



HOSPITAL GERAL DE JUIZ DE FORA

**MANUAL DE AUDITORIA
DE CONTAS MÉDICAS**

MINISTÉRIO DA DEFESA

EXÉRCITO BRASILEIRO

4ª REGIÃO MILITAR / 4ª DIVISÃO DE EXÉRCITO

DIRETOR DO HOSPITAL GERAL DE JUIZ DE FORA

TÚLIO FONSECA CHEBLI – TC MED

PRESIDENTE DA COMISSÃO DE LISURA DE CONTAS MÉDICAS

JULIANA RIBEIRO MAIA – CAP ENF

CHEFE AUDITORIA MÉDICA DO HGeJF

PEDRO PAULO LIMA PAES – CAP MED



**MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
CML - 4ª RM / 4ª DE
HOSPITAL GERAL DE JUIZ DE FORA
(H Mil 1ª CL / 1920)**

MANUAL DE AUDITORIA DE CONTAS MÉDICAS

Pedro Paulo Lima Paes – Cap Med

Juliana Ribeiro Maia – Cap Enf

**JUIZ DE FORA – MG
2005**

AGRADECIMENTOS

Agradecemos, primeiramente, a Deus, que nos deu a vida e que nos trouxe até aqui. Que tem ouvido nossas orações e nos concedido seu divino amparo em nossas vidas e provações, que é nossa força frente aos novos desafios. A Ti, Senhor, seja dada toda honra e toda glória.

Aos nossos familiares... “o expressar dos seus olhos e o mais puro sentimento de amor tornaram-se anteparo nos momentos de desânimo e impulso para conquista dos nossos objetivos”.

Ao **TC Túlio Fonseca Chebli**, nosso incentivador e orientador, pela dedicação com que sempre nos transmite seus conhecimentos e experiências profissionais e de vida, guiando-nos para além das teorias, das técnicas e das filosofias, expressamos o nosso profundo respeito.

ÍNDICE

APRESENTAÇÃO	06
INTRODUÇÃO	08
CAP. 1 – AUDITORIA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE	11
1.1 – Introdução	11
1.2 – Histórico da Auditoria no Brasil	12
1.3 – Conceito	13
1.4 – Objetivos	13
1.5 – Classificação	14
1.6 – Conclusão	15
CAP. 2 – AUDITORIA E A ÉTICA MÉDICA	16
2.1 - Prontuário Médico	16
2.2 - Ética em Auditoria	16
2.3 - Código de Ética Médica	17
CAP. 3 – REGIMENTO COMISSÃO DE LISURA DE CONTAS MÉDICAS	23
3.1 – Introdução	23
3.2 – Objetivo	23
3.3 - Disposições Gerais	23
3.4 - Legislação e Protocolos de Serviço	25
3.5 - Conclusão	25
CAP. 4 – AUDITORIA MÉDICA	27
4.1 - Auditoria Médica (Resolução Cfm 1.614/01)	27
4.2 - O Auditor Médico	29
4.3 - Níveis de Atuação da Auditoria Médica	29
4.4 - Funções do Auditor /Campos de Atuação	30
4.5 - Implicações Éticas	33
4.6 - Perfil do Auditor Médico	33
4.7 - Ferramentas de Trabalho	35
CAP. 5 – AUDITORIA DE ENFERMAGEM	38
5.1 – Introdução	38
5.2 – Conceito	39

5.3 – Objetivos	39
5.4 - Atribuições do Enfermeiro Auditor	39
5.5 - Tipos de Auditoria	41
5.6 - Perfil do Enfermeiro Auditor	41
5.7 - Normatização do Coren (Resolução Cofen 266/2001)	42
5.8 - A Assistência Prestada	43
5.9 - Os Custos Hospitalares	44
5.10 - Instrumentos Básicos de Trabalho	44
CAP. 6 – PROCESSOS DE AUDITORIA	45
6.1 - O acesso aos serviços e o papel da auditoria	45
6.2 - Acompanhamento do Sistema Ambulatorial	45
6.3 - Acompanhamento do Sistema Hospitalar	46
CAP. 7 – HONORÁRIOS MÉDICOS	53
7.1 – Histórico	53
7.2 - Estudo da Tabela	54
7.3 - Honorários Médicos por especialidade - Parte I	55
7.4 - Honorários Médicos por especialidade - Parte II	61
CAP. 8 – AUDITORIA PASSO-A-PASSO	65
8.1 - Auditoria Operacional/Auditoria Concorrente	65
8.2 - Auditorias Analíticas Especiais	78
8.3 - Auditoria Analítica / Auditoria Retrospectiva	78
8.4 - Auditoria nos Serviços Ambulatoriais De Apoio Diagnóstico E Terapêutico	80
8.5 - Auditoria de Contas Hospitalares	84
8.6 - Situações Especiais da Análise da Conta Hospitalar	100
8.7 - Rotina Para Troca Periódica de Materiais Descartáveis nos Principais Procedimentos Hospitalares	105
8.8 - Procedimentos Frequentes – Materiais, Medicamentos e Taxas Hospitalares Utilizados	107
ANEXOS	113
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS/FONTES	126
AUDITORIA EM SERVIÇOS DE SAÚDE	127

APRESENTAÇÃO

(Ao encargo dos Exmos. Gen Div Gilson Lopes Cavalcanti - Diretor de Saúde e
Gen Div Fernando Sérgio Galvão - Diretor de Assistência ao Pessoal).

INTRODUÇÃO

A auditoria em Serviços de Saúde é um tema dos mais relevantes às Instituições de Saúde, porquanto essencial à manutenção da própria “saúde financeira” de tais organizações.

Os auditores militares devem, impositivamente, para o êxito pleno de seus misteres, atuar em três níveis, ou, em outras palavras, em três momentos.

O primeiro deles, anterior à realização do ato médico, é o que pertine à análise, por uma “Comissão de Comprovação de Urgências e Análise de Procedimentos de Alto Custo”, da pertinência do procedimento médico solicitado. A título ilustrativo, citaríamos, por exemplo, uma solicitação encaminhada por uma OCS conveniada a uma OMS, atinente à realização, em usuário do sistema, de uma angioplastia com colocação de “stends farmacológicos”. É notório que as indicações à utilização desta modalidade de órtese são bastante restritas, limitando-se a pacientes que apresentem condições clínicas muito específicas. Em contra partida, enquanto o “stend simples”, custa R\$ X, o “stend farmacológico” tem um preço muito superior, ultrapassando R\$ 4X a unidade. Dessa forma, para a autorização de tais procedimentos, é imperativo que a comissão supracitada analise criteriosamente a real indicação clínica do mesmo e, sempre que necessário, recorra a pareceres técnicos de especialistas para respaldar o seu posicionamento. Com tal expediente, muitos outros procedimentos médicos de alto custo e com indicação duvidosa deixariam de ser autorizados, com grande economia para o sistema e para os usuários do mesmo.

O segundo nível de auditoria é aquele que ocorre durante a realização do ato médico, consistindo na visita diária, realizada por membros da equipe de auditoria, às OCS que tenham pacientes do FUSEX internados em suas dependências. Nestas oportunidades, os auditores devem, sempre que possível, interagir com os pacientes e analisar a documentação nosológica dos mesmos (prontuários, exames complementares, condutas adotadas à diagnose e à terapêutica, dentre outras). Tais expedientes são essenciais ao êxito pleno do processo de auditoria, além de sinalizarem à direção e ao corpo clínico da OCS conveniada que está sendo feito um rigoroso acompanhamento dos trabalhos técnico-profissionais e uma análise criteriosa e justa das contas apresentadas. Para este segundo nível de auditoria é essencial que a equipe de auditores, além dos oficiais médicos, seja

também integrada por profissional de nível superior, da área de enfermagem, preferencialmente com curso de especialização em auditoria de contas hospitalares.

Afora os cuidados anteriormente elencados, é fundamental que todos os procedimentos médicos, diagnósticos e terapêuticos, sejam, preliminarmente à sua realização pela OCS conveniada, solicitados por fax à direção da OMS. Esta, por sua vez, os submeterá à apreciação da “Comissão de Comprovação de Urgência e Análise de Procedimentos de Alto Custo”, que concordará ou não com a realização do procedimento.

O terceiro e último momento da auditoria é o referente à lisura técnica e contábil das contas que, certamente, só produzirá resultados proveitosos se integrado aos dois primeiros, anteriormente descritos. É inexequível e infrutífera a lisura feita em faturas e/ou notas fiscais, sem um conhecimento mais aprofundado do caso clínico do paciente e sem uma acurada análise do seu prontuário médico.

Após estes comentários preliminares, referentes ao “Processo de Auditoria Médica”, é necessário que destaquemos, também, alguns aspectos referentes a saúde pública e privada em nosso país.

A propedêutica médica, no que pertine à diagnose e a terapêutica, vem incorporando ao seu arsenal, de modo exponencial, extraordinárias conquistas científicas e avanços tecnológicos.

Apenas a título exemplificativo, poderíamos citar, dentre muitos, as cirurgias de revascularização, as angioplastias com implante de stends intra-vasculares, os transplantes de órgãos, as modernas próteses valvares, as próteses ortopédicas computadorizadas, as órteses miniaturizadas, as cirurgias cardíacas, as cirurgias do Sistema Nervoso Central por estereotaxia (neuronavegação), as cirurgias intra-uterinas do feto, as conquistas quase miraculosas da farmacologia, da engenharia genética, da cibernética médica, traduzidas nos modernos protocolos quimioterápicos e radioterápicos, na fertilização “*in vitro*”, no implante de células tronco, na manipulação genética. Ainda na cardiologia, poderíamos destacar a arritmologia cardíaca, com seus marca-passos e cardioversores internos ultramodernos, a ablação de feixes anômalos do sistema excito-condutor cardíaco, dentre outros.

É certo que tais aquisições, associadas à geriatria de nossos usuários e ao conseqüente aumento na incidência das doenças crônico-degenerativas neste grupo, são acompanhadas de um encarecimento brutal da assistência secundária à saúde, fruto da alta complexibilidade e do custo elevado dos insumos.

A perpetuação de tal processo, certamente terminará por inviabilizar a prestação de uma assistência médico-hospitalar e odontológica condigna aos nossos usuários.

Tal realidade já é perceptível em alguns planos de saúde que, para suportar os altos custos desta medicina de alta complexidade, vêm, progressivamente, majorando os seus preços. O resultado disso é uma evasão maciça dos usuários dos planos de saúde privados para o SUS que, sem condições de absorver estes novos efetivos, agoniza a olhos vistos.

Esta situação caótica, inexoravelmente, terminará por atingir a rede hospitalar privada que, sem os recursos financeiros oriundos dos planos de saúde privados, à beira da falência, e com uma interminável fila de pacientes dos SUS às suas portas, portando liminares judiciais determinando a sua internação compulsória, não logrará postergar por muito mais tempo o colapso financeiro que, há vários anos, vitimou o sistema público de saúde.

Por tudo que vai anteriormente exposto, mister é que nos empenhemos, diuturna e sistematicamente, na adoção de processos eficazes e eficientes de controle de gastos com a prestação da saúde, sendo o principal deles a auditoria médica.

Tais expedientes, aliados a investimentos ininterruptos no aparelhamento e na modernização de nossos hospitais militares, poderão, não somente evitar a inviabilização do nosso Fundo de Saúde, mas também, a médio prazo, situar o Serviço de Saúde do Exército em níveis de excelência, ombreando-o com os melhores serviços da rede privada.

TÚLIO FONSECA CHEBLI - TC Méd QEMA

Diretor do HGeJF

CAPÍTULO 1
AUDITORIA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE
ASPECTOS GERAIS

1. INTRODUÇÃO

O programa de saúde do Brasil tem em seu modelo e política de ação, ao longo dos anos, sofrido uma série de modificações. Tais modificações tiveram sua origem a partir da década de 60, com a unificação dos institutos e das caixas de pensões, assistências e benefícios.

Este novo modelo criado não tinha condições de atender o universo populacional a que se destinava. Diante deste fato, o governo passou a comprar serviços na área da saúde, sendo este o grande passo para o surgimento de todo um mecanismo controlador e ordenador da receita e despesa destinado a levar a todos o direito à saúde.

