

GERENCIAMENTO DA ASSISTÊNCIA E AUDITORIA MÉDICA

1

Unimed São José dos Campos
Dezembro/2009

1. QUALIDADE: ATO MÉDICO, PRESTADOR DE SERVIÇOS E PLANO DE SAÚDE.

O foco na qualidade têm sido a tônica de todos os tipos de relação comercial. Com relação às atividades voltadas à prestação dos serviços de saúde, a preocupação com qualidade é ainda maior e deve ser buscada por todos os envolvidos, pois geralmente o cliente encontra-se de certa forma fragilizado, sendo a qualidade um atributo básico da oferta.

Com o crescente nível de competitividade no mercado, satisfazer o cliente é fundamental.

A própria agência reguladora, a ANS, tem se empenhado em demonstrar para as operadoras a necessidade de buscar continuamente a qualificação.

Mesmo antes da regulamentação (Lei 9.656, de 03/06/98), a pesquisa IBOPE sobre satisfação dos usuários com os planos de saúde, publicada no Jornal do Brasil no dia 22 de março daquele ano, já mostrava que 82 % dos clientes estavam satisfeitos com os seus planos, 9 % insatisfeitos e 5 % indiferentes.

Entre os satisfeitos observou-se que os principais motivos da satisfação, ou seja, os fatores positivos que o levaram a opinar foram:

Atendimento bom, prestadores atenciosos	42%
Rapidez do atendimento	17%
Bons médicos	14%

QUALIDADE DO ATO MÉDICO:

Uma coletânea de características importantes para um ato médico de qualidade poderia ser assim definida:

- Imparcialidade e indiscriminação: O atendimento deve ser imparcial, sem interesses secundários. Nenhum paciente deve ser discriminado, seja qual for o motivo.
- Integralidade: O médico deve observar o paciente através de uma visão holística, tratando-o como um todo, não só a doença.

- **Clareza na comunicação com o paciente:** As informações prestadas devem ser as mais claras possíveis, de modo que o paciente, leigo, portanto, consiga entender as orientações médicas sobre a sua doença e o tratamento.
- **Respeito aos valores, crenças e preferências do paciente :** O paciente deseja ser respeitado naquilo que ele acredita fazer parte do motivo que o levou a procurar ajuda médica. Cabe ao profissional de saúde respeitá-lo, orientando-o sobre o assunto, esclarecendo os fatos.
- **Envolvimento do paciente nas decisões:** Paciente e familiares devem ser envolvidos nas decisões que precisam ser tomadas para o restabelecimento da saúde e até mesmo quanto a mudanças do hábito de vida que previnam determinadas doenças.
- **Decisões corretas:** O paciente confia que o médico, ao decidir sobre uma determinada conduta, está dando o melhor de si no sentido de acertar.
- **Intervenções oportunas:** As intervenções devem ser oportunas, no momento e lugar certos, sempre em benefício do paciente.
- **Procedimentos diagnósticos adequados:** O médico deve ser bastante criterioso ao indicar procedimentos diagnósticos. O diálogo com o paciente, sua história clínica e o exame físico não podem ser dispensados em detrimento de exames complementares, por mais sofisticados que sejam.
- **Diagnósticos corretos:** Apesar da medicina não ser uma ciência exata, o paciente espera que o médico acerte sempre, portanto, diagnosticar corretamente, sempre que possível, deve ser o objetivo do mesmo.
- **Procedimentos terapêuticos bem selecionados:** A escolha do melhor tratamento em benefício do paciente é uma das obrigações do médico que o assiste.
- **Intervenções bem executadas, com resultados exitosos:** Decorre das etapas anteriores, ou seja, diagnosticando e tratando adequadamente, o êxito é uma consequência.
- **Continuidade do tratamento:** A interrupção do acompanhamento médico só deve ocorrer em situações excepcionais, afim de não prejudicar o tratamento do paciente.
- **Responsabilidade:** O ato médico para ser completo deve ser responsável, sério e honesto.

QUALIDADE DO PLANO DE SAÚDE:

E o que o usuário de um plano de saúde deseja ao escolher sua assistência supletiva? Geralmente querem a maior cobertura possível pelo menor preço que puderem pagar. Obviamente que nem sempre isso é possível. A seguir comentaremos os fatores que diferenciam um plano de qualidade.

- Cobertura e eficiência: Este é um dos fatores que mais contribuem para o usuário escolher um plano. Quanto maior a cobertura oferecida, maior o interesse, principalmente se esta for realmente eficiente.
- Integralidade: O usuário pretende receber assistência médica integral e não só no momento da doença.
- Acessibilidade: De que adianta oferecer uma boa rede assistencial sem que esta seja acessível para os usuários quando se fizer necessária? A falta de acessibilidade compromete seriamente a qualidade do plano.
- Equidade/solidariedade: Operadora do plano e beneficiário devem estar plenamente conscientes dos princípios de equidade e solidariedade que regem a assistência à saúde, sobretudo quando esta decorre vínculo empregatício (planos para empregados).
- Confiabilidade: Não havendo confiança na gestão do plano, o usuário certamente utilizará os serviços de modo pouco racional.
- Sustentabilidade (massa crítica, benefícios, custo e preço): A viabilidade econômico-financeira do plano é fundamental frente à constante elevação dos custos assistenciais sem a correspondente melhoria da situação financeira da população assistida.
- Estabilidade, consistência e continuidade: Muitos planos de mercado aparecem e desaparecem rapidamente, levando ao descrédito dos usuários.
- Sistema de informação: O canal de informação com o usuário deve ser o mais estreito e completo possível, possibilitando que este conheça as vantagens da assistência oferecida e a necessidade de utilização racional.
- Sistema de controle e auditoria: A manutenção do plano depende diretamente de um eficiente sistema de controle e auditoria, sem o qual não poderá sustentar-se, principalmente nos dias atuais.
- Valor e forma de pagamento: Conhecer valor e forma de pagamento da assistência médica, de modo a incluí-la no orçamento doméstico, é vital para o usuário.
- Simplicidade de uso: A utilização dos serviços deve ser fornecida de modo simples, somente com a burocracia indispensável, sem

complicações com o único intuito de afastar o usuário daquilo que é o objeto do contrato entre as partes.

QUALIDADE DOS PRESTADORES DE SERVIÇOS:

Com relação à qualidade dos prestadores de serviços, o usuário consciente deseja instalações confortáveis e modernas, conservação adequada dos equipamentos, atendimento prestativo dos funcionários, além de outros itens considerados na acreditação e demais formas de classificação focadas na qualidade.

No entanto, existem elementos ou barreiras que fazem com que a desejada qualidade dos serviços de saúde nem sempre seja alcançada na sua totalidade, entre estas:

- Falta de compreensão de medidas preventivas pelos usuários e prestadores de serviços; visão do serviço como uma função reativa ao invés de preventiva;

Grande parte dos planos de saúde, assim como a maioria dos usuários, não investe o necessário na prevenção de doenças, preferindo a atenção curativa. Felizmente temos observado mudanças nos últimos anos.

- Falta de compreensão por parte dos usuários de quando os serviços são necessários e da disponibilidade dos serviços; comunicação inadequada entre os prestadores de serviços e os usuários;

A deficiência da comunicação leva a utilização desnecessária dos serviços e conseqüente elevação dos custos assistenciais. Ao compensar as "perdas", os prestadores de serviços comprometem a qualidade.

1. Falta de qualidade dos padrões de serviço; não discriminação adequada dos serviços de má e de boa qualidade pelas políticas de pagamento por terceiros; minimização dos incentivos para a boa qualidade oferecidos pelos competidores, pelos órgãos governamentais, pelas planos de saúde e pelos usuários;

A elaboração do Manual Brasileiro de Acreditação demonstra a preocupação dos órgãos governamentais com o assunto qualidade, o que já é um passo muito importante. Entidades representativas das modalidades de assistência à saúde também buscam o mesmo objetivo, vez que até então, a classificação dos hospitais e clínicas sempre foram voltadas para tabela de custos, ou seja, qual ou quais podem cobrar diárias e taxas mais elevadas. O consumidor também participa da falta de incentivo a partir do momento que não prioriza serviços de boa qualidade, muitas das vezes por falta de meios.

- Ausência, em grande parte, das informações e medidas que estabeleçam relações causais entre intervenções terapêuticas e resultados;

encorajamento de um aumento no volume de serviços prestados, mas não na qualidade dos mesmos pelo sistema de taxa por serviço.

Enquanto persistir a ideia que a remuneração dos serviços médicos deve ocorrer de acordo com o serviço prestado e não com base na produtividade e resolutividade, dificilmente atingiremos a meta da "qualidade a custo acessível".

Em seguida trataremos exatamente do sistema de protocolos, que permite, quando bem desenhado, oferecer assistência de qualidade a um custo racional.

SISTEMA DE PROTOCOLOS MÉDICOS:

Mudanças importantes vêm ocorrendo com relação a forma de prestação dos serviços médicos. O pagamento por serviços prestados (fee-for-service) gradativamente vem sendo complementado ou substituído pelas negociações de pagamentos de acordo com custo previamente definido ("pacotes"). Encontramo-nos numa fase intermediária das negociações objetivando o compartilhamento do risco, onde todos os atores envolvidos participarão.

A inexistência de protocolos para os procedimentos médicos, pelo menos os mais frequentes, leva ao risco de comprometer seriamente a qualidade dos serviços oferecidos sob qualquer uma das formas.

Estes devem ser desenhados com base em fundamentação técnica, preferencialmente envolvendo consensos das sociedades médicas de especialistas. Com isso consegue-se controlar a qualidade dos prestadores de serviços. Para o plano, além da garantia de qualidade para o beneficiário, o custo torna-se mais previsível.

A maior dificuldade está exatamente em chegar ao consenso de valor que contemple os anseios de ambos, prestador e comprador de serviços, considerando que os interesses são conflitantes. Para resolver esse tipo de problema, torna-se fundamental conhecer os elementos que compõem os custos médico-hospitalares. Infelizmente, muitos negócios deixam de ser realizados pelo desconhecimento.

Antes de iniciar qualquer negociação de "pacotes", deve ser atendida a premissa básica de levantar toda e qualquer despesa referente àquele procedimento (quantidades de diárias, materiais, medicamentos, etc.) de modo a realizá-lo com segurança e qualidade, para então, negociar o custo total, considerando os valores isolados de cada item, retirando da composição, eventuais elementos dispensáveis e que são cobrados usualmente (muitas das vezes não pagos).

2. GESTÃO DOS CUSTOS NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE:

Os preços determinados pelo mercado trouxeram como resultado uma terrível pressão sobre a necessidade urgente de rever os custos dos produtos, já que custos passaram a serem únicas variáveis possíveis de se mexer para viabilizar os negócios.

As tendências da gestão de custos em instituições de saúde é abandonar a cultura do faturamento e a inexistência de parâmetros para passar a remuneração através de procedimentos médico-hospitalares com contratação de serviços baseada em indicadores de produtividade.

As causas da elevação dos custos assistenciais são multifatoriais, com destaque para o envelhecimento da população e o advento de novos recursos diagnósticos e terapêuticos que aumentam a demanda pelos serviços de saúde.

A seguir alguns conceitos fundamentais para entender a discussão sobre custos.

CONCEITOS:

Com a Lei 9.656, que regulamenta os planos e seguros privados, algumas terminologias, usadas rotineiramente pelas seguradoras, constituem, de certa forma, novidade para as demais modalidades de assistência. Ei-los:

- **Risco:** acontecimento possível, porém futuro e incerto quanto à ocorrência e ao momento que dever-se-á produzir, independente da vontade das partes contratantes

- **Sinistro:** qualquer procedimento previsto no contrato que gere danos materiais e/ou custo (ex. usuário que gere 4 consultas, 8 exames e 3 internações = 15 sinistros)

- **Prêmio:** é a remuneração que o segurado paga à seguradora para que este assuma a responsabilidade de um risco

- **Sinistralidade:** proporção prêmio/sinistro em percentual (ex.: despesa do plano-R\$ 6 milhões; receita-R\$ 8 milhões = 75% de sinistralidade)

CLASSIFICAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS:

Existem várias formas de classificarmos os procedimentos médicos. De modo geral, podem ser classificados simplesmente em:

- Pequeno risco: são aqueles procedimentos realizados ambulatorialmente, tais como consultas, exames e atendimentos realizados em consultório
- Grande risco: neste grupo estão os eventos hospitalares sob a forma de internação

Mais especificamente, em relação aos custos, podemos classificá-los em:

- Baixo custo, ocorrência alta: consultas, ex. simples
- Custo importante, ocorrência previsível (estimada): internações clínicas e cirúrgicas, obstetrícia
- Alto custo, baixa ocorrência: internações em UTI, principalmente neonatal, politraumatizados, AIDS, grandes cirurgias (RVM, neuro, etc.)

FORMAÇÃO DOS CUSTOS:

Cerca de 70 % dos custos são decorrentes da forma em que o plano foi desenhado e para quem o foi. Incluem-se neste grupo as influências ocasionadas, por exemplo, pelo perfil dos usuários (idade, sexo, incidência de doenças, etc.), pelo grau de cobertura oferecido pelo plano (maior ou menor abrangência) e pela rede credenciada que se quer ou pode oferecer (qualidade e custos). Constatamos que podemos atuar muito pouco neste campo, pelo menos sem comprometer alguns dos pontos-chaves dos serviços oferecidos.

Nos outros 30 % a atuação daqueles que gerenciam o plano é vital para sua viabilização. Aqui estão incluídos, entre outros, a negociação com a rede credenciada (tabelas, contratos, "pacotes", compartilhamento do risco), negociações com o governo (impostos, taxas, leis), associações classistas (médicos, hospitais, laboratórios, sociedades especializadas), da política de benefícios da empresa (programas de prevenção, educação em saúde), de uma auditoria eficaz (médica e administrativa, como sempre).

Resumindo, 70 % depende do desenho do plano e 30 % do gerenciamento adequado do mesmo. Daí a grande variedade de custos per capita entre as operadoras de planos e seguros de saúde.

AUMENTO DOS CUSTOS:

Observa-se no mundo toda elevação quase que constante dos custos assistenciais com a saúde, por motivos multifatoriais. Entre aqueles de maior destaque, segundo especialistas, estão o envelhecimento da população e o advento de novos recursos diagnósticos e terapêuticos, que aumentam a demanda pelos serviços de saúde. Estatísticas populacionais do IBGE, prevêem aumento de 60 % na expectativa de vida nas próximas 5 décadas, que, aliado à redução da taxa de mortalidade infantil, resulta no aumento, em média, de 1,55% a.a da população. No Brasil, além destes fatores, junta-se a chamada de "inflação saúde", sempre superior aos índices inflacionários gerais.

