



PLANO DE SAÚDE

Hospitalar

**POLÍTICA ORGANIZACIONAL
REDE CREDENCIADA**

1. OBJETIVOS:

Apoiar, orientar e acompanhar a conformação da Rede Prestadora de Serviços de Saúde, levando em consideração a quantidade e a qualidade dos prestadores, proporcionando uma rede adequada aos clientes do Plano de Saúde Hospitalar, a área de abrangência dos beneficiários e as resoluções normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, organizando a prestação da assistência à saúde de forma que o beneficiário tenha acesso a um cuidado de saúde resolutivo.

2. APLICAÇÃO:

Credenciamento e relacionamento com a rede prestadora

3. TERMOS E DEFINIÇÕES:

Credenciamento - Consiste na habilitação dada a uma pessoa jurídica para atuar como prestador na rede de atendimento assistencial em determinado ramo de atividade para atender aos clientes do Plano de Saúde Hospitalar

Descredenciamento - Consiste no cancelamento da habilitação uma pessoa jurídica para atuar como prestador na rede de atendimento assistencial em determinado ramo de atividade para atender aos clientes do Plano de Saúde Hospitalar

Eficácia - Consiste na capacidade de alcançar as metas pretendidas.

Eficiência - Consiste na capacidade de realizar processo da melhor maneira possível, otimizando recursos.

Equidade - É a disposição para reconhecer imparcialmente o direito de cada um, contudo sem que haja necessidade de atender esses direitos da mesma maneira. Equidade não é sinônimo de igualdade, mas sim de adaptação do tratamento a um caso específico com o objetivo de deixá-lo mais justo possível para as partes envolvidas.

Segurança - Promoção de um ambiente seguro com uma abordagem da aprendizagem que identifica, analisa, propõe e implementa melhorias para reduzir ou impedir a ocorrência de eventos adversos.

Qualidade - Consiste no grau no qual um conjunto de características inerentes satisfaz a requisitos. Qualidade assistencial - Consiste no princípio balizador para a avaliação do desempenho da assistência, que confere ao serviço de saúde ou à ação de saúde um padrão aceitável, de acordo com as normas internas, notas técnicas e legislações vigentes, aplicáveis ao setor.

QUALISS: Programa da ANS que visa estimular a qualificação dos prestadores de serviços de saúde (hospitais, clínicas, laboratórios e profissionais de saúde) e aumentar a disponibilidade de informações sobre qualidade de prestadores de serviço. O objetivo é ampliar o poder de avaliação e de escolha por parte dos beneficiários de planos de saúde e pela sociedade em geral

Rede Assistencial - Conjunto de organizações, próprias ou credenciadas, composta de pessoas jurídicas, responsáveis pelo atendimento dos beneficiários vinculados a organização responsável pela entregados serviços de atenção à saúde.

Rede Própria: é propriedade da operadora que tem a obrigação de gerir os profissionais e processos

4. DIRETRIZES:

As diretrizes descritas neste documento estabelecem os critérios de avaliação dos prestadores com o objetivo de verificar seu desempenho em relação às práticas e processos do Plano de Saúde Hospitalar, particularmente nos seguintes aspectos:

- Implementação de políticas e padrões definidos;
- Regularidade da documentação;

- Cumprimento das normas legais e sanitárias;
- Qualidade dos serviços prestados aos beneficiários;
- Acompanhamento de indicadores de qualidade;
- Metodologia da política de remuneração;

Com base nos resultados de avaliações dos prestadores, na apuração de indicadores de qualidade, nas reclamações de beneficiários e nos relatórios de visitas de acompanhamento da rede credenciada, o Plano de Saúde Hospitalar, através do setor de Relacionamento/Credenciamento disponibilizará informações e suporte técnico que contribua para o aprimoramento do desempenho de seus prestadores.

O Plano de Saúde Hospitalar requer de seus prestadores um relacionamento com a rede assistencial baseada na ética, transparência, atendimento a legislação vigente, primando pelo compromisso com a qualidade, segurança e integridade dos serviços e produtos.

O respeito ao ser humano, alinhado ao propósito de cuidar da saúde das pessoas, investir na valorização dos médicos e praticar uma medicina humanizada com excelência baseado em princípios cristãos e ética profissional conforme os valores do Plano de Saúde Hospitalar, zelando pela assistência à saúde prestada aos seus clientes com qualidade e segurança, realizando gestão de riscos, prevenção e mitigação de acidentes e utilizando diretrizes clínicas baseadas em evidências.

O Plano de Saúde Hospitalar, tem o objetivo de incentivar o sistema de saúde na sua área de ação, gerando serviços, transferência de recursos e estímulo à capacitação contínua de médicos, hospitais, clínicas e laboratórios. O estímulo à qualificação da assistência com vistas aos resultados de saúde para os clientes fortalece o relacionamento com a rede credenciada.

O Plano de Saúde Hospitalar incentiva as melhores práticas assistenciais, estimulando a qualificação da sua rede através de ações que decorrem pelo acompanhamento periódico das normas legais dos estabelecimentos. Com programas de prevenção, promoção e atenção primária a saúde firma seu comprometimento alinhado ao nosso negócio que é saúde e bem estar.

5. POLÍTICA:

Desde 1967, o Plano de Saúde Hospitalar é especialista em cuidar dos norte-paranaenses, garantindo qualidade e eficiência nos serviços oferecidos. Hoje, o Plano de Saúde Hospitalar possui um sólido reconhecimento e dispõe do melhor custo-benefício do mercado. Sua rede credenciada, atendimento ágil e personalizado fazem com que o Plano de Saúde Hospitalar ofereça um serviço diferenciado no setor da saúde suplementar.

O Plano de Saúde Hospitalar possui a retaguarda do Hospital Evangélico de Londrina e sua unidade de apoio, Clínica de Vacinas. HE análises clínicas e Internação Domiciliar com o Programa Saúde em casa. Além de possuir parcerias para os serviços de pronto-atendimento e atendimento pré-hospitalar, com UTI's móveis 24h.



INTRODUÇÃO

O Plano de Saúde Hospitalar conta com uma rede de serviços de saúde completa composta por recursos próprios e credenciados. Prestadores médicos, clínicas de imagem, clínicas de terapias, hospitais e laboratórios.

A atuação dos prestadores de serviços de saúde é estratégica e deve ser pautada pela qualidade assistencial, transparência, eficiência, sigilo, conformidade, sustentabilidade e investimentos constantes no desenvolvimento dos processos assistenciais.

