

**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E
TECNOLOGIA DE SANTA CATARINA
CAMPUS JOINVILLE
CURSO DE TECNOLOGIA EM GESTÃO HOSPITALAR**

**CAROLINE ORLANDI BRILINGER
JOICE CRISTINA PACHER**

**PADRONIZAÇÃO DO PROCESSO DE
FATURAMENTO EM UMA CLÍNICA PARTICULAR**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

**CAROLINE ORLANDI BRILINGER
JOICE CRISTINA PACHER**

**PADRONIZAÇÃO DO PROCESSO DE
FATURAMENTO EM UMA CLÍNICA PARTICULAR**

JOINVILLE, 2013

**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E
TECNOLOGIA DE SANTA CATARINA
CAMPUS JOINVILLE
CURSO DE TECNOLOGIA EM GESTÃO HOSPITALAR**

**CAROLINE ORLANDI BRILINGER
JOICE CRISTINA PACHER**

**PADRONIZAÇÃO DO PROCESSO DE
FATURAMENTO EM UMA CLÍNICA PARTICULAR**

**Trabalho de Conclusão de
Curso 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

Brilinger, Caroline Orlandi; Pacher, Joice Cristina.

Padronização do processo de faturamento em uma clínica particular / Brilinger, Caroline Orlandi; Pacher, Joice Cristina – Joinville: Instituto Federal de Santa Catarina, 2013. 77 f.

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

Orientador: Jorge Cunha, Msc.

1. Faturamento 2. Padronização 3. Saúde Suplementar

**CAROLINE ORLANDI BRILINGER
JOICE CRISTINA PACHER**

**PADRONIZAÇÃO DO PROCESSO DE FATURAMENTO EM
UMA CLÍNICA PARTICULAR**

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

Joinville, 22 de novembro de 2013

Banca Examinadora:

Prof. Jorge Cunha, Msc.

Prof. Márcio Tadeu da Costa, Esp.

Prof. Marcos Aurélio Schwede, Mestrando.

AGRADECIMENTOS

À todos que passaram pela minha vida nos últimos seis anos e contribuíram para a construção de quem sou hoje e, em especial, àqueles que me inspiraram a continuar nesta jornada.

Caroline

Aos meus familiares e amigos que me acompanharam nessa jornada, oferecendo apoio e me dando força para nunca desistir.

Joice

RESUMO

As organizações de saúde apresentam muitas particularidades em relação ao seu processo de faturamento, o que torna mais complexo em vista das demais. Faz-se necessário, portanto, acompanhar constantemente o desempenho do setor de faturamento, revisar os processos e buscar ferramentas que facilitem o desenvolvimento dos fluxos de trabalho. O objetivo deste estudo é avaliar a rotina de trabalho do setor de faturamento de uma organização prestadora de serviços de saúde e, especificamente descrever as atividades desempenhadas por este setor; identificar falhas no seu processo de trabalho; elaborar uma proposta para melhoria do processo. Para tanto, realizou-se um estudo de caso. A unidade de estudo foi o setor de faturamento de uma clínica particular referência no atendimento de doenças do aparelho digestivo e exames diagnósticos desta área localizada na cidade de Joinville/SC. A coleta de dados ocorreu no período de maio a agosto de 2013, através de observações registradas em diário de campo, entrevistas não estruturadas e avaliação de documentos. Percebeu-se a necessidade de uma ferramenta que diminuísse a possibilidade de erro no faturamento dos planos de saúde e o risco de glosas; que pudesse sanar dúvidas e que servisse para treinamento de novos colaboradores. A padronização do processo foi alternativa proposto para o problema. Foram elaborados oito procedimentos operacionais padrão descrevendo o objetivo geral do faturamento e os processos específicos para o faturamento de cada um dos planos de saúde conveniados.

PALAVRAS-CHAVE: Faturamento. Padronização. Saúde Suplementar

ABSTRACT

Health organizations have many characteristics in relation to its billing process, which becomes more complex in view of others. It is necessary therefore, constantly monitor the performance of the billing's sector, review processes and seek tools that facilitate the development of workflows. The aim of this study is to evaluate the routine work of the billing's sector of a health organization and describe the activities performed by this sector, identify gaps in their work process, prepare a proposal for improving the process. Therefore, we performed a case study. The unit of study was the billing's sector of a private clinic referral in the care of digestive diseases and diagnostic tests in this area in the city of Joinville/SC. Data collection occurred in the period from May to August 2013, through observations recorded in the field diary, unstructured interviews and review of documents. We saw the need for a tool to decrease the possibility of error in billing of health plans and the risk of glosses, which could answer questions and serve to train new employees. The standardization was the proposed alternative to the problem. We developed eight standardizations describing the general aim of billing and the specific billing processes to each of the health plans insured.

KEYWORDS: Billing. Standardization. Health Plan.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMB – Associação Médica Brasileira
ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar
CBHPM – Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos
CFM – Conselho Federal de Medicina
CH – Coeficiente de Honorários
ENEM – Encontro Nacional de Entidades Médicas
POP – Procedimento Operacional Padrão
SADT – Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia
SP – Serviços Profissionais
SUS – Sistema Único de Saúde
SUSEP – Superintendência de Seguros Privados
TISS – Troca de Informação em Saúde Suplementar
TUSS – Terminologia Unificada da Saúde Suplementar

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 Justificativa	11
1.2 Problema	11
1.3 Objetivos	12
1.3.1 Objetivo Geral	12
1.3.1. Objetivos Específicos	12
2 FATURAMENTO DE PLANOS DE SAÚDE E PADRONIZAÇÃO DE PROCESSOS	13
2.1 Saúde Suplementar.....	13
2.2 O processo de faturamento na saúde suplementar vinculada aos planos privados de saúde	15
2.2.1 Troca de Informação em Saúde Suplementar – TISS	17
2.2.2 Tabelas e honorários médicos	19
2.2.2.1 Tabela Associação Médica Brasileira	20
2.2.2.2 Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos	20
2.2.2.3 Revista SIMPRO	21
2.2.2.4 Revista BRASÍNDICE	22
2.2.3 Glosa e recurso de glosa	22
2.3 Padronização de processos	25
2.3.1 Procedimento Operacional Padrão	26
3 METODOLOGIA	29
3.1 Caracterização da pesquisa	29
3.2 Identificação do sujeito da pesquisa	29
3.3 Procedimentos utilizados na coleta de dados	30
4 ANÁLISE DOS DADOS E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	31
4.1 Caracterização do sujeito da pesquisa	31
4.2 Características do processo de faturamento na instituição pesquisada	35
4.3 Proposta para melhoria do processo de trabalho setor de	

faturamento	37
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	60
REFERÊNCIAS	62
ANEXOS	68
ANEXO A – Guias de consulta	69
ANEXO B – Frente da guia SP/SADT	70
ANEXO C – Verso da guia SP/SADT	71
ANEXO D – Frente da guia de solicitação de internação	72
ANEXO E – Verso da guia de solicitação de internação	73
ANEXO F – Frente da guia de resumo de internação	74
ANEXO G – Verso da guia de resumo de internação	75
ANEXO H - Guia de honorário individual	76
ANEXO I - Guia de outras despesas	77

1 INTRODUÇÃO

A saúde suplementar contempla um grande mercado privado composto por profissionais de saúde, ambulatorios, hospitais, serviços diagnóstico-terapêuticos, laboratórios, clínicas, *spas*, planos de saúde, dentre outros. Quanto aos planos e seguros de saúde, o mercado brasileiro destaca-se como o segundo maior do mundo. A saúde suplementar, assim como a saúde pública, enfrenta muitos problemas para manter um equilíbrio financeiro. Assim, manter as atividades relacionadas ao faturamento em ordem é fundamental para a sobrevivência do prestador de serviços de saúde. Principalmente quando sua clientela está, na sua maioria, vinculada aos planos de saúde. E, esta é a realidade atual de grande parte dos prestadores de serviços de saúde, seja pessoa física ou jurídica.

Porém, as organizações de saúde apresentam muitas particularidades em relação ao seu processo de faturamento, o que torna mais complexo em vista das demais. Cada sistema financiador apresenta diferentes exigências. A valorização monetária dos procedimentos realizados pode ser efetivada de acordo com tabelas variadas ou contratos acordados. Também não há padronização para o envio das contas, sendo poucas as operadoras que adotam o sistema de entrega eletrônico e maioria ainda exige a comprovação documental dos procedimentos. Ou seja, é um processo extremamente burocratizado em que os prestadores ficam bastante expostos a erros.

Faz-se necessário, portanto, acompanhar constantemente o desempenho do setor de faturamento, revisar os processos e buscar ferramentas que facilitem o desenvolvimento dos fluxos de trabalho. Neste interím, sugere-se que a padronização dos processos pode ser uma alternativa para melhorar a qualidade do resultado final. Já que, quando um padrão é seguido, a organização possui o domínio do processo; os colaboradores assumem a responsabilidade pelos resultados de seu trabalho, reduzem o desperdício e as falhas.

1.1 Justificativa

O faturamento é uma peça essencial do funcionamento de uma organização. Logo, esta atividade deve ser desenvolvida com todo o cuidado, desenvolvimento e treinamento possível. Na área da saúde, o crescente rigor das auditorias exige das organizações atenção às atualizações conceituais e de ferramentas para não cometer erros inadvertidamente. Uma vez que os erros abrem precedentes para glosas e comprometem o seu equilíbrio econômico-financeiro.

A curiosidade em torno deste tema surgiu durante o estágio curricular obrigatório do curso de Tecnologia em Gestão Hospitalar realizado no setor de faturamento de uma clínica particular referência no atendimento de doenças do aparelho digestivo e exames diagnósticos, conveniada à diversos planos de saúde e com fluxo de atendimento bastante vinculado à estes planos. Através da vivência prática, verificou-se a necessidade da adoção de ferramentas que assegurem a qualidade do trabalho realizado pelo setor de faturamento, especialmente em relação aos convênios com planos de saúde.

Considerando que ainda são ínfimas as pesquisas de cunho científico que abordam o faturamento de serviços de saúde. A pesquisa contribui para a introdução de uma nova ferramenta de trabalho, de baixo custo e sem ônus à organização, que pode proporcionar melhorias no processo e nos resultados do setor de faturamento. Portanto, trata-se uma pesquisa relevante para a comunidade acadêmica.

1.2 Problema

Qual a possibilidade de implantar uma ferramenta que contribua para a diminuição dos erros no faturamento de uma organização prestadora de serviços de saúde, utilizando apenas os recursos

disponíveis na organização (muitas vezes escassos) e dentro de um espaço de tempo delimitado?

1.3 Objetivos

1.3.1 Geral

Avaliar a rotina de trabalho do setor de faturamento de uma organização prestadora de serviços de saúde no município de Joinville.

1.3.2 Específicos

- Descrever as atividades desempenhadas pelo setor de faturamento;
- Identificar falhas no processo de trabalho do setor de faturamento;
- Elaborar uma proposta para melhoria do processo de trabalho setor de faturamento.

2 FATURAMENTO DE PLANOS DE SAÚDE E PADRONIZAÇÃO DE PROCESSOS

Este capítulo contempla uma revisão dos principais tópicos relacionados à temática deste trabalho. Iniciamos com o conceito de saúde suplementar, um breve histórico do seu desenvolvimento e a situação atual em nosso país. Descrevemos o processo de faturamento na saúde suplementar vinculada aos planos privados de saúde e as suas principais ferramentas, bem como discutimos a questão das glosas. Por fim, abordamos a padronização de processos para e melhoria dos serviços de saúde.

2.1 Saúde Suplementar

Os sistemas de saúde, em geral, têm a oferta, o financiamento, a operação e a regulação dos serviços realizados em associação entre as iniciativas pública e privada, sendo que o grau de participação de cada um varia de país para país de acordo com o seu contexto histórico (BRASIL, 2002). “No plano da oferta, o sistema de saúde brasileiro é composto, principalmente, por serviços privados. E constitui-se num dos maiores mercados de compra e venda de serviços de saúde no mundo” (BRASIL, 2002, p. 8). Este grande mercado privado – composto por profissionais de saúde, ambulatorios, hospitais, serviços diagnóstico-terapêuticos, laboratórios, clínicas, *spas*, planos de saúde e outros – é denominado “saúde suplementar”.

Conforme Brasil (2013a), no nosso país, a saúde suplementar têm origem na fundação das Santas Casas de Misericórdia, instituições vinculadas à Igreja Católica, que atuaram como principais prestadoras de serviços hospitalares, desde o período colonial, passando pelo Império, República Velha e estendendo-se até o Estado Novo, na primeira metade do século XX. A exploração econômica da assistência à

saúde, propriamente dita, surge na década de 1930 e tem crescimento no final da década de 1950, quando o país iniciou o processo de industrialização e as instituições hospitalares privadas consolidaram-se como as principais prestadoras de serviço à classe média. Para Brasil (2002), a partir da década de 1960, iniciou-se o detrimento da prática médica liberal e da autonomia dos estabelecimentos hospitalares e empresas comercializadoras de planos e seguros de saúde ganharam força na organização dos prestadores de serviços.

O setor brasileiro de planos e seguros de saúde destaca-se como o segundo maior sistema privado de saúde do mundo e convive com o sistema público (Sistema Único de Saúde – SUS), criado a partir da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2013a). Inclusive, o sistema privado de saúde e o sistema público possuem formas semelhantes de reembolso aos prestadores de serviços conveniados. Por isso, Czapski (1999) afirma que o atual sistema de saúde brasileiro está estruturado sobre três agentes centrais: o usuário (paciente), o prestador (profissional ou organização de saúde) e o segurador (SUS, empresa de seguros, medicina de grupo, cooperativa ou similar); cujos interesses muitas vezes são conflitantes.

Em 28 de janeiro de 2000, através da Lei nº 9.961 e em cumprimento a Lei nº 9.656, nasceu a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vinculada ao Ministério da Saúde. A ANS veio com o objetivo de regular o setor da saúde suplementar, pois este setor da economia não possuía um padrão de funcionamento e havia muitos conflitos entre usuários, prestadores e seguradores. Até então, somente os seguros de assistência à saúde que estavam sob o controle econômico-financeiro da Superintendência de Seguros Privados – SUSEP (BRASIL, 2013a).

Assim como a saúde pública, a saúde suplementar enfrenta muitos problemas para manter um equilíbrio financeiro. Para Czapski (1999) é quase impossível encontrar este equilíbrio, pois os custos dos serviços de saúde aumentam em ritmo superior ao de outros setores da economia em razão de fatores que vão desde a incorporação tecnológica e o uso irracional dos recursos até o aumento da expectativa de vida e a capacidade de pagamento da sociedade.

Portanto, manter as atividades relacionadas ao faturamento em ordem é fundamental para o equilíbrio econômico-financeiro do prestador de serviços de saúde. Principalmente quando sua clientela está, na sua maioria, vinculada aos planos de saúde. E, esta é a realidade atual de grande parte dos prestadores de serviços de saúde, seja pessoa física ou jurídica.

