

Faturamento Hospitalar

O Faturamento Hospitalar realiza faturamento de contas médicas e hospitalares, emite notas fiscais, boletos e duplicatas. Analisa a cobrança correta de clientes conforme contrato e prontuário e revisa glosas.

A Associação Médica Brasileira (AMB) divulgou recentemente a atualização da Unidade de Custo Operacional presente na Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM), que é uma importante referência no mercado brasileiro da saúde e também reconhecida pelo sistema de saúde suplementar para criação da Terminologia Unificada da Saúde Suplementar (TUSS), além de ser utilizada como requisito pela ANS para incorporação ao Rol de procedimentos.

AMB concluiu pela adoção do INPC/IBGE do período, que corresponde ao índice de 1,63% para correção nos valores referenciais dos serviços médicos. Diante disso, tal percentual de reajuste pode ser adotado como referencial a partir de outubro de 2017 para a CBHPM em vigência. Já o Custo Operacional ficou estabelecido em: 1 UCO = R\$ 19,69.

Confira abaixo todas as tabelas da Associação Médica Brasileira (AMB), do Código Internacional de Doenças (CID), e a Classificação Brasileira Hierárquica de Procedimentos Médicos (CBHPM):

Exemplo de tabelas:

tbcodCodTabela	tbcodDescricao	Qty_CH	tbcodNroAuxiliar	tbpCodigo
00010014	CONSULTA ELETIVA	50	0	0
00010022	CONSULTA ESPECIALISTA	80	0	0
00010073	CONSULTA PS - CESP	50	0	0
00019992	CONS.ESP.(+30%)	104	0	0
00020010	VISITA HOSPITALAR	70	0	0
00029998	VISITA HOSP.(+30%)	91	0	0
00030015	PARTO NORMAL - MEDIA 3 DIAS	170	0	0
00030023	PARTO CESARIO - MEDIA 5 DIAS	210	0	0
00030031	PEDIATRA SALA DE PARTO	210	0	0
00040010	PLANTAO UTI 12 HORAS	210	0	0

tbcodCodTabela	tbcodDescricao	Qty_CH	tbcodNroAuxiliar	tbpCodigo
00010014	CONSULTA ELETIVA	80	0	0
00010022	CONSULTA ESPECIALISTA	80	0	0
00019992	CONS.ESP.(+30%)	0	0	0
00020010	VISITA HOSPITALAR	80	0	0
00029998	VISITA HOSP.(+30%)	104	0	0
00030015	PARTO NORMAL - MEDIA 3 DIAS	240	0	0
00030023	PARTO CESARIO - MEDIA 5 DIAS	0	0	0
00030031	PEDIATRA SALA DE PARTO	350	0	0
00040010	PLANTAO UTI 12 HORAS	300	0	0
00040029	UTI PEDIATRICA/OU NEONATAL(PLANTAO DOZE HORAS)	300	0	0
00049999	INTENSIVISTA NAO PLANTONISTA	80	0	0

AMB-90	AMB-92	AMB-96	AMB-99	CBHPM	PROCEDIMENTO	TUSS	PROCEDIMENTO TUSS
			57020035	31003028	Amputação do reto por prociência	31003028	Amputação do reto por prociência
53010027	53030044	53030044	53030044	31003044	Anomalia anorretal - tratamento cirúrgico via abdômino-perineal	31003044	Anomalia anorretal - tratamento cirúrgico via abdômino-perineal
53010035	53030060	53030060	53030060	31003060	Anoretomiectomia	31003060	Anoretomiectomia
43030017			57020019	31003079	Apendicectomia	31003079	Apendicectomia
43030025	43030025	43030025	43030025	31003079	Apendicectomia	31003079	Apendicectomia
	53030079	53030079	53030079	31003087	Apple-Peel - tratamento cirúrgico	31003087	Apple-Peel - tratamento cirúrgico
53010094	53030087	53030087	53030087	31003095	Atresia de cólon - tratamento cirúrgico	31003095	Atresia de cólon - tratamento cirúrgico
53010060				31003109	Atresia de duodeno - tratamento cirúrgico	31003109	Atresia de duodeno - tratamento cirúrgico
53010078	53030133	53030133	53030133	31003125	Atresia jejunal proximal - tratamento cirúrgico	31003125	Atresia jejunal proximal - tratamento cirúrgico
	43030300	43030300	43030300	31003133	Cirurgia de abaixamento (qualquer técnica)	31003133	Cirurgia de abaixamento (qualquer técnica)
			57020230	31003133	Cirurgia de abaixamento (qualquer técnica)	31003133	Cirurgia de abaixamento (qualquer técnica)
	53030168	53030168	53030168	31003150	Cisto mesentérico - tratamento cirúrgico	31003150	Cisto mesentérico - tratamento cirúrgico
			57020264	31003168	Colectomia parcial com colostomia	31003168	Colectomia parcial com colostomia
43030050	43030050	43030050	43030050	31003176	Colectomia parcial sem colostomia	31003176	Colectomia parcial sem colostomia
43030076	43030076	43030076	43030076	31003184	Colectomia total com íleo-retro-anastomose	31003184	Colectomia total com íleo-retro-anastomose
			57020060	31003184	Colectomia total com íleo-retro-anastomose	31003184	Colectomia total com íleo-retro-anastomose
43030181	43030181	43030181	43030181	31003192	Colectomia total com ileostomia	31003192	Colectomia total com ileostomia

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõem o § 4º do art. 10 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998; o inciso III do art. 4º e o inciso II do art. 10, ambos da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; e a alínea “a” do inciso II do art. 30 da Resolução Regimental – RR nº 1, de 17 de março de 2017, em reunião realizada em 23 de outubro de 2017, adotou a seguinte Resolução Normativa - RN e eu, Diretor-Presidente Substituto, determino a sua publicação.

Art. 1º Esta Resolução Normativa – RN atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória da atenção à saúde nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999, e naqueles adaptados conforme a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

Parágrafo único. Atualiza-se também o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde de Alta Complexidade – PAC, definido, para fins de cobertura, como procedimentos extraídos do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, identificado no Anexo I, que pode ser objeto de cobertura parcial temporária - CPT nos casos de doenças e lesões preexistentes - DLP, conforme o disposto em Resolução específica.

Art. 2º As operadoras de planos de assistência à saúde poderão oferecer cobertura maior do que a mínima obrigatória prevista nesta - RN e em seus Anexos, por sua iniciativa ou mediante expressa previsão no instrumento contratual referente ao plano privado de assistência à saúde.

Art. 3º Esta RN é composta por quatro Anexos, quais sejam:

I - Anexo I: lista os procedimentos e eventos de cobertura mínima obrigatória, respeitando-se a segmentação contratada;

II - Anexo II: apresenta as Diretrizes de Utilização – DUT, que estabelecem os critérios, baseados nas melhores evidências científicas disponíveis, a serem observados para que sejam asseguradas as coberturas de alguns procedimentos e eventos especificamente indicados no Anexo I;

III – Anexo III: apresenta as Diretrizes Clínicas – DC, que visam à melhor prática clínica, abordando manejos e orientações mais amplas, baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis, e também definem a cobertura mínima obrigatória; e

IV - Anexo IV: apresenta o Protocolo de Utilização – PROUT para alguns procedimentos e eventos em saúde listados no Rol.

