto, ou de pessoa jurídica controlada direta ou indiretamente pela própria operadora ou pelo controlador, direto ou indireto, da operadora, que lastreiam as provisões técnicas. (Anexo I - 1.7.11)

Ato Constitutivo: É o ato de concepção de uma sociedade empresária, onde os seus sócios celebram o contrato da sociedade (por exemplo: Contrato Social ou Estatuto Social). Cabe destacar que a sociedade empresária realmente nasce apenas quando o Ato Constitutivo é devidamente registrado. (Art. 4º; Anexo V)

Ato Ilícito: Ato praticado culposamente em desacordo com a norma jurídica, destinada a proteger interesses alheios; é o que viola direito subjetivo individual, causando prejuízo a outrem, criando o dever de reparar tal lesão. (Anexo I - 1.2.13)

Atributos de Qualificação: Atributos do prestador de serviço reconhecidos por serem associados à melhoria da qualidade na atenção à saúde. Estão previstos em normativo específico que dispõe sobre o Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar e referem-se aos diversos tipos de prestadores. (Anexo I - 2.1.2; 2.1.3; 2.3.2 2.3.5; 4.3.3)

Auditor em Saúde: Médico, cirurgião dentista, profissional em saúde da área do procedimento a ser autorizado, habilitado para as atividades de controle, avaliação e auditoria em sistemas de saúde. (Anexo I - 2.4.1).

Auditoria Concorrente: Realizada quando o paciente ainda se encontra hospitalizado ou em atendimento ambulatorial, para acompanhar a execução das atividades e garantir a qualidade do produto. Envolve a avaliação feita pelo paciente e sua família, verificando suas percepções acerca da assistência prestada; entrevista e reflexão do profissional após a prestação do cuidado; exame do paciente e confronto com as necessidades levantadas; verificação do cumprimento das atividades a serem realizadas pelos profissionais e observação do ambiente. (Anexo I - 2.4.3)

Auditoria de Manutenção: São avaliações realizadas pela Entidade Acreditadora, anualmente, até o fim do ciclo avaliativo, onde o escopo aplicável (percentual dos itens a serem avaliados), bem como o rito (presencial, nº de auditores, amostral, com reuniões ao longo do período de certificação ou outras formas) deverá ser definido pela Entidade Acreditadora junto à operadora

- ressalvadas as exceções estabelecidas nesta RN. O objetivo da auditoria de manutenção é verificar se a operadora mantém os requisitos iniciais para acreditação, bem como avaliar se no ciclo da acreditação a operadora mantém a busca da melhoria contínua para o sucesso do ciclo de acreditação. (Art. 21; Art. 31; Art. 32)

Auditoria Externa: Exame independente das demonstrações financeiras da operadora, verificando a conformidade com a regulamentação vigente, a evidenciação clara dos princípios contábeis e se elas refletem, em todos os aspectos relevantes, corretamente a realidade e a evolução patrimonial e financeira da operadora quanto a resultados e variações patrimoniais no período analisado. (Anexo I - 1.2.5; 1.2.6, 1.2.7)

Auditoria Independente: Utiliza-se de procedimentos técnicos específicos para atestar a adequação de um ato ou fato com o fim de imprimir-lhe características de confiabilidade. Deve ser realizada por profissional/instituição distinta da que planejou, realizou e operacionalizou o ato ou fato em questão. No caso da Auditoria independente das demonstrações financeiras, o auditor deverá ser devidamente registrado na Comissão de Valores Mobiliários - CVM. (Art. 4º; Art. 11; Anexo I - 1.2.1; 1.2.5; 4.4.1; 4.4.6; 4.4.7)

Auditoria Interna: A auditoria interna é uma atividade independente e objetiva de avaliação (assurance) e de consultoria, desenhada para adicionar valor e melhorar as operações de uma organização. Ela auxilia uma organização a realizar seus objetivos a partir da aplicação de uma abordagem sistemática e disciplinada para avaliar e melhorar a eficácia dos processos de gerenciamento de riscos, controle e governança. (Anexo I - 1.2.5; 1.2.7; 1.2.17; 1.4.6)

Auditoria Interna e/ou Externa de Sistemas de Informação: Conjunto de procedimentos para aferição de controles internos de uma organização, aferindo a qualidade dos registros e seguranças destes. Pode ser desempenhada por profissionais da própria instituição auditada ou ser terceirizada. Visa testar, examinar ou averiguar o nível de segurança dos controles internos existentes na organização e propor melhorias ou apontar não conformidades. (Anexo I - 1.4.6; 1.4.8)

Auditoria Médica: Conjunto de procedimentos para avaliar, do ponto de vista técnico, a qualidade, a propriedade e a efetividade dos serviços de saúde prestados, visando adequação técnica da prestação de serviços assistenciais e a melhoria progressiva da assistência de saúde (Anexo I - 3.5.3)

Autogestão: Modalidade na qual é classificada uma operadora que opera planos privados de assistência à saúde a um grupo fechado de pessoas, que obrigatoriamente devam pertencer à mesma classe profissional ou terem vínculo com a empresa instituidora e/ou patrocinadora e/ou mantenedora da operadora de planos de assistência à saúde. Pode ser classificada como: autogestão por recursos humanos (RH), autogestão com mantenedor ou autogestão sem mantenedor. (Art. 13; Anexo I - 4.1.2; 4.2.4)

Avaliação Atuarial: Estudo técnico desenvolvido pelo atuário, baseado nas características biométricas, demográficas e econômicas da população analisada, com o objetivo principal de estabelecer, de forma suficiente e adequada, os recursos necessários para a garantia dos benefícios previstos nos riscos assumidos pelos planos de saúde, de forma a manter a solvência da operação. (Anexo I - 1.7.5; 1.7.10)

Avaliação Clínica Inicial: Coleta de informações e dados sobre a condição física, psicológica e social do beneficiário, e sobre seu histórico de saúde. Também envolve o desenvolvimento de um plano de cuidados para atender as necessidades de prestação de cuidados de saúde identificadas. (Anexo I - 3.3.7)

Avaliação de Aprendizagem: Avaliação realizada pelos gestores da organização, com o objetivo de mensurar a evolução das equipes e a eficiência dos programas de treinamento. (Anexo I - 1.3.5)

Avaliação de Desempenho Individual: Processo adotado pelas organizações para mensurar o desempenho e comportamento de seus colaboradores a partir de critérios comuns. Permite acompanhar o desenvolvimento individual e também o andamento do trabalho em equipe. (Anexo I - 1.3.4; 1.3.5)

Avaliação Inicial de Diagnóstico: Desenvolvida por avaliadores habilitados e qualificados que compõem a equipe de Entidades Acreditoras em Saúde reconhecidas pela ANS, é uma avaliação sem fins de certificação, com o objetivo de subsidiar a compreensão do atual estado da organização. (Art. 15)

B

Beneficiário: Pessoa física, titular ou dependente, que possui direitos e deveres definidos em legislação e em contrato assinado com a operadora de plano privado de assistência à saúde para garantia da assistência médico-hospitalar e/ou odontológica. (Art. 2º)

Busca Ativa de Beneficiários: Possível forma de identificação da população-alvo, realizada através de envio de material explicativo para o domicílio do beneficiário, contatos telefônicos etc. Possibilita ainda, o deslocamento da equipe de saúde para fora da instituição de saúde. (Anexo I

- 3.2.3; 3.3.3)

C

Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES): Instituído pela Portaria MS/SAS 376 de 03/10/2000, tem como objetivo cadastrar todos os tipos de estabelecimentos de saúde, sejam eles públicos, privados ou conveniados, pessoa jurídica ou física, desde que, por meio deles, sejam realizados serviços de atenção à saúde no Brasil. (Anexo I - 2.3.4)

Canal de Comunicação Proativo: Não se espera o contato do cliente para agir. Processos previamente definidos são executados por meio de ferramentas diversas, como e-mail e SMS marketing, por exemplo. Tem como função a satisfação do cliente, construindo um relacionamento pautado no estreitamento de laços em prol de um vínculo contínuo com o consumidor. (Anexo I - 4.3)

Canal de Comunicação Reativo: Corresponde aos atendimentos acionados pelos clientes, seja para o esclarecimento de dúvidas ou mesmo para a resolução de algum problema identificado. (Anexo I - 4.2)

Canal de Denúncias: Canal de atendimento dotado de uma estrutura de comunicação e gestão segura e independente para que as pessoas possam, inclusive de forma anônima, apontar irregularidades e comportamentos contrários à ética corporativa ou aos valores exigidos pela organização. Atua no combate à corrupção, fraudes e outros casos de desvio de conduta, sendo responsável pela apuração das denúncias recebidas. (Anexo I - 1.2.16)

Canal de Distribuição: É o caminho escolhido por uma operadora para fazer seus produtos e serviços chegarem ao consumidor final, no local e no momento exato. Ex: Administradora de Benefícios, Corretores, Venda Direta. (Anexo I - 1.7.1; 1.7.2; 1.7.10)

Capital Regulatório: Limite mínimo de Patrimônio Líquido Ajustado que as Operadoras devem observar, a qualquer tempo, em função das regras de capital regulamentadas pela ANS. (Anexo I

- 1.7.3);

Carteira: Conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em quaisquer dos tipos de planos privados de assistência à saúde, com todos os direitos e as obrigações neles contidos. (Anexo I - 1.1.2; 1.4.8; 1.7.2; 1.7.3; 1.7.8; 1.7.12; 2.1.1; 2.2.1; 3.3;

3.3.2; 3.3.3; 3.3.11; 3.3.14; 4.2.4; 4.4.1)

Carteira de Investimento: Uma Carteira de Investimentos é um grupo de ativos que pertence a um investidor, pessoa física ou jurídica. Estes ativos podem ser ações, debêntures, aplicações imobiliárias, entre outros. Uma carteira de Investimentos permite a diversificação de ativos bem como de risco, levando a maior tranquilidade ao investidor e menor volatilidade do patrimônio. (Anexo I - 1.7.4)

Catástrofe: Acontecimento desastroso e atípico de grandes proporções, geralmente relacionado a fenômenos naturais, que pode deixar a operadora sem condições de funcionamento. (Anexo I - 1.6.5; 1.6.6; 1.6.7)

Certidão de Acreditação: Documento emitido por uma Entidade Acreditora para uma Operadora que atendeu ao escopo do Programa de Acreditação de Operadoras. Tal certidão deverá conter o período de vigência e o nível obtido. (Art. 4º; Art.11; Art. 21; Art. 25; Art. 27; Art. 29; Art. 34; Art. 36; Art. 37; Art. 38; Art. 39)

Certificado de Acreditação: Documento emitido pela Coordenação Geral de Acreditação (CGCRE) do Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia (INMETRO) reconhecendo as competências de uma Pessoa Jurídica como entidade apta a avaliar Operadoras no âmbito do Programa de Acreditação de Operadoras. Tal certificado deverá conter a data de emissão e sua validade. (Art. 4º; Art.6º)

Certificação de Boas Práticas em Atenção Primária à Saúde - APS: Processo voluntário de avaliação da adequação a critérios técnicos preestabelecidos para uma Rede de Atenção à Saúde específica ou para uma Linha de Cuidado específica de uma Operadora, realizado por Entidades Acreditoras em Saúde, com aptidão reconhecida pela ANS. (Art. 21; Anexo III)

CGCRE: Coordenação Geral de Acreditação do Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia (INMETRO). A acreditação realizada pela CGCRE é de caráter voluntário e representa o reconhecimento formal da competência de um Organismo de Avaliação da Conformidade (OAC) para desenvolver suas atividades de acordo com requisitos preestabelecidos. A acreditação é uma ferramenta estabelecida em escala internacional para gerar confiança na atuação de organizações que executam atividades de avaliação da conformidade. (Art. 3º)

Chamadas de Longa Distância: Destinam-se à comunicação entre pontos fixos determinados, situados em áreas locais distintas do território nacional conforme disposição normativa disponibilizada pela Agência Nacional de Telecomunicações. (Anexo I - 4.2.6)

Cliente Oculto: Metodologia que avalia os pontos de contato entre o cliente e a organização. Seu processo ocorre de forma anônima, podendo ser utilizado na análise de processos e padronizações. Além de visitas ao estabelecimento, essa avaliação pode também verificar atendimento telefônico, online, canais de venda e diversos outros pontos. (Anexo I -4.2.1; 4.2.3; 4.2.6)

Clima Organizacional: Conjunto de propriedades mensuráveis do ambiente de trabalho percebido, direta ou indiretamente, pelos indivíduos que vivem e trabalham neste ambiente e que influencia a motivação e o comportamento dessas pessoas. (Anexo I - 1.3.7)

Coaching: Assessoria pessoal e profissional que utiliza metodologias, ferramentas e técnicas cientificamente validadas, para que indivíduos, equipes e organizações alcancem resultados superiores e positivos. (Anexo I - 1.3.3)

Código de Conduta: Documento que trata dos princípios e políticas que abrangem os relacionamentos entre conselheiros, diretores, sócios, funcionários e demais partes interessadas de uma organização, envolvendo inclusive questões de natureza social e ambiental. Deve promover os valores da organização e seus princípios éticos, refletindo a identidade e cultura organizacionais. (Anexo I - 1.2.2; 1.2.11)