2.2 O processo de faturamento na saúde suplementar vinculada aos planos privados de saúde

O faturamento é um ponto chave para sobrevivência de qualquer organização. As organizações de saúde apresentam muitas particularidades em relação ao seu processo de faturamento, o que torna mais complexo em vista das demais. Cada sistema financiador apresenta diferentes exigências. Por isso, iremos nos ater no processo de faturamento na saúde suplementar vinculada aos planos privados de saúde.

Balzan (2000) diz que faturar é apontar, para cobrança financeira, todas as despesas realizadas pelos pacientes discriminando-as e valorizando-as monetariamente, conforme as diversas tabelas e contratos acordados, realizando o seu fechamento e gerando uma conta. No Brasil, os prestadores de serviço de saúde, físicos ou jurídicos, tradicionalmente adotam um modelo de cobrança ato a ato, tal qual o modelo norte-americano, por possibilitar maior ganho financeiro (GAPANOWICZ, 2012).

A cobrança da conta é realizada através de uma “fatura”. Segundo Lima (2010), fatura é um termo latino que significa “documento, ou instrumento do contrato de compra e venda”. Brasil (2007, p. 127) conceitua fatura como “documento fiscal ou não, identificado, que representa uma conta a ser paga por prestação de serviços diversos, abrangendo um ou mais lotes”.

A fatura deve ser elaborada pelo prestador de acordo com o

contrato existente com a outra parte. Segundo Brasil (2007) a fatura emitida pode ser parcial, quanto apresenta apenas uma parte da conta do serviço prestado e pode ocorrer com o paciente ainda sob atendimento; ou total, quando realizada com base em todo somatório da conta do serviço prestado.

Motta (2010) afirma que o formato da apresentação da fatura pode variar, mas seu conteúdo geralmente não sofre alterações quanto se trata do mesmo tipo de serviço. No caso dos processos vinculados aos planos privados de saúde a fatura é a “guia” referente ao tipo de procedimento realizado.

Lima (2010) expõe que o processo de faturamento se inicia na recepção do estabelecimento de saúde e termina na operadora do plano privado de saúde, conforme representa o fluxograma da figura 1:

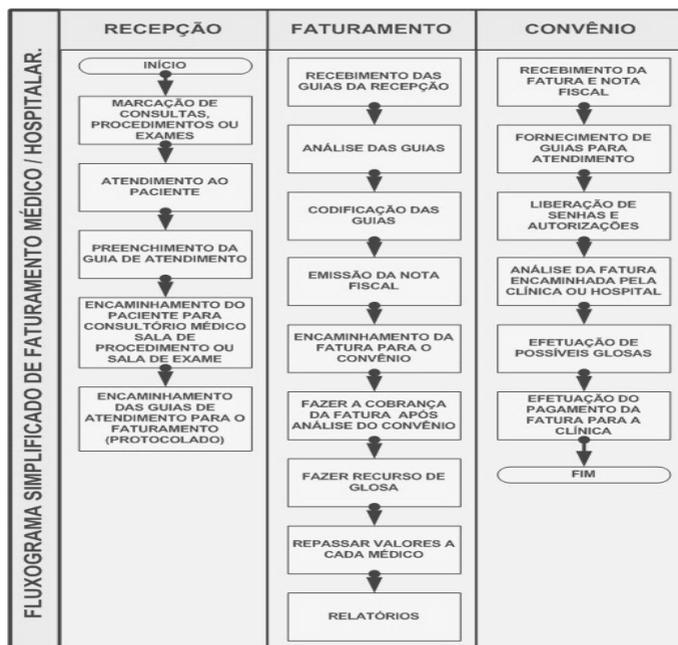


FIGURA 1 – Fluxograma simplificado do processo de faturamento na saúde suplementar vinculada aos planos privados de saúde (LIMA, 2010).

O fluxograma da figura 1 também nos revela as diversas atividades que envolvem o faturamento propriamente dito. Assim, é interessante aos prestadores de serviços de saúde, independente do grau de especialização, manter um sistema de controle que proporcione obter os dados necessários para emitir as faturas de cobrança dos serviços prestados (emissão das guias às operadoras), formular relatórios de controle das faturas (guias emitidas e pendentes), analisar os relatórios de faturas (guias recebidas), verificar as ocorrências de glosas e identificar as causas, providenciar as correções das glosas e localizar documentos comprobatórios, preparar os recursos de glosas às operadoras para reversão e pagamento das mesmas, manter atualizados e organizados os comprovantes dos serviços prestados para atender às auditorias (Lima, 2010).

Diante da grande variedade de formulários utilizados por cada operadora, da demora em obter autorizações de determinados procedimentos, da dificuldade para realização dos processos administrativos e das dificuldades de comparação de dados, foram criadas algumas ferramentas na tentativa de melhorar e padronizar esses processos: Troca de Informação em Saúde Suplementar – TISS, Terminologia Unificada da Saúde Suplementar – TUSS, Tabelas e Honorários médicos. Quem atua na área de faturamento em saúde deve conhecer e entender estas ferramentas para correta execução das suas atividades.

2.2.1 Troca de Informação em Saúde Suplementar – TISS

A Troca de Informação em Saúde Suplementar – TISS, desenvolvida pela ANS, estabelece um conjunto padronizado de terminologias, códigos e descrições; estabelece as guias e demonstrativos utilizados pelo setor de saúde suplementar, padronizando campos, formatos e regras de preenchimento; define as transações eletrônicas, incluindo as regras de comunicação e segurança,

entre os sistemas de informação das operadoras de plano de saúde e os sistemas de informações dos prestadores de serviços.

Segundo Brasil (2007) a terminologia clínica comum a todos os atores do mercado da saúde suplementar para codificação e descrição de procedimentos médicos foi concretizada através da Terminologia Unificada da Saúde Suplementar – TUSS. A terminologia utilizada como base para construção dos procedimentos médicos da TUSS seria a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos, que será discutida no próximo tópico.

O mesmo autor salienta que o padrão TISS estabelece modelos formais e obrigatórios de representação e descrição documental sobre os eventos assistenciais realizados no beneficiário e enviadas do prestador para a operadora, as chamadas “guias”. O *layout* deve ser seguido integralmente, não sendo possível nenhum tipo de alteração em sua estrutura. As guias definidas no padrão TISS são:

- Guia de Consulta: formulário padrão a ser utilizado única e exclusivamente para consultas eletivas realizadas em consultórios. Poderá ser utilizada por profissional de saúde de nível superior, não sendo exclusiva da atividade médica. É um documento padrão para solicitação do pagamento (anexo A);
- Guia de Serviços Profissionais/Serviço Auxiliar Diagnóstico e Terapia (SP/SADT): formulário padrão a ser utilizado no atendimento a diversos tipos de eventos (remoção ou pequena cirurgia ou terapias ou consulta ou exames ou atendimento domiciliar ou SADT internado ou quimioterapia, radioterapia ou terapia renal substitutiva). Compreende os processos de autorização prévia (desde que necessária) e de execução dos serviços. A consulta de referência deve ser preenchida na Guia de SP/SADT. É composta por 89 itens, dos quais pelo menos 22 são de preenchimento obrigatório (anexos B e C);
- Guia de Solicitação de Internação: formulário padrão a ser utilizado para a solicitação de internação de paciente atendido em consulta eletiva ou não, bem como em remoções, ou mesmo em atendimento domiciliar, tendo em vista a necessidade de continuidade do tratamento em regime hospitalar (anexos D e E);

- Guia de Resumo de Internação: formulário padrão a ser utilizado para a finalização do faturamento da internação podendo ser utilizado para os determinados tipos de atendimentos (internações clínica, cirúrgica, obstétrica, pediátrica ou psiquiátrica) e para regimes (hospitalar, hospital-dia e domiciliar) (anexos F e G);
- Guia de Honorário Individual: formulário padrão a ser utilizado para a apresentação do faturamento de honorários profissionais prestados durante a internação, caso estes sejam pagos diretamente ao profissional, sem a interferência do estabelecimento de saúde onde ocorreu o atendimento (anexo H);
- Guia de Outras Despesas: formulário padrão a ser utilizado nos casos de apresentação do faturamento em papel, como instrumento de continuidade e complemento de folhas. Esta guia estará sempre ligada a uma guia principal (SP/SADT ou Resumo de Internação), não existindo por si só. É utilizada para discriminação de materiais, medicamentos, aluguéis, gases e taxas diversas, não informados na guia principal (anexo I).

A ANS mantém grupos constantes de trabalho para revisar os termos integrantes da TUSS, promover a divulgação e acompanhar a adoção do padrão TISS, analisar os sistemas de informação da saúde suplementar, visando a adequação do padrão TISS e promover, fomentar e recomendar estudos relativos à tecnologia de informação e comunicação em saúde (BRASIL, 2013b).

2.2.2 Tabelas e honorários médicos

A análise das contas médico-hospitalares é um processo minucioso e que exige concentração dos profissionais executantes. As tabelas médicas foram criadas a fim de auxiliar neste processo, padronizando e facilitando a cobrança dos procedimentos médico-hospitalares realizados pelo paciente.

Existem organizações que trabalham com tabelas próprias, nas

quais a própria organização específica cada valor dos procedimentos realizados. Além das tabelas próprias de valores de procedimentos, existem tabelas criadas por instituições especializadas e que servem de referência para diversas organizações. As mais utilizadas são apresentadas a seguir.

2.2.2.1 Tabela Associação Médica Brasileira

A tabela Associação Médica Brasileira – AMB, tabela de honorários médicos, foi criada com o objetivo de impor valores aos procedimentos médicos realizados e os valores dos auxiliares de cirurgia. Estes valores são determinados de acordo com a especialidade médica e a situação em que o paciente se apresenta, utilizando como base de cálculo o coeficiente de honorário (CH).

Conforme Motta (2010), a tabela AMB é um instrumento normativo para uniformizar o valor dos honorários médicos para todas as especialidades, sendo um referencial de pagamentos dos mesmos utilizada pelos planos de saúde.

2.2.2.2 Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos

A Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos - CBHPM surgiu após três anos de trabalho que contou com a participação da AMB, do Conselho Federal de Medicina (CFM), das Sociedades de Especialidades e com o apoio de outras entidades médicas do país. Segundo o Portal Médico (2013), a tabela CBHPM é o parâmetro de honorários médicos que visa garantir uma remuneração digna e equilibrada dos serviços prestados.

A idéia de criar uma lista onde os procedimentos médicos surgisse de forma organizada e com seus respectivos valores surgiu em março de 2000 em uma reunião entre a AMB e o CFM. Antes de ser lançada em 15 de julho de 2000, a CBHPM foi o assunto do Encontro Nacional de Entidades Médicas (ENEM) realizado em maio de 2000.

Além de tornar transparente a conduta dos profissionais atuantes na área médica, garantindo e contemplando as relações com as empresas intermediadoras do setor, a CBHPM passa a ser também um importante instrumento de direito básico do consumidor, pois preserva a qualidade do atendimento médico, garante segurança, respeito e dignidade à saúde de todos os cidadãos brasileiros (ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA, 2008).

2.2.2.3 Revista SIMPRO

A Revista Simpro iniciou suas atividades na década de 70 com a produção de etiquetas para marcação de preços de medicamentos. Com o avanço tecnológico e da medicina, a empresa viu a necessidade de ampliar seus negócios, desenvolvendo padrões de interesse não só para a área farmacêutica, mas para hospitais, clínicas e operadoras de planos de saúde também, através da sua especialização em produtos para a saúde (equipamentos, materiais implantáveis, permanentes, reutilizáveis e descartáveis. (SIMPRO, 2013).

Segundo Motta (2010), a Revista Simpro contempla orientações farmacêuticas dos medicamentos atuais e mais utilizados e os preços de materiais e medicamentos cobrados, em real e em dólar. A publicação é realizada trimestralmente, e as atualizações no sistema informatizado são realizadas semanalmente ou quinzenalmente, conforme a necessidade.

A Revista é referência nacional no ramo de preços de medicamentos e produtos para a saúde e conta um banco de dados com mais de 120.000 itens. (SIMPRO, 2013).

2.2.2.4 Revista BRASÍNDICE

A revista Brasíndice trata-se de um guia farmacêutico voltado para a classe médica, estudantes e profissionais da saúde a fim de atender melhor as necessidades dos profissionais. (BRASÍNDICE, 2013).

Conforme Motta (2010), a revista é uma publicação quinzenal que trata dos preços atualizados dos medicamentos em cada edição. A Brasíndice é referência de preços de materiais estabelecida como padrão de cobrança em muitos contratos das organização com foco hospitalar.

Além da revista, há também o site Brasíndice, que foi desenvolvido pra o intuito de apresentar informações, notícias e serviços relacionados ao setor de saúde. (BRASÍNDICE, 2013).

2.2.3 Glosa e recurso de glosa

Glosa é o nome utilizado para definir quando um conta é cancelada total ou parcialmente. A glosa ocorre quando o auditor do plano de saúde julga os itens, descritos para a cobrança da conta, incabíveis ao pagamento. De acordo com Rodrigues; Perroca; Jericó (2004), as glosas são aplicadas quando qualquer situação gera dúvidas em relação às regras e práticas adotadas pela instituição de saúde. Quando elas ocorrem, observa-se conflito na relação entre convênio (plano de saúde) e prestador de serviços.

Através da glosa é solicitado explicações e/ou justificativas complementares e mais específicas a respeito de um serviço ou procedimento realizado pelo usuário do plano de saúde. Geralmente, as glosas são a maneira em que os convênios e planos de saúde utilizam para não realizar o pagamento da fatura ou atrasar o mesmo. A instituição que recebe um item glosado tem o direito de recorrer através do recurso de glosas.

Ferreira; Braga (2008, p. 03) dividem as glosas em duas partes:

[...] as glosas administrativas que são decorrentes de falhas operacionais no momento da cobrança, falta de interação entre o plano de saúde e o prestador de serviço, estando estas vinculadas às cláusulas contratuais, e as glosas técnicas que são decorrentes da equipe de enfermagem ou médica, onde estão vinculadas a falta de justificativas ou embasamento que se apliquem à indicação de determinado procedimento, e a falta de anotação de enfermagem durante a assistência prestada ao cliente.

