

ORIENTAÇÕES DA AUDITORIA

Objetivos do setor de auditoria:

O serviço de auditoria médica da Sancoop foi criado no ano de 2008 com o objetivo de apoiar a execução das análises das contas hospitalares, potencializar as cobranças dos cooperados e reduzir as glosas devidas sob o aspecto técnico.

Compete também a este serviço apoiar a formatação dos recursos de glosa contribuindo com o processo de formação técnica da equipe através de treinamentos.

Além destes aspectos, o serviço de auditoria da Sancoop visa disseminar junto aos cooperados através de circulares, reuniões, informativos as percepções obtidas no dia-dia dos convênios.

Assim, vislumbrando as facilidades que hoje apresenta-se com a utilização da internet, apresentamos aos cooperados e demais interessados, informações básicas para análise do faturamento.

1. Consultas médicas:

Atendimentos realizados em consultório particular ou nas instituições hospitalares em dias e horários pré-estabelecidos: eletiva / urgência.

Primeira consulta: consulta inicial do beneficiário com o prestador habilitado

Consulta marcada e não comparecida (ato médico não realizado) não poderá ser cobrada e, conseqüentemente não será paga.

Procede ao pagamento da consulta e procedimento quando realizado - alguns convênios normatizam o pagamento somente do procedimento.

2. Consulta de Seguimento (Retorno):

Consulta eletiva de um mesmo usuário, realizada por um mesmo prestador, em continuidade ou complementaridade de tratamento e/ou acompanhamento do paciente, pela mesma patologia dentro de um período igual ou inferior a 15 a 30 dias (prazo estipulado por cada convênio), incluindo o dia da realização da consulta, exceto no Pronto Socorro.

Entrega de exames: a entrega e avaliação de exames complementares solicitados pelo próprio médico não serão consideradas como nova consulta desde que ocorra dentro do prazo considerado como retorno.

Se ocorrer nova consulta no período de retorno estipulado pelo convênio, porém com outra patologia a autorização será mediante justificativa médica com aposição de CID ou diagnóstico. Processo-consulta CFM nº. 1387/91 embasado no PC/CFM nº. 05/92.

3. Consulta de referência/ Interconsultas/ Acompanhamento/ Parecer de especialista:

Consulta ou avaliação realizada por indicação de outro profissional para continuidade do tratamento.

Em pacientes internados existe a necessidade da solicitação ser registrada em prontuário pelo médico assistente.

4. Horários Especiais:

Os honorários médicos praticados em caráter de urgência e emergência terão acréscimo em trinta por cento (30%) em seus portes.

AMB: no período compreendido entre 22h00min às 06h00min horas do dia seguinte, aos domingos e feriados em qualquer horário.

CBHPM: no período compreendido entre 19h00min às 07h00min horas do dia seguinte, em qualquer horário aos sábados, domingos e feriados.

5. Exames auto-gerados:

Verificar no convênio o valor estimado que dispensa a solicitação de autorização. Acima do valor estimado será necessária a autorização mediante justificativa médica.

6. Anatomia Patológica e Citopatologia:

Quantidades: cada órgão deve ser remunerado separadamente.

Vários fragmentos acondicionados separadamente são considerados como peças isoladas e remuneradas individualmente.

7. Consulta da Oftalmologia:

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

Teste do Olhinho (teste do reflexo vermelho): não procede cobrança, pois é parte integrante da consulta médica.

8. Diagnose e terapia: Laringe - Traquéia - Brônquios

Convênios que utilizam a AMB/92 : Quando há solicitação de Laringoscopia, Traqueoscopia e Broncoscopia: se estes exames são realizados seqüencialmente será cobrado apenas o ato de maior valor.

9. Fisioterapia:

Os valores referem à SESSÃO de tratamento; subtendem-se por SESSÃO todas as medidas físicas necessárias ao tratamento do paciente.

Todos os procedimentos fisioterápicos deverão ser acompanhados de solicitação médica devidamente especificada com o código e quantidade de sessões bem como as autorizações expedidas pelos convênios.

A continuidade do tratamento deverá ser solicitada pelo médico e autorizada pelo convênio. A autorização determina quantas sessões serão remuneradas.

Procedimentos realizados sem autorização do convênio referente à quantificação e codificação são sujeitos à glosa sem recurso. O procedimento realizado deve estar devidamente registrado em prontuário.