DISTRIBUIÇÃO DAS DESPESAS:

De modo bem geral, distribuem-se as despesas, da seguinte forma:

Consultas	20%
Exames	30%

Internações	43%
Atendimentos ambulatoriais	7%

Com relação ao grande risco (internações):

- HONORÁRIOS MÉDICOS = 25-30%
- DESPESAS HOSPITALARES = 70-75%, assim distribuída:

exames	4-5 %
diárias	14-15 %
Aluguéis e taxas	12-15 %
Materiais/medicamentos	35 %
Gasoterapia	4-5 %
Próteses/outros	4-5 %

Vejamos em seguida algumas medidas que costumam ser de utilidade na racionalização dos custos assistenciais.

MEDIDAS DE CONTROLE:

Estas são apenas algumas das medidas que podem ser utilizadas na racionalização dos custos:

- Fator moderador

A participação financeira ou franquia em procedimentos médicos, além de fonte de receita, tem importante papel regulador da utilização exagerada do plano por usuários pouco conscienciosos. Entretanto, não pode ser transformado em fator inibidor de eventos necessários ao diagnóstico e tratamento das doenças.

Recomenda-se a aplicação de participação financeira para os procedimentos de pequeno risco, ou seja, consultas e exames. O percentual varia, mas usualmente fica em torno de 30 %.

- Atuação preventiva

Infelizmente os planos de saúde não têm investido tanto quanto necessário em programas de prevenção, embora a ANS esteja dando estímulos cada vez maiores aos planos de saúde que desenvolvem programas de prevenção em saúde junto aos seus beneficiários.

- Rede credenciada: própria e de referência

Muitos planos de grande porte investem na formação de rede credenciada própria, administrando serviços complementares diagnósticos, clínicas especializadas e hospitais. Conseguem com a administração própria, reduzir despesas, sem necessariamente implicar em perda de qualidade.

Com relação à rede de referência, ou seja, profissionais autônomos e pessoas jurídicas escolhidos, segundo indicadores de acompanhamento e performance, que, em troca da oferta de volume de atendimento, oferecem melhores preços (descontos). Também, o controle da qualidade é primordial.

- Estímulo a parceria

O envolvimento do prestador de serviços na relação entre o plano e seus usuários é da maior importância.

- Acompanhamento e controle: relatórios gerenciais

Sem estes, como ficou demonstrado, praticamente não se consegue administrar o plano.

- Conscientização dos usuários

Todo bom plano deve ter em seu quadro profissionais qualificados a fornecer informações aos usuários, de forma a conscientizá-los que a utilização racional é a melhor forma de garantir o benefício a custo acessível.

- Auditoria de contas e de qualidade

O eficiente controle das contas e da qualidade da assistência através da auditoria garante o equilíbrio entre custo e benefício.

- Sistema informatizado

A informática, da mesma forma que para outras atividades de gerenciamento, é imprescindível nas funções de planejamento e controle. Os dados contidos no sistema precisam ser recuperados rapidamente e em formato que possa ser trabalhado, auxiliando as tomadas de decisões. As informações tem que ser rápidas e precisas, sem erros, sem riscos.

Investimentos em informática trazem retornos rápidos e eficientes, como por exemplo, aumento da produtividade, diminuição de papéis, padronização de documentos, diminuição de pessoal e aumento da qualidade dos serviços.

Especificamente em relação a planos de saúde, o sistema informatizado deve estar preparado para ser alimentado com os dados contidos nas planilhas. A partir destas informações desenvolver-se-ão todos os mecanismos de controle. Além do dossiê sobre todos os procedimentos liberados para cada associado, o sistema deve estar preparado para consultas rápidas "on-line" sobre: rede

credenciada, Brasíndice, CID, AMB, DEF, cadastro de fornecedores, dentre outros adaptados ao trabalho da empresa. Informações devem ser cadastradas de modo a permitir a execução de críticas no sistema quando da autorização de procedimentos e faturamento. Os dados básicos para esta crítica deverão ser determinados pela equipe de auditores; além das vantagens no controle do plano, agilizam o trabalho do pessoal administrativo, permitindo-lhes maior autonomia durante liberação de senhas.

Críticas são procedimentos automáticos executados pelo sistema informatizado, com o objetivo de agilizar e controlar as autorizações de senhas, facilitar a análise e processamento das cobranças, assim como auxiliar a análise técnica e administrativa, vez que libera tempo para auditoria mais detalhada. Veja alguns exemplos:

- código do procedimento (AMB) : A codificação do evento é a base por onde o sistema inicia sua crítica. Verifica existência ou não de cobertura contratual, valores acordados (tabela), dentre outras a seguir comentadas.
 - limite por período para o evento (ex.: 01 mamografia por ano) : Embora não permitido limites de procedimentos por força da regulamentação, bastando que haja solicitação e indicação médica, é importante que o sistema acuse, por exemplo, exames realizados em período de tempo inferior ao esperado, sinalizando à central reguladora de que há necessidade de maiores esclarecimentos.
 - quantidade permitida a ser liberada por senha (ex.:radioterapia-até 05 sessões por vez) : Mais uma forma de controle automático que auxilia a equipe da central de autorização.
 - limite máximo por associado (ex.: histerectomia total - 01 vez) : Usado nas situações em que procedimentos cirúrgicos, quando realizados, impedem a sua repetição.
 - número de diárias inicialmente liberadas (ex.:histerectomia-03) : O próprio sistema, com base em parâmetros técnicos, sugere a quantidade de diárias liberadas, de acordo com o código do evento.
 - sexo (ex.: não permite autorizar parto em sexo masculino) : Trata-se de recurso que, além de identificar possíveis fraudes (tipo raro em planos privados), evita erros de digitação (por exemplo, digitar a matrícula errada).
 - faixa etária (ex.: acusa parto em paciente fora da faixa etária) : Auxiliar no controle; também evita erros de digitação.
 - impedimento por eventos previamente autorizados (ex.: histerectomia impede parto) : São procedimentos que, quando realizados anteriormente àquele que está sendo solicitado, impedem a sua efetivação.
- Negociação de tabelas e contratos : Outra forma de controlar os custos é negociar de modo correto as tabelas e contratos.

TENDÊNCIAS DE MERCADO:

Há muito, no Brasil, trabalha-se com o pagamento à rede credenciada através dos serviços prestados (em inglês, *fee-for-service*). Atualmente, os planos e entidades que as representam, têm conseguido excelentes negociações no sentido de remunerar serviços através de custo fixo por procedimento, ou seja, "pacote". Esta última, onde parte do risco é compartilhada com o prestador do serviço, representa avanço importante na relação.

A tendência de que o prestador de serviços participe ainda mais na intermediação dos serviços de saúde, em parceria com os planos, é nítida. Alguns passos iniciais para a implantação do *managed care* já foram dados, apesar dos críticos. Esta seria a melhor saída?. Muito cedo para falar, mas, certamente o rumo deve ser para alguma forma de *managed care* adaptado à realidade brasileira, e não a importação defeituosa do país de origem.

3. ALTERNATIVAS NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE:

As despesas assistenciais, seja no âmbito da medicina pública ou privada, vem aumentando acima dos índices inflacionários convencionais. Quanto à receita, não se observa o mesmo. Os planos têm buscado alternativas de assistência que possam tornar o plano mais competitivo, melhorando sua qualidade, com possibilidade até mesmo de redução dos custos.

A seguir, as principais alternativas disponíveis, suas vantagens e desvantagens:

1. Internação domiciliar
2. Gerenciamento do risco
3. Hospital-dia
4. Atendimento pré-hospitalar
5. Prevenção

INTERNAÇÃO DOMICILIAR (home care):

É a transferência de a estrutura hospitalar convencional - acompanhamento médico, de enfermagem, medicamentos, exames, etc.- para a casa do paciente, permitindo maior interação dos familiares com o mesmo.

Este tipo de atendimento médico, considera a possibilidade do paciente receber tratamento em seu domicílio, com as mesmas características que se recebesse no hospital, acompanhado por uma equipe multidisciplinar (médicos, enfermeiros, assistente social, fisioterapeutas, nutricionistas e psicólogos). A família participa direta e efetivamente dos cuidados com o paciente.

Tipos de prestação de serviços que a empresa de home care deve dispor:

- atendimento médico emergencial
- acompanhamento psicológico (pacientes e familiares)
- serviços de enfermagem, fisioterapia, de nutrição (enteral e parenteral, inclusive), assistente social
- terapêutica medicamentosa sob supervisão médica e de enfermagem (inclusive quimioterapia)
- exames laboratoriais e radiológicos simples (portáteis)
- dispor de equipamentos médicos-hospitalares: materiais descartáveis, medicamentos, cama fowler, dietas, monitores, respiradores, bombas infusoras, nebulizadores, suportes para soros, cadeiras de rodas, etc.
- relatórios gerenciais de acompanhamento dos casos

Indicações:

Teoricamente, qualquer paciente com indicação de internação hospitalar em quarto ou enfermaria, pode ser submetido a internação domiciliar.

Entre as indicações mais freqüentes estão: pós-operatórios prolongados, portadores de neoplasias, patologias neurológicas com seqüelas, AIDS, doenças crônicas degenerativas; pacientes terminais e antibioticoterapia prolongada.

Vantagens:

- redução de custos quando comparado a internação hospitalar;
- diminuição do número de diárias hospitalares;
- melhora da qualidade de vida do paciente e de seus familiares;
- diminuição dos riscos de infecção hospitalar e infecções oportunistas;
- evita internações hospitalares de repetição;
- fácil auditoria do prontuário domiciliar;
- valorização da imagem institucional;
- diminui o problema da escassez de leitos hospitalares.

Básico necessário para admissão do paciente para internação domiciliar:

- indicação de internação domiciliar pelo médico-assistente

- condições adequadas no local de moradia do paciente (as vezes algum familiar em melhores condições cede a acomodação) e autorização dos familiares
- aprovação do programa de tratamento pelo plano de saúde

Condições para alta ou interrupção do tratamento domiciliar:

- internação deixa de ser necessária
- condições clínicas do paciente permitem
- surgiram complicações e necessitou internação hospitalar
- as condições do local deixam de ser suficientes para suporte necessário ao tratamento
- familiares ou pacientes recusam-se a continuar a internação
- alta ou suspensão da internação domiciliar pelo médico-assistente
- o plano de saúde interrompe o programa de tratamento

Recomendamos a observância dos parâmetros dispostos na Resolução CFM 1668/03 (www.cfm.org.br), que dispõe sobre normas técnicas necessárias à assistência domiciliar de paciente, definindo as responsabilidades do médico, hospital, empresas públicas e privadas; e a interface multiprofissional neste tipo de assistência.

GERENCIAMENTO DO RISCO:

Programa desenhado para o acompanhamento e gerenciamento de pacientes com agravos à saúde. Nestes casos o gerente do risco vai acompanhar junto ao médico-assistente o paciente, ajudando-o a tomar decisões, envolvendo e treinando membros da família, orientando a escolha do suporte ao paciente, dentre outros. É também um processo centrado no paciente capaz de promover atendimento de qualidade com melhor relação custo-benefício.

Quando indicar este serviço?

- portadores de patologias complexas que exijam cuidados de saúde mais freqüentes;
- patologias com alto risco de complicações gerando internações de repetição;
- pacientes que necessitam de cuidados de vários especialistas;

- pacientes que utilizam com grande frequência o plano de saúde (beneficiários com 3 ou mais atendimentos nos últimos 6 meses; beneficiários com 3 ou mais hospitalizações no último ano para o mesmo diagnóstico; pacientes internados por 5 ou mais dias em unidades de terapia intensiva; pacientes com expectativa de permanência em UTI que exceda 10 dias).

Podemos dividir o gerenciamento de risco em duas modalidades de abordagem: gerenciamento de caso (ou doente) e gerenciamento de doença.

No de doente (ou caso), requer a identificação de casos, em geral de natureza crônica, com potencial para geração de demanda por serviços médico-hospitalares. Objetiva adequar a destinação dos recursos, otimizando a assistência no sentido de obter uma relação entre o custo e qualidade mais favorável. A atividade gerencial deve ter por finalidade diagnosticar as reais necessidades dos pacientes e seus familiares e propor, na medida do possível, as melhores práticas para atendê-las. Envolve questões de natureza social e ambiental.

Já o de doença, baseia-se no entendimento de que é possível atuar nos fatores que contribuem para causar determinadas doenças (elevada morbimortalidade), atuando mais precocemente na sua história natural, de forma a reduzir a ocorrência de suas manifestações e complicações, resultando numa melhor qualidade de vida para os beneficiários e com menor custo para o sistema. O fundamento técnico deste tipo de abordagem reside na observação de associações estatísticas entre a ocorrência de determinadas doenças ou agravos e a exposição a determinados fatores, denominados "de risco" para sua ocorrência ou para a frequência de complicações.

HOSPITAL-DIA (day hospital ou day clinic):

Objetivos: atendimento a pacientes que não necessitem internação prolongada (cirurgias de pequeno e médio porte) ou que precisem submeter-se a procedimentos não cirúrgicos que exijam vigilância médica e de enfermagem (ex.: procedimentos endoscópicos, quimioterapia, pulsoterapia, etc.)

Vantagens:

- redução de custos das internações para procedimentos de pequeno e médio porte;
- internações de curta duração (geralmente 8-12 h, podendo prolongar-se até 48 h);
- redução da possibilidade de infecção hospitalar;
- mesma disponibilidade de equipamentos e recursos tecnológicos

- maior facilidade de negociação de pagamento por procedimentos ("pacotes").

Disponibilidade de serviços:

- salas para procedimentos não invasivos e de pequeno porte (equipada);
- centro cirúrgico e sala de recuperação anestésica;
- apartamentos e/ou enfermarias;
- equipe médica (24 horas): médico plantonista, enfermagem e anestesista, além do pessoal de apoio (nutrição, laboratório, raio-X, etc.);
- clínica ou hospital de apoio para eventuais complicações ou prolongamento da internação.

ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR:

Atendimento Pré-Hospitalar é o conjunto de procedimentos técnicos realizados no local da emergência e durante o transporte da vítima. O objetivo é mantê-la com vida e em situação mais próxima possível da normalidade até sua chegada a unidade hospitalar. Alguns exemplos são as ações ligadas ao socorro: controlar hemorragia, manter livres as vias aéreas, imobilizar fratura etc.

Diferencia-se de Resgate que é o grupo de providências técnicas para a retirada de vítimas de locais de onde não conseguem sair por si e sem risco. Exemplos: vítima libertada das ferragens de um carro, de um edifício em chamas, de um poço etc.

Por vezes, o Atendimento Pré-Hospitalar e o Resgate são praticados ao mesmo tempo, terminando por causar certa confusão entre os termos.

Plataforma de serviços:

- aconselhamento médico telefônico: central telefônica 24 horas, sistema 0800, com atendimento personalizado; presta-se ao esclarecimento de dúvidas médicas, primeiros socorros, aconselhamento e demais serviços;
- atendimento pré-hospitalar: quando caracterizada emergência pela central 24 horas, é acionada equipe médica e paramédica treinada para atendimento domiciliar com ambulâncias equipadas;
- transferência inter-hospitalar terrestre: transferência de hospital de menor recurso para um maior onde será continuado o tratamento;

- transferência inter-hospitalar aérea: utilizadas as UTIs aéreas, garantindo atendimento em localidades que não dispõem de recursos para tratamento dos usuários;

PREVENÇÃO:

A implantação de programas de prevenção, principalmente por planos de autogestão, sem dúvida pode ser considerado um investimento com retorno financeiro a médio e longo prazo, que poderá ser investido em novos benefícios para os usuários. Estima-se que para cada \$1 investido, retorne até \$8.