Já para Junior (2009) as glosas se dividem em três partes, sendo elas:

- **Glosas administrativas:** são recorrentes de falhas operacionais no momento da cobrança, falta de interação entre o plano de saúde e o prestador de serviços, ou ainda, falha no momento da análise de conta do prestador. São exemplos de glosas administrativas: falta de assinatura do usuário ou do médico nas guias; preenchimento incorreto ou incompleto dos campos dos exames, datas do atendimento, identificação do usuário, código do procedimento; rasurar ou inutilização de campos obrigatórios; falta de encaminhamentos a especialidades ou de solicitações de exames complementares; falta de dados sobre a cobertura e carência dos planos.
- **Glosas técnicas:** são vinculadas à apresentação dos valores de serviços, medicamentos e procedimentos médicos realizados e dados do contrato de serviços. Chama-se de glosa técnica porque os gerentes de contas e faturas dos planos de saúde ou convênios médicos solicitam explicações técnicas sobre os itens faturados, quanto aos seus valores e quantidades e/ou incongruências de códigos do atendimento/aplicações. Os casos mais comuns são: valores incorretos em relação a quantidade ou tipo de serviços ou procedimentos; restrições por

idade/periodicidade; validade da autorização dos procedimentos; validade da indicação da realização dos exames e procedimentos.

- Glosas lineares: são recorrentes de uma postura unilateral dos planos de saúde que resolvem glosar um percentual ou valor financeiro sobre a fatura, independente do valor total e, sem razões técnicas ou legais para tal atitude. Normalmente os convênios médicos ou planos de saúde fazem as glosas lineares reduzindo um percentual (de 5% até 20%) sobre o valor da fatura mensal de um determinado prestador de serviços e simplesmente não pagam essa diferença dentro do período pré-estabelecido em contrato de parcerias.

Diversos estudos técnicos demonstram que internamente 82% das glosas são administrativas e 18% são glosas técnicas. Já a glosa linear - que tem características extras ao prestador de serviço - ocorre em mais de 62% dos planos de saúde (JUNIOR, 2009).

Motta (2010) descreve etapas para operacionalizar o recurso de glosa de forma mais organizada:

- a) O prestador de serviços médicos recebe a descrição dos itens de glosados em formulário destinado ao recurso de glosa ou papel timbrado da operadora. É importante que o formulário contenha a data em que a análise foi realizado e por quem foi realizada;
- b) O prestador tem um prazo, geralmente de 30 dias, para recusar a glosa. Esta recusa deve estar definida em contrato ou adendo contratual da operadora;
- c) O recurso de glosa deve ser enviado dentro do prazo pré estabelecido para a operada em formulário destinado ao recurso de glosa ou papel timbrado da operadora. É importante que o formulário contenha a data em que a análise foi realizado e por quem foi realizada;
- d) A operadora recebe o recurso de glosa e realizada a análise administrativa e/ou técnica. A operadora tem um prazo, geralmente de 30 dias, para dar o retorno à instituição.

Este tipo de operacionalização pode ser útil por evitar contratemplos e prejuízos à instituição prestadora de serviço e promove a relação delas com as operadoras de planos de saúde.

2.3 Padronização de processos

A padronização é um termo que tem sido discutido desde a Revolução Industrial. Com a chegada da tecnologia surgiu a necessidade de igualar produtos, processos e serviços visando a qualidade do resultado final. Logo, a padronização tem como objetivo estabelecer padrões de referência para a realização de determinadas atividades desempenhadas na instituição.

O padrão é considerado um compromisso documentado e utilizado por todos os indivíduos de uma instituição e não deve ser determinado apenas pelos níveis hierárquicos mais elevados, mas em conjunto com todos os níveis da organização. O padrão acordado deve ser seguido e utilizado de acordo com suas regras, e deve ter uma revisão continuada do conteúdo. Quando um padrão é seguido e tem revisões constantes a fim de discutir possíveis melhorias, pode-se dizer que a organização possui domínio do seu processo e tem garantia de qualidade e eficácia de seu produto/serviço, uma vez que o cumprimento das metas depende do conhecimento de todos os envolvidos no processo (LUCENA; ARAÚJO; SOUTO, 2006).

Campos (2004, p.51) cita que “padrão é o instrumento que indica a meta (fim) e os procedimentos (meios) para execução dos trabalhos, de tal maneira que cada um tenha condições de assumir a responsabilidade pelos resultados de seu trabalho”. Para Freitas; Guareschi (2012), padronizar um processo auxilia na redução das perdas da instituições, pois com a padronização aspira-se o máximo do desempenho nas atividades, e sem ela o processo pode levar ao desperdício e falhas.

Freitas; Guareschi (2012, p. 61) observam que:

A importância da elaboração do manual deve ser conjunta, levando em consideração a diversidade das atribuições dos diversos setores, seja em uma empresa privada ou no serviço público. Os manuais preocupam-se em divulgar na instituição aspectos relacionados à estrutura

organizacional e seus métodos, rotinas e procedimentos administrativos básicos.

Os mesmos autores descrevem algumas vantagens do processo de padronização, dentre elas:

- a) Auxílio na efetivação de normas, procedimentos e funções administrativas;
- b) Uniformização da terminologia básica do processo administrativo, possibilitando a padronização das atividades;
- c) Contribuição para o crescimento da eficiência e eficácia dos trabalhos realizados;
- d) Caracterização de um instrumento de consulta e orientação na organização;
- e) Evita a improvisação no desenvolvimento das atividades sob diversas formas;
- f) Aperfeiçoa o sistema hierárquico da organização, uma vez que delegam instruções escritas que possibilitam ao superior controle sobre as atividades executadas.

Além das vantagens citadas a cima, pode-se destacar também que a padronização facilita o controle dos processos, qualifica e desenvolve a equipe de trabalho, e aplica novos conhecimentos em tecnologia, promovendo um padrão na qualidade. Um serviço realizado com qualidade e eficácia gera clientes satisfeitos e, conseqüentemente, reduz possíveis custos desnecessários à instituição.

Com a padronização surgiu a necessidade de criar um manual padronizado que tivesse o objetivo de garantir a eficácia dos resultados esperados na execução de cada tarefa, sendo assim, foi criado o Procedimento Operacional Padrão, conhecido também como POP.

2.3.1 Procedimento Operacional Padrão

O Procedimento Operacional Padrão - POP é um documento no

qual está descrito detalhadamente a rotina de atividades repetitivas a serem realizadas em determinado setor a fim de alcançar a meta da instituição. Duarte (2005) descreve o POP como um documento que visa a padronização das atividades e minimização da ocorrência de desvios na execução das tarefas, sendo também um instrumento para a gerência da qualidade praticar auditorias internas buscando a verificação da eficácia do processo.

Para Rocha (2012) o POP é a descrição estruturada e padronizada de uma atividade técnica-assistencial, com o objetivo de garantir e atingir o resultado esperado. A autora ainda pontua que o POP se diferencia de uma rotina convencional, já que ele descreve cada passo crítico e sequencial, apresentando uma estrutura mínima composta por: definição, objetivo, material utilizado, procedimento técnico, recomendações, responsabilidade e referência. O POP também deve ser datado e assinado pelos responsáveis, além de sofrer atualizações anualmente, ou conforme a necessidade. Quando um documento é alterado, é importante que o documento obsoleto seja retirado do local, para que este não seja utilizado por engano causando erros na execução das atividades.

Duarte (2005) pontua algumas dicas importantes para a elaboração de um POP, são elas:

- a) Nunca copiar os procedimentos de livros ou de outras empresas, pois cada organização tem suas particularidades que devem ser levadas em conta;
- b) A pessoa que executa a tarefa é quem deve descrever o POP. Além de contribuir para um melhor resultado, faz com que o profissional se sinta parte integrante da gestão de qualidade da instituição;
- c) Realizar anualmente, ou quando necessário, uma análise crítica a fim de verificar a aplicabilidade do manual;
- d) A linguagem utilizada no POP deverá estar de acordo com a concordância e grau de instrução das pessoas que irão utilizá-los, de preferência usar uma linguagem simples e objetiva.

Para Dainesi; Nunes (2007), a elaboração do POP fundamenta-se primeiramente na elaboração do mapeamento dos processos específicos que contemple todos os passos necessários para a realização dos

mesmos, sendo assim, é importante que todos os profissionais responsáveis pelas tarefas estejam envolvidos na hora da elaboração do manual, a fim de analisar cada passo e verificar qual mais fácil e eficiente a ser seguido.

O conteúdo do manual deve ser entendido por todos os profissionais que participem direta ou indiretamente do processo, tendo em vista que em caso de imprevistos, atestados, férias ou ausências, a substituição de um profissional não seja um problema, uma vez que o POP irá auxiliar um profissional substituto a realizar a tarefa com a mesma qualidade e eficácia.

3 METODOLOGIA

Neste momento, são estabelecidos os meios técnicos da investigação, apresentando-se o tipo de estudo, o sujeito da pesquisa, os instrumentos e os procedimentos utilizados para a coleta de dados.

3.1 Caracterização da pesquisa

A presente pesquisa é classificada, quanto à abordagem, como qualitativa. Segundo Almeida e Ribes (2000), a pesquisa qualitativa é aquela que utiliza entrevistas individuais, observações, estudos documentais e explora a fundo conceitos, atitudes, comportamentos e atributos do universo pesquisado, trabalhando com pequenas amostras para poder ampliar os aspectos exploratórios.

Quanto aos objetivos, constitui uma pesquisa exploratória porque deseja “[...] proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito [...]” (GIL, 2002, p. 41).

Em relação ao procedimento técnico, optou-se por um estudo de caso porque esta modalidade de pesquisa permite uma análise profunda de um ou de poucos objetos, de modo a permitir o detalhado conhecimento (RAUEN, 2002).

3.2 Identificação do sujeito da pesquisa

A determinação do sujeito da pesquisa foi estabelecida conforme o Regimento dos Trabalhos de Conclusão de Curso dos Cursos Superiores em Tecnologia do Instituto Federal de Santa Catarina – Campus Joinville que determina que o tema do trabalho de conclusão do

curso de Tecnologia em Gestão Hospitalar deve estar relacionado às atividades desenvolvidas no estágio curricular obrigatório.

A unidade de estudo foi o setor de faturamento de uma clínica particular referência no atendimento de doenças do aparelho digestivo e exames diagnósticos desta área, fundada no ano de 2001, localizada na cidade de Joinville/SC.

3.3 Procedimentos utilizados na coleta de dados

A coleta de dados ocorreu no período de maio a agosto de 2013, concomitantemente à realização do estágio curricular obrigatório, de carga horária de 200 horas, do curso de Tecnologia em Gestão Hospitalar. Os dados foram coletados através de observações registradas em diário de campo, entrevistas não estruturadas, avaliação de documentos. Na sequência foi realizada uma análise dos dados que resultou no presente trabalho.

4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo apresenta e discute os dados referentes ao caso estudado. Inicialmente, caracteriza-se o sujeito da pesquisa e o seu processo de faturamento. Prossegue-se com a proposta para melhoria do processo de trabalho do setor de faturamento.

4.1 Caracterização do sujeito da pesquisa

A pesquisa foi realizado no setor de faturamento uma clínica particular referência no atendimento de doenças do aparelho digestivo e exames diagnósticos desta área, criada no ano de 2001, localizada no centro da cidade de Joinville/SC. Conforme a *home page* da instituição, no ano de 2012, tornou-se a maior clínica do aparelho digestivo da região de norte do Estado de Santa Catarina com a associação de profissionais da área já conceituados na cidade.

Durante o período de estudo, o quadro de funcionários era composto por: sete médicos, uma fisioterapeuta, sete técnicos de enfermagem, dez assistentes administrativos, uma auxiliar de serviços gerais. A figura 2 apresenta o organograma da organização, elaborado pelas autoras da pesquisa.

A direção executiva é feita por um dos médicos, simultaneamente às atividades assistenciais. Segundo Diamante; Lazzarotto; Gemelli (2005), grande parte das organizações prestadoras de serviços de saúde é gerenciada pelos mesmos profissionais que prestam a assistência ao usuário e, por diversas razões, este fato dificulta a implantação de um modelo de gestão que estabeleça um planejamento institucional e a forma de condução da organização no tocante aos insumos, processos, produtos e equipamentos necessários no ambiente para cumprir com a sua função social.

A presença do responsável técnico atende à norma vigente

(Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.980/2011 que fixa regras para cadastro, registro, responsabilidade técnica e cancelamento para as pessoas jurídicas e dá outras providências).

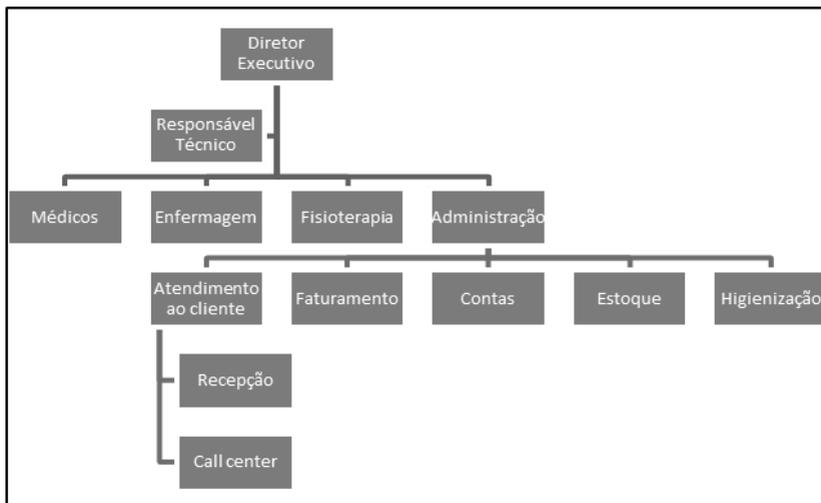


FIGURA 2 – Organograma da organização pesquisada (elaborado pelas autoras).

Atualmente são oferecidos os seguintes serviços na clínica:

- **Gastroenterologia:** especialidade clínica que trata do aparelho digestivo. Órgãos como boca, esôfago, estômago, intestino grosso, intestino delgado, fígado e pâncreas são tratados por esta especialidade;
- **Proctologia ou Coloproctologia:** especialidade cirúrgica que trata do aparelho digestório terminal, isto é, intestino grosso (cólon e reto) e ânus;
- **Cirurgia do Aparelho Digestivo:** especialidade cirúrgica que trata as patologias do aparelho digestivo. Realiza cirurgias em órgãos como esôfago, estômago, intestino delgado, fígado, pâncreas, vesícula biliar, sendo estas realizadas por videolaparoscopia ou a campo aberto dependendo da complexidade de cada caso;
- **Endoscopia Digestiva:** especialidade que realiza procedimentos

endoscópicos diagnósticos e terapêuticos no aparelho digestivo alto (endoscopia digestiva alta), baixo (colonoscopia) e vias biliares (colangiopancreatografia endoscópica retrógrada);

- Fisioterapia: com ênfase em Coloproctologia, tem como objetivo principal reabilitar a musculatura do assoalho pélvico (estrutura complexa formada por músculos, fâscias e ligamentos que se localiza entre o osso púbis e o cóccix, na pelve);
- Laboratório de Motilidade Digestiva: realiza avaliação dos distúrbios motores do trato digestivo que podem afetar o esôfago, o intestino grosso e a região anorretal, através dos exames de Manometria Esofágica e Anorretal. Também realiza o exame de phmetria esofágica, indicada na avaliação e acompanhamento dos pacientes com sintomas digestivos e respiratórios relacionados ao refluxo gastro-esofágico;
- Tratamento da Obesidade: Disponibiliza apoio multidisciplinar para o tratamento da obesidade e do sobrepeso, desde a orientação nutricional e tratamento medicamentoso até procedimentos como o balão intragástrico e a cirurgia bariátrica;
- Testes Respiratórios em Gastroenterologia: avaliam a presença no organismo do paciente da bactéria *Helicobacter pylori* (*H. pylori*), que possui papel etiológico na gastrite e úlcera péptica, e contribuem para o diagnóstico e tratamento dessas afecções.

