

**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E
TECNOLOGIA DE SANTA CATARINA**

**CAMPUS JOINVILLE
CURSO SUPERIOR DE TECNOLOGIA EM
GESTÃO HOSPITALAR**

GRAZIELA RODRIGUES MOREIRA

**O PROCESSO DE FATURAMENTO EM UMA CLÍNICA
MÉDICA DE JOINVILLE - SC**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

GRAZIELA RODRIGUES MOREIRA

**O PROCESSO DE FATURAMENTO EM UMA CLÍNICA
MÉDICA DE JOINVILLE - SC**

JOINVILLE, 2013

**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E
TECNOLOGIA DE SANTA CATARINA**

**CAMPUS JOINVILLE
CURSO GESTÃO HOSPITALAR**

GRAZIELA RODRIGUES MOREIRA

**O PROCESSO DE FATURAMENTO EM UMA CLÍNICA
MÉDICA DE JOINVILLE - SC**

**Submetido ao Instituto Federal
de Educação, Ciência e
Tecnologia de Santa Catarina
como parte dos requisitos de
obtenção do título de Tecnólogo
em Gestão Hospitalar.**

Orientador: Jorge Cunha, Msc.

JOINVILLE, 2013

Moreira, Graziela R.

O processo de faturamento em uma clínica médica de Joinville - SC. Moreira, Graziela R. – Joinville: Instituto Federal de Santa Catarina, 2013. 63 f.

Trabalho de Conclusão de Curso - Instituto Federal de Santa Catarina, 2013. Graduação. Curso Superior de Tecnologia em Gestão Hospitalar. Modalidade: Presencial.

Orientador: Jorge Cunha, Msc.

1. Faturamento 2. Instituições de Saúde 3. Clínica Médica
I. Título

O PROCESSO DE FATURAMENTO EM UMA CLÍNICA MÉDICA DE JOINVILLE - SC

GRAZIELA RODRIGUES MOREIRA

Este trabalho foi julgado adequado para obtenção do título de Tecnólogo em Gestão Hospitalar e aprovado na sua forma final pela banca examinadora do Curso Gestão Hospitalar do Instituto Federal de Educação, ciência e Tecnologia de Santa Catarina.

Joinville, 15 de Julho de 2013.

Banca Examinadora:

**Prof. Jorge Cunha, Mestre
Orientador**

**Prof. Marcos Aurélio Schwede
Avaliador**

**Profa. Débora Rinaldi Nogueira
Avaliadora**

RESUMO

Este trabalho tem como tema o Processo de Faturamento em uma Clínica Médica de Joinville. A instituição pesquisada não possui padrões para o processo de faturamento, e o conhecimento relacionado aos processos que ocorrem não é de conhecimento de todos os envolvidos. O processo possui algumas dificuldades, as quais nunca foram de fato analisadas e repensadas. Sendo assim, o objetivo do trabalho é descrever detalhadamente todas as etapas das atividades desenvolvidas no processo de faturamento. Foram elaborados quadros que serviram para análise desde a entrada do paciente até o pagamento das faturas, apontando os fatores críticos e principais problemas encontrados, para posterior sugestão de melhorias. Para tanto foi realizado um estudo de caso, utilizando-se da pesquisa bibliográfica e documental que abordaram assuntos relacionados ao faturamento médico-hospitalar. Ao realizar o detalhamento do processo e o levantamento dos fatores mais críticos ao processo de faturamento pode-se perceber que a instituição pesquisada possui conhecimento das atividades realizadas, porém, elas necessitam ser padronizadas e documentadas para que assim possam ser aprimoradas constantemente.

Palavras-chave: Faturamento; Instituições de saúde; Clínica Médica.

ABSTRACT

This work has as its theme the Billing Process in a Medical Clinic Joinville. The research institution does not have standards for the billing process, and knowledge related to processes that occur is not known to all involved. The process has some difficulties, which were never actually examined and rethought. Thus, the objective is to describe in detail all phases of the activities developed in the billing process. Were prepared for analysis frameworks that have served since the entry of the patient to pay their bills, pointing out the critical factors and major problems encountered, suggestions for further improvements. Therefore we performed a case study using the literature and documents that addressed issues related to medical billing, hospital. Upon detailing the process and survey of the most critical factors to the billing process can be seen that the research institution has knowledge of the activities, however, they need to be standardized and documented so that they can be constantly improved.

Keywords: Billing, Healthcare Institutions, Medical Clinic.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Fluxograma: Etapas do faturamento	20
FIGURA 2 - Média de atendimentos da instituição	38
FIGURA 3 - Atendimento ao paciente	40
FIGURA 4 - Envio de faturas	43
FIGURA 5 - Recebimento de faturas	46
FIGURA 6 - Guias não enviadas para cobrança.....	51

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Colaboradores.....	36
QUADRO 2 - Atendimento ao paciente	48
QUADRO 3 - Envio de faturas	52
QUADRO 4 - Recebimento de faturas	54

LISTA DE SIGLAS

AMB - Associação Médica Brasileira

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar

CAPs - Caixas de Aposentadorias e Pensões

CBHPM - Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos

CFM - Conselho Federal de Medicina

CH - Coeficiente de Honorários

CRM - Conselho Regional de Medicina

ENEM - Encontro Nacional de Entidades Médicas

Fipe - Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da Universidade de São Paulo

Fundação CESP - Entidade Fechada de Previdência Complementar do Brasil

IAPs - Institutos de Aposentadorias e Pensões

Inamps - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

OPMES - Órteses, Próteses, Materiais Especiais

POP - Procedimento Operacional Padrão

SEBRAE - Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas

SC - Santa Catarina

SP/SADT - Serviço Profissional /Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia

SUS - Sistema Único de Saúde

TISS - Troca de Informações na Saúde Suplementar

TUSS - Terminologia Unificada da Saúde Suplementar

XML - Extend Markup Language

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 OBJETIVO GERAL	13
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	13
1.3 PROBLEMA.....	14
1.4 JUSTIFICATIVA.....	14
2. REVISÃO DE LITERATURA	15
2.1 SAÚDE SUPLEMENTAR.....	15
2.2 CARACTERÍSTICAS DAS CLÍNICAS MÉDICAS	17
2.3 FATURAMENTO	18
2.4 FATURAMENTO ELETRÔNICO.....	21
2.5 REMESSAS E PAGAMENTOS DE FATURAS	21
2.6 TISS – TROCA DE INFORMAÇÕES DE SAÚDE SUPLEMENTAR E TUSS – TERMINOLOGIA UNIFICADA DA SAÚDE SUPLEMENTAR	22
2.7 TABELAS E HONORÁRIOS MÉDICOS	23
2.8 TABELAS DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS	25
2.9 GUIA	26
2.10 GLOSA E RECURSO DE GLOSA	28
2.11 CONTRATOS.....	29
2.12 PADRONIZAÇÃO DE PROCESSOS	30
3 METODOLOGIA	33
3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA.....	33
4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	35
4.1 A INSTITUIÇÃO PESQUISADA.....	35

4.2 CARACTERÍSTICAS DO PROCESSO DE FATURAMENTO DE UMA CLÍNICA MÉDICA	38
4.3 PROCESSO DE FATURAMENTO DE CONTAS MÉDICAS	40
4.4 ANÁLISE DO PROCESSO DE FATURAMENTO	47
5 CONCLUSÕES	56
6 REFERÊNCIAS.....	58

1 INTRODUÇÃO

As instituições de saúde de modo geral têm por objetivo a prevenção, promoção e recuperação da saúde de seus pacientes, realizando diagnóstico de doenças, tratamento e cura. Estas instituições podem ser as mais diversas entre hospitais, consultórios médicos, laboratórios e clínicas especializadas, que se caracterizam pela prestação de serviços em saúde.

A prestação de serviços é de fato complexa, pois é intangível, diferente dos bens e produtos oferecidos por instituições de outros segmentos.

Na prestação de serviço à saúde existem vários contratos com as várias operadoras de planos de saúde. Entende-se por contrato um acordo de vontades entre duas ou mais pessoas, que possuem interesses comuns. Os mesmos necessitam estar embasados nas legislações tendo em vista os direitos e obrigações neles contidos. Os contratos na prestação de serviços à saúde possuem especificidades no que diz respeito às normas da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), autorizações, preenchimento de documentos e valores negociados. Deste modo torna-se necessário a dedicação e conhecimento técnico dos processos envolvidos.

As informações precisam estar claras, essencialmente para dois setores: recepção e faturamento. A recepção tem por objetivo o acolhimento e orientação do paciente, onde identifica e coleta dados importantes do atendimento, que posteriormente passará ao setor de faturamento, que usará estas informações para enviar as contas médicas à cobrança, o chamado faturamento médico-hospitalar, gerando receitas à instituição.

O setor de faturamento em instituições de saúde possui características muito próprias que difere de outros segmentos, há uma sistematização de processos. Processos estes que devem ser permanentemente revistos e padronizados minimizando erros e aumentando a produtividade do setor, tendo em vista que o setor de faturamento é responsável pela previsão de receitas da instituição.

Os diversos contratos devem estar inseridos em sistema informatizado para controle e ciência, desde as tabelas negociadas, datas para envio de faturamento, normas para recurso de glosas, entre outros. Esses dados devem ser atualizados sempre que necessário.

As clínicas médicas e consultórios médicos possuem características de pequena e micro empresa, são empresas que possuem recursos escassos, os processos são mais informais e faltam profissionais especializados, o que muitas vezes impossibilita a compra de um sistema de gestão altamente qualificado, porém, há outras formas para que estas informações estejam de fácil acesso, por exemplo: as planilhas de controle, uma forma barata e de fácil aquisição.

A partir desta análise se torna relevante conhecer como de fato ocorre o processo de faturamento em uma instituição de saúde, detalhando as atividades desenvolvidas, as principais características e a importância do setor para a instituição.

1.1 Objetivo Geral

O objetivo do presente trabalho é sistematizar o processo de faturamento em uma clínica médica.