Sabendo dessa estimativa, porque algumas empresas pensam em não investir? Eis alguns fatores que contribuem para isso:

- Informações limitadas sobre a eficácia da promoção à saúde e prevenção de doenças;
- Dificuldade em medir custo e custo-eficiência;
- A economia atual em R\$ é considerada mais importante que uma promessa de R\$ ou de benefícios à saúde; preferem gastar R\$ 1.000 hoje, para evitar a morte de alguém hoje, a gastar R\$ 1.000 hoje na expectativa que alguém não morra daqui a 10 anos.

São exemplos de programas preventivos, alcoolismo, aleitamento, AIDS e outras DST, câncer, drogas, diabetes, hanseníase, pré-natal, prevenção de acidentes do trabalho, saúde mental, tabagismo, imunização, dentre outros.

Levantamento a respeito do impacto de alguns fatores sobre os custos assistenciais, publicados no Journal of Occupational Medicine, demonstraram que os fumantes custam 25 % a mais em assistência médica e gastam 114 % tempo de internação hospitalar; os sedentários 38 % e 54 %, respectivamente; os obesos 8 % e 85 %, respectivamente.

4. AUDITORIA MÉDICA versus ÉTICA MÉDICA

Um dos maiores desafios do médico auditor é o de não incorrer no equívoco de, ultrapassando os limites de suas atribuições, infringir o Código de Ética Médica. Algumas vezes, profissionais médicos investidos da função de auditores, ao defenderem os interesses econômicos da empresa que os contratou, esquecem-se dos princípios éticos básicos, incompatibilizando-se com colegas de profissão.

No entanto, a recíproca ocorre com certa frequência. O auditor depara-se com situações que envergonham a classe médica. Entre as funções da auditoria médica nos planos de saúde, a que merece maior destaque é a do controle e

acompanhamento da qualidade da assistência prestada ao paciente, alvo de toda atenção do médico. Obviamente, a questão financeira que permite a viabilização desta assistência, também é de extrema importância, e, neste ponto, a auditoria exerce importante papel.

Um dos fatores que tem gerado freqüentes processos éticos contra auditores decorre do evidente conflito de interesses entre os prestadores de serviços (médicos, clínicas, hospitais) e os compradores de serviços (planos de saúde). No equilíbrio desta relação, está o segredo do relacionamento ético entre auditor e auditado.

No Código de Ética Médica, diversos artigos estão relacionados ao trabalho do médico auditor, a saber:

Princípios fundamentais (CAP I)

- Art. 11 - O médico deve manter sigilo quanto às informações confidenciais de que tiver conhecimento no desempenho de suas funções. O mesmo se aplica ao trabalho em empresas, exceto nos casos em que o silêncio prejudique ou ponha em risco a saúde do trabalhador ou a comunidade.
- Art. 18 - **As relações do médico com os demais profissionais em exercício na área de saúde devem basear-se no respeito mútuo, na liberdade e independência profissional de cada um, buscando sempre o interesse e o bem-estar do paciente.**

Remuneração Profissional (CAP VII)

É vetado ao médico:

- Art. 86 - Receber remuneração pela prestação de serviços profissionais a preços vis ou extorsivos, inclusive através de convênios.
- Art. 87 - Remunerar ou receber comissão ou vantagens por pacientes encaminhados ou recebidos, ou por serviços não efetivamente prestados.
- Art. 88 - **Permitir a inclusão de nomes de profissionais que não participam do ato médico, para efeito de cobrança de honorários.**
- Art. 89 - Deixar de conduzir com moderação na fixação de seus honorários, devendo considerar as limitações econômicas do paciente, as circunstâncias do atendimento e a prática local.
- Art. 90 - Deixar de ajustar previamente com o paciente o custo provável dos procedimentos propostos, quando solicitado.
- Art. 91 - Firmar qualquer contrato de assistência médica que suborne os honorários ao resultado do tratamento ou à cura do paciente.
- Art. 92 - Explorar o trabalho médico como proprietário, sócio ou dirigente de empresa ou instituições prestadoras de serviços médicos, bem como

auferir lucro sobre o trabalho de outro médico, isoladamente ou em equipe.

- Art. 96 - reduzir, quando em função de direção ou chefia, a remuneração devida ao médico, utilizando-se de descontos a título de taxa de administração ou quaisquer outros artifícios.
- Art. 97 - Reter, a qualquer pretexto, remuneração de médicos e outros profissionais.
- Art. 98 - **exercer a profissão com interação ou dependência de farmácia, laboratório farmacêutico, ótica ou qualquer organização destinada à fabricação, manipulação ou comercialização de produtos de prescrição médica de qualquer natureza, exceto quando se tratar de exercício da Medicina do Trabalho.**
- Art. 99 - **Exercer simultaneamente a Medicina e a farmácia, bem como obter vantagens pela comercialização de medicamentos, órteses ou próteses, cuja compra decorra da influência direta em virtude da sua atividade profissional.**
- Art. 100 - Deixar de apresentar, separadamente, seus honorários quando no atendimento ao paciente, participarem outros profissionais.

Segredo Médico (CAP IX)

É vetado ao médico:

- Art. 106 - Prestar às empresas seguradoras qualquer informação sobre as circunstâncias da morte de paciente seu, além daquelas contidas no próprio atestado de óbito, salvo por expressa autorização do responsável legal ou sucessor.
- Art. 107 - Deixar de orientar seus auxiliares e zelar para que respeitem o segredo profissional a que estão obrigados por lei.
- Art. 108 - Facilitar manuseio e conhecimento dos prontuários, papeletas e demais folhas de observações médicas sujeitas ao segredo profissional, por pessoas não obrigadas ao mesmo compromisso.

Perícia Médica (CAP XI)

É vetado ao médico:

- Art. 118 - Deixar de atuar com absoluta isenção quando designado para servir como perito ou auditor, assim com ultrapassar os limites das suas atribuições e competência.
- Art. 121 - Intervir, quando em função de auditor ou perito, nos atos profissionais de outro médico, ou fazer qualquer apreciação em presença do examinado, reservando suas observações para o relatório.

Importante contribuição na regulamentação da função do auditor médico veio com a **Resolução do CFM nº 1.614/2001** que trata da auditoria realizada por médicos:

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n.º 44.045, de 19 de julho de 1958, e

- CONSIDERANDO a necessidade de disciplinar a fiscalização praticada nos atos médicos pelos serviços contratantes de saúde;
- CONSIDERANDO que a auditoria do ato médico constitui-se em importante mecanismo de controle e avaliação dos recursos e procedimentos adotados, visando sua resolubilidade e melhoria na qualidade da prestação dos serviços;
- CONSIDERANDO que a auditoria médica caracteriza-se como ato médico, por exigir conhecimento técnico, pleno e integrado da profissão;
- CONSIDERANDO que o médico investido da função de auditor encontra-se sob a égide do preceituado no Código de Ética Médica, em especial o constante nos artigos 8º, 16, 19, 81, 108, 118 e 121;
- CONSIDERANDO o disposto no Decreto nº 20.931/32;
- CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em Sessão Plenária de 8 de fevereiro de 2001,

RESOLVE:

- Art. 1º - O médico, no exercício de auditoria, deverá estar regularizado inscrito no Conselho Regional de Medicina da jurisdição onde ocorreu a prestação do serviço auditado.
- Art. 2º - As empresas de auditoria médica e seus responsáveis técnicos deverão estar devidamente registrados nos Conselhos Regionais de Medicina das jurisdições onde seus contratantes estiverem atuando.
- Art. 3º - Na função de auditor, o médico deverá identificar-se, de forma clara, em todos os seus atos, fazendo constar, sempre, o número de seu registro no Conselho Regional de Medicina.
- Art. 4º - O médico, na função de auditor, deverá apresentar-se ao diretor técnico ou substituto da unidade, antes de iniciar suas atividades.
- Art. 5º - **O diretor técnico ou diretor clínico deve garantir ao médico/equipe auditora todas as condições para o bom desempenho de suas atividades, bem como o acesso aos documentos que se fizerem necessários.**
- Art. 6º - O médico, na função de auditor, se obriga a manter o sigilo profissional, devendo, sempre que necessário, comunicar a quem de direito e por escrito suas observações, conclusões e recomendações, sendo-lhe vedado realizar anotações no prontuário do paciente.

Parágrafo 1º - É vedado ao médico, na função de auditor, divulgar suas observações, conclusões ou recomendações, exceto por justa causa ou dever legal.

Parágrafo 2º - O médico, na função de auditor, não pode, em seu relatório, exagerar ou omitir fatos decorrentes do exercício de suas funções.

Parágrafo 3º - Poderá o médico na função de auditor solicitar por escrito, ao médico assistente, os esclarecimentos necessários ao exercício de suas atividades.

Parágrafo 4º - Concluindo haver indícios de ilícito ético, o médico, na função de auditor, obriga-se a comunicá-los ao Conselho Regional de Medicina.

- Art. 7º - **O médico, na função de auditor, tem o direito de acessar, *in loco*, toda a documentação necessária, sendo-lhe vedada a retirada dos prontuários ou cópias da instituição, podendo, se necessário, examinar o paciente, desde que devidamente autorizado pelo mesmo, quando possível, ou por seu representante legal.**

Parágrafo 1º - **Havendo identificação de indícios de irregularidades no atendimento do paciente, cuja comprovação necessite de análise do prontuário médico, é permitida a retirada de cópias exclusivamente para fins de instrução da auditoria.**

Parágrafo 2º - O médico assistente deve ser antecipadamente cientificado quando da necessidade do exame do paciente, sendo-lhe facultado estar presente durante o exame.

Parágrafo 3º - O médico, na função de auditor, só poderá acompanhar procedimentos no paciente com autorização do mesmo, ou representante legal e/ou do seu médico assistente.

- Art. 8º - É vedado ao médico, na função de auditor, autorizar, vetar, bem como modificar, procedimentos propedêuticos e/ou terapêuticos solicitados, salvo em situação de indiscutível conveniência para o paciente, devendo, neste caso, fundamentar e comunicar por escrito o fato ao médico assistente.
- Art. 9º - O médico, na função de auditor, encontrando impropriedades ou irregularidades na prestação do serviço ao paciente, deve comunicar o fato por escrito ao médico assistente, solicitando os esclarecimentos necessários para fundamentar suas recomendações.
- Art. 10 - O médico, na função de auditor, quando integrante de equipe multiprofissional de auditoria, deve respeitar a liberdade e independência dos outros profissionais sem, todavia, permitir a quebra do sigilo médico.

Parágrafo único – É vedado ao médico, na função de auditor, transferir sua competência a outros profissionais, mesmo quando integrantes de sua equipe.

- Art. 11 – Não compete ao médico, na função de auditor, a aplicação de quaisquer medidas punitivas ao médico assistente ou instituição de saúde, cabendo-lhe somente recomendar as medidas corretivas em seu relatório, para o fiel cumprimento da prestação da assistência médica.
- Art. 12 – É vedado ao médico, na função de auditor, propor ou intermediar acordos entre as partes contratante e prestadora que visem restrições ou limitações ao exercício da Medicina, bem como aspectos pecuniários.
- Art. 13 – O médico, na função de auditor, não pode ser remunerado ou gratificado por valores vinculados à glosa.
- Art. 14 – Esta resolução aplica-se a todas as auditorias assistenciais, e não apenas àquelas no âmbito do SUS.
- Art. 15 – Fica revogada a Resolução CFM nº 1.466/96.
- Art. 16 – Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília-DF, 8 de fevereiro de 2001

Como podemos observar, o cumprimento ao Código de Ética Médica e o conhecimento da legislação que envolve a atividade da auditoria médica é fundamental. Que tanto o auditor quanto o auditado devem estar atentos aos fundamentos da ética e do bom senso em suas atitudes, sendo o diálogo e respeito mútuo o mais importante nesta relação.

Devemos ter em mente que a função da auditoria médica é assegurar que o que se faz está correto, entretanto, não é um “caça as bruxas”, nem instrumento de pressão política e muito menos redução de custo a qualquer preço.

5. AUDITORIA DA REDE CREDENCIADA

Um dos fatores mais importantes para o sucesso do plano de saúde está na oferta de uma rede credenciada de qualidade, dimensionada adequadamente em razão das características da carteira de clientes (sexo, idade, dados epidemiológicos, dentre outros), sem, no entanto, esquecer das necessidades do plano (honestidade, parceria, preço).

O grande desafio está em oferecer atendimento de qualidade, ao menor custo para o plano e com garantia de margem de lucro suficiente para satisfazer os anseios do credenciado.

REQUISITOS BÁSICOS PARA FORMAÇÃO DA REDE:

O credenciamento deve ser bem dimensionado e possuir características regionais, adequando-se à população assistida. Com relação aos associados, sofre variações de acordo com faixa etária, sexo, ocupação profissional, nível sócio-econômico, tipo de plano e endereço da moradia e do trabalho. Quanto à

rede, a realidade local deve ser analisada de acordo com o número de clínicas e hospitais, laboratórios, pronto-socorros, CTI, maternidades e especialistas disponíveis na região.

Grande parte dos usuários busca atendimento em profissionais com consultórios e clínicas próximos ao local de trabalho, ou seja, sem relação com o endereço de moradia.

Deve ser avaliada a incidência das patologias mais frequentes, traçando-se parâmetros definidos de acordo com a maior procura por determinadas especialidades (ex.: pneumologistas em região com muitos usuários que trabalham no campo com produtos químicos que facilitam o surgimento de doenças respiratórias).

Evitar, por exemplo, excessiva oferta de leitos de maternidade em região com reduzido número de associadas em idade fértil; credenciamento de clínicas sem enfermarias quando a maioria dos usuários da região possui planos sem cobertura para apartamentos privativos.

Após conhecimento de informações tais como as acima exemplificadas, obedecer a critérios de forma que a rede atenda a demanda das necessidades dos usuários, devendo ser determinado o número ideal de:

- hospitais/clínicas especializadas por associado
- especialistas (autônomos) por associado
- laboratórios por associado

Quanto mais "enxuta" a rede, melhor controle, maior valorização do plano e maior poder de negociação em relação aos contratos. Daí a constatação de que, quantidade de recursos credenciados está diretamente relacionada aos custos.

A análise do *curriculum vitae* do responsável técnico (pessoa jurídica) serve como triagem daquele candidato a credenciamento. É preenchido, então, o formulário apropriado com estabelecimento de pontuação. Caso atinja o valor especificado, é programada visita às instalações para avaliação. Entretanto, deve ser levado em conta, também, a análise da competência do corpo clínico.

