

ANEXO 1 DA RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 277

Dimensão	Nome da Dimensão	Quantitativo de Itens		Peso	Nota Mínima
		Operadoras Médico-Hospitalares	Operadoras Exclusivamente Odontológicas		
Dimensão 1	Programa de Melhoria da Qualidade – PMQ	11	11	1	70
Dimensão 2	Dinâmica da Qualidade e Desempenho da Rede Prestadora	12	11	2	70
Dimensão 3	Sistemáticas de Gerenciamento das Ações dos Serviços de Saúde	25	24	2	70
Dimensão 4	Satisfação dos Beneficiários	9	9	2	70
Dimensão 5	Programas de Gerenciamento de Doenças e Promoção da Saúde	51	25	1	70
Dimensão 6	Estrutura e Operação	15	14	2	70
Dimensão 7	Gestão	24	24	1	70

ANEXO 2 DA RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 277

FÓRMULA		
Operadoras Médico-Hospitais	Operadoras Exclusivamente Odontológicas	
$D_1 = \frac{\sum_{i=1}^{11} X_{D1}^i}{11} \times 10$	$D_1 = \frac{\sum_{i=1}^{11} X_{D1}^i}{11} \times 10$	Onde D_1 é a nota obtida na Dimensão 1, com variação entre 0 (zero) e 100 (cem) e onde X_{D1}^i é a nota obtida no i-ésimo item da Dimensão 1
$D_2 = \frac{\sum_{i=1}^{12} X_{D2}^i}{12} \times 10$	$D_2 = \frac{\sum_{i=1}^{11} X_{D2}^i}{11} \times 10$	Onde D_2 é a nota obtida na Dimensão 2, com variação entre 0 (zero) e 100 (cem) e onde X_{D2}^i é a nota obtida no i-ésimo item da Dimensão 2
$D_3 = \frac{\sum_{i=1}^{25} X_{D3}^i}{25} \times 10$	$D_3 = \frac{\sum_{i=1}^{24} X_{D3}^i}{24} \times 10$	Onde D_3 é a nota obtida na Dimensão 3 com variação entre 0 (zero) e 100 (cem) e onde X_{D3}^i é a nota obtida no i-ésimo item da Dimensão 3
$D_4 = \frac{\sum_{i=1}^9 X_{D4}^i}{9} \times 10$	$D_4 = \frac{\sum_{i=1}^9 X_{D4}^i}{9} \times 10$	Onde D_4 é a nota obtida na Dimensão 4, com variação entre 0 (zero) e 100 (cem) e onde X_{D4}^i é a nota obtida no i-ésimo item da Dimensão 4
$D_5 = \frac{\sum_{i=1}^{51} X_{D5}^i}{51} \times 10$	$D_5 = \frac{\sum_{i=1}^{25} X_{D5}^i}{25} \times 10$	Onde D_5 é a nota obtida na Dimensão 5, com variação entre 0 (zero) e 100 (cem) e onde X_{D5}^i é a nota obtida no i-ésimo item da Dimensão 5
$D_6 = \frac{\sum_{i=1}^{15} X_{D6}^i}{15} \times 10$	$D_6 = \frac{\sum_{i=1}^{14} X_{D6}^i}{14} \times 10$	Onde D_6 é a nota obtida na Dimensão 6, com variação entre 0 (zero) e 100 (cem) e onde X_{D6}^i é a nota obtida no i-ésimo item da Dimensão 6
$D_7 = \frac{\sum_{i=1}^{24} X_{D7}^i}{24} \times 10$	$D_7 = \frac{\sum_{i=1}^{24} X_{D7}^i}{24} \times 10$	Onde D_7 é a nota obtida na Dimensão 7, com variação entre 0 (zero) e 100 (cem) e onde X_{D7}^i é a nota obtida no i-ésimo item da Dimensão 7

$NF = \frac{\sum_{k=1}^7 D_k P_k}{\sum_{k=1}^7 P_k}$	Onde D_k é a nota obtida na k-ésima dimensão e P_k é o peso da k-ésima dimensão, conforme o enquadramento da operadora como Médico-Hospitalar ou exclusivamente Odontológica.
--	--