Código de Ética: Documento que estabelece os direitos e deveres de uma organização, a partir da sua missão, cultura e posicionamento social, e que deve ser seguido pelos funcionários no exercício de suas funções profissionais. Todo o conteúdo disposto neste documento deve estar atrelado aos princípios universais da ética. (Anexo I - 1.2.2; 1.2.12)

Comitê de Auditoria: Órgão de assessoramento do Conselho de Administração que auxilia no monitoramento da qualidade das demonstrações contábeis, dos controles internos, compliance e gerenciamento de riscos da organização. Tem também a função de, em nome do Conselho de Administração, assegurar o equilíbrio, a transparência e a integridade das informações financeiras publicadas protegendo a organização e todas as partes interessadas. (Anexo I - 1.2.6; 1.2.10)

Competência: Determinação das habilidades de um indivíduo, de seu conhecimento e de sua capacidade em satisfazer determinadas expectativas, normalmente relatadas na descrição dos cargos. (Anexo I - 1.2.10; 1.3.1; 1.3.3; 1.3.4; 3.2)

Compliance: Conjunto de disciplinas para fazer cumprir as normas legais e regulamentares, as políticas e as diretrizes estabelecidas para o negócio e para as atividades da organização, bem como evitar, detectar e tratar qualquer desvio ou inconformidade que possa ocorrer. (Anexo I - 1.2.5; 1.2.7; 1.2.11; 1.2.12)

Confidencialidade: Propriedade de que a informação não esteja disponível ou revelada à pessoa física, sistema, órgão ou entidade não autorizada e credenciada. É a garantia do resguardo das informações dadas pessoalmente em confiança e proteção contra a sua revelação não autorizada. (Anexo I - 1.2.2; 1.2.16; 1.4.7; 1.5.1; 1.5.2; 1.5.3; 1.5.4)

Confidencialidade dos Dados Clínicos: Todas as informações relativas ao doente - situação clínica, diagnóstico, prognóstico, tratamento e dados pessoais - devem ser mantidas em condições que assegurem o acesso unicamente às pessoas autorizadas. A proteção das informações médicas do paciente no Brasil tem base legal. A Constituição brasileira de 1988, ao tratar dos Direitos e Garantias Fundamentais, em seu capítulo I, artigo 5º, alínea X, garante que - "são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação". A confidencialidade dos dados clínicos também está regulamentada na "Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde", publicada pelo Ministério da Saúde e pelo Conselho Nacional de Saúde, em 2013. Essa Carta, em seu artigo 4º, alínea III, estipula que deve ser assegurado aos usuários dos serviços de saúde: a) a integridade física; b) a privacidade e o conforto; c) a individualidade; d) os seus valores éticos, culturais e religiosos; e) a confidencialidade de toda e qualquer informação pessoal. (Anexo I - 2.3.3)

Conflito de Interesses: Conjunto de circunstâncias em que se observa a probabilidade de que decisões ou quaisquer ações profissionais sejam influenciadas indevidamente (efetiva ou aparentemente) por um interesse secundário, alheio ao interesse da organização. (Art. 3º; Anexo I - 1.2.3; 1.2.10; 1.2.11; Anexo V)

Conselho de Administração: Colegiado formado por membros eleitos ou designados, que tem como função básica supervisionar as atividades de uma organização e manter, na tomada de decisões, o direcionamento estratégico dos negócios, de acordo com os principais interesses da organização, protegendo seu patrimônio e maximizando o retorno sobre seus investimentos, assegurando a execução do plano de continuidade dos negócios, sendo também responsável pela aplicação de boas práticas da governança corporativa. (Anexo I - 1.2.1; 1.2.5; 1.2.6; 1.2.10; 1.2.16; 1.6.1; 1.6.4; Anexo V)

Conselho Fiscal: Colegiado criado pelos participantes de uma associação ou sociedade empresária, com a função de fiscalizar as ações praticadas pelos administradores e opinar sobre as contas da companhia (demonstrações contábeis, financeiras, modificações de capital, incorporação, emissão de debêntures, etc.). Garante o exercício do direito dos "proprietários" de fiscalizar a gestão dos negócios, os resultados apresentados pela administração e as variações patrimoniais da operadora. Trata-se de um órgão que informa, opina, sugere e denuncia, não exercendo, porém, a administração ativa da companhia. (Anexo I - 1.2.1; 1.2.10; Anexo V)

Consultoria: Prestação de serviço por profissional qualificado e conhecedor do tema, que contempla o diagnóstico, aconselhamento, a preparação ou produção de manuais ou procedimentos e orientação com o propósito de levantar as necessidades, identificar soluções e recomendar ações sem, no entanto, ocorrer um envolvimento na execução. (Art. 4º; Art.15; Anexo I -1.5.4; Anexo V)

Controle da Qualidade dos Dados: Avaliação da precisão, fidedignidade, integridade, segurança, atualização e consistência das informações disponíveis em uma base de dados. (Anexo I - 1.4.5)

Controles Internos: Processo conduzido pela estrutura de governança, administração e outros profissionais da entidade, desenvolvido para proporcionar segurança razoável com respeito à realização dos objetivos relacionados a operações, divulgação e conformidade. Os Controles Internos visam desenvolver uma barreira de proteção para que as atividades operacionais e tomadas de decisões sejam realizadas em um ambiente seguro cujas interferências e riscos sejam rapidamente identificados e tratados. (Art. 12; Anexo I - 1.2.5; 1.2.6; 1.2.13; 1.6; 1.6.1; 1.6.2;

1.6.3; 1.7.13)

Cooperativa Médica: Modalidade na qual é classificada uma operadora que se constitui na forma de associação de pessoas sem fins lucrativos nos termos da Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, formada por médicos, e que comercializa ou opera planos de assistência à saúde (Anexo I

- 1.2.1; 1.2.12; 1.2.17; 1.6; 1.6.1; 1.6.3; 1.6.4; 1.6.5; 1.6.6; 1.6.7; 1.6.8; 1.6.9; 1.6.10; 1.7.4; 1.7.11)

Coparticipação: Mecanismo de regulação financeira que consiste na participação do beneficiário na despesa assistencial a ser paga diretamente à operadora, em caso de plano individual e familiar, ou à pessoa jurídica contratante, em caso de plano coletivo, após a realização de procedimento. (Anexo I - 4.1.3; 4.2.1; 4.2.3; 4.3.1; 4.3.6)

Corrupção: Uso inadequado de qualquer tipo de influência, principalmente por poder ou autoridade, buscando obter para si ou um terceiro algum tipo de vantagem indevida. (Anexo I - 1.2.12; 1.2.16)

Criptografia: Técnica utilizada para permitir a transmissão de informações no meio digital de maneira segura, através da qual a informação é transformada da sua forma original para outra ilegível, de modo que possa ser conhecida apenas por seu destinatário. (Anexo I - 1.2.2; 1.4.2)

Crítérios Quantitativos: Critérios objetivos, lógicos e racionais, geralmente usados quando se necessita de dados numéricos sobre processos ou fenômenos que serão controlados. (Anexo I - 2.1.1; 2.1.3)

Cuidados Paliativos: São abordagens que promovem a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameaçam a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento, incluindo a identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual. (Anexo I - 3.2.5)

Cuidados Primários de Saúde: Cuidados por médico generalista ou outros profissionais, como enfermeiro, dentista e pessoal técnico, auxiliar e elementar. Este nível de assistência serve como ponto de entrada, primeiro contato, triagem e referência para os demais níveis do sistema de saúde. Deve prover uma gama de serviços básicos indispensáveis à preservação e à recuperação da saúde. (Anexo I - 2.2.4)

Cultura de Riscos: Diz respeito ao ambiente organizacional, gerado pela disseminação da gestão de riscos como parte integrante dos processos de trabalho e das tomadas de decisão em todos os níveis, sendo estabelecida pelo discurso e pelo comportamento do Conselho de Administração e da Alta Diretoria, alinhado pelo apetite a riscos estabelecido, e acompanhada por toda a organização. (Anexo I - 1.6; 1.6.4)

D

Dados Sensíveis: São dados pessoais referentes à origem racial ou étnica, convicção religiosa, opinião política, filiação a sindicato ou a organização de caráter religioso, filosófico ou político, dado referente à saúde ou à vida sexual, dado genético ou biométrico, quando vinculado a uma pessoa natural. Essas informações são protegidas e deverão ser tratadas conforme o estabelecido na Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD). (Anexo I - 1.4.2)

Demonstração Financeira: Representação quantitativa e qualitativa estruturada da posição patrimonial e financeira de uma organização em determinada data e das transações realizadas, com o objetivo de fornecer informações sobre o resultado e o fluxo financeiro da organização, que são úteis para uma ampla variedade de usuários na tomada de decisões. Também conhecida como Demonstração contábil. Um conjunto completo das demonstrações financeiras inclui os seguintes componentes: (1) balanço patrimonial; (2) demonstração do resultado; (3) demonstração dos lucros ou prejuízos acumulados; (4) demonstração das mutações do patrimônio líquido; (5) demonstração dos fluxos de caixa; (6) demonstração do valor adicionado; (7) relatório circunstanciado relativo às deficiências ou ineficácias dos controles internos; (8) notas explicativas, incluindo a descrição das práticas contábeis; (9) relatório da administração. (Art. 11; Anexo I - 1.2.5; 1.2.6; 1.2.7; 1.2.8; 1.2.10; 1.2.14; 1.7)

Densidade Tecnológica: Refere-se à sofisticação da tecnologia empregada nos serviços e equipamentos utilizados. Quanto maior a densidade tecnológica, mais sofisticada e mais atual ela é (tecnologia de ponta), e está diretamente relacionada a um alto custo unitário. Por outro lado, quanto menor a densidade tecnológica, menos sofisticada é a tecnologia (tecnologia simples), e apresenta um baixo custo unitário. É importante ressaltar que a densidade tecnológica não se relaciona de maneira direta com a complexidade do serviço. (Anexo I - 2.1; 2.2; 2.2.4)

Diagrama de Causa e Efeito: Ferramenta utilizada para identificar as relações entre causas e efeitos na busca da resolução dos problemas. Apresenta a forma de espinha de peixe e classifica em 6 tipos diferentes as causas principais que afetam os processos (Método, Máquina, Medida, Meio Ambiente, Mão-de-Obra, Material). Também pode ser chamado de Diagrama de Ishikawa, 6M's ou Espinha de Peixe. (Anexo I - 1.8.6)

Diagrama de Pareto: Gráfico de colunas que ordena as frequências das ocorrências, da maior para a menor, permitindo uma fácil visualização e identificação das causas ou problemas mais importantes. Aplica o princípio de Pareto, o qual afirma que aproximadamente 80% dos efeitos vêm de 20% das causas. (Anexo I - 1.8.6)

Diretrizes Clínicas: Documentos científicos elaborados com o objetivo de definir condutas consideradas mais adequadas para diagnóstico, tratamento e prevenção, através da integração da evidência científica com a experiência clínica e melhorar a qualidade dos cuidados à saúde dos pacientes. (Anexo I - 3.1.2; 3.1.4; 3.2; 3.3.5; 3.5.2)

Diversidade: Trata-se da capacidade de interação com o diferente em prol de resultados produtivos. O conceito de diversidade nas organizações não está representado apenas na inclusão de pessoas com algum tipo de deficiência física, mas também de diferentes raças, crenças, orientações sexuais, idades, gêneros, regiões e culturas. (Anexo I - 1.2.15; 1.3.10; 4.3.4)

Diversificação de Investimentos: Técnica de diluição de risco e maximização de ganhos. Consiste em destinar recursos em diferentes aplicações financeiras, de modo que o desempenho negativo de uma não signifique perdas definitivas ao investidor. (Anexo I - 1.7.4)

Documento Técnico: Documento que descreve metodologia utilizada, cronograma e população-alvo. Pode ser registrado em papel ou em meio eletrônico, de modo que possa servir para consulta, estudo ou validação técnica. Deve apresentar informações redigidas de forma estruturada, possuindo representação que permita claro entendimento e visualização objetiva. Deve ser mantido atualizado e permitir rastreabilidade total para que seja possível localizar e resgatar informações. (Anexo I - 2.1.1; 2.1.2; 3.3.1; 4.4.1)

Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Saúde (DIOPS): Conjunto de dados cadastrais e econômico-financeiros enviado trimestralmente pelas operadoras à ANS. (Art. 31; Art. 32)

Documento Técnico para Realização da Pesquisa de Satisfação de Beneficiários: Documento que estabelece os requisitos mínimos e as diretrizes para a realização da pesquisa de satisfação de beneficiários pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, prevista no Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS), de acordo com a Instrução Normativa DIDES 60/2015 e suas alterações. (Anexo I - 4.4.4; 4.4.7; 4.4.8)

E

Educação Continuada: Conceito de aprendizagem que consiste na ideia da constante qualificação do indivíduo, seja no âmbito acadêmico, profissional ou pessoal. Pode ter diferentes formatos, como, por exemplo, workshops, seminários, cursos online, à distância, de curto prazo, entre outros. (Anexo I - 3.1.6; 3.3.12)

Efetividade: Capacidade de realizar determinada ação de maneira a atingir os objetivos da organização, do projeto ou de ação específica, otimizando recursos e de forma social e ambientalmente correta, considerando não só a ação produtiva específica em questão ou sistema produtivo, mas todo o contexto em que o processo ou produto estão desenvolvidos. (Anexo I - 1.2.12; 1.6.1; 1.6.3; 1.7.12; 1.8.8; 3.3.10; 4.2.1)