Os parceiros credenciados e serviços próprios são promotores das melhores práticas assistenciais. Os Recursos Próprios dentro da rede assistencial do Plano de Saúde Hospitalar são considerados estratégicos para a sustentabilidade do negócio

GESTÃO DA REDE ASSISTENCIAL

O Plano de Saúde Hospitalar, visando a melhoria das rotinas de trabalho e da relação existente entre a Operadora e a rede prestadora criou o setor de relacionamento com o médico ligado com o setor de credenciamento.

O setor visa buscar e disponibilizar uma rede de atendimento qualificada para seus beneficiários, promovendo ações de qualificação aos seus prestadores de serviços credenciados, disponibilizando informações quanto ao credenciamento, realizando visitas de qualificação para acompanhamento e controle de documentos.

O Relacionamento com a Rede pretende construir uma rede de atendimento qualificada para disponibilizá-la aos seus beneficiários, promover ações de melhoria da qualificação de seus prestadores de serviços e fornecer informações para credenciamento de novos prestadores. Para tanto, realizará visitas periódicas para se certificar a respeito da qualificação dos prestadores e da regularidade da documentação exigida para seu registro e funcionamento.

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

- ✓ Estimular e apoiar a qualificação dos prestadores;
- ✓ Priorizar a segurança assistencial;
- ✓ Acompanhar a regularidade da rede prestadora junto aos órgãos;
- ✓ Compartilhar informações com a rede prestadora, visando à melhoria contínua dos processos assistenciais e de gestão, e sempre observando o sigilo e a confidencialidade;
- ✓ Assegurar a utilização de tecnologias em saúde solidamente fundamentadas, de forma a garantir segurança e equidade no acesso dos clientes;
- ✓ Assegurar a clareza dos contratos;
- ✓ Exigir o cumprimento da legislação aplicável.
- ✓ Manter canais específicos de relacionamento com estes parceiros;
- ✓ Primar pelo bom atendimento aos prestadores.

Visando garantir o compromisso mútuo, cabe aos prestadores conhecer, cumprir e disseminar os valores do Hospitalar;

- ✓ Agir com transparência, eficiência e qualidade;
- ✓ Cuidar da saúde e segurança do paciente;
- ✓ Manter sigilo sobre as informações do Plano de Saúde Hospitalar e dos seus clientes;
- ✓ Manter práticas sustentáveis no desenvolvimento dos processos assistenciais;
- ✓ Cumprir suas obrigações contratuais, regimento e/ou legais;
- ✓ Manter toda a documentação atualizada e disponível;
- ✓ Respeitar as condições de atendimento aos clientes do Plano de Saúde Hospitalar

O objetivo deste documento é facilitar a comunicação dos serviços credenciados com O Plano de Saúde Hospitalar para melhor divulgação das normas, rotinas e processos que permeiam o relacionamento entre as partes envolvidas.

Aqui será possível consultar informações facilitadoras para a execução das rotinas de relacionamento com o Plano de Saúde Hospitalar.

CRITÉRIOS PARA CREDENCIAMENTO

Como integrar a rede prestadora do Plano de Saúde Hospitalar?

O interessado em prestar serviços para o Plano de Saúde Hospitalar deverá enviar solicitação de credenciamento para o endereço eletrônico credenciamento@planohospitalar.org.br contendo dados de identificação da clínica e/ou medico/multiprofissional, endereço do estabelecimento, especialidade e número do cartão CNPJ para análise do setor de credenciamento. Sendo deferido o pedido o setor entrará em contato solicitando os demais documentos conforme tipo de prestador a ser credenciado na rede do Plano de Saúde Hospitalar, compreendidos entre:

- 1) Médico;
- 2) Equipe multiprofissional;
- 3) Hospitais, clínica de imagem, clínica de apoio a diagnóstico e terapia;
- 4) Médico prestador de serviço da rede própria;
- 5) Multiprofissional prestador de serviço da rede própria.

Ou acessar o site do Plano de Saúde Hospitalar em www.planohospitalar.org.br na aba “rede credenciada”, no final da página terá um botão com um formulário do google forms para preenchimento de solicitação de credenciamento.

O processo de credenciamento de prestadores será executado diante da necessidade de aumentar a rede prestadora a partir dos estudos feitos pelo setor sobre a suficiência da rede prestadora para atendimento às demandas dos beneficiários, considerando os parâmetros quantitativos de número e distribuição geográfica estabelecidos, e as resoluções normativas da ANS.

1. Médico (a)

DOCUMENTOS DA EMPRESA

- Cópia do Contrato Social com as últimas alterações e/ou consolidação;
- Cópia do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica - CNPJ;
- Cópia do Alvará da Vigilância Sanitária do local de atendimento;
- Cópia do Alvará de localização e Funcionamento expedido pela prefeitura;
- Cópia do Alvará de liberação do corpo de bombeiros;
- Cópia do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES;
- Cópia do certificado de Regularidade Técnica - Pessoa Jurídica;
- Comprovante Bancário (Agência, Nº Conta e Banco);

DOCUMENTOS DO RESPONSÁVEL TÉCNICO E CORPO CLÍNICO (caso possua)

- Diploma;
- Certificado de Especialização ou Título de Residência;
- Certificado de Regularidade Técnica do Conselho de sua especialidade;
- Cópia da carteira de classes (CRM, COREN, CRF, CREFITO, CRP, CREFONO, CRN, CRBM).
- Cópia do CPF e RG;
- Listagem do corpo clínico: contendo (Nome, CPF, CRM, Especialidade e nº RQE);

DEMAIS INFORMAÇÕES DO PRESTADOR

- Listagem dos procedimentos realizados em consultórios com código TUSS em formato Excel;
- Listagem dos procedimentos realizados em hospital com código TUSS em formato Excel;
- Dias e horários de Funcionamento do local de atendimento;
- Lista de contato geral da clínica com: E-mail, telefone e nome do responsável pelos setores de: Faturamento, Financeiro, Atendimento, Agendamento;
- Dados do Responsável para assinatura eletrônica do contrato (Nome completo, CPF e E-mail);
- Dados da testemunha para assinatura eletrônica do contrato (Nome completo, CPF e E-mail);

2. Equipe multiprofissional (Equipe multiprofissional, tais como: psicóloga, nutricionista, fonoaudióloga, terapeuta ocupacional e fisioterapeuta)