ANEXO 4 DA RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 277

DIMENSÃO		ITENS APLICADO ÀS OPS MÉDICO-HOSPITALARES	ITENS APLICADO ÀS OPS EXCLUSIVAMENTE	Descrição Detalhada da Metodologia Utilizada para Avaliação dos Graus de Conformidade dos Itens
1	PROGRAMA DE MELHORIA DA QUALIDADE – PMQ	1.1 a 1.11	1.1 a 1.11	
2	DINÂMICA DA QUALIDADE E DESEMPENHO DA REDE PRESTADORA	2.1 a 2.12	2.1 a 2.8 e 2.10 a 2.12	
3	SISTEMÁTICAS DE GERENCIAMENTO DAS AÇÕES DOS SERVIÇOS DE SAÚDE			
3.1	Distribuição Quantitativa e Geográfica da Rede Prestadora			
3.1.1	Atenção Primária à Saúde (Clínica Geral, Medicina da Família, Pediatria, G.O. e Cirurgia Geral)	3.1.1.1 a 3.1.1.4	3.1.1.1 a 3.1.1.4	
3.1.2	Atenção Especializada à Saúde (demais especialidades médicas)	3.1.2.1 a 3.1.2.4	3.1.2.1 a 3.1.2.4	
3.1.3	Atenção de Urgência e Emergência à Saúde	3.1.3.1 a 3.1.3.4	3.1.3.1 a 3.1.3.4	
3.2	Identificação de Obstáculos ao Acesso à Rede Prestadora	3.2.1 a 3.2.7	3.2.1 a 3.2.6	
3.3	Autorizações Prévias	3.3.1 a 3.3.6	3.3.1 a 3.3.6	
4	SATISFAÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS	4.1 a 4.9	4.1 a 4.9	
5	PROGRAMAS DE GERENCIAMENTO DE DOENÇAS E PROMOÇÃO DA SAÚDE			
5.1	Programas de Gerenciamento de Casos Complexos			
5.1.1	Identificação da População-Alvo	5.1.1.1 e 5.1.1.2		
5.1.2	Sistemas de Informação	5.1.2.1 a 5.1.2.3		
5.1.3	Aspectos Operacionais dos Programas de Gerenciamento de Casos Complexos	5.1.3.1 a 5.1.3.11		
5.1.4	Avaliação da Satisfação do Beneficiário - Programas de Gerenciamento de Casos Complexos	5.1.4.1 e 5.1.4.2		
5.1.5	Informações à Rede Prestadora	5.1.5.1		
5.1.6	Avaliação da Efetividade dos Programas de Gerenciamento de Casos Complexos	5.1.6.1 a 5.1.6.3		
5.2	Programas de Gerenciamento de Doenças Crônicas			
5.2.1	Identificação da População-Alvo	5.2.1.1 e 5.2.1.2	5.2.1.1 e 5.2.1.2	
5.2.2	Sistemas de Informação	5.2.2.1 a 5.2.2.3	5.2.2.1 a 5.2.2.3	
5.2.3	Aspectos Operacionais dos Programas de Gerenciamento de Doenças Crônicas	5.2.3.1 a 5.2.3.11	5.2.3.1 a 5.2.3.11	
5.2.4	Avaliação da Satisfação do Beneficiário - Programas de Gerenciamento de Doenças Crônicas	5.2.4.1 e 5.2.4.2	5.2.4.1 e 5.2.4.2	
5.2.5	Informações à Rede Prestadora	5.2.5.1	5.2.5.1	
5.2.6	Avaliação da Efetividade dos Programas de Gerenciamento de Doenças Crônicas	5.2.6.1 a 5.2.6.3	5.2.6.1 a 5.2.6.3	
5.3	Programas de Promoção da Saúde	5.3.1 a 5.3.7	5.3.1 a 5.3.2 e 5.3.4	
6	ESTRUTURA E OPERAÇÃO			
6.1	Qualidade da Estrutura Físico-Funcional	6.1.1 a 6.1.5	6.1.1 a 6.1.5	
6.2	Interface com Beneficiários	6.2.1 a 6.2.10	6.2.1 a 6.2.7 e 6.2.9 a 6.2.10	
7	GESTÃO			
7.1	Gestão de Pessoas e Liderança	7.1.1 a 7.1.15	7.1.1 a 7.1.15	
7.2	Gestão da Tecnologia	7.2.1 a 7.2.4	7.2.1 a 7.2.4	
7.3	Gestão Estratégica	7.3.1 a 7.3.3	7.3.1 a 7.3.3	
7.4	Gestão das Parcerias e Terceirizações	7.4.1 e 7.4.2	7.4.1 e 7.4.2	