A visita ao estabelecimento é fundamental, com o objetivo de confirmar e conhecer de perto as atividades desenvolvidas e o seu grau de capacitação técnica. A aparelhagem técnica utilizada em exames complementares (ex.: credenciado possuidor de broncoscópio rígido que diz realizar broncoscopia flexível) deve ser avaliada.

Sempre deve ser tentado, quando das negociações, o contrato padrão da empresa, evitando-se cláusulas ou termos aditivos específicos da tabela própria

do credenciado. Pensar sempre nas dificuldades futuras enfrentadas pelo faturamento e nas repercussões no custo assistencial.

Existem os mais variados mecanismos de acompanhamento e controle, através das auditorias e dos relatórios gerenciais (custo médio de procedimentos, tempo médio de permanência hospitalar, média de consultas X procedimentos (exames) especializados, índices de exames normais, avaliação credenciado X médico solicitante, dentre outros).

O ideal é determinarmos índices e médias periódicas por amostragem, para todos os credenciados.

Para que seja autorizada extensão do credenciamento, deve ser realizada nova visita a fim de verificar a autenticidade da solicitação. Avaliar a necessidade do Plano para o procedimento solicitado, evitando credenciamento simplesmente devido a oferta.

O credenciamento de policlínicas e de laboratório e exames especializados em hospitais (salvo exames de urgência e de internados), a princípio, não é recomendado.

COMPOSIÇÃO DA REDE:

1 - Rede Básica ou Primária (regiões com até 250 vidas)

Deve ser credenciado um hospital geral com centro cirúrgico ou pronto-socorro, laboratório e radiologia, e, dispor de atendimento nas especialidades básicas: clínica e cirurgia geral, pediatria e ginecologia / obstetrícia;

2 - Rede de Referência Secundária (regiões com mais de 250 vidas)

Constituída de:

2.1 - Rede mínima, com as seguintes especialidades:

Ortopedia + oftalmologia + otorrinolaringologia + cardiologia + dermatologia + anestesiologia + neurologia + fisioterapia

2.2 - Rede complementar, com as seguintes especialidades:

Angiologia/C. Vascular + urologia + hemoterapia + endoscopia + ultrasonografia + ecocardiografia + eletroencefalografia + tomografia

Além disso, disponibilizar hospitais e clínicas especializadas com PS

3 - Rede de Referência terciária (independe do número de vidas)

Depende da disponibilidade dos serviços, devendo estar acessível para todos os usuários do plano, sempre que necessário. Geralmente, representada pelas capitais e cidades de maior porte. Além dos recursos descritos anteriormente, deve oferecer credenciados nas seguintes especialidades:

Endocrinologia + reumatologia + gastroenterologia + pneumologia + alergologia + nefrologia + proctologia + neurocirurgia + cir. cardíaca + cir. plástica + cir. cabeça e pescoço + cir. pediátrica + cir. ap. digestivo + cir. da mão + cir. torácica + geriatria + mastologia + fisioterapia + infectologia + ressonância magnética

INDICADORES GENÉRICOS E CÁLCULO DAS NECESSIDADES:

As consultas distribuem-se usualmente da seguinte forma:

Urgências e emergências	15 %
Áreas básicas 65 %	65 % (clínica médica 34,5 %, pediatria 15,5 %, ginecologia-obstetrícia 12,7 % e cirurgia geral 2,3 %)
Especialidades	20 %

Obs.: tratam-se de parâmetros genéricos, devendo ser consideradas particularidades da carteira do plano

Para calcular a necessidade ideal:

Cálculo da necessidade ideal: (no. usuários X parâmetro da especialidade) / quantidade de consultas que o plano deseja que cada profissional realize

Obs.: parâmetro da especialidade = no. atendimentos na especialidade durante um período avaliado, dividido pelo no. médio de usuários do mesmo período.
Exemplo - 50 consultas em cardiologia / 10.000 usuários = parâmetro de cardiologia de 0,005

Exemplo de cálculo da necessidade ideal:

Para que possamos efetuar o cálculo levando em conta o parâmetro da especialidade, precisaríamos definir o número de consultas que gostaríamos de oferecer ao profissional médico no mes. Geralmente utiliza-se 20 consultas/mes/profissional.

Portanto, para calcularmos a necessidade ideal de ortopedista em um plano fictício com 150 mil vidas , apenas a título de exemplo, devemos verificar primeiro o parâmetro da especialidade. Supondo que seja 0,02, multiplica-se

este valor pelo no. de usuários, obtendo-se o valor de 3.000. Considerando que gostaríamos de oferecer 20/consultas/mes/profissional, basta agora dividir este resultado por 20, quando então, acharemos o resultado final, que é 150.

Vejamos clínica médica com parâmetro de 0,09. Então $0,09 \times$ no. de usuários dividido por 20 = 675. Observa-se que nas áreas básicas, se utilizarmos como parâmetro 20/cons/mes, poderá ser muito pouco, vez que é uma das mais procuradas. Por isso utiliza-se, entre 30 a 40 cons/mes.

Portanto, na fórmula do cálculo da necessidade ideal, multiplicamos o parâmetro da especialidade pela quantidade de usuários e dividimos esse resultado pelo número de consultas que desejamos que nosso profissional credenciado produza em média por mês (por ex. 20).

Rede Secundária: deve ser constituída da rede básica e mais $2 \times$ no. usuários \times parâmetro de cada especialidade pertencente à rede secundária

Rede Terciária: rede básica + $3 \times$ no. usuários \times parâmetro

Índice de suficiência (IS):

Trata-se de um interessante parâmetro, com valor comparativo e de acompanhamento do credenciamento. De acordo com a modalidade do plano (medicina de grupo, cooperativa, seguradora, autogestão), pode variar, conforme exemplificado a seguir. Um índice bastante razoável ficaria entre 10 e 15.

$$\text{IS} = \frac{\text{no. de credenciados}}{\text{no. de usuários}} \times 1.000$$

Exemplos: Sul América = 17,55; Bradesco = 15; Amil = 6,62; F.Cesp = 52,25

Fonte: Caderno especial da Folha de S. Paulo / 1995

Os parâmetros quantitativos demonstrados a seguir constituem um padrão, podendo ser utilizado como indicador inicial quando da formação da rede, ou, nos casos em que o plano não dispuser de estatística que permita encontrar os próprios resultados (ideal).

Relação do número de credenciados, de acordo com a quantidade de associados:

Áreas básicas: 1 / 500 (ou seja, para cada 500 usuários, 1 clínico geral)

Especialidades:

Traumato-ortopedia	1 / 1000
Oftalmologia	1 / 1000
Psiquiatria	1 / 1000
Cardiologia	1 / 1000
Otorrinolaringologia	1 / 1000
Neurologia	1 / 2000
Dermatologia	1 / 2000
Tisiopneumologia	1 / 2000
Urologia	1 / 3000
Gastroenterologia	1 / 3000
Med. Física/Reab.	1 / 5000
Endocrinologia	1 / 5000
Reumatologia	1 / 5000
Angiologia	1 / 5000
Alergia	1 / 7000
Proctologia	1 / 7000
Oncologia	1 / 7000
Nefrologia	1 / 9000
Hematologia	1 / 9000
Neurocirurgia	1 / 9000
Outras especialidades	1 / 10000

SADT (serviços de apoio diagnóstico e terapêutico) / Clínicas Especializadas:

Radiologia 1 / 1000
Cardiologia 1 / 5000
Neurofisiologia 1/ 5000
Tomografia 1 / 5000
U. Sonografia 1 / 5000
Endoscopia 1 / 10000
Ressonância 1 / 10000

Laboratório 1 / 1000 *

* considerar cada posto de coleta como uma unidade

Número de Leitos Hospitalares por 1000 beneficiários/ano:

Clínica Médica 1,61
Clínica Cirúrgica 0,36
Clínica Obstétrica 0,36

Fonte: SUS

Para cálculo rápido, considera-se a necessidade teórica de 1 / 500 usuários, entretanto, o ideal é de 1 / 250 (devido a não exclusividade do hospital a este ou aquele plano).

Após efetuar o cálculo de quantos recursos credenciados deverá dispor o plano, será avaliado, através do curriculum vitae, as qualificações do prestador de serviços, seja ele autônomo ou pessoa jurídica (responsável técnico). Vamos ver em seguida como proceder para tal.

AVALIAÇÃO DE PROFISSIONAIS AUTÔNOMOS (PESSOA FÍSICA):

Na avaliação do curriculum vitae do profissional autônomo para credenciamento de pessoa física, deve ser levado em consideração, dentre outros, os seguintes itens: especialidade principal e correlata, tempo de formado, formação universitária, especialização (residência médica, mestrado, doutorado, pós-graduação, docência), experiência em hospitais e clínicas na especialidade pretendida, referências profissionais e aprovação em concursos públicos.

Para cada um dos itens avaliados, a empresa deverá estabelecer uma pontuação, de acordo com o perfil desejado. A soma destes pontos definirá a hierarquia do credenciamento, sempre de acordo com os parâmetros quantitativos.

AVALIAÇÃO DE PESSOA JURÍDICA:

Neste caso, primeiro avaliar o curriculum vitae do responsável técnico, seguindo os mesmos critérios definidos para autônomos; em seguida, verificar, ainda que de modo resumido, qualificação do corpo clínico e demais serviços (laboratório, CTI, serviços especializados, etc.).

Passada primeira etapa, programar visita às instalações, onde serão verificados estrutura física, disponibilidade de pessoal e equipamentos. Durante a visita, deve-se preencher um modelo de formulário que permita estabelecer uma pontuação ao serviço.

ACREDITAÇÃO HOSPITALAR:

O que é acreditação?

Acreditação é um método desenvolvido para apreciar a qualidade da assistência médico-hospitalar em todos os serviços de um hospital, com base em duas importantes variáveis: padrões de referência desejáveis (construídos por peritos e previamente divulgados) e indicadores (instrumentos que o avaliador/visitador usará para constatar se os padrões foram observados ou estão presentes na instituição).

O porquê da acreditação?

O status de acreditado conota sempre confiança no hospital por parte dos clientes internos e externos, bem como da comunidade em geral. Constitui, essencialmente, um programa de educação continuada e, jamais, uma forma de fiscalização.

A acreditação no Brasil:

Elaborado o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar, com o objetivo de avaliar e verificar os serviços de um hospital geral. Para todos os serviços hospitalares foram definidos padrões, ou seja, níveis de atenção, práticas ou métodos esperados. Em cada uma das subseções avaliadas foram estabelecidos três níveis, sendo que o primeiro nível (Nível 1) corresponde à referência básica para os Serviços, isto é, o limite essencial de qualidade com o qual deve funcionar um serviço hospitalar.

No Manual, considera-se hospital, independentemente da sua denominação, como "todo estabelecimento dedicado à assistência médica, de caráter estatal ou privado, de alta ou baixa complexidade, com ou sem fins lucrativos"

Segundo definição proposta pela OPAS: "São todos os estabelecimentos com pelo menos 5 leitos, para internação de pacientes, que garantem um atendimento básico de diagnóstico e tratamento, com equipe clínica organizada e com prova de admissão e assistência permanente prestada por médicos. Além disso, considera-se a existência de serviço de enfermagem e atendimento terapêutico direto ao paciente, durante 24 horas, com disponibilidade de serviços de laboratório e radiologia, serviço de cirurgia e/ou parto, bem como registros médicos organizados para a rápida observação e acompanhamento dos casos".

Composição dos "Padrões":

Os padrões foram elaborados com base na existência de três níveis, do mais simples para o mais complexo, tendo presente o princípio do "tudo ou nada", ou seja, o padrão deve ser integralmente cumprido para ser considerado como satisfatório.

Lógica do processo de acreditação hospitalar:

A Acreditação Hospitalar é um método de consenso, racionalização e ordenamento dos hospitais e, principalmente, de educação permanente do pessoal de serviço e de seus líderes. O primeiro passo para a sua viabilização é a existência do "Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar", que estabelece os itens que devem ser avaliados de forma explícita e objetiva. O segundo componente relaciona-se com a existência de um "Órgão Nacional de Acreditação", com representações dos diversos segmentos sociais relacionados com a saúde.

Metodologia do processo de acreditação hospitalar:

Dividido em seções e subseções. Nas subseções: padrões definidos segundo três níveis, do mais simples ao mais complexo, do inicial ao mais desenvolvido e sempre com um processo de incorporação dos requisitos anteriores de menor complexidade. Para cada nível são definidos itens de verificação que orientam o processo de visita e preparação do hospital para a Acreditação Hospitalar.

Cada padrão apresenta uma definição e uma lista de itens de verificação que permitem a identificação precisa do que se busca avaliar e a concordância com o padrão estabelecido. O método de coleta de dados é a observação no local e contatos com os profissionais dos diversos serviços.

Nível 1

As exigências deste nível contemplam o atendimento aos requisitos básicos da qualidade na assistência prestada ao cliente, nas especialidades e serviços do hospital, com os recursos humanos compatíveis com a complexidade, qualificação adequada (habilitação) dos profissionais e responsável técnico com habilitação correspondente para as áreas de atuação institucional.

Princípios orientadores:

- habilitação do corpo funcional;
- atendimento aos requisitos fundamentais de segurança para o cliente nas ações assistenciais e procedimentos médico-sanitários;
- estrutura básica (recursos) capaz de garantir assistência orientada para a execução coerente de suas tarefas.

Nível 2

Presença de evidências de adoção do planejamento na organização da assistência hospitalar, referentes à documentação, corpo funcional (força de trabalho), treinamento, controle, estatísticas básicas para a tomada de decisão clínica e gerencial e práticas de auditoria interna.

Princípios orientadores:

- existência de normas, rotinas e procedimentos documentados e aplicados;
- evidências da introdução e utilização de uma lógica de melhoria dos processos nas ações de assistência e nos procedimentos médico-sanitários;
- evidências de atuação focalizada no cliente/paciente.

Nível 3

Evidências de políticas institucionais de melhoria contínua em termos de estrutura, novas tecnologias, atualização técnico-profissional, ações assistenciais e procedimentos médico-sanitários. Evidências objetivas de utilização da tecnologia da informação, disseminação global e sistêmica de rotinas padronizadas e avaliadas com foco na busca da excelência.

Princípios orientadores:

- evidências de vários ciclos de melhoria em todas as áreas, atingindo a organização de modo global e sistêmico;
- utilização de um sistema de informação institucional consistente, baseado em taxas e indicadores, que permitam comparações com referenciais adequados e a obtenção de informação estatística que mostrem tendências positivas e sustentação de resultados;
- utilização de sistemas de aferição da satisfação dos clientes (internos e externos) e existência de um programa institucional da qualidade e produtividade implantado, com evidências de impacto sistêmico.

Itens de verificação:

Os itens de verificação apontam as fontes onde os avaliadores podem procurar as provas, ou o que o hospital puder apresentar para indicar que cumpre com um determinado padrão e em que nível. Estas fontes podem ser: qualquer documento do hospital, entrevistas com as chefias de serviço, funcionários, clientes e familiares, prontuários médicos, registros dos pacientes e outros.