A organização também disponibiliza aos seus clientes a possibilidade de realizar a coleta dos exames laboratoriais na própria clínica através de parceria com um laboratório clínico. Esta estratégia de marketing tem por objetivo elevar o valor percebido pelos clientes em relação ao serviço prestado pela clínica.

Muitas vezes, os processos não relacionados ao negócio central do serviço prestado têm mais influência no nível de satisfação do cliente do que os processos relacionados ao serviço-fim. A formação geral da satisfação de um consumidor “é resultado de sua interação com todos os processos correlatos ao serviço prestado e não somente com aqueles relacionados exclusivamente ao serviço essencial” (MAGALDI; CRESCITELLI, 2008, p. 67).

Quanto ao espaço físico, disponibiliza de três recepções gerais,

três salas de espera, sete consultórios médicos, uma sala de exames laboratoriais, quatro banheiros de uso comum, três salas de exames especializados, uma sala de recuperação, uma copa, uma área de serviço, um *call center*, uma sala administrativa e um almoxarifado.

A clientela atendida provém de demanda espontânea e referenciada. A maior parte dos atendimentos está vinculado aos convênios com operadoras de planos de saúde. A clínica possui convênio com oito operadoras de planos de saúde e mais nove convênios com empresas e sindicatos da região de Joinville. Silva (2003) relata que pela progressiva escassez dos pacientes privados e pela crescente deterioração do relacionamento com a área pública os prestadores de serviços de saúde não relutaram em compor uma associação forte e firme com as operadoras de planos de saúde. Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública, já em 1995, apontou que 75 a 90 % dos médicos ouvidos declararam depender diretamente dos convênios para manter suas atividades em consultório. (MACHADO, 1995 apud SILVA, 2003).

O setor administrativo da clínica está instalado em uma sala adjacente àquelas destinadas à assistência aos clientes e divide o seu espaço físico com o almoxarifado. Possui uma equipe composta por uma coordenadora e duas assistentes administrativas. Nenhum dos profissionais do setor possui formação na área de gestão.

O setor administrativo é responsável por diversas atividades, tais como:

- Faturamento dos serviços prestados às entidades conveniadas: emissão das faturas de cobrança, controle de faturas pendentes, análise dos relatórios de faturas recebidas, verificação da ocorrência de glosas e recursos para reversão e pagamento das mesmas, organização dos comprovantes dos serviços;
- Compras de materiais/equipamentos e controle de estoques: pesquisa de fornecedores, levantamento de preços, negociação com fornecedores, controle e organização dos estoques;
- Recursos humanos: recrutamento e seleção de colaboradores, pagamento dos salários e das vantagens (vale alimentação e vale

transporte);

- Controle financeiro: contas a pagar, movimentação financeira do caixa e bancária, supervisão de contratos e convênios.

Para organizar a realização de tantas atividades, as tarefas são divididas. A coordenadora do setor é responsável pelo faturamento dos serviços prestados aos convênios de menor relevância, análise dos relatórios de faturas recebidas, verificação da ocorrência de glosas e recursos para reversão e pagamento das mesmas, organização dos comprovantes dos serviços; compras de materiais/equipamentos e controle de estoques; recursos humanos e controle financeiro.

As assistentes administrativas são responsáveis pelo faturamento dos serviços prestados às operadoras, conforme as normas contratuais de cada convênio, deixando as guias prontas para o fechamento dos malotes e envio para cobrança nos respectivos convênios. Estas atividades correspondem à maior demanda do setor administrativo, considerando que a maior parte dos serviços prestados na clínica estão vinculados aos planos de saúde.

4.2 Características do processo de faturamento na instituição pesquisada

Diariamente as guias de consultas e SP/SADT são recolhidas da recepção e das salas de exames e separadas por convênios pelas assistentes administrativas. As guias de honorário individual são trazidas dos hospitais pelos médicos após a realização dos procedimentos.

Procede-se a conferência do preenchimento das guias de consultas, SP/SADT e de honorário individual, realizado pela recepção, médicos e/ou fisioterapeuta, de acordo com as especificações de cada convênio, atentando para: datas, códigos, assinaturas e número de registro do cliente na operadora. Conforme a Agência Nacional de Saúde Suplementar (BRASIL, 2013c), uma guia SP/SADT é composta por 89 itens, dos quais pelo menos 22 são de preenchimento obrigatório.

Por conseguinte, elabora-se a folha de gastos e transcrevem-se nas guias os valores nos campos específicos (taxas diversas, taxas de materiais, taxas de medicamentos, valor do procedimento, valor total da guia). Os valores são estabelecidos conforme as tabelas CBHPM, SIMPRO e BRASÍNDICE, porém algumas taxas são negociadas entre as partes.

Quando são utilizados materiais de alto custo (pinças de biópsia, alça de polipectomia e/ou balões de dilatação) ou realizados procedimentos excedentes aos autorizados, faz-se um novo pedido de autorizações às operadoras ou de inclusão do material na senha já fornecida. Para certificar o uso de materiais de alto custo e possibilitar o pagamento (realizado diretamente da operadora para o fornecedor) as operadoras exigem a nota fiscal do produto. Também pode ser indispensável incluir o laudo do exame realizado. As autorizações ou solicitações de inclusão podem ser realizadas via telefone ou *e-mail*. Já as notas fiscais são solicitadas por *e-mail*. Os laudos são obtidos através do *software* de gerenciamento de exames de imagem. Todos estes documentos são anexados às guias.

Por fim, nas frequências estipuladas para o envio, são aprontados os malotes para os convênios. Os malotes para convênios com maior carta de clientes são enviados semanalmente, enquanto que, para os com menor carta de clientes, são enviados mensalmente. Em geral, o transporte dos malotes aos convênios é realizado por um *office boy*.

Observou-se que poucas operadoras de planos de saúde adotam o sistema de entrega eletrônico. Apenas um dos planos conveniados à clínica pesquisada possui o sistema totalmente informatizado. Porém, os demais, ainda exigem a comprovação documental dos procedimentos. O plano que concentra o maior fluxo de clientes tem apenas uma parte do processo informatizado, sendo que uma das assistentes administrativas dedica-se exclusivamente ao faturamento deste plano. O que ratifica a afirmação de Balzan (2000) que refere que há uma variedade enorme de particularidades de cada agente financiador, obrigando, muitas vezes, os gestores destas organizações a nomearem funcionários exclusivos para determinados convênios.

Notou-se que se trata de um processo extremamente

burocratizado, bastante expostos a erros. Cada operadora possui inúmeras particularidades. Não existe nenhum documento que retrate este fluxo de trabalho. Não são raras as situações em que são levantadas dúvidas a respeito deste fluxo. A ausência de uma das colaboradoras do setor pode comprometer todo o processo de faturamento, não apenas pela sobrecarga de trabalho, mas principalmente pelo desconhecimento de algumas partes do processo. A clínica não possui nenhum relatório de comparação, apuração, controle do percentual e justificativa das glosas.

4.3 Proposta para melhoria do processo de trabalho setor de faturamento

Um pequeno erro, aparentemente inofensivo, pode resultar em grande prejuízo financeiro à organização prestadora de serviços de saúde já que abre precedente para glosas, diante de sistemas de auditoria cada vez mais rigorosos. Deste modo, para a empresa prestadora de serviço de saúde manter a sua posição no mercado é essencial o planejamento, a revisão de processos e o acompanhamento do desempenho do setor de faturamento, assim como melhorias constantes.

Diante das características do setor de faturamento da clínica pesquisa, expostas no item anterior, analisamos a necessidade de uma ferramenta que diminuísse a possibilidade de erro no faturamento das guias e o risco de glosas; que pudesse sanar dúvidas e que servisse para treinamento de novos colaboradores. Desta forma, a padronização dos processos revelou-se uma boa alternativa para o problema.

A ideia da elaboração do procedimento operacional padrão - POP foi apresentada à equipe do setor e bem aceita. Ficou a cargo das assistentes administrativas, donas do processo, prestar todo o auxílio que fosse necessário.

Os POPs foram elaborados conforme as orientações de Duarte (2005) e Dainesi; Nunes (2007), apresentadas no capítulo 2, sendo necessárias três etapas para a sua conclusão. Iniciou-se com a

observação e transcrição das tarefas rotineiras que as assistentes administrativas faziam para uma folha de papel. Cabe ressaltar que estas tarefas também eram parte da rotina das autoras durante o estágio curricular obrigatório. Isto facilitou o entendimento dos fluxos, bem como a sua transcrição.

Na segunda etapa, todas as informações registradas foram organizadas, digitadas e formatadas em um editor de textos. É importante destacar que não houve cópia de procedimentos de manuais de outras instituições. Procurou-se utilizar na redação da instrução uma linguagem simples e objetiva com o intuito de facilitar o entendimento das pessoas envolvidas nas tarefas.

Por fim, realizou-se a revisão. Foi solicitado às assistentes administrativas que revisassem o conteúdo das instruções com a intenção de analisar se os processos descritos retratavam com fidelidade a rotina do setor, se a linguagem estava clara e se alguma informação não havia sido incluída, dentre outras possibilidades. Todas as alterações sugeridas foram realizadas. Concluída esta primeira revisão, as instruções de trabalho foram encaminhadas para a aprovação da chefe do setor administrativo e do diretor executivo da clínica.

Foram elaborados oito POPs. Optou-se por inicialmente descrever a forma geral do processo de faturamento. Por conseguinte, foram elaborados outros sete POPs dedicados a cada um dos planos conveniados, retratando com detalhes as suas particularidades. Para preservar a identidade da clínica estudada, dos convênios e de fornecedores, neste trabalho os seus nomes foram trocados por letras do alfabeto; números de telefone, e-mails e endereços foram omitidos.

O quadro 1 apresenta o POP nº 1, referente ao faturamento geral de guias de convênios. Este POP delinea o procedimento realizado para faturar as guias de consultas, de SP/SADT e de honorário individual, deixando-as prontas para o fechamento dos malotes e envio para cobrança nos respectivos convênios.

QUADRO 1 – POP 1: Faturamento de Guias de Convênios

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO: FATURAMENTO DE	POP Nº1 Versão: 1 Data:
--	--	--

	GUIAS DE CONVÊNIOS	03/10/2013
Elaborado: Caroline Brilinger, Joice Pacher	Revisado:	Aprovado:
Data:	Data:	Data:
Visto:	Visto:	Visto:
<p>OBJETIVO: Descrever o procedimento realizado pelo setor de Faturamento para faturar as guias de consultas, de serviço profissional/serviço auxiliar de diagnóstico e terapia (SP/SADT) e de honorário individual conforme as normas contratuais de cada convênio, deixando estas guias prontas para o fechamento dos malotes e envio para cobrança nos respectivos convênios.</p> <p>RESPONSABILIDADE: Assistentes administrativos.</p> <p>MATERIAL NECESSÁRIO: Microcomputador, impressora, máquina de calcular.</p>		
PROCEDIMENTOS		
<p>1.1 Recolher diariamente as guias de consultas e SP/SADT dos convênios da recepção e das salas de exames, separando-as por convênios.</p> <p>1.2 Conferir o preenchimento das guias de consultas, SP/SADT e de honorário individual de acordo com as especificações de cada convênio, atentando para: datas, códigos, assinaturas e número de registro do cliente no plano.</p> <p>1.3 Para as guias SP/SADT, elaborar a folha de gastos, anexar à guia e transcrever os valores nos campos específicos (taxas diversas, taxas de materiais, taxas de medicamentos, valor do procedimento, valor total da guia).</p> <p>1.4 Anexar à guia SP/SADT a nota fiscal do material utilizado no procedimento quando houver necessidade.</p> <p>1.5 As autorizações e notas fiscais devem ser solicitadas através do e-mail do setor ou por contato telefônico.</p> <p>1.6 Fechar os malotes para cada convênio com suas respectivas capas.</p> <p>1.7 Enviar os malotes para os convênios, conforme as datas de recolhimento.</p>		

O POP nº 2, apresentado no quadro 2, trata do convênio “A” cujo sistema de faturamento é parcialmente eletrônico. Apesar do conteúdo das guias ser transferido no sistema disponibilizado no site da operadora, exige-se a comprovação documental dos serviços realizados, ou seja, também é necessário o envio das guias e de relatórios para a operadora.

Além disso, para alguns procedimentos, esta operadora possui tabela com preços diferenciados de acordo com o tipo de plano do usuário (descritos no POP como “A1” e “A2”), o que implica em atenção redobrada na hora de gerar as folhas gastos: se houver confusão no tipo de plano e o valor cobrado for maior que o esperado a guia será glosada. Entretanto, se o valor estiver aquém do esperado, o convênio efetuará o pagamento do valor apresentado. Em ambas as situações existe prejuízo financeiro para a organização.

QUADRO 2 – POP 2: Faturamento do Convênio “A”

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO: FATURAMENTO DO CONVÊNIO “A”	POP N°2 Versão: 1 Data: 03/10/2013
Elaborado: Caroline Brilinger, Joice Pacher Data: Visto:	Revisado: Data: Visto:	Aprovado: Data: Visto:
OBJETIVO: Descrever o procedimento realizado pelo setor de Faturamento para faturar as guias de SP/SADT conforme as normas contratuais do convênio “A”, deixando estas guias prontas para o fechamento dos malotes e envio para cobrança.		
RESPONSABILIDADE: Assistentes administrativos.		
MATERIAL NECESSÁRIO: Microcomputador, impressora, máquina de calcular.		
PROCEDIMENTOS		
2.1 Recolher diariamente as guias de consultas e SP/SADT da recepção e das salas de exames.		
2.2 Preencher as guias SP/SADT de acordo com as especificações do convênio, atentando para datas, códigos, assinaturas e número de registro do cliente no convênio.		

2.3 Verificar se foram realizados procedimentos excedentes aos autorizados ou utilizados materiais de alto custo, caso houver necessidade, solicitar a autorização dos mesmos na senha:

- Observar o início da numeração do registro do cliente no convênio:
 - 0027(...): “A1”;
 - 00275(...) e outros inícios: “A2”.
- A1: solicitar por telefone. Se o material de alto custo for “Balão de Dilatação”, solicitar a inclusão por email, com a guia SP/SADT do cliente digitalizada em anexo, para.
- A2: solicitar por e-mail, com a guia do cliente digitalizada em anexo. O prazo de resposta é de 7 (sete) dias, caso o prazo não seja respeitado, realizar contato telefônico.