Fisioterapias em pacientes internados :

- 1) Ao realizar o procedimento, verifique inicialmente se existe a solicitação médica contendo os procedimentos a serem realizados e a quantidade de sessões a serem realizadas.
- 2) Certifique-se se os procedimentos foram autorizados pelo convênio, os códigos autorizados e as quantidades das sessões.
- 3) As normas dos convênios liberam, de forma geral, somente uma sessão por dia em enfermaria e 02 sessões ao dia em UTI. Em caso de necessidade de mais sessões, verifique se houve solicitação do médico e se o convênio autorizou. A continuidade do tratamento deve ser solicitada pelo médico e autorizada pelo convênio. A autorização inicial determina quantas sessões podem ser realizadas
- 4) Observe o código autorizado. Fisioterapias realizadas com códigos diferentes da autorização são sistematicamente glosadas pelo convênio. Em caso de divergência, solicite a alteração do código junto ao convênio, justificando a alteração do código.
- 5) Em caso de alteração do procedimento, certifique-se, se houve a alteração também na autorização do convênio.
- 6) O Fisioterapeuta deve informar ao setor de autorizações do hospital a necessidade de solicitação da autorização junto ao convênio, para a realização da fisioterapia. Certifique-se e exija esta autorização.
- 7) Descreva o procedimento realizado detalhadamente. Evite jargões como “conduta mantida”, repetições etc.
- 8) Caso o convênio se recuse a autorizar as sessões de fisioterapia é seu direito expor isso ao responsável pelo paciente para que este possa intervir junto ao convênio ou cientificá-lo da necessidade e do custo, em caráter particular, das sessões.
- 9) Não são liberadas autorizações após a alta hospitalar por isso, o controle das autorizações das sessões realizadas deve nortear sua conduta diária.
- 10) A Sancoop somente tem acesso ao prontuário após a alta do paciente quando então, é impraticável proceder a alterações de código, quantidades ou a busca de autorizações.
- 11) Observe a tabela praticada pelo convênio. As solicitações devem obedecer ao código descrito na tabela.

10. UTI

Coordenação da UTI equivale aos honorários do intensivista não plantonista. Necessita da comprovação com registro diário assinado e carimbado pelo médico coordenador.

Estão incluídos no honorário do plantonista intensivista: intubação, monitorização clínicas com ou sem o auxílio de equipamentos, assistência ventilatória, cardioversão, desfibrilação e punção venosa (intracath).

Nos convênios que utilização a CBHPM não está inclusa a cardioversão que poderá ser cobrada separadamente.

Excluídos: diálise, acesso vascular para hemodiálise, implante de marca passo, traqueostomia. Tais procedimentos serão valorados à parte, conforme valores previstos na tabela.

As interconsultas bem como procedimentos realizados por profissional não plantonistas, devem ser solicitadas pelo plantonista e devidamente autorizado pelos convênios.

A assistência ao paciente internado na UTI é de responsabilidade do plantonista e assim, os convênios não autorizam visitas diárias de especialistas.

11. Anestesia

O porte "0" significa não participação do anesthesiologista. Quando não for previsto porte anestésico, em caso de necessidade de participação do profissional deverá ser apresentada a justificativa do cirurgião. Nestes casos, a remuneração será equivalente a porte 3. Em procedimentos eletivos deverá haver autorização prévia.

Procedimentos múltiplos conforme vias de acesso e tabela acordada:

Mesma via de acesso (Tabela AMB e CBHPM): a remuneração do anesthesiologista será a que corresponder ao procedimento por aquela via de maior CH ou maior porte, acrescido de 50% dos demais atos praticados.

Vias diferentes de acesso (CBHPM): os atos do anesthesiologista serão estabelecidos em acréscimos ao ato anestésico de maior porte 70% dos demais.

Cirurgia bilateral no mesmo ato anestésico: AMB - HM do anesthesista serão atribuídos 50% ao valor do primeiro ato cirúrgico quando inexistir código específico; CBHPM - os atos praticados pelo anesthesiologista serão acrescidos de 70% do porte atribuído ao primeiro ato cirúrgico caso inexistir código específico.

Nos procedimentos múltiplos em curso, o porte 0, não sendo determinante da cirurgia não será remunerado.

Circulação Extracorpórea (CEC), o anesthesiologista responsável poderá, quando necessário, solicitar o concurso de um auxiliar (também anesthesiologista), para o qual a remuneração prevista é de 30% dos honorários da especialidade.

12. Internação Obstétrica - Assistência ao recém nato

Assistência ao recém nascido pelo pediatra/neonatalogista: assistência ao RN em Sala de Parto e acompanhamento até 03 dias (Parto Normal ou Cesariana). Parto múltiplo: o atendimento pediátrico a cada recém-nato, para fins de fixação de honorários profissionais, deve ser considerado individualmente.

Nova guia: se o recém-nascido permanecer internado após o 3º dia será feita nova Guia de internação com o diagnóstico da patologia e cobrado a partir daí uma visita hospitalar por dia até a alta (tratamento clínico).

Está previsto na tabela CBHPM, sob o código 3.13.09.03-8 a assistência ao trabalho de parto por hora (até o limite de 6 horas).

Assim, desde que o código acima descrito seja objeto de solicitação e autorização dos convênios, a assistência prestada poderá ser alvo de remuneração, bastando, para isso, o apontamento em folha de sala ou evolução médica. Para isso, no ato da solicitação da internação para a realização do parto, também deverá ser solicitada a assistência ao trabalho de parto.

Ressaltamos, no entanto, que não será devida a cobrança caso o parto aconteça na primeira hora da assistência.

13. Internação cirúrgica

Quando um ato cirúrgico for integrante do outro, valorar-se-á não o somatório do conjunto, mas apenas o ato principal.

