

A photograph of medical supplies on a white surface. In the foreground, a white calculator is partially visible. To its right is a silver stethoscope. In the background, there are several white plastic bottles with different colored caps: one with an orange cap, one with a blue cap, and one with a green cap. A white pipette is also visible. The right side of the image is overlaid with a teal gradient and white text.

Thais Mattos de
Oliveira Braz

Júlio Cesar
Soares Aragão

EDUCAÇÃO PARA FATURAMENTO HOSPITALAR:

Curso In-Company
pela Ótica da
Autoria de Contas
Médicas

**FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS GRADUAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO EM
CIÊNCIAS DA SAÚDE E DO MEIO AMBIENTE**

**EDUCAÇÃO PARA FATURAMENTO HOSPITALAR:
CURSO IN-COMPANY PELA ÓTICA DA AUDITORIA DE
CONTAS MÉDICAS .**

**THAIS MATTOS DE OLIVEIRA BRAZ
JÚLIO CESAR SOARES ARAGÃO**

**VOLTA REDONDA
2023**

SOBRE O CURSO

A realização do curso in-company tem por finalidade de contribuir para o crescimento e desenvolvimento de informações e vivências, buscando na prática da atividade laboral medidas de como evitar ou reduzir as glosas hospitalares, pois, os déficits operacionais encontrados na cobrança hospitalar durante o momento da auditoria de contas médicas é um dos motivos que levam o auditor a glosar os itens da conta.

Módulos

- **Módulo I** – Introdução, Conceitos e Reflexões sobre a cadeia da cobrança hospitalar;

Legislação na Saúde Suplementar;

Contrato Operadora de Saúde x Prestador de Serviço.

- **Módulo II** – Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos;

Troca de Informações de Saúde Suplementar (TISS);

Terminologia Unificada na Saúde Suplementar (TUSS);

Associação Médica Brasileira (AMB);

Condutas Gerais para Faturamento;

Composição da Conta Hospitalar.

- **Módulo III** – Compreendendo os Tipos e Cobranças de Diárias;

Gestão de Tabelas de Procedimentos Médicos: CBHPM; Rol de Procedimentos e Tabelas Próprias;

Serviços em Saúde e respectivas taxas que podem ser cobradas para OPS.

- **Módulo IV** - Cobranças de Medicamentos;

Cobranças de Materiais em: administração de medicamentos; glicemia capilar; curativos; sondagens.

Materiais em critérios por imagens;

Materiais e especialidades cirúrgicas;

Critérios de utilização e permanência dos materiais;

Cobrança em oncologia

Calculo de m² do filme.

Pacote – como calcular?

Para melhor acompanhamento do curso foi disponibilizado um Guia Prático de recomendação de faturamento hospitalar, podendo ser consultado a qualquer momento pelos profissionais.

APRESENTAÇÃO:

“Sejam todos bem vindos ao curso “Práticas de Faturamento Hospitalar: Curso In-company pela óptica da Auditoria de Contas Médicas”.

PLANO DE ENSINO - O curso está organizado em quatro módulos com 40 horas em cada unidade de faturamento Hospitalar da rede credenciada na Operadora de Saúde, sendo dividido em MÓDULO I - Introdução, Conceitos e Reflexões sobre a cadeia da cobrança hospitalar; Legislação na Saúde Suplementar; Contrato Operadora de Saúde x Prestador de Serviço. MÓDULO II - Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos; Troca de Informações de Saúde Suplementar (TISS); Terminologia Unificada na Saúde Suplementar (TUSS); Associação Médica Brasileira (AMB); Conduas Gerais para Faturamento; Composição da Conta Hospitalar. MÓDULO III - Compreendendo os Tipos e Cobranças de Diárias; Gestão de Tabelas de Procedimentos Médicos: CBHPM; Rol de Procedimentos e Tabelas Próprias. Serviços em Saúde e respetivas taxas que podem ser cobradas para OPS. MÓDULO IV - Cobranças de Medicamentos; Cobranças de Materiais em: administração de medicamentos; glicemia capilar; curativos; sondagens. Materiais em critérios por imagens; Materiais e especialidades cirúrgicas; Critérios de utilização e permanência dos materiais; Cobrança em oncologia, Calculo de m² do filme. Pacote – como calcular?

CARGA HORÁRIA – 40 Horas para cada setor de faturamento hospitalar nos quais as instituições pertencem a rede credenciada na Operadora de Saúde.

PÚBLICO ALVO - Profissionais que atuam no setor de faturamento hospitalar.