1.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar o processo de faturamento de uma clínica médica;
- Conhecer todos os procedimentos do processo de faturamento de contas de uma clínica médica;
- Sugerir melhorias no processo de faturamento de contas em uma clínica médica.

1.3 Problema

O processo de faturamento nas instituições independentes do seguimento em que as mesmas atuam, é extremamente relevante, tendo em vista as responsabilidades financeiras que possui, sendo algumas delas; o controle fiscal, controle e previsão das contas a receber e principalmente o objetivo de gerar receitas à instituição.

Com base nessa abordagem a pergunta que delimita a pesquisa é: Quais etapas devem ser sistematizadas para melhorar o processo de faturamento em uma clínica médica?

1.4 Justificativa

As instituições de saúde estão a cada dia mais profissionalizadas e exigentes, buscando melhor remuneração e melhores condições de trabalho. Possuem características muito específicas desde a complexidade da prestação de serviços, aos fatores administrativos e gerenciais.

O processo de faturamento nas instituições de saúde requer um pouco mais de cuidado, no que diz respeito aos diversos contratos, as diversas tabelas de honorários médicos, autorizações, cobranças e as regulações da ANS (Agência Nacional de Saúde). Considerando essas especificidades se faz necessário a busca pelo conhecimento técnico e um estudo aprofundado de como funcionam os processos de faturamento, quais as dificuldades encontradas no dia a dia e de que forma estes podem ser aprimorados, tendo receitas aumentadas e um melhor controle financeiro.

2. REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo será feito o levantamento bibliográfico dos assuntos mais relevantes ao processo de faturamento de uma clínica médica servindo de base para o entendimento da pesquisa apresentada.

2.1 Saúde Suplementar

A saúde suplementar no Brasil passou a conviver com o sistema público a partir da consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), que nasceu da Constituição Federal de 1988, assegurando a saúde como direito de todos e dever do Estado. (ANS, 2013a).

O mercado da saúde suplementar, inicialmente esteve ligado a instituições filantrópicas, organizadas de forma solidária pela própria população por meio de fundos mútuos. Porém sua institucionalização formal se deu nas décadas de 20 e 30, quando surgiram os primeiros esquemas de assistência privada à saúde voltada aos trabalhadores. (GREGORI, 2010).

De acordo com a ANS (2013a), o mercado da Saúde Suplementar teve um crescimento no final da década de 50 quando o país iniciou o processo de industrialização, com a instalação das fábricas na região industrial de São Paulo. Foi neste momento que as instituições hospitalares firmaram-se como as principais prestadoras de serviço à classe média. O Brasil ainda no século XX seguiu os modelos latino-americanos (México, Chile, Argentina e Uruguai), desenvolvendo a previdência social. Surgindo as chamadas CAPs, ou seja, as Caixas de Aposentadorias e Pensões, inicialmente para os trabalhadores da estrada de ferro. Depois vieram os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), unificados no que se chamou Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que gerou o

Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), criado em 1974. (ANS, 2013a).

De acordo com Brasil (2009), o setor de Saúde Suplementar, por quase 40 anos, cresceu sem nenhum referencial do Estado. O mercado era desregulado e competitivo, a ausência de regulação do setor, levava aos beneficiários a escolha inadequada de planos de saúde, os quais ofereciam serviços de baixa qualidade, comprometendo o bem estar dos mesmos.

A partir deste contexto houve a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), com a publicação da Lei n.º 9.961, de 28 de janeiro de 2000, para cumprir a Lei nº 9.656 de junho de 1998, que tinha por objetivo a regulação do setor.

O mercado da Saúde Suplementar ficou composto por Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde e Prestadores de Serviços à Saúde que de acordo com a ANS (2013) são:

Operadora de plano de privado de assistência à saúde é pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de plano privado de assistência à saúde. (ANS, 2013d)

Prestador é pessoa física ou jurídica, autorizada por entidade de classe regulamentada a executar ações e/ou serviços de saúde, coletiva ou individual, que prestam serviço às operadoras de plano privado de assistência à saúde. (ANS, 2013d).

A ANS tornou-se responsável por normatizar, controlar e fiscalizar as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde, garantindo a qualidade da prestação dos serviços. A agência está vinculada ao Ministério da Saúde, tem como finalidade institucional, promover a defesa do interesse público na assistência suplementar a saúde, contribuindo

também para o desenvolvimento das ações de saúde no país. (Brasil, 2009).

2.2 Características das clínicas médicas

De acordo com o SEBRAE-SC (2013b) a história da medicina iniciou juntamente com a história da humanidade, pois desde que o homem surgiu na terra como ser pensante, sempre houve alguém para curar, seja estancando hemorragias ou tratando de ferimentos, a partir disto a medicina dava seus primeiros passos.

Ainda caracterizando as clínicas médicas e consultórios médicos, conforme SEBRAE-SC (2013b), o consultório médico ou clínica médica presta serviços considerados ambulatoriais, representados por consultas médicas, cirurgias, internações, emergências e etc. Independente da especialização o atendimento estará baseado na montagem do quadro clínico do paciente.

Estas instituições possuem algumas características das Empresas de Pequeno Porte ou Microempresa, tanto pelo formato da administração, receita bruta e também pela quantidade de funcionários que possui.

De acordo com SEBRAE-SC (2013a), para o enquadramento de Microempresa, quanto à receita bruta:

- Empreendedor individual conforme Lei 123 de 15 de dezembro de 2006, até R\$60.000,00;
- Microempresa conforme Lei 123 de 15 de dezembro de 2006, até R\$360.000,00;
- Empresa de Pequeno Porte conforme Lei 123 de 15 de dezembro de 2006, até R\$ 3.600.000,00.

De acordo com SEBRAE-SC (2013a), quanto à quantidade de funcionários:

- Microempresa: até 9 empregados;
- Pequena Empresa: de 10 a 49 empregados;
- Média Empresa: de 50 a 99 empregados;

- Grande Empresa: mais de 100 empregados.

2.3 Faturamento

“Faturamento é a área que cuida da preparação e envio das contas a receber da organização” (NETO; REIS, 2000, p. 96).

Sandroni diz que o faturamento é:

Conjunto dos recebimentos, expresso em unidades monetárias, obtidos por uma empresa com a venda de bens ou serviços em determinado período. Em outros termos, é o número de unidades vendidas multiplicado pelo preço de venda unitário. (SANDRONI, 1996, p.170).

De acordo com Neto e Reis (2000), o setor de faturamento é uma das funções da administração financeira. Onde periodicamente são controladas informações como: total de valores a receber; identificação das contas vencidas e a vencer; definição de valores não recebidos e apoio na elaboração do fluxo de caixa.

É no setor de faturamento que são emitidas as notas fiscais, sendo um documento obrigatório em todo território Brasileiro. “A legislação cria obrigação nacional quanto ao seu uso, e a desobediência expõe infratores a pesadas sanções fiscais”. (NETO; REIS, 2000, p.205).

O setor de faturamento em instituições de saúde possui características muito próprias, e são essas características que o difere das demais instituições. Torna-se relevante conhecer o funcionamento do setor, os processos envolvidos, os padrões, normatizações e ferramentas utilizadas.

Para Lima (2010), o faturamento é a cobrança do serviço prestado, através de documento reconhecido, preenchido e

assinado pelo comprador e o vendedor do produto ou serviço, ou seja, faturar é a atividade de emitir faturas.

“A fatura é um impresso (formulário) padronizado por lei que as empresas emitem com o objetivo de comprovar suas vendas”. (NETO;REIS, 2000, p.207).

Ainda sobre as faturas, Neto e Reis (2000) diz que elas podem ser emitidas a cada venda, por lotes ou remessas efetuadas periodicamente (semanal ou mensal), juntamente com as notas fiscais correspondentes.

Da mesma forma, o faturamento médico-hospitalar tem o objetivo de processar as contas médicas e hospitalares dos pacientes atendidos nos diversos serviços oferecidos pelos consultórios, clínicas e hospitais. (LIMA, 2010).

“O faturamento se inicia na recepção (atendimento ao usuário) e termina no convênio (operadora de plano de saúde) com o pagamento correto das contas enviadas”. (LIMA, 2010, p.111).

Segundo Lima (2010), as regras para cobrança de contas médicas podem ser encontradas nas tabelas utilizadas no setor as quais são:

- Tabelas de honorários: AMB 90; AMB 92; AMB 96; AMB 99; CBHPM;
- Tabelas de despesas negociadas entre as partes, operadoras e prestadores;
- Tabelas de materiais e medicamento: SIMPRO e BRASÍNDICE.

A seguir fluxograma demonstrando o ciclo de processamento e as atividades do setor de faturamento em uma instituição de saúde segundo Lima (2010).