6. AUDITORIA DE AUTORIZAÇÕES DE PROCEDIMENTOS:

A necessidade de autorização prévia através da obtenção de uma senha (guia, para alguns), é mais uma forma de controlar a utilização, coibir eventuais fraudes e limitar sua realização conforme abrangência de cobertura e tipo do plano. Além disso, presta-se para alimentação de dados que servirão como base para os relatórios gerenciais.

O primeiro passo é definir quais procedimentos devem necessitar de autorização prévia, ou seja, serão objeto de regulação. Geralmente vincula-se ao custo direto (valor efetivo na tabela) ou indireto (despesas com materiais, medicamentos, taxas, etc.), ou, ainda, aos casos em que apesar do baixo custo merecem controle, vez que são de ocorrência elevada.

Para alguns eventos que possuem correlação na CBHPM - Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos, colocamos ao lado a correspondência neste referencial.

NOÇÕES BÁSICAS SOBRE A CBHPM:

A Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos, CBHPM, foi adotada como padrão mínimo e ético de remuneração dos procedimentos médicos para o Sistema de Saúde Suplementar por meio da Resolução CFM 1673/03. Ainda se encontra em fase de negociação para implantação em todo o país, sendo que em alguns estados foi implantada no decorrer de 2005.

Considerando que não faz parte do nosso objetivo a discussão sobre os aspectos negociais que resultam dessa mudança de padrão que até então vinha sendo utilizado, gostaríamos de destacar, a seguir, alguns pontos que diferenciam a CBHPM das demais tabelas.

Com relação às Instruções Gerais:

- A pontuação dos procedimentos médicos, que foi realizada por representantes das Sociedades Brasileiras de Especialidades com assessoria da FIPE - Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas, está agrupada em 14 portes e três subportes (A, B e C). Os portes anestésicos(AN) permanecem em número de oito e mantém correspondência com os demais portes. Os portes de atos médicos laboratoriais seguem os mesmos critérios dos portes dos procedimentos, mas correspondem a frações do menor porte (1A). Quanto aos custos, estabeleceu-se a unidade de custo operacional (UCO), que incorpora depreciação de equipamentos, manutenção, mobiliário, imóvel, aluguéis, folha de pagamento etc. Este custo foi calculado para os procedimentos de SADT de cada Especialidade. Custos operacionais referentes a acessórios e descartáveis serão ajustados diretamente e de comum acordo entre as partes. A quantificação dos portes e das UCOs ficará sujeita a alteração sempre que modificadas as condições que nortearam suas fixações, sendo admitida banda de 20%, para mais ou para menos, em respeito à regionalização.

Comentário: a distribuição dos portes de honorários em 14 portes e 3 subportes, assim como seus correspondentes portes anestésicos, permite, ao nosso ver, maior flexibilidade na aplicação do referencial, diferentemente das tabelas anteriores que era muito mais restritiva. A instituição da UCO, cuja negociação de valor pode estar desvinculada daquela feita para o porte dos honorários, merece avaliação criteriosa, uma vez que existe grande variação regional dos fatores que foram levados em consideração para sua precificação.

As chamadas bandas de flexibilização, que varia de -20% a +20%, contribui para os ajustes necessários em função de regionalismos. Embora tecnicamente estas mudanças possam vir a ser interessantes, precisam de grandes mudanças, principalmente nos sistemas informatizados.

- Os atos médicos praticados em caráter de urgência ou emergência terão um acréscimo de trinta por cento (30%) em seus portes nas seguintes eventualidades:

a) No período compreendido entre 19h e 7h do dia seguinte;

b) Em qualquer horário aos sábados, domingos e feriados.

Comentário: desde a tabela AMB 92, considerava-se para o adicional de urgência e emergência, o horário das 22 h às 6 h, inclusive sábados, e também os domingos e feriados em qualquer horário. Não foi apresentada justificativa para mudança. Ressalte-se que a AMB 90 prevê os mesmos horários da CBHPM, exceto pelo Sábado que considera apenas o horário a partir das 12 h e não o dia todo.

- Os portes atribuídos a cada procedimento cirúrgico incluem os cuidados pós-operatórios relacionados com o tempo de permanência do paciente no hospital, até 10 (dez) dias após o ato cirúrgico.

Comentário: neste item foi mantido o padrão vigente desde a AMB 92; na AMB 90 eram 15 dias de pós-operatório.

- A valoração dos serviços prestados pelos médicos auxiliares dos atos cirúrgicos corresponderá ao percentual de 30% do porte do ato praticado pelo cirurgião para o primeiro auxiliar, de 20% para o segundo e terceiro auxiliares e, quando o caso exigir, também para o quarto auxiliar.

- Quando uma equipe, num mesmo ato cirúrgico, realizar mais de um procedimento, o número de auxiliares será igual ao previsto para o procedimento de maior porte, e a valoração do porte para os serviços desses auxiliares será calculada sobre a totalidade dos serviços realizados pelo cirurgião.

Comentário: o item acima normatiza a remuneração do 4o Auxiliar quando este se fizer necessário e fica mais claro que em outras versões de que o cálculo dos valores dos auxiliares será sempre pelo evento de maior porte.

- Para os planos superiores ofertados por operadoras, diferentemente do previsto no citado item 1.5, fica prevista a valoração do porte pelo dobro de sua quantificação, nos casos de pacientes internados em apartamento ou quarto privativo, em day clinic ou UTI. Não estão sujeitos às condições deste item os atos médicos do capítulo IV (Diagnósticos e Terapêuticos), exceto quando previsto em observações específicas do capítulo.

Comentário: esta IG (instrução geral) oficializa o padrão de que internações e, day clinic e UTI, esta última uma acomodação coletiva, terão o valor dos honorários dobrados, desde que o usuário possua direito a acomodação superior.

- Estruturação do Referencial: diferentemente das versões anteriores, cujos procedimentos eram organizados de acordo com as especialidades, a CBHPM distribuiu os procedimentos em 4 grandes capítulos e respectivos grupos principais.

Comentário: tal mudança, que implicará na necessidade de adaptação por parte dos técnicos que trabalham com liberação de senha e análise de faturas, corrige uma outra problemática das tabelas anteriores, que era a existência de procedimentos idênticos em diferentes especialidades.

- Alterações do Número de Auxiliares e dos Portes Anestésicos: com relação a mudanças do número de auxiliares para aqueles procedimentos que já existiam nas versões anteriores das tabelas, observa-se acréscimo em muitas cirurgias e decréscimo em outras tantas.

Já os portes anestésicos, na CBHPM indo até o oitavo, estes sofreram mudanças para maior em diversos eventos médico-hospitalares e redução em poucos.

Tais mudanças, em ambos os casos, merecem análise técnica mais detalhada das sociedades especializadas e representantes das operadoras.

- Modificações da Nomenclatura e Formas de Cobrança dos Procedimentos: vários procedimentos tiveram a sua descrição modificada, com ajustes para maior clareza do que se trata e de como deve ser remunerado. Entretanto, outros tantos precisam ser reavaliados, segundo a opinião das equipes de auditoria técnica das operadoras.

Quando comparada às versões anteriores, diversos procedimentos foram incorporados e vários foram descontinuados, ou seja, deixaram de fazer parte do referencial. Isso deve-se à necessidade de adequação do referencial à prática médica atual.

- Considerações sobre a 4ª /5ª Edição da CBHPM:

Esse breve relato sobre a CBHPM presta-se apenas para destacar alguns pontos que a diferenciam das tabelas anteriores. Como toda mudança de paradigma, trata-se de um processo de adaptação que deve ser gradativo, fundamentado tecnicamente e sempre em prol do melhor para todos, prestadores de serviços, operadoras, e, principalmente, o usuário final.

A AMB, em 26/08/2005, divulgou nota sobre uma nova versão da CBHPM, onde algumas distorções são corrigidas, fruto do trabalho da Comissão Nacional de Honorários Médicos e a Câmara Técnica Permanente da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos.

Entre as diversas alterações, foi alterado o item 3.2 das instruções gerais, sendo que os portes das cirurgias por vídeo serão valorados de forma individual, diferenciados dos procedimentos clássicos, segundo os critérios de tempo, complexidade, cognição e risco envolvido.

Já nas instruções específicas da anestesiologia, os itens 11 e 14 foram excluídos e, no item 8, foi inserido adendo referente ao auxiliar de anestesiologia em cirurgias de obesidade mórbida e cirurgias que excedam seis horas.

Também foram incluídos na CBHPM custos operacionais em várias especialidades como endoscopia digestiva, oftalmologia, urologia, entre outras.

Todos os ajustes da quarta/ quinta edição da CBHPM resultaram das sete reuniões da Câmara Técnica realizadas de janeiro a julho de 2005, com a participação da Associação Médica Brasileira, Conselho Federal de Medicina, Federação Nacional dos Médicos, Unidas, Unimed e 48 Sociedades de Especialidade.

AUTORIZAÇÃO PRÉVIA DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS:

Os exames complementares em pacientes internados podem dispensar autorização, desde que haja avaliação médica da fatura e/ou visita de auditoria ao paciente internado, quando, então, o auditor tomaria conhecimento e autorizaria somente exames especiais, de maior custo.

Todos os exames, quando solicitados mais de uma vez em determinado período de tempo, devem ter suas indicações questionadas, isso quando as informações enviadas não forem conclusivas ou convincentes. Neste momento, a participação médica faz-se necessária, ainda que conste dos manuais de orientação para os administrativos.

Dispensam autorização prévia, por exemplo, procedimentos diagnósticos de menor custo, principalmente o grupo da patologia clínica, pequenas suturas e tratamentos ortopédicos conservadores.

No próximo bloco, trataremos da autorização de internações.

AUTORIZAÇÃO PRÉVIA DE INTERNAÇÕES:

A avaliação administrativa segue o contrato ou regulamento. As informações fornecidas norteiam a análise da solicitação. Cada plano possui as suas particularidades, que caracterizarão as suas necessidades, devendo serem

vistas individualmente. Atribuições básicas poderão ser dadas ao pessoal administrativo. Nas solicitações de internações deverá constar:

1. Identificação dos associados, com seus dados pessoais, bem como os dados de sua vinculação ao plano

A primeira crítica que o sistema deve fazer diz respeito a matrícula do associado. A partir desta, o sistema busca em seu cadastro os dados pessoais completos. O setor de atendimento, já com os dados em mãos, deve solicitar a informação da idade do paciente (com esta simples informação as vezes conseguimos detectar uma fraude), além de outros dados, como filiação, dependentes, etc., isso se houver alguma desconfiança.

A segunda etapa da triagem no sistema, diz respeito a existência ou não de carência contratual para aquele evento solicitado.

2. Quadro clínico

Não exigir, apenas solicitar o CID; caso não seja informado, o auditor do plano poderá estabelecer a classificação;

3. Laudo de exames complementares

No caso de autorizações via fax ou pessoal, deve ser anexado à solicitação do médico-assistente, cópia dos laudos de exames complementares pertinentes ao procedimento requerido; pelo telefone, podem ser solicitadas informações sobre os resultados (de forma bem objetiva);

4. Codificação dos procedimentos, conforme tabela de honorários médicos

Quem indica o código solicitado é o médico - assistente. Não convém que o plano de saúde altere o código solicitado. Constitui boa norma ética, que o auditor contacte o colega e solicite maiores esclarecimentos, pedindo que ele altere a solicitação (se for o caso). Caso isso não seja viável, fazer a solicitação de maiores esclarecimentos, por escrito.

5. Número de diárias previstas

Preferencialmente, o sistema deve fornecer esta informação automaticamente, de acordo com o código solicitado, que deverá ser comparada com o número de diárias solicitadas. O credenciado deve ser esclarecido que não é possível liberar maior número de dias (que o informado pelo sistema), devendo para isso ser pedido prorrogação, após envio de laudo e/ou após visita de auditoria in loco.

O número de diárias liberadas deverá seguir um critério de média para cada procedimento, devendo ser fixo para cirurgias e variável para internações

clínicas, evitando-se liberar inicialmente um número alto, para que possamos ter um acompanhamento satisfatório do caso.

6. Outras informações

Após autorização dos procedimentos, algumas exigências podem ser feitas, tais como boletim operatório, cópia do exame histopatológico e cópia de exames especiais, referentes ao procedimento autorizado, sempre respeitando a ética (sigilo).

Os procedimentos de internação, quando forem solicitados em caráter emergencial, devidamente justificados, deverão ser liberados automaticamente. Entendemos que, nestes, enquadrem-se todas as internações clínicas e algumas internações cirúrgicas.

Pedido fora do prazo estabelecido pelo plano para solicitação da senha (procedimento já realizado) deverá seguir os mesmos trâmites que para o eletivo, acrescidos de dados que justifiquem o ato de realização em caráter de urgência e o motivo da não solicitação em tempo hábil.

Procedimentos com utilização de próteses, cateteres e material especial para cirurgia cardíaca, dentre outros, desde que o plano cubra, deverão ser negociados previamente, com exceção dos tratamentos emergenciais, quando serão autorizados e negociados posteriormente.

Prorrogações também devem vir acompanhadas de laudo contendo o quadro clínico evolutivo, terapêutica instituída e cópia de exames de SADT pertinentes ao caso.

ASPECTOS A CONSIDERAR NAS LIBERAÇÕES DE PROCEDIMENTOS:

Apresentamos os procedimentos que mais comumente se exigem autorização prévia. Procuramos tecer comentários e chamar atenção para alguns aspectos envolvendo a liberação, aplicação da tabela AMB e adequada remuneração.

ALERGOLOGIA

- Testes cutâneos de leitura imediata - AMB 19.01.011-7

Estão incluídos aqui todos os testes alérgicos cutâneos do tipo Prick test ou punctura com leitura em 15 min. Justifica-se a repetição do exame em sensibilização a outros antígenos, novo diagnóstico ou ajuste de prognóstico. Comparado ao RAST, é mais barato e dá uma melhor aproximação diagnóstica.

- Testes cutâneos de contato - AMB 19.01.014-1 (CBHPM 41401441 - TESTES DE CONTATO POR FOTOSSENSIBILIZACAO - ATE 30 SUBSTANCIAS)

Leitura em 48-72 h. Envolvem baterias de até 85 antígenos, mas os testes são feitos com grupos menores de até 20 antígenos suspeitos ou envolvidos. Repetição justificada por impossibilidade do diagnóstico com a primeira bateria ou sensibilização a outros antígenos. Na CBHPM o código já corresponde a 30 substâncias. Observar esta diferença na descrição.

- Provas imuno-alérgicas para fungos - AMB 19.01.008-7 (CBHPM 41401077 - PROVAS IMUNO-ALERGICAS PARA FUNGOS (POR ANTIGENO))

São testes com antígenos virais, bacterianos tardios e micóticos injetados no tecido subcutâneo. Leitura em 48-72 h. Repetição periódica justifica-se para avaliar resultados da terapêutica e prognóstico da doença (a um período mínimo de 3 meses). Observar que na CBHPM a remuneração é por antígeno.