DOCUMENTOS DA EMPRESA

- Cópia do Contrato Social com as últimas alterações e/ou consolidação;
- Cópia do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica - CNPJ;
- Cópia do Alvará da Vigilância Sanitária do local de atendimento;
- Cópia do Alvará de localização e Funcionamento expedido pela prefeitura;
- Cópia do Alvará de liberação do corpo de bombeiros;
- Cópia do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES;
- Comprovante Bancário (Agência, Nº Conta e Banco);

DOCUMENTOS DO RESPONSÁVEL TÉCNICO E CORPO CLÍNICO (caso possua)

- Diploma;
- Certificado de Especialização;
- Cópia da carteira de classes (CREFITO, CRP, CREFONO, CRN);
- Cópia do CPF e RG;
- Listagem do corpo clínico: contendo (Nome, CPF, CRM, Especialidade e nº conselho);

DEMAIS INFORMAÇÕES DO PRESTADOR

- Listagem dos procedimentos realizados em consultórios com código TUSS em formato Excel;
- Dias e horários de Funcionamento do local de atendimento;
- Lista de contato geral da clínica com: E-mail, telefone e nome do responsável pelos setores de: Faturamento, Financeiro, Atendimento, Agendamento;
- Dados do Responsável para assinatura eletrônica do contrato (Nome completo, CPF e E-mail);
- Dados da testemunha para assinatura eletrônica do contrato (Nome completo, CPF e E-mail);

3. Hospitais, clínica de apoio a diagnósticos e terapia, tais como clínica de terapia renal substitutiva, quimioterapia, radioterapia e clínica de imagem)**DOCUMENTOS DA EMPRESA**

- Cópia do Contrato Social com as últimas alterações e/ou consolidação;
- Cópia do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica - CNPJ;
- Cópia do Alvará da Vigilância Sanitária do local de atendimento;
- Cópia do Alvará de localização e Funcionamento expedido pela prefeitura;
- Cópia do Alvará de liberação do corpo de bombeiros;
- Cópia do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES;
- Cópia do certificado de Regularidade Técnica - Pessoa Jurídica;
- Comprovante Bancário (Agência, N° Conta e Banco);

É permitida a entrega de protocolos justificados. Para ausência de informação de data do órgão expedidor, o protocolo será válido até 6 (seis) meses após a data de emissão.

Em atendimento às boas práticas do serviço de saúde o prestador deverá manter seus dados atualizados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES.

DOCUMENTOS DO RESPONSÁVEL TÉCNICO E CORPO CLÍNICO (caso possua)

- Diploma;
- Certificado de Especialização ou Título de Residência;
- Certificado de Regularidade Técnica do Conselho de sua especialidade;
- Cópia da carteira de classes (CRM, COREN, CRF, CREFITO, CRP, CREFONO, CRN, CRBM).
- Cópia do CPF e RG;
- Listagem do corpo clínico: contendo (Nome, CPF, CRM, Especialidade e nº RQE);

DOCUMENTAÇÃO GARANTIDA COMO BOAS PRÁTICAS E ATRIBUTOS DE QUALIDADE

- Certificado de Acreditação;
- Certificados relacionados a área de atuação;
- Certificado de Qualidade Monitorada obtido no Programa de Monitoramento de Indicadores da Qualidade de Prestadores de Serviços de Saúde - PM-QUALISS;
- Certificado ou documento equivalente emitido pelas Entidades Gestoras de Outros Programas de Qualidade;

- Notificação de eventos adversos pelo Notivisa/Anvisa;
- Certificado ABNT NBR ISO 9001:2015;
- O serviço deverá comprovar qualificação técnica dos profissionais responsáveis mediante apresentação de título de especialista com no mínimo 01 (um) ano de formação;
- Acreditação Hospitalar (certificada obrigatoriamente pelas entidades acreditadoras homologadas pela ANS);
- Organização Nacional de Acreditação - ONA
- Certificado CBRM - Programa de Certificação de Qualidade em Mamografia;
- Certificado CBRR - Programa de Certificação de Qualidade em Ressonância Magnética;
- Certificado CBRT - Programa de Certificação de Qualidade em Tomografia Computadorizada;
- Certificado CBRU - Programa de Certificação de Qualidade em Ultrassonografia;
- Certificado CQH - Compromisso com a Qualidade Hospitalar;
- Certificado DICQ - Sistema Nacional de Acreditação Ltda (Laboratórios);
- Certificado PALC - Programa de Acreditação de Laboratórios Clínicos;
- Certificado ABNT ISO 9001 (Sistema de Gestão da Qualidade);
- Certificado PEM - Programa de Excelência em Microbiologia.
- Práticas de adoção de um Plano de Segurança do Paciente (PSP), com base na RDC nº 36/2013 da ANVISA, , sendo obrigatório para: Hospitais, clínicas de apoio a diagnóstico “endoscopia, hemodinâmica, hemodiálise, entre outros” e terapia, terapia renal substitutiva, quimioterapia, radioterapia e clínica de imagem.
- Protocolos e diretrizes clínicas e protocolos de segurança do paciente validados por entidades nacionais e/ou internacionais de referência, sendo obrigatório para: Hospitais, clínicas de apoio a diagnóstico “endoscopia, hemodinâmica, hemodiálise, entre outros” e terapia, terapia renal substitutiva, quimioterapia, radioterapia e clínica de imagem.

DEMAIS INFORMAÇÕES DO PRESTADOR

- Listagem dos procedimentos realizados em consultórios com código TUSS em formato Excel;
- Listagem dos procedimentos realizados em hospital com código TUSS em formato Excel;
- Dias e horários de Funcionamento do local de atendimento;
- Lista de contato geral da clínica com: E-mail, telefone e nome do responsável pelos setores de: Faturamento, Financeiro, Atendimento, Agendamento;
- Dados do Responsável para assinatura eletrônica do contrato (Nome completo, CPF e E-mail);
- Dados da testemunha para assinatura eletrônica do contrato (Nome completo, CPF e E-mail);

4. Médico prestador de serviço da rede própria;

DOCUMENTOS DA EMPRESA

- Cópia do Contrato Social com as últimas alterações e/ou consolidação;
- Cópia do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica - CNPJ;
- Comprovante Bancário (Agência, Nº Conta e Banco);

DOCUMENTOS DO RESPONSÁVEL TÉCNICO E CORPO CLÍNICO (caso possua)

- Diploma;
- Certificado de Especialização ou Título de Residência;
- Certificado de Regularidade Técnica do Conselho de sua especialidade
- Cópia da carteira de classe (CRM)
- Cópia do CPF e RG;
- Certificado digital, para assinatura em prontuário eletrônico; (caso não possua favor sinalizar para direcionamento da equipe)