Art. 4º A atenção à saúde na saúde suplementar deverá observar os seguintes princípios:

I - atenção multiprofissional;

II - integralidade das ações respeitando a segmentação contratada;

III - incorporação de ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças, bem como de estímulo ao parto normal;

IV - uso da epidemiologia para monitoramento da qualidade das ações e gestão em saúde; e

V - adoção de medidas que evitem a estigmatização e a institucionalização dos portadores de transtornos mentais, visando ao aumento de sua autonomia.

Parágrafo único. Os princípios estabelecidos neste artigo devem ser observados em todos os níveis de complexidade da atenção, respeitando-se as segmentações contratadas, visando à promoção da saúde, à prevenção de riscos e doenças, ao diagnóstico, ao tratamento, à recuperação e à reabilitação.

Art. 5º Os procedimentos e eventos listados nesta RN e em seus Anexos poderão ser executados por qualquer profissional de saúde habilitado para a sua realização, conforme legislação específica sobre as profissões de saúde e regulamentação de seus respectivos conselhos profissionais, respeitados os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer outro tipo de relação entre a operadora e prestadores de serviços de saúde.

§ 1º Os procedimentos listados nesta -RN e em seus Anexos serão de cobertura obrigatória quando solicitados pelo médico assistente, conforme disposto no art. 12 da Lei nº 9.656, de 1998, com exceção dos procedimentos odontológicos e dos procedimentos vinculados aos de natureza odontológica –

aqueles executados por cirurgião-dentista ou os recursos, exames e técnicas auxiliares necessários ao diagnóstico, tratamento e prognóstico odontológicos - que poderão ser solicitados ou executados diretamente pelo cirurgião-dentista.

§ 2º Os procedimentos eletivos a serem realizados conjuntamente por médico e cirurgião-dentista, visando a adequada segurança, a responsabilidade assistencial ao paciente é do profissional que indicou o procedimento, conforme Resolução do Conselho Federal de Odontologia nº 100, de 18 de março de 2010, e Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1950, de 10 de junho de 2010.

Das Coberturas Assistenciais

Art. 6º As operadoras deverão oferecer obrigatoriamente o plano-referência de que trata o art. 10 da Lei nº 9.656, de 1998, podendo oferecer, alternativamente, planos ambulatorial, hospitalar, hospitalar com obstetrícia, odontológico e suas combinações, ressalvada a exceção disposta no § 3º do art. 10 da Lei nº 9.656, de 1998.

Art. 7º Os eventos e procedimentos relacionados nesta RN e nos seus Anexos, que necessitem de anestesia, com ou sem a participação de profissional médico anestesista, terão sua cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica, respeitando-se os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer tipo de relação entre a operadora e prestadores de serviços de saúde.

Parágrafo único. Os insumos necessários para realização de procedimentos cobertos nesta RN ou em seus Anexos, assim como a equipe cirúrgica necessária para a realização de procedimentos cirúrgicos terão sua cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica, respeitando-se os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer tipo de relação entre a operadora e prestadores de serviços de saúde.

Art. 8º As ações de planejamento familiar de que trata o inciso III do art. 35-C da Lei nº 9.656, de 1998, devem envolver as atividades de educação, aconselhamento e atendimento clínico previstas nos Anexos desta RN, observando-se as seguintes definições:

I – planejamento familiar: conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal;

II – concepção: fusão de um espermatozóide com um óvulo, resultando na formação de um zigoto;

III – anticoncepção: prevenção da concepção por bloqueio temporário ou permanente da fertilidade;

IV - atividades educacionais: são aquelas executadas por profissional de saúde habilitado mediante a utilização de linguagem acessível, simples e precisa, com o objetivo de oferecer aos beneficiários os conhecimentos necessários para a escolha e posterior utilização do método mais adequado e propiciar a reflexão sobre temas relacionados à concepção e à anticoncepção, inclusive à sexualidade, podendo ser realizadas em grupo ou individualmente e permitindo a troca de informações e experiências baseadas na vivência de cada indivíduo do grupo;

V – aconselhamento: processo de escuta ativa que pressupõe a identificação e acolhimento das demandas do indivíduo ou casal relacionadas às questões de planejamento familiar, prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - DST/AIDS e outras patologias que possam interferir na concepção/parto; e

VI – atendimento clínico: realizado após as atividades educativas, incluindo anamnese, exame físico geral e ginecológico para subsidiar a escolha e prescrição do método mais adequado para concepção ou anticoncepção.

Art. 9º Os procedimentos de transplante, no âmbito da prestação de serviços de saúde suplementar, deverão submeter-se à legislação específica vigente.

§ 1º Na saúde suplementar, os candidatos a transplante de órgãos e tecidos provenientes de doador cadáver deverão obrigatoriamente estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDO e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção.

§ 2º As entidades privadas e equipes especializadas interessadas na realização de transplantes deverão observar o regulamento técnico – legislação vigente do Ministério da Saúde – que dispõe quanto à forma de autorização e cadastro junto ao Sistema Nacional de Transplante - SNT.

§ 3º São competências privativas das CNCDO, dentro das funções de gerenciamento que lhes são atribuídas pela legislação em vigor:

I - determinar o encaminhamento de equipe especializada; e

II - providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontre o receptor.

§ 4º Os exames e procedimentos pré e pós-transplantes, para fins das disposições da RN nº 259, de 17 de junho de 2011, são considerados

procedimentos de urgência e emergência, respeitadas as segmentações, os prazos de carência e CPT.

Art. 10. A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais deverá priorizar o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e sempre que houver indicação do médico assistente.

Parágrafo único. Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas, estão obrigatoriamente cobertos.

Art. 11. Os procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas, decorrentes de procedimentos não cobertos, têm cobertura obrigatória quando constarem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, respeitadas as segmentações e os prazos de carência e CPT.

Parágrafo único. Procedimentos necessários ao seguimento de eventos excluídos da cobertura, como internação em leito de terapia intensiva após transplante não coberto, não são considerados tratamento de complicações, mas parte integrante do procedimento inicial, não havendo obrigatoriedade de sua cobertura por parte das operadoras.

Art. 12. Os procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas somente terão cobertura assegurada quando assim especificados no Anexo I, de acordo com a segmentação contratada.

Parágrafo único. Todas as escopias listadas nos Anexos têm igualmente assegurada a cobertura com dispositivos ópticos ou de vídeo para captação das imagens.

Art. 13. O atendimento deve ser assegurado independente da circunstância e do local de ocorrência do evento, respeitadas a segmentação, a área de atuação e abrangência, a rede de prestadores de serviços contratada, credenciada ou referenciada da operadora e os prazos de carência estabelecidos no contrato.

Art. 14. Caso a operadora ofereça a internação domiciliar em substituição à internação hospitalar, com ou sem previsão contratual, deverá obedecer às exigências previstas nos normativos vigentes da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA e nas alíneas "c", "d", "e" e "g" do inciso II do art. 12 da Lei nº 9.656, de 1998.

Parágrafo único. Nos casos em que a assistência domiciliar não se dê em substituição à internação hospitalar, tal assistência deverá obedecer à previsão contratual ou à negociação entre as partes.

Art. 15. Nos contratos de planos individuais ou familiares, coletivos por adesão e coletivos empresariais, é obrigatória a cobertura dos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho, respeitadas as segmentações contratadas.