Efetividade em Saúde: Capacidade de uma intervenção em saúde em produzir os efeitos benéficos esperados ou mais efeitos benéficos do que danos (efeitos adversos) sob circunstâncias e condições reais de uso. (Anexo I - 2.4.3; 3.2; 3.3.5; 3.3.11)

Eficiência: Refere-se à análise da relação entre custos e consequências, podendo ser medida ou sob condições próximas do ideal ou na prática diária. Relação entre os recursos utilizados e os resultados obtidos em determinada atividade. (Anexo I - 1.6.5)

Eficiência em Saúde: Refere-se à razão entre os recursos necessários (entradas, total input) e os desfechos (produtos, useful output), que, para intervenções em saúde, podem ser medidos, por exemplo, por anos de vida ajustados pela qualidade (QALYs, do inglês quality-adjusted life years). Assim, uma ação ou procedimento em saúde que produz mais QALYs do que outro para os mesmos recursos (ou utilizando menos recursos) é comparativamente mais eficiente. Para a análise da eficiência de sistemas nacionais de saúde podem-se usar, como entrada, o gasto per capita em saúde e, como desfechos, a esperança de vida ao nascer e o índice de sobrevivência infantil. A eficiência assim medida é a eficiência técnica, que pode ser avaliada pelos estudos de minimização de custos, custo-efetividade e custo-utilidade. Já a eficiência alocativa leva em conta outras necessidades sociais, além da saúde; dessa forma, outros objetivos concorrentes devem ser pesados e, então, relacionados aos custos. A eficiência alocativa é tipicamente avaliada pelos estudos de custo-benefício. (Anexo I - 2.1; 2.2.1; 2.2.4; 3.3; 3.3.10)

Entidade Acreditadora do Programa de Acreditação de Operadoras: Pessoa jurídica com representação no Brasil, com competências reconhecidas pela Coordenação Geral de Acreditação (CGCRE) do Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia - INMETRO e homologada pela ANS para atuar no âmbito do Programa de Acreditação de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde. (Art. 3º)

Escalabilidade: Na avaliação da infraestrutura de tecnologia da informação, escalabilidade é uma característica desejável em todo o sistema, em uma rede ou em um processo, que indica sua capacidade de manipular uma porção crescente de trabalho de forma uniforme, estar preparado para crescer, ou suportar um aumento de carga sem piora do desempenho. (Anexo I - 1.4; 1.4.8)

Estatuto: Regulamento ou conjunto de regras de organização e funcionamento, acordado pelos sócios ou fundadores, de uma pessoa jurídica. As suas funções básicas, entre outras, são as seguintes: (1) Regular o funcionamento da entidade frente a terceiros (por exemplo, normas para a tomada de decisões, representantes, etc.); e (2) Regular os direitos e obrigações dos membros e das relações entre eles. (Anexo I - 1.2.1; 1.2.2; 1.2.4; 1.2.10)

Estrutura de Gestão de Riscos: Conjunto de componentes que fornecem os fundamentos e os arranjos organizacionais para a concepção, implementação, monitoramento, análise crítica e melhoria contínua da gestão de riscos através de toda a organização. (Anexo I - 1.6.1; 1.6.2; 1.6.3; 1.6.5; 1.6.6; 1.6.8; 1.6.9; 1.6.10)

Eventos Adversos: Qualquer ocorrência médica desfavorável que pode ocorrer durante ou após o uso de um medicamento ou outra intervenção em saúde, mas que não possui, necessariamente, relação causal com o uso desse medicamento ou intervenção. (Anexo I - 2.1.2; 3.1; 3.1.4; 3.4.2; 4.3.3)

Eventos Assistenciais: Ações de saúde ofertadas pela operadora de saúde que incluem as coberturas contratadas e a cobertura assistencial prevista no Rol de produtos da ANS. Conforme definido no Plano de Contas Padrão da ANS, os Eventos Assistenciais correspondem às despesas incorridas com o beneficiário do plano comercializado ou disponibilizado pela operadora, correspondentes a cobertura de riscos relativos a custos médicos, hospitalares e odontológicos, bem como todas as despesas incorridas com beneficiários de outras operadoras suportadas diretamente pela operadora em função de operações de corresponsabilidade pela gestão dos riscos decorrentes do atendimento dos beneficiários. (Anexo I - 1.4.4; 1.7.2; 2.4.1; 2.4.2)

Evento de Risco Raro e de Alta Severidade: Aquele que ocorre fora da experiência cotidiana de uma organização e, como tal, é frequentemente retratado como único, sem precedentes ou sem classificação. Caso venha ocorrer, trará perdas significativas à organização. Pode ser de origem interna ou externa. (Anexo I - 1.6.10)

F

Fatores de Risco: Condições que predispõem uma pessoa a maior risco de desenvolver uma doença. Podem ser genéticas, comportamentais, sociais, culturais ou ambientais. Os fatores de risco podem ser classificados em não modificáveis (sexo, idade e herança genética) e comportamentais (tabagismo, alimentação, atividade física, consumo de álcool e outras drogas). (Anexo I - 3.3; 3.3.2)

Fator de Qualidade: A Lei n.º 13.003/2014, que alterou o artigo 17º da Lei 9656/1998, estabeleceu o Fator de Qualidade, que se refere ao índice aplicado ao reajuste dos contratos firmados entre operadoras e prestadores de serviços de saúde. O Fator de Qualidade deverá ser aplicado ao índice

de reajuste utilizado pela ANS - Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), nas seguintes situações: quando há previsão de livre negociação entre as partes, como única forma de reajuste, e quando não há acordo após a negociação nos primeiros noventa dias do ano. O Fator de Qualidade poderá ser de 105%, 100% ou 85% do IPCA a depender do cumprimento dos requisitos de qualidade previstos em Nota Técnica atualizada anualmente. (Anexo I - 2.1.2, 2.1.3, 2.3.2)

Fee For Service (FFS): Ou Pagamento por Procedimento. Modelo de remuneração no qual os médicos e outros prestadores de cuidados de saúde são pagos por cada serviço realizado. (Anexo I - 1.4.8; 3.5; 3.5.4; 3.5.5; 3.5.6; 3.5.7)

Franquia: Mecanismo de regulação financeira que consiste no estabelecimento de valor até o qual a operadora não tem responsabilidade de cobertura, quer nos casos de reembolso ao beneficiário do plano privado de assistência à saúde ou nos casos de pagamento à rede credenciada ou referenciada. (Anexo I - 4.1.3; 4.2.1; 4.2.3; 4.3.1)

Fraude: Ato ilícito ou de má-fé que visa à obtenção de vantagens indevidas ou majoradas, para si ou para terceiros, geralmente através de omissões, inverdades, abuso de poder, quebra de confiança, burla de regras, dentre outros. (Art. 7º; Anexo I - 1.2; 1.2.6; 1.2.11; 1.2.12; 1.2.13; 1.2.16; 1.6.5; 1.6.6; 4.4.6)

Fraude Externa: Ação que acarreta benefício próprio e/ou prejuízo para a organização, cometida exclusivamente por agentes externos, sem envolvimento de colaboradores ou relacionados da instituição, ou seja, praticado por um terceiro. (Anexo I - 1.2.13; 1.6.5)

Fraude Interna: Ação ou omissão que possa acarretar benefício próprio e/ou prejuízo para a organização, com participação de colaboradores ou relacionados da instituição. (Anexo I - 1.2.13; 1.6.5)

G

Gestão de Riscos Corporativos: Atividades coordenadas para identificar, avaliar, mensurar, tratar e monitorar os riscos de uma organização, tendo por base a adequada compreensão dos tipos de risco, de suas características e interdependências, das fontes de risco e de seu potencial impacto sobre o negócio. A Gestão de Riscos Corporativos tem por objetivo apoiar a melhoria contínua de processos de trabalho e projetos e a alocação e utilização eficaz dos recursos disponíveis, contribuindo para o cumprimento dos objetivos da organização. Deve ocorrer no nível estratégico, tático e operacional. (Art. 12; Anexo I - 1; 1.6; 1.6.1; 1.6.2; 1.6.3; 1.6.4; 1.6.5; 1.6.6; 1.6.7; 1.6.8;

1.6.9; 1.6.10)

Gestão Organizacional: Administração da organização com o objetivo de alcançar metas, conquistar resultados positivos e manter a sua sustentabilidade, de forma eficiente e eficaz, através da organização, planejamento, liderança, condução de pessoas, liderança, gestão de riscos e controle dos recursos disponíveis. (Art. 2º; Art. 12; Anexo I - 1)

Gestor: É o responsável por administrar e coordenar as atividades de uma determinada área ou departamento. Também é o responsável pela articulação entre equipes e gerência, trabalhando junto aos colaboradores para garantir que as metas sejam cumpridas e que as necessidades da equipe sejam atendidas. Enquanto o Gerente possui um papel mais administrativo, focado no desenvolvimento de estratégias da organização, o gestor atua com maior proximidade da equipe agindo como um facilitador para que as metas estabelecidas possam ser alcançadas. (Anexo I - 1.1.1; 1.1.3; 1.1.4; 1.2.2; 1.2.6; 1.2.9; 1.3.1; 1.3.8; 1.4.4; 1.5.1; 1.6; 1.6.3; 1.6.5; 1.8; 1.8.2; 4.2.4)

Gestor de Riscos Corporativos: Profissional que atua com independência dentro da organização, com suficiente qualificação técnica e experiência, responsável por supervisionar continuamente a Gestão de Riscos Corporativos da Operadora. (Anexo I - 1.6; 1.6.3)

Governança Corporativa: Sistema pelo qual as organizações são dirigidas, monitoradas e incentivadas, envolvendo os relacionamentos entre sócios, conselho de administração, diretoria, órgãos de fiscalização e controle e demais partes interessadas. (Art. 12; Anexo I - 1; 1.2; 1.2.9; 1.2.14)

Grupo Econômico: Quando uma ou mais empresas, embora tendo cada uma delas personalidade jurídica própria, estiverem sob a direção, controle ou administração de outra. Formalmente constituído entre uma empresa controladora e as empresas por ela controladas. (Anexo I - 1.2.12; 1.2.17; 1.6; 1.6.1; 1.6.2; 1.6.3; 1.6.4; 1.6.5; 1.6.6; 1.6.7; 1.6.8; 1.6.9; 1.6.10; 1.7.4; 1.7.11)

Guia de Orientação de Contratação Eletrônica: Guia da ANS que descreve os recursos mínimos, seguindo as melhores práticas em comércio eletrônico, para disponibilização de informações essenciais ao consumidor no momento da venda on line de planos de saúde, e orientações sobre boas práticas operacionais para comercialização eletrônica. (Anexo I - 4.1.6)

H

Hábitos Saudáveis: Alimentação adequada e balanceada; a prática regular de exercícios físicos; a convivência social estimulante; e a busca, em qualquer fase da vida, de uma atividade ocupacional prazerosa e de mecanismos de atenuação do estresse. (Anexo I - 3.3.13)

I

Iatrogenia: Doença ou danos materiais e psicológicos causados ao paciente em decorrência de medicamento ou procedimento com finalidade diagnóstica ou terapêutica prescrito ou executado por médico ou outro profissional da saúde. Sob esta óptica, os "erros médicos", tais como os conhecemos no Código de Ética Médica (imperícia, imprudência, negligência) se enquadram na categoria de iatrogenias, no entendimento contemporâneo. (Anexo I - 3.1)

Impacto em Saúde: Mudanças nos riscos na saúde (podendo ser tanto negativas como positivas, individual ou coletivas), causadas por uma política, um programa, um plano ou projetos de desenvolvimento em uma população definida. Estas mudanças podem ser diretas e imediatas, ou indiretas ou tardias. (Anexo I -3.3.16)

Indicadores de Atenção em Saúde: Métricas para mensurar eventos em saúde, seja da carteira ou de públicos selecionados, incluindo os indicadores do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar - IDSS. (Anexo I - 1.8.4)

Indicadores de Segurança do Paciente: Indicadores da qualidade específicos que refletem a qualidade do cuidado nos hospitais, com foco em aspectos da segurança do paciente. Rastreiam problemas que os pacientes vivenciam como resultado da exposição ao sistema de saúde, e que são susceptíveis à prevenção, através de mudanças ao nível do sistema ou do prestador. (Anexo I

- 3.1.3; 3.1.7)

Indicadores de Qualidade: Instrumentos de acompanhamento e medição utilizados para avaliar o desempenho da organização e promover melhorias contínuas no processo. (Anexo I - 1.8.4; 2.3.2; 3.1.3; 3.1.7; 3.5.1)

Indicadores Estratégicos: São aqueles atrelados ao planejamento estratégico da organização e, por isso, estão ligados à missão e à visão estabelecidas para a instituição. São pautados em análises prévias dos cenários interno e externo da organização. Internamente, questões como modelo de negócios, diferenciais que a empresa tem, capacidade de inovação e capital intelectual são avaliadas. Externamente, são analisados os concorrentes, a situação econômica do país, políticas do setor de atuação, legislações e outras variáveis que impactam as atividades. (Anexo I - 1.1.2)

Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS): Medida de análise de desempenho que avalia a eficiência das operadoras de planos privados de assistência à saúde. É um componente do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar, calculado a partir do resultado obtido em indicadores criados e agrupados, por suas características, em quatro dimensões: assistência prestada pelas operadoras a seus clientes, aspectos econômico financeiros, estrutura e operação da Operadora e satisfação do cliente. Nesse cálculo, são utilizadas as informações sobre beneficiários, produtos e situação econômico-financeira encaminhadas pelas próprias operadoras para os sistemas de informações da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), dentro de cada período analisado (12 meses), bem como as informações apuradas em processos administrativos sancionadores. (Art. 11; Art. 18; Art. 30; Anexo I - 1.8.4; 3.1.7; 4.1.4; 4.4.4; 4.4.7)

Integridade das Informações/Dados: Corresponde à preservação da precisão, consistência e confiabilidade das informações e sistemas pela organização ao longo dos processos ou de seu ciclo de vida. (Anexo I - 1.4.2; 1.4.5; 1.5.1; 1.5.3)

J

Junta Médica/Odontológica: Junta formada por profissionais médicos ou cirurgiões-dentistas para avaliar, do ponto de vista técnico e científico, a adequação da indicação clínica do profissional assistente, que foi objeto de divergência técnico-assistencial pelo profissional da operadora, podendo ocorrer na modalidade presencial ou à distância. O normativo da ANS dispõe que deve ser formada por três profissionais, quais sejam, o assistente, o da operadora e o desempatador (podendo ser profissional médico ou cirurgião-dentista, com registro nos respectivos conselhos profissionais). (Anexo I - 2.4)

L

Lavagem de Dinheiro: Atividade de investir, ocultar, substituir ou transformar e restituir o dinheiro de origem sempre ilícita aos circuitos econômico-financeiros legais, incorporando-o a qualquer tipo de negócio como se fosse obtido de forma lícita. (Anexo I - 1.2.12; 1.2.13)

M

Manifestação do Beneficiário: Forma ou meio pelo qual o beneficiário registra contato com a Operadora. Engloba as reclamações, as consultas, solicitações, elogios ou denúncias. (Anexo I - 4.2.1)

Mapa Estratégico: Representação dos objetivos estratégicos de uma organização, bem como as relações de causa e efeito entre eles. (Anexo I - 1.1.2)

Margem de Solvência: Regra de Capital que define um montante variável a ser observado em função do volume de contraprestações e eventos indenizáveis aferidos pela operadora. (Art. 31)

Marketing de Relacionamento: Estratégia que tem o objetivo de criar e manter um relacionamento próximo entre a organização e seus clientes. Envolve todas as ações realizadas pela organização para manter seu público fiel e em constante relacionamento com a empresa. (Anexo I - 4.2.4; 4.3)

Matriz de Prioridade - GUT (Gravidade, Urgência e Tendência): Ferramenta utilizada pelas organizações, principalmente com o intuito de priorizar os problemas levando em consideração sua gravidade, urgência e tendência. Auxilia na formação de estratégias, gestão de projetos e também na coleta de dados. Permite quantificar as informações e pontuar os itens analisados de acordo com o seu grau de prioridade. (Anexo I - 1.8.6)

Matriz de Riscos: Ferramenta para avaliação de fatores de risco que apresenta grande poder de comunicação visual. Nela são registrados os riscos identificados que podem afetar o alcance dos objetivos estratégicos da organização, a avaliação de seus impactos e a probabilidade de ocorrência para os processos, os controles existentes, etapas e atividades de uma organização. Também conhecida como Matriz de Probabilidade e Impacto. (Anexo I - 1.6.2; 1.6.5; 1.6.6)

Matriz SWOT: Instrumento utilizado no planejamento estratégico, no qual se relacionam as condições externas e internas relativas à organização. O Acrônimo SWOT significa: Strengths (pontos fortes), Weaknesses (pontos fracos), Opportunities (oportunidades) e Threats (ameaças). Promove-se a orientação estratégica para que se possam alinhar os subsistemas internos da instituição com as mudanças do ambiente, antecipando-se às percepções e exigências de sua clientela. A análise possibilita identificar as oportunidades que a organização pode utilizar para melhorar seu desempenho e as ameaças que podem afetá-la (ambiente externo), além de suas forças e fraquezas (ambiente interno). Assim, a organização pode aproveitar as oportunidades e reduzir os seus riscos, se adequando às constantes transformações que ocorrem no cenário mundial. As oportunidades são fatores externos que a organização pode ser capaz de explorar em seu favor. As ameaças são tendências ou fatores externos desfavoráveis, que podem apresentar desafios ao desempenho da organização. Os pontos fortes são habilidades internas que podem ajudar a organização a atingir seus objetivos. Já os pontos fracos são limitações internas que podem alterar a capacidade das empresas de atingir seus objetivos. (Anexo I - 1.1.7; 4.2.4)

Mecanismo Formal de Comunicação: Toda forma de comunicação registrada, com modelos predeterminados, com seu trâmite registrado e documentado pelas áreas responsáveis. Poderão ser considerados mecanismos formais de comunicação: e-mails, ofícios, atas, memorandos, etc. (Anexo I - 1.2.9)

Mediação de Conflitos: É um processo no qual, com a ajuda de um terceiro, as partes em conflito constroem um acordo favorável a ambas. Um mediador imparcial e conhecedor das técnicas apropriadas conduz o andamento da mediação e as partes têm autonomia para se chegar ou não a um consenso. Na mediação de conflitos, a solução é alcançada e construída pelas próprias partes envolvidas (teoria do ganha-ganha), e há possibilidade de redução significativa da duração do conflito. (Anexo I - 1.3.8; 4.2.2)

Médico Generalista: Médico com especialização em Clínica Geral ou Saúde da Família ou cuja prática não seja restrita a uma área específica da medicina. (Anexo I - 2.1.1; 2.2; 2.2.1; 2.2.2)

Mentoring: Ferramenta de desenvolvimento profissional que consiste em uma pessoa experiente (mentor) ajudar outra menos experiente. O mentor é alguém que tem vasta experiência profissional no campo de trabalho da pessoa que está sendo ajudada. O mentoring inclui conversas e debates acerca de assuntos que não estão necessariamente ligados ao trabalho. Este processo possibilita o aprendizado e consequente desenvolvimento na carreira do profissional mais jovem. (Anexo I - 1.3.3)

Metas: Resultados a serem alcançados pela organização para atingir os objetivos propostos. Permitem um melhor controle do desempenho, pois são observáveis, contêm prazos de execução e devem ser quantificadas por meio de indicadores. (Anexo I - 1.1; 1.1.2; 1.1.4; 1.1.5; 1.1.6; 1.2.7;

1.3.7; 1.4.1; 1.4.4; 1.6.9; 1.7.1; 1.7.2; 1.7.6; 1.7.10; 1.8.3; 1.8.4; 1.8.5; 1.8.8; 2.2.4; 3.3.10; 3.3.16;

3.5; 3.5.4; 4.2.5; 4.4.9)

Método 5W2H: Ferramenta da qualidade que visa responder a sete questões fundamentais para elaboração de um plano de ação: What (O quê?), Who (Quem?), Where (Onde?), When (Quando?), Why (Por quê?), How (Como?) e How Much (Quanto custa?). As respostas destas questões estão interligadas e definem as ações que devem ser tomadas, de que maneira serão realizadas e quais os responsáveis pela execução de tais atividades. (Anexo I - 1.8.6)

Missão: Razão de ser de uma organização, o principal objetivo de suas atividades e o que a organização pretende oferecer com seus produtos e serviços. Além disso, apresenta os benefícios gerados e como a sua atuação agrega valor para os clientes e os outros públicos com que se relaciona. (Anexo I - 1.1; 1.1.1; 1.3.1; 1.3.2)

Modelo de Negócio: É o modelo que descreve a lógica de criação, entrega e captura de valor, por parte de uma organização. Uma organização adota um modelo de negócio a fim de determinar o produto, ou serviço que produz ou fornece, além do método de produção, o seu público alvo e suas fontes de receita. (Anexo I - 1.1; 1.1.1; 1.4.8; 1.6)

Modelo de Remuneração: Política de pagamento - sistema de reembolso ou forma de alocação de recursos para prestadores de serviços, os quais podem ser profissionais individuais (médicos generalistas; especialistas; fisioterapeutas; dentistas; enfermeiros, etc.) e instituições prestadoras de serviços de saúde (hospitais, casas de saúde, agências de saúde, clínicas, laboratórios, etc.). É a maneira pela qual o recurso financeiro é alocado ao prestador de serviços de saúde pelas fontes pagadoras (por exemplo, governos, empresas de planos de saúde ou pacientes). A forma como se estabelece a remuneração dos prestadores de Serviços não deve ser confundida com os valores monetários pagos aos prestadores. Exemplos de Modelos de remuneração: Fee For Service (pagamento por procedimentos); Fee for Performance (pagamento por desempenho); Capitation; Diagnosis Related Groupings (DRG), Orçamentação (Global ou Parcial), Bundled Payments for Care Improvement (BPCI), dentre outros. (Anexo I - 1.4.8; 3.1.2. 3.1.3; 3.5; 3.5.1; 3.5.5; 3.5.6;

3.5.7)

Monitoramento: Observação e registro regular das atividades de um projeto ou programa, com o objetivo identificar tanto não conformidades reais como potenciais, e ainda, apontar pontos de melhoria. (Anexo I - 1.1.4; 1.1.5; 1.1.6; 1.2.12; 1.2.14; 1.3.5; 1.4.2; 1.5.1; 1.6; 1.6.1; 1.6.2; 1.6.3;

1.8.1; 1.8.3; 1.8.5; 1.8.6; 2.1.2; 2.2.4; 2.3.1; 2.4.2; 3; 3.1.3; 3.1.6; 3.1.7; 3.2.1; 3.3.3; 3.3.15; 3.4.2;

3.5.1; 4.2.1; 4.2.4; 4.2.5; 4.3.3;)

Morbidade: Variável característica das comunidades de seres vivos, que se refere ao conjunto dos indivíduos que adquiriram doenças num dado intervalo de tempo. Denota-se morbidade ao comportamento das doenças e dos agravos à saúde em uma população exposta. (Anexo I - 1.7.3; 1.7.12; 3.2.4; 3.3.2; 3.3.5; 3.3.14)

Multidisciplinar: Atividades ou ações realizadas por representantes de uma série de profissões, disciplinas ou áreas de serviço. (Anexo I - 1.8.2)

N

NIP (Notificação de Intermediação Preliminar): Instrumento de mediação que visa à solução consensual de conflitos entre operadoras e beneficiários de planos de saúde. A partir da demanda cadastrada pelo usuário através dos canais de atendimento da ANS, a operadora é notificada, por meio eletrônico, e tem até dez dias úteis para adotar as medidas necessárias à solução do problema. (Anexo I - 2.4.2)

Nível de Acesso: Ferramenta de segurança da informação que permite determinar quais áreas do sistema cada usuário tem permissão de acessar de acordo com sua categoria. Funciona de forma hierárquica: usuários não podem excluir e/ou editar informações de usuários de hierarquias iguais ou superiores aos dele. (Anexo I - 1.2.2; 1.5.1)

Níveis de Atenção à Saúde: Categoria proposta pela Organização Mundial de Saúde para organizar os sistemas de saúde em níveis de atenção, descritos como: primário, secundário e terciário, que buscam promover, restaurar e manter a saúde dos indivíduos. A atenção primária constitui a porta de entrada preferencial nos sistemas de saúde, que corresponde ao primeiro nível de atenção à saúde e que desempenha ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento e reabilitação de pacientes. Por sua vez, a atenção secundária é oferecida por unidades assistenciais de saúde nas situações em que é demandada a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico para atender aos principais problemas de saúde e agravos da população. Já a atenção terciária é ofertada por unidades assistenciais de saúde que realizam procedimentos envolvendo alta tecnologia e alto custo. (Anexo I - 2.2.1; 3.2; 3.2.1; 3.2.2; 3.2.3; 3.2.4; 3.3.6; 3.3.15)

Nível de Risco: Magnitude de um risco, expressa em termos da combinação de sua probabilidade e impacto. (Anexo I - 1.6.7)

Nota Técnica de Registro de Produtos (NTRP): Documento elaborado por atuário legalmente habilitado em que são descritas as formulações e observações necessárias ao cálculo da formação dos preços dos planos e produtos de assistência suplementar à saúde. (Anexo I - 1.7.10)

Notivisa: Sistema informatizado desenvolvido pela Anvisa para receber notificações de incidentes, eventos adversos e queixas técnicas relacionadas ao uso de produtos e de serviços sob vigilância sanitária. (Anexo I - 2.1.2; 2.3.2; 2.3.4; 4.3.3)

Núcleo de Segurança do Paciente - NSP: Instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente, consistindo em um componente extremamente importante na busca pela qualidade das atividades desenvolvidas nos serviços de saúde. É função primordial do NSP a integração das diferentes instâncias que trabalham com riscos na instituição, considerando o paciente como sujeito e objeto final do cuidado em saúde. (Anexo I - 2.1.2; 2.3.4)