DEMAIS INFORMAÇÕES DO PRESTADOR

- Procedimentos com código TUSS a serem realizados;
- Dia da semana que ocorrerá os atendimentos no Centro Médico do Hospitala;
- Carga Horária;
- Tempo de consulta e retorno;
- Telefone celular para contato;
- Responsável para assinatura eletrônica do contrato (Nome completo, CPF e E-mail);
- Dados da testemunha para assinatura eletrônica do contrato (Nome completo, CPF e E-mail);

5. Multiprofissional prestador de serviço da rede própria (Equipe multiprofissional, tais como psicóloga, fonoaudióloga, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta e nutricionista)

DOCUMENTOS DA EMPRESA

- Cópia do Contrato Social com as últimas alterações e/ou consolidação;
- Cópia do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica - CNPJ;
- Comprovante Bancário (Agência, N° Conta e Banco);

DOCUMENTOS DO RESPONSÁVEL TÉCNICO E CORPO CLÍNICO (caso possua)

- Diploma;
- Certificado de Especialização
- Cópia da carteira de classes (CREFITO, CRP, CREFONO, CRN)
- Cópia do CPF e RG;
- Certificado digital para assinatura de prontuário eletrônico;

DEMAIS INFORMAÇÕES DO PRESTADOR

- Procedimentos com código TUSS a serem realizados;
- Dia da semana que ocorrerá os atendimentos no Centro Médico do Hospitalar
- Carga Horária:
- Tempo de Consulta e retorno;
- Telefone celular para contato
- Responsável para assinatura eletrônica do contrato (Nome completo, CPF e E-mail);
- Dados da testemunha para assinatura eletrônica do contrato (Nome completo, CPF e E-mail);

Recebida toda a documentação do solicitante, o Plano de Saúde Hospitalar dará sequência às seguintes etapas do processo de credenciamento:

- I. Análise da documentação complementar de acordo com o serviço que será prestado;
- II. Negociação / contratualização;
- III. Visita técnica Inicial para verificação in loco da estrutura e dos processos do proponente prestador;
- IV. Avaliação final do setor de credenciamento e da diretoria do plano.

A conclusão das etapas e o credenciamento do prestador será realizado em até 60 (sessenta) dias, sendo o atendimento liberado somente após finalização das assinaturas no contrato de credenciamento/prestação de serviço.

LOGIN E SENHA DO PORTAL DO PRESTADOR

O setor de credenciamento entrará em contato com o prestador para envio do login e senha de acesso à Área restrita do prestador no site oficial do Plano de Saúde Hospitalar, sendo que no primeiro acesso à senha padrão informada automaticamente será solicitada uma alteração para senha pessoal do prestador.

GESTÃO DA DOCUMENTAÇÃO LEGAL DO PRESTADOR

A análise da documentação ocorre de acordo com serviço do prestador. A documentação atualizada poderá ser enviada de forma física ou digital para a setor de Credenciamento, quando atualizados e/ou solicitados.

A não apresentação dos documentos, seja para a contratualização ou para a atualização de informações, compromete a regularidade do contrato e a continuidade da prestação de serviço.

Essa ação visa promover a regularização e disponibilizar informações atualizadas e necessárias aos beneficiários do plano de saúde, que prevê que “a operadora de plano de saúde possui procedimentos documentados para verificação da renovação de certificados, diplomas e alvarás necessários ao funcionamento da rede prestadora/médicos, segundo a legislação estadual e federal, dentro do prazo de validade”.

COMO ATUALIZAR SUA DOCUMENTAÇÃO?

O Setor de credenciamento utiliza um software onde o prestador será notificado automaticamente ao acessar a área do prestador com seu login informando sobre os documentos vencidos ou a vencer.

O documento poderá ser enviado para a Operadora através da área restrita do prestador pela opção do “fale conosco” ou através do e-mail credenciamento@planohospitalar.org.br.

MOVIMENTAÇÃO DA REDE PRESTADORA: ATUALIZAÇÃO DE CADASTRO OU SOLICITAÇÃO DE EXTENSÃO DE CREDENCIAMENTO

Quando houver demanda para movimentação de seu estabelecimento de saúde, como:

1. Inclusão, negociação e exclusão de procedimento;
2. Movimentação do corpo clínico;
3. Alterações dos dados cadastrais, tais como endereço, telefone, conta de depósito, Nome fantasia, razão social, responsável técnico e outros.

Nestes casos o prestador deverá entrar em contato com o setor de Credenciamento através dos canais de comunicação:

- **Telefone:** 0800 942 2881 opção nº 5
- **E-mail:** relacionamento@planohospitalar.org.br
- **WhatsApp:** 43 99845-0164
- **Chat Bot:** 43 3315-1919 opção nº 5 e depois opção nº 4

Onde será orientado quais os documentos necessários para formalização da solicitação através de e-mail.

Após avaliação do Plano de Saúde Hospitalar, o setor emitirá resposta ao prestador no prazo de até 60 (sessenta) dias para informar o parecer dependendo da solicitação.

No caso de envio de documentação incompleta, o prestador deverá refazer a solicitação, e será considerada a nova data de envio após o acerto da documentação.

ARQUIVOS MÉDICOS DOS BENEFICIÁRIOS DO PLANO DE SAÚDE HOSPITALAR

O Plano de Saúde Hospitalar, orienta como boa prática a manutenção da confidencialidade e total sigilo em relação aos arquivos médicos de seus beneficiários, durante e mesmo após o término do contrato, conforme instrumento contratual assinado entre a Operadora e o prestador.

Ressaltamos a necessidade de cumprimento de toda legislação aplicável sobre privacidade e proteção de dados e demais normas setoriais ou gerais vigentes sobre o tema. O prestador deverá permitir o Plano de Saúde Hospitalar através de seus representantes, o livre acesso aos prontuários dos beneficiários, mesmo durante o período de tratamento, todos os dados e informações assistenciais dos atendimentos prestados aos beneficiários

VISITA TÉCNICA DE QUALIFICAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DO PRESTADOR DE SERVIÇOS

A visita técnica de qualificação tem o objetivo de promover a integração entre a Rede Prestadora e o Plano de Saúde Hospitalar, a qualificação da rede credenciada e a promoção da melhoria contínua dos serviços por meio de uma avaliação de requisitos pré-estabelecidos.

O processo estabelecido visa a Qualificação e Avaliação da Rede Prestadora através do valor entregue pelos prestadores de serviços, com base em critérios de qualidade, segurança e experiência do paciente.

