

MANUAL DO CREDENCIADO



SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	3
2. VISITAS DE BOAS PRÁTICAS.....	3
2.1. Certificação da Qualificação	3
3. A IMPORTÂNCIA DO PRONTUÁRIO.....	4
3.1. Confidencialidade do Prontuário.....	4
3.2. Tempo de arquivamento	7
3.3. Acesso ao prontuário	7
4. QUALIDADE DOS ARQUIVOS MÉDICOS	8
5. ATENDIMENTO.....	8
6. SEGURANÇA DO PACIENTE	9
6.1. O que é um evento adverso?	9
6.2. E dano ao paciente?.....	9
6.3. Metas da Organização Mundial da Saúde para Segurança do Paciente	10
6.4. Identificação dos pacientes	10
6.5. Uma assistência limpa é uma assistência mais segura	11
6.6. A importância das notificações	12
7. EDUCAÇÃO CONTINUADA	12
8. CONHECENDO UM POUCO AS NORMAS	13
8.1. RN 277	13
8.2. RN 267	13
8.3. ONA	14
8.4. QUALISS – Programa de Qualificação de Prestadores de Serviços de Saúde.....	14
8. PORTAL	17

1. INTRODUÇÃO

Em busca de melhoria contínua das rotinas operacionais, a Santa Casa Saúde criou o setor de relacionamento com a rede prestadora de serviços, que tem como objetivo nortear as ações de sua rede prestadora.

O relacionamento com o prestador tem como escopo disponibilizar uma rede qualificada para atendimento de seus beneficiários, gerar ações de qualificação aos seus prestadores de serviços credenciados e auxiliar nas informações relacionadas ao credenciamento, com base nos registros de atendimento e nas visitas de boas práticas, que facilitam a execução dos trabalhos de nossos prestadores de serviços.

Nesse Manual abordaremos alguns temas como **Qualificação dos Serviços de Saúde, Visita de Boas Práticas, Importância da Confidencialidade e Guarda dos Prontuários, Qualidade nos Atendimentos, Segurança do Paciente, Certificação da Rede Prestadora, Atualização de Documentação**, entre outros.

Disponibilizamos atendimento para suporte aos seus prestadores pelo e-mail credenciamento@santacasasaudesjc.com.br e pelo telefone (12) 3876-9618.

Desta forma, sempre que houverem dúvidas, elogios ou questionamentos, nos contate!

2. VISITAS DE BOAS PRÁTICAS

A visita tem por objetivo conhecer o local onde será prestado atendimento aos nossos beneficiários e analisar o ambiente físico e estrutura do local. Desta forma, nossos prestadores da rede credenciada podem conhecer mais sobre as exigências estipuladas pela ANS para conforto, comodidade e segurança do paciente.

A visita será agendada com antecedência, conciliando dias e horários favoráveis ao nosso prestador. Vale ressaltar que a visita de boas práticas não é punitiva e não gerará custos ao prestador, pois o objetivo principal é a prática de melhoria contínua.

Para a realização da visita, encaminharemos ao prestador de rede uma ficha para auxílio aos técnicos de relacionamento, que otimizará a duração da visita, para então auxiliarmos nos pontos a serem melhorados.

Para averiguar a periodicidade das visitas serão considerados os níveis de classificação a seguir:

2.1. Certificação da Qualificação

O Certificado da Qualificação será emitido por prestador, seguindo o padrão:

A validade pode ser de 1 a 3 anos, considerando a pontuação alcançada na Dimensão Segurança

Validade **Dimensão Segurança**

1 ano = 1 a 6 meses

2 anos = 7 e 8 meses

3 anos = 9 e 10 meses

Para os prestadores que obtiverem a nota abaixo de 50%, ou seja, nota até 4 na Dimensão Segurança e, não seja identificada evolução nas melhorias propostas pela auditoria e a nota permaneça baixa nas próximas visitas, será encaminhado um relatório para análise da diretoria da Santa Casa Saúde, ficando o prestador sujeito ao descredenciamento.

3. A IMPORTÂNCIA DO PRONTUÁRIO

O prontuário é um documento obrigatório para cada paciente assistido pelo médico, além de ser um instrumento importante para defesa legal. Contudo, frequentemente, é preenchido de modo impróprio. Algumas irregularidades em seu preenchimento podem ter efeitos danosos para o paciente e para o médico. Ilegibilidade das prescrições, por exemplo, pode acarretar na troca de medicamentos, o que pode ser fatal para o paciente.

A falta de detalhamentos objetivos e completos pode dar lugar à prolongadas atribuições judiciais contra o terapeuta.

Essas ocorrências demonstram que o verdadeiro valor do prontuário permanece desconhecido para grande maioria dos usuários. Sua função primordial como fonte de dados vem sendo persistentemente prejudicada pela falta de qualidade de grande parte de seus registros.

As anotações no prontuário ou ficha clínica devem ser feitas de forma legível, permitindo, inclusive, identificar os profissionais de saúde envolvidos no cuidado ao paciente. Além disso, o médico está obrigado a assinar e carimbar ou assinar, escrever seu nome legível e sua respectiva inscrição no CRM. É importante enfatizar que não há lei que obrigue o uso do carimbo. Nesse caso, o nome do médico e seu respectivo CRM devem estar legíveis.