EMENTA / CONTEÚDO PROGRAMÁTICO - Introdução, Conceitos e Reflexões sobre a cadeia da cobrança hospitalar; Legislação na Saúde Suplementar; Contrato Operadora de Saúde x Prestador de Serviço. Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos; Troca de Informações de Saúde Suplementar (TISS); Terminologia Unificada na Saúde Suplementar (TUSS); Associação Médica Brasileira (AMB); Conduas Gerais para Faturamento; Composição da Conta Hospitalar. Compreendendo os Tipos e Cobranças de Diárias; Gestão de Tabelas de Procedimentos Médicos: CBHPM; Rol de Procedimentos e Tabelas Próprias. Serviços em Saúde e respectivas taxas que podem ser cobradas para OPS. Cobranças de Medicamentos; Cobranças de Materiais em: administração de medicamentos; glicemia capilar; curativos; sondagens. Materiais em critérios por imagens; Materiais e especialidades cirúrgicas; Critérios de utilização e permanência dos materiais; Cobrança em oncologia, Calculo de m² do filme. Pacote – como calcular?

HABILIDADES E COMPETÊNCIAS:

OBJETIVOS: Proporcionar a capacitação de habilidades e competência aos profissionais que atuam no faturamento hospitalar, como um momento de educação profissionalizante por meio da auditoria de contas, buscando a progressão do serviço prestado de modo que a cobrança seja mais assertiva, evitando prejuízos financeiros para a instituição.

RECURSOS DIDÁTICOS: A metodologia do curso será o ensino *in-company* “Práticas de faturamento sob a óptica de auditoria de contas médicas” com a utilização de slides e um Guia Prático de Faturamento produzido pelos próprios autores do projeto de acordo com os conteúdos propostos.

FATURAMENTO HOSPITALAR SOB A ÓPTICA DA AUDITORIA DE CONTAS MÉDICAS

O faturamento hospitalar é um serviço dinâmico e complexo que envolve desde do processo de admissão do cliente até o momento da alta hospitalar, necessitando compreender todas as etapas da internação para que a cobrança seja realizada de maneira correta e dos números que interferem diretamente na receita x despesas da instituição.

Frequentemente apontado como peça chave de setor que demanda a receita hospitalar, o serviço de faturamento precisa de atividades de ensino especificamente voltadas para sua aprendizagem e que tenham intencionalidade de capacitar os profissionais administrativos com conhecimento de como interpretar a assistência oferecida ao cliente para realização da cobrança. As explicações contidas neste material foram desenhadas para apoiar o desenvolvimento de competências que contribuam para uma cultura de qualidade, segurança e eficiência na realização do faturamento. Neste contexto, espera-se que as informações estruturadas para curso In-company e contidas no Guia Prático de diminuir as dúvidas sobre o assunto e facilitar o processo de cobrança buscando um desenvolvimento adequado e pertinente do processo de Faturamento Hospitalar, facilitando a rotina e a compreensão da competência dos profissionais.

MÓDULO I-

FATURAMENTO HOSPITALAR: CONCEITO E REFLEXÕES

O processo de faturamento inicia-se antes mesmo do paciente adentrar em porta de hospital. Ele começa quando a unidade hospitalar realiza o primeiro contato com a operadora de saúde apresentando-lhe um pedido de autorização. A partir dessa comunicação, ocorre através normas, leis, prazos e decretos todo o encaminhamento para o atendimento do cliente e o fechamento do faturamento. Atualmente, é possível constatar cada vez mais o crescimento sobre a gestão em processos de faturamento, se tornando mais amplo e tendo o entendimento que a cobrança hospitalar é construída ao longo de toda a internação cliente.

Assim, é uma área que requer a presença de profissionais capacitados e que possui conhecimento sobre toda gestão do processo que envolve a prática do

faturamento, atentando-se para que toda a conta seja realizada de forma compatível com o sistema de autorização e internação, sendo essencial que o faturista tenha um olhar amplo não apenas sobre a cobrança de forma isolada, mas também de toda a negociação e oferta de serviços contratualizado entre Prestador de Serviço e Operadora de Saúde.

Por esse motivo, a necessidade de atualização dos profissionais que atuam no setor de faturamento precisa ser realizada constantemente, tanto o ponto de vista técnico como gestão administrativa assegurando um equilíbrio na relação de cobrança baseada no atendimento a cliente por parte do hospital e pagamento realizado de forma justa. Antes de iniciar com as orientações e exemplos de conceitos para cobrança, precisa-se entender sobre a relação entre Operadora de Saúde e Prestador de Serviço é regida pela Agência Nacional de Saúde.

LEGISLAÇÃO NA SAÚDE SUPLEMENTAR

No ano de 1998, a Saúde Suplementar iniciou uma nova conduta em relação a regulamentação dos planos e seguros privados de assistência à saúde através da aprovação da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, onde as transações das operadoras de saúde careceram de adaptarem-se à nova realidade.