CARDIOLOGIA

- Teste ergométrico

Quando da liberação, costuma-se solicitar, além da indicação clínica, achados do ECG basal. A técnica do exame já prevê ECG em repouso, portanto, não remunerar à parte. Na CBHPM existem dois tipos de teste ergométrico:

- 40101045 - TESTE ERGOMETRICO CONVENCIONAL - 3 OU MAIS DERIVACOES SIMULTANEAS (INCLUI ECG BASAL CONVENCIONAL)

- 40101037 - TESTE ERGOMETRICO COMPUTADORIZADO (INCLUI ECG BASAL CONVENCIONAL)

Em ambos está corrigida a omissão de que o ECG basal já está contemplado, o que costuma ser motivo de polêmica nas versões anteriores das tabelas.

- Ecocardiogramas

O eco de esforço ou stress farmacológico já subentende a realização de um exame antes e outro depois da aplicação do stress, seja ele químico ou físico; o eco transesofágico não precisa de internação e já inclui em sua remuneração a realização do transtorácico no mesmo ato. Na CBHPM foi solucionada a controvérsia de que o eco transesofágico, como já dizíamos anteriormente, contempla o transtorácico (40901092 - ECODOPPLERCARDIOGRAMA TRANSESOFAGICO (INCLUI TRANSTORÁCICO)). Outra alteração foi no eco transoperatório, que passa a ser pago pelo tempo de cirurgia (40902072 - ECODOPPLERCARDIOGRAMA TRANSOPERATORIO (TRANSESOFAGICO OU EPICÁRDICO) (1ª HORA)). O eco uni-bi-Doppler padrão na CBHPM passa a ser o código 40901106 - ECODOPPLERCARDIOGRAMA TRANSTORACICO.

- Eco-Doppler vascular (duplex scan vascular)

Na maior parte dos casos o mapeamento a cores faz-se necessário. Estes exames, podem ser realizados nos 4 membros, abdome (aorta, renais, etc.), pescoço (carótidas, vertebrais, subclávias) e janelas cranianas. O de carótidas é bilateral, assim como o de vertebral/vascular periférico, portanto, deve ser pago uma única vez o valor da tabela. Na CBHPM um único código reúne o exame dos vasos do pescoço: 40901360 - DOPPLER COLORIDO DE VASOS CERVICAIS ARTERIAIS BILATERAL (CAROTIDAS E VERTEBRAIS)

- Eco-Doppler fetal

Estudo do coração humano, ainda no ventre materno. Pode ser realizado desde a 16ª semana de idade gestacional até o termo. Entretanto, o momento ótimo para a obtenção das imagens está entre a 23ª e a 26ª semana de idade gestacional.

- Monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA)

Não confundir o MAPA (ou holter de PA), com o holter abaixo descrito.

- Sistema holter

Trata-se da monitorização eletrocardiográfica dinâmica durante 24 a 48 horas, usada em avaliação de arritmias e eventos isquêmicos.

- Avaliação de marcapasso (20.01.035-4)

Inclui a avaliação clínica (consulta) e o ECG

EEG E NEUROFISIOLOGIA CLÍNICA

Referente ao procedimento polêmico 22.01.020-3 - mapeamento cerebral com eletroencefalograma, segue algumas considerações a respeito, segundo parecer da Sociedade Brasileira de Neurofisiologia Clínica, de 12/5/98:

- Na epilepsia: sem indicação específica na prática clínica

- No AVC: tem sido aventado como auxiliar na fase crônica pós-AVC e alguns casos de insuficiência vascular cerebral e de AIT

- Nas demências: complementa as informações do EEG

- Nos tumores cerebrais: não há indicação formal que acrescente informações ao EEG convencional, salvo casos específicos de pequenas assimetrias ou alentecimentos focais

- Nas doenças psiquiátricas: sua aplicação rotineira requer maiores dados; relatos de benefícios associado ao EEG quantitativo.

- Nas sequelas de TCE: situação = AVC e TU (assimetrias etc.).

Portanto, suplanta o EEG simples: AVC, principalmente AIT, sequelas de TCE e quadros demenciais.

Ainda sobre o assunto, a SBNC emitiu parecer mais recente, que, em linhas gerais, confirma posicionamentos anteriores:

“ Prezado Senhor,

Atendendo à sua solicitação quanto aos critérios de indicação do procedimento 22.01.020-3 (mapeamento cerebral com eletroencefalograma), temos a informar que a Sociedade Brasileira de Neurofisiologia Clínica (SBNC) nomeou comissão de especialistas que elaborou documento dirigido ao tema, publicado em importante revista nacional - Arquivos de Neuro-psiquiatria 1999: 57(1):132-146. Dessa publicação transcrevemos o resumo no qual o termo "EEG quantitativo" corresponde ao mapeamento cerebral:

Resumo:

O EEG Digital (DEEG) e o Quantitativo (QEEG) representam métodos recém desenvolvidos na prática clínica que, além da utilidade didática e em pesquisa, também mostram importância clínica. As aplicações clínicas são enumeradas a seguir:

1. DEEG representa um substituto estabelecido para o EEG convencional, pois acrescenta claros avanços técnicos.

2. Algumas técnicas do QEEG são consideradas estabelecidas para uso clínico adjunto do DEEG : 2ª detecção automática de possíveis descargas epileptiformes ou crises epiléticas em registro prolongados , facilitando o trabalho subsequente do especialista; 2b) monitoração contínua do EEG na sala cirúrgica ou na UTI, visando reduzir complicações.

3. Certas técnicas de QEEG são consideradas possíveis opções práticas como uma adição ao DEEG; 3ª) análise topográfica e temporal de voltagens e dipolos de espículas na avaliação pré-cirúrgica de alguns tipos de epilepsia 3b) análise de frequências em certos casos com doença cérebro-vascular, em quadros demenciais e em encefalopatias, principalmente quando outros testes, como os exames de imagem e o EEG convencional se mostrarem inconclusivos.

O QEEG permanece apenas como instrumento de pesquisa em doenças como síndrome pós-concussional, distúrbios do aprendizado, déficit de atenção, esquizofrenia, depressão, alcoolismo e dependência de drogas.

O QEEG deve ser usado sempre em conjunto com o DEEG.

Devido aos sérios riscos de erros de interpretação, é inaceitável o uso clínico do

QEEG e de técnicas correlatas por médico sem a adequada especialização em interpretação do EEG convencional e também nessas novas técnicas.

Cumpra assinalar que as aplicações 2ª, 2b e 3ª envolvem técnicas complexas e não têm sido utilizadas em nosso país. A contribuição clínica faz-se, então, possível, nas situações assinaladas no item 3b.

Atenciosamente,

Dr. Lineu Corrêa Fonseca.

Coordenador do Departamento de Mapeamento Topográfico da Sociedade Brasileira de Neurofisiologia Clínica."

ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Com relação as biópsias endoscópicas, estas são de decisão no ato da realização do procedimento, devendo ser justificadas pelo médico que realiza e complementada a autorização posteriormente. Auditorias periódicas devem ser procedidas. Ressalte-se que, quando de um procedimento diagnóstico resultar um ou mais procedimentos cirúrgicos, a cobrança será pela somatória dos valores (exceções - escleroses, dilatação).

Muitos profissionais tem realizado este procedimento com técnica de vídeo, cobrando taxa de uso de equipamento. Planos que aceitam este acréscimo deverão negociar valor específico.

MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO

Somos favoráveis a acatar indicações de fisioterapia realizadas por médicos e não por fisioterapeutas. A correta aplicação da tabela depende da indicação clínica. É muito comum solicitarem, equivocadamente, códigos que abrangem acometimento de mais de um segmento da coluna ou segmento da coluna + membros, quando o correto é apenas um segmento.

Importante definirmos o conceito de "sessão" de fisioterapia. Esta compreende todas as medidas físicas necessárias ao tratamento do paciente, sob a supervisão do médico fisiatra.

Uma das dificuldades da auditoria está na quantidade de sessões a serem autorizadas, de acordo com a patologia. Na tabela abaixo, alguns parâmetros utilizados como critério de tempo de tratamento (em meses):

PATOLOGIAS	MÍNIMO	MÉDIO	MÁXIMO
Neurológicas	6	18	30
Respiratórias	4	11	18
Reumatológicas	3	14	25
Ortopédicas/Traumatológicas	2	13	24

Com relação à CBHPM, existe parecer formal da AMB (OF/CNHM/AMB/0009/2005) definindo que a CBHPM é um referencial de honorários exclusivamente realizados por médicos, portanto, a mesma somente deverá ser aplicada nestas situações, cabendo às entidades adotarem outros parâmetros para serviços prestados por profissionais não médicos.

TISIOPNEUMOLOGIA

O código 29.02.020- 4 - prova ventilatória COM broncodilatador, já inclui os códigos: 29.02.006- 9 + 29.02.003- 4 + 29.02.007- 7 + 29.02.008- 5 e 29.02.002- 6. Não deve ser liberado na mesma ocasião que o 29.02.021- 2 - prova ventilatória SEM broncodilatador, pois constitui superposição.

QUIMIOTERAPIA

Uma dúvida freqüente é quanto a aplicação dos códigos referentes a aplicação inicial e dos dias subsequentes. Entendemos que a cada sessão ou ciclo quimioterápico realizados ambulatorialmente, será considerado uma aplicação inicial, salvo casos em que novas aplicações sejam feitas nos dias subsequentes. A CBHPM trouxe mudanças importantes de nomenclatura e forma de remuneração, devendo ser analisada com atenção quando das autorizações.

MEDICINA NUCLEAR

Densitometrias: quando solicitado mais de um segmento, remunera - se 100 % do 1o. e 75 % dos demais, até o total máximo de 3 segmentos. Quando solicitado o código 31.11.006- 1 - densitometrias corpo inteiro associado ao 31.11.005- 3, remunera-se o 31.11.006- 1 em 100 % e os segmentos em 75 % (máximo 2). Estas observações são válidas também para o código 32.08.008- 5.

RADIODIAGNÓSTICO

- Neuro - radiologia (grupo 32.10.000- 0)

A própria nomenclatura já esclarece quanto a via de acesso e se o procedimento é uni ou bilateral.

- Angiografias (grupo 32.12.000- 1)

Há o limite de cobrança de até 03 vasos nas angiografias por cateter, mantido na CBHPM.

- Radiologia intervencionista (grupo 32.13.000- 7)

Os procedimentos (biópsias, punções, etc.) orientados por ultrasonografia, tomografia computadorizada, raios-X ou ressonância magnética, já incluem os honorários correspondentes ao exame; poderão ser cobrados adicionalmente os valores dos filmes, dos insumos e custos operacionais.

Eventos de radiologia intervencionista devem ser cobrados por vaso tratado, por número de cavidades drenadas e por número de corpos estranhos retirados.

ULTRA-SONOGRAFIA

O principal problema verificado nas liberações de senhas de exames ultrasonográficos, é quanto a correta aplicação dos códigos, segundo a topografia do exame. Os estudos de vasos com Doppler já incluem a realização dos exames da região estudada. Os estudos com Doppler são por membro ou região examinada.

Observações na CBHPM:

- Os atos médicos praticados pelo anestesiológico, quando houver necessidade do concurso deste especialista, serão valorados pelo porte 2.
- Quando realizados exames em duas ou mais regiões diferentes, remunera-se o custo operacional do exame principal ou de maior porte em 100% do valor previsto nesta Classificação, e em 70% do valor do custo de cada um dos demais exames realizados. Este critério não se aplica aos portes dos procedimentos nem ao valor do filme radiológico, que deverão ser remunerados integralmente.

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

O auditor, além do quadro clínico, poderá solicitar esclarecimentos quanto a realização de outros exames complementares mais simples, antes da liberação.

Lembrar que nas liberações de tomografias de abdome total ou aparelho urinário, os códigos a serem lançados são de abdome superior e pelve: 02 áreas=100 % abdome superior + 70 % abdome inferior. Quando solicitado uma terceira área, paga - se 50 %.

Observações na CBHPM:

- Quando realizados exames em duas ou mais regiões diferentes, remunera-se o custo operacional do exame principal ou de maior porte em 100% do valor previsto nesta Clasificação, e em 70% do valor do custo de cada um dos demais exames realizados. Este critério não se aplica aos portes dos procedimentos nem ao valor do filme radiológico, que deverão ser remunerados integralmente.

- Os atos médicos praticados pelo anestesiológico, quando houver necessidade do concurso deste especialista, serão valorados pelo porte 2.

RADIOTERAPIA

Observar na tabela AMB o número máximo de aplicações permissíveis por localização do tumor. Este número máximo corresponde ao número de incidências; em cada sessão são feitas aplicações em 1 a 5 incidências. A análise e acompanhamento do auditor é fundamental.

Houve muitas mudanças neste capítulo na CBHPM, incorporando-se novos procedimentos que não constavam das tabelas mais antigas. Alguns códigos são de difícil avaliação da auditoria não especializada, uma vez que dependem de características inerentes a dose, milivoltagem, etc. O número de aplicações é direcionada para definições do CBR.

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

O auditor, além do quadro clínico, poderá solicitar esclarecimentos quanto a realização de outros exames complementares mais simples, antes da liberação. Quando solicitado exame de 02 segmentos no mesmo período, o segundo será cobrado com 80 %. Na artrografia por RM deve ser acrescentado 30 % ao honorário médico. No estudo dinâmico, acrescenta - se 50 % ao valor.

Observações na CBHPM:

- Quando realizados exames em duas ou mais regiões diferentes, remunera-se o custo operacional do exame principal ou de maior porte em 100% do valor previsto nesta Classificação, e em 70% do valor do custo de cada um dos demais exames realizados. Este critério não se aplica aos portes dos procedimentos nem ao valor do filme radiológico, que deverão ser remunerados integralmente.

- Os atos médicos praticados pelo anestesiológico, quando houver necessidade do concurso deste especialista, serão valorados pelo porte 3. (nota do autor: em US e TC observar que é porte 2)

ANGIOLOGIA-CIR. VASCULAR E LINFÁTICA

A escleroterapia (39.02.001- 0), pulsoterapia (39.02.005- 3) e fulguração (39.02.006- 1), são freqüentemente cobrados em atendimentos seriados, podendo atingir elevado custo.

A remuneração da escleroterapia de veias (39.02.001-0) já inclui a medicação. Deve ser paga uma sessão por dia, não importando o número ou a extensão das veias tratadas, e, independe do número de membros ou locais manipulados.

Atenção especial para os códigos 39.02.006- 1 (fulguração) e 39.07.004- 2 (tratamento cirúrgico de nevus), que possuem porte 2 e podem ser de caráter estético (sem cobertura).

CIR. CARDÍACA E HEMODINÂMICA

Nos cateterismos diagnósticos, cuidado especial para evitar a aplicação em somatória de eventos que já abrangem outros códigos. Usualmente, quando se fala em cat diagnóstico para doença coronariana, o código a ser liberado é o 40.08.020- 0 ou 40.08.021- 8. Os demais códigos devem ser liberados conforme o caso e necessitam avaliação do auditor - médico.