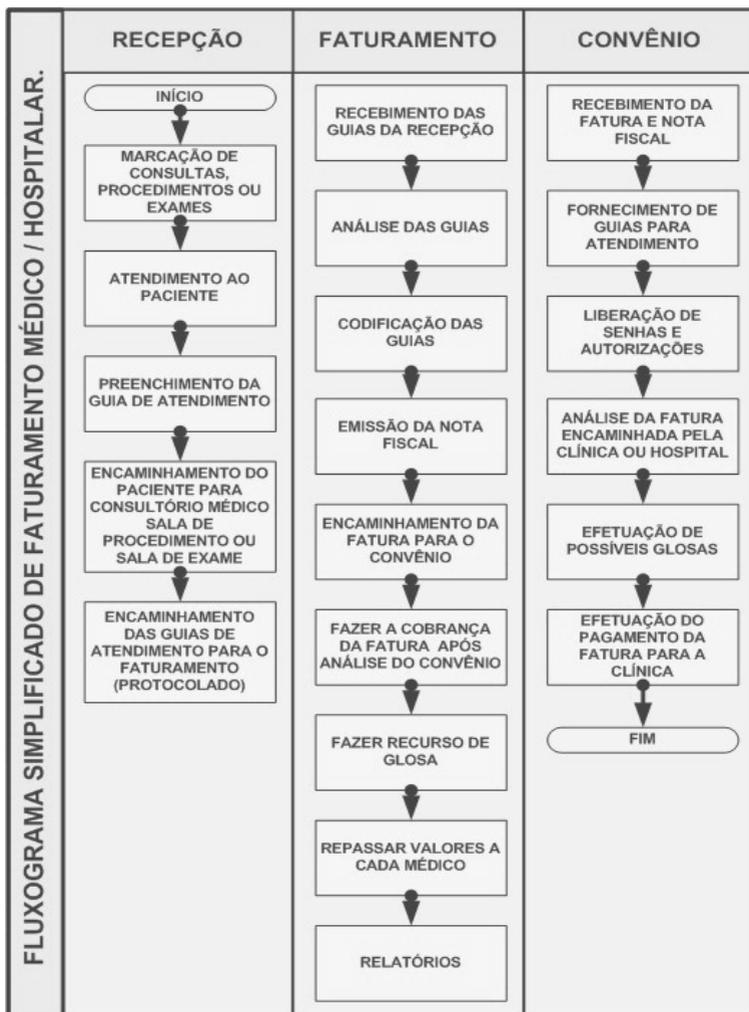


FIGURA 1 - Fluxograma: Etapas do faturamento
 Fonte: Lima, 2010, p.111

2.4 Faturamento eletrônico

Faturamento eletrônico é uma função que pode ser executada com acesso pela internet, que entre outras operações permite a padronização das principais rotinas financeiras e de atendimento tais como: digitação, impressão de guias, protocolos de envio, demonstrativos de pagamento, análise de contas médicas, envio de arquivos XML, e pesquisa de guias de atendimento. (Fundação CESP, 2013).

O faturamento eletrônico é uma ferramenta que possibilita a uniformização do atendimento e as rotinas de faturamento dos serviços prestados. (Fundação CESP, 2013).

A Fundação CESP (2013), levanta algumas vantagens do faturamento eletrônico tais como: é um sistema simples, pois as operações são baseadas nos formulários impressos pelo padrão TISS da ANS; é flexível, pois pode ser utilizado 24 horas por dia tendo acesso a internet; organiza e padroniza as rotinas financeiras e de atendimento. O sistema impede que informações erradas possam ser enviadas, como por exemplo, elegibilidade do usuário (carência, plano ativo ou inativo), podendo estes erros serem corrigidos pelo prestador evitando glosas; agilidade nos pagamentos; histórico digital dos faturamentos já processados; demonstrativos de pagamento e também a racionalização na utilização do papel.

2.5 Remessas e pagamentos de faturas

De acordo com Lima (2010), as faturas devem ser enviadas para pagamento, junto à operadora contendo os valores negociados entre as partes, de acordo com o calendário previamente acordado em contrato. Evitando futuros problemas com glosas e atraso de pagamentos.

Os honorários médicos (valores a receber) são disponibilizados através de extratos e demonstrativos de análise

de contas médicas. São documentos enviados pelas operadoras aos prestadores com a finalidade de fornecer informações detalhadas sobre o processamento do lote de guias de faturamento enviados pelo prestador, nesses documentos estão todas as informações sobre o pagamento ou negativa de algum procedimento. (LIMA, 2010).

O Demonstrativo de Análise de Conta Médica e o Demonstrativo de Pagamento são os documentos pelos quais as operadoras enviarão aos prestadores as informações relativas ao faturamento e processamento das Guias. (ANS, 2013d).

Os Demonstrativos de Análise de Conta Médica são documentos enviados da operadora para o prestador com a finalidade de fornecer informações detalhadas sobre o processamento do lote de guias de faturamento enviado pelo prestador, item a item. A partir deste demonstrativo é possível ao prestador fazer uma previsão das contas a serem pagas pela operadora e solicitar revisão de possíveis glosas baseado nos detalhes do processamento das guias. (ANS, 2013d).

2.6 TISS – Troca de Informações de Saúde Suplementar e TUSS – Terminologia Unificada da Saúde Suplementar

Com base na ANS (2013b), a troca de Informações na Saúde Suplementar - TISS foi estabelecida como um padrão obrigatório para as trocas eletrônicas de dados de atenção à saúde dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde, para registro e intercâmbio de dados entre as operadoras e os prestadores de serviços de saúde.

O objetivo é padronizar as ações administrativas, subsidiar as ações de avaliação, acompanhamento econômico-financeiro,

acompanhamento assistencial das operadoras de planos privados de assistência à saúde, compondo o Registro Eletrônico de Saúde. Ou seja, avaliar a assistência à saúde, desde questões epidemiológicas, de demandas e administrativas, orientando o planejamento do setor de saúde suplementar. (ANS, 2013b).

De acordo com AMB (2013b), a TUSS, (Terminologia Unificada da Saúde Suplementar), foi criada para padronizar os códigos utilizados pelas operadoras de Saúde Suplementar, tendo em vista que o mercado de planos de saúde é extenso e se faz necessário que todas as operadoras utilizem uma única linguagem, facilitando a operacionalização dos sistemas de informação, que gerenciam estas informações.

A AMB (2013), ressalta que durante o processo de implementação do Padrão para Troca de Informação em Saúde Suplementar (TISS) tornou-se evidente a necessidade de adoção de uma terminologia clínica comum a todos os atores do mercado (hospitais, médicos, laboratórios, etc.). Sendo assim, a Agência Nacional de Saúde Suplementar publicou no dia 13 de novembro de 2009 a Instrução Normativa nº 38, que determina que as operadoras de plano privado de assistência à saúde e prestadores de serviços de saúde devem obrigatoriamente adotar a TUSS para codificação de procedimentos médicos.

2.7 Tabelas e honorários médicos

“Os Honorários médicos correspondem aos valores pagos aos médicos de modo uniforme para todas as especialidades, pelos procedimentos realizados”. (Motta, 2010, p. 48).

Lima (2010), afirma que os pagamentos referentes aos serviços prestados são realizados de acordo com as tabelas acordadas em contrato entre prestador e operadora de plano de saúde.

a) Tabela AMB – Associação Médica Brasileira

Motta (2010), explica que a tabela AMB é uma tabela de honorários médicos que tem por finalidade estabelecer valores dos procedimentos médicos de todas as especialidades. Com a utilização de um coeficiente chamado CH, que tem seu valor representado em reais utilizado para cálculo dos honorários médicos.

A tabela AMB sofreu revisões periódicas sendo nomeada pelo ano em que foram implantadas sendo as edições: AMB/90; AMB/92; AMB/96 e AMB/99. Atualmente a tabela praticamente não existe nas relações junto ao mercado de saúde, com a adoção da tabela CBHPM (Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos), a mesma se tornou ultrapassada. (LIMA, 2010).

b) Tabela CBHPM – Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos

De acordo com Portal Médico (2013), a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos é o parâmetro de honorários médicos que visa garantir uma remuneração digna e equilibrada dos serviços prestados, garantindo a qualidade no atendimento ao paciente. Surgiu em março de 2000, da ação unificada da Associação Médica Brasileira, Conselho Federal de Medicina, Sociedades de Especialidade e apoio das demais entidades médicas do país. O intuito era criar uma lista de procedimentos médicos que contasse com o aval das entidades médicas nacionais.

O trabalho foi desenvolvido em três anos pela AMB (Associação Médica Brasileira), CFM (Conselho Federal de Medicina) e Sociedades de Especialidade, com assessoria da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da Universidade de São Paulo (Fipe). (Portal Médico, 2013).

Antes da aprovação o texto foi publicado para consulta pública na internet, foi debatido no Encontro Nacional de Entidades Médicas (ENEM), no debate foi anunciada a edição de

uma resolução do CFM (Conselho Federal de Medicina), posteriormente publicada a resolução do CFM (Conselho Federal de Medicina), em 7 de agosto de 2003, sob o nº 1.673/20,03. (Portal Médico, 2013).

A tabela divide os procedimentos em 14 portes, cada um deles com 3 subdivisões, a tabela está na 5ª edição 2012, e é atualizada a cada 2 anos. (CBHPM, 2012, p.3).

2.8 Tabelas de materiais e medicamentos

Os materiais e medicamentos devem ser compatíveis com a prescrição médica e a checagem da enfermagem no prontuário do paciente, os valores cobrados devem ser de acordo com as tabelas estabelecidas contratualmente, conforme Motta (2010).

a) Revista SIMPRO (materiais)

A tabela SIMPRO trata-se de um guia de referência nacional em pesquisa e publicação de preços de medicamentos e produtos para a saúde, com um banco de dados com mais de 120.000 itens atualizados semanalmente com informações fornecidas por indústrias, importadores e distribuidores de medicamentos e produtos. Trazendo soluções de interesse de hospitais, clínicas e operadoras de saúde, adquirindo alto grau de especialização em Produto para a Saúde, (Equipamentos, Materiais implantáveis, Permanentes, Reutilizáveis e Descartáveis). (SIMPRO, 2013).

A revista pode ser adquirida em brochura ou também está disponível por um programa próprio informatizado tendo seus preços atualizados semanalmente ou quinzenalmente. (SIMPRO, 2013).

b) Revista Brasíndice (medicamentos)

A revista Brasíndice é um guia farmacêutico voltado à comunidade médica, estudantes e profissionais de saúde. A Revista é montada por seções específicas que abrange assuntos farmacêuticos e hospitalares. (BRASÍNDICE, 2013).

Além da revista há o site da Brasíndice, trata-se de uma publicação quinzenal de orientação farmacêutica, que apresenta em cada edição os novos preços dos medicamentos. Sendo referência de preços de materiais estabelecidos como padrão para muitos contratos entre operadoras e prestadores. (BRASÍNDICE, 2013).