A partir de então, para atender a tal necessidade, foram criados grupos de médicos fiscais, hoje conhecidos como auditores, com atuação mais orientadora do que repressora. Esta atuação profissional vem assumindo, pela própria evolução e características papel diferente do observado no início da implantação do sistema de saúde.

Hoje, a auditoria médica possui um alto grau de especificidade, imposta pelo mercado, que a define como uma especialidade reconhecida pelas entidades médicas de classe (Conselho Federal de Medicina e a Associação Médica Brasileira) sendo citada no Código de Ética Médica, com capítulos orientando, controlando, ordenando e atribuindo direitos e deveres para o médico em atividade na área de Auditoria Médico-Pericial.

É notório, portanto, que esta atividade profissional, a cada dia, vem ocupando lugar de destaque no mercado de trabalho e na manutenção da viabilidade financeira dos planos de saúde privados e, também, do próprio Sistema Único de Saúde.

É importante ressaltar que o assunto abordado neste capítulo tem caráter e aspecto geral, em relação à Auditoria Médica, e que o oficial médico, na função de auditor, utilizará tais conhecimentos em prol da Instituição Exército Brasileiro, mais especificamente no que pertine ao trabalho a ser realizado nas Unidades Gestoras do SAMMED-FuSEx.

2. HISTÓRICO DA AUDITORIA NO BRASIL

Até agosto de 1960 a política de saúde do País estava a cargo das caixas de assistência e benefícios de saúde, que atendiam seus associados e dependentes agrupadas de acordo com a categoria profissional a que pertencia o trabalhador. Muitos ainda se lembram dos Institutos IAPI, IAPTEC, IPASE, IAA, IAPB, etc.

Com a unificação dos institutos, para atender a demanda no campo da saúde, dois fatos novos surgiram: o primeiro, ligado à necessidade da compra de serviços de terceiros, e o segundo, afeto à importância do atendimento à clientela, de maneira individualizada, por classe social e pelo direito de escolha do atendimento.

A terceirização dos serviços de saúde levou o Governo, como órgão comprador, a adotar medidas analisadoras, controladoras e corregedoras, prevenindo o desperdício, a cobrança indevida e a manutenção da qualidade dos serviços oferecidos. Para garantir o programa proposto e a integridade do sistema em funcionamento, tornou-se necessário a criação de um quadro de pessoal habilitado em auditoria médica, surgindo, assim, o corpo funcional de auditores da previdência social.

A evolução da medicina e as imposições sociais levaram a profundas alterações no sistema de saúde do país para atender a crescente demanda do mercado, significava os planos de medicina de grupo, e, com estas, a maior necessidade de adequação dos serviços para acompanhar a revolução Médica Social.

Hoje os planos e seguro de saúde são os responsáveis por quase toda assistência à saúde do País, sendo importante para a manutenção do equilíbrio do sistema uma equipe multiprofissional de auditoria a análise dos serviços realizados, tanto em ambulatório como em regime de internação hospitalar, seja em caráter eletivo, ou seja em caráter de urgência/emergência.

Os profissionais da área de saúde, médicos, enfermeiros, assistentes sociais e técnicos administrativos, agrupados em equipe, tem, portanto, papel fundamental no sistema e na política de saúde do País.

3. CONCEITO

Auditoria - É uma atividade profissional da área médica e de enfermagem que analisa, controla e autoriza os procedimentos médicos para fins de diagnose e condutas terapêuticas, propostas e/ou realizadas, respeitando-se a autonomia profissional e preceitos éticos, que ditam as ações e relações humanas e sociais. Consiste na conferência da conta ou procedimento, pelo auditor médico ou enfermeiro, analisando o documento no sentido de corrigir “falhas” ou perdas, objetivando a elevação dos padrões técnicos e administrativos, bem como a melhoria das condições hospitalares, e um melhor atendimento à população. Sua existência, necessidades e objetivos são plenamente reconhecidos pela Legislação e pelos Códigos de Ética da área de saúde, além de reconjugado pelas Normas Administrativas das Instituições de Saúde. Portanto, a Equipe de Auditoria deve estar atenta a seus limites, claramente definidos nos respectivos Códigos de Ética, tanto médico como de enfermagem, e embasada em Normas Técnicas próprias e Pareceres de Sociedades Científicas.

O Auditor deve decidir sempre com respaldo técnico e científico, honestidade e responsabilidade. O Auditor ideal deve ser constituído de: 25% de discricção, 25% de ética, 25% de equilíbrio profissional e 25% de conhecimento e totalizando **100% de bom senso**.

4. OBJETIVOS

O auditor não tem função de fiscal e sim de orientador, pacificador, agente de mudança, de efetividade, de economicidade e eficiência.

A Auditoria em Serviços de Saúde tem como objetivo básico conhecendo os contratos estabelecidos entre as partes, a exigência do fiel cumprimento do que foi acordado, e assim:

- a) Fazer respeitar o estabelecido em contrato entre as partes envolvidas, ou seja: *Usuário X Plano de Saúde X Prestadores de Serviços, ou seja, usuário x legislação SAMMED-FUSEX x OCS/PSA credenciados.*
- b) Manter o equilíbrio do sistema, possibilitando a todos o direito à saúde.
- c) Garantir a qualidade pelos serviços de saúde oferecidos e prestados.

- d) Fazer cumprir os preceitos legais ditados pela legislação pátria ou pela ética médica e de defesa do consumidor.
- e) Atuar desenvolvendo seu papel nas fases de: Pré-Auditoria, Auditoria Operativa, Auditoria Analítica e Auditoria Mista.
- f) Revisar, avaliar e apresentar subsídios, visando o aperfeiçoamento dos procedimentos administrativos, controles internos, normas, regulamentos e relações contratuais.
- g) Promover o andamento justo, adequado e harmonioso dos serviços médicos e hospitalares pelos credenciados.
- h) Avaliar o desempenho médico, com relação aos aspectos éticos, técnicos e administrativos, da qualidade, eficiência e eficácia das ações de proteção e atenção à saúde.
- i) Promover o processo educativo com vistas à melhoria da qualidade do atendimento, a um custo compatível com os recursos financeiros disponíveis, e pelo justo valor do serviço prestado.
- j) Participar do credenciamento/contratação de serviços ou de profissionais, pois nesse momento deve-se atentar para detalhes como: normas claras, o contrato deve ser completo, claro e não deixar dúvidas quanto aos serviços credenciados, preços, tabelas, apresentação e cronograma de encaminhamento das contas.

5. CLASSIFICAÇÃO

- ✓ Quanto a Amplitude:
 - Global / Específica
- ✓ Quanto ao Gênero:
 - Técnica / Administrativa
- ✓ Quanto a Função:
 - Liberatória / Ordenadora
 - Analisadora / Fiscalizadora
- ✓ Quanto ao Tipo:
 - Pré-Auditoria / Operativa
 - Analítica/Mista
- ✓ Quanto à espécie:
 - Educativa / Orientadora

- ✓ Controladora

6. CONCLUSÃO

Nos planos e seguros de saúde o médico atua como orientador (interpretando normas acordadas nos contratos), ordenador, (conhecendo os direitos e deveres para autorização de procedimentos a serem realizados), fiscalizador, (verificando a finalidade e a indicação dos procedimentos), controlador (evitando desperdício e mantendo a qualidade da assistência, como também respeitando os direitos do paciente). Existem outras colocações para a atuação da Auditoria Médica classificando-a como Preventiva, Corretiva e Gerencial, porém, exercendo sempre a mesma função de perícia, operacional e avaliação do Serviço de Saúde. A Lei Nº 9.656/98 regulamenta os planos, seguros de saúde e resoluções que dispõe de serviços no plano ambulatorial e hospitalar.

Na análise de contas médicas, a atuação da Auditoria está voltada para verificação de códigos solicitados, autorizados ou não, corrigindo eventuais distorções, evitando cobrança incorreta e a conseqüente glosa. O Auditor tem como atribuição subsidiar os setores de análise com informações relevantes para o correto pagamento das contas além de ser um elemento de ligação entre os usuários e a empresa patrocinadora do evento, agilizando a parte técnica e dando suporte administrativo.

A auditoria em seus diversos níveis de atuação deve considerar a elevação dos padrões técnicos e a melhoria das condições hospitalares. O Auditor em qualquer área de atuação contribui para a empresa pública ou privada, no sentido de promover e manter a saúde do usuário.

No Exército Brasileiro, mais precisamente no seu Serviço de Saúde, percebe-se não existir uma concepção de Auditoria Profissional, pela falta de formação técnica dos membros das Comissões de Lisura, fato este que, se corrigido, certamente possibilitará uma racionalização de custos e uma otimização do emprego de recursos, com reflexos na credibilidade do serviço prestado aos usuários do sistema.

CAPÍTULO 2

AUDITORIA E A ÉTICA MÉDICA

1. PRONTUÁRIO MÉDICO

O Prontuário Médico é um conjunto de documentos padronizados e ordenados, destinado ao registro dos cuidados profissionais prestados ao paciente pelos serviços de saúde público ou privado. Ele é um elemento valioso e a instituição que o atende, para o médico, bem como para o ensino e a pesquisa, servindo também como instrumento de defesa legal. O prontuário é um documento de manutenção permanente pelos serviços de saúde, podendo, após 10 anos, a fluir da data do último registro de atendimento do paciente, ser substituído por métodos de registro, capazes de assegurar a restauração plena das informações nele contidas.

2. ÉTICA EM AUDITORIA

A perícia é amplamente utilizada em órgãos públicos e privados e em si não é antiética. O exame do paciente, desde que este o permita, pode ser feito com o objetivo de verificação dos serviços a serem prestados ou já prestados.

O cuidado ético a ser tomado, tanto por médicos prestadores de serviços quanto pelos auditores, é de não transformar o paciente em objeto de interesse ou vítima de divergências entre médicos e operadoras de planos de saúde. Tanto o prestador de serviços quanto o auditor devem buscar sempre o benefício do paciente, alvo de toda a atenção médica. Sempre haverá como resolver conflitos médicos ou financeiros a posteriori, sem a presença do paciente. A solicitação, por parte do perito, do envio de exames subsidiários ou de relatórios médicos podem dirimir a maior parte das dúvidas existentes.

Quanto à auditoria de contas médicas, o auditor deve ter o cuidado de preservar o prontuário médico de suas observações. Anotações poderão ser feitas na folha de faturamento ou nos impressos da contratante de serviços, mas nunca no prontuário médico.

O auditor deve pressupor que todos os prestadores são honestos, e não que todos são fraudulentos em potencial. Os prestadores de serviços devem respeitar o papel do médico auditor, e entender a auditoria médica como um mecanismo natural de controle

para o bom funcionamento do sistema. Isto entendido, o cumprimento do código de ética médica fica facilitado. A ética é a base de que toda relação humana necessita para ocorrer de modo saudável e isenta ou protegida de percalços.

Os peritos estão sujeitos à disciplina judiciária, sendo considerados auxiliares da Justiça em virtude da necessidade apresentada pelo juiz, de solucionar questões que exigem conhecimentos específicos em determinadas matérias de difícil elucidação. Assim, pode-se atribuir à sua função natureza pública, implicando na consideração de que os documentos por ele assinados presume fé pública, assumindo presunção jure et jure, e somente podem ser contraditados quando de provas incontroversas.

3. CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA

❖ CAPÍTULO I – PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS

Art. 2 – O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional.

Art. 3 – A fim de que possa exercer a Medicina com honra e dignidade, o médico deve ter boas condições de trabalho e ser remunerado de forma justa.

Art. 4 – Ao médico cabe zelar e trabalhar pelo perfeito desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão.

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 seu silêncio prejudique ou ponha em risco a saúde do trabalhador ou da comunidade.

Art. 18 – As relações do médico com os demais profissionais em exercício na área da saúde devem basear-se no respeito mútuo, na liberdade e independência profissional de cada um, buscando sempre o interesse e bem estar do paciente.