ANEXO 5 DA RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 277

ITENS APLICADOS PARA OPERADORAS EXCLUSIVAMENTE ODONTOLÓGICAS		GRAUS DE CONFORMIDADE:		
		TOTAL	PARCIAL	NÃO EXISTENTE
DIMENSÃO 1 - PROGRAMA DE MELHORIA DA QUALIDADE - PMQ:				
1.1	Existe um grupo responsável pelo Programa de Melhoria da Qualidade (PMQ) da OPS.			
1.2	Há um médico especificamente designado participando do grupo responsável pelo Programa de Melhoria da Qualidade (PMQ) da OPS.			
1.3	O grupo responsável pelo PMQ avalia os processos operacionais relacionados à melhoria de qualidade em todas as atividades da OPS.			
1.4	A estrutura e funções do grupo responsável pelo PMQ estão formalmente definidas, bem como existem registros de frequência e das atas (datadas e assinadas) das reuniões do grupo, onde todas as suas decisões e ações estão detalhadas.			
1.5	O grupo responsável pelo PMQ possui um plano anual de trabalho.			
1.6	Existem instalações e equipamentos suficientes direcionados para o grupo responsável pelo PMQ.			
1.7	O grupo responsável pelo PMQ institui e acompanha indicadores da qualidade dos serviços oferecidos pela OPS.			
1.8	O grupo responsável pelo PMQ recomenda, no mínimo anualmente, políticas de melhoria da qualidade para a alta direção da OPS.			
1.9	Os resultados das atividades do grupo do PMQ são analisados, no mínimo anualmente, e avaliados pela alta direção da OPS.			
1.10	A OPS promove divulgação interna das atividades (realizadas e em andamento) do grupo responsável pelo PMQ no mínimo anualmente.			
1.11	A OPS possui sistema de gestão da qualidade implementado.			
DIMENSÃO 2 - DINÂMICA DA QUALIDADE E DESEMPENHO DA REDE PRESTADORA:				
2.1	A OPS tem procedimento documentado e adequado que priorize a qualificação acadêmico-profissional nas etapas de avaliação e seleção de médicos e demais prestadores para sua rede.			
2.2	A OPS tem políticas e procedimentos documentados para promoção do descredenciamento de médicos e demais prestadores, nos casos de falta de qualidade ou deficiência de segurança por parte dos prestadores.			
2.3	A OPS dispõe de políticas e procedimentos documentados para o acesso aos prontuários de seus beneficiários, observados os limites legais.			
2.4	A OPS possui política clara e formalizada em contrato, de incentivos (financeiros ou não-financeiros) aos seus prestadores, vinculados à adoção de boas práticas, desfechos clínicos e excelência no atendimento a padrões e protocolos.			