Observações:

- Se for enviada a autorização do procedimento numa senha diferente da pré-existente, entrar em contato novamente com a Unimed e solicitar a inclusão do procedimento na senha pré-existente.
- Quando o convênio solicitar o laudo do procedimento, obter o mesmo através do programa “I-Med” fazendo a busca pelo nome do paciente. Salvar o laudo em forma de texto em arquivo com extensão “.pdf” e enviar por e-mail. Não é necessário enviar imagem.
- Reservar as guias que estão esperando a autorização com anotação da data de envio da solicitação.

2.4 Inserir no sistema on-line de “A” as guias SP/SADT autorizadas verificando o uso de materiais ou medicamentos excedentes através da comunicação interna específica.

- Abrir o navegador da internet e buscar na opção “**Favoritos**” o site. Nome do usuário e senha estão salvos no navegador.
- Abrir a aba “**Exames**” e clicar no ícone “+ **Novo Exame**”.
- Na janela seguinte, o programa solicita a leitura da carteira do cliente. Selecionar a opção “**Sem Cartão**”. Identificar se o cliente pertence à “A1” ou “A2”.
- Digitar o **número de registro do cliente** nos campo correspondente. Conferir os dados do cliente e selecionar o botão “**Atualizar**”.
- Observar se a guia existente está com o preenchimento correto,

caso contrário ou se houver material de alto custo para ser incluído, selecionar o campo “**Digitar Guia SADT**”.

- Preencher todos os itens indispensáveis da guia [marcados com asterisco (*)]. Para o item “Código do Procedimento”, não digitar o último número do código. Ao final, clicar em “**Finalizar**”.
- Entrar novamente na guia cadastrada e alterar a data de execução do procedimento, marcar o número de vezes que o procedimento foi realizado e clicar em “**Gravar**”.
- Selecionar a opção “**Outras Despesas**” (segundo ícone ao lado do nome do paciente) e, na sequência, inserir o “**kit**” específico do procedimento realizado, checar as datas de utilização e “**Gravar**”.
- Finalizar as guias conjuntamente, quando todas aquelas que serão enviadas no mesmo malote já estiverem digitadas.

2.5 Elaborar a folha de gastos, observando que as taxas são diferentes para cada Unimed.

- Buscar no computador a pasta “Folhas de Gasto”.
- Abrir o arquivo que corresponde ao plano do cliente.
- Selecionar o procedimento e colocar a data de realização do mesmo.
- Imprimir a página referente ao procedimento realizado.

2.6 Anotar na folha de gastos o “Número de Guia Referenciada” conforme a numeração de controle anotada no caderno de controle interno de guias referenciadas.

2.7 Transcrever nas guias o valor das taxas diversas, de medicação e de materiais.

2.8 Finalizar as guias no sistema on-line.

2.9 Imprimir três vias do “Relatório de Produção Sintético”. Duas vias devem ser enviadas no malote (uma dentro e outra grampeada fora), a outra via deve ser arquivada. Cada médico deve ter o seu relatório.

2.11 Imprimir o “Relatório de Produção Analítico” de cada médico e identificar os procedimentos de alto custo com as suas respectivas senhas.

2.12 Digitalizar as guias SP/SADT com material de alto custo (pinças de biópsia, alças de polipectomia e/ou balões de dilatação) e salvar na pasta

“Senhas”. O nome do arquivo será o nome do paciente.

2.13 Elaborar uma planilha para os fornecedores de materiais de alto custo, anotando os seguintes dados: nome do cliente; número de registro no convênio; nome do médico; data do procedimento; senha; número da guia. Enviar para o email do fornecedor. Imprimir uma cópia para controle interno e arquivar.

2.14 Ordenar as guias SP/SADT de cada médico conforme a sequência do “Relatório de Produção Sintético”.

2.15 Colocar em envelopes (um para cada médico) as guias e o “Relatório de Produção Sintético”, fechar o envelope e identificar da seguinte forma:

- Remetente: Clínica “X” (nome do médico);
- Destinatário: “A”.

2.16 Enviar os malotes para “A” pelo office-boy preferencialmente às sextas-feiras ou, quinzenalmente, nos dias 15 (quinze) e 30 (trinta) de cada mês.

2.17 Arquivar a via do “Relatório de Produção Sintético” com o protocolo de recebimento.

O quadro 3 mostra o POP nº 3, referente ao convênio “B”. Este convênio não possui um sistema informatizado para envio das guias. Um diferencial do seu processo de faturamento é o uso de envelopes padronizados para o envio dos malotes. Os envelopes possuem uma “capa de lote” impressa no seu próprio corpo que apresenta campos a serem preenchidos com os dados da clínica ou médico conveniado e da numeração de todas as guias nele contidas. No momento da entrega do malote os funcionários do convênio conferem se as informações da capa de lote estão de acordo com o conteúdo do envelope. Se não houver conformidade, o malote não é recebido até que seja feita a correção.

QUADRO 3 – POP 3: Faturamento do Convênio “B”

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO: FATURAMENTO DO CONVÊNIO “B”	POP Nº3 Versão: 1 Data: 03/10/2013
Elaborado: Caroline	Revisado:	Aprovado:

Brilinger, Joice Pacher Data: Visto:	Data: Visto:	Data: Visto:
<p>OBJETIVO: Descrever o procedimento realizado pelo setor de Faturamento para faturar as guias de consulta e de SP/SADT conforme as normas contratuais do convênio “B”, deixando estas guias prontas para o fechamento dos malotes e envio para cobrança.</p> <p>RESPONSABILIDADE: Assistentes administrativos.</p> <p>MATERIAL NECESSÁRIO: Microcomputador, impressora, máquina de calcular.</p>		
PROCEDIMENTOS		
<p>3.1 Guias de Consultas</p> <p>3.1.1 Recolher diariamente as guias de consulta da recepção e das salas de exames.</p> <p>3.1.2 Preencher as guias de consulta de acordo com as especificações do convênio, atentando para datas, códigos, assinaturas e número de registro do cliente no convênio.</p> <p>3.1.3 Separar as guias por médico, destacando a segunda via.</p> <p>3.1.4 Colocar as primeiras vias das guias de consulta dentro de um envelope comum e identificar com a “Carta de Remessa de Guia de Consulta Médica”, devidamente preenchida com os dados de cada médico.</p> <p>3.1.5 Arquivar as segundas vias, identificando a data que o lote foi enviado.</p> <p>3.1.6 Enviar os malotes para o convênio pelo office-boy semanalmente.</p> <p>3.2 Guias de SP/SADT</p> <p>3.2.1 Recolher diariamente as guias de SP/SADT recepção e das salas de exames.</p> <p>3.2.2 Preencher as guias de SP/SADT de acordo com as especificações do convênio, atentando para datas, códigos, assinaturas e número de registro do cliente no convênio.</p> <p>3.2.3 Conferir se as guias estão autorizadas. Precisam de autorização:</p>		

- Polipectomia de Esôfago e de Cólon, Excisão e Sutura: solicitar a autorização por telefone;
- Ligadura, Phmetria, Manometria, Endoscopia Digestiva Alta, Fisioterapia: devem ter sido autorizados na recepção, caso contrário solicitar a autorização por telefone.

Observação:

- O Call Center de “B” fornecerá o número do protocolo, que deverá ser anotado a lápis no campo “senha” da guia de SP/SADT. Aguardar dois dias e ligar novamente solicitando a senha da autorização.
- Se o convênio estiver na carência ou precisar de autorização da empresa solicitar a autorização por e-mail.

3.2.4 Para material de alto custo (pinças de biópsia, alças de polipectomia e/ou balões de dilatação) buscar o computador a pasta “Modelo de Solicitação de Nota Fiscal” e elaborar uma planilha contendo os itens: nome do paciente, número de registro no convênio, médico executante, material utilizado, data do procedimento. Organizar a planilha por ordem alfabética de médico executante. Salvar uma cópia do arquivo com extensão “.pdf” e outra com extensão “.exe”.

- Enviar a cópia com extensão “.pdf” para o e-mail do fornecedor solicitando a nota fiscal. Enviar a planilha com extensão “.exe” para o e-mail da chefia do setor.
- Imprimir a planilha e reservar junto às guias de SP/SADT.
- Aguardar o retorno, imprimir as notas fiscais e anexar na guia de SP/SADT correspondente.
- Imprimir o boleto de pagamento recebido junto com as notas fiscais, anexar a cópia da planilha (guardada junto às guias) e enviar para o responsável pelas contas a pagar.

3.2.5 Elaborar as folhas de gastos.

- Buscar no computador a pasta com o arquivo “Folhas de Gasto”.
- Abrir o arquivo “B”. Selecionar o procedimento realizado colocando a data de realização.
- Imprimir a página referente ao procedimento realizado e anexar na guia de SP/SADT.

3.2.6 Transcrever nas guias o valor do procedimento, das taxas diversas, de medicação, de materiais e calcular o valor total da guia de SP/SADT.

3.2.7 Para Polipectomia, deve-se imprimir o laudo do exame e anexá-lo à guia correspondente.

- Entrar no programa “I-Med” fazendo a busca pelo nome do paciente. Salvar o laudo em forma de texto em arquivo com extensão “.pdf” e imprimir.

3.2.8 Registrar todas as guias de SP/SADT que serão enviadas no malote na planilha de controle (localizada no Google Drive).

3.2.9 Colocar as guias de SP/SADT dentro do envelope específico do convênio “B” e preencher a “capa de lote”. Separar um envelope para exames de gastrologia e outro para exames de proctologia.

- Excisão, sutura e ligadura: mandar as guias de SP/SADT em envelopes separados por médicos. Preencher a capa de lote com os dados do médico executante e não da clínica.

3.2.10 Enviar os malotes para o convênio pelo office boy, semanalmente.

Os convênios “B” e “C” (quadro 4) pertencem ao mesmo grupo empresarial. Desta forma, o processo de faturamento é bastante semelhante, como pode ser observado no quadro 4. A exceção fica por conta do envelope para o envio do malote e da entrega. Para o convênio “C” usa-se envelope simples, a capa de lote é um formulário à parte, não existe conferência do conteúdo no momento da entrega do malote.

QUADRO 4 – POP 4: Faturamento do Convênio “C”

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO: FATURAMENTO DO CONVÊNIO “C”	POP N°4 Versão: 1 Data: 03/10/2013
Elaborado: Caroline Brilinger, Joice Pacher Data: Visto:	Revisado: Data: Visto:	Aprovado: Data: Visto:
OBJETIVO: Descrever o procedimento realizado pelo setor de Faturamento para faturar as guias de consulta, de SP/SADT e de honorários individuais conforme as normas contratuais do convênio “C”, deixando estas guias prontas para o fechamento dos malotes e envio para cobrança.		

RESPONSABILIDADE: Assistentes administrativos.

MATERIAL NECESSÁRIO: Microcomputador, impressora, máquina de calcular.

PROCEDIMENTOS

4.1 Guias de Consultas

4.1.1 Recolher diariamente as guias de consulta da recepção e das salas de exames.

4.1.2 Preencher as guias de consulta de acordo com as especificações do convênio, atentando para datas, códigos, assinaturas e número de registro do cliente no convênio.

4.1.3 Destacar a segunda via e arquivar, identificando a data que o lote foi enviado.

4.1.4 Colocar as primeiras vias das guias de consulta dentro de um envelope comum e identificar com o “Controle de Remessa”, devidamente preenchida.

4.1.6 Enviar os malotes para o convênio “C” pelo office-boy, semanalmente ou antes dos dias 15 e 30 de cada mês.

4.2 Guias SP/SADT

4.2.1 Recolher diariamente as guias de SP/SADT recepção e das salas de exames.

4.2.2 Preencher as guias de SP/SADT de acordo com as especificações do convênio, atentando para datas, códigos, assinaturas e número de registro do cliente no convênio.

4.2.3 Para material de alto custo (pinças de biópsia, alças de polipectomia e/ou balões de dilatação) buscar o computador a pasta “Modelo de Solicitação de Nota Fiscal” e elaborar uma planilha contendo os itens: nome do paciente, número de registro no convênio, médico executante, material utilizado, data do procedimento. Organizar a planilha por ordem alfabética de médico executante. Salvar uma cópia do arquivo com extensão “.pdf” e outra com extensão “.exe”.

- Enviar a cópia com extensão “.pdf” para o e-mail do fornecedor solicitando a nota fiscal. Enviar a planilha com extensão “.exe”

para o e-mail da chefia

- Imprimir a planilha e reservar junto às guias de SP/SADT.
- Aguardar o retorno, imprimir as notas fiscais e anexar na guia de SP/SADT correspondente.
- Imprimir o boleto de pagamento recebido junto com as notas fiscais, anexar a cópia da planilha (guardada junto às guias) e enviar para o responsável pelas contas a pagar.

4.2.4 Elaborar as folhas de gastos.

- Buscar no computador a pasta com o arquivo “Folhas de Gasto”.
- Abrir o arquivo do convênio “C”. Selecionar o procedimento realizado colocando a data de realização.
- Imprimir a página referente ao procedimento realizado e anexar na guia de SP/SADT.

4.2.5 Transcrever nas guias o valor do procedimento, das taxas diversas, de medicação, de materiais e calcular o valor total da guia de SP/SADT.

4.2.6 Destacar a segunda via e arquivar, identificando a data que o lote foi enviado.

4.2.7 Para Polipectomia, deve-se imprimir o laudo do exame e anexá-lo à guia correspondente.

- Entrar no programa “I-Med” fazendo a busca pelo nome do paciente. Salvar o laudo em forma de texto em arquivo com extensão “.pdf” e imprimir.

4.2.8 Colocar as guias de SP/SADT dentro de um envelope e preencher o “Controle de Remessa”.

4.2.9 Enviar os malotes para o convênio pelo office-boy, semanalmente ou até os dias 15 e 30 de cada mês.

4.3 Guias de Honorários Individuais

4.3.1 O médico executante traz a guia de honorário individual com cópia da guia de solicitação de internação do hospital onde a cirurgia foi realizada para o setor de faturamento.

4.3.2 Preencher as guias de honorário individual de acordo com as

especificações do convênio, atentando para datas, códigos, assinaturas e número de registro do cliente no convênio.

4.3.3 Calcular o valor do procedimento conforme a tabela CBHPM e a porcentagem pactuada com o convênio. Inserir o valor do procedimento no local apropriado da guia.

4.3.4 Anotar no caderno de controle de cirurgias os itens: nome do paciente, procedimento realizado, médico, número da guia, data do procedimento e valor total da guia.