Os documentos gerados no pronto-socorro e no ambulatório deverão ser arquivados junto com o prontuário, em caso de internação hospitalar. Não se justifica registrar e arquivar separadamente os documentos gerados no pronto socorro, posto que os atendimentos feitos neste setor devem ser registrados com anamnese, diagnóstico e resultados de exames laboratoriais, se porventura efetuados, terapêutica prescrita e executada, bem como a evolução e alta.

3.1. Confidencialidade do Prontuário

RESOLUÇÃO CFM nº 1.638/2002:

Art. 1º Definir prontuário médico como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a

comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

Art. 2º Determinar que a responsabilidade pelo prontuário médico cabe:

I - ao médico assistente e aos demais profissionais que compartilham do atendimento; II - à hierarquia médica da instituição, nas suas respectivas áreas de atuação, que tem como dever zelar pela qualidade da prática médica ali desenvolvida; III - à hierarquia médica constituída pelas chefias de equipe, chefias da Clínica, do setor até o diretor da Divisão Médica e/ou diretor técnico.

Art. 3º Tornar obrigatória a criação das Comissões de Revisão de Prontuários nos estabelecimentos e/ou instituições de saúde onde se presta assistência médica.

Art. 4º A Comissão de que trata o artigo anterior será criada por designação da Direção do estabelecimento, por eleição do Corpo Clínico ou por qualquer outro método que a instituição julgar adequado, devendo ser coordenada por um médico.

Art. 5º Compete à Comissão de Revisão de Prontuários:

I – observar os itens que deverão constar obrigatoriamente do prontuário confeccionado em qualquer suporte, eletrônico ou papel:

- a) identificação do paciente – nome completo, data de nascimento (dia, mês e ano com quatro dígitos), sexo, nome da mãe, naturalidade (indicando o município e o estado de nascimento), endereço completo (nome da via pública, número, complemento, bairro/distrito, município, estado e CEP);
- b) anamnese, exame físico, exames complementares solicitados e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado;
- c) evolução diária do paciente, com data e hora, discriminação de todos os procedimentos aos quais o mesmo foi submetido e identificação dos profissionais que os realizaram, assinados eletronicamente quando elaborados e/ou armazenados em meio eletrônico;
- d) nos prontuários em suporte de papel é obrigatória a legibilidade da letra do profissional que atendeu o paciente, bem como a identificação dos profissionais prestadores do atendimento. São também obrigatórias a assinatura e o respectivo número do CRM;
- e) nos casos emergenciais, nos quais seja impossível a colheita de história clínica do paciente, deverá constar relato médico completo de todos os procedimentos realizados e que tenham possibilitado o diagnóstico e/ ou a remoção para outra unidade.

II - assegurar a responsabilidade do preenchimento, guarda e manuseio dos prontuários, que cabem ao médico assistente, à chefia da equipe, à chefia da Clínica e à Direção técnica da unidade.

Art. 6º A Comissão de Revisão de Prontuários deverá manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da unidade, com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações realizadas.

Conforme RESOLUÇÃO CFM nº 1.931/2009 – Código de ética médica É vedado ao médico:

Art. 73º Revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por motivo justo, dever legal ou consentimento, por escrito, do paciente. Parágrafo único - Permanece essa proibição:

- a) mesmo que o fato seja de conhecimento público ou o paciente tenha falecido.
- b) quando de seu depoimento como testemunha. Nessa hipótese, o médico comparecerá perante a autoridade e declarará seu impedimento.
- c) na investigação de suspeita de crime, o médico estará impedido de revelar segredo que possa expor o paciente a processo penal.

Art. 74º Revelar sigilo profissional relacionado a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou representantes legais, desde que o menor tenha capacidade de discernimento, salvo quando a não revelação possa acarretar dano ao paciente.

Art. 75º Fazer referência a casos clínicos identificáveis, exibir pacientes ou seus retratos em anúncios profissionais ou na divulgação de assuntos médicos, em meios de comunicação em geral, mesmo com autorização do paciente.

Art. 76º Revelar informações confidenciais obtidas quando do exame médico de trabalhadores, inclusive por exigência dos dirigentes de empresas ou de instituições, salvo se o silêncio puser em risco a saúde dos empregados ou da comunidade.

Art. 77º Prestar informações a empresas seguradoras sobre as circunstâncias da morte do paciente sob seus cuidados, além das contidas na declaração de óbito, salvo por expresse consentimento do seu representante legal.

Art. 78º Deixar de orientar seus auxiliares e alunos a respeitar o sigilo profissional e zelar para que seja por eles mantido.

Art. 85º Permitir o manuseio e o conhecimento dos prontuários por pessoas não obrigadas ao sigilo profissional quando sob sua responsabilidade.

Art. 86º Deixar de fornecer laudo médico ao paciente ou a seu representante legal quando aquele for encaminhado ou transferido para continuação do tratamento ou em caso de solicitação de alta.

Art. 87º Deixar de elaborar prontuário legível para cada paciente.