Ainda dentro do período de 1998, o Conselho Nacional de Saúde Suplementar (CONSU), órgão colegiado do MS, que foi constituído pela Lei nº 9.656, publicou a Resolução CONSU nº 8, de 3 de novembro 1998, que apresenta os mecanismos de regulação nos planos de assistência à saúde.

O Artigo 1º, da resolução CONSU 8, autoriza o controle ou a regulação tanto no momento da demanda como no da utilização dos serviços assistenciais.

Art. 1º- O gerenciamento das ações de saúde poderá ser realizado pelas operadoras de planos de saúde de que trata o Inciso I do § 1º do art. 1º da Lei nº 9.656/98, através de ações de controle, ou regulação, tanto no momento da demanda quanto da utilização dos serviços assistenciais, em compatibilidade com o dispositivo no código de ética profissional, na Lei nº9.656/98 e de acordo com os critérios aqui estabelecidos (Redação dada pela Resolução CONSU nº 15, de 1999).

Em 2000, o então Presidente da República, Fernando Henrique Cardoso

sanciona a Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, que cria a Agência Nacional de Saúde (ANS). A ANS surgiu para regular todo o mercado da saúde, a fim de, assim, garantir os interesses da população brasileira.

Art. 1º- É criada a Agência de Saúde Suplementar - ANS, autarquia sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com sede e foro na cidade do Rio de Janeiro - RJ, prazo de duração indeterminado e atuação em todo território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde.

Art. 3º- A ANS terá por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País.

Para começar a organizar o setor, a ANS, em 2003, por meio de consultas públicas, deu abertura à sociedade para participar das discussões com referência à contratualização entre prestadores e operadoras de planos de saúde (OPS).

Essas consultas deram origem a algumas resoluções, como a RN nº 42, de 4 de julho de 2003, a RN nº 54, de 28 de janeiro de 2003 e a RN nº 71, de 17 de março de 2004. Tais resoluções estabelecem requisitos básicos sobre o contrato entre a operadora do plano de saúde e o prestador. Essas resoluções, foram os primeiros regramentos que direcionaram para o novo cenário das Operadoras de Saúde, que necessitavam, se enquadrar imediatamente a nova realidade.

E essa mudança, não foi sentida apenas por parte do plano de saúde, mas os prestadores vivenciaram o imediatismo dessa mudança e também precisaram se reformular e planejar, de forma a preservar a restituição pelos atendimentos prestados aos usuários da operadora.

Mediantes as exigências que foram feitas, os contratos passaram a ser realizados compondo-se de cláusulas obrigatórias, determinadas pelas RN's, estabelecendo com que, no decurso dos acordos e ajustes, os interesses das duas partes sejam considerados de modo mais objetivo.

Em 24 de junho de 2014 foi publicada a Lei nº 13.003, que tornou obrigatória a existência de um instrumento jurídico entre as OPS e o prestador de serviço. Essa mesma lei alterou a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, com a redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24 de agosto de 2001.

Em 2014, foram lançadas mais três resoluções normativas, a RN nº 363, a 364 e a 365, de 11 de dezembro de 2014. A RN nº 363 dispõe sobre as regras de como deve ser um contrato entre uma operadora de plano de saúde e um prestador de

serviço; a RN nº 364 trata sobre os índices de reajuste das OPS para os prestadores de saúde; e a RN nº 365 estabelece como deve ser a substituição de um prestador de serviço não hospitalar. Em 2018, entra em vigor mais uma resolução, a RN nº 436 de 28 de novembro de 2018, onde a ANS atribui o fator de qualidade que será aplicado ao reajuste nos contratos das OPS aos prestadores de serviço.

Essas duas primeiras resoluções normativas que complementaram a Lei Federal nº13.003 são de grande valia para a confecção do objeto judiciário que será acordado entre a OPS e o prestador, pois explicitam como precisam ser as determinações do negócio entre a OPS e o prestador, pois explicitam como precisam ser as determinações do negócio e as responsabilidades de ambos os lados. Acrescenta-se ainda nesse processo, as designações dos índices de reajuste. Já o contrato é a escritura legal em que comportam quais as atividades que a operadora está adquirindo do prestador, quais as tabelas que serão negociadas e as margens de negócios, em conformidade com as tabelas comercializadas.

CONTRATO OPERADORA DE SAÚDE x PRESTADOR DE SERVIÇO

Contrato é o termo que expressa o acerto estabelecido entre partes, para uma determinada finalidade, diante da contraprestação de valores estabelecendo direitos e obrigações, por meio de documento escrito.