O

Objetivos Estratégicos: Metas globais e amplas da organização, que devem estar diretamente relacionadas à missão e à estratégia global da instituição. (Anexo I - 1.1.2; 1.1.3; 1.1.5; 1.1.6; 1.2.7; 1.3.7; 1.6; 1.6.8; 1.6.9; 1.7.1; 1.7.2; 1.7.6; 1.7.10; 1.8.3; 1.8.4; 1.8.8; 3.3.10; 4.2.5; 4.4.9)

P

Paciente Crônico: Indivíduo portador de patologia (s) que levam à necessidade de acompanhamento médico prolongado, podendo evoluir ou não para a dependência parcial ou total. (Anexo I - 3.2.3; 3.2.4; 3.2.5; 3.3.3; 3.3.11)

Paciente Crônico Complexo: Indivíduo com múltiplas comorbidades e comprometimentos funcionais, que demandam ações específicas de saúde. (Anexo I - 3.2.3; 3.2.4; 3.3.11)

Parecer Adverso: Parecer emitido quando o auditor verifica a existência de efeitos que, isolada ou conjugadamente, forem de tal relevância que comprometam o conjunto das demonstrações financeiras. No seu julgamento deve considerar tanto as distorções provocadas quanto a apresentação inadequada ou substancialmente incompleta das demonstrações contábeis. (Art. 11)

Parecer com Abstenção de Opinião: Pode ser de dois tipos: Por limitação na Extensão e Por Incertezas. O parecer com abstenção de opinião por limitação na extensão é emitido quando houver limitação significativa na extensão do exame que impossibilite o auditor de formar opinião sobre as demonstrações financeiras, por não ter obtido comprovação suficiente para fundamentá-la, ou pela existência de múltiplas e complexas incertezas que afetem um número significativo de rubricas das demonstrações contábeis. O parecer com abstenção de opinião por incertezas é emitido quando, devido à relevância das incertezas apresentadas, o auditor não tem condições de emitir opinião sobre as demonstrações financeiras. (Art. 11)

Partes Interessadas: Públicos relevantes com interesses pertinentes à organização, ou ainda, indivíduos ou entidades que assumam algum tipo de risco, direto ou indireto, perante a organização. São exemplos: acionistas, funcionários, clientes, fornecedores, credores, governo, entre outros. (Anexo I - 1.2; 1.2.2; 1.2.8; 1.2.12; 1.2.14; 1.2.15; 1.6.1; 1.6.7; 1.8.8)

Patrimônio Líquido Ajustado: Patrimônio Líquido ou Social, apurado nas demonstrações financeiras das operadoras, ajustado por efeitos econômicos regulamentados pela ANS. (Anexo II - ver Capital Regulatório)

PDCA: Ferramenta de gestão que tem como objetivo facilitar a análise, gestão e controle de um processo, a fim de promover sua melhoria contínua por meio de um circuito de quatro ações: planejar (plan), fazer (do), checar (check) e agir (act). O ciclo começa pelo planejamento, em seguida a ação ou conjunto de ações planejadas são executadas, checa-se o que foi feito, se estava de acordo com o planejado, constantemente e repetidamente (ciclicamente) e toma-se uma ação para eliminar ou ao menos mitigar defeitos no produto ou na execução. (Anexo I - 1.8.1)

Perda Operacional: Valor quantificável associado à falha, deficiência ou inadequação de processos internos, pessoas; sistemas e tecnologia, ou decorrente de fraudes ou eventos externos. (Anexo I - 1.6.6)

Perfil de Risco: Descrição do conjunto de riscos a que uma organização se encontra exposta, de acordo com os processos e metodologias empregadas para a identificação de riscos. (Anexo I - 1.6.1; 1.6.3)

Perfil Demográfico: Análise das características de uma população, utilizando alguns aspectos do comportamento demográfico para auxiliar na definição do perfil de saúde da população. Os indicadores básicos de saúde, inseridos no tema demografia, estão distribuídos em três subtemas: fecundidade, mortalidade e longevidade. (Anexo I - 2.1; 2.1.1)

Perfil Epidemiológico: Levantamento detalhado das características sociais e demográficas, ocorrência de morbimortalidade, condições ambientais e de consumo coletivo, e de controle social. É um indicador observacional das condições de vida, do processo saúde-doença e do estágio de desenvolvimento da população. (Anexo I - 2.1; 2.1.1; 3.3.14)

Pesquisa de Satisfação de Beneficiários: Entrevista com os beneficiários da Operadora utilizando questionário para avaliar o grau de satisfação quanto aos serviços prestados pela Operadora. (Art. 4º; Anexo I - 4.4; 4.4.1; 4.4.2; 4.4.3; 4.4.4; 4.4.5; 4.4.6; 4.4.7; 4.4.8; 4.4.9; Anexo V)

Planejamento Estratégico: Determinação das políticas e dos programas estratégicos necessários para se atingir objetivos específicos rumo à consecução das metas. Busca-se no planejamento estratégico a oportunidade de promover discussão sobre os objetivos a longo prazo e sobre os meios e ações para alcançá-los. (Anexo I - 1.1; 1.1.3; 1.1.4; 1.1.5; 1.1.6; 1.1.7; 1.3.9; 1.4.1; 1.4.3;

1.6.2; 1.6.10; 1.8; 1.8.3; 3.1; 4.2.4)

Plano de Ação: Conjunto de ações necessárias para atingir uma ou mais metas. Pode envolver ou não outras áreas e demandar alocação de recursos financeiros, humanos e/ou tecnológicos. Deverá ter a designação do(s) responsável(is) pela implementação das ações necessárias, estabelecendo prazos para conclusão e períodos de avaliação do andamento. (Anexo I - 1.1.2; 1.1.3; 1.1.6; 1.2.6; 1.2.7; 1.3.7; 1.6.3; 1.6.7; 1.6.9; 1.7.1; 1.7.2; 1.7.6; 1.7.10; 1.8.1; 1.8.6; 2.2.4;

3.1.7; 3.3.10; 3.3.16; 3.3.17; 4.2.5; 4.2.8; 4.4.9)

Plano de Contingência: Conjunto de diretrizes prévias e decisões que devem ser tomadas para reduzir o impacto negativo que pode ser causado por uma situação desastrosa. Ele precisa conter todos os procedimentos que devem ser adotados para reduzir o tempo de parada forçada dos serviços e, conseqüentemente, evitar que mais danos sejam causados por razão do incidente. (Anexo I - 1.4.1; 1.4.3; 1.6)

Plano de Continuidade do Negócio: Desenvolvimento preventivo de um conjunto de estratégias e planos de ação de maneira a garantir que os serviços essenciais sejam devidamente identificados e preservados após a ocorrência de situação que afete o funcionamento normal da organização, até o retorno à situação normal de funcionamento dentro do contexto do negócio do qual faz parte. (Anexo I - 1.6; 1.6.7)

Plano de Livre Escolha: Modalidade de plano de saúde na qual o beneficiário escolhe o médico e hospital da sua preferência e depois solicita o reembolso à operadora do plano. (Anexo I - 4.3.2)

Plano de Segurança do Paciente (PSP): Documento previsto pela RDC ANVISA Nº 36 de 2013 que deve estabelecer para as instituições de saúde estratégias e ações de gestão de risco e segurança do paciente, com base na legislação nacional e nas metas internacionais de segurança do paciente, para que as instituições possam assegurar ao máximo uma assistência à saúde segura, livre de danos aos seus pacientes (Anexo I - 3.1.1; 3.1.7)

Plano Diretor de Tecnologia da Informação (PDTI): Instrumento de diagnóstico, planejamento e gestão dos recursos e processos de TI que visa atender às necessidades tecnológicas e de informação de um órgão ou entidade por um determinado período. Deve estar alinhado e integrado com o planejamento estratégico da instituição e tem como objetivo estabelecer metas e ações da área de TI. (Anexo I - 1.4.1; 1.4.2; 1.4.3; 1.4.8)

Plano Estruturado da Atenção Primária à Saúde: Documento que, de modo coerente e integrado, contempla os diversos esforços qualitativos que os profissionais e/ou instituições realizam de maneira a potencializar os benefícios para os usuários. O Plano estruturado configura-se como um documento contendo: objetivos, política, diretrizes, atividades que serão desenvolvidas, finalidades e resultados esperados das ações relacionadas à Atenção Primária à Saúde, contendo a justificativa técnica para a escolha da população abordada. (Anexo I - 2.2; 2.2.4; 3.2.3)

Plano Privado de Assistência à Saúde: Contrato de prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço preestabelecido ou pós-estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde livremente escolhidos mediante pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor, às expensas da operadora. (Art. 1º, Anexo I - 1.5.4; 2.3.6)

Política de Incentivo: Tem o objetivo de engajar os trabalhadores e reter talentos dentro da organização. Quando bem elaborada, a política de incentivo tem o poder de aumentar os níveis de eficiência, produtividade e engajamento das equipes e indivíduos, gerando assim, melhores resultados empresariais. (Anexo I - 3.1.5; 3.5.1; 3.5.2; 3.5.3)

Política de Investimento de Ativos Financeiros: Instrumento de planejamento que compreende um conjunto de diretrizes e medidas que norteiam a gestão de ativos financeiros. (Anexo I - 1.7.4)

Política de Segurança da Informação: Documento que deve conter um conjunto de normas, métodos e procedimentos, de diretrizes e melhores práticas em gestão da segurança da informação, os quais devem ser comunicados a todos os funcionários, bem como analisado e revisado criticamente, em intervalos regulares ou quando mudanças se fizerem necessárias. (Anexo I - 1.5.1; 1.5.2)

Ponto Crítico: Críticas e pontos negativos em relação à operadora e /ou serviços assistenciais prestados mencionados pelos beneficiários na Pesquisa de Satisfação. (Anexo I - 1.3.7; 4.2.5; 4.2.8; 4.4.9)

População-Alvo: É a população maior de onde provém a amostra e para que são feitas interferências. (Anexo I - 2.2.2; 2.2.5; 3.2.3; 3.3.1; 3.3.2; 3.3.3; 3.3.10; 3.3.11; 4.4.2)

Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar (PIN-SS): Consiste no repositório de informações individualizadas relativas ao beneficiário, titular ou dependente do plano privado de saúde, em área específica e restrita do portal da operadora, contendo informações cadastrais e de utilização dos serviços. (Anexo I - 4.3.1; 4.3.4)

Privacidade: Garantia da confidencialidade de toda e qualquer informação pessoal zelando pela integridade de beneficiários e prestadores. (Anexo I - 1.5; 1.5.2; 2.3.3)

Processos Principais: São aqueles que agregam valor diretamente aos clientes da organização. São também denominados "processos fim", "processos finalísticos" ou "processos primários". Estão relacionados à geração dos produtos, bens e serviços, para atender às necessidades e expectativas dos clientes e demais partes interessadas. (Anexo I - 1.6.9; 1.8.1; 1.8.4)

Programa de Gestão do Cuidado de Condições Crônicas de Saúde: Conjunto de estratégias orientadas para um grupo de indivíduos portadores de doenças crônicas e com risco assistencial, incorporando ações para prevenção secundária e terciária, compressão da morbidade e redução dos anos perdidos por incapacidade. (Art. 21; Anexo I - 3.3; 3.3.1; 3.3.5; 3.3.11; 3.3.12; 3.3.15;

3.3.16; 3.3.17; 3.4.4)

Programa de Integridade: Consiste, no âmbito de uma pessoa jurídica, no conjunto de mecanismos e procedimentos internos de integridade, auditoria e incentivo à denúncia de irregularidades e na aplicação efetiva de códigos de ética e de conduta, políticas e diretrizes, com objetivo de detectar e sanar desvios, fraudes, irregularidades e atos ilícitos praticados contra a administração pública, nacional ou estrangeira. Deve ser estruturado, aplicado e atualizado de acordo com as características e riscos atuais das atividades de cada pessoa jurídica, a qual, por sua vez, deve garantir o constante aprimoramento e adaptação do referido programa, visando garantir sua efetividade. (Anexo I - 1.2.12; 1.2.17)

Programa de Melhoria da Qualidade: Programa que propõe introduzir mudança de valores e comportamentos individuais e organizacionais, servindo como transposição para uma cultura gerencial, de caráter estratégico visando implementar e institucionalizar boas práticas de gestão. É orientado pelos fundamentos da Qualidade e por princípios norteadores das ações decorrentes, estruturado de tal forma que agrega valor para efetiva melhoria da qualidade na gestão organizacional. (Anexo I - 1.8; 1.8.1; 1.8.8)

Programa de Qualidade de Vida e Bem-Estar do Trabalhador: Programa que visa identificar os pontos favoráveis e desfavoráveis de um ambiente de trabalho para as pessoas, desenvolvendo um ambiente de trabalho que seja bom tanto para os trabalhadores como também propicie à organização atingir seus resultados. Busca o equilíbrio dinâmico e harmônico entre as necessidades humanas, biológicas, psicológicas sociais e organizacionais e os princípios do trabalho ergonomicamente correto e sustentável. (Anexo I - 1.3.8)

Programa de Saúde Ocupacional: Idealizado com o objetivo de promover a melhoria das condições de trabalho e outros aspectos de higiene ambiental, de modo a construir um ambiente de trabalho saudável, onde gestores e trabalhadores colaboram para processos de melhoria contínua de proteção e promoção da segurança, saúde e bem-estar de todos. (Anexo I - 1.3.8)

Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP): Programa instituído pelo Ministério da Saúde (MS), em 2013, através da Portaria do MS nº 529, de 1º de abril de 2013, com o objetivo de criar no Brasil um programa de contribuição para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde. O pilar do PNSP são as seis metas de Segurança do Paciente: identificar corretamente o paciente; melhorar a comunicação entre os 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; reduzir o risco de quedas e úlceras por pressão. (Anexo I - 2.1.2; 3.1; 3.4.2)

Programa para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças: Conjunto orientado de estratégias e ações programáticas integradas que objetivam a promoção da saúde; a prevenção de riscos, agravos e doenças; a compressão da morbidade; a redução dos anos perdidos por incapacidade e o aumento da qualidade de vida dos indivíduos e populações. As estratégias dos programas estão orientadas para a manutenção da capacidade funcional e da autonomia dos indivíduos, ao longo do curso da vida, incorporando ações para a promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças, desde o pré-natal até as idades mais avançadas. São tipos de modelagens de programas: programa para gerenciamento de crônicos; programa para população-alvo específica; programa para promoção do envelhecimento ativo ao longo do curso da vida; entre outros. (Anexo I -3.3.14)

Prontuário Eletrônico: Software que permite o armazenamento de todas as informações clínicas e administrativas do paciente, tendo como principal objetivo registrar os procedimentos, medicamentos, plano de cuidado, profissionais assistentes e o fluxo de atendimento do beneficiário realizado por profissionais de saúde. (Anexo I - 3.1.5; 3.3.9; 3.3.15)

Proprietário: São os sócios, acionistas, cotistas, cooperados ou associados da Operadora. (Anexo I - 1.2.10)

Protocolo Clínico: Documento que normaliza um padrão de atendimento a determinada patologia ou condição clínica, identificando as ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. (Anexo I - 3.3.5; 3.5.2)

Protocolo Operacional: O Protocolo ou Procedimento Operacional Padrão (POP) é um documento que expressa o planejamento do trabalho repetitivo, e tem como objetivo a padronização dos procedimentos e a minimização da ocorrência de desvios na execução da atividade. Assim, um POP garante que as ações sejam realizadas da mesma forma, independente do profissional executante ou de qualquer outro fator envolvido no processo, diminuindo assim as variações causadas por imperícia ou por adaptações aleatórias. (Anexo I - 2.3.6)

Provisões Técnicas: Montante a ser contabilizado em contas do balanço patrimonial da operadora de plano privado de assistência à saúde, com o objetivo de dimensionar as suas obrigações futuras decorrentes de riscos ocorridos ou não, possibilitando a avaliação adequada de suas responsabilidades, previstas nas normas aplicáveis. (Anexo I - 1.7.3; 1.7.5; 1.7.6; 1.7.10; 1.7.11;

1.7.12; 1.7.13)

Q

Qualidade de Vida: Percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto de sua cultura e no sistema de valores em que vive e em relação a suas expectativas, seus padrões e suas preocupações. Considera a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e a relação com aspectos significativos do meio ambiente. (Anexo I - 1.2.15; 1.3.8; 3.2.4; 3.3.5; 3.3.7; 3.3.13; 3.3.14)

Qualidade dos Dados: Valor atribuído às propriedades da informação disponibilizada. É determinada a partir da forma como tais elementos foram elaborados, inseridos, manipulados e armazenados. A qualidade de dados é essencial para os processos transacionais, operacionais e estratégias de marketing e negócios de uma organização. (Anexo I - 1.4.5)

QUALISS: Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Possui natureza indutora da melhoria da qualidade setorial, com a participação voluntária dos prestadores de serviços. (Anexo I - 2.1.2; 2.1.3; 2.3.2; 2.3.5; 4.3.3)

Se $NF < 70$, então, a operadora não está apta a acreditação.

As faixas de classificação e requisitos por Nível estão descritas na Resolução Normativa.

Observações

As operadoras que possuírem certificação de Boas Práticas em Atenção Primária à Saúde - APS, de acordo com a Resolução Normativa 440 de 2018, receberão a pontuação integral dos itens 2.2.1, 2.2.2, 2.2.3, 2.2.4 e 2.2.6 do requisito 2.2 - Estrutura da Rede Prestadora com base na Atenção Primária à Saúde - APS, da Dimensão 2, que se refere à Gestão da Rede Prestadora de Serviços de Saúde. As Operadoras receberão também a pontuação integral dos requisitos 3.2 - Coordenação e Integração do Cuidado, e 3.3 - Programa de Gestão do Cuidado de Condições Crônicas de Saúde, compreendidos na Dimensão 3 - Gestão em Saúde, da presente norma, tendo em vista que ambos estão subsumidos em uma rede organizada na APS.

Caso o final de vigência da certificação em APS seja anterior ao final de vigência do certificado de acreditação da operadora, a entidade acreditadora deverá verificar, durante a auditoria de manutenção, o atendimento aos itens 2.2.1, 2.2.2, 2.2.3, 2.2.4 e 2.2.6 e aos requisitos 3.2 e 3.3, reavaliando a pontuação total da operadora, o que pode ensejar a perda da acreditação.

Pontuação para Nível I de Acreditação

Por fim, considerando que há 45 itens de excelência, distribuídos em 21 requisitos, é necessário que a operadora do segmento médico-hospitalar cumpra, ao menos, 36 itens de excelência (80% x 45) para atingir o nível máximo (Nível I) da acreditação, conforme critérios definidos para os níveis de acreditação, contidos no corpo da Resolução Normativa.

Para operadoras do segmento exclusivamente odontológico, há 32 itens de excelência, conforme indicado no Quadro II, tendo em vista que os itens apontados no Quadro IV não se aplicam às operadoras deste segmento. Portanto, é necessário que a operadora do segmento exclusivamente odontológico cumpra, ao menos, 25 itens de excelência (80% x 32), para atingir o nível máximo (Nível I) da acreditação, conforme critérios definidos para os níveis de acreditação, contidos no corpo da Resolução Normativa.

Para operadoras do segmento de Autogestões, há 44 itens de excelência, conforme indicado no Quadro III, tendo em vista que os itens apontados no Quadro V não se aplicam às Autogestões. Portanto, é necessário que a operadora do segmento de Autogestões cumpra ao menos 35 itens de excelência (80% x 44) para atingir o nível máximo (Nível I) da acreditação, conforme critérios definidos para os níveis de acreditação, contidos no corpo da Resolução Normativa.

Quadro I - Quantidade de Dimensões, Requisitos e Itens por classificação para operadoras do segmento Médico-Hospitalar

Dimensão	Dimensão e Requisitos	Quantidade de Requisitos	Itens	Total de Itens	Itens Essenciais	Itens Complementares	Itens de Excelência
	1. Gestão Organizacional						
8 Requisitos	1.1 Planejamento e Gestão Estratégica	8	7	78	4	2	1
	1.2 Sistema de Governança Corporativa		17		8	4	5
	1.3 Política de gestão de pessoas e desenvolvimento de lideranças		10		5	2	3
	1.4 Tecnologia da Informação		9		3	4	2
	1.5 Política de segurança e privacidade das informações		4		4	0	0
	1.6 Gestão de Riscos Corporativos		10		2	5	3
	1.7 Sustentabilidade da Operadora		13		4	6	3
	1.8 Programa de Melhoria da Qualidade - PMQ		8		4	3	1
	2. Gestão da Rede Prestadora de Serviços de Saúde						
4 Requisitos	2.1 Acesso do beneficiário à rede prestadora de serviços de saúde	4	7	23	4	2	1
	2.2 Estrutura da Rede Prestadora com base na Atenção Primária à Saúde - APS		6		2	1	3
	2.3 Relação e contratualização com a Rede Prestadora de Serviços		7		3	2	2
	2.4 Mecanismos de Regulação		3		2	1	0
	3. Gestão em Saúde						
5 Requisitos	3.1 Política de Qualidade e Segurança do Paciente	5	7	40	4	0	3
	3.2 Coordenação e Integração do cuidado		5		2	1	2
	3.3 Programa de Gestão do Cuidado de Condições Crônicas de Saúde		17		8	6	3
	3.4 Assistência Farmacêutica		4		1	1	2
	3.5 Modelos de Remuneração Baseado em Valor		7		2	2	3
	4. Experiência do Beneficiário						

4 Requisitos	4.1 Disponibilização de Informações à sociedade	4	7	28	4	2	1
	4.2 Canais de Comunicação com Beneficiário - resposta à demandas (reativo)		6		2	2	2
	4.3 Canais de Comunicação com Beneficiário - disponibilização de informações essenciais (proativo)		6		3	1	2
	4.4 Pesquisa de Satisfação de Beneficiários		9		4	2	3
Total	Total Geral	21	169	169	75	49	45

Quadro II - Quantidade de Dimensões, Requisitos e Itens por classificação para operadoras do segmento Exclusivamente Odontológico

Dimensão	Dimensão e Requisitos	Aplicação à Operadoras Exclusivamente Odontológicas	Quantidade de Requisitos	Itens	Total de Itens	Itens Essenciais	Itens Complementares	Itens de Excelência
	1. Gestão Organizacional							
8 Requisitos	1.1 Planejamento e Gestão Estratégica	SIM	8	7	78	4	2	1
	1.2 Sistema de Governança Corporativa	SIM		17		8	4	5
	1.3 Política de gestão de pessoas e desenvolvimento de lideranças	SIM		10		5	2	3
	1.4 Tecnologia da Informação	SIM		9		3	4	2
	1.5 Política de segurança e privacidade das informações	SIM		4		4	0	0
	1.6 Gestão de Riscos Corporativos	SIM		10		2	5	3
	1.7 Sustentabilidade da Operadora	SIM		13		4	6	3
	1.8 Programa de Melhoria da Qualidade - PMQ	SIM		8		4	3	1
	2. Gestão da Rede Prestadora de Serviços de Saúde							
3 Requisitos	2.1 Acesso do beneficiário à rede prestadora de serviços de saúde	SIM	3	7	15	4	2	1
	2.2 Estrutura da Rede Prestadora com base em APS	NÃO		0		0	0	0
	2.3 Relação e contratualização com a Rede Prestadora de Serviços	PARCIAL		6		3	2	1
	2.4 Mecanismos de Regulação	PARCIAL		2		2	0	0
	3. Gestão em Saúde							

4 Requisitos	3.1 Política de Qualidade e Segurança do Paciente	PARCIAL	4	5	13	3	0	2
	3.2 Coordenação e Integração do cuidado	PARCIAL		1		1	0	0
	3.3 Programa de Gestão do Cuidado de Condições Crônicas de Saúde	PARCIAL		1		0	1	0
	3.4 Assistência Farmacêutica	NÃO		0		0	0	0
	3.5 Modelos de Remuneração Baseado em Valor	PARCIAL		6		2	2	2
	4. Experiência do Beneficiário							
4 Requisitos	4.1 Disponibilização de Informações à sociedade	SIM	4	7	28	4	2	1
	4.2 Canais de Comunicação com Beneficiário - resposta à demandas (reativo)	SIM		6		2	2	2
	4.3 Canais de Comunicação com Beneficiário - disponibilização de informações essenciais (proativo)	SIM		6		3	1	2
	4.4 Pesquisa de Satisfação de Beneficiários	SIM		9		4	2	3
Total	Total Geral		19	134	134	62	40	32

Quadro III - Quantidade de Dimensões, Requisitos e Itens por classificação para operadoras do segmento Autogestão

Dimensão	Dimensão e Requisitos	Aplicação às Autogestões	Quantidade de Requisitos	Itens	Total de Itens	Itens Essenciais	Itens Complementares	Itens de Excelência
	1. Gestão Organizacional							
8 Requisitos	1.1 Planejamento e Gestão Estratégica	SIM	8	7	78	4	2	1
	1.2 Sistema de Governança Corporativa	SIM		17		8	4	5
	1.3 Política de gestão de pessoas e desenvolvimento de lideranças	SIM		10		5	2	3
	1.4 Tecnologia da Informação	SIM		9		3	4	2
	1.5 Política de segurança e privacidade das informações	SIM		4		4	0	0
	1.6 Gestão de Riscos Corporativos	SIM		10		2	5	3

	1.7 Sustentabilidade da Operadora	SIM		13		4	6	3
	1.8 Programa de Melhoria da Qualidade - PMQ	SIM		8		4	3	1
	2. Gestão da Rede Prestadora de Serviços de Saúde							
4 Requisitos	2.1 Acesso do beneficiário à rede prestadora de serviços de saúde	SIM	4	7	23	4	2	1
	2.2 Estrutura da Rede Prestadora com base na Atenção Primária à Saúde - APS	SIM		6		2	1	3
	2.3 Relação e contratualização com a Rede Prestadora de Serviços	SIM		7		3	2	2
	2.4 Mecanismos de Regulação	SIM		3		2	1	0
	3. Gestão em Saúde							
5 Requisitos	3.1 Política de Qualidade e Segurança do Paciente	SIM	5	7	40	4	0	3
	3.2 Coordenação e Integração do cuidado	SIM		5		2	1	2
	3.3 Programa de Gestão do Cuidado de Condições Crônicas de Saúde	SIM		17		8	6	3
	3.4 Assistência Farmacêutica	SIM		4		1	1	2
	3.5 Modelos de Remuneração Baseado em Valor	SIM		7		2	2	3
	4. Experiência do Beneficiário							
4 Requisitos	4.1 Disponibilização de Informações à sociedade	PARCIAL	4	5	26	4	1	0
	4.2 Canais de Comunicação com Beneficiário - resposta à demandas (reativo)	SIM		6		2	2	2
	4.3 Canais de Comunicação com Beneficiário - disponibilização de informações essenciais (proativo)	SIM		6		3	1	2
	4.4 Pesquisa de Satisfação de Beneficiários	SIM		9		4	2	3
Total	Total Geral		21	167	167	75	48	44

