

Diretrizes para os processos de auditoria dos serviços de assistência à saúde, prestados pela rede contratada por Operadora de Planos de Saúde (OPS).

Os processos de auditoria dos serviços prestados pela rede contratada devem contemplar todas as fases do atendimento aos pacientes, ou seja, desde a consulta inicial, a solicitação de exames/procedimentos, a realização e resultados destes, até as internações clínicas ou cirúrgicas e o acompanhamento após a alta.

Como condição básica, a OPS deve ter em seus cadastros o registro da rede contratada, especificando:

- caracterização do contratado como pessoa física ou jurídica;
- dados completos de endereço, tanto para correspondência quanto para atendimento;
- identificação dos profissionais, com nome completo, números dos documentos de identidade (RG), do CPF, do registro no conselho de classe, do CNES, CBOs e dados fiscais e tributários (ISS, INSS, dentre outros específicos para algumas regiões);
- definição das especialidades e áreas de atuação dos profissionais que atendem os beneficiários do plano, mesmo aqueles que compõem o corpo clínico de um estabelecimento contratado, desde que autorizados a atender pelo plano;
- detalhamento das tabelas acordadas (de honorários, de procedimentos, de pacotes, tabelas próprias de clínicas e hospitais etc.), valores, prazos e condições de pagamento;
- procedimentos autorizados/contratados, conforme tabelas preestabelecidas;
- regras de atendimento dos diferentes planos/produtos a serem atendidos;
- alvarás da vigilância sanitária, caso os serviços prestados contemplem diagnóstico por imagem, medicina laboratorial, hemoterapia, manipulação/infusão de produtos farmacêuticos, procedimentos cirúrgicos, unidade de Pronto Socorro (PS) e hospitais;
- quando pessoa jurídica, atentar para dados como CNPJ, contrato social, registro da empresa no conselho de classe, dentre outros inerentes à esta modalidade de contrato.

Atualmente, como instrumento de controle e regulação, tem sido cada vez mais freqüente a conexão eletrônica entre os prestadores de serviços contratados e as OPS, tanto para a confirmação da elegibilidade do paciente e do próprio prestador, como para autorização de exames/procedimentos.

Para a efetivação desse processo é necessário que os pontos de atendimento sejam, de alguma maneira, conectados com os sistemas da OPS, para que as informações emanadas do prestador sejam cruzadas com os cadastros da OPS.

A conexão pode ser feita de várias formas, a mais comum é através de uma leitora de cartão semelhante às "máquinas" de cartão de débito/crédito (POS) ou através de internet com senha específica para cada usuário ou ainda, mais raros, porém em expansão, os "Portais" e "web services" também têm sido a solução de muitas OPS, pois são os mais recomendados por estarem em consonância com a legislação da ANS/TESS.

Vale ressaltar que com o advento da TESS, todas as transações de informações, inclusive as autorizações/elegibilidades, devem se dar de forma eletrônica, através de tecnologia aberta (não proprietária), onde várias operadoras podem utilizar a mesma estrutura da tecnologia disponível, ou seja, o equipamento deve ser o mesmo para todas as OPS que o prestador possui contrato.

Conforme relatamos, o sistema de “web service” é o mais indicado para as transações eletrônicas, pois atende com segurança a todas as necessidades operacionais e legais vigentes. No sistema “web service” a OPS disponibiliza em seu portal uma entrada logada ao prestador contratado, com senhas específicas, onde ele acessa junto a OPS, seus próprios dados e do beneficiário em atendimento. Este processo permite não só confirmar a elegibilidade do usuário, como também do próprio contratado e dos exames/procedimentos que o mesmo está autorizado a realizar junto a OPS.

Ainda por este sistema, as guias da TISS são disponibilizadas em tela ao contratado, com seus dados já preenchidos, permitindo a complementação dos campos com as informações do beneficiário em atendimento e dos exames/procedimentos a serem executados e autorizados pela OPS via sistema.

O contratado pode ainda solicitar exames/procedimentos para seus pacientes através da “web service” para serem realizados em outros contratados. Caso o exame/procedimento exija senha prévia, o próprio sistema já programado para este fim, deve emitir a senha no momento da solicitação ou negar com as devidas justificativas ou ainda informar para que o solicitante contate uma central telefônica para esclarecimentos.