2.5	A OPS viabiliza a participação em programas de capacitação e educação continuada em saúde, para sua rede prestadora, com o objetivo de melhorar os resultados da atenção à saúde.			
2.6	A OPS possui procedimento documentado de incentivos à acreditação/certificação de sua rede prestadora e mantém registros atualizados periodicamente sobre o grau de qualidade de sua rede.			
2.7	A auditoria concorrente (própria ou terceirizada) possui procedimentos documentados de operação, no intuito de aferir a qualidade e adequação dos serviços prestados pela rede.			
2.8	A OPS possui procedimentos documentados para verificação da renovação de certificados, diplomas e alvarás necessários ao funcionamento da rede prestadora, segundo a legislação estadual e federal, dentro do prazo de validade, e condiciona a manutenção do credenciamento à atualização desses documentos.			
2.10	A OPS tem programa de qualidade devidamente documentado e implementado relativo à segurança do paciente, que inclui a análise da adequação do atendimento, bem como supervisão efetiva das atividades de melhoria contínua do atendimento aos pacientes.			
2.11	A OPS possui procedimento documentado para orientação da rede prestadora com relação à manutenção da confidencialidade dos dados clínicos dos beneficiários.			
2.12	A OPS possui procedimento documentado para estimular a melhoria constante da qualidade dos arquivos médicos mantidos pela rede prestadora.			
DIMENSÃO 3 - SISTEMÁTICAS DE GERENCIAMENTO DAS AÇÕES DOS SERVIÇOS DE SAÚDE:				
3.1	Distribuição Quantitativa e Geográfica da Rede Prestadora:			
3.1.1	Atenção Primária à Saúde (Clínica Geral, Medicina da Família, Pediatria, G.O. e Cirurgia Geral):			
3.1.1.1	Existem critérios quantitativos, devidamente documentados, para estabelecer o número adequado de prestadores de atenção primária à saúde da rede.			
3.1.1.2	Existem critérios quantitativos, devidamente documentados, para a distribuição geográfica dos prestadores de atenção primária à saúde da rede.			
3.1.1.3	Anualmente é realizada análise e registro do desempenho do número de prestadores de atenção primária à saúde da rede, tendo como referência os critérios previamente estabelecidos.			
3.1.1.4	Anualmente é realizada análise e registro do desempenho da distribuição geográfica dos prestadores de atenção primária à saúde da rede, tendo como referência os critérios previamente estabelecidos.			
3.1.2	Atenção Especializada à Saúde (demais especialidades médicas):			
3.1.2.1	Existem critérios quantitativos, devidamente documentados, para estabelecer o número adequado de prestadores de atenção especializada à saúde da rede.			

3.1.2.2	Existem critérios quantitativos, devidamente documentados, para a distribuição geográfica dos prestadores de atenção especializada à saúde da rede.			
3.1.2.3	Anualmente é realizada análise e registro do desempenho do número de prestadores de atenção especializada à saúde da rede, tendo como referência os critérios previamente estabelecidos.			
3.1.2.4	Anualmente é realizada análise e registro do desempenho da distribuição geográfica dos prestadores de atenção especializada à saúde da rede, tendo como referência os critérios previamente estabelecidos.			
3.1.3	Atenção de Urgência e Emergência à Saúde:			
3.1.3.1	Existem critérios quantitativos, devidamente documentados, para estabelecer o número adequado de prestadores de atenção de urgência e emergência à saúde da rede.			
3.1.3.2	Existem critérios quantitativos, devidamente documentados, para a distribuição geográfica dos prestadores de atenção de urgência e emergência à saúde da rede.			
3.1.3.3	Anualmente é realizada análise e registro do desempenho do número de prestadores de atenção de urgência e emergência à saúde da rede, tendo como referência os critérios previamente estabelecidos.			
3.1.3.4	Anualmente é realizada análise e registro do desempenho da distribuição geográfica dos prestadores de atenção de urgência e emergência à saúde da rede, tendo como referência os critérios previamente estabelecidos.			
3.2	Identificação de Obstáculos ao Acesso à Rede Prestadora:			
3.2.1	A OPS estabelece procedimentos para assegurar o acesso dos beneficiários à rede prestadora de atenção primária à saúde.			
3.2.2	A OPS estabelece procedimentos para assegurar o acesso dos beneficiários à rede prestadora de atenção especializada à saúde.			
3.2.3	A OPS estabelece procedimentos para assegurar o acesso dos beneficiários à rede prestadora de atenção de atenção de urgência e emergência à saúde.			
3.2.4	A OPS estabelece e implementa prontamente um plano de ação, devidamente documentado, quando identifica obstáculos ao acesso dos beneficiários à rede prestadora de atenção primária à saúde da rede.			
3.2.5	A OPS estabelece e implementa prontamente um plano de ação, devidamente documentado, quando identifica obstáculos ao acesso dos beneficiários à rede prestadora de atenção especializada à saúde da rede.			
3.2.6	A OPS estabelece e implementa prontamente um plano de ação, devidamente documentado, quando identifica obstáculos ao acesso dos beneficiários à rede prestadora de atenção de urgência e emergência à saúde da rede.			
3.3	Autorizações Prévias:			