Quadro IV - Itens não aplicáveis à operadoras exclusivamente odontológicas (OD)

Dimensão	Requisito	Item	Tipo	Situação para operadoras Exclusivamente OD
2. Gestão da Rede Prestadora de Serviços de Saúde	2.2 Estrutura da Rede Prestadora com base em APS	2.2.1	Essencial	NA
		2.2.2	Essencial	NA
		2.2.3	Complementar	NA
		2.2.4	Excelência	NA
		2.2.5	Excelência	NA
		2.2.6	Excelência	NA
		2.3 Relação e Contratualização com a Rede Prestadora de Serviços	2.3.7	Excelência
	2.4 Mecanismos de Regulação	2.4.3	Complementar	NA
3. Gestão em Saúde	3.1 Política de Qualidade da Atenção à Saúde e Segurança do Paciente	3.1.4	Essencial	NA
		3.1.7	Excelência	NA
	3.2 Coordenação e Integração do cuidado	3.2.1	Essencial	NA
		3.2.3	Excelência	NA
		3.2.4	Excelência	NA
		3.2.5	Excelência	NA
	3.3 Programa de Gestão do Cuidado de Condições Crônicas de Saúde	3.3.1	Essencial	NA
		3.3.2	Essencial	NA
		3.3.3	Essencial	NA
		3.3.4	Essencial	NA
		3.3.5	Essencial	NA
		3.3.6	Essencial	NA
		3.3.7	Essencial	NA
		3.3.8	Essencial	NA
		3.3.9	Complementar	NA
		3.3.10	Complementar	NA
		3.3.11	Complementar	NA
		3.3.12	Complementar	NA
		3.3.13	Complementar	NA
		3.4 Assistência Farmacêutica	3.4.1	Essencial
	3.4.2		Complementar	NA
	3.4.3		Excelência	NA
	3.4.4		Excelência	NA
	3.5 Modelos de Remuneração Baseado em Valor	3.5.5	Excelência	NA

Quadro V - Itens não aplicáveis à operadoras Autogestão

Dimensão	Requisito	Item	Tipo	Situação para operadoras Autogestão
4. Satisfação do Beneficiário	4.1 Disponibilização de Informações à Sociedade	4.1.6	Complementar	NA
		4.1.7	Excelência	NA

ANEXO IV

Diretrizes para elaboração do Relatório da Acreditação da Operadora pela Entidade Acreditadora

Devem constar no relatório de Avaliação da Acreditação da Operadora os registros completos, precisos, concisos e claros dos resultados da auditoria, de acordo com os requisitos e itens previstos no Anexo I da presente norma:

A) Especificar no relatório:

I - A identificação da operadora auditada com a razão social e Registro da Operadora junto à ANS;

II - A identificação da equipe de auditores e dos representantes da operadora participantes da auditoria;

III - As datas e locais onde as atividades foram realizadas;

IV - As constatações da auditoria e as evidências relacionadas, item a item; V - Oportunidades de Melhoria e boas práticas identificadas;

VI - A declaração de conformidade/não conformidade, a pontuação atribuída de cada requisito e item e os registros das evidências que embasaram a conclusão declarada;

VII - As conclusões finais da auditoria;

VIII - Se for o caso, o nível de acreditação obtida e o período de vigência da acreditação;

IX - Declaração de cada um dos auditores que conduziram a Acreditação, acerca do estabelecido no Art. 14 da RN, conforme modelo a seguir:

Auditor 1 - Formação relacionada à Saúde

Eu, _____, (telefone), (e-mail), inscrito(a) no CPF sob o nº _____, declaro que possuo formação universitária em _____, com pós graduação em _____ (e/ou) possuo experiência mínima de 5 (cinco) anos em acreditação em saúde ou auditoria em saúde.

Auditor 2 - Formação relacionada à Gestão

Eu, _____, (telefone), (e-mail), inscrito(a) no CPF sob o nº _____, declaro que possuo formação universitária em _____, ou pós graduação em _____ (e/ou) possuo experiência mínima de 5 (cinco) anos em auditoria empresarial ou controladoria.

Auditor 3 - Formação em _____

Eu, _____, (telefone), (e-mail), inscrito(a) no CPF sob o nº _____, declaro que possuo formação universitária em _____, com/ou pós graduação em _____ (e/ou) possuo experiência mínima de 5 (cinco) anos em (auditoria empresarial ou controladoria) ou (acreditação em saúde ou auditoria em saúde).

- Assim, assumimos integral responsabilidade pela fidedignidade das declarações ora prestadas ou imperícia, ficando a ANS, desde já, autorizada a delas fazer, nos limites legais e em juízo ou fora dele, o uso que lhe aprouver.

X - A assinatura dos auditores que conduziram a auditoria para a acreditação da operadora.

XI - Assinatura do Representante da Entidade Acreditadora perante a ANS

B) O relatório de manutenção de acreditação deverá ser encaminhado à ANS, indicando expressamente se a Operadora:

I - Mantém o nível de acreditação;

II - Tem o nível de acreditação rebaixado; III - Tem a acreditação suspensa; ou

IV - Tem a acreditação cancelada.

C) A ANS poderá determinar visita extraordinária com o objetivo de avaliar a manutenção da Acreditação da Operadora nas ocasiões em que for identificada condição que possa representar risco ao cumprimento dos requisitos estabelecidos nesta Resolução.

D) O relatório comprovando o cumprimento dos requisitos referentes aos processos de governança, gestão de riscos e controles internos estabelecidos na RN nº 443, de 28 de janeiro de 2019, e alterações posteriores deverá seguir o estabelecido no Anexo IV-A da RN nº 443, de 28 de janeiro de 2019, bem como no caso de não adoção de requisito ou de sua adoção de forma parcial, trazer justificativa(s) da administração da operadora sobre o assunto e a(s) prática(s) alternativa(s) adotada(s), além de apresentar os seguintes itens:

I - Descrição da finalidade e os procedimentos do trabalho executado com detalhe suficiente de forma a permitir ao usuário entender a natureza e a extensão do trabalho executado;

II - Título e Destinatário do Relatório;

III - Identificação das informações específicas sobre as quais foram aplicados os procedimentos de auditoria;

IV - Identificação da finalidade para o qual os procedimentos foram aplicados; V- Lista de eventuais procedimentos específicos aplicados na auditoria;

VI - Descrição das constatações factuais do auditor, incluindo detalhes suficientes das exceções identificadas;

VII - Assinatura do auditor com as competências estabelecidas no inciso III, Art. 14 desta Resolução Normativa

ANEXO V

FORMULÁRIO DE REQUERIMENTO PARA: RECONHECIMENTO DE ENTIDADE ACREDITADORA JUNTO À DIDES/ANS OU SOLICITAÇÃO DE ATUALIZAÇÃO CADASTRAL

FORMULÁRIO PARA RECONHECIMENTO DA ENTIDADE ACREDITADORA/ATUALIZAÇÃO DE DADOS				
Nome da Entidade Acreditadora:				
CNPJ:				
Solicitação de:				
()	Reconhecimento / Renovação do Reconhecimento			
()	Atualização de Dados			
Representante da Entidade Acreditadora perante a ANS:				
Cargo que o Representante da Entidade Acreditadora perante a ANS ocupa na instituição:				
Endereço completo da Entidade Acreditadora:				
Telefones:				
E-mails:				
CPF dos membros da diretoria, conselho de administração, fiscal e afim:				
Nome Completo	Data de Nascimento	CPF	Cargo	Órgão
			ex: Diretor de	ex:Diretoria de
			ex:Conselheiro	ex:Conselho Administrativo
			ex:Conselheiro	ex:Conselho Fiscal
Lista de documentos a serem anexados:				
()	Manual da Entidade Acreditadora			
()	Ato constitutivo e suas alterações			
()	Certificado emitido pela CGCRE/INMETRO			

OBS: Os cargos e órgãos preenchidos são exemplificativos. Deverão ser encaminhados os dados de todos os membros da diretoria, conselho de administração, fiscal e afim.

TERMO DE RESPONSABILIDADE JUNTO À ANS

A _____, Entidade Acreditadora de Operadoras, inscrita no Cadastro Nacional das Pessoas Jurídicas sob o nº _____, sediada _____, neste ato representada por seu _____, (DADOS PESSOAIS DO REPRESENTANTE: nome, estado civil, identidade, CPF,

residência), vem firmar o compromisso com a Agência Nacional de Saúde Suplementar com as seguintes obrigações:

a) avaliar as operadoras de planos privados de assistência à saúde pelos critérios técnicos pré-estabelecidos pela ANS;

b) não realizar consultoria às operadoras já acreditadas pela própria Entidade Acreditadora durante o período de 3 (três) anos após o fim de vigência da certidão de acreditação da operadora;

c) só realizar acreditação - incluindo visitas de diagnóstico e de auditoria - na mesma operadora após um período de 3 (três) anos do fim da realização de consultoria;

d) não realizar auditoria independente para Pesquisa de Satisfação de Beneficiários prevista no requisito 4.4 da Dimensão Experiência do Beneficiário estabelecida no inciso IV do art. 12 da Resolução Normativa nº 452, de 9 de março de 2020, nas Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde a serem acreditadas pela própria Entidade Acreditadora;

e) comunicar à ANS, no prazo de 30 (trinta) dias corridos, qualquer alteração na pessoa jurídica que altere os requisitos previstos no art. 3º da RN nº 452, de 2020, para o reconhecimento como Entidade Acreditadora do Programa de Acreditação de Operadoras;

f) ser analisada anualmente pela CGCRE- INMETRO, por meio de avaliação de escritório e uma auditoria de testemunha para acompanhamento in loco, conforme previsto na NIT DICOR 026/INMETRO e suas alterações;

g) manter a documentação comprobatória de todos os atos praticados de acordo com a RN nº 452, de 2020, inclusive a comprovação da formação e experiência profissional dos auditores prevista no art. 14 da RN nº 452, de 2020; e

h) no caso de perda da acreditação na forma do art. 23 da RN nº 452, de 2020, comunicar formalmente a ANS, no máximo, 15 (quinze) dias úteis.

DATA E LOCAL.

----- (assinatura) -----

NOME

REPRESENTANTE DA ENTIDADE ACREDITADORA PERANTE A ANS

DECLARAÇÃO AUSÊNCIA DE CONFLITOS DE INTERESSES

A _____, Entidade Acreditadora de Operadoras, inscrita no Cadastro Nacional das Pessoas Jurídicas sob o nº _____, sediada _____, neste ato representada por seu _____, (DADOS PESSOAIS REPRESENTANTE: nome, estado civil, identidade, CPF, residência), vem declarar que:

I - não possui administradores, acionistas controladores, sócios, alta gerência ou equipe de auditores com:

a) conflito de interesses para o exercício das atividades de certificação;

b) participação societária ou interesse, direto ou indireto, em operadora ou em alguma de suas controladas, coligadas ou equiparadas à coligada; e

c) c) relação de trabalho, direta ou indireta, como empregado, administrador ou colaborador assalariado em Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde ou em alguma de suas controladas, coligadas ou equiparadas à coligada.

II - no grupo econômico ao qual pertença, não há pessoas jurídicas controladoras, coligadas ou equiparadas a coligadas com membros ou prepostos, bem como investimentos, nas condições do item I.

III - não foram identificadas outras causas que caracterizem comprometimento da nossa imparcialidade como Entidade Acreditadora a ser reconhecida pela ANS como Entidade Acreditadora do Programa de Acreditação de Operadoras.

DATA E LOCAL.