O prestador deverá permitir que o Plano de Saúde Hospitalar tenha o livre acesso aos prontuários dos beneficiários, mesmo durante o período de tratamento, todos os dados e informações assistenciais dos atendimentos prestados aos beneficiários.

O prestador será avaliado através do acompanhamento dos requisitos estabelecidos conforme:

- **RDC 36/2013**, que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde;
- **RN 510/2022**, que dispõe sobre o Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar - QUALISS;
- **RN 507/2022**, que dispõe sobre o Programa de Acreditação de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde;
- **Requisitos legais:** normas, leis, resoluções aplicáveis a rede prestadora e que estejam relacionadas a qualidade do serviço prestado ao beneficiário.

Para esta avaliação, são utilizados requisitos baseados em normas técnicas conforme o seu tipo de serviço, onde o foco está na segurança do paciente, padrão de protocolos e diretrizes, nas instalações e na qualidade, além da gestão do negócio e da responsabilidade socioambiental.

Para que a visita seja realizada, a equipe do setor de Auditoria Técnica da Operadora, agendará com no mínimo 30 (trinta) dias de antecedência. A visita ser executada por equipe técnica, utilizando roteiros específicos. É de suma importância que haja evidências documentais disponíveis demonstrando o atendimento ou não ao requisito avaliado. Sendo que cada item avaliado será computado como: ATENDE 100%, ATENDE PARCIAL 50% e NÃO ATENDE 0%.

O parecer final da avaliação técnica, terá como base o total de itens em que o prestador foi avaliado. A periodicidade das visitas será anual e a frequência dos envios de indicadores conforme as políticas de segurança do paciente e política baseada em valor devem ser apresentados mensalmente através de planilha do google form enviada para o prestador.

Torna-se importante o comprometimento e empenho de todos os prestadores de serviços para que em conjunto com a Operadora, busquem a qualificação e excelência no atendimento aos beneficiários.

CANAIS DE AUTORIZAÇÃO

As autorizações de procedimentos poderão ser solicitadas:

- Presencialmente na sede da operadora;
- Automaticamente pelo autorizador WEB na área restrita do prestador

No momento da solicitação de autorização, o prestador é responsável pela conferência da carteirinha do beneficiário o qual deverá ser acompanhado do documento de identidade do beneficiário.

Para os casos de negativa de solicitação de autorização, a justificativa será exibida no equipamento ou sistema disponibilizado com a indicação do motivo da negativa de acordo com as informações as regras da TISS definidas pela ANS.

Em caso de indisponibilidade do equipamento ou sistema, a autorização do procedimento deverá ser realizada através da central de call center pelo **0800 942 2881** do Plano de Saúde Hospitalar.

SOLICITAÇÃO DE REAJUSTE

Os pedidos de reajustes são analisados, conforme manifestação do prestador ou conforme vigência contratual. É necessário que o prestador encaminhe para o e-mail: relacionamento@planohospitalar.org.br a proposta de reajuste. A proposta é levada ao conhecimento da Diretoria Executiva do Plano de Saúde Hospitalar que deliberará quanto a solicitação.

O setor de credenciamento informará o prestador, através de correspondência e e-mail, para sinalizar formalmente o parecer final. Se a solicitação for deferida, o Plano de Saúde Hospitalar realiza contato com o prestador para formalizar a aprovação com elaboração do aditivo contratual.

DIMENSIONAMENTO DA REDE PRESTADORA

O credenciamento de prestadores baseia-se em critérios qualitativos e quantitativos como as seguintes Informações.

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

CRITÉRIOS QUANTITATIVOS DE CONFORMAÇÃO DE REDE

Os critérios quantitativos utilizados são baseados na experiência da operadora, em estudos estratégicos, na necessidade de saúde da carteira, bem como na principal literatura sobre dimensionamento de rede, além de outros referenciais como Portaria Ministério da Saúde nº 1.631/2015, a resolução do Conselho Federal de Medicina da lista de especialidades reconhecidas nº 2330/23, as regiões de Saúde da ANS RN nº 510, e dados demográficos e epidemiológicos da carteira (relatório da APS com consultoria), consideramos as análises e queixas oriundas do SAC, reclamação de prestadores, descritas no regimento da Operadora, e discutidas nos comitês mensalmente

Em relação a análise geográfica, avaliamos a oferta em prestador equivalente no mesmo município, município limítrofe ou na Região de Saúde à qual faz parte o município, conforme critérios estabelecidos na Resolução Normativa vigente que dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde. Com base em análises realizadas, são definidas soluções e adequações necessárias para a rede assistencial.

As demandas dos beneficiários sobre acesso à rede são monitoradas e na ocorrência de dificuldade de acesso, o problema deve ser identificado e solucionado dentro dos prazos previstos na RN 566/2022, por meio da disponibilização de prestador habilitado para o atendimento, integrante ou não da rede assistencial, pertencente ao município à qual faz parte ou em municípios limítrofes, ou ainda na hipótese da inexistência desse prestador, garantir o devido atendimento em outro município da região de saúde

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

CRITÉRIOS QUALITATIVOS DE CONFORMAÇÃO DE REDE

Como política de incentivo à qualificação da Rede Prestadora são avaliados critérios qualitativos com base em referências de segurança e qualidade assistencial; como documentação legal; indicadores de segurança, comunicação de eventos adversos, visita da equipe técnica de qualidade com utilização de roteiro para avaliar toda a estrutura, processos, serviços e documentação, objetivando o monitoramento e o desenvolvimento contínuo da qualidade e necessidades estratégicas da organização, além de possuir um programa de incentivos financeiros e não financeiros a estas qualificações.

Para priorização de novos prestadores, serão considerados: prestadores com atributos de qualificação conforme determina o QUALISS, priorizando prestadores Acreditados e em caso de empate prestadores

que apresentarem o melhor resultado na visita de qualidade, conforme roteiro da visita no link do google forms (https://docs.google.com/forms/d/1mU8NL3gHs__7Ejvb2c3znDgTcGr2WCXH7I-M6s5-Hk/edit?usp=forms_home&ths=true) que é realizado pela auditoria técnica, conforme critérios de avaliação abaixo.

CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO	
1.	Certificação de excelência, emitido por entidade acreditadora reconhecida pela ANS e certificada pela ISQUA
2.	Certificado emitido por entidade acreditadora nível I e II, ou entidades gestadoras de outros programas de qualidade ou com certificação ISO reconhecida pela ANS
3.	Política de Segurança do Paciente implementada
4.	Cadastro do Núcleo de Segurança do Paciente NOTIVISA
5.	Protocolos e diretrizes de Segurança do paciente implementados
6.	Comissão de revisão de Prontuários ativa
7.	Comissão de infecção Hospitalar ativa
8.	Monitoramento mensal de indicadores de qualidade e segurança do paciente, conforme as Diretrizes Nacionais de Segurança do Paciente
9.	Adoção de Prontuário Eletrônico do Paciente
10.	Participação dos colaboradores da instituição, em curso de capacitação e educação continuada em saúde, ofertados pela Operadora

Para isso o Plano de Saúde Hospitalar criou o Programa de Qualificação da Rede Credenciada o qual será entregue ao prestador Selo e certificado de qualificação da rede. A Política de Remuneração Baseada em valor com critérios e bonificação para os prestadores. Além disto temos também o Manual para elaboração do Plano de Segurança do Paciente para que os prestadores que não possuem possam se inspirar e montar o seu próprio Plano de Segurança do Paciente, todos esses documentos estão disponíveis para download no site da Operadora na aba da Rede Credenciada.

SUBSTITUIÇÃO DE PRESTADORES

Sempre que houver a necessidade da substituição de um prestador (hospitais, clínicas e laboratórios), este prestador substituto deve atender a critérios de desempenho adequado e de qualidade e, preferencialmente, ser certificado/acreditado. O prestador substituto deverá preferencialmente, estar localizado no mesmo município e na ausência, em municípios limítrofes ou na mesma região de saúde.

DESCREDENCIAMENTO

Os prestadores credenciados poderão ser excluídos ou substituídos, exclusivamente após análise da Diretoria Executiva.

A rescisão contratual do prestador pode ocorrer por vontade e iniciativa do Plano de Saúde Hospitalar em decorrência dos resultados de descumprimento de cláusulas contratuais por parte do prestador, não atualizar as documentações obrigatórias e não apresentar produção dentro de um ano.

Antes de iniciar o processo de rescisão contratual, a Operadora de Saúde esgotará todas as possibilidades de comunicação como prestador, encaminhando as notificações e guardando o seu retorno.

A rescisão contratual, igualmente, pode se dar por iniciativa e solicitação do prestador, cumprindo-se o período previamente definido no contrato de aviso prévio, providenciando a parte que der causa a rescisão contratual

CRITÉRIOS PARA DESCREDENCIAMENTO DE PRESTADORES NÃO HOSPITALARES:

Para prestadores não hospitalares devemos seguir a RN 365/14 que diz o seguinte:

- Quando não apresentarem as documentações mínimas obrigatórias este processo só será aplicado após a análise e aprovação da alta diretoria.

- Quando for comprovado que houve descumprimento de cláusulas contratuais e, mesmo após ter recebido a notificação formal do Plano de Saúde Hospitalar, ser reincidente ou não encaminhar resposta.
- Não apresentar produção no período de doze meses, sem acordo entre as partes para suspensão de atendimento.
- Por interesse do Plano de Saúde Hospitalar, mediante comunicação prévia.
- Por interesse do próprio prestador, para o qual também é exigida comunicação prévia conforme cláusula contratual, podendo esta ser variada de 30(trinta) ou 60(sessenta) dias.
- Perda da carteira de beneficiários com percentual de 50% de vidas na região do contrato, subscrição.
- Falta de qualidade no atendimento, deficiência de segurança por parte do prestador ou perante condutas e/ou práticas consideradas irregulares

CRITÉRIOS PARA DESCRENCIAMENTO DE PRESTADORES HOSPITALARES

O descredenciamento de prestadores hospitalares poderá ocorrer nas seguintes situações:

- a. Por solicitação do prestador. Nesse caso, ele deverá formalizar o motivo do descredenciamento com 60 dias de antecedência da data de exclusão;
- b. Por solicitação do Plano de Saúde Hospitalar. Nesse caso, os motivos para o descredenciamento podem ser:
 - I - Devido à falta de atualização da documentação mínima obrigatória, este processo só será aplicado após a análise e aprovação da alta direção.
 - II - Por encerramento das atividades, nesse caso é considerado quando ocorre:
- c. O fechamento total do estabelecimento;
- d. A extinção de todas as atividades hospitalares contratadas pela Operadora;
- e. A prestação de todas as atividades hospitalares passa a ser exclusiva do SUS;

CONHECENDO AS NORMAS

Resolução Normativa (RN) 507/2022 da ANS

A RN 507/2022 é uma Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que dispõe sobre o Programa de Acreditação de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde.

O Programa de Acreditação de Operadoras é uma certificação de boas práticas em gestão organizacional e gestão em saúde, de caráter voluntário, realizado por Entidades Acreditoras, cujo objetivo é a qualificação da prestação dos serviços, induzindo a mudança no modelo de atenção à saúde existente, propiciando uma melhor experiência para o beneficiário.

No Anexo I da RN estão os 21 requisitos e 169 itens de verificação que compõem o Programa, distribuídos nas seguintes dimensões:

Dimensão 1 - Gestão Organizacional: busca avaliar a gestão das operadoras considerando aspectos relativos à estrutura organizacional, a processos de trabalho, à governança corporativa, à gestão de riscos corporativos, a sua sustentabilidade e à melhoria da qualidade.

Dimensão 2 - Gestão da Rede Prestadora de Serviços de Saúde: busca avaliar a gestão da rede assistencial das operadoras, considerando critérios de qualidade para sua conformação, bem como, mecanismos de regulação do acesso dos beneficiários.

Dimensão 3 - Gestão em Saúde: busca avaliar a gestão do cuidado em saúde pelas operadoras, bem como, ações de monitoramento relativas à qualidade da atenção à saúde de sua rede prestadora de serviços de saúde.

Dimensão 4 - Experiência do Beneficiário: busca avaliar o resultado da interação entre a operadora, seus beneficiários e a sociedade, incluindo potenciais beneficiários, tendo como parâmetros a percepção dos beneficiários quanto ao atendimento de suas necessidades e expectativas, bem como, as ações promovidas pela operadora com foco na melhoria da qualidade dos serviços prestados.

A certificação é concedida em níveis Ouro, Prata e Bronze, de acordo com as notas atingidas, conforme definido no Anexo I da norma.

Além da avaliação nos requisitos estabelecidos nessas dimensões, as operadoras também são avaliadas em relação ao cumprimento dos requisitos dos processos de governança, gestão de riscos e controles internos estabelecidos no Anexo I da RN 518/2022.