O prestador executante do exame/procedimento solicitado, por sua vez, no momento do atendimento ao beneficiário, pode acessar a “web service” da OPS (com suas respectivas senhas) e “capturar” a solicitação do profissional que atendeu inicialmente o paciente, preencher seus dados, as informações do usuário e a identificação do evento a ser realizado.

É evidente que o desenvolvimento e a disponibilização de um sistema dessa natureza e porte demandam conhecimentos especializados em Tecnologia da Informação (TI), assim como tempo e investimentos financeiros, que variam de acordo com o estágio que a OPS se encontra nessa área.

Devemos ressaltar ainda que mesmo com as transações eletrônicas e a eliminação da circulação das guias TISS em papel, o médico solicitante de exames/procedimentos deve fornecer ao paciente a relação do que está sendo solicitado em receituário médico, pois o paciente não pode prescindir do conhecimento e posse dessa relação.

Consultas em consultório e/ou em ambulatórios

Para a consulta inicial ao paciente, a grande maioria das OPS não apresenta sistemas para este controle, permitindo sua realização apenas com a apresentação da carteira do plano e de um documento de identidade do paciente.

Há ainda OPS que utilizam o sistema de POS para validarem o paciente como beneficiário do plano no momento da consulta e autorizarem a execução da mesma. Raras exigem senhas para consultas através de uma central telefônica de atendimento/regulação, que alimentam posteriormente sistemas utilizados nos pagamentos das contas.

O problema com os sistemas de POS é que em alguns casos são tecnologias proprietárias, fornecidas por empresas que intermediam o processo entre a OPS e o prestador de serviço e não permite a inserção de várias OPS a um mesmo equipamento. Este processo é inadequado, segundo a ANS, pois não atende as resoluções que regem a TISS.

Da mesma forma, o processo de autorização por telefone, apesar de utilizar como suporte sistemas de informatização, não atende as normas da TISS, que exigem transação eletrônica da informação.

Exames e Procedimentos em regime Ambulatorial

Além do controle das consultas, executado por uma parcela pequena das OPS, os exames e procedimentos ambulatoriais eletivos (programados), principalmente os de maior complexidade e custo, demandam prévia autorização (senhas) pela grande maioria das OPS.

Entre os procedimentos ambulatoriais que normalmente requerem maior controle, destacam-se:

- quimioterapia;
- radioterapia;
- terapia renal substitutiva (diálises);
- cirurgias ambulatoriais;
- radiologia intervencionista;
- medicina nuclear em vivo;
- testes cardiológicos (eco, ergo e holter);
- endoscopias;
- eletroneuromiografias, potenciais evocados, polissonografias e mapeamento cerebral;
- ultra-sonografias em geral (apesar dos valores individuais destas não serem tão expressivos, o volume de solicitação, muitas vezes abusivo, justifica sua inclusão na regulação);
- sessões de psicoterapia, fonoaudiologia, fisioterapia, terapia ocupacional, RPG, hidroterapia, acupuntura, dentre outras seriadas, usualmente exige-se regulação após um determinado número de sessões iniciais, ou seja, as primeiras 20 ou 25 sessões são livres, com base na solicitação médica, sem necessidade de regulação, a prorrogação destas passariam a exigir regulação.

Independentemente do instrumento que se utiliza para a regulação, pressupõe-se que, para aqueles exames/procedimentos incluídos no rol da regulação, a solicitação deve ter análise e aprovação prévia.

A análise se restringe basicamente a duas variáveis:

- primeiro, se o paciente já realizou recentemente o evento solicitado, considerando para tanto um determinado período anterior à data da solicitação (normalmente, a análise dos eventos realizados nos últimos 6 meses é bastante significativo para uma decisão);
- segundo, a pertinência clínica da solicitação, para tanto é necessária a justificativa médica do evento solicitado, com a suspeita diagnóstica e o quadro clínico do paciente.

É evidente que para essa análise é necessário que a OPS tenha um sistema informatizado, com banco de dados do histórico do paciente, onde constam todos os eventos que o beneficiário realizou na rede contratada e/ou através de reembolsos nos últimos meses (recomenda-se que o sistema disponibilize pelo menos um histórico de até 12 meses retroativos).

Além disso, é necessário que tanto as análises técnicas quanto a pertinência clínica das solicitações, sejam feitas por profissionais médicos com conhecimento geral amplo e com alguma vivência em central de regulação.