Quanto aos procedimentos terapêuticos em hemodinâmica (angioplastias, ablação por catéter, valvuloplastias, etc.), a aplicação correta do código depende do diagnóstico observado no cateterismo. O implante de stent, caso faça - se necessário, deve ser autorizado também previamente, para fins de negociação deste material de alto custo, isso se o plano oferecer cobertura para tal. Nesses casos, existe código específico: implante de endo - prótese intracoronária.

A remuneração de equipe de cirurgia cardíaca stand- by geralmente é negociada em até 50% do valor correspondente ao código da revascularização miocárdica.

Importante: nas autorizações de cirurgias cardíacas dos grupos 40.01.000- 7 e 40.02.000- 2, está correta a cobrança dos seguintes códigos, além do evento principal:

Itens	Código	Percentual
instalação de circuito CEC	40.04.010- 0	50 %
perfusionista	40.06.001- 2	100 %
pontes (por ponte)	40.02.999- 9	100 %
dissecção de veia	39.03.001- 6	70 %
intracath	39.03.015- 6	70 %
dissecção arterial p/ PAM	39.04.026- 7	70 %
acompanhamento clínico	01.02.001- 3	100 %
instrumentador	cód. principal	10 %
anestesista		porte anestésico *

* sendo porte 7 ou uso de CEC, o anestesista poderá solicitar a participação de 01 auxiliar (30 %)

Quanto a cobrança dos procedimentos listados abaixo, apesar de constarem de um ofício (OF/SEC/AMB/0688/96, de 12/04/96) emitido pela AMB, não é acatado pela grande maioria dos planos, vez que entende-se que já estão incluídos quando da autorização do evento principal. São eles:

39.03.010-5 - safenectomia unilateral

56.02.001-5 - cateterismo vesical

40.04.005-4 - drenagem de pericárdio (70%)

55.06.015-3 - toracostomia com drenagem fechada (70%)

20.02.003-1 e 20.02.004-0 - monitorização

39.03.009-1 - punção de subclávia

40.04.014-3 - implante de marcapasso temporário

20.02.001-5 - cardioversão elétrica

55.02.011-9 - retirada de dreno tubular

Mudanças decorrentes da CBHPM:

O próprio referencial define o que deve e o que não pode ser cobrado. Para os códigos 3.09.01.00-6, 3.09.02.00-2, 3.09.03.00-9 e 3.09.05.00-1 aplica-se o que segue:

- As cirurgias cardíacas com circulação extracorpórea compõem-se do procedimento principal acrescido dos códigos 3.09.05.03-6, 3.09.07.05-5, 3.09.06.16-4 e 3.09.12.08-3, observando-se o previsto nos itens 4.1 e 4.2 das Instruções Gerais.

- Quando utilizado enxerto autógeno, acrescentar o Porte 7C pelo ato cirúrgico de retirada do(s) enxerto(s).

- Os procedimentos códigos 3.09.15.02-3, 3.09.05.04-4, 2.02.01.03-6, 2.02.01.04-4, 2.02.01.05-2, 3.09.07.14-4, 3.08.04.11-6, 3.08.04.13-2 e 2.01.04.04-9 são considerados atos integrantes da Cirurgia Cardíaca com circulação extracorpórea.

Da mesma forma que para outros profissionais não médicos, não se aplica a CBHPM para o perfusionista, devendo seus honorários serem negociados a parte.

DERMATOLOGIA CLÍNICO-CIRÚRGICA

Praticamente todos os códigos desta especialidade mereceriam autorização prévia, pois facilmente podem sofrer abusos nas cobranças ou acobertarem procedimentos de cunho estético (por ex.: 42.03.000-5-abrasão cirúrgica feita em tatuados). Principalmente verificamos isso naqueles que prevêm cobrança por grupos de lesões. Somente uma perícia prévia resolve os casos mais duvidosos. Há dificuldade na definição do tamanho e localização das lesões, para que seja corretamente aplicada a codificação da tabela.

Lembrar que nas remunerações do segundo grupo de lesões, cabe a aplicação das instruções gerais da AMB, item 12 (70 % do valor do segundo evento).

Observar atentamente quando da correlação entre AMB e CBHPM o texto que descreve o procedimento, uma vez que houve algumas alterações na quantidade padrão de lesões tratadas.

CIR. AP.DIGESTIVO, ANEXOS E PAREDE ABD.

A correção cirúrgica de diástase dos retos abdominais pode ser utilizada como forma de burlar liberações de plásticas abdominais estéticas. Atenção para autorização das laparotomias concomitante com o evento principal efetivamente realizado.

GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

A comprovação pelo anátomo-patológico é importante em grande parte dos procedimentos cirúrgicos da especialidade, principalmente nas histerectomias.

O tratamento cirúrgico de incontinência urinária com retocistocele e rotura perineal (45.04.020- 6), foi criado na tabela AMB 1992 em substituição aos códigos 45.04.006- 0 e 45.04.007- 9 da tabela 1990. O código 45.04.018- 4 (tratamento cirúrgico via alta ou baixa de incontinência urinária) tem sido utilizado quando trata - se de complementação cirúrgica de outros eventos por via alta ou em casos de contraindicações da técnica por via baixa.

Para aplicação do código 45.08.999- 0, ou seja, participação de um auxiliar no parto normal faz - se necessário relatório médico com justificativa e análise do boletim de sala.

CIR. DA MAMA

Alguns planos entendem que a correção cirúrgica de ginecomastia (47.01.005- 3) é de caráter estético, entretanto isso ocorre quando o conteúdo da mama é predominantemente de tecido adiposo.

As reconstruções mamárias devem ser pagas em casos de pacientes com neoplasias de mama submetidas a mastectomia radical. Cuidado para que estes

códigos (47.01.014- 2, 47.01.018- 5 e 47.01.023- 2) não sejam utilizados para burlar plásticas mamárias estéticas que não seriam autorizadas.

NEUROCIRURGIA

Tem sido freqüente, as solicitações com códigos superpostos, principalmente: craniotomia + evento principal (ressecção de tumor, drenagem, etc.) ; microcirurgia vascular intracraniana + tumores cerebrais – microcirurgia; tratamento cirúrgico de hérnia discal + laminectomia descompressiva.

OFTALMOLOGIA

Consulta padrão da AMB inclui: anamnese, refração, inspeção, exame das pupilas, acuidade visual, retinoscopia e ceratometria, fundoscopia, biomicroscopia do segmento anterior, exame sumário da motilidade ocular e do senso cromático.

Tonometria de aplanção (50.01.015-8) - deve ser realizada sempre que o médico julgar conveniente; remunerada à parte da consulta.

Fundoscopia sob midríase (50.01.025-5) - somente deve ser paga à parte, quando realizada sob midríase; comum em pacientes glaucomatosos ou na investigação do glaucoma, diabéticos, hipertensos, investigações de uveítes e no pré - operatório de facectomia e cirurgias do segmento anterior e posterior.

Deve-se dar preferência a clínicas oftalmológicas com esquema "day- clinic" ou similar, evitando enquadramento de cirurgias que poderiam ser ambulatoriais no item 17 das instruções gerais da tabela da AMB.

Observar quando da utilização da CBHPM que a mesma na descrição de eventos oftalmológicos deixa mais claro se o evento é binocular, evitando polêmicas. Em alguns casos há mudanças entre mono e binocular e vice-versa.

OTORRINOLARINGOLOGIA

Os códigos de rino(septo)plastia nem sempre são considerados estéticos (51.03.015- 2, 51.03.016- 0, 51.03.017- 9).

É freqüente a cobrança de 50 % do valor do ato cirúrgico principal, nos casos de cirurgia bilateral em que a tabela não prevê esta forma de cobrança.

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Solicitar radiografias nos casos de fratura, luxação, utilização ou retirada de material de síntese ou tumores, redução cirúrgica ou incruenta (pré e pós redução).

Em casos de tumores ósseos, sempre solicitar radiografias pré e pós-operatórias. Em vários casos se associa materiais de síntese, quer para fixar os ossos, quer para fixar os enxertos.

CIR. PLÁSTICA

Obrigatória a avaliação do auditor- médico. Somente este poderá definir a característica da plástica, se estética ou reparadora. Poucos são os eventos que podem dispensar autorização prévia, apesar do custo de honorários médicos ser baixo, pois exige porte anestésico e, às vezes, internação hospitalar. Aqueles códigos existentes em outras especialidades, principalmente em dermatologia, devem ser analisados caso a caso (tipo de lesão, tamanho, localização, etc.). Nesses casos, o que muda é o porte anestésico, inexistente na dermatologia.

UROLOGIA

As litotripsias geralmente são negociadas na forma de pacotes.

A vasectomia, salvo raríssimas exceções, não são cobertas pelos planos de saúde (cláusula de não cobertura de eventos com finalidade de controle de natalidade).

É muito comum a solicitação de postectomia (56.12.016- 8) com plástica do freio balamoprepucial (56.12.015- 0), que não deve ser liberado.

7. AUDITORIA DE CONTAS HOSPITALARES:

A auditoria de cobranças médico-hospitalares é uma das atividades mais trabalhosas de um plano de saúde. Além de tratar-se de tarefa da maior responsabilidade, requer grande parte do tempo das equipes de auditoria médica e administrativa.

O plano de saúde que otimiza a qualidade da sua auditoria de contas médico-hospitalares, tem a sua estrutura ajustada a partir das necessidades não apenas dos associados, mas, também, dos credenciados.

Uma medida bastante prática e usual para facilitar a análise e processamento é a utilização de códigos genéricos para agrupamentos de cobranças. Tais códigos, compostos de oito dígitos como os procedimentos existentes na THM da AMB, são criados e implantados nas guias de cobrança e no sistema informatizado. Os principais grupos são: diárias, aluguéis e taxas, materiais, medicamentos, exames e gasoterapia.

Dando início ao assunto, abordaremos a análise de procedimentos SADT, realizados, na grande maioria das vezes, em regime ambulatorial.

PROCEDIMENTOS EM SADT:

Boa parte dos custos do plano advém de procedimentos ambulatoriais e emergenciais, que, embora não exigindo internação, implicam em gastos com aluguéis, taxas, materiais, medicamentos, exames, dentre outras despesas. A grande dificuldade está no controle, pois a maior parte dos eventos dispensa autorização prévia. Com isso, somos obrigados a nos basear em relatórios médicos, muitas das vezes contendo poucas informações ou cujo conteúdo pode ser questionado.

Verificam-se abusos principalmente naquelas especialidades cuja consulta pode implicar na realização de procedimentos, como, por exemplo, dermatologia, oftalmologia, urologia, otorrino, dentre outras.

A análise dos custos por atendimento é uma das formas mais seguras de avaliar possíveis irregularidades, caso não tenhamos disponibilidade de analisar todas as cobranças. Baseado nos achados, parte-se para análise detalhada de um período de faturamento do credenciado, buscando possíveis irregularidades.

Importante que se organize tabelas com padrão de consumo médio para aqueles eventos mais freqüentes. Isso tem auxiliado bastante as equipes de auditoria do plano; os hospitais, de modo geral, valem-se também desse recurso.

Com certa freqüência, observa-se solicitações de internações forçadas para realização procedimentos que poderiam ser feitos ambulatorialmente, com o único intuito de obter o acréscimo de 100 % nos honorários médicos. A LPM 96 define acréscimo de 100 % para pacientes que pertençam a uma categoria especial (com direito a internamento em apartamento), mas que são atendidos ambulatorialmente. Este fato, não previsto nas tabelas anteriores, certamente minimiza o problema.

INTERNAÇÕES HOSPITALARES:

1. Análise administrativa
2. Análise médica
3. Honorários médicos
4. Diárias
5. Taxas
6. Aluguéis
7. Materiais descartáveis
8. Medicamentos
9. Exames

10. Gasoterapia

11. Fisioterapia

Análise administrativa:

A avaliação de cobranças de despesas hospitalares com internação inicia-se com a análise administrativa. Procede-se uma triagem inicial, definindo quais faturas necessitarão de análise médica (alguns planos adotam 100 %). O sistema informatizado é alimentado com os dados referentes às despesas por grupos, para, então, serem auditadas pela equipe médica e/ou de enfermagem.

Posteriormente, já auditada, a conta hospitalar retorna aos funcionários não médicos para aplicação de cláusulas contratuais, verificação de preços, cálculos e ajustes (glosas). Devido variações contratuais e grande número de tabelas diferenciadas entre Estados e/ou entre hospitais, exige grande atenção, afim de não incorrer em indeferimentos sem respaldo.

Eis alguns exemplos de variações contratuais que dificultam o serviço: rede credenciada com hospitais que possuem tabela própria e outros com tabela padrão da associação de hospitais; credenciados com contratos que permitem cobrança de múltiplos da tabela da AMB (1,5X, 2 X, etc.); contratos e negociações especiais para alguns procedimentos (litotripsia, videolaparoscopia).

Análise médica:

O principal objetivo da análise médica é de, baseada em parâmetros técnicos, compatibilizar a qualidade da assistência prestada com a exatidão dos valores e dos serviços apresentados nas cobranças.

1. Observar e confrontar os dados de identificação do associado, quadro clínico, número de diárias liberadas e o evento solicitado com a fatura apresentada;
2. Verificar se o prontuário médico está completo (auditoria in loco): história clínica, exame físico, exames complementares solicitados/realizados e a prescrição; folhas de evolução da enfermagem (balanço, medicações, controle dos sinais vitais, etc.); evoluções médicas diárias;
3. Nos eventos cirúrgicos, o boletim da sala de cirurgia, folha da anestesia e laudo histopatológico, servem de embasamento à análise, permitindo que se procedam alterações e ajustes (para maior ou menor) do código inicialmente liberado;
4. Quando houver relatório de visita de auditoria externa, basear-se neste documento;
5. Verificar compatibilidade do quadro clínico com medicamentos aplicados;
6. Observar a pertinência da solicitação e realização dos exames complementares;

7. Suspeitando de preços majorados, destacar;
8. Itens " estranhos" a análise e itens que necessitam acordo prévio, também assinalar.

Importante: Lembrar que o contrato é soberano. Baseado no conhecimento técnico e no bom senso, avaliar item a item a cobrança apresentada.

Honorários médicos:

- Visitas ao paciente internado: de modo geral, devem ser pagas todas as visitas efetivamente realizadas, desde que justificáveis, baseado no quadro clínico evolutivo. O padrão de uma visita diária por apenas um especialista, deve ser a regra.

Em UTI, será paga uma visita/dia para o médico assistente, salvo justificativa por laudo. O item 17 das Instruções Gerais da tabela da AMB não deve ser utilizado.

- intensivista não-plantonista em UTI: este participará no caso do não acompanhamento pelo médico-assistente. Não será admitida cobrança dos dois profissionais, além do plantonista. Não será aceito o acréscimo de 30% a título de adicional de emergência para nenhum dos profissionais.