Quanto melhor elaborados e mais completos forem os contratos entre hospitais e OPS, menores serão os índices de desgaste e impasses no momento da auditoria. Os contratos incompletos ou com informações inespecíficas prejudicam as relações

Tanto o hospital como a operadora de planos devem contar com as pontuações de profissionais de faturamento no momento de elaboração de contratos e tabelas de valores a serem negociadas, pois eles possuem informações de grande impacto financeiro no momento da negociação. Os tipos de informações fornecida pelo faturamento podem produzir adendos contratuais ou até mesmo a confecção de novas cláusulas contratuais.

MÓDULO II

CÂMARA DE REGULAÇÃO DO MERCADO DE MEDICAMENTOS

Com o surgimento da ANS, houve a necessidade da criação da CMED, órgão ministerial criado em 2003, pela Lei nº 10.742, de 6 de outubro de 2003 e regulamentado pelo decreto nº 4.766, de 26 de junho de 2003, onde tem por função a regulamentação do setor farmacêutico, fiscalizando desde a inserção de aparatos tecnológicos no país até o custo de saída dos produtos.

Na esfera da saúde, os acordos de medicamentos e materiais, são muito empregados como parâmetro as revistas Brasíndice e Simpro, mesmo havendo inúmeras discussões sobre seu manuseio. O uso das tabelas CMED foi sendo executado por prestadores de serviços e OPS, mas a propensão é que os acordos de medicamentos sejam feitos a partir dos seus custos.

Há uma grande trajetória a ser trilhada para que todos os sujeitos envolvidos sejam apreciados de maneira benevolente. Diante disso, há diferentes exemplares de remuneração sendo avaliados, inclusive pela ANS.

TROCA DE INFORMAÇÕES DE SAÚDE SUPLEMENTAR (TISS)

Ao entrar no o processo de faturamento, encontra-se com determinadas normas que são instituídas e uniformizada pela ANS, para o estabelecimento da Troca de Informações da Saúde Suplementar (TISS).

O padrão TISS foi instituído pela Resolução Normativa nº 153, de 28 de maio de 2007, que foi revogada pela RN nº 305, de 9 de outubro de 2012. Para a implementação da troca de informações, a ANS também publicou a RN nº 190, de 30 de abril de 2009, em que as OPS deveriam criar um portal na internet, e, ainda, designar um profissional responsável pela troca de informações, que deveria ser o elo entre a OPS e o prestador, sendo capaz de suprir as dúvidas, que eram muitas naquele momento da implantação. Essa RN também foi revogada pela RN nº 305.

Uma das últimas versão da TISS, de 28 de fevereiro de 2019, foi lançado pela ANS um guia com todas as diretrizes, finalidades, alterações, motivos etc., que pode ser encontrado no site da ANS. Conforme o guia da ANS, a finalidade do padrão TISS, atendendo à RN 305:

[...] compreende as trocas dos dados de atenção à saúde dos beneficiários de

plano privado de assistência à saúde:

- Padronizar as ações administrativas de verificação, solicitação, autorização, cobrança, demonstrativos de pagamento e recursos de glosas;
- Subsidiar as ações da ANS de avaliação e acompanhamento econômico, financeiro e assistencial das operadoras de planos privados de assistência à saúde;
- Compilar o registro eletrônico dos dados de atenção à saúde dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde.

Os processos padronizados no Padrão TISS são:

- Verificação de elegibilidade;
- Autorização de procedimentos;
- Cobranças de serviços;
- Comunicação de internação ou alta de beneficiário;
- Recurso de glosa;
- Demonstrativos de retorno;
- Informações para a ANS;
- Informações para o beneficiário;
- Comprovante presencial.
- A troca das informações entre as OPS e os prestadores de serviço, é padronizada pelos seguintes processos:
- De troca eletrônica de implantação obrigatória:
- Cobrança de serviços de saúde;
- Autorização de serviços (somente a mensagem de lote e anexos);
- Demonstrativos de retorno.

O objetivo da implantação da TISS é eliminar os documentos do papel, porém até o momento não foi totalmente excluído na área de faturamento, devido as glosas e recursos de glosas (ainda que por obrigatoriedade deveria ser efetuada por via eletrônica).

Em 2018, foi publicada a resolução nº 2, de 16 de abril de 2018, que disciplina como se darão os processos administrativos para investigar as infrações e como serão aplicadas as penalidades que decorrerem das condutas que infringiram as

normas do mercado.

TERMINOLOGIA UNIFICADA NA SAÚDE SUPLEMENTAR (TUSS)

Foi designado pela ANS de como precisam ser as terminologias empregadas para sistemas de: medicamentos, material e OPME, criando a Terminologia Unificada na Saúde Suplementar (TUSS).