3.3.1	A OPS mantém documentação adequada e devidamente arquivada e controlada, por meio físico ou eletrônico, contendo suas respostas às solicitações de autorização para realização de exames, procedimentos e internações, incluindo as justificativas técnico-administrativas (especialmente quando há não- autorização).			
3.3.2	A autorização ou não-autorização para realização de exames, procedimentos e internações é supervisionada por médicos, acessíveis no local ou por telefone, responsáveis pela verificação da consistência e da adequação das decisões.			
3.3.3	A OPS apresenta resposta à solicitação de autorização ou não-autorização para realização eletiva de exames, procedimentos e internações em, no máximo, setenta e duas horas.			
3.3.4	A OPS disponibiliza justificativa devidamente documentada, por escrito, quando assim solicitada pelos beneficiários, nos casos de não-autorização para realização eletiva de exames, procedimentos e internações.			
3.3.5	A OPS dispõe de mecanismo formal e devidamente documentado para providenciar com agilidade a formação de junta médica, de acordo com a legislação de saúde suplementar, nas situações de divergência médica a respeito de autorização prévia, para casos eletivos, em até 15 dias, contados da não-autorização.			
3.3.6	Existem políticas e evidências devidamente documentadas de que a OPS notifica o médico solicitante de que há médico responsável disponível para discutir questões pertinentes relativas à não-autorização e os meios para entrar em contato com ele.			
DIMENSÃO 4 – SATISFAÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS:				
4.1	A OPS possui procedimento devidamente documentado para identificar a população-alvo, com base nas reclamações e solicitações dos beneficiários, para realização da avaliação de satisfação.			
4.2	A OPS possui procedimento devidamente documentado para seleção apropriada de uma amostra da população-alvo, caso seja utilizada uma amostra.			
4.3	A OPS possui procedimento devidamente documentado para coletar e validar os dados relativos à população-alvo, com base nas reclamações e solicitações dos beneficiários.			
4.4	A OPS possui registro de avaliação das reclamações e solicitações dos beneficiários, realizada, no mínimo, anualmente.			
4.5	A OPS tem políticas e procedimentos para registrar, analisar, responder e gerenciar as reclamações dos beneficiários, efetuadas por qualquer canal de comunicação.			
4.6	A OPS pesquisa a satisfação dos beneficiários com relação, no mínimo, à facilidade para marcação de consultas e de exames complementares na rede credenciada.			
4.7	A OPS pesquisa a satisfação dos beneficiários com o atendimento prestado pela rede prestadora.			