2.9 Guia

De acordo com Lima (2010), guia é o modelo formal de representação e descrição documental do padrão TISS (Troca de Informações de Saúde Suplementar), sobre os eventos assistenciais realizados no beneficiário de plano privado e enviados do prestador para a operadora, ou seja, documento que comprove a realização do procedimento ou consulta médica.

a) Guia de consulta

Documento utilizado exclusivamente na execução de consultas eletivas sem procedimento e constitui-se no documento padrão para solicitação do pagamento. (ANS, 2013c).

b) Guia de Serviços Profissionais/Serviço Auxiliar Diagnóstico e Terapia

Documento utilizado no atendimento a diversos tipos de eventos: remoção, pequena cirurgia, terapias, consulta com procedimentos, exames, atendimento domiciliar,

SADT internado ou quimioterapia, radioterapia ou terapia renal substitutiva (TRS). A autorização será necessária de acordo com o rol de procedimentos e diretrizes previstos na ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar). (ANS, 2013c).

c) Guia de Honorário Individual

É um formulário padrão a ser utilizado para a apresentação do faturamento de honorários profissionais prestados em serviços de internação, caso estes sejam pagos diretamente ao profissional. (ANS, 2013c).

d) Guia de Outras Despesas

É um formulário padrão que estará sempre ligado a uma guia principal (Guia de SP/SADT ou Guia de Resumo de Internação), não existindo por si só. Necessário para cobrança de materiais, medicamentos, aluguéis, gases e taxas diversas, não informadas na guia principal. (ANS, 2013c).

e) Guia de internação

Formulário padrão utilizado para solicitação, autorização ou negativa, de internação em regime hospitalar, hospital-dia ou domiciliar. Podendo ser para procedimentos eletivos, urgência e emergência. (ANS, 2013c).

f) Guia de Resumo de Internação

Formulário padrão a ser utilizado para a finalização do faturamento da internação. (ANS, 2013c).

2.10 Glosa e recurso de glosa

Glosa é o não pagamento, por parte das operadoras de planos de saúde, dos procedimentos médicos cobrados seja por motivos técnicos ou administrativos. Podendo ocorrer de forma parcial ou total dependendo da análise do profissional diante da fatura enviada. (MOTTA, 2010).

Para (Motta, 2010, p. 86) existem muitos motivos administrativos e técnicos que geram glosas, alguns exemplos citados pela autora são:

- Dados cadastrais inconsistentes;
- Cobranças excessivas em decorrência de erros de digitação e falhas no sistema informatizado;
- Usuários de planos em carência para determinados procedimentos;
- Ausência de autorizações prévias de procedimentos cirúrgicos e OPMES (Órteses, Próteses, Materiais Especiais);
- Falta de padrão quanto ao uso de materiais similares e menos oneroso sem queda da qualidade;
- Anotações incompletas, ilegíveis ou sem identificação pelos profissionais da enfermagem;
- Anotações de procedimentos realizados com soluções não prescritas nem pela enfermeira nem pelo médico. Exemplo: soluções/pomadas para curativos;
- Ausência de prescrição de enfermagem;
- Fichas anestésicas sem preenchimento;
- Formulários com indicações de uso de medicamentos sem a identificação do profissional responsável pelo débito;
- Procedimentos de enfermagem cobrados sem terem sido executados;
- Incompatibilidade entre materiais usados e procedimentos executados;

- Cobranças de sessões de fisioterapia, fonoaudiologia e outros exames diagnósticos sem anotações no prontuário e laudos;
- Volume de gás incompatível ao registrado em prontuário;
- Exame cobrado incompativelmente com o realizado;
- Ausência de confirmação de uso de materiais especiais (invólucros);
- Uso de materiais, como curativos de alto custo, sem protocolo de indicação.

De acordo com Lima (2010), recurso de glosa é a recuperação do valor que foi negado pela operadora de plano de saúde. A autora salienta que se devem evitar as glosas, tendo em vista que a instituição já perdeu dinheiro, pois o pagamento desta recuperação já está defasado em relação ao seu período de faturamento.

Lima (2010) ressalta outro ponto importante que é a qualificação da mão-de-obra das recepções e do setor de faturamento dos consultórios, clínicas e hospitais, para diminuir as chances de negativas de pagamentos.

2.11 Contratos

Conforme Sandroni contrato é:

Acordo de vontades entre duas ou mais pessoas que, reciprocamente, se atribuem direitos e obrigações. Os contratos costumam ser escritos e, em alguns casos, a lei prevê uma forma solene para sua celebração, mas podem ser também consensuais ou verbais. (SANDRONI, 1996, p.93).

Para Motta, contrato é:

Contrato é o termo que expressa o acerto estabelecido entre as partes, para uma determinada finalidade, diante da contraprestação de valores estabelecendo direitos e obrigações, por meio de documento escrito. (MOTTA, 2010, p.25).

Já os contratos nas instituições de saúde são as relações formalizadas entre as Operadoras de Planos de Saúde, as empresas que oferecem planos aos seus colaboradores e os prestadores de serviços à saúde. (MOTTA;LEÃO;ZAGATTO, 2009).

2.12 Padronização de processos

Padronizar é criar hábitos, normas (procedimentos) e cumprir os requisitos ou especificações. Para que haja a padronização é necessário registrar os procedimentos, passo a passo, observar as tarefas, usar uma linguagem acessível às pessoas que irão utilizar o padrão, as mesmas deverão estar de acordo com o padrão estabelecido facilitando o comprometimento. (SEBRAE, 2005).

LOVELOCK E WIRTZ (2006 apud Spiller 2009, p.187) cita que:

Processos são a arquitetura de serviços e descrevem o método e a sequência em que sistemas operacionais de serviços interligam para criar as experiências e os resultados que os clientes valorizarão.

Já SEBRAE (2005), diz que processo é um conjunto de atividades sequenciais e interligadas, com o objetivo de produzir um bem ou serviço. Um processo é constituído por pessoas, equipamentos, materiais e procedimentos que juntos buscam a

obtenção de um determinado resultado, seja a produção de um bem ou serviço.

SEBRAE-SC (2008), aborda o conhecimento desses processos:

Todas as empresas executam seus serviços baseados em processos, às vezes, de forma pessoal e não padronizada, baseada somente no conhecimento de quem vai executar o serviço. (SEBRAE-SC, 2008, p.9).

Esta prática é comum em empresas que possuem um único dono ou em micro-empresas que possuem poucos funcionários. (SEBRAE-SC, 2008).

“Os processos podem ser identificados e analisados de diferentes formas: como fluxo de material, fluxo de trabalho, mudança de estado etc.” (OLIVEIRA, 2006, p 148).

D’Ascensão conclui que:

Todo e qualquer processo produtivo (bens e serviços) ou administrativo tem, ou deve ter, um método de trabalho que permita maior rendimento da capacidade produtiva, com menor esforço operacional, menores custos, menores riscos, menor tempo na operação e melhor qualidade. (D’ASCENÇÃO, 2007, p.59).

De acordo com D’Ascensão,

Analisar um processo é examinar cada parte, visando conhecer seus objetivos, suas atividades, seu fluxo de informações e suas relações com os demais processos existentes. Um levantamento bem feito é à base da análise, ou seja, dos exames minuciosos das partes de um processo, em que são constatados seus problemas e evidenciados suas causas. (D’ASCENÇÃO, 2007, p. 73).

(D'ASCENÇÃO, 2007, p.62), baseia-se no método de Descartes, que de forma simplificada cita quatro formas básicas para analisar um processo sendo elas:

- Não aceitar nada como verdadeiro enquanto não for reconhecido como tal pela razão;
- Dividir o problema em tantas partes quantas forem possíveis e necessárias para melhor analisar;
- Conduzir por ordem os pensamentos, começando pelos problemas mais simples até chegar aos mais complexos;
- Fazer sempre divisões tão completas, tendo a certeza de nada omitir.

D'Ascensão (2007), ressalta que todo processo possui atividades consideradas críticas, ou seja, essas atividades devem funcionar da melhor maneira para que não ocorra falha no processo.

Com base na análise do processo, deve-se realizar o redesenho do processo, ou seja, as sugestões para elaborar um novo processo, onde serão considerados alguns fatores como: eliminação de gargalos, duplicidade de atividades, distribuição adequada do volume de atividades nas diversas áreas, inovação tecnológica dos recursos de informática, melhoria do tempo de resposta e melhoria da qualidade e produtividade do pessoal envolvido no processo. (D'ASCENÇÃO, 2007)

3 METODOLOGIA

Neste capítulo serão apresentados os procedimentos realizados para alcançar o objetivo da pesquisa.

3.1 Caracterização da pesquisa

Conforme Gil (1987), pesquisa é o processo formal e sistemático de desenvolvimento do método científico. O objetivo fundamental da pesquisa é descobrir respostas para os problemas mediante o emprego de procedimentos científicos.

A pesquisa pode ser considerada um procedimento formal com método de pensamento reflexivo que requer um tratamento científico e se constitui no caminho para se conhecer a realidade ou para descobrir verdades parciais. (MARCONI; LAKATOS, 2010, p.43).

A pesquisa bibliográfica é desenvolvida por materiais já abordados, como livros e artigos científicos, embora quase todos os estudos sejam exigidos algum tipo de trabalho desta natureza, havendo também pesquisa exclusivamente bibliográficas. (GIL, 1987, p.71)

A pesquisa documental assemelha-se muito à pesquisa bibliográfica, a diferença entre ambas está na natureza das fontes. A pesquisa bibliográfica utiliza fundamentalmente contribuições dos diversos autores sobre um determinado assunto, já a pesquisa documental utiliza materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com o objetivo da pesquisa. (GIL, 1987, p.73).

A pesquisa descritiva observa, registra, analisa e correlaciona fatos ou fenômenos (variáveis), sem manipulá-los, estuda fatos e fenômenos do mundo físico e, especialmente, do mundo humano, sem a interferência do pesquisador. (RAMPAZZO, 2005, p.53).

A pesquisa descritiva trabalha sobre dados ou fatos colhidos da própria realidade, sendo utilizados instrumentos de observação, entrevista, questionário, formulários entre outras técnicas. (RAMPAZZO, 2005).