§ 1º Para fins de cobertura obrigatória pelos planos privados de assistência à saúde, entende-se como cobertura relacionada com a saúde ocupacional, o diagnóstico, o tratamento, a recuperação e a reabilitação de doenças relacionadas ao processo de trabalho listadas pelo Ministério da Saúde na Portaria 1.339 MS/GM, de 18 de novembro de 1999.

§ 2º Salvo disposição contratual em contrário, exclui-se da cobertura obrigatória a ser garantida pelas operadoras a realização dos exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais.

Art. 16. Os procedimentos e eventos em saúde de cobertura obrigatória, contemplados nesta RN e em seus Anexos, que envolvam a colocação, inserção e/ou fixação de órteses, próteses ou outros materiais possuem cobertura igualmente assegurada de sua remoção e/ou retirada.

Art. 17. Taxas, materiais, contrastes, medicamentos, entre outros, necessários para a execução de procedimentos e eventos em saúde de cobertura obrigatória, contemplados nesta RN e em seus Anexos, possuem cobertura obrigatória, desde que estejam regularizados e registrados e suas indicações constem da bula/manual perante a ANVISA e respeitados os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer outro tipo de relação entre a operadora e prestadores de serviços de saúde.

Art. 18. No caso de procedimentos sequenciais e/ou contínuos, tais como quimioterapia, radioterapia, hemodiálise e diálise peritoneal, a operadora deve assegurar a continuidade do tratamento conforme prescrição do profissional assistente e justificativa clínica, respeitadas as segmentações, os prazos de carência e a CPT.

§ 1º A continuidade do tratamento deve ser realizada no prazo definido pelo médico assistente, não cabendo nova contagem ou recontagem dos prazos de atendimento estabelecidos pela RN nº 259, de 2011.

§ 2º O procedimento “Medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes relacionados a tratamentos antineoplásicos” é considerado como continuidade dos procedimentos de quimioterapia e terapia antineoplásica oral para o tratamento do câncer, não cabendo nova contagem ou recontagem de prazo de atendimento para aquele procedimento.

Art. 19. Os planos privados de assistência à saúde deverão assegurar cobertura para medicamentos registrados/regularizados na ANVISA que sejam utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados na presente RN e em seus Anexos, de acordo com a segmentação contratada.

Do Plano-Referência

Art. 20. A cobertura assistencial de que trata o plano-referência compreende todos os procedimentos clínicos, cirúrgicos, obstétricos e os atendimentos de urgência e emergência, na forma estabelecida no art. 10 da Lei nº 9.656, de 1998.

§ 1º São permitidas as seguintes exclusões assistenciais:

I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental, isto é, aquele que:

a) emprega medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país;

b) é considerado experimental pelo Conselho Federal de Medicina – CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia - CFO; ou

c) não possui as indicações descritas na bula/manual registrado na ANVISA (uso off-label), ressalvado o disposto no art. 26;

II - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;

III - inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;

IV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;

V - fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, isto é, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;

VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, com exceção dos medicamentos previstos nos incisos X e XI do art. 21, e ressalvado o disposto no art. 14;

VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;

VIII - tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

IX - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente; e

X - estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar.

§ 2º Prótese é entendida como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido.

§ 3º Órtese é entendida como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico.

§ 4º A referência para classificação dos diversos materiais utilizados pela medicina no país como órteses ou próteses deverá estar de acordo com a lista a ser disponibilizada e atualizada periodicamente no sítio institucional da ANS na Internet, não sendo esta, uma lista que atribua cobertura obrigatória aos materiais ali descritos.

Do Plano Ambulatorial

Art. 21. O Plano Ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços como unidade de terapia intensiva e unidades similares, observadas as seguintes exigências:

I - cobertura de consultas médicas em número ilimitado em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétrica para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM;

II - cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo médico ou pelo cirurgião-dentista assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação conforme preceitua o caput;

III – cobertura de consultas ou sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo de acordo com o estabelecido nos Anexos desta RN;

IV - cobertura de psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido nos Anexos desta RN, que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitados;

V – cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física listados nos Anexos desta RN, que podem ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, em número ilimitado de sessões por ano;

VI - cobertura das ações de planejamento familiar, listadas no Anexo I desta RN, para segmentação ambulatorial;

VII - cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência conforme Resolução específica vigente sobre o tema;

VIII - cobertura de remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação;

IX – cobertura de hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;

X – cobertura de quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes (medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento) que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de Saúde;

XI - cobertura de medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, respeitando, preferencialmente, as seguintes características:

a) medicamento genérico: medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela Denominação Comum Brasileira - DCB ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional - DCI, conforme definido pela Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999; e

b) medicamento fracionado: medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente, esta atualmente a cargo da ANVISA;

XII – cobertura dos procedimentos de radioterapia listados no Anexo I desta RN para a segmentação ambulatorial;

XIII – cobertura dos procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais que prescindam de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no segmento ambulatorial do Anexo I desta RN;

XIV – cobertura de hemoterapia ambulatorial; e

XV – cobertura das cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas nos Anexos desta RN.

§ 1º Para fins de aplicação do art. 10 da Lei nº 9.656, de 1998, é permitida, para a segmentação ambulatorial, a exclusão de:

I - procedimentos que exijam forma de anestesia diversa da anestesia local, da sedação ou do bloqueio;

II - quimioterapia oncológica intra-tecal ou que demande internação; e

III - embolizações.

§ 2º Para efeitos do disposto no inciso I do caput, as áreas de atuação estabelecidas pelo Conselho Federal de Medicina não são consideradas especialidades médicas.

Do Plano Hospitalar

Art. 22. O Plano Hospitalar compreende os atendimentos realizados em todas as modalidades de internação hospitalar e os atendimentos caracterizados

como de urgência e emergência, conforme Resolução específica vigente, não incluindo atendimentos ambulatoriais para fins de diagnóstico, terapia ou recuperação, ressalvado o disposto no inciso X deste artigo, observadas as seguintes exigências:

I - cobertura, em número ilimitado de dias, de todas as modalidades de internação hospitalar;

II - quando houver previsão de mecanismos financeiros de regulação disposto em contrato para internação hospitalar, o referido aplica-se a todas as especialidades médicas, contudo a coparticipação nas hipóteses de internações psiquiátricas somente poderá ser exigida considerando os seguintes termos, que deverão ser previstos em contrato:

a) somente haverá fator moderador quando ultrapassados 30 dias de internação contínuos ou não, nos 12 meses de vigência; e

b) a coparticipação poderá ser crescente ou não, estando limitada ao máximo de 50% do valor contratado entre a operadora de planos privados de assistência à saúde e o respectivo prestador de serviços de saúde.