4.8	A OPS possui procedimento devidamente documentado para mensuração da satisfação dos beneficiários com relação a todos os canais de atendimento disponibilizados pela OPS.			
4.9	A OPS possui procedimento devidamente documentado para identificar, no mínimo anualmente, os pontos específicos para o implemento de melhorias, estabelece prioridades e decide quando agir oportunamente, com base na análise das reclamações e solicitações dos beneficiários.			
DIMENSÃO 5 – PROGRAMAS DE GERENCIAMENTO DE DOENÇAS E PROMOÇÃO DA SAÚDE:				
5.2	Programas de Gerenciamento de Doenças Crônicas			
5.2.1	Identificação da População-Alvo:			
5.2.1.1	A OPS utiliza, no mínimo, as seguintes fontes de dados para identificar beneficiários potencialmente elegíveis: relatórios de altas hospitalares; relatório sobre medicamentos solicitados (caso ofereça benefício-farmácia); relatórios de utilização e de reclamações dos beneficiários.			
5.2.1.2	A OPS dispõe de canais de comunicação e meios de pesquisa para receber indicações de possíveis candidatos ao Programa: beneficiários (auto-indicação); médicos assistentes da rede prestadora.			
5.2.2	Sistemas de Informação:			
5.2.2.1	A OPS possui registros devidamente controlados que evidenciam a observância dos protocolos e diretrizes clínicas, elaborados por entidades nacionais de referência (Ministério da Saúde; Associação Médica Brasileira-AMB; Associação de Medicina Intensiva Brasileira-AMIB; sociedades de especialidades médicas).			
5.2.2.2	Cada interação/ação feita com um beneficiário participante do Programa é formalmente documentada e datada.			
5.2.2.3	A OPS possui sistemática para notificação, dos beneficiários participantes, das datas programadas de reavaliação.			
5.2.3	Aspectos Operacionais dos Programas de Gerenciamento de Doenças Crônicas:			
5.2.3.1	A OPS fornece material explicativo referente aos Programas aos beneficiários elegíveis com informações, no mínimo, sobre: regras de utilização; critérios de elegibilidade; procedimentos que o beneficiário deve seguir para aderir ou se desligar dos Programas.			
5.2.3.2	A OPS possui políticas e procedimentos para assegurar o direito do beneficiário elegível de recusar-se a participar dos programas ou, caso participante, de neles permanecer, a qualquer momento.			
5.2.3.3	A OPS possui registro que comprove formalmente o consentimento do beneficiário em participar do programa.			
5.2.3.4	A história clínica e a utilização de medicamentos estão adequadamente documentadas.			

5.2.3.5	É realizada uma avaliação inicial que inclui condições específicas da saúde do beneficiário.			
5.2.3.6	É realizada uma avaliação inicial para o planejamento das atividades diárias do beneficiário.			
5.2.3.7	É realizada uma avaliação inicial do estado mental, incluindo funções cognitivas, do beneficiário.			
5.2.3.8	É realizada uma avaliação inicial dos aspectos relativos à linguagem, preferências ou limitações do beneficiário.			
5.2.3.9	É realizada uma avaliação inicial quanto à adequação das pessoas que auxiliam o beneficiário em seu tratamento ou de identificar se o beneficiário necessitará de pessoas que o auxiliem em seu tratamento.			
5.2.3.10	A OPS avalia, no mínimo anualmente, e registra os benefícios econômico-financeiros auferidos com o programa.			
5.2.3.11	É estabelecida uma rotina para acompanhamento e comunicação com o beneficiário.			
5.2.4	Avaliação da Satisfação do Beneficiário - Programas de Gerenciamento de Doenças Crônicas:			
5.2.4.1	Pelo menos uma vez ao ano a OPS realiza avaliação e registra os resultados da satisfação dos beneficiários participantes dos Programas.			
5.2.4.2	Pelo menos uma vez ao ano a OPS realiza avaliação e registra os resultados das reclamações e solicitações dos beneficiários participantes dos Programas.			
5.2.5	Informações à Rede Prestadora:			
5.2.5.1	A OPS disponibiliza à rede prestadora informações acerca do funcionamento dos Programas e de como o médico assistente do beneficiário pode colaborar com os Programas.			
5.2.6	Avaliação da Efetividade dos Programas de Gerenciamento de Doenças Crônicas:			
5.2.6.1	A OPS avalia a efetividade de seus Programas utilizando no mínimo três indicadores clínicos e/ou laboratoriais quantitativos.			
5.2.6.2	Para cada indicador a OPS estabelece metas de desempenho para avaliação periódica de sua efetividade.			
5.2.6.3	Ao fazer a análise dos indicadores de efetividade de seus Programas, a OPS identifica oportunidades e implanta melhorias, caso necessário.			
5.3	Programas de Promoção da Saúde:			
5.3.1	A OPS disponibiliza Programas anti-tabagismo voltados a todas as faixas etárias.			
5.3.2	A OPS promove treinamento ou fornece material explicativo a seus beneficiários relativo à saúde bucal.			
5.3.4	A OPS promove treinamento ou fornece material explicativo acerca de hábitos de vida saudáveis, incluindo hábitos nutricionais, medidas de higiene e prevenção de infecções.			
DIMENSÃO 6 – ESTRUTURA E OPERAÇÃO:				
6.1	Qualidade da Estrutura Físico-Funcional:			