Algumas variáveis podem ser parametrizadas no sistema, principalmente para aqueles exames e procedimentos específicos para determinado sexo, idade, via de acesso, multiplicidade de eventos etc. Isso possibilita a regulação automática sem a necessidade da análise médica.

Alguns protocolos quanto à indicação de técnicas diagnósticas ou terapêuticas, assim como de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPMES) e novas tecnologias, bem como estudos de evidências científicas devem ser considerados e disponibilizados ao médico que participa do processo de regulação.

Atualmente a UNIDAS tem parceria com a empresa “Evidencias”, responsável por pareceres técnicos quanto às evidências científicas de diversos eventos em assistência à saúde, disponível para consulta pelo site www.pareceres.evidencias.com.br (necessário cadastramento prévio via UNIDAS). O serviço está disponível para todas as filiais da UNIDAS.

Na análise da fatura dos procedimentos ambulatoriais, a senha correspondente à prévia autorização deve ser considerada, uma vez que os itens cobrados pelo prestador devem estar contemplados na senha emitida previamente pela OPS.

Internações:

De todos os eventos na assistência à saúde, as internações são as que mais exigem regulação e auditoria, pois o custo final é imprevisível e representa o maior gasto das OPS.

Dessa forma, entendemos que 100% das internações devam ser previamente reguladas, mesmo as de urgência, que, se a OPS possui central 24h, pode ser notificada pelo prestador no momento da internação ou nas primeiras horas úteis para as que não possuem central 24h (vale ressaltar que a ANS tem exigido que todas as OPS tenham atendimento telefônico 24h/dia).

Para as internações, consideramos primordial a intervenção em suas três fases: na pré-internação, no período em que o paciente se encontra internado e na pós-internação, com a análise da conta/prontuário:

1. Período pré-internação - analisar a pertinência da solicitação médica avaliando:

- o diagnóstico principal e os secundários;
- a condição clínica em que o paciente se encontra;
- o procedimento clínico ou cirúrgico solicitado, inclusive os Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia (SADT) se relevantes e/ou de alta complexidade;
- a capacitação técnica e contratada do hospital;
- o tipo de acomodação, inclusive quanto à necessidade ou não de UTI;
- a pertinência de equipamentos e/ou instalações especiais;
- o tempo previsto da internação;
- a necessidade de OPME e, caso positivo, as especificações da marca, modelo, fornecedor, registros na ANVISA, quantidades e preços (esses dados são subsídios não só para avaliar a pertinência da indicação, como também para comparar com produtos similares de outros fabricantes/fornecedores).

Deve-se ressaltar que a internação solicitada por profissional da rede credenciada, tem que ser efetivada mediante a apresentação da “guia de solicitação de internação”, conforme modelo TISS.

Caso o profissional solicitante não seja da rede credenciada e não tenha acesso à guia TISS, a solicitação pode ser feita em receituário comum e o hospital deve preencher a “guia de solicitação de internação” da TISS, com os dados constantes no receituário. O paciente ou familiar responsável assina a guia em campo específico, no momento da internação.

Utilização de OPME

1. **Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA Nº 156/2006:** dispõe sobre o registro, rotulagem e re-processamento de produtos médicos;
2. **Resolução ANVISA - RE Nº 2605/2006:** estabelece a lista de produtos médicos enquadrados como de uso único proibidos de ser reprocessados; e Resolução ANVISA - RE Nº 2.606/2006, dispõe sobre as diretrizes para elaboração, validação e implantação de protocolos de reprocessamento de produtos médicos e dá outras providências;
3. **Resolução ANVISA - RE Nº 2606/2005:** Dispõe sobre as diretrizes para elaboração, validação e implantação de protocolos de reprocessamento de produtos médicos e dá outras providências.
4. **Parecer CFM Nº 016/08:** Não há justificativa para o médico exigir marca comercial de produtos e/ou instrumentos para procedimentos, sendo garantido a ele o conhecimento antecipado de cadastro destes no âmbito do seu trabalho e também que devam ser consideradas excepcionalidades para análise.

A indicação de órteses, próteses e materiais especiais, principalmente os de implante, tem sido um dos grandes ofensores dos custos dos planos de saúde.

A grande maioria são casos eletivos, portanto solicitadas bem antes do evento, o que permite uma análise mais criteriosa pela regulação.