No artigo 11, da RN nº 305, fica clara a intenção da ANS. Art. 11. O componente de representação de conceitos em saúde estabelece o conjunto de termos para identificar os eventos e itens assistenciais na saúde suplementar, consolidados na Terminologia Unificada de Saúde Suplementar - TUSS.

De acordo com os softwares elaborados para âmbito hospitalar, torna-se viável responder as grandes exigências de condições que compreende a heterogeneidade de um hospital. Mesmo que, para a efetividade do setor de faturamento da conta, o processo precisa estar em total ajuste dos itens de cobranças, estando codificado com a TUSS correspondente, conforme o padrão TISS.

É de extrema importância, que todos os códigos que foram codificados pela ANS constam na parametrização do sistema de faturamento, em conformidade de acordo estabelecida entre a OPS e prestador de serviço, de forma que a conta do cliente seja cumprida de modo correto.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA (AMB)

A revista elaborada pela associação Médica Brasileira (AMB) a, Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM), é muito utilizada para cobrança de Honorários médicos e Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapias (SADT). AMB trabalha junto com a ANS, na busca de firmar a CBHPM como um referencial para valorização dos honorários médicos na saúde suplementar.

CONDUTAS GERAIS PARA FATURAMENTO HOSPITALAR:

Ao realizar o faturamento do serviço prestado para Operadora de Saúde:

- Conhecer contratos firmados entre Operadora de Saúde e o Hospital;
- Em caso do contrato apresentar questão não contemplada na prática, realizar a comunicação direta com os responsáveis pelo serviço e pela autorização do mesmo a fim de regularizar a pendência.
- Fazer uma análise geral da cobrança:
 - a. Verificando diagnóstico,
 - b. Período de internação;
 - c. Prorrogações de diárias;
 - d. Tratamento; e. Exames solicitados;
 - f. Autorizações para procedimentos;
 - g. Negociações de materiais especiais;
 - h. Verificar prescrição cm folha de dispensação de mat e med;
 - i. Conferir regras de cobranças de mat e med de acordo com o contrato;

COMPOSIÇÃO DA CONTA HOSPITALAR

A conta hospitalar é representada por todos os procedimentos e condutas realizadas ao paciente durante seu período de internação. Pode-se apresentar de diferentes modelos que alternam de acordo com sistema informatizado, mas, sobretudo, mas as informações de todo o serviço prestado não sofrem alterações,

independente da ordem de apresentação da cobrança. A conta hospitalar é composta por:

a) Cabeçalho:

- Identificação do local de atendimento;
- Identificação do Cliente;
- Identificação do médico assistente;
- Identificação do procedimento realizado.

b) Diárias;

c) Taxas;

d) Discriminação de materiais e medicamentos;

e) Honorários médicos;

f) SADT (Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico)

DIÁRIAS:

É a permanência de um paciente por um período indivisível de até 24 horas em uma instituição hospitalar. A definição de hora início/fim do período é de competência da instituição hospitalar.

Fundamental o setor de faturamento conhecer os tipos e as cobranças que podem ser realizadas no quesito de diárias, quando se remunera em casa de alta por cura, óbito, transferência do paciente, alta administrativa e abandono espontâneo.

Tipos de classificação de diárias: As diárias de acomodações são classificadas por estruturas diferentes e devem ser cobradas de acordo com a acomodação do cliente e autorização de internação: Apartamento, Enfermaria, Berçário, Tipos de Quartos e UTIs (Unidade de Terapia Intensiva).

Composição das diárias: Há equipamentos e procedimentos que compõem a cobrança do valor de diária, sendo que quando apresentado esses itens no contrato os mesmos não poderão ser cobrados de forma aberta, exceto aqueles que procedem como taxa de procedimento firmado em contrato.

MÓDULO III

GESTÃO DE TABELAS DE PROCEDIMENTOS MÉDICOS: Cbhpm, Rol de Procedimentos e Tabelas Próprias

TABELA CBHPM

No setor de planos de saúde, sempre coexistiram múltiplas terminologias, criadas por OPS e Prestadores de Serviços de saúde. Diante da dificuldade na troca de informações entre os integrantes do setor, foi verificada a necessidade de adoção de uma terminologia clínica comum.

Por essa razão, foi criada a Terminologia Unificada de Saúde Suplementar (TUSS), resultado do trabalho conjunto entre a Agência nacional de Saúde (ANS), a Associação Médica Brasileira (AMB) e o Comitê de Padronização das informações em Saúde Suplementar (COPISS). Essa terminologia utilizada como base a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM).