6.1.1	A OPS possui ambiente adequado, que respeite a privacidade do beneficiário para o atendimento pessoal, inclusive de gestantes, idosos, crianças e portadores de necessidades especiais.			
6.1.2	Os arquivos físicos da OPS, contendo a documentação cadastral, tanto dos beneficiários quanto dos prestadores da rede, se encontram em local que assegure sua integridade e estão ordenados de forma que facilite sua localização e manuseio.			
6.1.3	A OPS possui serviço de atendimento gratuito ao beneficiário via telefone disponível vinte e quatro horas e sete dias por semana para atendimento aos beneficiários.			
6.1.4	A OPS avalia trimestralmente se as ligações telefônicas em seu serviço de atendimento gratuito ao beneficiário via telefone são atendidas dentro de 30 segundos (URA). Em 23/05/2011: especificar a sigla URA e prever atendimento pessoal			
6.1.5	A OPS avalia, trimestralmente, se o abandono de ligações recebidas no serviço de atendimento gratuito ao beneficiário via telefone é de, no máximo, 5% (cinco por cento).			
6.2	Interface com Beneficiários:			
6.2.1	A OPS presta atendimento por telefone (horário comercial) ou pelo <i>site</i> para fornecer aos clientes informações sobre os contratos, especialmente acerca de mecanismos de regulação, segundas vias de carteira de beneficiário e de boletos de cobrança.			
6.2.2	A OPS fornece, aos seus clientes, manuais para consulta rápida, em linguagem clara e objetiva, contendo todas as explicações acerca dos itens contratuais, especialmente os que se referem às regras de funcionamento dos mecanismos de regulação (financeiros e não-financeiros), do reembolso de despesas e dos reajustes das mensalidades.			
6.2.3	A OPS fornece lista atualizada de sua rede prestadora no momento da contratação.			
6.2.4	A OPS promove divulgação imediata de qualquer alteração da lista por meio de seu serviço de atendimento gratuito ao beneficiário via telefone ou atendimento pessoal, quando há solicitação do beneficiário.			
6.2.5	A OPS atualiza, no mínimo quinzenalmente, a lista em seu sítio eletrônico, promovendo a atualização completa da lista impressa anualmente.			
6.2.6	A OPS possui manuais que são utilizados por seus colaboradores da área de atendimento, contendo informações detalhadas acerca dos itens contratuais dos beneficiários, especialmente os relacionados ao funcionamento dos mecanismos de regulação, bem como dos canais adequados para recebimento de sugestões e reclamações.			