Diante de uma solicitação devem-se analisar vários aspectos antes da sua autorização:

- se a patologia exige a utilização do material solicitado;
- se o tratamento indicado e o material solicitado é a única alternativa para o paciente;
- se o tipo e a quantidade do produto solicitado está compatível com o diagnóstico e a cirurgia proposta e necessária.

Confirmada a necessidade da OPME, deve-se exigir do médico solicitante a indicação de pelo menos três fornecedores, avaliando inclusive a possibilidade de uso de material nacional e, se possível, a operadora deve fazer a negociação e o pagamento direto ao fornecedor, pois o custo final é menor.

2. **Período de internação** - é prática da maioria das OPS, a disponibilização de um auditor médico ou enfermeiro para acompanhar todo o procedimento, principalmente nas internações prolongadas e/ou de alta complexidade.

O médico e enfermeiro auditor devem ser apresentados à diretoria clínica do hospital antes de iniciarem seus trabalhos, uma vez que devem ter acesso irrestrito às dependências do hospital, desde que a área a ser acessada tenha relação com o tratamento do paciente (muitos hospitais disponibilizam crachás personalizados aos auditores). Vale ressaltar que o enfermeiro auditor deve se

restringir à auditoria das atividades de enfermagem e não deve discutir ou questionar condutas médicas.

Antes de iniciar o acompanhamento de um paciente internado, o médico auditor deve se apresentar ao médico responsável pela internação e o enfermeiro à chefia de enfermagem e ao enfermeiro da unidade.

O processo de auditoria de um paciente internado deve se iniciar com a análise dos motivos que geraram a internação, o diagnóstico inicial, o quadro clínico e sua evolução, os principais exames e procedimentos realizados, assim como a terapêutica clínica instituída (medicamentos e procedimentos prescritos) ou a terapêutica cirúrgica realizada, tendo sempre como base os dados do prontuário médico e complementarmente a visita ao paciente.

Em alguns casos, o médico deve visitar o paciente no leito, apresentando-se como médico auditor e, com sua permissão e/ou de familiares, questionar sobre o processo da doença e da internação, para obter informações complementares e até mesmo constatar se o quadro clínico do paciente coincide com o descrito pelo médico assistente.

Algumas OPS restringem a auditoria à análise do prontuário, entretanto há casos em que o contato com o paciente e com familiares contribui muito para o processo. Cabe ressaltar que não há nenhum impedimento do auditor conversar com o paciente e familiares, desde que respeitada a Ética e a vontade do paciente, resguardado o necessário sigilo.

Em todo o período da internação o médico auditor deve acompanhar a evolução clínica do paciente e a conduta médica, principalmente quanto à pertinência dos exames e procedimentos solicitados/executados (analisando inclusive seus resultados), da medicação prescrita/administrada, dos equipamentos especiais e instalações/acomodação disponibilizados para o tratamento, assim como o período de permanência nas diferentes unidades de internação, inclusive quanto às necessidades de prorrogações do período de internação.

De posse de todas essas informações, caso em algum momento encontre algum ponto questionável quanto à conduta médica (diagnóstica ou terapêutica), deve-se contatar o médico assistente pessoalmente, para esclarecer os pontos duvidosos e/ou conflitantes. Caso não seja possível o contato pessoal, o médico auditor deve deixar uma solicitação/comunicado por escrito, em papel timbrado da OPS, identificando-se e deixando alternativas para o médico assistente retornar o contato. Em hipótese alguma, o médico auditor deve escrever no prontuário médico.

Caso a dificuldade de contato persista e o médico assistente não retorne as solicitações do médico auditor, este último deve procurar o diretor clínico ou o profissional equivalente na administração do hospital, relatando suas dificuldades e solicitando a sua intervenção junto ao médico assistente.

Durante o acompanhamento da internação, o médico auditor deve emitir pareceres à OPS quanto às solicitações de prorrogações, de novos procedimentos e/ou de exames de alta complexidade, bem como no caso da utilização de órtese/prótese e na prescrição de medicamentos de alto custo.

Deve-se ressaltar que o verso da “guia de solicitação de internação” contempla campos para o parecer do médico auditor, quanto às solicitações dos médicos assistentes, no que se refere à alteração de

procedimento e de acomodação, de prorrogação do prazo de internação e quanto à utilização de OPME.