Art. 19 – O médico deve ter, para com os seus colegas, respeito, consideração e solidariedade, sem, todavia, eximir-se de denunciar atos que contrariem os postulados éticos à Comissão Ética da Instituição em que exerce seu trabalho profissional e, se necessário, ao Conselho Regional de Medicina.

❖ CAPÍTULO III – RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL

É vedado ao médico:

Art. 30 – Delegar a outros profissionais atos ou atribuições exclusivos da profissão médica.

Art. 33 – Assumir responsabilidade por ato médico que não praticou, ou do qual não participou efetivamente.

Art. 39 – Receitar ou atestar de forma secreta ou ilegível, assim como assinar em branco folhas de receituários, laudos, atestados ou quaisquer outros documentos médicos.

Art. 42 – Praticar ou indicar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação do País.

❖ CAPÍTULO V – RELAÇÃO COM PACIENTES E FAMILIARES

É vedado ao médico:

Art. 57 – Deixar de utilizar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento a seu alcance em favor do paciente.

Art. 59 – Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta ao mesmo possa provocar-lhe dano, devendo, nesse caso, a comunicação ser feita ao seu responsável legal.

Art. 60 – Exagerar a gravidade do diagnóstico ou prognóstico, complicar a terapêutica, ou exceder-se no número de visitas, consultas ou quaisquer outros procedimentos médicos.

Art. 69 – Deixar de elaborar prontuário médico para cada paciente.

Art. 70 – Negar ao paciente acesso ao prontuário médico, ficha clínica ou similar, bem como deixar de dar explicações necessárias à sua compreensão, salvo quando ocasionar riscos para o paciente ou para terceiros.

❖ CAPÍTULO VII – RELAÇÕES ENTRE MÉDICOS

É vedado ao médico:

Art. 79 – Acobertar erro ou conduta antiética de médico.

Art. 81 – Alterar prescrição ou tratamento de paciente, determinado por outro médico, mesmo quando investido em função de chefia ou de auditoria, salvo em situação de

indiscutível conveniência para o paciente, devendo comunicar imediatamente o fato ao médico responsável.

Art. 83 – Deixar de fornecer a outro médico informações sobre o quadro clínico do paciente, desde que autorizado por este ou seu responsável legal.

❖ CAPÍTULO VIII – REMUNERAÇÃO PROFISSIONAL

É vedado 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 paciente encaminhado ou recebido, ou por serviços não efetivamente prestados.

Art. 88 – Permitir a inclusão de nomes de profissionais que não participaram do ato médico, para efeito de cobrança de honorários.

Art. 89 – Deixar de se 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 a que subordine os honorários ao resultado do tratamento ou à cura do paciente.

Art. 95 – Cobrar honorários de pacientes assistidos em instituição que se destina à prestação de serviços públicos, ou receber remuneração de paciente como complemento de salário ou honorário.

Art. 98 – Exercer a profissão com dependência ou interação de farmácia, ótica ou qualquer organização destinada à fabricação, manipulação ou comercialização de produtos de prescrição médica de qualquer natureza, exceto quando tratar-se de exercício de Medicina do Trabalho.

Art. 99 – Exercer simultaneamente a Medicina e a Farmácia, bem como obter vantagem pela comercialização de medicamentos, órteses ou próteses, cuja compra decorra em virtude de sua atividade profissional.

❖ CAPÍTULO IX – SEGREDO MÉDICO

É vedado ao médico:

Art. 102 – Revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por justa causa, dever legal ou autorização expressa do paciente.

Parágrafo Único – Permanece essa proibição:

a) Mesmo que o fato seja de conhecimento público ou que o paciente tenha falecido.

b) Quando do depoimento como testemunha. Nesta hipótese o médico comparecerá perante a autoridade e declarará seu impedimento.

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 os seus auxiliares e de 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.

❖ CAPÍTULO X – PERÍCIA MÉDICA

É vedado ao médico:

Art. 118 – Deixar de atuar com absoluta isenção quando designado para servir como Perito ou Auditor, assim como ultrapassar os limites das suas atribuições e competência.

COMENTÁRIO

A função de auditoria não pode ser confundida com atividade policialesca. Arrogância e prepotência são as marcas do auditor incompetente e inseguro. A atribuição do auditor deve restringir-se à análise dos prontuários médicos, entrevistas e exame do paciente quando necessário, e elaboração de relatório de auditoria. O Diretor Clínico do hospital deve ser notificado da presença do médico auditor e de sua identificação, que por sua vez comunicará aos colegas do corpo clínico da instituição. O horário ideal para a atividade da auditoria é o comercial, não sendo de boa prática técnica e ética auditar à noite

ou de madrugada. O manuseio do prontuário e o exame do paciente por parte do auditor não infringem a ética. O único impedimento ao exame do paciente é quando este não o desejar. Assim, o médico auditor deve restringir o exame aos casos absolutamente necessários, em casos que a análise do prontuário e a simples entrevista não esclareçam o auditor, e deve ser o mais breve possível. Neste caso, o médico auditor deve apresentar-se ao paciente, explicar-lhe a sua função e pedir-lhe licença, caso julgue o exame direto necessário. Nenhum auditor poderá, sob qualquer pretexto, prescrever, evoluir, solicitar exames ou dar alta a paciente assistido por outro colega. O prontuário médico é franqueado à inspeção do médico auditor, mas não poderá ser adulterado em hipótese alguma. As anotações poderão ser feitas na folha de faturamento ou nos impressos da contratante de serviços, mas jamais no prontuário médico ou nos impressos do prestador. Quanto à questão da alta hospitalar, o auditor não poderá efetiva-la, mas poderá solicitar ao colega assistente que avalie a possibilidade de uma alta. Caberá a ele, médico assistente, que é o responsável pelo paciente, avaliar o pedido de seu colega, com ele concordar ou não. Todo e qualquer questionamento do auditor deverá ser feito em relatório e jamais no prontuário. Uma cópia do relatório deverá ser fornecida ao médico assistente ou, na ausência deste, ao Diretor Clínico do hospital. Em seu relatório, o auditor poderá questionar e solicitar informações sobre o motivo da internação, da realização de um exame, da necessidade de prorrogação da internação ou de qualquer outra conduta. Tais questionamentos são mister da função de auditoria, devendo ser feitos sempre com polidez e respeito ao colega assistente. Sempre que possível, é salutar o encontro e o diálogo entre médico auditor e médico assistente. Tal contato deverá pautar-se pelo que é preconizado nos artigos 18 e 1 do Código de Ética Médica, ou seja, respeito, independência, consideração e solidariedade profissionais. Em cumprimento ao artigo 121 do Código de Ética Médica, o auditor não deverá tecer nenhum comentário com o examinado ou seus acompanhantes, ainda que seja argüido por estes. Se isto ocorrer, deverá o auditor polidamente esclarecer que somente o colega assistente poderá dar-lhes informações. Deverá ainda o auditor, médico e de enfermagem, participar de negociações de Contratos, visando sempre a compatibilidade da boa qualidade dos serviços com a redução de custos.

Art. 119 – Assinar laudos periciais ou de verificação médico-legal, quando não o tenha realizado, ou participado pessoalmente do exame.

Art. 120 – Ser perito de paciente seu, de pessoas de sua família ou de qualquer pessoa com a qual tenha relações capazes de influir em seu trabalho.

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.

COMENTÁRIO

O auditor somente infringirá este artigo quando colocar-se entre o médico assistente e seu paciente, impedindo o livre exercício profissional. Não se deve confundir questionamento ou solicitação de relatório com interferência nos atos profissionais de outro colega. Nem mesmo a glosa (não pagamento) pode assim ser entendida como tal. A interferência só se dará por proibição explícita ou por ato médico executado pelo médico auditor. Intervir significa tomar parte voluntariamente, meter-se de permeio, vir ou colocar-se entre por iniciativa própria, ingerir-se. As discordâncias de nomenclatura dos atos médicos, da sua codificação através de tabelas, do valor financeiro a ser pago, glosas e outras atividades puramente administrativas, não se constituem em interferência no ato profissional. Trocas de códigos de procedimentos, antes do mesmo ser realizado, modificam apenas a forma de remuneração, não alterando o ato médico a ser realizado. Conflitos médicos ou financeiros deverão ser resolvidos a posterior, sem a presença do paciente. O auditor não deverá tecer nenhum comentário com o examinado ou seus acompanhantes, ainda que seja argüido por estes. Se isso ocorrer, deverá o auditor polidamente esclarecer que somente o colega assistente poderá dar-lhes informações.

CAPÍTULO 3

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE LISURA DE CONTAS MÉDICAS

1. INTRODUÇÃO

A Auditoria em Serviços de Saúde constitui-se, atualmente, em atividade de grande importância para as Instituições de Saúde, tanto no controle interno de suas atividades, quanto dos serviços contratados de terceiros.

Diante das adversidades conjunturais de ordem econômico-financeira pelas quais o País vem passando nesses últimos anos, com reflexo negativo para o setor de saúde, avultam de importância as ações de controle de custos hospitalares.

O Hospital Geral de Juiz de Fora, como Unidade Gestora do Sistema DAS/FuSEx responsável pelo gerenciamento dos serviços das Organizações Cívicas de Saúde (OCS) e dos Prestadores de Serviços Autônomos (PSA) contratados/credenciados no âmbito da 4ª RM, criou a Comissão de Lisura de Contas Médicas e o Serviço de Auditoria Médica com a finalidade de realizar, dentre outras ações, a lisura das contas médicas provenientes desses órgãos contratados/credenciados.

2. OBJETIVO

Visa coibir distorções na conta hospitalar e/ou faturas de PSA, através de procedimentos e condutas do auditor médico ou enfermeiro, tanto na auditoria prévia quanto de análise de contas médicas, objetivando a elevação dos padrões técnicos, administrativos, bem como a melhoria das condições hospitalares, visando um melhor atendimento ao usuário do Sistema DAS-FuSEx.

3. DISPOSIÇÕES GERAIS

1. Composição

A Comissão de Lisura de Contas Médicas do HGeJF está assim constituída: 04 (quatro) oficiais médicos, 01(um) oficial enfermeira e 01 (uma) enfermeira civil, todos com experiência em auditoria em serviços de saúde. Sua criação decorreu de ato administrativo do Diretor, publicado no Boletim Interno de nº 122, de 30 de junho de 2004.

2. Competência

São atribuições da Comissão de Lisura de Contas Médicas:

2.1. Registrar em livro próprio o recebimento das faturas ambulatoriais e hospitalares provenientes das OCS e PSA contratadas/credenciadas, com o devido valor constante da conta;

2.2. Carimbar, datar e assinar o espelho da fatura recebida;

2.3. Preencher a capa individualizada da fatura, com itens de identificação, tipo e valor da conta;

2.4. Preencher em formulário próprio e codificado, conforme tabela AMB, quando for o caso, todo e qualquer encaminhamento para OCS ou PSA, após justificativa por escrito de médico militar e aprovação pela Comissão de Comprovação de Urgências;

2.5. Realizar controle diário dos usuários baixados em OCS, alertando a seção FuSEx para as internações com mais de 30 dias, para a devida cobrança em ZM1;

2.6. Realizar a lisura de 100% das contas das OCS e PSA contratadas/credenciadas, que vai da auditoria técnica ao faturamento da conta, baseado em protocolos atualizados de auditoria de contas médicas (conforme documentação anexa);

2.7. Solicitar, quando necessário, parecer e subsídio de especialista da OMS, dirimindo as dúvidas porventura existentes;

2.8. Corrigir a carmim as distorções verificadas, enviando a fatura para o faturista, para o cálculo final da conta;

2.9. Fechar a conta, preenchendo todos os dados da capa da fatura, especificando o valor e o tipo de glosa realizado;

2.10. Entregar, mediante recibo, à OCS/PSA o relatório referente à fatura auditada, para ciência da devida Conformidade ou Não-Conformidade, tendo o interessado prazo de 60 (sessenta) dias para recurso;

2.11. Encaminhar as faturas lisuradas para o subdiretor carimbar e dar o visto;

2.12. Encaminhar ao chefe da Seção FuSEx as faturas devidamente lisuradas, após receber o visto do subdiretor, para sua devida implantação no Sistema DAS/FuSEx;

2.13. Visitar diariamente os usuários baixados em OCS, a fim de avaliar a qualidade dos serviços prestados e sanar eventuais problemas técnico-administrativos existentes;

2.14. Realizar auditoria prévia em todos os procedimentos encaminhados para as OCS/PSA;

2.15. Negociar pacotes com as OCS e os PSA, com o intuito de reduzir os custos sem comprometer a qualidade dos serviços prestados;

2.16. Elaborar relatório mensal, com dados estatísticos de todo o trabalho realizado pelo Serviço de Auditoria de Contas;

2.17. Exigir que as OCS e os PSA solicitem autorização prévia para realizar procedimentos de alto custo em pacientes internados, assim como o envio de nota fiscal anexa à fatura, no momento da cobrança;

4. LEGISLAÇÃO E PROTOCOLOS DE SERVIÇO

À luz da legislação existente no meio civil e militar, a direção do Hospital Geral de Juiz de Fora e a Comissão de Auditoria/Lisura de Contas Hospitalares elaboraram seus próprios protocolos de trabalho.