6.2.7	A OPS tem políticas documentadas que contemplem a segurança e a proteção da confidencialidade da informação clínica de seus beneficiários e de todos os dados pessoais que possam causar riscos ou danos, inclusive morais aos mesmos.			
6.2.9	A OPS notifica os beneficiários com trinta dias de antecedência do término do contrato de prestadores das especialidades básicas e oferece outras opções aos beneficiários.			
6.2.10	Os beneficiários são informados de qualquer alteração na rotina operacional da utilização dos serviços, especialmente dos canais de comunicação com a OPS (ex: novos números de telefone para contato, novos endereços, etc).			
DIMENSÃO 7 – GESTÃO:				
7.1	Gestão de Pessoas e Liderança:			
7.1.1	A OPS possui canais permanentes de comunicação com seus colaboradores, disponibilizando espaços para compartilhamento de conhecimento e a integração.			
7.1.2	A OPS possui estrutura, sistemas, registros e processos de gestão de pessoas.			
7.1.3	A OPS possui programas de prevenção à evasão de beneficiários.			
7.1.4	A política de gestão de pessoas é formal e transparente – com metas e indicadores.			
7.1.5	A OPS possui políticas e programas de qualidade de vida no trabalho (segurança, saúde, higiene, medicina ocupacional, assistência social.) acompanhados regularmente e reconhecidos como satisfatórios por mais de 50% (cinquenta por cento) dos colaboradores.			
7.1.6	A OPS possui visão, missão e valores definidos e amplamente divulgados aos seus colaboradores.			
7.1.7	A OPS tem procedimento para identificação de suas necessidades, desenvolvendo programas de treinamento adequados à consecução de suas atividades.(exemplos: estágios, <i>trainees</i> , idiomas, capacitação digital, <i>e-learning</i> , universidade corporativa).			
7.1.8	São realizadas, com frequência regular, pesquisas de satisfação entre os colaboradores, com metas e indicadores definidos para avaliar a satisfação dos colaboradores.			
7.1.9	A OPS prepara planos de desenvolvimento personalizados para todos os colaboradores com base em suas lacunas de competência e tem estratégias explícitas para a retenção dos talentos potenciais (programas de sucessão, trilhas de carreira e cenários) de forma a garantir, em longo prazo, a disponibilidade de recursos humanos e competências que serão necessários para o seu crescimento.			
7.1.10	A rotatividade de pessoal é gerenciada, de forma que os desligamentos sejam feitos de modo responsável e existem programas de preparação para a aposentadoria.			

7.1.11	A OPS possui procedimento documentado para o recrutamento e seleção baseado em competências e diversidade (personalidades, experiências, cultura, educação formal, minorias, etc.), de forma a atender, de modo amplo, às necessidades de longo prazo da OPS.			
7.1.12	O acesso dos colaboradores às hierarquias superiores, para sugestões de melhorias, é garantido através de processos e mecanismos formais.			
7.1.13	A OPS possui plano de cargos e salários e programa de benefícios compatíveis com as exigências e requerimentos das atribuições.			
7.1.14	A OPS tem processos para desenvolvimento de novos produtos, serviços ou soluções, com o objetivo de fidelizar os atuais e conquistar novos beneficiários.			
7.1.15	Existem programas de participação nos resultados (distribuição de lucros e/ou opções acionárias), bem como sistemas de remuneração com foco em resultados, quando aplicável.			
7.2	Gestão da Tecnologia:			
7.2.1	Os cadastros dos beneficiários e dos prestadores da rede são padronizados e acessíveis por sistemas informatizados Para cada beneficiário ou prestador da rede existe um cadastro completo, sem dados incompletos.			
7.2.2	Os cadastros dos beneficiários e o dos prestadores da rede são mantidos atualizados.			
7.2.3	A OPS possui infraestrutura e utiliza ferramentas de TI e Telecom (<i>hardware, software, sistemas, soluções, etc.</i>) nos processos de gestão de saúde.			
7.2.4	Existem planos e projetos para desenvolvimento e melhoria de tecnologia do setor, visando melhorar os processos assistenciais e demais aplicações em toda a organização.			
7.3	Gestão Estratégica:			
7.3.1	A OPS utiliza sistemas de gestão integrados de seus processos operacionais.			
7.3.2	A OPS possui procedimento documentado para avaliar a rentabilidade de cada plano ofertado, por tipo de cliente, canal de distribuição e de cada unidade de negócios.			
7.3.3	A OPS publica Relatórios de Sustentabilidade, Balanço de Responsabilidade Social, GRI (Global Reporting Initiative) e Relatórios Ambientais, de forma regular e transparente, para todos os seus públicos-alvo.			
7.4	Gestão das Parcerias e Terceirizações:			
7.4.1	Todas as atividades terceirizadas de prestação de serviços na OPS possuem contrato onde estejam previstas as responsabilidades de ambas as partes e onde são descritas claramente as atividades terceirizadas, bem como os indicadores a serem utilizados na avaliação de seu desempenho.			
7.4.2	O contrato firmado entre a OPS e a empresa terceirizada contém cláusula que garanta a confidencialidade das informações médicas obtidas em razão da atividade desempenhada, inclusive em caso de rescisão contratual.			