III – cobertura de hospital-dia (recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionando ao beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar) para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização estabelecidas no Anexo II desta RN;

IV - cobertura de transplantes listados nos Anexos desta RN, e dos procedimentos a eles vinculados, incluindo:

a) as despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob expensas da operadora do beneficiário receptor;

b) os medicamentos utilizados durante a internação;

c) o acompanhamento clínico em todo o período pós-operatório, que compreende não só o pós-operatório imediato (primeiras 24 horas da realização da cirurgia) e mediato (entre 24 horas e 48 horas da realização da cirurgia), mas também o pós-operatório tardio (a partir de 48 horas da realização da cirurgia), exceto medicamentos de manutenção; e

d) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos, sem qualquer ônus ao beneficiário receptor;

V - cobertura de consultas, sessões ou avaliações por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico ou odontólogo assistente, obedecidos aos seguintes critérios:

a) que seja dentro do escopo de atuação dos profissionais de saúde indicados e em conformidade com a legislação específica sobre as profissões de saúde e a regulamentação dos respectivos conselhos profissionais; e

b) que, no caso de ser necessária à realização de procedimentos, estes constem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde definido por esta RN, respeitando-se a segmentação contratada;

VI – cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados nos Anexos desta RN;

VII - cobertura das despesas, incluindo alimentação e acomodação, relativas ao acompanhante, salvo contra indicação justificada do médico ou do cirurgião-dentista assistente, nos seguintes casos:

a) crianças e adolescentes menores de 18 anos;

b) idosos a partir dos 60 anos de idade; e

c) pessoas com deficiência;

VIII - cobertura dos procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais listados nos Anexos desta RN, para a segmentação hospitalar, conforme disposto no art. 5º, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar;

IX – cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar; e

X - cobertura obrigatória para os seguintes procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

- a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- b) quimioterapia oncológica ambulatorial, como definida no inciso X do art. 21 e os medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral;
- c) procedimentos radioterápicos previstos no Anexo I desta RN para as segmentações ambulatorial e hospitalar;
- d) hemoterapia;
- e) nutrição parenteral ou enteral;
- f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos nos Anexos desta RN;
- g) embolizações listadas nos Anexos desta RN;
- h) radiologia intervencionista;
- i) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- j) procedimentos de reeducação e reabilitação física listados nos Anexos desta RN; e

- k) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, mediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes listados nos Anexos, exceto fornecimento de medicação de manutenção.

Parágrafo único. Para fins do disposto no inciso IX, o imperativo clínico caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do beneficiário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção, observadas as seguintes regras:

I - em se tratando de atendimento odontológico, o cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao paciente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados; e

II - os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar, não estão incluídos na cobertura da segmentação hospitalar e plano referência.

Do Plano Hospitalar com Obstetrícia

Art. 23. O Plano Hospitalar com Obstetrícia compreende toda a cobertura definida no art. 22, acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, observadas as seguintes exigências:

I – cobertura das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas ao acompanhante indicado pela mulher durante:

a) pré-parto;

b) parto; e

c) pós-parto imediato, entendido como o período que abrange 10 (dez) dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico;

II - cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto; e

III – opção de inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção.

Parágrafo único. Para fins de cobertura do parto normal listado nos Anexos, este procedimento poderá ser realizado por enfermeiro obstétrico habilitado, conforme legislação vigente, de acordo com o art. 5º.

Do Plano Odontológico

Art. 24. O Plano Odontológico compreende a cobertura de todos os procedimentos listados no Anexo I desta RN para a segmentação odontológica.

§ 1º Os procedimentos buco-maxilo-faciais que necessitem de internação hospitalar não estão cobertos pelos planos odontológicos, porém têm cobertura obrigatória no plano de segmentação hospitalar e plano-referência.

§ 2º Nas situações em que, por imperativo clínico, o atendimento odontológico necessite de suporte hospitalar para a sua realização, apenas os materiais odontológicos e honorários referentes aos procedimentos listados no Anexo I para a segmentação odontológica deverão ser cobertos pelos planos odontológicos.

§ 3º É obrigatória a cobertura dos atendimentos caracterizados como urgência e emergência, conforme normas específicas vigentes sobre o tema.

Das disposições finais

Art. 25. As operadoras devem comunicar em linguagem clara e acessível, preferencialmente por escrito, aos beneficiários ou contratantes de planos de saúde quanto às alterações nas coberturas obrigatórias, notadamente quanto às inclusões e exclusões de procedimentos e eventos em saúde.

Parágrafo único. As comunicações de que trata o caput deverão ser disponibilizadas em formato acessível, respeitando-se as especificidades dos beneficiários que se apresentem na condição de pessoa com deficiência, em especial as com deficiência visual e/ou auditiva.

Art. 26. As operadoras deverão garantir a cobertura de medicamentos e de produtos registrados pela ANVISA, nos casos em que a indicação de uso pretendida seja distinta daquela aprovada no registro daquela Agência, desde que:

I - a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC tenha demonstrado as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento ou do produto para o uso pretendido; e

II - a ANVISA tenha emitido, mediante solicitação da CONITEC, autorização de uso para fornecimento, pelo SUS, dos referidos medicamentos e produtos, nos termos do art. 21 do Decreto nº 8.077, de 14 de agosto de 2013.

Art. 27. As operadoras devem cumprir o estabelecido nos normativos expedidos pelos órgãos governamentais competentes no que concerne à Política Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados.

Art. 28. O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde deverá ser revisto periodicamente a cada 2 (dois) anos, podendo ser atualizado a qualquer tempo, segundo critérios da ANS.

Parágrafo único. Para fins de qualificar e organizar o processo de revisão, as solicitações de inclusão, exclusão ou alteração no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e de suas diretrizes de atenção à saúde deverão ser feitas por meio de formulário próprio, disponibilizado em período a ser definido pela ANS.

Art. 29. Fica mantido o Comitê Permanente de Regulação da Atenção à Saúde – COSAÚDE, por meio da Instrução Normativa – IN nº 44, de 14 de fevereiro de 2014, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos.

Art. 30. As exclusões assistenciais previstas no § 1º do art. 20 se aplicam a todos os produtos de qualquer segmentação, ressalvadas as coberturas previstas no instrumento contratual.

Art. 31. Esta RN e seus Anexos estarão disponíveis para consulta e cópia no sítio institucional da ANS na Internet - www.ans.gov.br.

Art. 32. Ficam revogadas a RN nº 387, de 28 de outubro de 2015, e a RN nº 407, de 3 de junho de 2016.

Art. 33. Esta RN entra em vigor no dia 2 de janeiro de 2018.

Fundos Dedicados

Fundos dedicados são administrados por instituições financeiras conveniadas à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), de aplicações exclusivas de participantes do setor de saúde suplementar, e cujas cotas podem ser utilizadas como ativos garantidores e são automaticamente vinculadas à ANS.

Solicitação: Enviar correspondência, informando se é movimentação (substituição de títulos, troca de instituição financeira, etc.) ou resgate de excedentes de Fundo Dedicado, com suas respectivas justificativas, juntamente com o modelo do Anexo I da RN nº 392/2015, à ANS, localizada na Avenida Augusto Severo, 84 - Glória - Rio de Janeiro/RJ CEP 20021-040, aos cuidados da Gerência-Geral de Acompanhamento das Operadoras e Mercado (GGAME).

Análise: A ANS irá analisar o pedido e, em caso de deferimento, solicitará que a operadora entre em contato com o setor responsável para geração do código de autorização.

Validação do resgate: A operadora informará o código à instituição financeira conveniada, que procederá a validação do resgate. Será gerado um certificado de autorização que permanecerá em posse da instituição financeira.