Antes da finalização de contrato entre Operadora de saúde e prestador de serviço é fundamental observar o mercado suplementar da região e ter conhecimento sobre as tabelas praticadas, pois a ausência desse conhecimento pode fazer com que haja um desequilíbrio, visto que a OPS como fonte pagadora pode não conseguir sustentar o atendimento do seu cliente e por consequência, o prestador de serviço não pode receber a menor do que o a valorização do ofício prestado, pretendo que a cadeia da saúde suplementar se mantenha no mercado.

E dessa forma inicia-se o cálculo para atingir um nível de contratualização justa para todos os envolvidos. Dentro desse cenário, é essencial a transparência em razão de que essa condição que equilibrará toda concordância. Reforçando que, dentro deste cenário de prestação de serviço é sinônimo de tratar e cuidar de vidas, cujo estas não podem ficar sem cobertura assistencial.

Dentro desta perspectiva, um dos primeiros passos a ser dado é baseado na Tabela CBHPM que é o ponto primordial de todo processo. Essa tabela tem por finalidade para calcular o valor dos honorários médicos. Soma-se ainda na utilização da tabela, a utilização para codificar as informações entre OPS e PS, ainda de conter informações gerais e específicas apresentando observações para efeitos de

contratualização e a aplicação no cotidiano. Na tabela CBHPM, o referencial é praticado através de Portes, nos quais constam em grupos de total de 14 portes e 3 subportes que constam correspondentes ao lado de cada procedimento. Os subportes equivalem às letras dos portes.

A Tabela CBHPM é disposto para venda em formato de revista impressa ou acervo eletrônico., porém, está sendo desenvolvido em novos formatos. É importante destacar que os prestadores que utilizam essa referência de cobrança é preciso se atentar acordo com a numeração do período de realização de serviço e as Resoluções Normativas publicadas no site sobre inclusão e alteração, evitando cobrança e pagamento incorretos.

Há ainda na Tabela CBHPM, a Unidade de Custo Operacional (UCO). Conforme a AMB, a UCO possui o objetivo de informar a depreciação de equipamentos, manutenção, mobiliário, imóvel, aluguéis, folhas de pagamentos e outros custos que estão relacionados ao procedimento médico. Essa despesa é calculada para os Procedimentos de Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SADT) de cada Especialidade.

Quando falamos de Auditoria de contas médicas, faturamento hospitalar e tabelas, é importante conhecermos os termos utilizados na área de Saúde Suplementar:

SADT – Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (Exame)

HM – Honorário Médico

CO- Custo Operacional

CH – Coeficiente de Honorário

ROL DE PROCEDIMENTOS

Rol de procedimentos é uma lista realizada pela ANS de consultas, exames e tratamentos que determinam o cumprimento das operadoras de saúde a cobrir assistencialmente a necessidade do cliente conforme o tipo de plano de seja em hospital, ambulatório e odontológico. O cumprimento do Rol só é válido para os planos vigentes a partir de 02 de janeiro de 1999, conhecido popularmente por planos novos e cabendo nesta exceção os planos antigos mas que foram adaptados à Lei dos Planos de Saúde.

Atualização do Rol acontecia a cada dois anos o Rol de Procedimentos é revisado pela ANS, porém recentemente foi mudado para cada seis meses sendo as propostas sugeridas quanto por pessoa física e pessoa jurídica.

A publicação do Rol com novas coberturas contratuais no primeiro dia de útil ano, em anos pares. Cabendo as operadoras de Saúde a cumprir com a inclusão em seus serviços assistenciais, entrando em vigor até 30 dias após a publicação da Resolução.

TABELAS PRÓPRIAS

A implantação da TUSS veio de modo a facilitar a linguagem nas relações internas da área de saúde e externa da cadeia do mercado, sendo necessário a regularização dos códigos nos Planos de Saúde e prestadores de serviço, realizando um “D x Para” dos próprios códigos para a codificação da TUSS.

De aplicação obrigatória, conforme a Resolução Normativa RN 124, Artigo 44, deixar de cumprir as normas relativas ao padrão essencial obrigatório para as informações trocadas entre operadoras e prestadores de serviço, sobre o atendimento prestado a seus beneficiários, seria penalizado por:

- Sanção – advertência;
- Multa de R\$ 35.000,00

TAXAS

A cobrança de taxa deverá proceder conforme contrato estabelecido entre Prestador de Serviço e Operadora de Saúde, podendo seu conceito ser de duas maneiras:

“É a modalidade de cobrança por utilização de recursos (estrutura, equipamentos e pessoal) e insumos essenciais (materiais e produtos de higiene) necessários a prestação da assistência”.