Resolução Normativa (RN) 510/2022 da ANS

A RN 510/2022, dispõe sobre o **Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar - QUALISS**, que visa a estimular a qualificação dos prestadores de serviços de saúde (hospitais, clínicas, laboratórios e profissionais de saúde) e a aumentar a disponibilidade de informações sobre qualidade de prestadores desses serviços.

Este Programa consiste no estabelecimento de atributos de qualificação relevantes para o aprimoramento da qualidade assistencial oferecida pelos prestadores de serviços; na avaliação da qualificação desses Prestadores de serviços de saúde; e na divulgação dos atributos de qualificação.

O objetivo é ampliar o poder de avaliação e escolha por parte dos beneficiários de planos de saúde e pela sociedade em geral.

Os atributos de qualificação são estabelecidos de acordo com o tipo de prestador de serviço:

Prestadores de serviços hospitalares:

- Certificado de Acreditação, emitido pelas Entidades Acreditoras de Serviços de Saúde ou pelo INMETRO;
- Certificado de Qualidade Monitorada, obtido no Programa de Monitoramento de indicadores da Qualidade de Prestadores de Serviços de Saúde - PM-QUALISS, emitido pelas Entidades Colaboradoras;
- Certificado ou documento equivalente emitido pelas Entidades Gestoras de Outros Programas de Qualidade;
- Notificação de eventos adversos pelo NOTIVISA/ANVISA; e
- Certificado ABNT NBR ISO 9001 - Sistema de Gestão de Qualidade, emitido por organismo de certificação acreditado pelo INMETRO, quando abranger a totalidade do escopo dos serviços de saúde prestados.

Prestadores de serviços auxiliares de diagnóstico e terapia e clínicas ambulatoriais:

- Certificado de Acreditação emitido pelas Entidades Acreditoras de Serviços de Saúde ou pelo INMETRO;
- Certificado de Qualidade Monitorada obtido no PM-QUALISS, emitido pelas Entidades Colaboradoras;
- Certificado ou documento equivalente emitido pelas Entidades Gestoras de Outros Programas de Qualidade;
- Notificação de eventos adversos pelo NOTIVISA/ANVISA; e
- Certificado ABNT NBR ISO 9001 - Sistema de Gestão de Qualidade, emitido por organismo de certificação acreditado pelo INMETRO, quando abranger a totalidade do escopo dos serviços de saúde prestados.

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

- Notificação de eventos adversos pelo NOTIVISA/ANVISA;
- Pós-graduação lato sensu com no mínimo 360 (trezentos e sessenta) horas na área da saúde reconhecida pelo Ministério da Educação - MEC, exceto para profissionais médicos;
- Título de especialista outorgado pela sociedade de especialidade e/ou conselho profissional da categoria;
- Residência em saúde reconhecida pelo MEC;
- Doutorado ou pós-doutorado em saúde reconhecido pelo MEC;

- Certificado de Acreditação emitido pelas Entidades Acreditoras de Serviços de Saúde ou pelo INMETRO;
- Certificado de Qualidade Monitorada obtido no PM-QUALISS, emitido pelas Entidades Colaboradoras;
- Certificado ou documento equivalente emitido pelas Entidades Gestoras de outros Programas de Qualidade;
- Certificado ABNT NBR ISO 9001 - Sistema de Gestão de Qualidade, emitido por organismo de certificação acreditado pelo INMETRO, quando abranger a totalidade do escopo dos serviços de saúde prestados; e
- Mestrado em saúde reconhecido pelo MEC.

ACREDITAÇÃO HOSPITALAR

Conforme definição da Organização Nacional de Acreditação (ONA), a acreditação 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 à 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.

Notificações de Vigilância Sanitária (NOTIVISA)

O NOTIVISA é um sistema de informação web previsto pela Portaria nº. 1.660/2009, que tem como objetivo realizar monitoramento, análise e investigação dos eventos adversos e queixas técnicas relacionados aos serviços e produtos sob vigilância sanitária.

As informações recebidas pelo NOTIVISA auxiliam na identificação de reações adversas ou efeitos não desejados dos produtos, que irão auxiliar e aperfeiçoar o conhecimento sob um produto e a desenvolver melhorias sobre a sua aplicabilidade, permitindo que sejam promovidas ações de proteção à saúde pública, por meio de regulação dos produtos comercializados no país, constituindo um pilar fundamental na política nacional de segurança do paciente.

Podem ser notificados para a ANVISA eventos adversos e queixas técnicas sobre os seguintes produtos e serviços relacionados à vigilância sanitária:

- Medicamentos
- Artigos médico-hospitalares
- Equipamentos médico-hospitalares
- Produtos para diagnóstico de uso In Vitro
- Uso de sangue ou componentes
- Cosméticos, produtos de higiene pessoal ou perfume
- Saneantes
- Agrotóxicos
- Vacinas e imunoglobulinas

Exemplos de notificações de **eventos adversos** (EA) que podem ser realizadas no NOTIVISA:

- Reação adversa associada ao uso de algum medicamento;
- Inefetividade terapêutica de algum medicamento;
- Erros e medicação apenas quando houver danos à saúde (por exemplo, edema provocado pela má administração de um medicamento injetável);

- Evento adverso decorrente do uso de artigo médico - hospitalar ou equipamento médico - hospitalar;
- Reação transfusional decorrente de uma transfusão sanguínea;
- Evento adverso decorrente do uso de um produto cosmético;
- Evento adverso decorrente do uso de um produto saneante.

Exemplos de notificações de **queixas técnicas** (QT) que podem ser feitas no NOTIVISA:

- Produto (todos listados acima, exceto sangue e componentes) com suspeita de desvio de qualidade;
- Produto com suspeita de estar sem registro;
- Suspeita de produto falsificado;
- Suspeita de empresa sem autorização de funcionamento;

Independentemente da existência de não conformidades, cada prestador de saúde deve possuir o cadastro junto à ANVISA de acordo com sua categoria.

Entretanto, conforme a RDC 36/2013 (Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA), as notificações dos eventos adversos decorridos da prestação da assistência à saúde devem ser realizadas no sistema NOTIVISA pelos prestadores de serviços de saúde, com exceção dos consultórios individualizados, laboratórios clínicos e os serviços móveis e de atenção domiciliar, os quais não estão impedidos de realizar as notificações de forma espontânea.