Dentre os documentos utilizados pela Comissão em suas atividades diárias, destacam-se os seguintes:

- ✓ Portaria No 759, de 20 de dezembro de 2002.
- ✓ Contrato/credenciamento com a OCS/PSA;
- ✓ Tabela de honorários Médicos (Tab. da AMB 92 e AMB 96);
- ✓ Brasíndice;
- ✓ Tabela de materiais descartáveis;
- ✓ Tabelas de taxas e diárias;
- ✓ CID (Código Internacional de Doenças) - Décima Revisão.

5. CONCLUSÃO

A implantação da Comissão de Lisura de Contas Médicas trouxe grandes benefícios para este Hospital, tais como:

- ✓ redução nos custos hospitalares com OCS/PSA;
- ✓ otimização dos recursos financeiros (uso adequado dos recursos);
- ✓ melhoria dos processos operacionais do Hospital;
- ✓ aumento no nível de satisfação dos usuários (atendimento das necessidades do paciente);

Combater os desperdícios, diminuir as perdas e reduzir os custos, pagando um justo valor pelos serviços prestados, além de proporcionar serviços com qualidade aos usuários do sistema SAMMED/FUSEX, devem ser objetivos perseguidos por todos aqueles que estão à frente de uma organização de saúde.

CAPÍTULO 4

AUDITORIA MÉDICA

1. AUDITORIA MÉDICA (Resolução CFM 1.614/01)

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.

A auditoria médica caracteriza-se como ato médico, por exigir conhecimento técnico pleno e integrado da profissão.

O médico, no exercício da auditoria, deverá ser regularizado no Conselho Regional de Medicina da jurisdição onde ocorreu a prestação do serviço auditado. As empresas de auditoria médica e seus responsáveis técnicos deverão estar devidamente registrados nos Conselhos Regionais de Medicina e de Enfermagem das jurisdições onde seus contratantes estiverem atuando.

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. Deverá ainda, o médico na função de auditor, apresentar-se ao Diretor Técnico ou substituto da unidade, antes de iniciar suas atividades.

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.

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

O médico, na função de auditor, não pode, em seu relatório, exagerar ou omitir fatos decorrentes do exercício de suas funções. Poderá o médico, na função de auditor, solicitar por escrito ao médico assistente, os esclarecimentos necessários ao exercício de suas atividades. Concluindo haver indícios de ilícito ético, o médico, na função de auditor, obriga-se a comunicá-los ao Conselho Regional de Medicina.

O médico, na função de auditor, tem o direito de acessar, in loco, toda a documentação necessária, sendo-lhe vedada a retirada de prontuários ou cópias da instituição, podendo, se necessário, examinar o paciente, desde que devidamente autorizado pelo mesmo, quando possível, ou por seu representante legal. 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. O médico assistente deverá ser antecipadamente cientificado quando da necessidade do exame do paciente, sendo-lhe facultado estar presente durante o exame. O médico, na função de auditor, só poderá acompanhar procedimentos no paciente com autorização do mesmo, ou de seu representante legal e/ou do seu médico assistente.

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.

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.

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

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.

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.

O médico, na função de auditor, não pode ser remunerado ou gratificado por valores vinculados à glosa.

2. O AUDITOR MÉDICO

A palavra Auditoria vem do latim AUDITORE, que significa aquele que ouve, ouvidor. É o perito encarregado de examinar contas. Atividade de avaliação independente e de assessoramento do escalão superior na administração, neste caso do Sistema SAMMED/FuSEx, voltada para o exame e análise da adequação, eficiência (a ação), eficácia (o resultado), efetividade (o desejo; custo/benefício), e qualidade nas ações ' saúde, praticadas pelos prestadores de serviço, sob os aspectos quantitativos (produção produtividade), qualitativos e contábeis (custos operacionais), com observância de preceitos éticos e legais.

A Auditoria Médica, antes de ser uma necessidade, é uma questão de qualidade comprometida com a verdade. Sendo assim, o processo de auditoria respeita sempre os mesmos princípios técnicos e éticos, independentemente da origem do usuário.

3. NÍVEIS DE ATUAÇÃO DA AUDITORIA MÉDICA

No Sistema Único de Saúde, a atuação da Auditoria é voltada para o plano assistencial, na análise de fichas e prontuários, gestões de sistema na análise de indicadores e programação. Engloba também a parte financeira/contábil e patrimonial, que incluem os convênios.

Nos planos e seguros de saúde o médico atua como orientador, interpretando normas acordadas nos contratos, ordenador, conhecendo os direitos e deveres para autorização de procedimentos a serem realizados, fiscalizador, verificando a finalidade e a indicação dos procedimentos, controlador evitando desperdício e mantendo a qualidade da assistência como também respeitando os direitos do paciente. Existem outras colocações para a atuação da Auditoria Médica classificando-a como Preventiva, Corretiva e Gerencial, porém exercendo a mesma função de perícia, operacional e avaliação do Serviço de Saúde. A Lei Nº 9.656/98 regulamenta os planos, seguros de saúde e resoluções que dispõe de serviços no plano ambulatorial e hospitalar.

Na análise de contas médicas, a atuação da Auditoria está voltada para verificação de códigos solicitados, autorizados ou não, corrigindo eventuais distorções, evitando cobrança incorreta e a conseqüente glosa. O Auditor tem como atribuição subsidiar os setores de análise com informações relevantes para o correto pagamento das contas e ser

um elemento de ligação entre os usuários e a empresa patrocinadora do evento agilizando a parte técnica e dando suporte administrativo.

A auditoria em seus diversos níveis de atuação deve considerar a elevação dos padrões técnicos e a melhoria das condições hospitalares. O Auditor em qualquer área de atuação contribui para a empresa pública ou privada, no sentido de promover e manter a saúde do usuário.

No Exército Brasileiro, mais precisamente em seu Serviço de Saúde, percebe-se não existir uma concepção de Auditoria Profissional, pela falta de formação técnica dos membros das Comissões de Lisura, fato este que devidamente apoiado pelo Escalão Superior, certamente traria benefícios vultuosos para o melhor emprego de nosso orçamento na área da Saúde.

4. FUNCÕES DO AUDITOR /CAMPOS DE ATUACÃO

No elenco de atribuições do cargo e função, suas ações tem caráter eminentemente administrativo, embora que se faça necessário o conhecimento técnico médico e os preceitos da doutrina ética, possibilitando atuar como mediador entre as partes envolvidas, ordenando, controlando e racionalizando os custos, sem comprometer a qualidade dos serviços prestados e dos materiais e medicamentos usados.

O Auditor, tem função técnica administrativa quando planeja, ordena as despesas, analisa e orienta as ações e exige e faz cumprir os direitos e deveres, existentes e estabelecidos nas relações contratuais acordadas entre as partes. Tem também função técnica médica, esta de importância capital, pois exigir a preservação da conduta e princípios éticos, identificando, relatando e denunciando as ações precipitadas que podem comprometer a ética médica e expor o usuário, favorecendo o desequilíbrio orçamentário e financeiro do plano e/ou seguro de saúde, sendo também sua função desenvolver meios para racionalizar custos sem comprometer a qualidade do serviço oferecido.

Frente ao elenco de atribuições e tarefas que o cargo permite e exige, torna-se necessário uma ampla experiência e conhecimento técnico médico que deve se somar a coerência de uma conduta sensata, pela firmeza, imparcialidade e bom senso nas decisões, que devem estar presente a todo momento, não permitindo que fatores externos possam interferir na perícias e auditoria realizadas, portanto, o equilíbrio nas decisões são frutos de um processo global que envolve o médico auditor e que permite a manutenção do sistema.

Estes foram fundamentais e contribuíram para o surgimento, avanço e solidificação da função, hoje largamente difundida, concorrida e aperfeiçoada.

Pelo que entendemos, o auditor médico tem funções importantes no processo e atua como

- ✓ Orientador – Participa do processo como elemento habilitado a orientar o cumprimento das normas acordadas nos contratos firmados e que envolvem as partes (Usuário X Plano de Saúde X Prestador de Serviço).
- ✓ Ordenador – Como conhecedor dos direitos e deveres que devem ser exercitados entre as partes, autoriza a realização dos procedimentos e ordena seu pagamento quando comprovado sua realização.
- ✓ Fiscalizador – Representante do plano ou do seguro de saúde e investido na função de médico fiscaliza a legalidade do procedimento realizado dentro da doutrina ética.
- ✓ Controlador – Controla o orçamento e os gastos evitando o desperdício, possibilitando a partir da sua atuação o equilíbrio e a vida do sistema.

CAMPOS DE ATUAÇÃO

a) Técnica/Administrativa – (DIREITOS x DEVERES)

- | | | |
|---------------------------------|---|------------------------------|
| 1) Beneficiário (Sócio/Usuário) | X | Plano de Saúde |
| 2) Prestadores de Serviços | X | Plano de Saúde |
| 3) Prestador de Serviço | X | Beneficiário (Sócio/Usuário) |
| 4) Preservação da Ética | | |

b) Técnica Médica

1) Ponto de vista ético

- ✓ Analisar os serviços propostos e realizados
- ✓ caráter técnico e objetivo dos recursos empregados
- ✓ A conduta e postura do executor do procedimento

- ✓ A Perícia e Habilitação para a realização do proposto

2) Atividade mediadora

- ✓ Mediar as ações entre as partes envolvidas.
- ✓ Manter o equilíbrio das ações.
- ✓ Identificar e relatar os atos danosos quando evidenciados.
- ✓ Propor correções dos pontos falhos presentes encontrados.

3) Ação controladora – (Racionalização de Custos)

PARA O PACIENTE:

- ✓ A Exposição X Exploração (para o procedimento proposto)
- ✓ Avaliar o Custo X Benefício (serviços executados)
- ✓ A Legalidade X Recurso empregado (implicação ética e penal da ação)

PARA A CONTRATADA:

- ✓ A integridade e fidelidade do emprego correto da técnica que o caso exige
- ✓ emprego de métodos diagnósticos e terapêuticos sem justificativa técnica objetiva
- ✓ A racionalização entre o emprego coerente das técnicas e suas faturas de cobrança

PARA A CONTRATANTE:

- ✓ Avaliar e informar a satisfação da clientela e rede prestadora.
- ✓ Analisar permanência hospitalar e custo.
- ✓ Relatar a intercorrências evidenciadas.
- ✓ Propor medidas que facilitem a dinâmica de serviço e a política da parceria entre as partes que compõe o sistema.
- ✓ Mediar as ações.

5. IMPLICAÇÕES ÉTICAS

Como sabemos é indispensável nas relações humanas e profissionais uma relação cordial, firme e coerente. A atividade de auditor, está do ponto de vista ético, regida pelo código profissional da área de habilitação e formação e pelo código de processo penal.

O Código de Ética Médica dedica os artigos 79, 81, 118,119,120,121 a esta atividade profissional, que orientam e regem as atividades dos auditores médicos, estabelecendo responsabilidades, direitos e deveres.

Assim Temos:

Art. 79 - Acobertar erro ou conduta antiética de médico.