A operadora que aplica seus ativos garantidores não-bloqueados em conta individualizada no SELIC, na CETIP ou na BM&F BOVESPA deverá observar os procedimentos abaixo para que possa atestar sua regularidade econômico-financeira.

Somente as operadoras que não tenham ativos garantidores não-bloqueados aplicados em conta individualizada nessas centrais de custódia, bem como as operadoras referidas no art. 1º, § 1º, da RN nº 392, de 2015, estão dispensadas da observância dos procedimentos abaixo.

Para mais orientações, confira o Ofício encaminhado pela DIOPE.

Central de Custódia	A operadora deverá
SELIC	Solicitar a abertura de uma segunda conta de reserva técnica e manter os seus respectivos ativos garantidores não-bloqueados em referida conta.
CETIP	Encaminhar à ANS autorização firmada conforme modelo A.
BM&F BOVESPA	Encaminhar ao seu Agente de Custódia autorização firmada conforme modelo B.

Autorizações de Resgates de Ativos Vinculados nas Centrais de Custódias (CETIP e SELIC)

Veja os procedimentos necessários para efetuar o resgate na SELIC ou CETIP.

Solicitação: Enviar correspondência informando se é movimentação (substituição de títulos, troca de instituição financeira, etc.) ou resgate de excedentes de ativo financeiro, com suas respectivas justificativas, juntamente com o modelo do Anexo I da RN nº 392/2015, à ANS, localizada na Avenida Augusto Severo, 84 - Glória - Rio de Janeiro/RJ CEP 20021-040, aos cuidados da Gerência-Geral de Acompanhamento das Operadoras e Mercado (GGAME).

Análise: A ANS irá analisar o pedido e, em caso de deferimento, solicitará que a operadora entre em contato com o setor responsável para movimentação ou resgate do(s) ativo(s), de acordo com os sistemas das respectivas centrais de custódias.

Frente a críticas feitas à regulamentação da aplicação de coparticipação e franquia em planos de saúde, a ANS (Agência Nacional de Saúde Complementar) divulgou informações complementares sobre as novas regras, que em sua opinião são necessárias para proteger o consumidor, garantindo maior previsibilidade e clareza. Isto porque as regras até então existentes não previam claramente quais são condições, critérios e limites para aplicação de tais mecanismos.

Frente a críticas feitas à regulamentação da aplicação de coparticipação e franquia em planos de saúde, a Agência Nacional de Saúde Complementar (ANS) divulgou informações complementares sobre as novas regras, que em sua opinião são necessárias para proteger o consumidor, garantindo maior previsibilidade e clareza. Isto porque as regras até então existentes não previam claramente quais são condições, critérios e limites para aplicação de tais mecanismos.

O órgão regulador pontuou que a operadora será obrigada a prestar as informações sobre o valor monetário praticado junto aos prestadores específicos, quando solicitado pelos beneficiários. Por fixar valores máximos que podem ser pagos pelos beneficiários em razão da incidência de co-participação e franquia, bem como percentual de até 40% nas hipóteses de cobrança de co-participação para a realização de procedimento, a agência acredita que a exposição financeira não gerará endividamentos.

Faturamento Ambulatorial

O faturamento hospitalar exhibe os relatórios solicitados de acordo com as informações inseridas no sistema. As informações apresentadas são obtidas a partir das telas de parâmetros de descontos, alíquotas, produção do SIA e SIHD, processamento de descontos e lista de credores onde são filtrados os dados correspondentes.

Apresenta seus relatórios divididos nestas quatro categorias:

- Relatórios descontos
- Relatórios credores
- Financeiro
- Cadastrais

Procedimentos Rotineiros

Levar os seguintes documentos relacionados para conhecimento e providências do gestor, elaborados na fase analítica da auditoria:

- Ofício de Apresentação da equipe, no qual constará o objetivo do trabalho, o nome do coordenador da equipe e o período em que o grupo atuará naquele local. Será emitido em duas vias, sendo a primeira destinada ao responsável pela unidade a ser auditada.
- Comunicado de Auditoria (CA) é utilizado para solicitar documentos, informações e/ou esclarecimentos pertinentes aos trabalhos de auditoria. Deve ser encaminhado, com antecedência, nas situações em que a auditoria se reveste de magnitude e/ou complexidade, evitando-se o comprometimento do tempo destinado à verificação in loco, com busca de documentos.

O setor de faturamento hospitalar é responsável pelo envio das cobranças aos planos de saúde e sistema único de saúde. A cobrança é realizada através da conta hospitalar que é o resultado de todos os gastos do paciente frente a um atendimento seja ambulatorial ou internado.

A conta hospitalar pode ser desmembrada ou compactada. Na conta desmembrada o hospital envia um relatório de cobrança que contém todos os itens utilizados no atendimento ao paciente separadamente e diariamente, já na conta compactada envia-se um relatório com os valores totais.

O setor de faturamento do plano de saúde recebe as cobranças avalia e faz o pagamento aos serviços credenciados, físicos ou jurídicos, também realiza a cobrança para outros convênios no caso de prestação de serviço. Neste setor há a análise da conta enviada pelo prestador e quando necessário as glosas.

Quando o paciente chega a um hospital ele adquire um registro simbolizado por números que fará parte de seu cadastro todas as demais vezes que necessitar ser atendido na mesma instituição.

Junto ao número é elaborado um conjunto de formulários e impressos que constituem o chamado prontuário do paciente que será utilizado durante toda a sua internação e posteriormente classificado e arquivado junto à Instituição para fins legais e clínicos.

Gestão de contratos, apresentar:

a) contrato celebrado entre o estabelecimento e o SUS (A vigência dos contratos celebrados entre o estabelecimento e o SUS deve ser de 60 meses).

b) Lista com a relação de todos os fornecedores com os respectivos contratos e a vigência de cada um deles referentes às áreas de: limpeza, segurança, nutrição, serviços técnicos (análises clínicas, anatomia patológica, radiologia, radioterapia), dentre outros. Três contratos com diferentes prestadores de serviço (análises clínicas, anatomia patológica, radiologia, radioterapia e demais serviços).

c) documento assinado pela comissão de avaliação do contrato de gestão que comprove o alcance das metas quantitativas.

d) documento que comprove a avaliação dos serviços prestados por terceiros ao estabelecimento.

e) documento que comprove por parte do estabelecimento, análise dos indicadores qualitativos.

f) os três últimos relatórios da comissão de acompanhamento do instrumento de contratualização (último um ano e meio).

Planejamento e organização, apresentar:

a) documento que comprove o processo de planejamento (Plano Diretor; Mapa estratégico, Planilha de acompanhamento do plano de ação).

b) documento que comprove a Programação Orçamentária (planilha de orçamento) para o ano do exercício atual. Os estabelecimentos que pertencem à administração direta não terão necessidade de comprovar, pois a previsão orçamentária estará na Secretaria de Saúde.

c) planilha/relatório demonstrativa da existência de centro de custos.

d) documento (ata e/ou pauta de reunião de avaliação), que comprove a avaliação periódica do Planejamento Institucional e o monitoramento dos resultados.

e) documentos que comprovem os contratos internos (entre as equipes que compõem os serviços do estabelecimento) ou que demonstrem as metas setoriais entre as equipes com suas metas e resultados.