De acordo com Severino (1996), estudo de caso é uma pesquisa que se concentra no estudo de um caso particular, o caso escolhido deve ser significativo e bem representativo para que se possa fundamentar uma generalização para situações análogas, autorizando inferências.

Neste trabalho serão utilizados documentos da instituição pesquisada e bibliografias que abordam o tema de faturamento médico-hospitalar. Utilizando como base para o desenvolvimento do trabalho o método do autor D'Ascensão (2007), que sugere uma análise dos processos atuais, levantando os pontos-chaves do processo e fatores críticos do processo, para assim analisá-los e redesenhá-los, sugerindo melhorias, substituindo etapas, otimizando tempo e diminuindo as possibilidades de erros.

Em suma, serão descritas as atividades realizadas no processo de faturamento por meio de fluxogramas, posteriormente analisando-os e identificando os fatores críticos do processo, juntamente com a elaboração de quadros que possibilitarão a melhoria do processo. Dadas às características do estudo a pesquisa é considerada de caráter qualitativa.

4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo apresentará a instituição pesquisada que serviu de base para a realização desta pesquisa, a qual será identificada como uma Clínica Médica de Joinville. Será apresentado um breve histórico, descrição dos serviços prestados, detalhamento e análise de todo o processo de faturamento da instituição.

4.1 A Instituição Pesquisada

A instituição pesquisada é uma Clínica Médica da cidade de Joinville, especializada na prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças da mama. Está no mercado há 15 anos, nesse período houve um acréscimo de profissionais especializados, que se uniram com o intuito de suprir as necessidades de atendimento e formar uma equipe médica apta a atender a saúde da mulher, prestando atendimento ao município de Joinville, SC e região.

Atualmente a Clínica possui uma equipe médica de sete médicos especialistas em Ginecologia, Mastologia, Oncologia Ginecológica, Diagnóstico por Imagem e Ultrassonografia, que atendem a 19 convênios de saúde.

A especialidade de Ginecologia oferecida pela instituição é a área da medicina que se dedica aos cuidados do aparelho genital feminino, na prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças, sejam elas infecciosas ou até mesmo cancerígenas. Já a especialidade de Mastologia, é a área da medicina que se dedica aos cuidados da mama ou das glândulas mamárias, também oferece a prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças relacionadas à mama, sendo uma especialidade que atende em maior demanda as mulheres, porém atende também aos homens.

O diagnóstico por imagem e a ultrassonografia são áreas da medicina que realizam o diagnóstico de doenças através das tecnologias dos equipamentos médicos, como por exemplo: o mamógrafo, que é um equipamento radiológico utilizado para realizar o exame de mamografia. Com os profissionais especializados e as tecnologias disponíveis, a instituição consegue atender a saúde da mulher como um todo.

É para que a instituição ofereça os serviços de prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças, é necessário contar com outras equipes de trabalho. Sendo elas; o setor de recepção que é responsável pelo atendimento ao cliente, realizando todos os agendamentos de consultas, exames e cirurgias. Em relação ao gerenciamento da instituição, o setor administrativo, responsável por toda a parte financeira, controle de documentações, recursos humanos, faturamento e credenciamento de convênios de saúde.

QUADRO 1 - Colaboradores

Fonte: Elaborado pelo autor

Quadro de Colaboradores	
Médicos especialistas	07
Técnicos em Radiologia	02
Técnico em Enfermagem	01
Assistentes Administrativos	02
Coordenadora de Recepção	01
Recepcionistas	04
Manobrista	01
Serviços Gerais	01
Equipe Técnica - Total	10
Equipe Operacional - Total	09
Total geral da equipe da Instituição	19

A administração financeira da instituição é feita por empresa terceirizada. A gestão interna é feita por um dos médicos sócios, para decisões cotidianas, como por exemplo: compras, manutenções, férias de pessoal entre outras. Este cargo é substituído anualmente dentre os médicos sócios. A instituição possui sistema informatizado, é através dele que são agendadas as consultas médicas, exames e cirurgias. Nele constam os prontuários de cada paciente com seu devido histórico, constam também informações de agenda médica, relação de convênios atendidos, horários de atendimento, procedimentos oferecidos e também são emitidos os laudos médicos dos exames realizados na instituição.

São os mais diversos procedimentos médicos realizados pelos profissionais da instituição, desde consulta médica, exames e cirurgias, procedimentos estes dentro das especialidades oferecidas, Ginecologia, Ginecologia Oncológica e Mastologia. Os principais exames oferecidos e realizados na instituição são:

- Mamografia bilateral digital;
- Ultrassonografia mamária;
- Ultrassonografia de abdome total;
- Ultrassonografia de abdome inferior e superior;
- Ultrassonografia transvaginal;
- Punção biópsia guiada por ultrassonografia;
- Core biópsia percutânea guiada por ultrassonografia ou estereotaxia;
- Mamotomia guiada por ultrassonografia ou estereotaxia.

Para o melhor entendimento das demandas atendidas pela instituição apresenta-se a média de atendimentos do ano de 2012. A seguir gráfico com os atendimentos realizados.

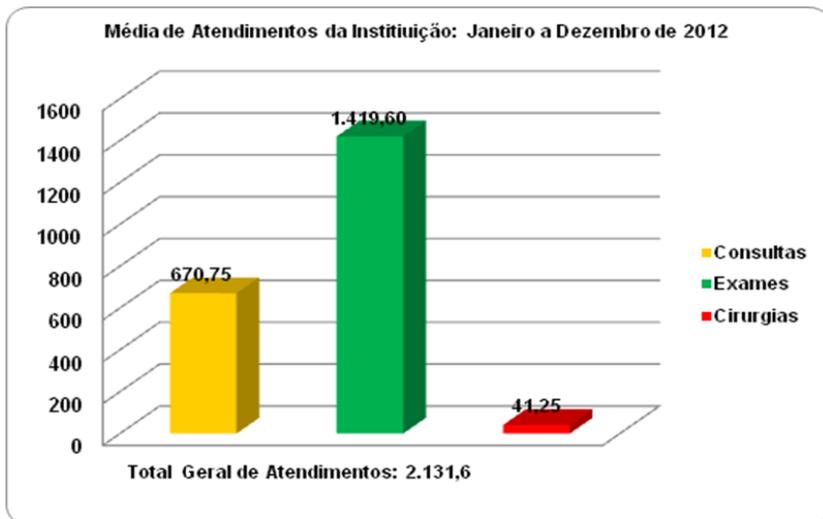


FIGURA 2 - Média de atendimentos da instituição
Fonte: Elaborado pelo autor

O objetivo da instituição em um futuro próximo é ampliar o corpo clínico agregando conhecimento técnico, e realizar a ampliação de sua estrutura física, ocupando o piso superior do prédio, projeto esse que já está em andamento. Para então proporcionar um ambiente ainda mais adequado e qualificado aos seus pacientes.

4.2 Características do processo de faturamento de uma Clínica Médica

A instituição pesquisada não possui um setor específico para o faturamento das contas médicas, por se tratar de uma empresa de pequeno porte é menos setorizada, e diversas funções são realizadas em um mesmo setor. Atualmente o processo de faturamento é de responsabilidade de dois

assistentes administrativos que dividem as tarefas relacionadas ao envio de faturas. A instituição possui algumas características que a diferencia das grandes instituições hospitalares, principalmente no que diz respeito ao seu porte. Por se tratar de uma empresa de pequeno porte, há um menor número de funcionários, menor demanda de atendimento e processos menos padronizados. Outra característica da instituição são os serviços prestados, o atendimento é eletivo e ambulatorial.

Essas características são comuns neste tipo de instituição, os consultórios e clínicas médicas ocupam uma determinada área da medicina, ou seja, o foco de atendimento é de no máximo uma a três especialidades médicas, sendo que as especialidades normalmente se complementam, como a Ginecologia, Mastologia e a Oncologia especialidades essas atendidas na instituição pesquisada.

O faturamento médico-hospitalar requer conhecimentos muito específicos, tanto pelos procedimentos médicos, tabelas de honorários médicos, resoluções da ANS entre outras. É necessário contar com profissionais minimamente qualificados tendo noções de controles, administração financeira e contabilidade, ou então oferecer treinamentos que auxiliem este profissional.

O processo de faturamento na instituição pesquisada não é de conhecimento de todos os profissionais atuantes, pois, ainda não se deu devida importância ao processo de faturamento, o que dificulta o diálogo entre os setores, principalmente com a recepção que não detém o conhecimento das atividades desenvolvidas no faturamento de contas médicas. Por se tratar de uma pequena empresa ainda não se vê a importância de reuniões para expor os eventuais problemas e sugestões para a melhoria do trabalho. Para tanto se faz necessário levantar os pontos críticos do processo e demonstrar a real importância do processo de faturamento de contas médicas.

4.3 Processo de faturamento de contas médicas

Neste capítulo serão detalhadas as atividades do processo de faturamento da instituição pesquisada, desde a entrada do paciente até o pagamento das faturas. Contribuindo para o conhecimento do processo, diagnóstico dos fatores críticos, pontos-chave, e possíveis problemas, sugerindo melhorias. São apresentados fluxogramas que detalham as etapas do processo de faturamento realizado pela instituição pesquisada, que esclarecerá o seu funcionamento para posterior análise.