§ 1º O prontuário deve conter os dados clínicos necessários para a boa condução do caso, sendo preenchido, em cada avaliação, em ordem cronológica com data, hora, assinatura e número de registro do médico no Conselho Regional de Medicina.

§ 2º O prontuário estará sob a guarda do médico ou da instituição que assiste o paciente.

Art. 88º Negar, ao paciente, acesso a seu prontuário, deixar de lhe fornecer cópia quando solicitada, bem como deixar de lhe dar explicações necessárias à sua compreensão, salvo quando ocasionarem riscos ao próprio paciente ou a terceiros. Art. 89º Liberar cópias do prontuário sob sua guarda, salvo quando autorizado, por escrito, pelo paciente, para atender ordem judicial ou para a sua própria defesa.

A preservação de segredos profissionais é um direito do paciente e uma conquista da sociedade. Esta relação de confiança se estabelece entre o paciente e seu médico, e se estende aos demais profissionais das áreas de saúde e administrativa, incluindo-se as secretárias e recepcionistas que tenham contato direto ou indireto com as informações obtidas. Muito do vínculo que se estabelece pode ser creditado a esta garantia.

As instituições têm a obrigação de manter um sistema seguro de proteção aos documentos que contenham registros com informações de seus pacientes. As normas e rotinas de restrição de acesso aos prontuários e de utilização de senhas de segurança em sistemas informatizados devem ser continuamente aprimoradas.

3.2. Tempo de arquivamento

Nos casos de hospitais-maternidade, os prontuários de parto serão arquivados por dezoito anos, conforme estabelecido no Estatuto da Criança e do Adolescente (artigo 10), que tem força de lei. Já de acordo com a resolução 1639/2002 do CFM, os documentos médicos em suporte de papel devem ser arquivados por tempo não inferior a vinte anos, a partir da data do último registro de atendimento do paciente.

Por sua vez, laudos de exames complementares de imagem e a própria imagem em si, por serem documentos integrantes de prontuários, devem seguir as mesmas regras atribuídas a guarda de prontuários, segundo o Parecer CFM nº 10/2009. Porém, a responsabilidade de guarda do médico ou do estabelecimento que produziu o exame cessa com a entrega, mediante protocolo da imagem e respectivo laudo ao paciente, devendo, no entanto, arquivar uma via do laudo. Findo o prazo legal, o original poderá ser substituído por outros métodos de registro que possam restaurar as informações nele contidas (Lei n.º 5.433/68; Resolução do CFM n.º 1.821/07; Parecer CFM n.º 23/89), isto é, arquivados eletronicamente em meio óptico, magnético ou microfilmado, para manutenção permanente.

3.3. Acesso ao prontuário

Solicitação pelo próprio paciente:

Art. 70º - do CEM: “É vedado ao médico negar ao paciente acesso a seu prontuário médico, ficha clínica ou similar, bem como deixar de dar explicações necessárias à sua compreensão, salvo quando ocasionar riscos para o paciente ou para terceiros.” Art. 71º - do CEM: “É vedado ao médico deixar de fornecer laudo médico ao paciente, quando do encaminhamento ou transferência para fins de continuidade do tratamento ou na alta, se solicitado.”

É importante salientar que o prontuário pertence ao paciente e que, por delegação deste, pode ter acesso ao mesmo. Portanto, é um direito do paciente ter acesso, a qualquer momento, ao seu prontuário, recebendo por escrito o diagnóstico e o tratamento indicado, com a identificação do nome do profissional e o número de registro no órgão de regulamentação e controle da profissão (CRM, Coren, entre outros), podendo, inclusive, solicitar cópias do mesmo.

Solicitação dos familiares e/ou do responsável legal do paciente:

Quando da solicitação do responsável legal pelo paciente (sendo este menor ou incapaz) o acesso ao prontuário deve ser-lhe permitido e, se solicitado, fornecer as cópias solicitadas ou elaborar um laudo que contenha o resumo das informações lá contidas.

Caso o pedido seja feito pelos familiares do paciente, será necessária a autorização expressa dele. Na hipótese de que ele não tenha condições para isso ou tenha ido a óbito, as informações devem ser dadas sob a forma de laudo ou até mesmo cópias. No caso de óbito, o laudo deverá revelar o diagnóstico, o procedimento do médico e a “causa mortis”.

Entenda-se que, em qualquer caso, o prontuário original, na sua totalidade ou em partes, não deve ser fornecido aos solicitantes, pois é documento que, obrigatoriamente, precisa ser arquivado pela entidade que o elaborou. Entendase também que os laudos médicos não devem ser cobrados facultando-se, porém, a critérios da entidade, a cobrança das cópias quando fornecidas por ela. O acesso ao prontuário pela figura do médico auditor enquadra-se no princípio do dever legal, já que tem ele atribuições de peritagem sobre a cobrança dos serviços prestados pela entidade, cabendo ao mesmo opinar pela regularidade dos procedimentos efetuados e cobrados, tendo, inclusive, o direito de examinar o paciente, quando autorizado pelo mesmo e sob ciência prévia do médico assistente, para confrontar o descrito no prontuário. A visita da auditoria será feita sempre que houver necessidade, cabendo à instituição providenciar o espaço e estrutura necessária para que ela ocorra. Todavia, esse acesso sempre deverá ocorrer dentro das dependências da instituição de assistência à saúde responsável por sua posse e guarda.