Protocolos administrativos e clínicos, apresentar:

a) manual(is) de normas, rotinas e procedimentos ADMINISTRATIVOS documentado(s), atualizado(s) e disponível(is) atrelado ao processo de informação e capacitação das equipes de trabalho relacionadas a eles.

b) manual(is) de normas, rotinas e procedimentos CLÍNICOS documentado(s), atualizado(s) e disponível(is) atrelado ao processo de informação e capacitação das equipes de trabalho relacionadas a eles.

c) programa de educação continuada e/ou permanente, bem como o cronograma e seus resultados em apoio à implantação dos protocolos.

d) Documento com metodologia utilizada para atualização e revisão de suas normativas e as últimas atualizações e revisões feitas.

e) estabelecimentos hospitalares e UPA: protocolos de assistência, pelo menos: Acidente Vascular Cerebral, Infarto Agudo do Miocárdio e o Protocolo de Boas Práticas de Atenção ao Parto e ao Nascimento. No caso de estabelecimento habilitado à Rede Cegonha apresentar, pelo menos, o protocolo de boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento. Os demais estabelecimentos (CER e TRS): protocolos assistenciais referentes a seus serviços.

f) atas ou outro documento que comprove a participação dos trabalhadores na discussão, definição e implantação dos protocolos.

Atenção imediata – urgência e emergência, apresentar:

a) documentação que comprove a realização ou acesso imediato a exames no estabelecimento ou outra unidade.

b) protocolos de Urgência/Emergência para principais situações clínicas.

c) escala de trabalho e lotação do serviço de urgência.

d) documentos efetivos de contrarreferência para as unidades da atenção básica, e de referência para as unidades de maior complexidade bem como atas que possam ratificar articulação com os pontos de atenção.

e) documentos que comprovem as práticas voltadas para a gestão da clínica instituídas no estabelecimento (equipe horizontal, discussão de casos clínicos, controle de permanência na emergência, regulação interna e alta responsável, entre outras).

Atenção em hemoterapia, apresentar:

- a) registro do Responsável Técnico pelo serviço de hemoterapia.
- b) plano de capacitação para os profissionais que atuam em hemoterapia, hemocomponentes e hemoderivados.
- c) diretrizes/normas de registro das ações de hemovigilância.
- d) atas de reunião do Comitê/Comissão Transfusional.
- e) POP e ou manuais de normas e rotinas que visam correções de não conformidades e ações de melhoria (como evitar problemas futuros).

O departamento financeiro ou setor de coordenação de faturamento do hospital é imprescindível para o bom funcionamento do hospital como empresa. Ele deve funcionar em velocidade condizente com a demanda por serviços de saúde. Deve realizar coleta de guias, laudos, solicitações médicas, prontuários e informações sobre cirurgias e exames. Tudo isso precisa ser registrado e organizado para a realização de cobrança e comprovantes do serviço médico prestado.

Esses procedimentos rotineiros devem ser executados com processos bem definidos. Devem também ser gerenciados por uma coordenação comprometida com a transparência e organização do hospital. Isso trará confiança aos pacientes e saúde financeira para a organização.

Trabalhar com processos definidos é sempre recomendado para empresas entrantes ou de pequeno porte, porém, para empresas com alto fluxo de pacientes é obrigatório ter uma gestão eficiente de processos. A empresa que dedica tempo ao planejamento de atividades do dia a dia tem enorme vantagem e redução de contratempos e retrabalho.

É fundamental registrar as informações com os procedimentos para os mínimos detalhes e situações que possam surgir em um atendimento. O tempo que será gasto para elaborar tutoriais, reuniões e treinamentos certamente será economizado adiante.

Outro aspecto importante para um bom gerenciamento é o controle do estoque e fornecedores. Gastos pequenos quando não são administrados devidamente podem resultar em grandes perdas, para controlar as compras e o armazenamento é necessário uma atenção diária e certamente a tecnologia faz diferença. A gestão de fornecedores é ainda mais agravante quando não é automatizada. Estamos falando de investimentos altos que precisam ser monitorados para que a qualidade se mantenha alta.

À medida que o hospital atende mais pacientes, mais importante será a padronização. É importante dedicar atenção aos processos das principais áreas de atuação dos hospital. Confira os processos que devem ser padronizados e administrados para gerar os melhores resultados:

- * Atendimento
- * Clínico e assistencial
- * Suprimentos
- * Diagnóstico e terapia
- * Financeiro
- * Controladoria
- * Faturamento
- * Áreas de apoio
- * Tecnologia da Informação
- * Gestão estratégica

A falta de padronização é um dos principais vilões da gestão do faturamento. Se um colaborador deixa de confirmar um exame, o hospital pode nunca tomar conhecimento desse deslize. Por isso, a tecnologia veio para revolucionar a forma de automatizar os processos de um hospital.

O impacto mais visível e mensurável de um bom trabalho de gestão do faturamento no hospital é o índice de glosas hospitalares. A glosa hospitalar ocorre quando há recusa de pagamento por parte dos planos de saúde. Elas podem acontecer com atendimentos, materiais, medicamentos ou taxas cobradas por hospitais, laboratórios, clínicas, etc.

Muitos esforços são feitos para que ocorra o mínimo possível de recusas. É importante um conjunto de ações para administrar o número de glosas e manter essa taxa o mais baixo possível.

A tecnologia sozinha não irá resolver os problemas enfrentados pelos departamentos de faturamento dos hospitais. Uma equipe bem preparada vai tirar mais proveito do auxílio tecnológico.

A recuperação de glosas também será mais fácil quando a gestão voltada para um controle das atividades. Os registros das atividades devem ser de fácil acesso para a equipe e com leitura dinâmica para evitar interpretações de dados que não são relevantes. Atualmente é possível mensurar muitas informações. Mas isso não quer dizer que todas elas são essenciais para a gestão do hospital. Otimizar significa fazer mais com menos.

Os indicadores serão sempre o ponto de partida para melhorar serviços e organizações. Uma empresa que busca crescimento no mercado não pode fechar os olhos para os registros do seu desempenho.

Um indicador importante é relacionado aos riscos inerentes ao trabalho no hospital. Um hospital precisa ter mapeado todos os riscos envolvidos em sua operação. Indicadores servem como ferramentas de prevenção. E tratando-se de saúde, sabemos que prevenir é uma recomendação-chave.

- Suprimentos

A gestão de compras e o abastecimento de suprimentos deve ter uma atenção especial. Muitas vezes a preocupação está voltada em ter uma estrutura para comportar mais clientes, mas o hospital pode obter melhores resultados se fizer uma análise mais criteriosa dos gastos internos com compras e manutenção.

A gestão de um hospital que possua um sistema integrado com todos os processos que abordamos nesse texto certamente terá informações e indicadores valiosos para desenvolver.

Esse assunto é de interesse de todos os diretores administrativos. Uma escola existe para educar e quanto mais tempo for gasto para aperfeiçoar o sistema de ensino melhor para os alunos. Da mesma forma, o hospital deve concentrar seus esforços em curar pacientes, quanto mais eficiente for a sua gestão, mais tempo será dedicado para o paciente que precisa de atendimento.

O setor de faturamento hospitalar é um dos mais importantes dentro de uma organização de saúde.

Para que o setor de faturamento execute plenamente suas funções, todos os setores da instituição devem cumprir uma sequência de atividades de maneira eficiente.