Todos os serviços realizados por prestadores terceirizados do hospital e contratados pela OPS, devem emitir suas próprias guias da TISS, relacionando-as à “guia de solicitação de internação”.

Todas essas autorizações/guias TISS do prestador terceirizado pelo hospital e contratado pela OPS, não devem exigir assinaturas dos pacientes/familiares, uma vez que a norma da ANS prevê que a assinatura do beneficiário na “guia de solicitação de internação” já autoriza todas as ações necessárias ao diagnóstico e ao tratamento durante o período de internação.

Frente a toda e qualquer discordância com a conduta do médico assistente, o médico auditor deve dialogar com este de forma respeitosa e ética, tendo sempre como base as boas práticas médicas e as evidências científicas.

A diretoria clínica do hospital deve ser acionada nas situações em que haja dificuldades de contatos com o médico assistente e/ou divergências insuperáveis com este.

2.1. Atendimento/ Internação Domiciliar

Nas internações mais prolongadas, principalmente de pacientes com doenças crônicas, deve-se pensar sempre na alternativa de alta hospitalar, para o domicílio, com o apoio de “Cuidados Domiciliares – internação domiciliar”.

Para tanto, é necessário que os familiares estejam conscientes dessa alternativa e concordem com ela, pois terão a responsabilidade de eleger um “cuidador”, que deverá estar disponível para dedicar-se às necessidades básicas do paciente (alimentação, deambulação, higienização, mobilização do leito, exercícios ativos e passivos etc.), lembrando sempre que o domicílio deve apresentar condições que permitam a adoção deste modelo de tratamento.

Quando a auditoria detectar esta possibilidade, o médico auditor deve apresentá-la ao médico assistente e parametrizar com ele quais as necessidades de serviços técnicos e equipamentos a serem implantados no domicílio.

Normalmente as OPS possuem os serviços de “home care” terceirizados com empresas especializadas que, após a definição das necessidades, devem ser acionadas para a programação conjunta da implantação.

Importante ressaltar que os técnicos que vão acompanhar o atendimento domiciliar devem “treinar” o cuidador leigo para as atividades de cuidados gerais do paciente. O cuidador leigo não pode e não deve exercer atividades técnicas, da mesma forma que não é recomendável a atuação de técnicos para exercer atividades relativas aos cuidados gerais do paciente.

Normalmente classifica-se o “Home Care” em dois tipos:

- “internação domiciliar” - quando o caso demanda cuidados que exigem estrutura semelhante à do hospital, ou seja, a presença de técnico/auxiliar de enfermagem, alimentação enteral, infusões de

soluções parenterais, medicamentos a serem administrados com intervalos predeterminados, sondagens, aspirações etc.;

- “atendimento domiciliar” – quando o paciente necessita de alguma atividade técnica isolada, a exemplo de curativos, fisioterapia, fonoterapia, troca de sonda, aplicação intramuscular ou endovenosa de medicamentos etc.

Muitos casos de cirurgias eletivas, de baixa complexidade, que demandam curto período de internação (até 2 a 3 dias) e que evoluem sem nenhuma intercorrência clínica/cirúrgica, podem prescindir do acompanhamento de médico/enfermeiro auditor, durante o período de internação.

A auditoria no período de internação deve ser priorizada para os casos de média e alta complexidade, de longa permanência, com intercorrências clínicas/cirúrgicas ou que demandam implantes/uso de materiais/medicamentos especiais ou de alto custo.

Quando a OPS possuir um acordo com o hospital para faturar o procedimento por “pacote”, com valores fixos, entendemos que, para esses casos, a auditoria se resume à confirmação da internação e da execução do procedimento. Caso haja alguma complicação clínica/cirúrgica e a internação se prolongar além do prazo fixado pelo “pacote”, então o médico auditor deve passar a acompanhar o caso da mesma forma que uma internação com conta aberta.

2.2. Internações em UTI

O primeiro conceito que devemos ter é que a UTI é destinada a pacientes graves com perspectiva de recuperação, com necessidade de monitorização e vigilância constante e efetiva.

A UTI não é indicada para pacientes sem possibilidades terapêuticas e nem deve ser uma unidade em que o paciente é encaminhado para morrer.

O perfil do paciente a ser internado em UTI deve ser determinado pela Instituição Hospitalar, com base exclusivamente em critérios técnicos e não por decisão do médico plantonista, individual e aleatória.