Primeira etapa do processo de faturamento:

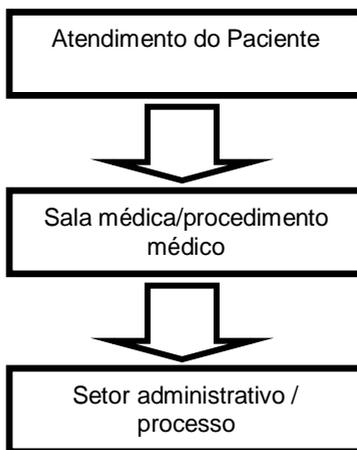


FIGURA 3 - Atendimento ao paciente
Fonte: Elaborado pelo autor

a) Atendimento ao paciente: inicia-se com o pré-agendamento da consulta ou exame, sendo agendados pessoalmente ou via telefone. Quando o paciente chega à instituição é realizado o acolhimento, é neste momento que ocorre a confirmação do horário agendado, qual

procedimento será realizado se consulta ou exame, faz-se o cadastro ou a atualização do cadastro existente, quando o mesmo já é paciente da instituição, são coletados dados como: nome completo, documento de identificação, identificação do convênio, endereço residencial, telefones para contato, ao final é coletada a assinatura do paciente na guia correspondente ao seu atendimento. Ao término do acolhimento e confirmação de dados, cabe a recepcionista realizar a autorização de cada consulta ou exame caso necessite. É também responsabilidade da recepcionista realizar o prévio preenchimento da guia, onde deverá constar: código da carteira do convênio do paciente, código do procedimento, data de realização, senha de autorização se possuir. No sistema informatizado da instituição a recepcionista também deve inserir alguns dados que servirão para o posterior processo de faturamento que são: identificar no sistema o tipo de guia se Consulta ou SADT, número da guia e código do procedimento.

b) Sala médica/procedimento: após o acolhimento, confirmação de dados, autorização, preenchimento da guia, e inserção dos dados da guia no sistema, a guia segue até a sala do médico que necessita da guia para verificar a indicação médica do profissional que solicitou o exame ou avaliação médica, para assim atender e diagnosticar o paciente.

c) Setor administrativo/processo: as guias chegam até o setor administrativo no dia posterior ao atendimento. Logo, em seguida, cabe ao assistente administrativo responsável pelo faturamento separar as guias por convênios, realizar a conferência do preenchimento quanto a: assinatura e carimbo do médico solicitante, médico executante, nome da paciente, assinatura do paciente, código do procedimento, autorização e data de realização. Deve também preencher os campos faltantes como: data de solicitação se não houver, nome e Registro Profissional no caso o CRM do médico

solicitante e também do médico executante. Após esta conferência será emitido um relatório do dia anterior de todas as agendas para conferir se todos os atendimentos realizados possuem a guia correspondente ao atendimento. As guias são conferidas uma a uma, caso falte alguma a mesma é inserida em um relatório de pendências. Este relatório é impresso ao final e entregue a coordenadora da recepção que verificará o que ocorreu como, por exemplo: falta de autorização, falta de assinatura do médico, paciente esqueceu a guia e ficou de trazer no dia posterior etc. Depois deste processo as guias são armazenadas separadas por convênios para o posterior faturamento nas datas acordadas em contrato de cada convênio.

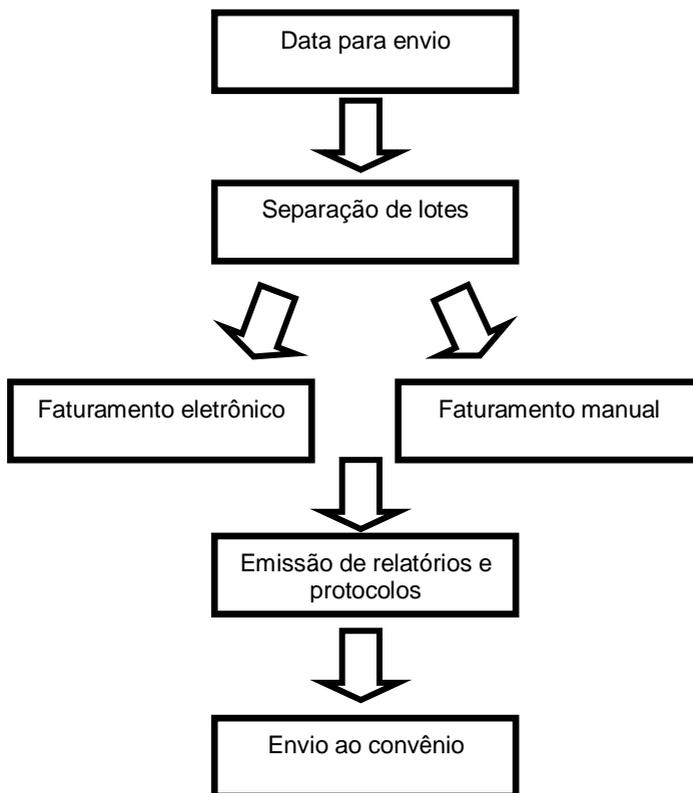
Segunda etapa do processo de faturamento:

FIGURA 4 - Envio de faturas

Fonte: Elaborado pelo autor

a) Data para envio: nesta etapa as guias já estão conferidas. É de responsabilidade do assistente administrativo responsável pelo faturamento atentar-se as datas para o envio das faturas, cada contrato possui uma data específica para envio das faturas, para uma grande parte dos convênios o envio se faz até o quinto dia útil e os demais a cada quinze dias.

b) Separação de lotes: nesta etapa os lotes são separados por médico executante e por procedimento, consulta ou exame, o que facilitará quando estes lotes forem pagos pelo convênio. É também necessário carimbar corretamente as guias identificando a instituição que esta enviando as faturas.

c) Faturamento eletrônico: esta é a etapa de envio das faturas aos convênios, após a separação dos lotes, cada um deles será enviado eletronicamente, através do sistema informatizado onde apresentará todos os atendimentos. Os dados inseridos no sistema devem estar precisamente corretos, pois caso não esteja o próprio sistema informatizado irá barrar e não transmitirá a informação. Dados como: CRM do profissional, tipo de guia, tipo de saída, código do convênio do paciente são exemplos de informações que se estiverem incorretas não serão enviadas ao convênio. Alguns convênios utilizam o envio de arquivo XML onde o prestador envia os arquivos de lotes via e-mail. Outros convênios utilizam site específico para o envio dos lotes. O processo apresentado é a chamada troca de informações TISS, entre o prestador e a operadora (convênio).

Faturamento manual: o faturamento manual ocorre somente com o preenchimento correto das guias e identificação da instituição através dos carimbos, não há troca de informações online. Com a adoção da TISS, são poucos os convênios que ainda utilizam o faturamento manual.

d) Emissão de relatórios e protocolos: após o envio das faturas eletronicamente o próprio sistema informatizado ou site emite protocolos de envio para comprovação do envio das faturas, ou seja, uma forma de garantia que foi enviado ao convênio. Os relatórios são emitidos diretamente do sistema informatizado da instituição, são utilizados para os dois processos de faturamento eletrônico e manual, mas principalmente para o manual, pois o convênio não emite o protocolo como no processo eletrônico. Os relatórios são importantes para facilitar a conferência quando o convênio realizar o pagamento das faturas, pois terá em mãos exatamente o que foi enviado ao convênio, nome do paciente, procedimento, data de realização e envio.

e) Envio ao convênio: após a separação dos lotes, troca de informações, emissão dos protocolos e dos relatórios, é o momento que o convênio receberá as guias físicas (faturas), elas devem ser armazenadas preferencialmente em envelopes, para que não se perca nenhum documento, deve-se protocolar a entrega garantindo o destino das mesmas. Este protocolo deve ser arquivado para o controle dos futuros pagamentos. Após esses processos deve-se aguardar o pagamento e monitorar para que não haja atrasos nos pagamentos. Em média os convênios levam de 30 a 60 dias para realizarem os pagamentos.

Terceira etapa do processo de faturamento:

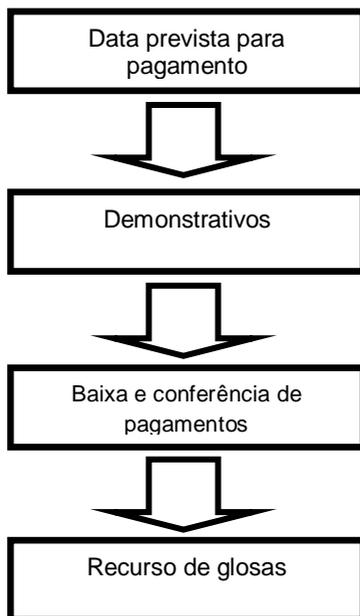


FIGURA 5 - Recebimento de faturas

Fonte: Elaborado pelo autor

a) Data prevista para pagamento: alguns convênios exigem a emissão da nota fiscal juntamente com o envio das faturas já outros solicitam via e-mail após a análise das faturas enviadas, avisando também se o demonstrativo está disponível para consulta no site do convênio. As contas a receber são controladas pelos relatórios e protocolos enviados aos convênios, os mesmos são armazenados em uma pasta e é por meio dela que se faz a previsão das contas a receber.

b) Demonstrativos: são disponibilizados nos sites dos convênios ou via e-mail de acordo com o padrão de cada convênio.

c) Baixa e conferência de pagamentos: é nesta etapa que são conferidos os lotes que foram enviados, se realmente foram pagos. A baixa do pagamento é realizada da seguinte forma: o demonstrativo é impresso e comparado com os relatórios e protocolos enviados anteriormente ao convênio, de forma manual, conferindo o valor e código de procedimento um a um. Ao final faz-se o rateio dos valores recebidos para cada médico da instituição que posteriormente serão repassados. É através do demonstrativo que se verifica a ocorrência de glosas.

d) Recurso de glosas: após toda a conferência dos demonstrativos, se houver alguma glosa ela será enviada novamente ao convênio solicitando a revisão do pagamento. A forma de envio dependerá das normas de cada convênio, ela poderá ser somente no site do convênio, identificando a glosa e justificando o pedido de revisão de pagamento identificando nome do paciente e procedimento, poderá também ser através do envio de e-mail com o preenchimento de determinada planilha descrevendo o procedimento, nome do paciente, motivo da glosa e justificativa ou com o envio da segunda via da guia caso haja, com justificativa do pedido de revisão de pagamento.