A palestrante abordará a gestão do ciclo de receita, desde o cadastro do paciente até os processos de formação e remessa de contas médicas, padronização de lançamentos e controle das contas, auditoria concorrente e local e recurso de glosas. As glosas são as recusas de pagamentos de contas pelas operadoras de plano de saúde que podem acontecer por diversos motivos, como a divergência de informações nos relatórios de prestação de serviço, cobrança de procedimentos não previstos em contrato ou mesmo um erro de digitação.

O faturamento hospitalar é o setor responsável pela cobrança das contas médicas sendo assim peça fundamental para a boa saúde financeira das instituições de saúde. É ele também a fonte que supre gestores com informações importantes para a tomada de decisões administrativas e estratégicas.

A falta de apoio e a complexidade hospitalar fazem com que o faturamento não tenha o real controle do serviço prestado versus faturado. Ítens que não são lançados no sistema, itens glosados sem motivos pelos planos de saúde, itens com valores desatualizados, são situações que ocorrem frequentemente na maioria dos hospitais.

Para uma adequada gestão do faturamento hospitalar é necessário:

Padronizar de forma adequada os lançamentos do que deve ser cobrado. Padronização é muito importante para evitar erros de cobrança;

Para evitar esquecimentos de documentos que devem estar na conta, assinaturas e checagem é necessário passar a utilizar checklists;

Utilizar checklists automatizados de forma a estabelecer um padrão para todos os envolvidos da área. Dessa forma, acabam as variações de lançamento nas contas, dependendo de quem fez o apontamento, e como os critérios de lançamento seguem um padrão, o processo de discussão entre auditores internos e externos acontece com menor nível de stress;

Restruir rotinas (internação e gerenciamento de leitos), investir na negociação e integração com convênios, criação de pacotes, reanálises de glosas e tabelas de preços, etc;

Se algo foi utilizado, ele tem que ser cobrado de alguém. Se o procedimento está baseado em protocolo (no caso de procedimentos médicos) ou de POP (no caso de procedimentos de outros profissionais assistenciais), o que se utiliza tem que ser cobrado, a não ser que os protocolos e POPs possuam registros incorretos;

Controlar o estoque de perto, bem como a cadeia de fornecedores;

Deve-se investir em treinamento contínuo dos profissionais envolvidos no processo de faturamento. Sem as habilidades adequadas para a execução de tais serviços, ocorrerão erros, e as receitas previstas pelo estabelecimento ficarão comprometidas pelos gastos desnecessários;

Elaborar e manter relatórios gerenciais para suprir as necessidades do gestor na tomada de decisão;

Lembrar que pequenos gastos, quando não são devidamente administrados, podem resultar em perdas significativas;

Utilizar auxílio da tecnologia para automatizar tarefas complexas e repetitivas. Sistemas integrados e softwares especializados reduzem significativamente o trabalho repetitivo, além de organizar e padronizar o setor.

Geração de receitas, pagamento de tributos e manutenção de custos operacionais são processos rotineiros no contexto de qualquer instituição que presta serviços, não sendo diferente no âmbito da saúde. É fundamental que todas essas ações sejam planejadas, supervisionadas e executadas a partir de práticas contábeis e financeiras específicas, tornando a contabilidade hospitalar crucial no trabalho do administrador de um hospital.

Uma prática fundamental a qualquer instituição que lida com recursos financeiros é a contabilidade. A gestão contábil torna a administração hospitalar mais eficiente e organizada, possibilitando a diminuição de custos e consequente aumento das receitas. Conhecendo e manipulando de forma adequada as suas contas, o gestor pode estabelecer equilíbrio entre elas, elencar prioridades e fazer um bom planejamento.

Em termos operacionais, a contabilidade hospitalar possibilita uma análise especializada e, portanto, mais detalhada e eficaz da incidência tributária sobre a instituição. As ferramentas contábeis propiciam ainda um maior controle e supervisão com relação ao fluxo de caixa da instituição e no que se refere ao acompanhamento de todos os serviços prestados aos pacientes.

Além dessas vantagens, a prática contábil feita pela administração hospitalar gera benefícios diretos para o paciente que usa os serviços do hospital. Isso porque, a partir do gerenciamento harmônico das contas da instituição, a equipe gestora tem a possibilidade de flexibilizar as formas de pagamentos pelos serviços prestados e, em alguns casos, até mesmo diminuir determinados valores.

A seguir, daremos dicas de como é possível aplicar as práticas contábeis para otimizar o gerenciamento das contas de um hospital. Como você perceberá, elas não são difíceis de serem colocadas em prática, podendo tornar-se grandes aliadas do gestor hospitalar.

Uma ação básica é organizar todas as entradas e saídas do caixa. Embora seja um procedimento comum da atividade gestora, nem sempre ele é feito de maneira adequada ou completa. Dessa forma, é fundamental que todas as contas do hospital estejam devidamente registradas e organizadas em bases seguras e de acesso facilitado à equipe gestora, de maneira a possibilitar a manipulação eficiente de todos os demonstrativos.

Essa organização tem duas funcionalidades muito importantes. Primeiro, permite o acompanhamento contínuo de todas as atividades contábeis feitas na instituição, o que é essencial para o controle e prestação de contas. Segundo, possibilita ações de planejamento, uma vez que, com as contas equilibradas e transparentes, fica mais fácil projetar atividades ou mesmo investimentos futuros.

Muitas vezes, o registro e o controle das contas não estão acontecendo de maneira correta porque os procedimentos usados para isso são inadequados ou possuem algum tipo de problema operacional. Portanto, é fundamental que a equipe gestora busque identificar potenciais gargalos nas atividades contábeis para, em seguida, planejar e executar ações com a finalidade de modificar os seus processos, se necessário.

Essas práticas são fundamentais para a saúde financeira e consequente bom funcionamento do hospital. Isso ocorre por três motivos principais: tais práticas garantem a transparência das contas da instituição, ajudam a organizar todas as atividades financeiras efetuadas no ambiente hospitalar e são, ainda, uma forma eficiente de evitar fraudes ou formas de corrupção que possam ser praticadas por funcionários.

Organize os diferentes tipos de pacientes, os que têm semelhanças entre si, e procure identificar suas necessidades. Dessa forma, você estará em condições de oferecer o melhor produto indicado para esse grupo. Faça uso dos canais em que esses clientes podem ser encontrados e divulgue produtos e serviços.

Inovar em produtos, repaginar serviços, melhorar métodos e processos de gerenciamento, tudo isso contribui para um aumento significativo da qualidade e competitividade da empresa no mercado.

A tecnologia da informação está presente hoje em quase todas as empresas, incluindo as de saúde. Então, por que não usá-la para gerir os processos e recursos de seu hospital? A compra de material, o pagamento dos colaboradores e o investimento em ferramentas e equipamentos, todos os processos podem ser melhor gerenciados com ajuda de sistemas modernos que armazenam tudo em uma base de dados de forma padronizada.

Existem softwares que cuidam do gerenciamento de planos de saúde, do estoque de hospitais, da parte financeira e administrativa, tudo em um só sistema. São projetados para várias funções, como: prontuários eletrônicos, gerenciamento de estoques e custos, organização das vendas e o faturamento e cuidam também da área fiscal e contábil.