A UTI é uma unidade especializada e para tanto deve ser conduzida por especialistas, com equipe multiprofissional, composta por médicos intensivistas com títulos de especialista, enfermeiras, fisioterapeutas, fonoaudiólogas, nutricionistas, psicólogas e, em algumas situações, composta ainda de farmacêuticos. Deve também contar com suportes de outros médicos especialistas clínicos e cirurgiões.

A equipe de médicos intensivistas deve ser composta por plantonistas e diaristas, é o médico diarista quem coordena a equipe, supervisiona a adoção de protocolos, define e padroniza as condutas.

As UTIs que possuem equipes multiprofissionais com médicos intensivistas plantonistas e diaristas possuem menor índice de mortalidade.

Toda UTI deve possuir protocolos quanto às condutas clínicas adotadas pela equipe (ex: indicação de respiração assistida, condutas em paciente com quadros específicos, como infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral, politraumatizados etc., além da indicação de medicamentos específicos,

como alfadrotrecogina ativada - xigris – antibióticos, antifúngicos, imunoglobulinas, dentre outros de indicações bem específicas)

Além dos protocolos clínicos, as UTIs devem ter indicadores que permitam avaliar o prognóstico dos pacientes, sendo o mais comum deles o APACHE.

O paciente deve ser mantido em UTI enquanto seu quadro clínico for considerado grave e sobretudo instável, com riscos de agravo súbito da condição clínica e dependente de monitorização e vigilância constante e efetiva.

Uma das maiores dificuldades encontradas pelo médico intensivista para dar alta da UTI é a insegurança na continuidade da vigilância na unidade de internação.

A partir daí surgiram as unidades consideradas como “semi-UTI” onde há equipamentos básicos de monitorização e maior vigilância de enfermagem, em relação à unidade geral de internação.

Há intensivistas que não aprovam a existência de semi-UTI, pois alegam que pacientes aparentemente estáveis e compensados clinicamente, porém com possibilidade de instabilidade e risco de óbito, não devem ficar sob “pouca” vigilância, entretanto a transferência para a semi-UTI também deve ser com base em protocolos clínicos definidos pela instituição/coordenação da UTI.

3. Período pós-internação - após o fechamento da conta hospitalar, seja ela parcial ou integral.

Nesta fase, a melhor forma de auditar a conta fechada pelo hospital é no próprio hospital, junto com o prontuário médico. Para tanto, o auditor deve conhecer bem as características/condições contratuais e as tabelas vigentes.

Com o prontuário médico e o extrato da conta hospitalar em mãos, o médico e o enfermeiro auditores devem confrontar se as solicitações médicas e os exames/procedimentos foram efetivamente realizados, assim como se os medicamentos prescritos e administrados estão em conformidade com o quadro clínico e com o faturamento.

Quando detectáveis, as incompatibilidades entre os dados do prontuário médico e das cobranças, devem ser apontadas ao gestor/auditor do hospital, para que sejam excluídas da conta hospitalar.

Para os casos em que não houve acompanhamento da auditoria durante o período de internação, o auditor deve analisar o prontuário médico, avaliando primeiramente se os procedimentos de diagnóstico e terapia estão compatíveis com o quadro clínico e sua evolução, com base em padrões técnicos adequados ao caso.

Se for constatado algum item não compatível com o diagnóstico e/ou com a terapia executada, este deve ser apontado para o gestor/auditor do hospital, solicitando esclarecimentos para análise mais detalhada e, caso não haja justificativa técnica, deve ser excluído da conta hospitalar.

Após análise da pertinência técnica dos eventos médicos adotados, o auditor deve proceder ao cruzamento dos dados do prontuário com os da cobrança.

Normalmente, a auditoria no fechamento das contas hospitalares, analisa a pertinência qualitativa e quantitativa dos processos e eventos médicos relativos à assistência prestada ao paciente. Os valores cobrados geralmente são avaliados em conferências meramente administrativas, efetivadas por sistemas de informática, conforme registros nos cadastros da OPS. O auditor deve conhecer as tabelas muito mais nas questões conceituais do que propriamente em relação aos seus valores.

O extrato da conta apresentada pelo hospital antes da análise do auditor, deve ser preservado, seja ele em papel ou arquivo eletrônico.