“É a modalidade de cobrança por utilização de recursos (equipamentos e pessoal) e insumos essenciais (materiais e produtos de higiene) necessários a prestação da assistência, quando não está vinculada a uma estrutura física específica (sala)”.

Análise das Taxas:

- Taxas especiais de Unidade de Terapia Intensiva (UTI/UTSI);

- Taxas de salas em Centro Cirúrgico e Centro Obstétrico;
- Centro Obstétrico;
- Recuperação Pós-anestésico;
- Taxas de sala fora do Centro Cirúrgico;
- Itens que podem ser inclusos ou não na composição da diária;
- Taxas de serviços que podem ser cobradas;
- Taxas de uso de equipamentos;
- Taxas de gasometria;
- Taxas de Serviço de Governança e Hotelaria;

MÓDULO IV

COBRANÇA DE MEDICAMENTOS:

Tabelas Utilizadas para Precificação de Medicamentos

É preciso conhecer o contrato para que a cobrança de medicação ocorra de forma correta, atualmente na saúde suplementar as mais utilizadas são as Tabelas Próprias da Operadora de Saúde; Tabela Própria da Instituição Hospitalar, Revista SIMPRO e Revista BRASINDICE (podendo ser com % de acréscimo ou % deflator) de acordo com ICMS do estado.

Unidade de Fração de Medicamentos – ANS

Unidade de Fração de Medicamentos - ANS De acordo com Terminologia de Unidade de Medida implantada pela ANS Tabela 60 as medicações devem seguir a seguir a regra de fracionamento.

COBRANÇA DE MATERIAIS

Para melhor entendimento dos materiais que podem ser cobrados de acordo com o procedimento executado, segue de forma agrupada a cobrança fundamentada nos principais procedimentos apresentados em cobrança hospitalar e

quando o caso clínico de acordo com indicação do uso mesmo.

➤ Administração de Medicamentos:

- Administração de Medicamentos via Intravascular Periférico;
- Administração de Medicamentos via Intramuscular;
- Administração de Medicamentos via Subcutânea e Intradérmica;
- Cateter Central;
- Cateter de Longa Permanência;
- Cateter de Curta Permanência;
- Acesso Periférico.

➤ Glicemia Capilar;

➤ Curativo:

- Formas de cobrança por lesão/sessão;
- Itens que compõem a taxa;
- Classificação dos Curativos: pequeno, médio, grande, especial e umbilical.

➤ Sondagem

- Sondagem vesical;
- Sondagem vesical de demora masculino e feminino;
- Sonda Nasogátrica;
- Sonda Nasoenteral;
- Sondagem Retal.

➤ Crítérios para Imagem

- Tomografia com contraste com uso de Bomba Injetora;
- Tomografia com contraste sem uso de Bomba Injetora;
- Ressonância com contraste venoso por Bomba Injetora;
- Ressonância com contraste venoso sem Bomba Injetora;

- Angiotomografia em geral;

➤ Cobranças de Acordo com as Especialidades Cirúrgicas

- Cirurgia de Otorrinolaringologista

> Tipos de Cirurgias: Adenoidectomia;

Adenoamigdalectomia;

Turbinectomia e Septoplastia (por vídeo);

- Cirurgia de Gastroenterologia

> Tipos de Cirurgias: Laparotomia por vídeo;

Confecção de Colostomia;

Hemorroidectomia;

Herniorrafia Umbilical;

Apendicectomia;

Gastroplastia por vídeo;

Colecistectomia sem colangiografia;

Septação Gástrica;

➤ Cirurgia Ortopédica

> Tipo de cirurgia: Artroscopia de ombro.

➤ Cirurgia Cardiovascular

> Tipo de cirurgia: Revascularização do Miocárdio

➤ Cirurgia Ginecológica

> Histerectomia Total;

➤ Cirurgia Vascular

> Tipos de cirurgia: Varizes de Membros Inferiores

➤ Cirurgia Oftalmológica

> Facectomia com implante de Lente Intra-Ocular

Critérios de Utilização e Permanência dos Materiais:

- Dispositivo de Infusão para acesso periférico ou profundo;
- Periodicidade dos demais dispositivos;

COBRANÇA EM ONCOLOGIA

É preciso se atentar as regras de valorização dos medicamentos conforme consta em descrição de contrato, levar em consideração se o mesmo consta na lista de Convênio de isenção de ICMS 32/2014, que pelo Governo Federal há determinados medicamentos que não podem ser comercialização com tributos conforme consta na citação e na disponibilidade dos medicamentos com princípios ativos determinados por lei.