4.3.5 Colocar as guias de honorário individual dentro de um envelope comum e identificar com o “Controle de Remessa”. Cada médico deve ter o seu próprio envelope.

4.3.6 Enviar os malotes para o convênio pelo office-boy, semanalmente ou até os dias 15 e 30 de cada mês.

As autorizações, nos convênios “A”, “B” e “C” são solicitadas por telefone ou e-mail. No caso do convênio “D” (quadro 5) estas autorizações podem ser solicitadas no *site* do próprio convênio. Este pequeno detalhe torna o processo de autorização muito mais ágil. As ligações aos *call centers* das operadoras costumam ser morosas e tomam um grande tempo para a sua realização. Em geral, é necessário permanecer um longo tempo na linha até conseguir um atendente. E, quando consegue-se, ainda existe um número limitado de autorizações que podem ser cedidas a cada ligação.

O convênio “D”, ao contrário dos demais, não exige um envelope para cada tipo de guia. Desta forma, guias de consultas, de SP/SADT e de honorário individual são enviadas no mesmo envelope.

QUADRO 5 – POP 5: Faturamento do Convênio “D”

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO: FATURAMENTO DO CONVÊNIO “D”	POP N°5 Versão: 1 Data: 03/10/2013
Elaborado: Caroline Brilinger, Joice Pacher Data: Visto:	Revisado: Data: Visto:	Aprovado: Data: Visto:
OBJETIVO: Descrever o procedimento realizado pelo setor de		

Faturamento para faturar as guias de consulta, de SP/SADT e de honorários individuais conforme as normas contratuais do convênio “D”, deixando estas guias prontas para o fechamento dos malotes e envio para cobrança.

RESPONSABILIDADE: Assistentes administrativos.

MATERIAL NECESSÁRIO: Microcomputador, impressora, máquina de calcular.

PROCEDIMENTOS

5.1 Guias de Consultas

5.1.1 Recolher diariamente as guias de consultas da recepção e das salas de exames.

5.1.2 Preencher as guias de consulta de acordo com as especificações do convênio, atentando para datas, códigos, assinaturas e número de registro do cliente no plano.

5.1.3 Verificar se a guia de consulta está autorizada, caso contrário, solicitar autorização:

- Abrir o site do convênio;
- No link “**Serviços**”, selecionar a opção “**Credenciados**”;
- Informar o “**Número do Operador**” e a “**Senha**”;
- No link “**Autorização**” selecionar “**Consulta**”;
- Informar o código do procedimento e o executante e clicar em “**Autorizar**”.
- Anotar a senha da autorização na guia de consulta, próximo ao número sequencial da guia.

5.1.4 Registrar todas as guias de consulta que serão enviadas no malote na planilha de controle (localizada no Google Drive).

5.1.5 Colocar as guias de consulta dentro de um envelope comum e identificar com a capa de lote preenchida. Guias de consultas, de SP/SADT e de honorário individual são enviadas no mesmo envelope.

5.1.5 Enviar o malote para o convênio pelo office-boy, obrigatoriamente todo quinto dia útil de cada mês.

5.2 Guias de SP/SADT

5.2.1 Recolher diariamente as guias de SP/SADT da recepção e das salas de exames.

5.2.2 Preencher as guias de SP/SADT de acordo com as especificações do convênio, atentando para datas, códigos, assinaturas e número de registro do cliente no plano.

5.2.3 Verificar se todos os procedimentos realizados estão autorizados, caso contrário, solicitar autorização:

- Abrir o site do convênio;
- No link “**Serviços**”, selecionar a opção “**Credenciados**”;
- Informar o “**Número do Operador**” e a “**Senha**”;
- No link “**Autorização**” selecionar “**Consulta**”;
- Informar o código do procedimento e o executante e clicar em “**Autorizar**”.
- Anotar a senha da autorização na guia de SP/SADT.

5.2.4 Se for realizado algum procedimento não incluso na senha de autorização, solicitar nova autorização na senha já existente por e-mail.

- Polipectomia: solicitar a inclusão de material de alto custo (Alça de Polipectomia) e anexar o laudo do procedimento. Entrar no programa “I-Med” fazendo a busca pelo nome do paciente. Salvar o laudo em forma de texto em arquivo com extensão “.pdf”.

5.2.5 Elaborar a folha de gastos.

- Buscar no computador a pasta com o arquivo “Folhas de Gasto”.
- Abrir o arquivo “D”. Selecionar o procedimento realizado colocando a data de realização.
- Imprimir a página referente ao procedimento realizado e anexar na guia SP/SADT.

5.2.6 Transcrever nas guias o valor do procedimento, das taxas diversas, de medicação, de materiais e calcular o valor total da guia.

5.2.7 Para Polipectomia, deve-se imprimir o laudo do exame e anexá-lo à guia correspondente.

- Entrar no programa “I-Med” fazendo a busca pelo nome do paciente. Salvar o laudo em forma de texto em arquivo com extensão “.pdf” e imprimir.

5.2.8 Para Retossigmoidoscopia Rígida, deve-se anexar a guia de consulta

com a guia de SP/SADT e conferir se a senha de autorização é a mesma.

5.2.9 Colocar as guias de SP/SADT dentro de um envelope comum e identificar com a capa de lote preenchida. Guias de consultas, de SP/SADT e de honorário individual são enviadas no mesmo envelope.

5.2.10 Enviar o malote para o convênio pelo office-boy, obrigatoriamente todo quinto dia útil de cada mês.

5.3 Guias de Honorários Individuais

5.3.1 O médico executante traz a guia de honorário individual com cópia da guia de solicitação de internação do hospital onde a cirurgia foi realizada para o setor de faturamento.

5.3.2 Preencher as guias de honorário individual de acordo com as especificações do convênio, atentando para datas, códigos, assinaturas e número de registro do cliente no convênio.

5.3.3 Calcular o valor do procedimento conforme a tabela CBHPM e a porcentagem pactuada com o convênio. Inserir o valor do procedimento no local apropriado da guia.

5.3.4 Anotar no caderno de controle de cirurgias os itens: nome do paciente, procedimento realizado, médico, número da guia, data do procedimento e valor total da guia.

5.3.5 Colocar as guias de honorário individual dentro de um envelope comum e identificar com a capa de lote preenchida. Guias de consultas, de SP/SADT e de honorário individual são enviadas no mesmo envelope.

5.3.6 Enviar os malotes para o convênio pelo office-boy obrigatoriamente todo quinto dia útil de cada mês.

O convênio “E”, apresentado no quadro 6, também tem como ponto positivo no seu processo de faturamento a utilização do *site* para a solicitação de autorizações.

QUADRO 6 – POP 6: Faturamento do Convênio “E”

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO: FATURAMENTO DO	POP N°6 Versão: 1 Data:
--	--	--

	CONVÊNIO “E”	03/10/2013
Elaborado: Caroline Brilinger, Joice Pacher	Revisado:	Aprovado:
Data:	Data:	Data:
Visto:	Visto:	Visto:
<p>OBJETIVO: Descrever o procedimento realizado pelo setor de Faturamento para faturar as guias de consulta, de SP/SADT e de honorários individuais conforme as normas contratuais do convênio “E”, deixando estas guias prontas para o fechamento dos malotes e envio para cobrança.</p> <p>RESPONSABILIDADE: Assistentes administrativos.</p> <p>MATERIAL NECESSÁRIO: Microcomputador, impressora, máquina de calcular.</p>		
PROCEDIMENTOS		
<p>6.1 Guias de Consultas</p> <p>6.1.1 Recolher diariamente as guias de consulta da recepção e das salas de exames.</p> <p>6.1.2 Preencher as guias de consulta de acordo com as especificações do convênio, atentando para datas, códigos, assinaturas e número de registro do cliente no convênio.</p> <p>6.1.3 Registrar todas as guias de consulta que serão enviadas no malote na planilha de controle (localizada no Google Drive).</p> <p>6.1.4 Colocar as guias dentro de um envelope comum e identificar com a “Capa de Lote” devidamente preenchida.</p> <p>6.1.4 Enviar o malote para o convênio pelo office-boy semanalmente.</p> <p>6.2 Guias de SP/SADT</p> <p>6.2.1 Recolher diariamente as guias de SP/SADT da recepção e das salas de exames.</p> <p>6.2.2 Preencher as guias de SP/SADT de acordo com as especificações do convênio, atentando para datas, códigos, assinaturas e número de registro do cliente no convênio.</p>		

6.2.3 Verificar se a guia SP/SADT está autorizada, caso contrário, solicitar autorização:

- Abrir o site do convênio.
- Selecionar a opção “**Credenciados**”;
- Informar o “**Número do Operador**” e a “**Senha**”;
- No link “**Autorização**” selecionar “**Autorização de Procedimentos**”;
- Localizar o usuário pelo nome ou pelo número da carteirinha.
- Localizar o médico solicitante pelo CRM.
- Informar o código do procedimento
- Informar o médico executante ou a clínica, quando não houver no sistema o nome do médico, e clicar em “**Autorizar**”.
- Anotar a senha da autorização na guia de exame no campo específico ou imprimir a guia de autorização.

Observação:

- Se o convênio solicitar o laudo do procedimento, obter o mesmo através do programa “I-Med” fazendo a busca pelo nome do paciente. Salvar o laudo em forma de texto em arquivo com extensão “.pdf” e enviar por e-mail. Não é necessário enviar imagem.

6.2.4 Para material de alto custo (pinças de biópsia, alças de polipectomia e/ou balões de dilatação) buscar o computador a pasta “Modelo de Solicitação de Nota Fiscal” e elaborar uma planilha contendo os itens: nome do paciente, número de registro no convênio, médico executante, material utilizado, data do procedimento. Organizar a planilha por ordem alfabética de médico executante. Salvar uma cópia do arquivo com extensão “.pdf” e outra com extensão “.exe”.

- Enviar a cópia com extensão “.pdf” para o e-mail do fornecedor solicitando a nota fiscal. Enviar a planilha com extensão “.exe” para o email da chefia do setor.
- Imprimir a planilha e reservar junto às guias de SP/SADT.
- Aguardar o retorno, imprimir as notas fiscais e anexar na guia de SP/SADT correspondente.
- Imprimir o boleto de pagamento recebido junto com as notas fiscais, anexar a cópia da planilha (guardada junto às guias) e enviar para o responsável pelas contas a pagar.

6.2.5 Elaborar a folha de gastos.

- Buscar no computador a pasta com o arquivo “Folhas de Gasto”.

- Abrir o arquivo “E”. Selecionar o procedimento realizado colocando a data de realização.
- Imprimir a página referente ao procedimento realizado e anexar na guia de SP/SADT.

6.2.6 Transcrever nas guias o valor do procedimento, das taxas diversas, de medicação, de materiais e calcular o valor total da guia.

6.2.7 Para Polipectomia, deve-se imprimir o laudo do exame e anexá-lo à guia correspondente.

- Entrar no programa “I-Med” fazendo a busca pelo nome do paciente. Salvar o laudo em forma de texto em arquivo com extensão “.pdf” e imprimir.

6.2.8 Colocar todas as guias dentro de um envelope comum e preencher a “capa de lote”. Manter as guias na ordem que foram anotadas na capa de lote.

3.2.10 Enviar o malote para o convênio pelo office-boy semanalmente.

6.3 Guias de Honorário Individual

6.3.1 O médico executante traz a guia de honorário individual com cópia da guia de solicitação de internação do hospital onde a cirurgia foi realizada para o setor de faturamento.

6.3.2 Preencher as guias de honorário individual de acordo com as especificações do convênio, atentando para datas, códigos, assinaturas e número de registro do cliente no convênio.

6.3.3 Calcular o valor do procedimento conforme a tabela CBHPM e a porcentagem pactuada com o convênio. Inserir o valor do procedimento no local apropriado da guia.

6.3.4 Anotar no caderno de controle de cirurgias os itens: nome do paciente, procedimento realizado, médico, número da guia, data do procedimento e valor total da guia.

6.3.5 Colocar as guias de honorário individual dentro de um envelope comum e identificar com a “capa de lote” preenchida. Manter as guias na ordem que foram anotadas na capa de lote.

6.3.6 Enviar os malotes para o convênio pelo office-boy semanalmente.

Assim como os convênios “B” e “C”, o faturamento do convênio “F” também é realizado manualmente, sem a existência de algum sistema informatizado que possa agilizar o seu processo, como pode ser visto no quadro 7.

QUADRO 7 – POP 7: Faturamento do Convênio “F”

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO: FATURAMENTO DO CONVÊNIO “F”	POP N°7 Versão: 1 Data: 03/10/2013
Elaborado: Caroline Brilinger, Joice Pacher Data: Visto:	Revisado: Data: Visto:	Aprovado: Data: Visto:
<p>OBJETIVO: Descrever o procedimento realizado pelo setor de Faturamento para faturar as guias de consulta e SP/SADT conforme as normas contratuais do convênio “E”, deixando estas guias prontas para o fechamento dos malotes e envio para cobrança.</p> <p>RESPONSABILIDADE: Assistentes administrativos.</p> <p>MATERIAL NECESSÁRIO: Microcomputador, impressora, máquina de calcular.</p>		
PROCEDIMENTOS		
<p>7.1 Guias de Consultas</p> <p>7.1.1 Recolher diariamente as guias de consulta da recepção e das salas de exames.</p> <p>7.1.2 Preencher as guias de consulta de acordo com as especificações do convênio, atentando para datas, códigos, assinaturas e número de registro do cliente no convênio.</p> <p>7.1.3 Registrar todas as guias de consulta que serão enviadas no malote na planilha de controle (localizada no Google Drive).</p> <p>7.1.4 Colocar as guias dentro de um envelope comum e identificar com a “Capa de Lote” devidamente preenchida.</p>		

7.1.5 Enviar o malote para o convênio pelo office-boy mensalmente.

7.2 Guias de SP/SADT

7.2.1 Recolher diariamente as guias de SP/SADT da recepção e das salas de exames.

7.2.2 Preencher as guias de SP/SADT de acordo com as especificações do convênio, atentando para datas, códigos, assinaturas e número de registro do cliente no convênio.

7.2.3 Verificar se os procedimentos realizados estão autorizados. Se não, solicitar por e-mail.

- Polipectomia: deve-se anexar o laudo do exame ao e-mail. Para obter o mesmo, entrar no programa “I-Med” fazendo a busca pelo nome do paciente. Salvar o laudo em forma de texto em arquivo com extensão “.pdf”.

7.2.4 Elaborar a folha de gastos.

- Buscar no computador a pasta com o arquivo “Folhas de Gasto”.
- Abrir o arquivo “F”. Selecionar o procedimento realizado colocando a data de realização.
- Imprimir a página referente ao procedimento realizado e anexar na guia de SP/SADT.

7.2.5 Transcrever nas guias de SP/SADT o valor do procedimento, das taxas diversas, de medicação, de materiais e calcular o valor total da guia.