Art. 81 - Alterar prescrição ou tratamento de paciente, determinado por outro médico, mesmo quando investido em função de chefia ou de auditoria, salvo em situação de indiscutível conveniência para o paciente, devendo comunicar imediatamente o fato ao médico responsável.

Art.118 - Deixar de atuar com absoluta isenção quando designado para servir como perito ou auditor, assim como ultrapassar os limites das suas atribuições e competência.

Art.119 - Assinar laudos periciais ou de verificação médico-legal, quando não o tenha realizado, ou participado pessoalmente do exame.

Art. 120 - Ser perito de paciente seu, de pessoa de sua família ou de qualquer pessoa com a qual tenha relações capazes de influir em seu trabalho.

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.

6. PERFIL DO AUDITOR MÉDICO

❖ INDEPENDÊNCIA

O Auditor deve ter independência nos níveis de atuação, devendo no Exército Brasileiro, estar subordinado ao Subdiretor/Diretor da OM/OMS a que pertence, e possuir, mantendo espírito independente, isento de influência das áreas em revisão.

❖ SOBERANIA/MOTIVAÇÃO/APOIO DA DIREÇÃO

São atributos fundamentais para o exercício da função. Muitas vezes, o sucesso do seu trabalho pode depender do respeito e confiança, cuja conquista se faz com as relações cordiais que mantém com as pessoas cujo trabalho examina.

Atitudes negativas e agressivas dificultam os trabalhos e comprometem a imparcialidade dos mesmos. Cada auditor representa a imagem da organização a qual está ligado, daí a importância de seus atos e de sua apresentação.

❖ OBJETIVIDADE

O Auditor deve procurar ser o mais objetivo em suas condutas, expressando sua opinião sempre embasada em fatos reais e apoiada em evidências suficientes.

❖ CONHECIMENTO TÉCNICO

O Auditor deve ser possuidor de conhecimentos técnicos gerais, principalmente na área de cirurgia, procurando manter-se sempre atualizado no desenvolvimento da medicina como um todo, decidindo sempre com respaldo técnico e científico. Independente de sua formação profissional, deve possuir capacidade e prática essenciais à realização das atividades de controle e avaliação.

❖ CAUTELA, BOM SENSO E ZELO PROFISSIONAL

Deve agir sempre com prudência, atentando para o equilíbrio de sua ação, preservando a saúde do paciente, e contribuindo para o desenvolvimento de uma medicina de boa qualidade.

❖ HABILIDADE INTERPESSOAL PARA NEGOCIAÇÕES E INFLUÊNCIA PROFISSIONAL

O Auditor tem que ser um exímio negociador nas diversas situações, sabendo tratar com as pessoas envolvidas no processo, fazendo-se respeitar como profissional técnico que é, sempre mostrando domínio de sua atividade. Possuir visão, orientação e senso de realidade, sabendo relacionar-se com cooperados e usuários, evitando atritos desnecessários.

❖ COMPORTAMENTO ÉTICO E OBEDIÊNCIA AO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA E ENFERMAGEM

A atitude do Auditor deve sempre ser ética, com imparcialidade nas aplicações normativas, exercendo com honestidade, objetiva e criteriosamente seus deveres e responsabilidades, infundindo por toda a organização, um padrão comportamental que possa ser imitado por todo o funcionalismo.

❖ SIGILO E DISCRICÃO

São qualidades inerentes na área de saúde, e mais importantes ainda no campo da Auditoria, preservando sempre as partes envolvidas. O Auditor deve manter sigilo absoluto a respeito de informações confidenciais que, por força do trabalho, chegam ao seu conhecimento, só quebrando-o com seu escalão superior de subordinação, pois quaisquer comentários sobre a matéria com pessoas não autorizadas, somente deturpam e podem acarretar o desequilíbrio das atividades entre partes envolvidas.

Portanto o Auditor Ideal deve ser constituído de: 25% de discricão + 25% de ética + 25% de postura profissional + 25% de conhecimento e 100% de bom senso.

7. FERRAMENTAS DE TRABALHO

O auditor médico para desenvolver suas atividades profissionais necessita de um conjunto de elementos classificados como ferramentas de trabalho, elementos indispensáveis para o bom desenvolvimento da tarefa. Não pode um auditor realizar sua atividade em toda sua plenitude se não conhecer:

- ✓ Seu papel de auditor no processo
- ✓ Relação dos Prestadores de Serviços
- ✓ Detalhes do Contrato firmado entre as partes envolvidas
- ✓ diagnóstico da doença em código (CID - 10)
- ✓ Tabelas de honorários médicos (Tabelas AMB, CBHPM, GREMES/CIEFAS, etc)
- ✓ Tabela de negociação adotada (Taxas e Diárias)
- ✓ Tabela de materiais descartáveis
- ✓ Tabela de órteses e próteses

- ✓ Tabelas de valores BRASÍNDICE
- ✓ Dicionários de especialidades farmacêuticas e de Genéricos
- ✓ Conta hospitalar
- ✓ Prontuários clínicos com os relatórios médicos e de enfermagem
- ✓ Boletins, fichas de atendimentos médicos, e laudos médicos.

Antigamente as ferramentas de trabalho colocadas à disposição e atendiam as necessidades de um auditor eram apenas o Código Internacional de Doenças, as Tabelas de Procedimentos Médicos e as listas de preços de materiais e medicamentos. Hoje, com o surgimento da lei dos planos de saúde e o código de defesa do consumidor, os dispositivos colocados para o auditor como fonte de consulta e elementos de trabalho, assumiram pelo mercado e suas exigências, características próprias, o que obrigou de modo indispensável o conhecimento do contrato de prestação de serviço oferecido e acordado entre as partes.

As tabelas de procedimentos permite ao auditor tanto na pré-análise como na fase de auditoria analítica melhor poder de decisão, tanto na adequação do código do procedimento quanto nos valores a serem pagos pelos procedimentos realizados tanto para diagnose como para terapêutica, atendendo aos procedimentos clínicos e os cirúrgicos, neste caso estabelecendo n.º de auxiliares e portes anestésicos e ainda orientado cobrança para procedimentos cirúrgicos associados pela mesma via ou vias distintas, pela mesma equipe ou por mais de uma equipe e ainda duplicando valores dos honorários profissionais nos casos pertinentes, são alguns dos elementos colocados a mão do auditor, entre tantos outros que as tabelas de procedimentos médicos oferecem.

Os materiais e medicamentos utilizados por um paciente quando submetido a um procedimento tem como ponto de referencia de seus valores a tabela BRASÍNDICE, referencial este, de uso universal no Brasil, com ampla aceitação entre as partes, alguns itens utilizados durante a realização de um procedimento podem por vários motivos não está presente no BRASÍNDICE, neste caso são feitos acordos e formas de pagamento, sendo a mais comum o pagamento pelo valor da nota fiscal de compra desde que esta esteja anexada, em outras ocasiões se paga o preço de mercado e ainda há casos em que se paga por similaridade de produto. É importante o auditor estar ciente que sobre o valor do produto cobrado e que a tabela apresenta para cada produto um valor de preço mínimo e o máximo de comercialização, sobre o qual deverá incidir a taxa de comercialização, a qual

permite variação no percentual a ser cobrado, motivo de negociação, para o FuSEx no âmbito da 4ª RM é de 25% sobre a Nota Fiscal.

O Dicionário de Especialidades Farmacêuticas e atualmente o de Medicamentos Genéricos é outra ferramenta de consulta do auditor. Quando do fechamento dos prontuários e contas médicas nas auditorias analíticas, a diversificação de medicamentos, suas apresentações e embalagens não permite que o auditor guarde tantas informações na cabeça, assim sendo por mais familiarizado com os produtos habitualmente usados, há momentos em que se torna necessário fazer consulta para permitir uma melhor análise.

Falar da importância do acesso ao prontuário médico ou qualquer outro elemento que permite ao auditor conhecer através dos relatórios, laudos e boletins como tudo que ocorreu durante um internamento hospitalar, ou na realização de um evento médico representado por um procedimento clínico e/ou cirúrgico, é permitir ao médico auditor o livre exercício da sua função, representado pelo ato médico, com linhas de ações previstas e determinadas, indispensáveis para o bom exercício de qualquer atividade.

Como abordado, este conjunto de ferramentas, são indispensáveis para o médico investido no cargo de auditor, permitindo desta forma que este desenvolva suas atividades em toda sua plenitude, respeitando o preceituado no código de ética e do processo penal fundamentado nos seus conhecimentos e formação médica dentro da coerência e bom senso que deve nortear a função de ordenador de despesa, fiscalizador das ações médicas, mediador dos atos e instrutor do processo para o qual foi designado para proceder perícia, em decorrência da função que exerce com espírito profissional de especialista.

CAPÍTULO 5

AUDITORIA DE ENFERMAGEM

1. INTRODUÇÃO

A evolução dos custos de assistência à saúde vem preocupando aos gestores dessa área, sabendo-se que são vários os fatores (internos e externos) que contribuem para os altos custos, sendo um deles a falta de controle mais atuante, efetivo e até sistematizado no que diz respeito à Auditoria dos serviços prestados. A participação do enfermeiro nessa área, além de constituir um crescente campo de trabalho, vem somar-se à qualidade e observações específicas que vinham sendo exigidas no desempenho desta função.

O papel da enfermagem na auditoria é avaliar a assistência que o paciente está recebendo, assim como a integralidade e exatidão da documentação dessa assistência no prontuário. Limita-se à avaliação dos cuidados de enfermagem prestados ao paciente, daí a importância de uma ação integrada com o auditor médico, para se ter uma visão da assistência global prestada ao paciente.

O Prontuário do paciente espelha a eficiência dos cuidados instituídos, sendo a única prova de veracidade do tratamento e dos cuidados realizados, sendo necessário o seu preenchimento *exato e completo*, como garantia para os profissionais de saúde e para o paciente.

É importante o estabelecimento de *protocolos ou padrões mínimos* desejados de assistência, como referencial para o exercício da avaliação e auditoria. Vários temas devem ser considerados, principalmente aqueles que se referem à utilização de materiais e equipamentos que suscitam áreas de conflitos. Podemos citar a questão da medicação fracionada, utilização de escalpes ou cateteres, tratamentos de feridas e materiais específicos, troca de equipamentos, bomba de infusão, etc.

O enfermeiro em sua formação tem quatro funções básicas: educacional, assistencial, de planejamento e administrativa. Como gerente do serviço de enfermagem ou como responsável por uma unidade de serviço, o enfermeiro inserido neste sistema tem que se posicionar cada vez mais como administrador de uma unidade que gera custos e envolver-se nas questões relativas a ela: gastos, falhas e estratégias. Portanto, o profissional de Auditoria de Enfermagem vem justificando seu papel, pois:

- ✓ A enfermagem permanece dentro do hospital por 24 horas no dia;

- ✓ A enfermagem “administra a casa”, presta assistência de enfermagem, coordenando tudo o que diz respeito ao atendimento do paciente;

60% da conta hospitalar reflete diretamente o serviço de enfermagem, como a execução dos medicamentos e cuidados prescritos, as anotações e checagem pertinentes, os equipamentos e gases utilizados.

Atualmente, nos hospitais onde vem se desenvolvendo, a Auditoria de Enfermagem tem dois grandes objetivos: mensurar a assistência prestada (qualidade), e compatibilizar o nível dessa assistência com a necessidade de controle dos custos hospitalares.

2. CONCEITO

É o conjunto de ações utilizadas na avaliação e fiscalização dos prestadores de serviços de saúde e na conferência de contas relativas aos procedimentos executados, do atendimento ao gasto, do custo à qualidade a ser alcançada.

3. OBJETIVOS

- ✓ Garantir a qualidade da assistência prestada ao usuário
- ✓ Viabilizar economicamente a Instituição
- ✓ Conferir a correta utilização / cobrança dos recursos técnicos disponíveis
- ✓ Efetuar levantamentos dos custos assistenciais para determinar metas gerenciais e subsidiar decisões do corpo diretivo da Instituição
- ✓ Educar os prestadores de serviços
- ✓ Proporcionar um ambiente de diálogo permanente entre o prestador e a empresa
- ✓ Proporcionar aos usuários confiabilidade e segurança na relação Prestador / Instituição / Usuário.

4. ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO AUDITOR

4.1 No Convênio

- ✓ Avaliar a assistência de enfermagem prestada ao cliente através do prontuário médico;

- ✓ Verificar a observância dos procedimentos frente aos padrões e protocolos estabelecidos;
- ✓ Adequar o custo por procedimento;
- ✓ Elaborar relatórios/planilhas através das quais se define o perfil do prestador: custo por dia, custo por procedimento, comparativos entre prestadores por especialidade;
- ✓ Participar de visitas hospitalares;
- ✓ Avaliar, controlar (com emissão de parecer) as empresas prestadoras de serviços, fornecendo dados para a manutenção/continuidade do convênio (assessoria ao credenciado);
- ✓ Elo entre as partes = parceria.

4.2 No Hospital

- ✓ Análise do Prontuário Médico, verificando se está completa e corretamente preenchido nos seus diversos campos tanto médico como de enfermagem, como por exemplo: história clínica, registro diário da prescrição e evolução médica e de enfermagem, checagem dos serviços, relatórios de anestesia e cirurgia;
- ✓ Avaliar e analisar a conta hospitalar, se condiz com o evento realizado;
- ✓ Fornecer subsídios e participar de treinamentos do pessoal de enfermagem;
- ✓ Analisar contas e glosas, além de estudar e sugerir reestruturação das tabelas utilizadas, quando necessário;
- ✓ Fazer relatórios pertinentes: glosas negociadas, aceitas ou não, atendimentos feitos, dificuldades encontradas e áreas suscetíveis de falhas e sugestões;
- ✓ Manter-se atualizado com as técnicas de enfermagem, com os serviços e recursos oferecidos pelo hospital, colocando-se a par (inclusive) de preços, gastos e custos alcançados;
- ✓ Utilizar, quando possível, os dados coletados para otimizar o Serviço de Auditoria: saber apontar custos de cada setor, locais onde pode ser feita a redução nos gastos, perfil dos profissionais envolvidos e dados estatísticos.

5. TIPOS DE AUDITORIA

5.1 Operacional

É baseada na observação direta dos fatos, documentos e situações, objetiva a avaliação do atendimento às normas e diretrizes, através de verificação técnico-científica e contábil da documentação médica, bem como, se necessário, o exame do paciente.

5.2 Analítica

É baseada na análise dos documentos, relatórios e processos, e objetiva a identificação de situações consideradas incomuns e passíveis de avaliação, bem como conferência quantitativa (qualitativa da conta hospitalar + adequação de valores). Subsídia o trabalho operativo e delinea o perfil da assistência e os seus controles.

6. PERFIL DO ENFERMEIRO AUDITOR

- ✓ Respeitar, em qualquer circunstância, os níveis hierárquicos existentes em toda organização;
- ✓ Manter comportamento ético e sigiloso absoluto a respeito de informações confidenciais;
- ✓ Observar os comportamentos internos;
- ✓ Procurar, continuamente, melhorar sua capacidade e efetividade de trabalho, sempre atualizando seus conhecimentos;
- ✓ Manter espírito independente, isento de influências das áreas de revisão, e muito equilibrado, sem representar arrogância ou impassividade;
- ✓ Expressar sua opinião sempre apoiada em evidências suficientes;
- ✓ Cultivar o senso de proporção e julgamento, alicerçando seu ponto de vista impessoal e imparcial;
- ✓ Ser afável no trato com as pessoas, pois o relacionamento auditado / auditor não pode ser frívolo e casuístico, mas harmônico e humano;
- ✓ Relatar possíveis deficiências objetivamente;
- ✓ Cada auditor representa a imagem da organização a qual está ligado, daí a importância de seus atos e mesmo de sua apresentação;

- ✓ Nenhum auditor pode prescrever, evoluir ou alterar evoluções / informações no prontuário do paciente;
- ✓ É vedado ao auditor tecer comentários de qualquer natureza com pacientes, familiares e/ou funcionários do hospital, de observações feitas através do prontuário, ainda que seja arquivado por eles;
- ✓ É vedado ao auditor discutir sobre procedimentos realizados indevidamente pelo prestador de serviço em ambientes estranhos à Auditoria;
- ✓ A postura e o respeito deverão ser mantidos sempre nas discussões e apresentações realizadas com prestadores de serviços;
- ✓ É vedado ao auditor trabalhar na instituição a ser auditada, ou receber qualquer tipo de remuneração ou vantagens da mesma.

7. NORMATIZAÇÃO DO COREN (Resolução COFEN 266/2001)

I – *É da competência privativa do Enfermeiro Auditor* no exercício de suas atividades: organizar, dirigir, planejar, coordenar e avaliar, prestar consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre os serviços de Auditoria de Enfermagem.

II – *Quanto integrante de equipe de Auditoria em Saúde:*

f) Atuar na elaboração de contratos e adendos que dizem respeito à assistência de enfermagem e de competência do mesmo;

g) Atuar em bancas examinadoras, em matérias específicas de enfermagem, nos concursos para provimentos de cargo ou contratação de Enfermeiro ou pessoal técnico de enfermagem, em especial Enfermeiro Auditor, bem como de provas e títulos de especialização de auditoria e enfermagem, devendo possuir o título de especialização em auditoria de enfermagem;

k) O Enfermeiro Auditor, em sua função, deverá identificar-se fazendo constar o número de registro no COREN sem, contudo, interferir nos registros do prontuário do paciente;

m) O Enfermeiro Auditor tem autonomia em exercer suas atividades sem depender de prévia autorização por parte de outro membro auditor, Enfermeiro, ou multiprofissional;

n) O Enfermeiro Auditor para desempenhar corretamente seu papel, tem direito de acessar os contratos e adendos pertinentes à Instituição a ser auditada;

p) O Enfermeiro Auditor, no cumprimento de sua função tem o direito de visitar/entrevistar o paciente, com o objetivo de constatar a satisfação do mesmo com serviço de enfermagem prestado, bem como a qualidade. Se necessário acompanhar os procedimentos prestados no sentido de dirimir quaisquer dúvidas que possam interferir no seu relatório.

III – *Considerando a interface do serviço de enfermagem com os diversos serviços*, fica livre a conferência da qualidade dos mesmos no sentido de coibir o prejuízo relativo à assistência de enfermagem, devendo o Enfermeiro Auditor registrar em relatório tal fato, e sinalizar aos seus pares auditores, pertinentes a área específica, descaracterizando a sua omissão.

IV – *O Enfermeiro Auditor, no exercício de sua função*, tem o direito de solicitar esclarecimento sobre fato que interfira na clareza e objetividade dos registros, com fim de se coibir interpretação equivocada que possa gerar glosas/ desconformidades, infundadas.

VII – *Sob o Prisma Ético*:

a) O Enfermeiro Auditor, no exercício de sua função, deve fazê-lo com clareza, lisura, sempre fundamentado em princípios constitucional, legal, técnico e ético;

b) O Enfermeiro Auditor, como educador, deverá participar da interação interdisciplinar e multiprofissional, contribuindo para o bom entendimento e desenvolvimento da auditoria de enfermagem, e auditoria em geral, contudo, sem delegar ou repassar o que é privativo do Enfermeiro Auditor.

8. A ASSISTÊNCIA PRESTADA

❖ PO DE SER MENSURADA PELOS SEGUINTE INDICADORES:

- ✓ Anotações de enfermagem
- ✓ Estado de saúde do paciente / família
- ✓ Sistematização da assistência
- ✓ Rotinas:
 - processo de enfermagem
 - descrição dos procedimentos
 - rotinas propriamente ditas
- ✓ Protocolos:

- trocas de sondas / catéteres
- diluição de medicamentos
- preparos de exames
- encaminhamento

9. OS CUSTOS HOSPITALARES

❖ PODEM SER TRABALHADOS CONSIDERANDO-SE:

- ✓ Evitar perdas/retrabalho (processo de qualidade).
- ✓ Racionalizar o uso de:
 - Materiais
 - Medicamentos
 - gasoterapia
 - equipamentos
- ✓ Domínio nas técnicas de enfermagem
- ✓ Treinamento do pessoal de faturamento
- ✓ Treinamento do pessoal de enfermagem.

10. INSTRUMENTOS BÁSICOS DE TRABALHO

- ✓ Tabela de preços de diárias e taxas hospitalares acordada entre Convênio e Prestador de
- ✓ Serviços;
- ✓ Prontuário Médico
- ✓ Prontuário contábil
- ✓ Tabela da AMB
- ✓ Tabela de preços de materiais acordada
- ✓ Brasíndice
- ✓ Conta hospitalar
- ✓ Protocolos
- ✓ Impressos:
 - Demonstrativo de glosas
 - Relatórios ou estatística
 - Levantamento de dados, etc.

CAPÍTULO 6

PROCESSOS DE AUDITORIA

1. O ACESSO AOS SERVIÇOS E O PAPEL DA AUDITORIA

Considerando-se uma rede de serviços devidamente credenciada, com OCS/PSA conhecidos em suas especialidades e potencialidades, assim como um serviço interno da OMS organizado, pode-se dar início às atividades de Controle, Avaliação e Auditoria. Lembramos entretanto que todo processo assistencial deve sempre ser acompanhado com uma visão holística, pois a análise fragmentada não permite uma aferição da qualidade e, muito menos, dos custos.

O processo assistencial ou de atendimento ao cliente deve ser visto em sua integridade:

- ✓ a consulta
- ✓ os exames
- ✓ as terapias
- ✓ a hospitalização
- ✓ a convalescença

O estudo isolado do ambulatório ou das consultas não espelha a utilização dos recursos, assim como a mera análise dos procedimentos de custos mais elevados não reflete os riscos financeiros da contratante.

As análises isoladas de profissionais, prestadores ou mesmo de setores como as OCS credenciadas não irão refletir a gravidade que o cenário descrito pode representar para a contratante. A Auditoria deve desenvolver suas atividades, mesmo considerando a necessidade de tarefas muito específicas, sem perder a dimensão do conjunto.

2. ACOMPANHAMENTO DO SISTEMA AMBULATORIAL

Em relação à assistência ambulatorial, os meios de controle são predominantemente analíticos. Entretanto, mesmo baseada em análise de registros, documentos e relatórios, a auditoria pode delinear o perfil assistencial e identificar situações incomuns que necessitem de observação direta, desde a visita ao serviço auditado até a entrevistas com

pacientes. É bom lembrar que a equipe de auditores responsáveis pelo controle ambulatorial deve conhecer o funcionamento dos serviços auditados, sendo as visitas preliminares imprescindíveis para um seguimento analítico.

Para o bom desempenho da *auditoria analítica de caráter sistêmico* são importantes as seguintes informações:

- ✓ número de usuários
- ✓ universo de PSA credenciados/especialidades
- ✓ número de consultas encaminhadas/especialidades
- ✓ número de retornos
- ✓ exames gerados/consultas/profissional
- ✓ índice de normalidades dos exames

O auditor responsável pelo acompanhamento do sistema ambulatorial deve elaborar seus relatórios considerando o seguinte:

- ✓ tipos de exames gerados enfocando cada profissional, especialidade e serviço
- ✓ tipos de terapias geradas, no mesmo enfoque dos exames
- ✓ compatibilidade dos itens acima com o quadro e morbidade
- ✓ amostragem de usuários com um número de consultas maior que o esperado para a faixa etária, sexo e situação clínica
- ✓ compatibilidade entre a produção apresentada e o potencial de atendimento dos profissionais e dos serviços.

3. ACOMPANHAMENTO DO SISTEMA HOSPITALAR

A Assistência Hospitalar exige uma auditoria em três níveis ou componentes:

- a) *preliminar ou prospectiva* – relacionada com a admissão.
- b) *concorrente ou concomitante* – relacionada com o desenvolvimento da hospitalização.
- c) *retrospectiva* – relacionada com as informações obtidas após a alta do paciente

I. AUDITORIA PRELIMINAR OU PROSPECTIVA

Todo o processo de admissão do paciente no hospital deve ser monitorizado pela auditoria, desde a solicitação do médico assistente até a conclusão do rito da internação.