4. QUALIDADE DOS ARQUIVOS MÉDICOS

No caso de instituições hospitalares, ressalta-se a importância dos arquivos médicos por se tratar de arquivos especializados, tendo a função maior de recolher os prontuários dos pacientes, organizar, arquivar, preservar e disponibilizar o acesso ao corpo clínico, administrativo e ao próprio paciente ou seu representante legal por meio de pesquisa, empréstimo e reprodução das informações neles contidas.

Sua forma estrutural vai depender do porte do hospital, se público ou privado, ou até mesmo do modelo de gestão administrativa. Pode, ou não, ser dividido em seções e pode, ou não, absorver a função do controle do fluxo dos prontuários dos pacientes.

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

5. ATENDIMENTO

A qualidade do atendimento ao usuário e a satisfação pelo serviço prestado, deve ser a filosofia de instituições que se baseiam em parcerias. É importante compreender que um atendimento de qualidade

não se restringe apenas a atender o usuário com cortesia e boas maneiras. Mais do que isso, é estabelecer um canal de comunicação direto entre o prestador e o usuário, através do qual ele pode expressar suas críticas e sugestões com regularidade e, atentamente, utilizá-las para a melhoria dos produtos e serviços.

Temos como objetivo tentar demonstrar a importância de investir em qualidade no atendimento, trazendo como proposta a fidelização dos usuários. Para um prestador ser reconhecido pelos seus usuários, é fundamental deixá-los satisfeitos. Para tanto, é de grande importância ter uma equipe empenhada a desenvolver um trabalho com qualidade e disponibilizar treinamentos adequados aos seus funcionários.

O cartão de visitas de um prestador de serviço começa com o atendimento. É importante ter uma pesquisa para medir o nível de satisfação de cada cliente, podendo investigar o que o agrada mais e o que pode ser feito para melhorar.

6. SEGURANÇA DO PACIENTE

A assistência à saúde sempre envolverá riscos, mas esses riscos podem ser reduzidos quando os mesmos são analisados e combatidos, evitando que sejam possíveis causas de eventos adversos. Para tanto, devem observar melhor as situações do dia a dia e notificar falhas nestes processos. Essas atitudes fazem parte da cultura de segurança do paciente.

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), a segurança do paciente pode ser definida de diferentes maneiras, mas todas com um único objetivo: a prevenção e melhoria de eventos adversos ou lesões resultantes dos processos de cuidados de saúde. Estes eventos incluem “erros”, “desvios” e “acidentes”.

6.1. Evento Adverso

É um evento que produz, ou potencialmente pode produzir, resultados inesperados ou indesejados que afetem a segurança de pacientes, usuários ou outros. Pode ou não causar ou contribuir para a morte, doença ou lesão séria do paciente.

Qualquer evento adverso deve ser notificado ao Gerenciamento de Risco.

6.2. Dano ao Paciente.

Dano é definido como prejuízo temporário ou permanente da função ou estrutura do corpo: física, emocional, ou psicológica, seguida ou não de dor, requerendo uma intervenção.

RDC Nº 36

Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.

Do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde (PSP):

Art. 8º - O Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde (PSP), elaborado pelo NSP, deve estabelecer estratégias e ações de gestão de risco, conforme as atividades desenvolvidas pelo serviço de saúde para:

- I - identificação, análise, avaliação, monitoramento e comunicação dos riscos no serviço de saúde, de forma sistemática
- II - integrar os diferentes processos de gestão de risco desenvolvidos nos serviços de saúde
- III - implementação de protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde
- IV - identificação do paciente
- V - higiene das mãos
- VI - segurança cirúrgica
- VII - segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos
- VIII - segurança na prescrição, uso e administração de sangue e hemocomponentes
- IX - segurança no uso de equipamentos e materiais
- X - manter registro adequado do uso de órteses e próteses quando este procedimento for realizado
- XI - prevenção de quedas dos pacientes
- XII - prevenção de úlceras por pressão
- XIII - prevenção e controle de eventos adversos em serviços de saúde, incluindo as infecções relacionadas à assistência à saúde
- XIV - segurança nas terapias nutricionais enteral e parenteral
- XV - comunicação efetiva entre profissionais do serviço de saúde e entre serviços de saúde
- XVI - estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada
- XVII - promoção do ambiente seguro .

6.3. Metas da Organização Mundial da Saúde para Segurança do Paciente

As metas internacionais para segurança do paciente, segundo a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente da OMS, são:

- ❖ Identificar os pacientes corretamente
- ❖ Melhorar a comunicação entre as equipes
- ❖ Melhorar o gerenciamento de medicamentos de alto risco
- ❖ Eliminar cirurgias em membros ou em pacientes errados
- ❖ Reduzir os riscos de infecções
- ❖ Reduzir os riscos de lesões decorrentes de quedas

6.4. Identificação dos pacientes

É considerada fundamental a segurança ao paciente e consiste na utilização de tecnologias, como pulseiras de identificação, essenciais à prevenção de erros durante o cuidado à saúde não só para pacientes hospitalizados, mas também para pacientes em observação em unidades de pronto atendimento e sob qualquer condição de assistência, como para realização de exames ambulatoriais. A identificação do paciente está prevista na Lei n. 10.241, de 17 de março de 1999.