Cadastro NOTIVISA

Para realizar/monitorar as notificações de Eventos Adversos (EA) e Queixas Técnicas (QT) associadas ao uso de produtos e serviços sob vigilância sanitária, é necessário ter um cadastro junto à ANVISA. Para realizar o cadastro, basta seguir os passos disponíveis no site da agência: <https://www1.anvisa.gov.br/cadastramento>.

A adesão por estes programas de qualificação, por parte do prestador, é livre, porém o Plano de Saúde Hospitalar tem como objetivo atingir os prestadores na sua totalidade. Acredita-se que garantirá uma maior segurança e confiabilidade nos atendimentos, aprimorando a capacidade de escolha dos beneficiários e das instituições, fortalecendo nossa relação de parceria, uma vez que a divulgação por parte da Operadora será obrigatória.

QUALIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Tendo em vista as exigências definidas pelos órgãos regulamentadores e a preocupação constante que o Plano de Saúde Hospitalar tem em garantir um atendimento seguro, confiável e qualificado, desenvolvemos ações que incentivam a qualificação dos prestadores.

Anualmente promovemos cursos em parceria com instituições e convidamos os prestadores a participar, com o objetivo de estimular a adoção de boas práticas, a melhoria da qualidade de arquivos médicos, desfechos clínicos, excelência no atendimento, entre outros. Dessa forma, capacitando de forma ampla ou específica. Os conhecimentos adquiridos podem ser aplicados de forma geral no ambiente corporativo, beneficiando a todos inseridos no sistema, sendo eles pacientes, médicos, prestadores ou fornecedores.

O prestador deve buscar constantemente sua qualificação, essa prática vem de encontro com a RN 510/22 da ANS. Esta resolução normativa estabelece critérios para avaliar a qualificação de nossos prestadores de serviços (hospitais, clínicas, laboratórios e profissionais de saúde).

TREINAMENTO DO SISTEMA HOSPITALAR

Quando oferecido atualizações/treinamentos pelo Plano de Saúde Hospitalar o Prestador deverá disponibilizar sua equipe para tal, a fim de regularizarmos e atendermos com afinco nossos clientes.

Também poderá ser solicitado de forma espontânea, pelo prestador, quando assim julgar necessário. O Plano de Saúde Hospitalar, cumpre as exigências estabelecidas pelos seguintes órgãos: ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar, os Conselhos de Classes, CRM (Conselho Regional de Medicina), CFM (Conselho Federal de Medicina), CRP (Conselho Regional de Psicologia), CRN (Conselho regional de

Nutrição), CREFITO (Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional), CREFONO (Conselho Regional de Fonoaudiologia), acordos locais e demais legislações vigentes.

CANAIS DE ATENDIMENTO GESTÃO DA REDE PRESTADORA

Telefone: 0800 942 2881 OPÇÃO 5 Ramal 1937/1938

Endereço: Rua Senador Souza Naves, nº 1922, Londrinae - PR

Horário de atendimento: Segunda a Sexta-feira: das 7:30h às 18h

E-mail: credenciamento@planohospitalar.org.br e/ou relacionamento@planohospitalar.org.br

FATURAMENTO

O prestador deverá encaminhar a cobrança de sua produção conforme calendário de faturamento disponibilizado no portal do Plano de Saúde Hospitalar, em arquivo XML seguindo o padrão TISS, ou através do faturamento direto na área do prestador conforme manual "AREA DO PRESTADOR" disponibilizado na área do prestador. E encaminhá-lo através do portal através do link: <https://servico.planohospitalar.org.br/solusweb/prestador>, para entrar na área logada o prestador tem que estar com os dados de login e senha informado pelo setor de credenciamento.

Os canais de atendimento disponibilizados para tratativas referentes ao faturamento são:

Telefone: 3315-1936 e **e-mail:** faturamento@planohospitalar.org.br

PAGAMENTO DO PRESTADOR

O pagamento do Prestador será efetuado no mês subsequente ao faturamento. E o pagamento sempre todo dia 23 de cada mês.

GLOSA

As glosas aplicadas à produção do prestador, devem estar de acordo com o padrão TISS vigente. Caso o prestador não concorde com a glosa realizada, poderá recorrer fazendo recurso de glosa através do e-mail: recurso.glosa@planohospitalar.org.br

Normas técnicas de operacionalização, liberações, faturamento, cobrança e pagamento serão divulgadas através de cartas e e-mails, sempre que houver atualizações e/ou solicitação do prestador, e poderão ser analisadas e esclarecidas através de reuniões entre Prestador e o Plano de Saúde Hospitalar.

O calendário de entregas deverá ser acessado através do Portal do Hospitalar no endereço eletrônico <https://planohospitalar.org.br/> no ícone "Área do Prestador", de acordo com a ilustração abaixo:

PAPÉIS E RESPONSABILIDADES

Gestão da Rede Prestadora - Fazer a gestão da rede assistencial, selecionando, monitorando e avaliando os recursos assistenciais seguindo os processos, diretrizes e políticas do Plano de Saúde Hospitalar garantindo o bom relacionamento e sinergia entre as partes interessadas e fornecendo informações claras e consistentes aos órgãos dirigentes para a tomada de decisão.

Auditoria de Enfermagem - Auditar os serviços assistenciais dentro da ética, diretrizes institucionais, órgão de classe, políticas e normas do Plano de Saúde Hospitalar.

Auditoria Médica - Auditar os serviços dentro da ética, diretrizes institucionais, órgão de classe, políticas e normas do Plano de Saúde Hospitalar

Diretoria Executiva - Garantir a suficiência de rede assistencial do grupo AEBEL

6. DOCUMENTOS RELACIONADOS E/OU ANEXOS:

LEI nº 9656/98 alterada pela LEI nº 14307/2022 - Processo de atualização das coberturas no âmbito da saúde suplementar.

LEI nº 13.003/2014 - Contratualização de prestador

Portaria do Ministério da Saúde nº 1631 - Dimensionamento de rede prestador.

RN 405/2016 - Programa de qualificação QUALISS

RN 465/2021 e 537/2022 - ROL ANS

RN 497/2022 - Portal web prestador 24h por dia 7 dias na semana

RN 486/2022 - publicação guia médico

RN 503/2022 - Regras de contrato entre prestador e Operadora

RN 512/2022 - Definição de Índice de reajuste

RN 566/2022 - Garantia de Atendimento

RN 567/2022 - Substituição de rede + área limítrofe + movimentação de rede

RN 585/2023 - Novas regras para Substituição de rede Hospitalar

RN 2330/2023 - Atualização de especialidade do Conselho Federal de Medicina

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Nada consta