Cabe ao auditor responsável pela auditoria prospectiva (pré-auditoria), a análise das solicitações e as autorizações, desencadeando o processo de emissão das guias ou documentos comprovantes de autorizações.

A análise das solicitações deve levar em conta a necessidade e a realização das internações em locais adequados e por períodos compatíveis.

Apoiado pelo setor administrativo, o auditor deve acompanhar todo o processo de hospitalização, garantindo que informações técnicas e administrativas estejam claramente colocadas, como coberturas, situações clínicas ou cirúrgicas. etc.

Devemos lembrar que a falta de informações pode aumentar o tempo de hospitalização, assim como aguardar autorização para a realização de algum procedimento pode aumentar o número de diárias, com todos os custos que isto implica.

As internações eletivas devem ocorrer sempre com o documento de autorização. Aquelas oriundas de situações de urgência, entretanto, deverão ser regularizadas no primeiro dia útil subsequente à internação, conforme a IR 30-06 e legislação vigente.

Objetivos da Auditoria Prospectiva:

- ✓ autorizar previamente as internações eletivas ou outros procedimentos especiais
- ✓ assegurar a necessidade do paciente internar ou realizar procedimento em local adequado (necessidade da cirurgia/procedimento/exame especializado)
- ✓ direcionar, de acordo com os interesses da Instituição e a necessidade do paciente, as autorizações de exames complementares ou procedimentos não realizados na OMS
- ✓ considerar o tempo de internação esperado
- ✓ compatibilizar a autorização com o quadro clínico do paciente, inclusive codificando conforme tabela acordada entre as partes
- ✓ a adequação do pedido à Tabela AMB 92
- ✓ verificar se o procedimento solicitado é devido, tanto do ponto de vista qualitativo como quantitativo – Art 60 do C.E.M
- ✓ verificar a compatibilidade da especialidade do requisitante com o exame solicitado
- ✓ detectar possíveis abusos na solicitação de SADT
- ✓ detectar procedimentos autogerados

- ✓ verificar associação de duas ou mais cirurgias no mesmo ato, ou cirurgias bilaterais
- ✓ verificar cirurgias/procedimentos oftalmológicos ou otorrinolaringológicos que possam ser caracterizados como estéticos
- ✓ autorizar previamente, após levantamento dos custos, os materiais de alto custo a serem utilizados em procedimentos
- ✓ verificar se o procedimento solicitado deverá passar pela Comissão de Ética Médica da OMS verificar os exames especiais de custo elevado ou de frequência representativamente elevada: Tomografia computadorizada.
- ✓ Ressonância magnética, Angiografia/Arteriografia, Cintilografia e Cateterismo cardíaco não serão autorizadas internações em que o usuário tenha ido direto à OCS conveniada, sem antes passar pelo Serviço de Emergência da OMS, exceto nos casos em que seja caracterizada, por equipe médica designada pelo Diretor da OMS no momento da ciência do caso ou primeiro dia útil subsequente, a real condição de Urgência/Emergência ou risco de vida
- ✓ não serão autorizadas internações ou procedimentos em Instituições de Saúde não credenciadas ao sistema DAS/SAMMED/FUSEX.

II. AUDITORIA OPERACIONAL/CONCORRENTE

Denominada em alguns locais como “visita hospitalar” ou “auditoria externa”, tem sido praticada , cada vez mais, como forma de analisar previamente as contas médicas. A auditoria concorrente é, na realidade, um acompanhamento contínuo das hospitalizações, enfocando os custos e a qualidade dos serviços prestados.

O auditor faz, inicialmente, a reavaliação da necessidade da internação, agora com observação direta e entrevista do paciente. A seguir, acompanha a realização de procedimentos, terapias e diagnósticos, inclusive os cuidados recebidos pelos pacientes. Observa os prontuários com as prescrições, evoluções médicas e anotações de enfermagem. Acompanha a necessidade de prorrogações ou de alta, discutindo, inclusive, o caso com o médico assistente.

O auditor, atuando dentro do hospital, vai intervir efetivamente nos custos das internações, promovendo correções e ajustes (diárias pagas desnecessariamente em decorrência de suspensão de cirurgias, demora na realização da cirurgia eletiva, ausência

do médico assistente para evoluir o paciente, prescrever ou dar a alta, realização de exames pré-operatórios e outros procedimentos que poderiam ser realizados ambulatorialmente, etc.). Este auditor analisa também as intercorrências solicitadas, autorizando de acordo com sua real necessidade e compatibilidade com o quadro clínico do paciente. O auditor deve estar em contato freqüente com o médico assistente e a Diretoria Clínica do Hospital.

A visita hospitalar é fator de controle de parâmetros éticos e técnicos do tratamento, acompanhando de perto o paciente e fornecendo a fotografia do dia-a-dia, orientando a auditoria de contas posteriormente. Permite o acompanhamento do caso e em algumas situações especiais agiliza a realização de procedimentos, pois o Auditor pode autorizá-los no próprio local, evitando o deslocamento desnecessário de familiares do paciente até o FuSEx para a obtenção de autorização ou a retenção de caução prévia no recurso hospitalar. Além do que, este serviço coloca o FuSEx mais próximo do seu usuário, dando-lhe mais segurança e qualidade no serviço prestado pela OCS/PSA.

Ao final da internação, deve elaborar relatório síntese com os subsídios para os setores de contas médicas e auditoria prospectiva:

- ✓ período de internação
- ✓ procedimentos realizados e datas
- ✓ medicamentos e materiais especiais ou de alto custo
- ✓ sangue e hemoderivados
- ✓ terapias especiais
- ✓ UTI.
- ✓ Intercorrências.

Fruto do trabalho deste auditor, o SAMMED/FUSEX estará mais perto do seu usuário, resgatando uma situação cada vez mais freqüente nos modelos de saúde atuais, a delegação do atendimento a outros, afastando-nos do nosso cliente.

Aqui vale lembrar e ressaltar que, através das auditorias concorrentes, tem-se observado a importância da autorização ser dada de forma completa, com todas as informações possíveis, pois a falta de clareza retarda as decisões e prolonga a internação, aumentando os custos e penalizando o cliente.

Este tipo de auditoria é de fundamental importância no sentido de **evitar glosas**, pois é interessante que um auditor mostre seu trabalho através da redução de custos e

melhoria na qualidade do atendimento, sentida através da satisfação do usuário, e não mensurado ou valorizado através de “índices de glosas”.

III. AUDITORIA RETROSPECTIVA

Chega então o momento de canalizar todas as informações obtidas durante o processo de assistência e desenvolver a auditoria que, finalmente, poderá realizar juízo de valor e apontar resultados.

Cada prestador deve ser focado, considerando o quantitativo e tipos de serviços produzidos, relatórios de glosas com motivos e valores, eventuais queixas e informações de pacientes ou médicos. Deve ser elaborado um relatório para cada prestador, com sugestões de ações corretivas, quando for o caso.

A Auditoria Retrospectiva realiza a análise de documentos, de relatórios encaminhados, da auditoria concorrente, de autorizações prévias, da conta médica propriamente dita, com análise do auditor médico e de enfermagem, emitindo um relatório de conformidade ou não conformidade, conforme o caso, detalhando itens e distorções detectadas.

Após todo o processo, o auditor tem condições de avaliar o desempenho real de cada prestador ou credenciado, para correção das distorções e melhora na qualidade do serviço prestado.

IV. NORMAS TÉCNICAS

CONCEITOS

Normativo: refere-se a medidas de padronização de condutas, racionalizando-as segundo critérios técnicos, a fim de estabelecer regras a serem seguidas por todos.

Critério Técnico: é a aplicação dos conhecimentos técnicos e científicos reconhecidos, para um determinado fim.

Conduta: É a aplicação dos critérios técnicos dentro de protocolos reconhecidos e validados pelas entidades acadêmicas, que podem apresentar variações segundo a formação recebida.

Código excludente: Aplica-se ao ato cirúrgico integrante de um procedimento composto de vários atos, ou decorrente de acidente cirúrgico quando da realização desse procedimento maior pela mesma equipe médica.

TABELA AMB 92 – INSTRUÇÕES GERAIS

Durante a execução do trabalho de auditoria, devemos atentar para os seguintes itens das Instruções Gerais;

- ✓ Ato cirúrgico/Cirurgião: Item 10, item 11, item 12, item 13, item 14, e item 15
- ✓ Ato cirúrgico/Auxiliares de cirurgia: item 16. Somente serão pagos os auxiliares
- ✓ que prestarem efetivamente o serviço, e devidamente contemplados pela Tabela AMB 92. A constatação deverá ser realizada através da Descrição da Cirurgia, Ficha de Anestesia e Relatório de Sala, bem como através do contato com o paciente ou familiares. Havendo ausência ou divergência, inclusive de caligrafia, os honorários não deverão ser pagos.
- ✓ Os procedimentos cirúrgicos e anestésicos, realizados em caráter de urgência/emergência, quando executados das 22:00 horas às 06:00 horas, e em qualquer horário aos domingos e feriados oficiais (contados do início da cirurgia), farão jus a um adicional de 30%. Não serão acrescidos 30% sobre consultas médicas, visitas hospitalares, plantonista de UTI, tratamento conservador de fraturas, SADT e honorários médicos de cirurgias eletivas. A confirmação do horário se fará através do prontuário médico. Havendo divergência, bem como se verifique que o procedimento foi adiado propositalmente, visando o adicional, este não deverá ser pago.
- ✓ **VÍDEO-LAPAROSCOPIA E VÍDEO-ENDOSCOPIA** – os honorários médicos relativos aos procedimentos realizados por estes métodos, corresponderão a uma vez e meia a remuneração prevista nesta tabela para os mesmos procedimentos realizados por técnica convencional. Os honorários médicos relativos a procedimentos diagnósticos realizados por vídeo-laparoscopia ou vídeo-endoscopia, corresponderão a uma vez à remuneração prevista nesta tabela para os mesmos procedimentos realizados por técnica convencional. Quando um ato cirúrgico por vídeo for convertido para a técnica

convencional, será paga como tal. A taxa de vídeo será paga pelo equivalente a 50%.

- ✓ **CONSULTA** – é o atendimento prestado pelo médico credenciado ao usuário no consultório, hospital ou domicílio, onde emite parecer, instrução, opinião ou conselho sobre a queixa do usuário, prescrevendo, quando necessário, exames complementares de diagnóstico e/ou tratamentos adequados.
- ✓ **RETORNO DE CONSULTA** – é o ato médico decorrente da necessidade de reavaliação terapêutica e/ou diagnóstica de um paciente. O tempo pode variar de 7 a 30 dias, conforme especialidade e patologia. Fora desse prazo haverá nova remuneração ao credenciado. Não deve ser permitida a repetição de consultas subseqüentes ao primeiro atendimento em serviço de urgência e ou requisição de exames complementares, com exceção de traumas, doenças cardiovasculares e de outras passíveis de repetição. O credenciado deverá conduzir o tratamento de forma a que o retorno se restrinja à absoluta necessidade do paciente e sua patologia.
- ✓ **CONSTITUEM MOTIVO DE GLOSA DE CONSULTA MÉDICA**
 - a) quando imediatamente seguida por um ato médico realizado pelo mesmo médico (cirurgias, tratamento conservador e reduções incruentas de fraturas),
 - b) quando realizada até 10 (dez) dias após uma cirurgia por qualquer membro da equipe,
 - c) estando de plantão e solicitado parecer,
 - d) data e/ou assinatura do usuário ausente/rasurada,
 - e) retorno antecipado, mesmo se tratando de outra patologia,
 - f) para a entrega e avaliação dos exames complementares (item 09 das Instruções Gerais da Tab AMB-92, porém isto não implica na limitação do número de consultas,
 - g) cobrança de consulta realizada na execução de pequenas cirurgias,
 - h) cobrança de consulta pré-anestésica (item 1 das Instruções Gerais Específicas de Anestesiologia), bem como de radiologia intervencionista

Voltaremos a tratar mais adiante, dos assuntos pertinentes a este capítulo, quando abordaremos de maneira mais detalhada e específica, a rotina e protocolos da Auditoria em Serviços de Saúde.