Deve-se conferir a identidade do paciente antes do início dos cuidados, na transferência ou no recebimento de pacientes de outra unidade ou instituição, antes de qualquer tratamento ou procedimento e da administração de medicamentos e de soluções.

6.5. Uma assistência limpa é uma assistência mais segura

Apesar de ser considerado um desafio, existe uma medida muito simples que pode reduzir drasticamente as infecções hospitalares: a higienização de mãos.

HIGIENIZAR AS MÃOS SEMPRE.

- ❖ Antes do contato com o paciente
- ❖ Após o contato com paciente
- ❖ E após qualquer contato com as suas imediações (cama, mesa de cabeceira) ou seus fluídos biológicos.

Cirurgias seguras salvam vidas

O projeto “Cirurgias seguras salvam vidas” da OMS prevê o desenvolvimento de uma lista de intervenções para promover a segurança em procedimentos cirúrgicos. A intenção é estabelecer um conjunto de normas de segurança que pode ser aplicado em todos os países. A listagem identifica três fases em uma cirurgia, cada uma correspondente a um período específico no fluxo normal de trabalho:

1º Antes de iniciar a anestesia

2º Antes de iniciar a cirurgia e após o término do procedimento

3º Antes de o paciente deixar a sala

A implantação do check-list reduz a mortalidade e as complicações pós operatórias.

Além do check-list, a OMS estabeleceu diretrizes para cirurgia segura, com dez objetivos essenciais:

1. Cirurgia no paciente certo, no local correto
2. Utilizar métodos conhecidos para evitar danos na administração de anestésicos, protegendo o paciente da dor.
3. Verificar se há risco de via aérea difícil
4. Reconhecer se há risco de perdas de sangue
5. Preparar-se para riscos de reações alérgicas
6. Utilizar métodos conhecidos para minimizar o risco de infecção no sítio cirúrgico
7. Checar se não houve esquecimento de instrumentos ou de compressas cirúrgicas dentro do paciente
8. Identificar de forma segura os materiais cirúrgicos
9. Comunicar-se de forma eficaz durante a cirurgia
10. Estabelecer vigilância constante no número de procedimentos cirúrgicos e analisar seus resultados nas instituições de saúde.

6.6. A importância das notificações

Previsto na portaria nº 1.660 julho/2009, do Ministério da Saúde, para receber as notificações de eventos adversos (EA), que conforme definição do Ministério da Saúde trata-se de: “qualquer efeito não desejado, em humanos, decorrente do uso de produtos sob vigilância sanitária”, e com relação às queixas técnicas (QT): “qualquer notificação de suspeita de alteração/irregularidade de um produto/empresa relacionada a aspectos técnicos ou legais, e que poderá ou não causar danos à saúde individual e coletiva”. Estas notificações são registradas através da plataforma Web da ANVISA através do programa NOTIVISA (Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária).

As informações recebidas pelo NOTIVISA auxiliam na identificação de reações adversas ou efeitos não desejados dos produtos, que auxiliarão a aperfeiçoar o conhecimento sobre um produto e a desenvolver ideias de melhorias sobre a aplicabilidade deles, permitindo que sejam promovidas ações de proteção à Saúde Pública, por meio de regulação dos produtos comercializados no país.

Na área da saúde, notificar é mais do que isso, é um ato de cidadania, de compromisso com os pacientes, com os profissionais de saúde, com a instituição e mais, de compromisso com a população brasileira.

O medo ou a culpa por ter errado é um dos primeiros fatores que levam pessoas a não notificarem um evento adverso. Entretanto, uma notificação pode evitar que novos problemas como este ocorram.

Um outro pecado é a apatia, que leva profissionais a não notificarem simplesmente porque consideram não terem tempo, não consideram importante ou mesmo porque dizem “não foi comigo mesmo”. Esse é o pecado mais grave, pois, como profissionais trabalhando em Instituições de saúde, temos responsabilidade sobre a segurança dos nossos pacientes.

Entretanto, deve-se notificar sempre que for detectado um risco ou quando ocorrer um evento adverso. Com as notificações, todos nós somos beneficiados, pois estamos colaborando para a vigilância sanitária dos produtos de saúde comercializados em todo o Brasil, dos quais, muitas vezes, somos usuários.

7. EDUCAÇÃO CONTINUADA

Participe da Capacitação continuada da rede de prestadores da Santa Casa Saúde buscando o aperfeiçoamento da sua rede prestadora de serviços inicia em 2016 o Comitê de Especialidades que visa a Educação continuada, melhorando os resultados de atenção à saúde através de reuniões onde são definidos protocolos e ações para segurança do paciente.

Os interessados deverão encaminhar para os e-mails abaixo os dados para sua inscrição e demais informações.