4.4 Análise do processo de faturamento

Neste capítulo será elaborada uma análise das três etapas apresentadas anteriormente, sendo elas: atendimento ao paciente, envio de faturas e o recebimento de faturas. Primeiramente serão apresentados quadros de forma simplificada, que apresentarão as principais etapas do processo de faturamento, fatores críticos, principais problemas e sugestão de melhorias. Após esta apresentação dos quadros, serão realizadas análises detalhadas de cada quadro apresentado contribuindo para o melhor entendimento dos assuntos abordados até o momento.

a) Primeira etapa do processo de faturamento

QUADRO 2 - Atendimento ao paciente
Fonte: Elaborado pelo autor

Etapas	Fatores Críticos	Principais Problemas	Sugestões
Atendimento ao paciente	Agendamento	Agendamentos incorretos.	Treinamento em comunicação, atendimento ao cliente.
	Coleta de dados do paciente	Informações não inseridas em sistema; Informações não coletadas.	Contratação de mais uma recepcionista; Melhoria do sistema informatizado ou contratação de um novo sistema.
Setor administrativo/ processo	Recebimento das guias	Não há protocolo.	Criar protocolo das guias que são entregues no setor administrativo.
	Conferência do preenchimento	Ocorrência de falhas na conferência, gerando glosas.	Realizar prévia conferência dos dados mais importantes antes de chegar ao setor administrativo.
	Relatório de pendências	Grande quantidade de guias não faturadas.	Criar termo de compromisso para que o paciente comprometa-se a trazer a respectiva guia.

Análise do Quadro 2 – Atendimento ao paciente

Ao analisar o quadro 2, verifica-se que em relação ao Atendimento ao paciente, existem problemas relacionados à inconsistência de informações, tanto no agendamento, quanto na inserção dos dados no sistema informatizado. Que podem ocorrer por falta de conhecimento do sistema informatizado, das informações da própria instituição, falha de comunicação e falta de treinamento no atendimento.

A sugestão de oferecer treinamento em comunicação e curso de atendimento aos colaboradores se faz necessário para que percebam o quanto comunicar corretamente é importante, o que contribuirá para o melhor desenvolvimento do trabalho. As informações que não são inseridas no sistema informatizado se da pelo fato de que o atendimento do paciente deve ser ágil, e o atual sistema dificulta a agilidade no atendimento por ser muito complexo exigindo muitos “clics”, desmotivando as recepcionistas a inserir as devidas informações. Por este motivo a sugestão da melhoria do sistema, ou a contratação de mais uma recepcionista que agilize o atendimento ao paciente.

Além do sistema informatizado ser complexo, não é oferecido um treinamento adequado, que explique aos colaboradores os processos e a importância deles. A sugestão da contratação de um novo sistema é motivada por saber que hoje no mercado de informática existem sistemas de gestão próprios para consultórios e clínicas médicas que são mais desenvolvidos e simplificados.

Com relação ao processo de faturamento os pontos mais críticos são em relação ao recebimento das guias, as quais não possuem nenhum tipo de protocolo de entrega e não são conferidas antes da entrega, o que pode gerar desconforto entre os setores de recepção e administrativo, por não haver a certeza de que o documento foi entregue. A sugestão de criar um protocolo que conste o total de guias a serem entregues, e a realização de uma previa conferência das guias, agilizará o trabalho e garantiria uma melhor conferência e diminuição das possibilidades de glosas.

Outro fator crítico é o relatório de pendências, onde constam as guias que não foram entregues ao setor administrativo, tanto pelo motivo de extravio da guia ou pelo fato do paciente não ter apresentado a guia no ato do atendimento e mesmo assim foi atendido. O atendimento sem a respectiva guia gera atraso no faturamento das guias, e conseqüentemente mais trabalho ao setor de recepção, que deverá entrar em contato com o paciente e cobrar a devida guia.

Isso ocorre por uma cultura da própria instituição, para que o paciente fique satisfeito, o atendimento é realizado mesmo que o paciente tenha esquecido a guia referente ao seu atendimento. A identificação do paciente é primordial, tendo em vista que a guia demonstra qual procedimento o paciente necessita realizar, portanto a apresentação da guia não é somente importante para o setor administrativo, mas é a garantia de que o paciente fará o exame correto solicitado pelo seu médico. A sugestão de criar um termo de compromisso junto ao paciente faz com que o mesmo se comprometa com a instituição e realmente traga a devida guia o que diminuirá o número de ligações e incômodos desnecessários.

Para uma melhor análise desta situação foi realizado um levantamento das guias que não foram enviadas para cobrança no período de janeiro a dezembro de 2012. A seguir gráfico que demonstra os motivos pelos quais as guias não foram enviadas para cobrança com suas respectivas quantidades.

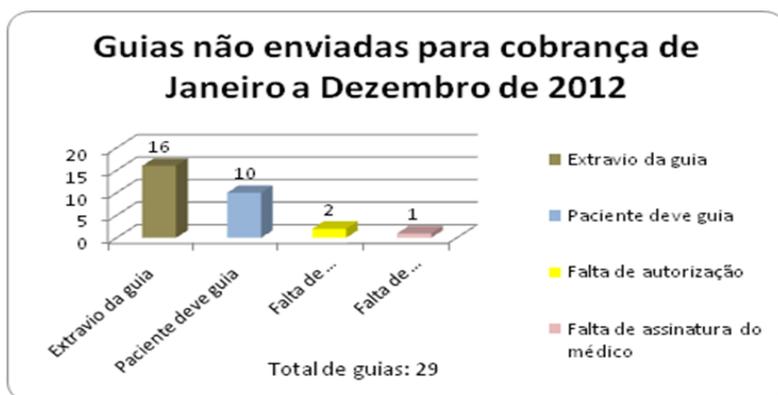


FIGURA 6 - Guias não enviadas para cobrança
Fonte: Elaborado pelo autor

Pode-se notar que segundo o gráfico a maior incidência de guias que não são enviadas para cobrança, são as guias extraviadas, ou seja, as guias que não chegam ao setor administrativo, seguidas pelas guias que os pacientes não apresentam no atendimento.

b) Segunda etapa do processo de faturamento

QUADRO 3 - Envio de faturas

Fonte: Elaborado pelo autor

Etapas	Fatores Críticos	Principais Problemas	Sugestões
Data para envio	Verificar contratos.	As datas constam somente nos contratos; Não há POP.	Criação de planilha; Melhoria do sistema informatizado; Criação de POP.
Envio de Faturamento Eletrônico	Criar arquivos (lotes); Enviar os arquivos.	Informações que não constam no sistema; Retrabalho.	Melhoria do sistema informatizado que impeça os erros na recepção.

Análise do Quadro 3 – Envio de Faturas

Ao analisar o quadro 3, verificam-se problemas relacionados a não formalização das atividades, e a falta de informações importantes para o processo de faturamento. Em relação às datas para envio das faturas aos convênios não há nenhum documento formal que reúna as datas para envio de todos os convênios atendidos, essas informações apresentam-se somente em cada contrato. A sugestão de criar planilhas que conste essas informações é uma medida mais rápida, porém o ideal é que todas as informações relacionadas aos convênios atendidos estejam parametrizadas no sistema informatizado e que sejam periodicamente atualizadas.

Outro ponto crítico é o envio dos arquivos eletronicamente. O atual sistema informatizado da instituição não possui ferramentas que impeçam ou diminuam a ocorrência de erros, como por exemplo: no atendimento ao paciente há alguns

campos do sistema que devem ser inseridos dados como: número da guia, tipo de guia e código do procedimento, o sistema atual permite que a recepcionista termine o atendimento sem informar esses dados. Dados estes que influenciarão no posterior processo de faturamento, bloqueando os lotes a serem enviados por falta de campos preenchidos gerando retrabalho.

Na análise do quadro anterior foi citado que no mercado atual existem sistemas informatizados que auxiliam nesses processos, onde cada campo não preenchido o sistema emite um aviso obrigando a recepcionista a informar estes dados para assim finalizar o atendimento ao paciente. Estas ferramentas são importantes, e facilitam o processo de faturamento, pois diminui o tempo para o envio das faturas, otimizando o tempo para outras atividades do faturamento, como: reajuste de contratos, conferência de pagamento dentre outras atividades.

Além do envio de faturas, outro ponto crítico é a falta de POP (Procedimento Operacional Padrão), hoje a instituição conta com dois assistentes administrativos responsáveis pelo faturamento os quais possuem claro conhecimento do processo, porém na falta desses profissionais não há um documento formal que especifique as atividades que devem ser realizadas.

Há algumas atividades nesta etapa que podem ser consideradas não críticas, pois as mesmas só poderão ser realizadas após a execução correta das atividades anteriores, que é o caso da emissão dos relatórios e protocolos, pois os mesmos são emitidos somente quando todas as informações estiverem corretas, pois o próprio sistema informatizado que vai gerá-los. Outra atividade que não exige tantos cuidados é o envio das faturas físicas ao convenio, o único cuidado é que todas sejam armazenadas em um envelope e que na entrega sejam protocoladas, com o nome do recebedor, data e carimbo do local que as receber.

c) Terceira etapa do processo de faturamento

QUADRO 4 - Recebimento de faturas

Fonte: Elaborado pelo autor

Etapas	Fatores Críticos	Principais Problemas	Sugestões
Data prevista para pagamento	Verificar os protocolos e relatórios enviados.	Não há nenhuma ferramenta que facilite o gerenciamento das contas a receber, são controladas somente pelos protocolos de envio.	Solicitar que o sistema possa gerenciar as contas a pagar ou contratar um novo sistema que facilite o processo.
Baixa e conferência de pagamentos	Verificar demonstrativo disponível.	Demora ao concluir a conferência dos pagamentos.	Solicitar melhoria do sistema informatizado ou contratar novo sistema.
Recurso de glosas	Enviar recurso de glosa.	As informações quanto ao pagamento ou não pagamento das glosas não são utilizadas, ou seja, não há controle.	Criar relatórios que gerenciem as glosas pagas e não pagas; Solicitar melhoria do sistema informatizado.