----- (assinatura) -----

NOME

REPRESENTANTE DA ENTIDADE ACREDITADORA PERANTE A ANS

R

Rastreabilidade: Capacidade que uma organização tem de detalhar o histórico, a aplicabilidade ou a localidade de um item através de informações previamente registradas. (Anexo I - 1.2.2; 4.2.1)

Reajuste por Faixa Etária: Aumento da contraprestação pecuniária do plano em função do deslocamento do beneficiário de uma faixa etária para outra. As faixas etárias são estabelecidas de acordo com o risco inerente às idades que as compõem. As faixas etárias e os percentuais de variação entre elas devem estar expressamente previstos em contrato. (Anexo I - 4.2.1)

Recrutamento: Divulgação da vaga e a triagem de possíveis candidatos com base nos pré-requisitos do cargo (experiência profissional, escolaridade e outros). Pode acontecer em duas formas: o recrutamento interno e recrutamento externo. (Anexo I - 1.3.1; 1.3.10)

Rede de Atenção à Saúde: Arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. (Anexo I - 2.1; 2.1.1; 2.1.3; 2.2.4; 3.2; 4.1.2)

Rede Prestadora: Conjunto de estabelecimentos de saúde, incluindo equipamentos e recursos humanos, próprios ou contratados, indicados pela operadora de plano privado de assistência à saúde para oferecer cuidado aos beneficiários em todos os níveis de atenção à saúde, considerando ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. (Art. 12, § 1º, II e III; Anexo I - 1.5.3; 1.7.7; 2.1; 2.1.2; 2.1.3; 2.1.4; 2.1.5; 2.1.7; 2.2; 2.3; 2.3.1; 2.3.2; 2.3.3; 2.3.4;

2.3.5; 3; 3.1.1; 3.1.2; 3.1.3; 3.1.4; 3.1.5; 3.1.7; 3.5; 3.5.1; 3.5.2; 3.5.3; 3.5.4; 4.2.2; 4.3.2; 4.3.3)

Referência e Contra Referência: O sistema de referência e contra referência constitui-se na articulação entre os níveis de atenção à saúde: primário, secundário e terciário. A referência compreende o fluxo de encaminhamento do usuário do nível de menor para o de maior complexidade, inversamente, a contra referência está relacionado ao ato de referenciar do nível de maior para o de menor complexidade. Para garantir o acesso e o atendimento ao usuário em todos os níveis de atenção à saúde, é imprescindível estabelecer o sistema de referência e contra referência, baseados na acessibilidade e continuidade da assistência em saúde. (Anexo I - 3.2.1)

Relatório da Administração: Relatório formal onde é são apresentados os principais resultados alcançados, divulgando informações que possibilitam o conhecimento da organização, assim como seus objetivos e políticas, em complemento às peças contábeis e notas explicativas contidas nas Demonstrações Financeiras. O Relatório da Administração expõe um quadro completo das posturas e do desempenho da administração na gestão e alocação dos recursos que se encontram a ela confiados. Devem entre outras coisas evidenciar os seguintes fatos: cenário econômico no qual se insere a atividade; indicadores de qualidade e produtividade; desenvolvimento tecnológico; políticas social, ambiental, eventos subsequentes e expectativas com relação ao futuro; planos de expansão; desempenho em relação aos concorrentes, responsabilidade social, dados estatísticos em geral, etc. (Anexo I - 1.2.8)

Relatório de Avaliação Atuarial: Estudo técnico apoiado em levantamento de dados estatísticos da população estudada e em bases técnicas atuariais, por meio do qual o atuário avalia o valor dos compromissos assumidos e o valor dos recursos necessários para garantir a solvência da operadora. (Anexo I - 1.7.10)

Relatório de Avaliação da Acreditação da Operadora: Relatório documentado elaborado contendo os registros completos, precisos, concisos e claros dos resultados da auditoria, de acordo com os requisitos e itens previstos no Anexo I da presente norma. Os elementos obrigatórios deste relatório estão descritos no Anexo IV. (Anexo IV)

Relatório de Manutenção de Acreditação da Operadora: Relatório documentado elaborado contendo os registros completos, precisos, concisos e claros dos resultados da auditoria de manutenção. Os elementos obrigatórios deste relatório estão descritos no Anexo IV. (Anexo IV)

Relatório de Rentabilidade: Relatório documentado elaborado com o objetivo de medir o potencial que o negócio tem em se pagar, com base no investimento realizado. O relatório de Rentabilidade deve considerar, no mínimo, a segmentação de planos individuais, coletivo empresarial e coletivo por adesão (quando aplicável), canal de distribuição e tipo de rede. (Anexo I - 1.7.1)

Relatório de Sinistralidade: Relatório documentado com o objetivo de verificar se os custos arcados com os eventos assistenciais superam os valores das receitas recebidas pela operadora (Sinistralidade = Eventos/Contraprestação). O relatório de sinistralidade deve considerar, no mínimo, a segmentação de planos individuais, coletivo empresarial e coletivo por adesão (quando aplicável), canal de distribuição e tipo de rede. (Anexo I - 1.7.2)

Rentabilidade: Indicador de desempenho de uma organização. Mede o potencial que o negócio tem em se pagar, com base no investimento realizado em sua aquisição ou estruturação. Para se chegar à rentabilidade, divide-se o lucro da instituição, aferido em um determinado período de tempo, pelo valor do investimento inicial (ou o valor atual da organização). O resultado, em percentual, representará sua rentabilidade no período correspondente. (Anexo I - 1.7.1; 1.7.6; 1.7.11)

Riscos Corporativos: Possibilidade de ocorrência de evento capaz de alterar os resultados esperados por uma organização. (Anexo I- 1.6; 1.6.1; 1.6.2;1.6.3;1.6.4;1.6.5;1.6.6;1.6.7;1.6.8;1.6.9;1.6.10)

Risco de Subscrição: Risco oriundo de uma situação econômica adversa que contraria tanto as expectativas da sociedade no momento da elaboração de sua política de subscrição quanto as incertezas existentes na estimativa das provisões técnicas. Também envolve a probabilidade dos eventos a serem pagos pela Operadora de Planos de Saúde, em um período futuro, ser maior que o montante de contraprestações a ser recebido. (Anexo I - 1.7.3; 1.7.13)

Riscos Operacionais: Riscos relacionados aos procedimentos internos tais como risco de perda resultante de inadequações ou falhas em processos internos, pessoas e sistemas, ou seja, é qualquer possibilidade de perda originada por falhas na estrutura organizacional, seja ela oriunda de sistemas, procedimentos, recursos humanos ou tecnológicos ou então, pela perda dos valores éticos e corporativos que unem os diferentes elementos (Anexo I - 1.5.4; 1.6.5)

S

Saúde Funcional: Termo empregado para designar a habilidade física, mental ou emocional de uma pessoa em realizar suas atividades da forma mais autônoma possível, constituindo um campo de atuação que engloba ações de prevenção e reabilitação, desenvolvida por profissionais com formação em áreas como Fisioterapia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional e Nutrição (Anexo I - 2.2.5)

Segurança do Paciente: Prevenção ou redução, a um mínimo aceitável, do risco de ocorrência de um evento adverso a um paciente, durante a realização de um tratamento médico. (Anexo I - 1.8.4; 2.1.2; 2.1.3; 2.3.4; 3.1; 3.1.1; 3.1.2; 3.1.3; 3.1.4; 3.1.7; 3.3.3; 3.4.2; 3.5.1; 3.5.2)

Seleção: Oportunidade de conhecer com mais detalhes o candidato e escolher o perfil mais adequado para a vaga. Por exemplo: entrevista. (Anexo I - 1.3.1; 1.3.10)

Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapia (SADT): Modalidade de prestação de serviços na área da saúde com o objetivo de esclarecer o diagnóstico ou realizar procedimentos terapêuticos específicos para pacientes externos, internos ou de emergência de um serviço de saúde. (Anexo I

- 2.1.1; 2.1.5; 2.1.2; 2.3.7; 3.5.6)

Simetria de Informações: Situação ideal na qual todas as partes envolvidas têm conhecimento do papel de cada uma, seus custos e ganhos com seus respectivos ônus e bônus. (Anexo I - 1.2.2)

Sinistralidade: Indicador dos contratos de assistência médica que consiste na relação entre os custos arcados com os eventos assistenciais e as receitas recebidas pela operadora (Sinistralidade = Despesas Assistenciais/Contraprestações Efetivas). (Anexo I - 1.7.2)

Solvência: Regra prudencial, que se constitui em uma garantia adicional às provisões técnicas para suportar as oscilações das operações. Não se trata de constituição de provisão, mas sim de uma referência a ser observada e seu impacto depende do patrimônio e do tamanho da carteira da operadora. (Anexo I - 1.7.5; 1.7.6; 1.7.10)

Sustentabilidade: Capacidade de uma organização se manter no longo prazo em um mercado competitivo, com interferências do ambiente em que está inserida e contemplando a finitude de recursos disponíveis para a sua sobrevivência. (Art. 12; Anexo I - 1; 1.2; 1.2.15; 1.6; 1.6.10; 1.7;

1.7.8; 1.7.12)

T

Taxa de Abandono de Ligações: Representa o percentual de chamadas que foram abandonadas pelos beneficiários antes do seu atendimento sobre o total de chamadas recebidas pelo canal telefônico. (Anexo I - 4.2.1; 4.2.5)

Terceirização: Atividade em que se repassa para um terceiro o cumprimento ou manutenção de um serviço ou processo. Importa em delegar determinadas atividades para que outras pessoas físicas ou jurídicas cumpram tarefas no lugar de parte da equipe própria da operadora (Anexo I - 1.2.4; 1.2.5; 1.5.4)

Terceirizados: Prestadores de serviços que não são contratados diretamente pela CLT (Consolidação das Leis Trabalhistas) da Operadora. Não abrange prestadores de serviços da rede credenciada direta ou indireta. (Anexo I - 1.2.11; 1.5.4; 1.6.1; 1.6.4)

Termo de Consentimento Informado: Documento que comprova a concordância e aprovação do paciente ou de seu representante, após a necessária informação e explicações, sob a responsabilidade do médico, a respeito dos procedimentos diagnósticos ou terapêuticos que lhe são indicados. A informação deve ser suficiente, clara, ampla e esclarecedora, de forma que o paciente tenha condições de decidir. Também conhecido como Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). (Anexo I - 3.3.9)

Teste de Estresse: Conjunto coordenado de processos e rotinas, dotado de metodologias, documentação e governança próprias, com o objetivo principal de identificar potenciais vulnerabilidades da organização. (Anexo I - 1.6.9)

Teste de Navegabilidade: Tem o objetivo de verificar a facilidade e a viabilidade de manipulação do sistema utilizado no portal eletrônico da instituição pelo usuário, identificando as possíveis dificuldades que o usuário pode ter em encontrar informações ou mesmo de interagir com o sistema. Ex: Baixa legibilidade; menu confuso; página inicial com poucas informações a respeito do produto ou serviço. (Anexo I - 4.3.4)

Tempo Médio de Espera: Tempo que os beneficiários aguardam para ter sua chamada atendida. (Anexo I - 2.2.3; 4.2.5)

U

Uso Racional de Medicamento: Processo pelo qual os pacientes recebem medicamentos apropriados para suas necessidades clínicas, em doses adequadas às suas características individuais e pelo período de tempo adequado. (Anexo I - 3.4; 3.4.1; 3.4.2)

Último Reajuste Apurado: Os aumentos de mensalidade dos planos de saúde variam de acordo com o tipo de contrato de prestação de serviços de saúde (pessoa física ou jurídica) e com o motivo do aumento. É importante que o beneficiário possa saber, ao acessar o PIN -SS (área restrita), qual foi o último reajuste aplicado ao plano. Ao se aproximar a data do próximo reajuste, é possível que a operadora já tenha a informação do próximo reajuste que será aplicado. Portanto, o último reajuste apurado refere-se à informação do reajuste que incidirá sobre as contraprestações, quando a data de aplicação está se aproximando, ou que incidiu, quando o percentual já foi aplicado, e somente será apurado outro percentual ao final de 12 meses. Adicionalmente, a motivação do reajuste (anual ou por mudança de faixa etária) deve ser explicitada. (Anexo I - 4.3.1)

V

Valor Econômico: Envolve variáveis como fluxo de benefícios, resultado, custo de oportunidade, além do ativo intangível, que resulta de fatores de valorização da organização que lhe são indissociáveis, como o nome, a reputação, a localização, a fidelidade dos clientes, os produtos e serviços prestados. (Anexo I - 1.7)

Valores: Representam os princípios que norteiam todas as suas ações. São compostos de regras morais que simbolizam os atos de seus administradores, fundadores e colaboradores em geral. (Anexo I - 1.1.1; 1.2.11; 1.3.2; 1.6.4; 1.6.5)

Visão: Objetivo da organização. É aquilo que a instituição espera ser em um determinado tempo e espaço. Descreve o que a organização quer realizar objetivamente nos próximos anos da sua existência. (Anexo I - 1.1; 1.1.1; 1.1.2; 1.2.11; 1.3.1; 1.3.2; 1.5.4; 1.6.4; 1.6.5)

ANEXO III

Forma de Cálculo dos Critérios de Pontuação

Os Quadros I, II e III apresentam um resumo do quantitativo e da distribuição dos itens definidos no Anexo I desta Resolução, classificados em essenciais, complementares e de Excelência, para operadoras médico-hospitalares, exclusivamente odontológicas e autogestão, respectivamente. O Quadro IV e V apresentam os itens do Anexo I que não se aplicam às Operadoras Exclusivamente Odontológicas e as Autogestões.

Fórmula de cálculo da pontuação

Seja I_i cada item definido no Requisito, i variando de 1 a n , sendo no total de itens do Requisito.

$$I_i = \begin{cases} 0, & \text{se o item não atende ao escopo ou possui menos de 12 meses de implantação} \\ 1, & \text{se o item atende ao escopo e possui 12 meses ou mais de implantação} \end{cases}$$

Seja R_j a nota do Requisito j . Então:

$$R_j = \frac{\sum_{i=1}^n I_i}{n} * 100$$

Se I_i é um item essencial do Requisito, e $I_i = 0$, então $R_j = 0$.

Seja D_m a nota da Dimensão m , m variando de 1 a 4, e k o número de requisitos da Dimensão. Logo, a nota da Dimensão será a média da Nota dos requisitos:

$$D_m = \frac{\sum_{j=1}^k R_j}{k}$$

A Nota Final da Acreditação da Operadora será a média da nota das dimensões:

$$NF = \frac{\sum_{m=1}^4 D_m}{4}$$

Este conteúdo não substitui o publicado na versão certificada.