Dados Solicitados: Nome completo do profissional, especialidade, local de atendimento e telefone para contato.

RELACIONAMENTO COM CREDENCIADO: credenciamento@santacasasaudesjc.com.br

8. CONHECENDO UM POUCO AS NORMAS

8.1. RN 277

Esta resolução institui o Programa de Acreditação de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde - OPS, com o objetivo de incentivar a melhoria continuada na qualidade assistencial da saúde suplementar. O Programa de Acreditação de OPS consiste em uma série de itens, distribuídos em sete dimensões, cujo objetivo é avaliar o grau de conformidade de cada item quando confrontado com as práticas adotadas pela operadora.

A classificação se dá em três níveis, a exemplo do que já ocorre com a certificação dos prestadores de serviços pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), e as empresas são analisadas em aspectos como administração, estrutura e operação dos serviços oferecidos, desempenho da rede de profissionais e estabelecimentos conveniados e nível de satisfação dos beneficiários.

A acreditação é uma ferramenta de gestão que leva a um controle maior da qualidade da assistência, auxilia as operadoras a formarem a rede credenciada mais adequada para suas operações e seu perfil de negócio e apoia a elaboração de programas de promoção à saúde e prevenção de doenças mais efetivas. Os ganhos são claros: menos retrabalho, custos menores e diminuição dos recursos de glosas.

Uma das dimensões a serem desenvolvidas na RN 277 é a qualidade e desempenho da Rede Prestadora. Nesta dimensão trabalharemos o Planejamento e Cobertura das Visitas aos serviços de saúde credenciados; Implantação da Auditoria pré-hospitalar; Incentivos para melhoria constante da qualidade dos arquivos médicos mantidos pela rede prestadora; Fortalecimento das práticas para desenvolvimento da qualidade da rede prestadora, com foco na segurança do beneficiário, entre outros.

A qualificação de rede, com foco na segurança, constitui-se numa responsabilidade da operadora frente a seus clientes e é uma determinação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Segundo a Resolução Normativa número 267 da ANS, que institui o Programa de Divulgação da Qualificação de Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar, todas as operadoras de planos de saúde estão obrigadas a publicar, em seu material de divulgação da rede assistencial, a qualificação de cada um dos seus prestadores de serviços credenciados.

As certidões de acreditação serão emitidas em **três níveis**, de acordo com a pontuação final obtida pela OPS:

I - certidão nível I: para as OPS que obtiverem NF entre 90 (noventa) e 100 (cem) pontos;

II - certidão nível II: para as OPS que obtiverem NF entre 80 (oitenta) e 89 (oitenta e nove) pontos; ou

III - certidão nível III: para as OPS que obtiverem NF entre 70 (setenta) e 79 (setenta e nove) pontos.

Parágrafo único. As certidões nível II e nível III terão prazo de validade de no mínimo 2 (dois) e no máximo 3 (três) anos e a certidão nível I será válida por no mínimo 3 (três) e no máximo 4 (quatro) anos.

8.2. RN 267

Esta Resolução Normativa consiste:

Na fixação de atributos de qualificação relevantes para o aprimoramento da atenção à saúde oferecida pelos prestadores de serviços na saúde suplementar.

Na quantificação dos atributos obtidos pelos prestadores de serviços com vistas à avaliação do nível de qualificação dos prestadores que compõem a rede de cada operadora

Na definição de metas de indicadores de qualidade assistencial e de medidas de desempenho dos prestadores de serviços.

As operadoras deverão montar um programa de avaliação de sua rede de prestadores, tendo também a obrigatoriedade de divulgar uma lista no seu site, contendo os nomes de todos os serviços de saúde credenciados e a sua respectiva qualificação. Os serviços de saúde credenciados às operadoras, por sua vez, terão que atender a tais atributos, pois serão avaliados periodicamente, podendo a vir afetar o seu credenciamento junto à operadora.

8.3. ONA

ONA é um sistema de avaliação e certificação da qualidade de serviços de saúde, voluntário, periódico e reservado”. O principal objetivo da acreditação é buscar a melhoria contínua nos processos, com análises e aplicações de metodologias que visam a busca pela excelência.

Principais vantagens da Acreditação, conforme ONA:

- ❖ Segurança para os pacientes e profissionais
- ❖ Qualidade da assistência
- ❖ Construção de equipe e melhoria contínua
- ❖ Instrumento de gerenciamento
- ❖ Critérios e objetivos concretos adaptados à realidade brasileira

Classificação ONA

Acreditado: Para instituições que atendem aos critérios de segurança do paciente em todas as áreas de atividade, incluindo aspectos estruturais e assistenciais. Válido por dois anos.

Acreditado Pleno: Para instituições que, além de atender aos critérios de segurança, apresenta gestão integrada, com processos ocorrendo de maneira fluida e plena comunicação entre as atividades. Válido por dois anos.

reditado com Excelência: O princípio deste nível é a “excelência em gestão”. Uma Organização ou Programa da Saúde Acreditado com excelência atende aos níveis 1 e 2 , além dos requisitos específicos de nível 3. A instituição já deve demonstrar uma cultura organizacional de melhoria contínua com maturidade institucional. Válido por três anos.