Após a auditoria da conta, caso haja divergências no faturamento apresentado, mesmo após o consenso entre o auditor da OPS e o gestor/auditor do hospital, deve-se apontá-las no extrato da fatura e emitir novo extrato com as devidas correções.

O arquivo com o extrato correto, validado pelos auditores das duas partes, deve ser encaminhado à OPS eletronicamente, no formato XML, conforme normas da TISS.

Muitas vezes, a OPS não dispõe de auditores para analisar as contas no ambiente hospitalar, de forma que não há como confrontá-la com o prontuário médico. Neste caso, a análise deve se restringir à avaliação da pertinência técnica dos itens cobrados, com base no diagnóstico informado e no procedimento realizado. Quando houver dúvida ou discrepância significativa entre o faturado e o autorizado e adequado para o caso, a auditoria da OPS pode se deslocar ao hospital para analisar o prontuário daquele caso.

Lembramos que o prontuário médico não pode sair do hospital, que se responsabiliza por sua conservação e guarda, entretanto, é possível solicitar cópias de parte ou de todo o prontuário, porém, este custo normalmente é assumido pela OPS.

Algumas OPS têm a prática de solicitar cópia de alguns registros do prontuário médico, tais como: laudo de exames anátomo patológicos, relatórios de cirurgias, relatório da enfermagem relativo aos materiais e medicamentos utilizados em sala cirúrgica ou em unidades especiais, tipo de diálise, se utilizada a UTI etc. Atualmente, com a implantação do faturamento eletrônico decorrente da TISS, esta prática deve ser substituída pelo encaminhamento de arquivo eletrônico das imagens desses registros, para casos excepcionais e não como rotina, uma vez que foge das normas da TISS.

4) Assistência Domiciliar - Internação/Atendimento (Home Care)

Conforme já citado, podemos classificar a Assistência Domiciliar em “Internação Domiciliar” quando os serviços disponibilizados no domicílio do paciente exigem estrutura semelhante à hospitalar, considerando principalmente a presença de técnico ou auxiliar de enfermagem, por 6h a 24h por dia, uma vez que o quadro clínico do paciente demanda um conjunto de atividades que exigem esta mão de obra especializada, pela complexidade e periodicidade das ações (infusão de soro e de medicamentos endovenosos, sondagens, aspirações, alimentações enterais etc.).

Em outras situações, quando o quadro clínico do paciente é de menor complexidade, a atenção de um profissional especializado se restringe a ações isoladas, tais como: fisioterapias, curativos, fonoterapias, medicamentos endovenosos ou intramusculares, passagem de sonda naso-

enteral/vesical, dentre outras. Nesses casos, classificamos a assistência domiciliar de “Atendimento Domiciliar”.

Qualquer que seja a situação, Internação ou Atendimento Domiciliar, as ações devem ser preestabelecidas ainda no período de internação hospitalar, de comum acordo entre o médico assistente do paciente, os familiares e o representante da OPS (médico, enfermeiro, assistente social), definindo claramente a programação das atividades a serem desenvolvidas no domicílio e quais os recursos necessários.

Além disso, um representante da OPS sempre deve acompanhar o cumprimento da programação e a evolução clínica do caso, assim como a qualidade do atendimento no domicílio, possibilitando a programação do “desmame gradativo” da assistência domiciliar.

Por outro lado, à semelhança dos hospitais, os prestadores contratados para a Assistência Domiciliar, devem ter uma tabela de preços dos serviços estabelecidos de comum acordo com a OPS. Dessa forma, no momento do pagamento, a auditoria da fatura referente aos serviços prestados, torna-se extremamente fácil, pois basta comparar a programação previamente aprovada, com a fatura apresentada e as tabelas de serviços acordadas entre as partes.

Por fim, acreditamos que um sistema de regulação e de auditoria, mesmo que de pequena monta, dirigido aos procedimentos de maior complexidade e custo e/ou aos prestadores que apresentam maior volume de atendimento, oferece bons resultados.

Mesmo que o volume financeiro de glosa não seja significativo, o processo tem a finalidade de educar e coibir o abuso e o excesso de alguns prestadores.

Não se pode mensurar o resultado da regulação e da auditoria pelo volume financeiro das glosas e sim pelos resultados que o processo produz, como a melhoria da qualidade da assistência e da transparência no processamento das contas médico-hospitalares.