7.2.6 Para Polipectomia, deve-se imprimir o laudo do exame e anexá-lo à guia correspondente.

- Entrar no programa “I-Med” fazendo a busca pelo nome do paciente. Salvar o laudo em forma de texto em arquivo com extensão “.pdf” e imprimir.

7.2.7 Registrar todas as guias de SP/SADT que serão enviadas no malote na planilha de controle (localizada no Google Drive).

7.2.9 Colocar todas as guias dentro de um envelope comum com uma cópia da planilha de controle.

7.2.10 Enviar o malote para o convênio pelo office-boy mensalmente.

O processo de faturamento do convênio “H”, exibido no quadro 8, é o mais ágil e o único totalmente eletrônico. Através do site da operadora, pode-se cadastrar todos os dados das guias de SP/SADT sem necessidade de comprovação documental.

QUADRO 8 – POP 8: Faturamento do Convênio “H”

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO: FATURAMENTO DO CONVÊNIO “H”	POP N°8 Versão: 1 Data: 03/10/2013
Elaborado: Caroline Brilinger, Joice Pacher Data: Visto:	Revisado: Data: Visto:	Aprovado: Data: Visto:
<p>OBJETIVO: Descrever o procedimento realizado pelo setor de Faturamento para faturar as guias de SP/SADT conforme as normas contratuais do convênio “E”, deixando estas guias prontas para o fechamento dos malotes e envio para cobrança.</p> <p>RESPONSABILIDADE: Assistentes administrativos.</p> <p>MATERIAL NECESSÁRIO: Microcomputador, impressora, máquina de calcular.</p>		
PROCEDIMENTOS		
8.1 Guias SP/SADT		
8.1.1 Recolher diariamente as guias de SP/SADT da recepção e das salas de exames.		
8.1.2 Inserir no sistema on-line do convênio as guias.		
<ul style="list-style-type: none"> • Abrir o navegador da internet e entrar no site do convênio na área de “Atendimentos e Autorizações”. • Nome do usuário e senha estão salvos no navegador. • Abrir a aba “Exames”, selecionar “Exames em aberto” e, em seguida, “+ Novo Exame”. • O programa solicita a leitura da carteira do cliente, selecionar a opção “sem cartão”. • Digitar o número da carteira do cliente nos campos correspondentes. • Selecionar o cliente, o exame correspondente, o médico que 		

realizou o procedimento e “**Confirmar**”.

- Clicar no número da guia, mudar a data da realização do exame, a quantidade de procedimentos realizados e o tipo de retorno para SP/SADT.
- Selecionar o “**kit**” e digitar o código do pacote correspondente ao procedimento realizado.
- Clicar em “**Utilitários**”, em seguida em “**Atendimento a finalizar**”.
- Selecionar a guia de SP/SADT, clicar em “**Finalizar selecionadas**”. Concluir clicando em “**Ok**”.
- Para Polipectomia, Exerese e Injeção de Substância Medicamentosa, após selecionar o nome do cliente correspondente, clicar em “**Digitação de guia SP/SADT**”, no canto direito da janela.
- Preencher todos os itens indispensáveis da guia (marcados com asterisco). Ao final, clicar em “**Finalizar**”.

8.1.3 Marcar na guia de SP/SADT a data da inclusão da guia no sistema.

8.1.4 Arquivar as guias de exames na pasta específica.

Os POPs foram disponibilizados através de dois meios, um impresso e outro eletrônico. A versão impressa foi guardada em local de fácil acesso por todos os colaboradores para facilitar a sua consulta. A versão eletrônica, no formato compatível com o editor de textos usados pela clínica, além de ser uma outra forma de consulta, também irá facilitar futuras atualizações do conteúdo dos POPs.

5 CONCLUSÕES

A melhoria de um processo ou a introdução de uma nova ferramenta de trabalho nem sempre está relacionado a grandes investimentos, seja de tempo, de recursos humanos ou financeiros. Neste trabalho de conclusão de curso relatamos o caso do setor de faturamento de uma organização prestadora de serviços de saúde onde foi implementado uma nova ferramenta de trabalho, utilizando-se apenas os recursos disponíveis na organização e dentro de um espaço de tempo limitado (200 horas).

Após avaliar a rotina de trabalho do setor de faturamento, algumas falhas foram identificadas. Percebeu-se a necessidade de uma ferramenta que diminuísse a possibilidade de erro no faturamento dos planos de saúde e o risco de glosas; que pudesse sanar dúvidas e que servisse para treinamento de novos colaboradores. A padronização do processo foi alternativa usada para o problema e teve boa aceitação pela equipe do setor. Foram elaborados oito POPs descrevendo o objetivo geral do faturamento e os processos específicos para o faturamento de cada um dos planos de saúde conveniados.

A literatura científica da gestão de serviços de saúde aborda muito sobre a auditoria, porém o processo do faturamento é pouco comentado. Grande parte do literatura disponível referente ao faturamento está em materiais didáticos dos poucos cursos voltados para esta área, o que empobreceu o referencial teórico.

A metodologia de trabalho escolhida foi suficiente para a consecução do proposto. Entendemos que é de suma importância verificar frequentemente a aderência aos POPs e promover treinamentos para garantir a qualidade e a uniformidade de todos os processos envolvidos neste documento. Entretanto, dentro do espaço de tempo proposto para o estágio curricular obrigatório, não conseguimos adentrar nesta fase. Também julgamos que acerca deste tema caberia uma nova pesquisa.

A organização pesquisada, no seu quadro e funcionários, não

apresenta profissionais especializados na área de gestão. O que reforça a existência de diversos pontos críticos na sua administração. Desta forma, poderia ser beneficiado com novas intervenções e conseqüente impacto positivo nas suas finanças. No próprio setor de faturamento, por exemplo, seria interessante criar um relatório para acompanhamento das glosas.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, T. L.; RIBES, L. **Pesquisa quantitativa ou qualitativa: adjetivação necessária.** Organizado por Ernani Lampert. Porto Alegre: Sulina, 2000.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. **Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos.** 5 ed. São Paulo: AMB, 2008.

BALZAN, M. V. **O perfil dos recursos humanos do setor de faturamento e seu desempenho na Auditoria de contas de serviços médico-hospitalares.** Dissertação. Mestrado em Administração. Fundação Getúlio Vargas. São Paulo, 2000. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/4716/1200000513.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 08 ago. 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Regulação & Saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar.** Rio de Janeiro: ANS, 2002.

_____. **TISS – Troca de Informação de Saúde Suplementar:** manual de instruções (versão 2.1.03). Rio de Janeiro: ANS, 2007. Disponível em:

<http://www.eIn.gov.br/opencms/export/sites/eletronorte/aEmpresa/saud ePPRS/tiss/Manual_TISS_2_1_03.pdf>. Acesso em: 23 set. 2013.

_____. **A ANS: Quem Somos: Histórico.** Disponível em:

<<http://www.ans.gov.br/aans/quem-somos/historico>>. Acesso em: 23 set. 2013a.

_____. **Espaço dos Prestadores: TISS.** Disponível em:
<<http://www.ans.gov.br/espaco-dos-prestadores/tiss>>. Acesso em: 30 set. 2013b.

_____. **Legenda da guia de solicitação e de realização de serviço profissional/ serviço auxiliar diagnóstico e Terapia (SP/SADT).**
Disponível em:
<http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano_de_saude_e_Operadoras/tiss/Padrao_tiss/legendas/guia_de_servico_profissional_auxiliar_diagnostico_terapia_legenda.pdf>. Acesso em 08 ago.2013c.

BRASÍNDICE. **Quem somos.** Disponível em:
<<http://www.brasindice.com.br/index.php?Doc=2>>. Acesso em 25 set. 2013.

CAMPOS, V.F. **Gerenciamento da Rotina do Trabalho do Dia-a-Dia.** 8 ed. Nova Lima: INDG, 2004.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 1.980, de 13 de dezembro de 2011. Fixa regras para cadastro, registro, responsabilidade técnica e cancelamento para as pessoas jurídicas, revoga a Resolução CFM nº 1.971, publicada no D.O.U. de 11 de julho de 2011 e dá outras providências. Publicada no D.O.U. 13 dez. 2011, Seção I, p.225-226.
Disponível em:
<http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/CFM/2011/1980_2011.htm>. Acesso em 30 set. 2013.

CZAPSKI, C. A. **Qualidade em estabelecimentos de saúde.** São Paulo: Editora SENAC, 1999.

DAINESI, S.M.; NUNES, D.B. Procedimentos operacionais padronizados e o gerenciamento de qualidade em centros de pesquisa.

Rev. Assoc. Med. Bras., São Paulo, v. 53, n.1, p. 6, fev. 2007.

Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302007000100005&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 25 set. 2013.

DIAMANTE, C., LAZZAROTTO, E. M., GEMELLI, L.M.G. Modelo de gestão para organizações prestadoras de serviços de saúde. 2^o

Seminário Nacional Estado e Políticas Sociais no Brasil. Unioste,

Cascavel. 13 a 15 out. de 2005. Disponível em: <<http://cac.php.unioeste.br/projetos/gpps/midia/seminario2/poster/saude/psau23.pdf>

>. Acesso em: 08 ago. 2013.

DUARTE, R.L. Procedimento Operacional padrão: A importância de se padronizar tarefas nas BPLC. **Curso de BPLC.** 2005. Disponível em:

<<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/9465bc8047458afb9484d43fbc4c6735/Procedimento+Operacional+Padr%C3%A3o+-+A+Import%C3%A2ncia+de+se+padronizar+tarefas+nas+BPLC.pdf?MOD=AJPERES>>. Acesso em: 1 out. 2013;

FERREIRA, T.S., BRAGA, A.L.S. Auditoria em Enfermagem: O Impacto das Anotações de Enfermagem no Contexto das Glosas Hospitalares. **Anais da XV Semana Científica da Escola de Enfermagem.** Universidade Federal Fluminense, 2008. Disponível em:

<<http://www.uff.br/anaissegerenf/premio/AUDITORIA%20EM%20ENFERMAGEM%20O%20IMPACTO%20DAS%20ANOTA%C7%D5ES%20DE%20ENFERMAGEM%20NO%20CONTEXTO%20DAS%20GLOSAS%20HOSPITALARES.pdf>>. Acesso em: 1 out. 2013.

FREITAS, S.L., GUARESCHI, H.M. A. Padronização de Processos no Serviço Público Através do Uso de Manuais: a Viabilidade do Manual de Eventos da UTFPR – Campus de Francisco Beltrão. **Revista Organização Sistêmica**. Curitiba, v.2, n.1, p. XX – XX, jul./dez. 2012. Disponível em:

<<http://www.grupouninter.com.br/revistaorganizacao sistematica/index.php/organizacao sistematica/article/view/137/51>> Acesso em: 24 set. 2013.

GAPANOWICZ, L. E. **Análise do comportamento financeiro de contas médicas em eventos cirúrgicos, comparado a índices inflacionários de preços e mercado de saúde**. Dissertação. Mestrado em Gestão Empresarial. Fundação Getúlio Vargas. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em:

<<http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/9959>>. Acesso em: 21 set 2013.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

JUNIOR, I. M. **Sistema de Controle de Glosa: Como Controlar e Evitar Glosas em Serviços Médicos**. São Paulo: Intercriar, 2009.

LIMA, E. **Faturmedica: Rotinas Administrativas em Faturamento Médico-Hospitalar à Operadoras de Planos de Saúde**. 1 ed. Cuiabá: Faturmedica: 2010. 198 p.

LUCENA, R.L.; ARAÚJO, M.M.S.; SOUTO, M.S.M.L. A padronização de processos operacionais como instrumento para a conversão do conhecimento tácito em conhecimento explícito: estudo de caso na indústria têxtil. **XXVI Encontro Nacional de Engenharia de Produção**. Fortaleza, 9 a 11 de Outubro de 2006. Disponível em: <http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENEGEP2006_TR530353_7377.pdf>. Acesso em: 21 set. 2013.

MAGALDI, S.; CRESCITELLI, E. A importância dos serviços suplementares no setor de serviços: uma análise do nível de satisfação do cliente. **Revista de Gestão USP**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 67-75, jul./set. 2008. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rege/article/view/36647>>. Acesso em 22 set. 2013.

MOTTA, A.L. **Auditoria de enfermagem nos hospitais e operadoras de planos de saúde**. São Paulo: Iátria, 2010.

MOTTA, A.L.C.; LEÃO, E.; ZAGATTO, J.R.; **Auditoria médica no sistema privado**: abordagem prática para organizações de saúde. São Paulo: Iátria, 2009.

PORTAL MÉDICO. **Histórico CBHPM**. Disponível em: <<http://www.portalmédico.org.br/remuneracao/index.asp?opcao=cbhpm>>. Acesso em: 23/09/2013.

RAUEN, F. J. **Roteiros de investigação científica**. Tubarão: Unisul, 2002.

RODRIGUES, V.A., PERROCA, M.G., JERICÓ, M.C. Glosas Hospitalares: Importância das Anotações de Enfermagem. **Arq Ciênc Saúde**. São José do Rio Preto. v. 11, n. 4, p. 210-4, out./dez. 2004. Disponível em: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/Vol-11-4/03%20-%20id%2070.pdf>. Acesso em: 25 set. 2013.

SILVA, A.A. da. **Relação entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços**: um novo relacionamento estratégico. Porto Alegre, 2003. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/TT_AR_6_AAAlvesdaSilva_RelacaoOperadorasPlanos.pdf>. Acesso em: 26 set. 2013.

SIMPRO. **Quem Somos**. Disponível em:
<<http://www.simpro.com.br/quemsomos.php>>. Acesso em: 24/09/2013.

ROCHA, F.C.V. (coord.). **Manual de Procedimentos Operacionais
Padrão de Enfermagem do Hospital Getúlio Vargas**. 1 ed. Teresina:
HGV, 2012.