Os valores atribuídos a cada procedimento cirúrgico incluem os cuidados pré e pós-operatórios (Tabela AMB) ou cuidados pós-operatórios (Tabela CBHPM) relacionados ao tempo de permanência do paciente no hospital até o período de 10 (dez) dias após o ato cirúrgico. Esgotado este prazo a valoração será conforme critérios estabelecidos para visitas hospitalares, ou seja, 01 visita hospitalar por dia de internamento.

Os curativos de pós-operatórios, bem como a retirada de pontos, têm os Honorários Médicos incluídos no valor da cirurgia.

Todo relatório de gastos e materiais do centro cirúrgico deverá ser assinado pelo cirurgião; a folha de anestesia pelo anestesista.

No relatório cirúrgico e anestésico deverão constar:

1. Dados pessoais do cliente
2. Diagnóstico e CID
3. Relatório de cirurgia e anestesia
4. Tempo de cirurgia
5. Boletim de recuperação pós-anestésica (permanência mínima de 30 minutos)
6. Na folha de anestesia deverá constar o nome e o volume dos halogenados utilizados, o nome e o volume do anti-emético e o nome e a quantidade de descartáveis, juntamente com a rubrica do anestesista.

7. Assinatura individual de cada profissional participante do procedimento, cirurgiões, auxiliares e anestesista

13.1 Via de acesso nos atos de Cirúrgicos:

Em caso de mais de uma intervenção:

Mesma via de acesso: quantificação do porte da cirurgia será a que corresponder, por aquela via, ao procedimento de maior porte, acrescido de 50% do previsto para cada um dos atos médicos praticados, desde que não haja código específico para o conjunto.

Diferentes vias de acesso: adicionar ao porte da cirurgia considerada principal o equivalente a 70% do porte de cada um dos demais atos praticados.

Equipes distintas: quando duas equipes distintas realizarem simultaneamente atos cirúrgicos diferentes, a remuneração de cada equipe será atribuída conforme o procedimento realizado e previsto na tabela.

Cirurgias bilaterais: segue a mesma regra da mesma incisão (50%) ou incisões diferentes (70%), se não previstas em tabela um código específico.

13.2 Auxiliares de cirurgia:

Observar o quantitativo previsto na tabela. Comprovação com assinatura e carimbo de cada profissional participante do procedimento em folha de sala.

Uma mesma equipe, em um mesmo ato cirúrgico, realizar mais de um procedimento, o número de auxiliares será igual ao previsto para o procedimento de maior porte.

14. Cirurgia Cardíaca e Hemodinâmica

Conforme normatizações dos convênios os procedimentos em cirurgia cardíaca e hemodinâmica podem ser acrescidos dos seguintes códigos de procedimentos:

14.1 Cirurgia de Revascularização do Miocárdio pode ser acrescido dos seguintes procedimentos (CRVM):

1. Ponte de safena por enxerto
2. Com artérias autólogas por enxerto
3. Com condutos biológicos ou artificiais por enxerto

14.2 CIRURGIA CARDÍACA COM CEC compõe-se do procedimento principal acrescido dos códigos:

1. Instalação da Circulação Extra-Corpórea (CEC)
2. Dissecção de veia ou colocação de CVC

3. Cateterismo da artéria radial - PA contínua
4. Nas cirurgias de ponte de safena: tratamento cirúrgico de varizes unilateral
5. Drenagem do pericárdio
6. Toracostomia com drenagem fechada
7. Monitorização per operatória em cirurgia geral (primeira hora e horas suplementares)
8. Instalação de cateter intracavitário para monitorização hemodinâmica temporária
9. Cardioversão elétrica

Observar as vias de acesso - Instruções Gerais

CIRURGIA CARDÍACA E HEMODINÂMICA -

As cirurgias cardíacas com circulação extracorpórea compõem-se do procedimento principal acrescido dos códigos (Observar o previsto para as vias de acesso):

3.09.05.03-6 (40.04.010-0): Instalação de circuito CEC convencional

3.09.13.09-8 (39.03.001-6): dissecação de veia ou colocação de cateter venoso central

3.09.05.04-4 (40.04.011-9): instalação de circuito CEC em crianças de baixo peso- menor 10Kg

Quando utilizado enxerto com veia, acrescentar porte 3C, com artéria porte 5 (CBHPM)

15. Interconsultas em Paciente do CTI - acomodação apartamento.

Os atos do médico assistente quando o paciente estiver internado em UTI terão seus valores de Honorários remunerados de acordo com o plano do paciente.

Este critério não se aplica ao intensivista plantonista.

(Instruções Gerais do Rol)

16. Day Clinic

Os atos do médico assistente quando o procedimento for realizado em "day clinic" será pago de acordo com a acomodação do paciente.

(Instruções Gerais do Rol)

17. Psico, Nutrição e Terapia Ocupacional

Conforme Rol de Procedimentos ANS cobertura de consultas ou sessões:

Psicologia limitada a 12/ano

TO limitada a 06/ano

Nutrição limitada a 06/ano

Sessão de Psicoterapia limitada a 12/ano