CONVÊNIO ICMS 32, DE 21 DE MARÇO DE 2014 Altera o Convênio ICMS 162/94, que autoriza os Estados e o Distrito Federal conceder isenção do ICMS nas operações com medicamentos destinados ao tratamento de câncer.

Cláusula segunda "A cláusula primeira do Convênio ICMS 162/94 fica acrescida do § 3º com a seguinte redação: "§ 3º O valor correspondente à isenção do ICMS deverá ser deduzido do preço do respectivo produto, devendo o contribuinte demonstrar a dedução, expressamente, no documento fiscal."

Ao abordar a ordem de cobrança de medicações oncológicas para pacientes internados a unidade fração do medicamento, é necessário compreender as ordens infusões prescritas, autorizada e realizadas, o tempo de estabilidade do antineoplásico e o tipo de material a ser cobrado conforme compatibilidade da droga. Caso a Instituição Hospitalar tenha protocolos específicos de terapia oncológica, o mesmo deverá ser informar a Operadora de Saúde.

CÁLCULO DO M2 DO FILME

Ao realizar o faturamento dos exames radiodiagnósticos como o raio-x, temos a coluna indicativa de filme radiológico e incidência nas tabelas de faturamento dentre elas a AMB e CBHPM.

As tabelas utilizadas como parâmetros de remuneração, sinalizam a quantidade de filme utilizado durante o procedimento, ainda deve constar em contrato entre OPS e Prestador de serviço, o valor em reais (R\$) pago pelo M2 (metro quadrado) do filme. Sendo importante ressaltar, que de acordo com os exames pode utilizar mais ou menos de 1 M2.

O valor do metro quadrado do filme é revisto anualmente pelo Colégio Brasileiro de Radiologia (CBR) e auxilia como esteio para contratualização. E a coluna incidência, é estabelecido o número de incidências que pode ser cobrado sobre o procedimento.

COBRANÇA EM FORMA DE PACOTE: COMO ELABORAR?

De acordo com a evolução dos serviços prestados em saúde, pode-se verificar em determinadas situações que os custos podem ficar distorcidos quanto para o prestador de serviço no momento em que ele não realiza o faturamento da internação hospitalar de maneira correta e quanto para as operadoras de saúde de planos de saúde quando há um faturamento com valor maior do que o previsto. O procedimento por "pacote" é o conjunto de normas e protocolos para realizar parcerias nas relações entre prestador e operadora de saúde, sendo necessário avaliar os riscos e resultados a partir do conjunto de ações assistenciais e administrativas essenciais e satisfatório para a prática global dos procedimentos assistenciais, abrangendo recursos humanos, instalações físicas, equipamentos, instrumentos, medicamentos e materiais de consumo próprios ao procedimento assistencial.

É imprescindível dominar a abrangência de cada procedimento, pois é através desse conhecimento que se realiza a definição de custo a ser comercializado e monitorar a otimização e a eficiência de cada pacote.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMEIRO AUDITORES. **Auditoria e Faturamento de Contas Hospitalares**. Editora: LCR Fortaleza/CE, 2019.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMEIRO AUDITORES. **Auditoria Prática na Oncologia** Editora: LCR Fortaleza/CE, 2019.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMEIRO AUDITORES. **Auditoria: Gestão**. LCR Fortaleza/CE, 2019

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **ANS publica nova versão do Padrão TISS** – abril/2021. Acesso 02/03/2021 <https://www.gov.br/ans/ptbr/assuntos/operadoras/avisos-para-operadoras/ans-publica-nova-versao-do-padrao-tiss-2013-abril-2021>

CHEREGATTI, Aline Laurenti; JERONIMO, Rosângela A. **Sala. Enfermagem: Técnicos e Procedimentos**. 1 Edição, Editora Rideel. 2017.

JUNIOR, Valdmário Rodrigues; OLIVEIRA, Karla Regina Dias de Oliveira. **Auditoria em Saúde: Abordagem Atualizada dos Conceitos e Fundamentos de Auditoria**. 1 Edição. Unimed Brasil, São Paulo, 2012.

MOTTA, Ana Letícia Carvanelli. **Auditoria de Enfermagem nos Hospitais e Operadoras de Planos de Saúde**. 5 Edição. Editora: Iatria.

MOTTA, Ana Letícia Carvanelli; LEÃO, Edmilson; ZAGATTO, José Roberto. **Auditoria Médica no sistema Privado: Abordagem Prática para Organizações de Saúde**. Editora: Iatria. 0

SILVA, Marcelo Tardelli da Silva; SILVA, Sandra Regina. **Manual de Procedimentos para Estágio em Enfermagem**. 4 Edição, Editira Martinari, 2018. em Saúde. Editora: LCR Fortaleza/CE, 2019.