- plantonista de UTI (plantões a cada 12 h): os honorários dos médicos plantonistas serão sempre devidos, independente da cobrança de outros profissionais envolvidos no evento. Incluídos: entubação, monitorização cardioscópica, assistência ventilatória, cardioversão, desfibrilação e punção venosa (intracath).

- pareceres de especialistas: acatar aqueles relacionados ao quadro agudo ou complicações da patologia que originou a internação. Intervalo de 72 horas entre os pareceres. Relatório médico referente a cada parecer deve ser anexado a cobrança, além de constar do prontuário médico.

O acompanhamento por mais de uma especialidade só deve ser aceita, quando justificada, mantendo-se o critério acima.

- Honorários da equipe cirúrgica:

"Quando uma equipe, num mesmo ato cirúrgico, realizar mais de um procedimento, o número de auxiliares será igual ao previsto para o procedimento de maior porte, e a remuneração será calculada sobre a totalidade dos honorários do cirurgião - instruções gerais da tabela AMB."

- Acréscimo nos valores de honorários médicos (para atendimentos de urgência ou emergência): adicional de 30 % em atendimentos de 19:00 h às 07:00 h de 2a. a 6a., sábado à partir das 12:00 h, domingos e feriados a qualquer horário

(AMB 90 e LPM 96). Na tabela AMB 92 e Consolidação AMB/CIEFAS 96, de 23:00 às 06:00 h, de 2ª feira à sábado e domingos e feriados qualquer horário.

Diárias:

Verificar, inicialmente, se a quantidade autorizada na senha corresponde ao período de permanência que está sendo cobrado na conta. Qual o tipo de diária? Enfermaria, apartamento ou UTI? Houve a presença de acompanhante? São questionamentos a serem esclarecidos na análise.

Consideramos que não deve ser cobrado separadamente nas diárias: dieta, roupa, registros hospitalares, higiene e antissepsia do paciente e da acomodação, qualquer tipo de preparo do paciente para procedimentos, transportes de equipamentos para exames realizados no leito e transporte do paciente no interior do hospital, procedimentos de enfermagem (aplicação de medicação sob qualquer via, lavagens, enemas, verificação de sinais vitais, balanço hídrico e eletrolítico, aspirações, etc.), orientação dietética e nutricional (exceto parenteral).

Nas diárias de UTI, o ideal é que já englobasse alguns dos itens usualmente cobrados em separado, além daqueles citados anteriormente para outras acomodações. No mínimo: monitor cardíaco, desfibrilador/cardioversor, bomba infusora e oxímetro de pulso.

Taxas:

Vejamos os tipos de taxas mais comumente cobradas:

- sala de cirurgia:

Remuneradas de acordo com o porte cirúrgico. De modo geral, inclui-se nestas taxas: mesa, foco, roupa (inclusive campos operatórios descartáveis ou não), enfermagem (inclusive circulante), limpeza e antissepsia dos materiais e do ambiente, preparo do paciente, bisturi elétrico, aspirador e instrumental cirúrgico. Estes itens seriam os básicos, para salas de pequeno porte (0 e 1); nas de porte médio (2 e 3), deve acrescentar, além destes itens, monitor cardíaco, monitor de PA não invasiva, oxímetro de pulso, capnógrafo e equipamentos necessários para anestesia geral. Nas de grande porte (4 ou superior), acrescentar, outros equipamentos necessários a procedimentos especiais, tais como equipamento para cirurgia sob extra-corpórea, craniótomo, perfurador elétrico, serra elétrica e intensificador de imagem.

Não deve ser pago taxa de sala para procedimentos realizados em CTI (ex.: traqueostomia, porte 1).

- curativos:

Quando prevista na tabela, os materiais utilizados não devem ser cobrados em separado (ex: gaze, esparadrapo, éter, etc.); paga-se apenas os medicamentos (ex.: pomadas antibióticas). Outro fato a ser observado é a quantidade de curativos, que varia de acordo com o tipo de procedimento (a análise do prontuário é fundamental). O curativo de acesso venoso profundo deve ser trocado a cada 48 horas e quando necessário (sujo ou molhado); os curativos cirúrgicos não necessitam troca nas primeiras 72 horas, desde que limpos e secos, e, se estiverem úmidos, são trocados sempre que necessário.

- esterilização/desinfecção: a princípio, trata-se de cobrança indevida, vez que inclui-se no valor da diária por tipo de acomodação.

- preparo de alimentação enteral/parenteral:

Deve ser negociada a inclusão no valor da diária de pelo menos a taxa de preparo de alimentação enteral; quanto a parenteral, paga-se separadamente, geralmente por sessão ou dia. Quando o preparo de alimentação enteral é remunerado a parte, a taxa compreende esterilização do frasco, preparo da dieta, pessoal especializado. Na parenteral, compreende esterilização, pessoal especializado, campo e capotes, sala de preparo ou centro cirúrgico. Geralmente enteral é 1 por dia (sessão diária) e parenteral 2 por dia. Não deve ser confundida com os honorários da tabela da AMB, que se referem avaliação clínica diária por especialista.

- aspiração fora do centro cirúrgico:

A taxa de aspiração é entendida como sendo contínua por dia (ou por vez, em alguns casos), incluindo os seguintes materiais: aspirador, limpeza, vidro pirex refratário com suporte, borracha de vedação e de aspiração, desinfecção e higienização da aparelhagem. Aplica-se esta taxa quando em uso de aspirador gástrico ou torácico contínuo e aspiração de pacientes entubados ou traqueostomizados.

- cardioversão : paga-se no caso de cardioversão eletiva (ex.: tratamento de arritmias).

- monitor cardíaco no leito: quando não incluído no valor da diária, paga-se por dia ou por hora.

Aluguéis:

São estes os principais tipos de aluguéis de equipamentos:

- Bomba infusora,
- Marcapasso temporário,
- Monitorização hemodinâmica invasiva,

- Oxímetro/Capnógrafo,
- PAM,
- PVC,
- Respirador de pressão, volume ou microprocessado,
- Colchão d'agua ou de ar.

Materiais descartáveis:

- agulhas/seringas/jelco/scalp,
- equipos,
- algodão/gaze/compressa,
- dial-a-flow,
- dreno de tórax,
- gelfoam,
- bolsa descartável para enteral,
- cânula endotraqueal,
- cânula de traqueostomia,
- catéter de subclávia,
- catéter nasogástrico ou nasoentérico,
- catéter vesical,
- catéter arterial periférico,
- catéter de Swan-Ganz,
- circuito descartável de respirador,
- coletor de urina sistema fechado,
- luva profilax (procedimento) - CTI: 8 unid./dia; em caso de aspiração mais 12/dia. Caso haja outros procedimentos, 2 para cada.
- luva descartável cirúrgica - 1 par para cada procedimento que justifique seu uso.

- Sonda Dobby-Hoff (enteral) - 1 unid. por internação; geralmente é reaproveitada e pode ser repassada várias vezes.

- Sistema fechado de aspiração traqueal (Trach-care).

Medicamentos:

Com relação às medicações, basear-se na prescrição médica e anotações da enfermagem, observando doses e se realmente a medicação foi aplicada. Dialogar com o médico-assistente sempre que necessário, principalmente a respeito de medicações não relacionadas diretamente à causa da internação e aquelas cuja relação custo-benefício seja questionável.

Exames:

Quanto aos exames, verificar laudos e pertinência com relação ao quadro clínico que gerou a internação, evitando realização de exames que poderiam ser realizados posteriormente à alta.

Gasoterapia:

- Oxigênio: cobrado por hora indivisível. Verificar sempre indicação clínica. Deve constar hora de instalação e retirada, número de litros ou libras. Não pagar para nebulizações. No caso de assistência ventilatória, baseia-se no tipo de respirador. Obrigatório constar do relato de enfermagem.

- Protóxido: usado em cirurgias com anestesia geral; tempo menor que do O₂, iniciando-se 10 minutos após e terminando 20 minutos antes do final;

- Ar comprimido: usado em alguns tipos de respirador concomitante ao oxigênio. Neste caso, pagar a parte desde que justificado;

- Gás carbônico: usado em procedimentos videoassistidos para insuflar cavidades.

Fisioterapia:

Temos observado abusos neste tipo de cobrança. A indicação pelo médico-assistente da fisioterapia no paciente internado é fundamental para se avaliar a pertinência da mesma. Em CTI, paga-se, como padrão geral, 01 sessão motora e 02 respiratórias ao dia. Parecer do fisiatra (se houver participação) a cada 10 dias (não acatamos para fisioterapeutas).

EVENTOS CIRÚRGICOS E ANESTESIA:

Com relação às cirurgias, chamamos atenção para importância da análise do boletim de sala com descrição do ato cirúrgico. Este é imprescindível para verificarmos se o procedimento cobrado foi efetivamente o realizado. Além

disso, evita o pagamento de tempos cirúrgicos como procedimentos em separado, segundo a tabela AMB.

A folha anestésica também é fundamental. A taxa de sala de recuperação pós-anestésica (RPA) deve ser paga, em casos justificados, quando constar do boletim o horário e o término da cirurgia e a admissão no CTI ou quarto. Cabe ao médico anestesista indicar a admissão e a alta da sala de RPA

Quando no mesmo ato cirúrgico for realizado mais de um procedimento, a taxa de sala a ser paga corresponde àquela de maior porte. Isto tem sido questionado, costumando-se resolver o problema através de negociação (100 % do maior + 50 % dos demais).

Com relação aos honorários médicos, cabe ao auditor estabelecer % dos auxiliares de acordo com as vias de acesso.

Sobre o ato anestésico, a Resolução 1363/93 do Conselho Federal de Medicina, trata das condições mínimas para execução.

Sobre os honorários do anesthesiologista, a CBHPM estabelece para cada porte anestésico um valor correspondente nos portes de honorários, conforme abaixo:

AN0	Local
AN1	3A
AN2	3C
AN3	4C
AN4	6B
AN5	7C
AN6	9B
AN7	10C
AN8	12A

Devem ser observadas com atenção na CBHPM as instruções gerais específicas para anesthesiologia.

Ainda com relação às cirurgias, alertamos para:

- retirada de pontos: incluído no valor pago ao cirurgião a título de honorários;
- curativos: não devem ser pagos aqueles realizados durante a cirurgia e no pós-operatório, ainda que ambulatoriais, salvo casos de infecção, deiscência e hemorragias/hematomas.

PROCEDIMENTOS COM USO DE OPME:

O uso de OPME, sigla de órtese, prótese e material especial, envolve geralmente custos elevados dos procedimentos, principalmente quando não bem administrado pela operadora de plano de saúde.

O conceito de órtese e próteses costuma ser assim definido:

Órtese: todo e qualquer artefato, confeccionado com materiais não biológicos, instalados externamente nos segmentos corpóreos, com a função de auxiliar ou melhorar determinada função ou conformação destes segmentos. Exemplos: palmilhas, talas, tutores, aparelhos ortodônticos e auditivos.

Prótese: todo e qualquer artefato, confeccionado com material biológico ou inorgânico, com a finalidade de substituir parcial ou totalmente órgão ou membro. Podem ser implantadas ou instaladas externamente. Exemplos: próteses de membros, próteses valvares e marcapasso, próteses de articulações, próteses intra-oculares.

Quanto ao chamado "material especial", não há uma definição muito clara, ficando a critério das operadoras especificarem os produtos que recebem essa classificação, geralmente vinculado ao valor do material.

Havendo utilização de materiais cirúrgicos especiais, próteses, materiais de síntese, dentre outros, de preferência, a negociação deve acontecer previamente; observar com muita atenção as especificações dos materiais, avaliando-se a reutilização dos mesmos.

Nos planos de saúde onde há cobertura para materiais cirúrgicos especiais, como cateteres e próteses, destinados a substituição ou complementação de função, encontramos três situações que, conforme o caso, devem estar claras no contrato entre o plano de saúde e o credenciado:

1 - Indicação do fornecedor e fornecimento efetuados pelo plano de saúde

Situação ideal para o plano de saúde, vez que permite uma considerável economia sem a cobrança da margem de comercialização. Porém, para tal, o plano deverá dispor de um setor responsável e capacitado para as rotinas pertinentes: cadastro de fornecedores, cotação, negociação de prazos, preços e condições de pagamento.

Para que o plano obtenha êxito, é necessário que este cadastro de fornecedores seja sempre atualizado. Nem todos os auditores possuem experiência nas liberações de procedimentos com utilização de próteses e outros materiais cirúrgicos especiais.

2 - Indicação do fornecedor efetuada pela rede credenciada e fornecimento e/ou reposição efetuado pelo plano de saúde

Situação intermediária, visto que o fornecedor indicado pode não ser do seu cadastro, o que pode redundar em maiores custos e menores prazos de pagamento.

3 - Indicação do fornecedor e fornecimento efetuadas pela rede credenciada

Situação indesejável para o plano de saúde, devendo, sempre que possível, ser evitada, em virtude dos altos custos decorrentes da dupla cobrança de margem de comercialização (a primeira cobrada pelo fornecedor ao hospital e a segunda cobrada pelo hospital ao plano de saúde). Nesta situação, o plano de saúde deverá celebrar em contrato com o credenciado, sempre que possível: a obrigatoriedade do envio, junto com a cobrança, da nota fiscal do fornecedor; a margem de comercialização e o percentual para cobrança de materiais reutilizáveis.

São exemplos de especialidades que utilizam OPME:

Cirurgia Cardíaca e Hemodinâmica - próteses valvares, catéteres, guias, stent, material para circulação extra-corpórea, rotablator

Neurocirurgia - válvulas, drenos

Oftalmologia - lentes intraoculares

Otorrinolaringologia - próteses

Ortopedia - próteses diversas

Urologia - cateter duplo "J"

AUDITORIA DE COBRANÇAS IN LOCO (NO PRÓPRIO HOSPITAL):

Trata-se de ação de auditoria dentro do preconizado pelo CFM em sua Resolução 1466/96, que enfatiza a necessidade de que as contas sejam auditadas nas dependências da unidade responsável pelo atendimento, resguardando a ética médica.

Alguns planos vem optando por esta complementação do trabalho de visita de auditoria, utilizando os mesmos padrões da rotina básica da auditoria técnica interna.

Dependendo das características do plano (quantidade de credenciados X número de associados X número de médicos auditores), torna-se difícil sua execução na totalidade, devendo, nestes casos, serem adotados critérios na escolha dos hospitais, como por exemplo, hospitais de alto custo, com grande número de internações ou que tenham apresentado irregularidades anteriormente, dentre outros.

Destacamos que sua ação, nestes casos, limita-se a área técnica (real utilização de aparelhos, gases, quantidade de medicamentos, realização de exames, etc.), não se detendo em valores, haja vista que este trabalho desenvolve-se a nível interno pelo pessoal administrativo (tabelas, preços, etc). No entanto, deve o auditor destacar itens cujo custo sugere fugir aos padrões usuais; o mesmo procedimento deve ser adotado para itens considerados estranhos ao contrato.

=====