8.4. QUALISS – Programa de Qualificação de Prestadores de Serviços de Saúde

O QUALISS tem por objetivo aumentar o poder de avaliação e escolha dos beneficiários de planos de saúde frente a rede de prestadores da operadora, podendo optar pelos mais qualificados e, ao mesmo

tempo, o QUALISS visa estimular a adesão, por parte dos prestadores, aos programas que os qualifiquem.

Atributos de qualificação

Prestadores de Serviços Hospitalares e Prestadores de Serviços Auxiliares de Terapia e Clínicas Ambulatoriais – SADT

- a) Acreditação – com identificação da Acreditadora
- b) NOTIVISA – da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA
- c) QUALISS Indicadores – Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Profissionais da saúde ou pessoas jurídicas que prestam serviços em consultórios

- a) Participação no NOTIVISA da ANVISA
- b) Pós-graduação com, no mínimo, 360hs, exceto médicos
- c) Residência em saúde reconhecida pelo MEC
- d) Título de especialista outorgado pela sociedade de especialidade e/ou conselho profissional.

A Santa Casa Saúde tem como premissa a qualificação da sua rede prestadora, garantindo assim a segurança assistencial de seus beneficiários. Para tanto, incentiva a obtenção de certificações em Programas de Qualidade, como Acreditação ONA que garantam a segurança, agilidade no atendimento e qualidade nos serviços prestados.

O Hospital que alcançar certificação ONA terá o reajuste das diárias acrescido dos seguintes percentuais como incentivo à qualificação:

- ❖ Acreditado – ONA Nível 1: Para instituições que atendem aos critérios de segurança do paciente em todas as áreas de atividade, incluindo aspectos estruturais e assistenciais, terá o reajuste acrescido de 0,50%.
- ❖ Acreditado em Pleno – ONA Nível 2: Para instituições que, além de atender aos critérios de segurança, apresentam gestão integrada, com processos ocorrendo de maneira fluida e plena comunicação entre as atividades; terá o reajuste acrescido de 0,75%.
- ❖ Acreditado com Excelência – ONA Nível 3: O princípio deste nível é a “excelência em gestão”. Uma Organização ou Programa da Saúde Acreditado com excelência atende aos níveis 1 e 2, além dos requisitos específicos de nível 3. A instituição já deve demonstrar uma cultura organizacional de melhoria contínua com maturidade institucional, terá o reajuste acrescido de 1% (um ponto percentual).
- ❖ Certificação Joint Commission International (JCI): O hospital que alcançar a certificação da Joint Commission International (JCI) terá o reajuste das diárias acrescido de 1% (um ponto percentual).
- ❖ Certificação Accreditation Canada: O hospital que alcançar a certificação da Accreditation Canada terá o reajuste das diárias acrescido de 1% (um ponto percentual).

O prestador para fazer jus ao incentivo supramencionado deverá 30 dias antes do aniversário do contrato, e respectivo reajuste comprovar que a sua certificação está válida e vigente, caso contrário o

incentivo ao reajuste supramencionado não se aplicará. Essa condição deverá obrigatoriamente ser avaliada anualmente, e sua aplicação é condicional e não compulsória.

Após conferência junto a ANS de que as informações enviadas estão corretas, fará o reajuste os valores ora ajustados nos percentuais abaixo em destaque:

I - 105% (cento e cinco por cento) do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA para os prestadores de serviços de saúde que se enquadrem nos critérios estabelecidos para o Nível A do Fator de Qualidade;

II - 100% (cem por cento) do IPCA para os prestadores de serviços de saúde que se enquadrem nos critérios estabelecidos para o Nível B do Fator de Qualidade;

DO ATENDIMENTO AO CLIENTE - PRAZOS MÁXIMOS PARA O ATENDIMENTO

SERVIÇOS PRAZO MÁXIMO PARA O ATENDIMENTO (DIAS ÚTEIS)

Consulta básica: pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia 07 (sete)

Consulta nas demais especialidades 14 (catorze)

Consulta I sessão com fonoaudiólogo 10 (dez)

Consulta I sessão com nutricionista 10 (dez)

Consulta I sessão com psicólogo 10 (dez)

Consulta I sessão com terapeuta ocupacional 10 (dez)

Consulta I sessão com fisioterapeuta 10 (dez)

Consulta e procedimentos realizados em consultório I clínica com cirurgião-dentista 07 (sete)

Serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial 03 (três)

Demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial 10 (dez)

Procedimentos de alta complexidade (PAC) 21 (vinte e um)

Atendimento em regime hospital-dia 10 (dez)

Atendimento em regime de internação eletiva 21 (vinte e um)

Urgência e emergência Imediato

A Santa Casa Saúde cumpre na totalidade a RN 259/268, que dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde. Caso haja uma demanda excessiva de solicitações em seu serviço, pedimos a gentileza que acione a Unimed para que possamos orientar e direcionar os clientes, para que não tenha dificuldade de acesso à rede.