Ter toda a sua empresa acessível em um só lugar, em que você possa acessar os dados de qualquer dispositivo e ter todas as informações de seu

estabelecimento em tempo real, é certamente uma das formas de progresso que traz eficiência e satisfação para os responsáveis.

Além da parte técnica, a parte humana é essencial no andamento dos processos hospitalares. É essencial para a motivação dos colaboradores gerenciá-los de forma que cada um possa compreender suas funções e responsabilidades, promovendo o espírito de equipe e um ambiente em que eles possam participar mais, alcançando o sucesso da gestão.

O profissional de Saúde, engajado no processo gerencial das Instituições de saúde, seja como Gerente ou Diretor de Divisão de Serviço, ou Chefe de Unidade, necessitam mais do que nunca, buscar conhecimentos a respeito de Custos Hospitalares, reconhecendo seu papel como agente de mudanças, no alcance de resultados positivos, bem como buscando o equilíbrio entre qualidade, quantidade e custos.

Hospital como organização complexa: Lavanderia, Restaurante, Hotel, Farmácia, Clínicas, Capela, Estacionamento, Setores Administrativos, Salas de Aula e Auditório, Laboratórios Consultórios, e Almoxarifado.

Gasto: Representa genericamente os investimentos, despesas, perdas e custos.

Investimento: Aquisição de algo que será utilizado na prestação de serviço ou na produção do bem, ou adequação de infra-estrutura (predial ou tecnológica), buscando maior ganho de resultados.

Desembolso: Pagamento propriamente dito. É quando o dinheiro sai da organização e vai para outra ou para um funcionário.

Perda: Recurso financeiro empregado no consumo de um bem ou serviço de forma anormal. Nem sempre representam prejuízo na qualidade ou quantidade da produção, mas em sua grande maioria significam recursos utilizados desnecessariamente ou perdidos que poderiam ter sido melhor aproveitados. Exemplo: Medicamentos que perdem a validade, materiais que estragam no estoque, exame que precisa ser refeito, exigindo retrabalho do profissional, mais tempo ocupando o equipamento e material para impressão do laudo; Ar condicionado ligado com janela aberta.

Depreciação: Forma de recuperação do valor investido pelo uso do equipamento ou da infra-estrutura. Um tomógrafo não pode ser definido como

custo quando é adquirido. A depreciação é, então, o custo gradual do equipamento à medida que vai sendo utilizado ao longo de sua vida útil.

Custos Diretos

São os custos que são identificáveis diretamente no produto ou no serviço. Consegue-se identificar a quantidade consumida ao se observar o produto sendo construído ou o serviço sendo prestado.

Materiais de consumo: agulhas, seringas, sondas, equipamentos, luvas, aventais, gazes, soluções, fios cirúrgicos e outros;

Medicamentos, soros, sangue e derivados, alimentações terapêuticas e outros;

Exames: exames de laboratório, eletrocardiografia, ecocardiografia, radiografia, etc;

Recursos humanos específicos: médicos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos, farmacêuticos, técnicos, instrumentadores e outros.

Custos Indiretos São os custos que não tem possibilidade de identificação direta com o produto ou com o serviço prestado.

Exemplo: Consumo de energia elétrica, água, gás, telefone, aluguel do imóvel, alimentação, lavanderia, gastos com limpeza, manutenção, administração, segurança e outros.

Custos Fixos

- São aqueles cujo valor não se altera quando se aumenta ou diminui a quantidade de produtos ou o volume dos serviços produzidos em determinado período de tempo;
- Existem mesmo que não haja produção. Por exemplo, não importa se você atender 10, 20 ou 30 pacientes, os custos com a segurança e aluguel não vão alterar, eles são fixos no período de cada mês.
- Gastos rotineiros, como pagamento de contas, fornecedores, funcionários, aluguel, entre outros.

Custos Variáveis

- São aqueles cujo valor se altera quando aumenta ou diminui a quantidade da produção ou o volume dos serviços prestados;
- O melhor exemplo de custos variáveis é aquele relacionado ao consumo de matéria-prima. Se forem produzidos 10, 20 ou 30 produtos, serão consumidos, respectivamente, 10, 20 ou 30 quantidades de matéria-prima necessárias para fazer estes produtos;

Custos Variáveis

- O aumento ou diminuição do número de raios-X causa um aumento ou diminuição proporcional do consumo de lâminas e reveladores;
- Os custos variáveis correspondem a tudo o que é gasto para produzir ou comercializar o seu produto ou serviço: os impostos sobre mercadoria e comissão de vendedores.

Custeio por absorção

Custeio por Absorção é o método de custeio em que são apropriados todos os custos de fabricação, sejam eles diretos ou indiretos, fixos ou variáveis.

Custeio por Absorção é a “expressão utilizada para designar o processo de apuração de custos que se baseia em dividir ou ratear todos os elementos do custo, de modo que, cada centro ou núcleo absorva ou receba aquilo que lhe cabe por cálculo ou atribuição”.

Todos os custos de produção são alocados aos bens produzidos ou serviços prestados, compreendendo os custos fixos, variáveis, diretos e indiretos;

- Necessita de critérios de rateios, no caso de apropriação dos custos indiretos (gastos gerais de produção) quando houver mais de um produto ou serviço prestado;
- Por ser o método derivado da aplicação dos Princípios Fundamentais da Contabilidade é o critério legal exigido no Brasil;

- Os resultados apresentados são influenciados pelo volume da produção;
- Não identifica a margem de contribuição (diferença entre o preço de venda e o custo do produto);
- Estabelece o custo total unitário do produto e do serviço;
- Indicado para decisões realizadas a longo prazo.

Desvantagens

Utiliza-se rateios para distribuir os custos entre os departamentos ou produtos, uma vez que nem sempre tais critérios são claros e objetivos, podendo distorcer os resultados, penalizando alguns produtos e beneficiando outros e mascarando problemas, como ineficiências e desperdícios produtivos.

Custeio variável

Somente são apropriados como custos de fabricação e produção os custos variáveis, diretos e indiretos. Os custos fixos, pelo fato de existirem mesmo que não haja produção, não são considerados como custo de produção e sim como despesas, sendo encerrados diretamente contra o resultado do período.

Custeio variável

- Engloba custos variáveis diretos e indiretos;
- Não necessita de critérios de rateios. Os custos fixos são considerados como despesa e não como custo do produto;
- Os resultados apresentados são influenciados pelo volume de vendas;
- Identifica a margem de contribuição unitária e global;
- Estabelece o custo parcial unitário do produto e serviço, uma vez que considera os custos variáveis;
- Indicado para decisões realizadas a curto prazo.

Desvantagens

O Custeio Variável tem como desvantagem o fato das informações não serem apropriadas para decisões a longo prazo. Além disso, os resultados do custeio variável não são aceitos para a preparação de demonstrações contábeis de uso externo.

Faturamento Hospitalar

Fornecer informações sobre a rentabilidade e desempenho das atividades da organização pois possibilita o controle, auxilia no planejamento e na tomada de decisões.

- Hospital é uma organização complexa, com todos os tipos de custos. Cabe aos gestores avaliar e ponderar qual é a melhor metodologia de custos a ser adotada.
- Engloba diversas informações de todos os setores do Hospital e por isso precisa de um SI integrado e envolvimento de todos os colaboradores.
- Fixos e Variáveis; Diretos e Indiretos.
- Custeio por Absorção e Custeio Variável.