Análise do quadro 4 – Recebimento de faturas

Ao analisar o quadro 4, verifica-se que os fatores mais críticos são em relação ao gerenciamento das contas a receber, e a falta de gerenciamento das informações geradas tanto pelo pagamento quanto pelo não pagamento.

Hoje o controle das contas a receber é feito somente pelos relatórios e protocolos enviados aos convênios, não há nenhum controle informatizado que auxilie a cobrança desses pagamentos. A conferência dos pagamentos é realizada manualmente, ou seja, todos os lotes enviados são conferidos, procedimento por procedimento, comparando com o demonstrativo de cada convênio, o que dispensa muito tempo de trabalho.

As sugestões citadas nos dois quadros anteriores de melhoria ou contratação de um novo sistema informatizado cabem também para o quadro quatro. Tendo em vista a melhoria do gerenciamento é necessário contar com ferramentas que auxiliem o levantamento de dados, e que gerem informações importantes para o gerenciamento da instituição, desde número de atendimentos, número de glosas, número de glosas pagas ou não pagas e principalmente que faça a conferência dos pagamentos eletronicamente, pois no mercado encontram-se várias opções de sistemas informatizados que já possuem tais funções.

Esses dados devem ser utilizados, para criar indicadores e metas para um melhor gerenciamento. Classificando e quantificado com melhor exatidão os reais problemas. Tendo em vista que o sistema informatizado utilizado atualmente serve somente como meio de atendimento e não de gerenciamento desses atendimentos. O sistema possui muitas funções, porém, essas funções não são de conhecimento dos colaboradores, dificultando o desenvolvimento de um trabalho de qualidade.

5 CONCLUSÕES

As instituições de saúde de modo geral estão em processo de mudança, modernizando-se no que diz respeito à administração e gerenciamento dos seus estabelecimentos. Hoje a busca por melhoria nos processos não é foco somente das indústrias, como há tempos atrás, os hospitais, laboratórios e clínicas médicas estão em busca de novos conhecimentos para melhor desenvolvimento do trabalho e maior produtividade. Porém, ainda há instituições que não se atentaram as novas formas de administração, onde o capital intelectual se torna a cada dia mais importante dentro das instituições.

Baseado nesse pensamento e com o detalhamento das atividades realizadas no processo de faturamento da instituição pesquisada, juntamente com os pontos críticos levantados, pode-se notar que há necessidade de padronização e documentação dos processos existentes. A instituição possui de fato conhecimento da atividade, mesmo que não formalizada, pois, as atividades ocorrem, e o processo não deixa de ser executado, porém, não há uma padronização das mesmas, a partir do momento que o processo for formalizado será possível aprimorá-lo constantemente.

O aprimoramento do processo poderá ocorrer de diversas formas como foram citadas no desenvolvimento do trabalho apresentado, desde a elaboração de planilhas de controle, POPs, treinamento de pessoal, novas contratações e principalmente com a melhoria do sistema informatizado, que facilite o trabalho de todos os setores envolvidos desde a recepção, administração e assistência médica.

No desenvolvimento do trabalho foram encontrados dois fatores que dificultaram o desenvolvimento da pesquisa, o primeiro fator foi o de levantamento de dados, primeiramente pelo fato da instituição não possuir nenhum tipo de indicador e o segundo fator foi a dificuldade de gerar informações no atual sistema informatizado, pois, o mesmo não possui funções gerenciais. A pesquisa apresentada trata somente de uma parte

das atividades do processo de faturamento, embora o mesmo possua outras diversas funções importantes, deixando como sugestão o estudo dos contratos junto às Operadoras de Planos Privados de Saúde os quais praticamente não possuem gerenciamento e controle de reajustes.

6 REFERÊNCIAS

AMB - Associação Médica Brasileira. **Terminologia Unificada da Saúde Suplementar – TUSS.**

Disponível em: <<http://www.amb.org.br/teste/tuss.html>>

Acesso em: 02/04/13.

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Histórico.**

Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/aans/quem-somos/historico>>

Acesso em: 20/04/13.a.

ANS - Agência Nacional da Saúde Suplementar. **Padrão TISS.**

Disponível

em: <<http://www.ans.gov.br/index.php/component/content/article/65-tiss/592-padrao-tiss>>

Acesso em: 17/04/13.b.

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Padrão para Troca de Informação de Saúde Suplementar – TISS.**

Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/index.php/espaco-dos-prestadores/tiss>>

Acesso em 02/04/13.c.

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar. TISS - Troca de informação em Saúde Suplementar. **Manual de Conteúdo e Estrutura: Instruções para preenchimento das guias em papel.** Rio de Janeiro: ANS, 2013. 149 p.d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Glossário temático : saúde suplementar/ Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 84 p.

Brasíndice - Guia Farmacêutico. **Quem somos.**

Disponível em: <<http://www.brasindice.com.br/index.php?Doc=2>>

Acesso em 09/04/13.

D'ASCENÇÃO, Luiz Carlos M.. **Organização, Sistemas e**

Métodos: Análise Redesenha e Informatização de Processos Administrativos. São Paulo: Atlas, 2007. 219 p.

FLORENTINO DE ARAÚJO CARDOSO FILHO (São Paulo).

Emílio Cesar Zilli (Org.). **Classificação Brasileira e**

Hierarquizada de Procedimentos Médicos. 5. ed. São Paulo: Associação Médica Brasileira, 2012. 208 p.

FLORENTINO DE ARAÚJO CARDOSO FILHO. Emílio Cesar Zilli

(Org.). **Classificação Brasileira e Hierarquizada de**

Procedimentos Médicos. 5. ed. São Paulo: Associação Médica Brasileira, 2012. 208 p.

Fundação CESP - **Infraestrutura para faturamento eletrônico**

Disponível em:

<[https://www.saudecesp.com.br/wps/portal!/ut/p/c1/04_SB8K8xLLM9MSSzPy8xBz9CP0os_hQD7dqJydDRwMLN38XA6OwoBAPi7BAYwN_E6B8JJK8ga-3iYGRj6-fWZhsJGBiRkB3X4e-bmp-gW5EeUAeGin9Q!!/dl2/d1/L2dJQSEvUUt3QS9ZQnB3LzZfVUhGU0JCMUEwOEZPRDAyVIJUSDhWUTMwODE!/>](https://www.saudecesp.com.br/wps/portal!/ut/p/c1/04_SB8K8xLLM9MSSzPy8xBz9CP0os_hQD7dqJydDRwMLN38XA6OwoBAPi7BAYwN_E6B8JJK8ga-3iYGRj6-fWZhsJGBiRkB3X4e-bmp-gW5EeUAeGin9Q!!/dl2/d1/L2dJQSEvUUt3QS9ZQnB3LzZfVUhGU0JCMUEwOEZPRDAyVIJUSDhWUTMwODE!/)

Acesso em: 22/05/2013.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e Técnicas de pesquisa**

social. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1987.

GREGORI, Maria Stella. **Planos de Saúde:** A ótica da proteção

do consumidor. 2. ed. São Paulo: Revistas Dos Tribunais, 2010. 235 p.

LIMA, Erica Alves de. **Rotinas Administrativas em faturamento**

Médico-Hospitalar às Operadoras de Panos de Saúde. São Paulo: Faturmedica, 2010. 198 p.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Metodologia do trabalho científico**: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010. 225 p.

MOTTA, Ana Letícia Canevalli; LEÃO, Edson; ZAGATTO., José Roberto. **Auditoria Médica no Sistema Privado: Abordagem Prática para Organizações de Saúde**. São Paulo: Iátria, 2009. 220 p.

_____. **Auditoria de Enfermagem nos Hospitais e Operadoras de Planos de Saúde**. 5. ed. São Paulo: Iátria, 2010. 168 p.

NETO, José Vittorato; REIS, Carlos Donato. **Manual da gestão e programação financeira de pagamentos**. 1 ed. São Paulo: Edicta, 2000. 403 p.

Portal Médico – Remuneração e Trabalho Médico. **Histórico CBHPM**

Disponível

em: <http://www.portalmédico.org.br/remuneracao/index.asp?opc_ao=cbhpm&link=historico>

Acesso em: 09/04/13.

RAMPAZZO, Lino. **Metodologia Científica**: para alunos dos cursos de graduação e pós-graduação. 3. ed. São Paulo: Loyola, 2005. 141 p.

SANDRONI, Paulo. **Dicionário de Administração e Finanças**. São Paulo: Best Seller, 1996. 564 p.

SAULO BARBARÁ DE OLIVEIRA (Org.). **Gestão por processos: fundamentos, técnicas e modelos de implementação: foco no sistema de gestão de qualidade com base na ISO 9000:2000**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2006.

SEBRAE- Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas de Santa Catarina. **Critério de Classificação de Empresas: EI - ME – EPP.**

Disponível em: <<http://www.sebrae-sc.com.br/leis/default.asp?vcdtexto=4154>>

Acesso em: 26/05/13.a.

SEBRAE- Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas de Santa Catarina. **Consultório Médico.**

Disponível em: <<http://www.sebrae-sc.com.br/leis/default.asp?vcdtexto=4062&%5E%5E>>

Acesso em 21/05/2013.b.

SEBRAE – Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas. **Gestão de processos: Faça e Aconteça**, Programa de Capacitação Empresarial. São José: SEBRAE - SC, 2008.

SEBRAE – Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas. **Gestão da qualidade: processos Eficazes para uma empresa de sucesso.** Brasília: Sebrae, 2005.

SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do Trabalho Científico.** 23. ed. São Paulo: Cortez, 1996. 304 p.

SILVEIRA, Karyna Rocha Mendes da. **Tudo o que você precisa saber sobre planos de saúde.** São Paulo: Saraiva, 2009. 69 p.

SIMPRO - Informações e Soluções em Saúde. **Quem somos.**

Disponível em: <www.simpro.com.br/quemsomos.php>

Acesso em: 08/04/13.

SPILLER, Eduardo Santiago... [et al.]; **Gestão dos serviços em saúde.** 1 ed. Rio de Janeiro: FGV, 2009. 172 p.