Ouvidoria

A Santa Casa Saúde, preocupada em manter uma relação satisfatória entre o prestador de serviço e seu beneficiário respaldado pela RN 323, que dispõe sobre a instituição de unidade organizacional específica de ouvidoria pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, solicita a parceria em responder as manifestações de clientes direcionadas pela OPS da Santa Casa Saúde no prazo máximo de 48 horas úteis, para que possamos realizar as devidas tratativas de envio ao cliente para cumprimento da norma e seus respectivos prazos.

Lembrando que o compromisso da Ouvidoria é ouvir, sendo porta-voz do cliente perante a empresa, reavaliando a solução dada a sua manifestação, oferecendo um atendimento diferenciado, imparcial e transparente, com embasamento no Código de Defesa do Consumidor. É de sua responsabilidade, ainda, auxiliar para que sua manifestação seja uma oportunidade de melhorias e contínuo aprimoramento dos serviços prestados.

Alteração de Dados Cadastrais

O trabalho de Atualização Cadastral Médica é uma ação que visa o relacionamento entre os prestadores credenciados e a Santa Casa Saúde, atendendo os requisitos e regulamentações aplicáveis e atuando com parceria com os prestadores, com o objetivo de proporcionar a satisfação das partes interessadas.

Para a correta identificação e agilidade no relacionamento com os credenciados, tanto por parte da Santa Casa Saúde quanto pelos beneficiários, alterações dos dados cadastrais, tais como endereço, telefone, conta de depósito, nome fantasia, razão social, responsável técnico e outros, deverá ser comunicado, com 30 dias de antecedência ao setor de Relacionamento com Prestadores (credenciamento@santacasasaudesjc.com.br)

Quando a alteração de dados cadastrais implicar mudança de local de atendimento, seja ou não em outra cidade, cabe à Santa Casa Saúde decidir a manutenção como credenciado na nova localidade, devido aos limites e área de ação da Santa Casa Saúde.

Descredenciamento

O descredenciamento ocorre por solicitação escrita do profissional/prestador de serviço ou por conveniência administrativa da Santa Casa Saúde, seguindo as normas e termos contratuais, não havendo direito à indenização de qualquer natureza, ressalvado o direito do contratado em receber pelos serviços prestados até a data da rescisão.

Poderá ocorrer o descredenciamento, por justo motivo, dentro dos termos especificados nas cláusulas contratuais.

8. PORTAL

No site da Santa Casa Saúde você encontra alguns serviços disponíveis.

São eles:

Acesse: www.planosantacasasaude.com / ATENDIMENTO / PORTAIS

Central de Relacionamento com o Prestador

A Central de Relacionamento com o Prestador é o seu canal para manifestar solicitações, sugestões, elogios, reclamações e esclarecer dúvidas referentes ao seu contrato.

Sempre que precisar, entre em contato com a nossa equipe por meio dos canais de atendimento abaixo:

Telefone: (12) 3876-9618 E-mail: credenciamento@santacasasaudesjc.com.br

Este canal não substitui o da Central de Relacionamento com o Cliente para que possa sanar dúvidas referentes ao atendimento ao cliente, auxílio ao sistema, apoio nas autorizações.

Atendimento aos beneficiários

Para o atendimento deverá, obrigatoriamente, ser exigido do beneficiário o cartão de identificação do beneficiário da Santa Casa Saúde, observando-se sempre a data da validade do cartão, abrangência geográfica, padrão de acomodação, assim como o documento de identidade oficial com foto.

Caso o paciente se apresente sem o cartão de identificação, será obrigatória, além do documento de identidade com foto, a solicitação de autorização prévia junto a Central de Atendimento da Santa Casa Saúde.

Exceções:

- Crianças de 0 a 7 anos • Adultos acima de 60 anos

Solicitação de Autorização de Atendimento

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

Análise em estudo

Eventualmente uma solicitação pode cair em estudo. Neste caso deverá ser feito contato com a central de atendimento via chat do sistema para esclarecimento das informações necessárias.

Eventualmente informações médicas podem ser necessárias. Neste caso, a solicitação será feita por um médico auditor e poderá ocorrer por contato telefônico ou meio eletrônico, sempre visando preservar o sigilo médico.

Auditoria Concorrente

Prestadores hospitalares podem receber visitas regulares de auditoria concorrente, que tem o objetivo de avaliar a qualidade do atendimento prestado aos beneficiários da Santa Casa Saúde.

Faturamento

O faturamento também deverá ocorrer de maneira eletrônica, seguindo os padrões definidos pela ANS, dadas a simplicidade de uso e a diminuição de erros e glosas através do validador vigente na época do envio.

Após o recebimento as contas serão processadas e eventuais diferenças serão comunicadas ao prestador de acordo com suas regras contratuais.

Declaração de Recebimento do Manual de Boas Práticas da Rede Prestadora.

O(a), _____,

CNPJ nº, _____ declara o recebimento do Manual de Boas Práticas da Rede Prestadora para o Credenciado da Santa Casa Saúde, estando também ciente de que sua versão poderá ser atualizada a qualquer momento e estará disponível no endereço eletrônico www.planosantacasasaude.com – na opção Portal Prestadores.

_____ Assinatura do responsável

Nome: _____

RG nº: _____

_____, _____ de _____ de 20____.