ANEXOS

ANEXO A – GUIAS DE CONSULTA

Logo da Empresa		GUIA DE CONSULTA		2.º Nº	123456789012
1 - Registro AMS		3 - Data de Emissão da Guia ____/____/____			
Dados do Beneficiário					
4 - Número da Carteira _____			5 - Plano		6 - Validade da Carteira ____/____/____
7 - Nome				8 - Número do Cartão Nacional de Saúde _____	
Dados do Contratado					
9 - Código na Operadora / CNPJ / CPF _____			10 - Nome do Contratado		11 - Código CHES
12 - TL	13-14-15 - Logradouro - Número - Complemento		16 - Município		17 - UF
					18 - Código BGE
					19 - CIP
20 - Nome do Profissional Executante			21 - Conselho Profissional	22 - Número no Conselho	23 - UF
					24 - Código CBO S
Hipótese Diagnóstica					
25 - Tipo de Doença		26 - Tempo de Doença		27 - Indicação de Acidente	
A - Aguda C - Crônica		A - Anos M - Meses D - Dias		D - Acidente ou doença relacionado ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros	
28 - CID Principal	29 - CID (2)	30 - CID (3)	31 - CID (4)		
_____	_____	_____	_____		
Dados do Atendimento / Procedimento Realizado					
32 - Data do Atendimento ____/____/____		33 - Código Tabela _____		34 - Código Procedimento _____	
35 - Tipo de Consulta ____ - 1-Primeira 2-Seguinto 3-Pré-Natal			36 - Tipo de Saída ____ - 1-Retorno 2-Retorno SADT 3-Referência 4-Internação 5-Ata		
37 - Observação 					
38 - Data e Assinatura do Médico ____/____/____				39 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável ____/____/____	

ANEXO C – VERSO DA GUIA SP/SADT

OPM Solicitante		OPM Beneficiária		OPM Beneficiária	
72.1.1.001	72.1.1.002	73.001	73.002	73.003	73.004
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					
17.					
18.					
19.					
20.					
21.					
22.					
23.					
24.					
25.					
26.					
27.					
28.					
29.					
30.					
31.					
32.					
33.					
34.					
35.					
36.					
37.					
38.					
39.					
40.					
41.					
42.					
43.					
44.					
45.					
46.					
47.					
48.					
49.					
50.					
51.					
52.					
53.					
54.					
55.					
56.					
57.					
58.					
59.					
60.					
61.					
62.					
63.					
64.					
65.					
66.					
67.					
68.					
69.					
70.					
71.					
72.					
73.					
74.					
75.					
76.					
77.					
78.					
79.					
80.					
81.					
82.					
83.					
84.					
85.					
86.					
87.					
88.					
89.					
90.					
91.					
92.					
93.					
94.					
95.					
96.					
97.					
98.					
99.					
100.					
101.					
102.					
103.					
104.					
105.					
106.					
107.					
108.					
109.					
110.					
111.					
112.					
113.					
114.					
115.					
116.					
117.					
118.					
119.					
120.					
121.					
122.					
123.					
124.					
125.					
126.					
127.					
128.					
129.					
130.					
131.					
132.					
133.					
134.					
135.					
136.					
137.					
138.					
139.					
140.					
141.					
142.					
143.					
144.					
145.					
146.					
147.					
148.					
149.					
150.					
151.					
152.					
153.					
154.					
155.					
156.					
157.					
158.					
159.					
160.					
161.					
162.					
163.					
164.					
165.					
166.					
167.					
168.					
169.					
170.					
171.					
172.					
173.					
174.					
175.					
176.					
177.					
178.					
179.					
180.					
181.					
182.					
183.					
184.					
185.					
186.					
187.					
188.					
189.					
190.					
191.					
192.					
193.					
194.					
195.					
196.					
197.					
198.					
199.					
200.					
201.					
202.					
203.					
204.					
205.					
206.					
207.					
208.					
209.					
210.					
211.					
212.					
213.					
214.					
215.					
216.					
217.					
218.					
219.					
220.					
221.					
222.					
223.					
224.					
225.					
226.					
227.					
228.					
229.					
230.					
231.					
232.					
233.					
234.					
235.					
236.					
237.					
238.					
239.					
240.					
241.					
242.					
243.					
244.					
245.					
246.					
247.					
248.					
249.					
250.					
251.					
252.					
253.					
254.					
255.					
256.					
257.					
258.					
259.					
260.					
261.					
262.					
263.					
264.					
265.					
266.					
267.					
268.					
269.					
270.					
271.					
272.					
273.					
274.					
275.					
276.					
277.					
278.					
279.					
280.					
281.					
282.					
283.					
284.					
285.					
286.					
287.					
288.					
289.					
290.					
291.					
292.					
293.					
294.					
295.					
296.					
297.					
298.					
299.					
300.					
301.					
302.					
303.					
304.					
305.					
306.					
307.					
308.					
309.					
310.					
311.					
312.					
313.					
314.					
315.					
316.					
317.					
318.					
319.					
320.					
321.					
322.					
323.					
324.					
325.					
326.					
327.					
328.					
329.					
330.					
331.					
332.					
333.					
334.					
335.					
336.					
337.					
338.					
339.					
340.					
341.					
342.					
343.					
344.					
345.					
346.					
347.					
348.					
349.					
350.					
351.					
352.					
353.					
354.					
355.					
356.					
357.					
358.					
359.					
360.					
361.					
362.					
363.					
364.					
365.					
366.					
367.					
368.					
369.					
370.					
371.					

ANEXO D – FRENTE DA GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Logo da Empresa		GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO			2. Nº 123456789012
1 - Registro AHS	2 - Data de Autorização	3 - Série	4 - Data Validade de Série	5 - Data de Emissão da Guia	
Dados do Beneficiário					
7 - Número da Carteira		8 - Plano	9 - Validade da Carteira		
10 - Nome					11 - Número do Cartão Nacional de Saúde
Dados do Contratado Solicitante					
12 - Código na Operadora / CHPJ / CPF		13 - Nome do Contratado		14 - Código CHES	
15 - Nome do Profissional Solicitante			16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - IR
19 - Código CBO S					
Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação					
20 - Código na Operadora / CHPJ		21 - Nome do Prestador			
22 - Caracter de Internação		23 - Tipo de Internação			
<input type="checkbox"/> E - Eletivo <input type="checkbox"/> U - Urgência/Emergência		<input type="checkbox"/> 1 - Clínica 2 - Cirúrgico 3 - Obstétrica 4 - Pediátrica 5 - Psiquiátrica			
24 - Regime de Internação		25 - Qtdn. Dias Solicitados			
<input type="checkbox"/> 1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar		<input type="checkbox"/>			
26 - Indicação Clínica					
Histórico Diagnóstico					
27 - Tipo Doença		28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente		29 - Indicação de Acidente	
<input type="checkbox"/> A - Aguda C - Crônica		<input type="checkbox"/> J - J - Anos M - Meses D - Dias		<input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionada ao Trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros	
30 - CID 10 Principal		31 - CID 10 Cx	32 - CID 10 (3)	33 - CID 10 (4)	
Procedimentos Solicitados					
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição		37 - Qtdn. Solic	38 - Qtdn. Aut
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
OPM Solicitados					
39 - Tabela	40 - Código do OPM	41 - Descrição OPM	42 - Qtdn.	43 - Fabricante	44 - Valor Unitário R\$
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
Dados de Autorização					
45 - Data Proced de Admissão Hospitalar		46 - Qtdn. Dias Autorizados		47 - Tipo de Acomodação Autorizada	
48 - Código na Operadora / CHPJ		49 - Nome do Prestador autorizado		50 - Código CHES	
51 - Observação					
52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante		53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável		54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização	

ANEXO E – VERSO DA GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Perseguidores					
55 Data		56 Senha		57 Responsável pela Autorização	
____/____/____		_____		_____	
58 Tipo Acomod		59 Acomodação		60 Qtde. Autorizada	
____		_____		____	
61 Tabela	62 - Código do Procedimento	63 - Descrição			64 - Qtde. 65 - Qtde. Aut
____	____	_____			____
____	____	_____			____
66 Tabela	67 Código do OPM	68 Descrição OPM	69 Qtde.	70 Fabricante	71 - Valor Unitário R\$
____	____	_____	____	_____	_____
____	____	_____	____	_____	_____

55 Data		56 Senha		57 Responsável pela Autorização	
____/____/____		_____		_____	
58 Tipo Acomod		59 Acomodação		60 Qtde. Autorizada	
____		_____		____	
61 Tabela	62 - Código do Procedimento	63 - Descrição			64 - Qtde. 65 - Qtde. Aut
____	____	_____			____
____	____	_____			____
66 Tabela	67 Código do OPM	68 Descrição OPM	69 Qtde.	70 Fabricante	71 - Valor Unitário R\$
____	____	_____	____	_____	_____
____	____	_____	____	_____	_____

55 Data		56 Senha		57 Responsável pela Autorização	
____/____/____		_____		_____	
58 Tipo Acomod		59 Acomodação		60 Qtde. Autorizada	
____		_____		____	
61 Tabela	62 - Código do Procedimento	63 - Descrição			64 - Qtde. 65 - Qtde. Aut
____	____	_____			____
____	____	_____			____
66 Tabela	67 Código do OPM	68 Descrição OPM	69 Qtde.	70 Fabricante	71 - Valor Unitário R\$
____	____	_____	____	_____	_____
____	____	_____	____	_____	_____

Verso

ANEXO G – VERSO DA GUIA DE RESUMO DE INTERNAÇÃO

Prestadores e Locais de Internação (Continuação)									
01 Data	02 Nome do Prestador	03 Categoria do Prestador	04 Local	05 Categoria do Procedimento	06 Duração	07 Valor	08 Valor	09 Valor	10 Valor
01 Data	02 Nome do Profissional	03 Categoria do Profissional	04 Nome do Serviço	05 Valor	06 Valor	07 Valor	08 Valor	09 Valor	10 Valor
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
Membros da Equipe (Continuação)									
01 Nome	02 CPF	03 Categoria	04 Valor	05 Valor	06 Valor	07 Valor	08 Valor	09 Valor	10 Valor
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
Observações									
01 Observação									
1									
2									
3									
4									
5									

Verso

ANEXO I - GUIA DE OUTRAS DESPESAS

Logotipo da Empresa

1 - Regiao e ANS		2 - No Geral Intercomunicao		3 - No Geral do Contratado		4 - Nome do Contratado		5 - Codigo CNIS	
Nome do Contratado Beneficirio:									
5 - Codigo na Operadora (CNPJ / CPF)									
Codigo de Informoes Relacionais: 01 - 1. Grupo Medicinal 2- Medicamentos 3- Materiais 4- Taxas Operacionais 5- Materiais 6- Abuso									
7- CIP 7- Data 8- Hora Inicial 9- Hora Final 10- Tabela 11- Codigo do Item 12- Valor 13- Valor Total R\$ 14- Valor Total R\$ 15- Valor Total R\$									
1	15	Demerido							
2	15	Demerido							
3	15	Demerido							
4	15	Demerido							
5	15	Demerido							
6	15	Demerido							
7	15	Demerido							
8	15	Demerido							
9	15	Demerido							
10	15	Demerido							
11	15	Demerido							
12	15	Demerido							
13	15	Demerido							
14	15	Demerido							
15	15	Demerido							
16	15	Demerido							
17	15	Demerido							
18	15	Demerido							
19	15	Demerido							
20	15	Demerido							
21	15	Demerido							
22	15	Demerido							
23	15	Demerido							
24	15	Demerido							
25	15	Demerido							
26	15	Demerido							
27	15	Demerido							
28	15	Demerido							
29	15	Demerido							
30	15	Demerido							
31	15	Demerido							
32	15	Demerido							
33	15	Demerido							
34	15	Demerido							
35	15	Demerido							
36	15	Demerido							
37	15	Demerido							
38	15	Demerido							
39	15	Demerido							
40	15	Demerido							
41	15	Demerido							
42	15	Demerido							
43	15	Demerido							
44	15	Demerido							
45	15	Demerido							
46	15	Demerido							
47	15	Demerido							
48	15	Demerido							
49	15	Demerido							
50	15	Demerido							
51	15	Demerido							
52	15	Demerido							
53	15	Demerido							
54	15	Demerido							
55	15	Demerido							
56	15	Demerido							
57	15	Demerido							
58	15	Demerido							
59	15	Demerido							
60	15	Demerido							
61	15	Demerido							
62	15	Demerido							
63	15	Demerido							
64	15	Demerido							
65	15	Demerido							
66	15	Demerido							
67	15	Demerido							
68	15	Demerido							
69	15	Demerido							
70	15	Demerido							
71	15	Demerido							
72	15	Demerido							
73	15	Demerido							
74	15	Demerido							
75	15	Demerido							
76	15	Demerido							
77	15	Demerido							
78	15	Demerido							
79	15	Demerido							
80	15	Demerido							
81	15	Demerido							
82	15	Demerido							
83	15	Demerido							
84	15	Demerido							
85	15	Demerido							
86	15	Demerido							
87	15	Demerido							
88	15	Demerido							
89	15	Demerido							
90	15	Demerido							
91	15	Demerido							
92	15	Demerido							
93	15	Demerido							
94	15	Demerido							
95	15	Demerido							
96	15	Demerido							
97	15	Demerido							
98	15	Demerido							
99	15	Demerido							
100	15	Demerido							
101	15	Demerido							
102	15	Demerido							
103	15	Demerido							
104	15	Demerido							
105	15	Demerido							
106	15	Demerido							
107	15	Demerido							
108	15	Demerido							
109	15	Demerido							
110	15	Demerido							
111	15	Demerido							
112	15	Demerido							
113	15	Demerido							
114	15	Demerido							
115	15	Demerido							
116	15	Demerido							
117	15	Demerido							
118	15	Demerido							
119	15	Demerido							
120	15	Demerido							
121	15	Demerido							
122	15	Demerido							
123	15	Demerido							
124	15	Demerido							
125	15	Demerido							
126	15	Demerido							
127	15	Demerido							
128	15	Demerido							
129	15	Demerido							
130	15	Demerido							
131	15	Demerido							
132	15	Demerido							
133	15	Demerido							
134	15	Demerido							
135	15	Demerido							
136	15	Demerido							
137	15	Demerido							
138	15	Demerido							
139	15	Demerido							
140	15	Demerido							
141	15	Demerido							
142	15	Demerido							
143	15	Demerido							
144	15	Demerido							
145	15	Demerido							
146	15	Demerido							
147	15	Demerido							
148	15	Demerido							
149	15	Demerido							
150	15	Demerido							
151	15	Demerido							
152	15	Demerido							
153	15	Demerido							
154	15	Demerido							
155	15	Demerido							
156	15	Demerido							
157	15	Demerido							
158	15	Demerido							
159	15	Demerido							
160	15	Demerido							
161	15	Demerido							
162	15	Demerido							
163	15	Demerido							
164	15	Demerido							
165	15	Demerido							
166	15	Demerido							
167	15	Demerido							
168	15	Demerido							
169	15	Demerido							
170	15	Demerido							
171	15	Demerido							
172	15	Demerido							
173	15	Demerido							
174	15	Demerido							
175	15	Demerido							
176	15	Demerido							
177	15	Demerido							
178	15	Demerido							
179	15	Demerido							
180	15	Demerido							
181	15	Demerido							
182	15	Demerido							
183	15	Demerido							
184	15	Demerido							
185	15	Demerido							
186	15	Demerido							
187	15	Demerido							
188	15	Demerido							
189	15	Demerido							
190	15	Demerido							
191	15	Demerido							
192	15	Demerido							
193	15	Demerido							
194	15	Demerido							
195	15	Demerido							
196	15	Demerido							
197	15	Demerido							
198	15	Demerido							
199	15	Demerido							
200	15	Demerido							