CAPÍTULO 7

HONORÁRIOS MÉDICOS

Os assuntos abordados neste capítulo são atinentes à tabela AMB 92, e devem, de maneira geral, ser negociados entre as partes.

1. HISTÓRICO

1984 – 1ª TABELA DA AMB

NEGOCIADA

CONSULTA – 36 CH

1986 – NEGOCIADA

CONSULTA – 36 CH

1987 –NEGOCIADA

CONSULTA – 36 CH

- NORMATIVA DE REMUNERAÇÃO DIFERENCIADA POR TIPO DE ACOMODAÇÃO (ITEM 17)
- ENFERMARIA – 70%
- QUARTO INDIVIDUAL – 100%

1988 –NEGOCIADA

CONSULTA – 36 CH

1990 –NEGOCIADA

CONSULTA – 50 CH

MODIFICAÇÃO ITEM 17

ENF^a 02 LEITOS – 100%

ENF^a 03 OU MAIS LEITOS – 70%

QUARTO INDIVIDUAL – 150%

APARTAMENTO – 200%

ACOMODAÇÃO SUPERIORES – LIVRE NEGOCIAÇÃO

1992 –TABELA IMPOSTA PELA AMB SEM NEGOCIAÇÃO

CONSULTA – 80 CH

ITEM 17

CONTESTADA JUDICIALMENTE

ACOMODAÇÃO COLETIVA – 100%

ACOMODAÇÃO INDIVIDUAIS - 200%

ACOMODAÇÃO SUPERIORES – LIVRE NEGOCIAÇÃO

1993 –ACORDO AMB/CIEFAS – COMITÉ DE INTEGRAÇÃO DE ENTIDADES PRIVADAS DE ASSISTENCIA À SAÚDE REDUTOR DE 14% NOS NOVOS PROCEDIMENTOS.

CONSULTA – 70 CH

1996 –L.P.M. – NÃO NEGOCIADA

REPRESENTAÇÃO DO CIEFAS JUNTO AO CADE

CONSULTA EM REAIS – R\$ 39,00

EXTRAÇÃO DO INDICE = CH

AUMENTO MÉDIO SUPERIOR = 50%

–L.P.M. – AMB – NÃO NEGOCIADA

2. ESTUDO DA TABELA

- CONCEITOS
- INTERPRETAÇÕES

2.1. Procedimentos Ambulatoriais

CONSULTAS:

VALOR DE MERCADO:

- MEDICINA DE GRUPO/ SEGURADORA = R\$ 25,00
- UNIMED = R\$ 20,00 À R\$ 39,00

- CIEFAS = R\$ 18,00 À R\$ 25,00
- LPM = R\$ 39,00
- FIPE = R\$ 29,00 (NEGOCIAÇÃO INTERMEDIADA / SINDICATO CRM – SP – EMPRESAS AUTO-GESTÃO)

PERIODICIDADE:

- INTERVALOS ENTRE CONSULTAS
- VÁRIOS PROFISSIONAIS
- VERIFICAÇÃO DE EXAMES

3. HONORÁRIOS MÉDICOS POR ESPECIALIDADE - PARTE I

Vamos apresentar alguns critérios sugestivos de acordo com a nossa experiência, mas que poderá ser adequado as necessidades de cada um e as particularidades regionais.

ALERGOLOGIA:

CÓDIGOS: 1901004 – 4
 1901006 – 0
 1901007 – 9

NÃO DEVERAM SER PAGOS CONCOMITAMENTE

CARDIOLOGIA: 20 00 000 – 6

- TESTE DE ESFORÇO
- ECO BI C/ DOPPLER
- MAPA
- HOLTER
- CARDIOESTIMULAÇÃO.
 - ◆ Consultas + procedimentos somente através de acordos/pacotes.
 - ◆ Monitorizações mediante apenas intervenções/relatórios médicos.

ENDOSCOPIA DIGESTIVA : 23 00 000 – 7

Ressalte-se que, quando um procedimento diagnostico resultar um ou mais procedimentos cirúrgicos a cobrança será pela somatória dos valores.

H. PYLORY – código por análise teste da urease não cabe cobrança de taxa sala, somente taxa do aparelho + honorários + mat./med.

HEMOTERAPIA: 27 00 000 – 1

Lembramos que poderá haver cobrança:

Ex.: Paciente internado, no ato cirúrgico precisou transfusão, recebeu acompanhamento durante todo o procedimento pelo hemoterapeuta.

Cobrança pelo código: 27 03 004 - 0

Honorários transfusionais, estes são remunerados por cada componente hemoterapico transfundido.

OFTALMOLOGIA – 50 00 000 – 4

- TONOMETRIA - (50 01 015 – 8)
- PACIENTES COM MAIS 40 ANOS
- CÇA SUSPEITA GLAUCOMA
- MENSAL = CONTROLE GLAUCOMA
- SEMESTRAL / ANUAL – REMUNERADA A PARTE DA CONSULTA

EXAME MOTILIDADE OCULAR (50 01 005 – 0)

Podem ser cobrado a parte nos casos de estrabismos é diferente do exame sumário da motilidade ocular incluindo na consulta oftalmológica.

FUNDOSCOPIA : (50 01 025 – 5)

Somente deverá ser paga à parte quando feita sob midríase comum em pacientes glaucomatosos ou na investigação de glaucoma diabéticos, hipertensos, uveites, pré-operatório de facectomia e cirúrgias do segmento anterior e posterior.

MAPEAMENTO DE RETINA (50 01 010 – 7)

PAGO À PARTE.

INVESTIGAÇÃO/ DESLOCAMENTO DE RETINA

OFTALMODINAMOMETRIA (50 01 010 – 7)

Avaliação da pressão da artéria central da retina, afecções do sistema neurológico ou nos casos de glaucoma.

RETINOGRAFIA FLUORESCENTE (50 010 13 – 1)

PAGA-SE À PARTE.

BIOMETRIA (50 01 019 – 0) – PAQUIMETRIA (50 01 020 – 4)

Pré – operatório de Facectomia, para calculo da lente intra – ocular

OBSERVAÇÕES GERAIS:

GLAUCOMA = CIRURGIA

Quando o paciente glaucomatoso desenvolve catarata é comum ainda realização de cirurgia combinada (pago 100% e 50% respectivamente, FACECTOMIA + TRABECULECTOMIA).

- IREDECTOMIA deve ser remunerada a parte em casos de Facectomia com pupila miótica
- campo operatório em oftalmologia não permite mais que um auxiliar.
- DAY CLINIC – incentivar/pacotes

ENFIM : CONSULTA PADRÃO:

Anamnese, retração, inspeção exames das pupilas, acuidade visual retinoscopia , ceratometria, fundoscopia biomicroscopia do segmento anterior, exame sumário da motilidade ocular e do senso cromático.

ORL – 51 00 000 – 8

- 51 02 001 – 7 Remoção do cerume
- 51 02 003 – 3 Corpo estranho
- 51 03 003 – 9 Retirada de corpo estranho em consultório
- 51 03 006 – 3 Cauterização de corneto inferior

Os códigos de rino (septo) plastia nem sempre são considerados estéticos :
(51 03 015 – 2 , 51 3 016 – 0 , 51 3 017 – 9)

PÓLIPOS OU NÓDULOS DE CORDA VOCAL – 24 01 003 – 0

Não deverá ser liberado pelo código de cordectomia (41 06 001 – 6)

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA:

Solicitar radiografias nos casos de fraturas, luxações ou retiradas de material de síntese, redução cirúrgica.

OBSERVAÇÕES:

- ✓ 52 01 001 – 5 – (ARTRODESE VIA POSTERIOR) é a mais solicitada juntamente com laminectomia descompressiva, neste caso devem ser autorizado descompressão medular associada a artrodese (52 01 016 – 3)
- ✓ 52 06 005 – 5 (artrotomia do cotovelo, cuidado, pois o procedimento é sempre cirúrgico de outros procedimentos não devendo ser liberados).
- ✓ 52 08 016 – 1 (Síndrome do túnel do carpo em alguns casos onde há compressão nervosa pode ser solicitado).
- ✓ 49 04 024 – 3 (neurolise) ou 49 04 023 – 5 exploração cirúrgica do nervo.
- ✓ 52 11 004 –4 (artroplastia coxo femural)
- ✓ 52 13 018 – 5 (Instabilidades crônicas dos joelhos).
- ✓ As técnicas cirúrgicas já incluem Meniscectomia ou transposição dos tendões, que nestes casos não devem ser autorizados em separados.

NOTA :

IMOBILIZAÇÃO

52 25 998 – 4

AP. GESSADOS	52 23 002 – 5
HONORÁRIOS DE IMOBILIZAÇÃO	52 23 002 – 3
CONSULTA + IMOBILIZAÇÃO	52 24 000 – 0

Nos honorários dos procedimentos ortopédicos, já esta incluindo o valor dos honorários da primeira imobilização assim como o honorário da consulta.

Imobilização proceder acordos/ pacotes

MEDICINA NUCLEAR: 31 00 000 – 2

Abaixo listamos as principais utilizações.

❖ SISTEMA CARDIOVASCULAR PERFUSÃO DO MIOCÁRDIO COM TÁLIO VENTRICULOGRAFIA RADIOISOTÓPICA:

1 – Diagnóstico e acompanhamento de coronariopatias, pesquisa de viabilidade miocárdica em infartados.

2 – Avaliação de miocardiopatias, valvulopatias.

❖ SISTEMA RESPIRATÓRIO :

CINTILOGRAFIA DE PERFUSÃO PULMONAR

INDICAÇÕES: Patologias vasculares : TEP

Pré – operatório (Pneumectomia)

Comunicação arterio – venosas

Cardiopatias cianóticas

❖ SISTEMA NERVOSO

Cintilografia de perfusão cerebral

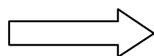
Localização de foco epléptico

Demenciais

Isquemia cerebral

Complicações TCE

Cisternocintilografia - Hidrocefalia



INDICAÇÕES

❖ SISTEMA NEFRO – UROLÓGICO :

Estudo dinâmico com DPTA (Avaliação da perfusão renal função glomerular e vias excretoras, principalmente em pacientes com suspeita de processos obstrutivos, insuficiência renal, hipertensão reno – vascular.

❖ SISTEMA OSTEO – ARTICULAR

Cintilografia óssea – tumores ósseos.

RADIODIAGNOSTICO – 32 00 000 – 6

- COLANGIOGRAFIAS VENOSAS – 32 06 003 - 3
- UROGRAFIAS - 32 07 005 – 5
- DENSITOMETRIAS

Na tabela acordada entre CBR e AMB no código 31 11 005 – 3 – Densitometria óssea do corpo inteiro (01 segmento) cada segmento refere-se à coluna lombar incidência antero – posterior CL incidência lateral, fêmur proximal direito/ esq, antebraço (tíbia nestes casos quando solicitado mais de um segmento remunera-se 100% 1º e 75% dos demais, até o total máximo de 3 segmentos quando solicitado o código 31 11 006 – 1 densitometria do corpo inteiro associado ao 31 11 005 – 3 remunera-se o 31 11 006 – 1 em 100% e os seguintes em 75% (no máximo 2).

ULTRASSONOGRAMAS : 33 00 000 – 0

Os estudos dos vasos com Doppler já incluem a realização dos exames de região estudadas. Os estudos com Doppler, são por membro ou região examinada. Ver tabela AMB.

São por membro ou região examinadas ver tabela AMB.

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA - 34 00 003 – 3

Tomografia computadorizada do abdômen total ou aparelho urinário os códigos a serem liberados são de abdômen superior e pelve 02 áreas = 100% abdômen superior + 70% abdômen inferior. Quando solicitado uma terceira área paga-se 50%.

RESSONÂNCIA MAGNETICA : 36 00 000 – 0

Quando solicitado exame de 02 segmentos no mesmo período o segundo será cobrado com 80%. Na aortografia por RM deve ser acrescentado 30% ao honorário médico.

4. HONORÁRIOS MÉDICOS POR ESPECIALIDADE - PARTE II

❖ HONORÁRIOS CIRÚRGICOS – ASPECTOS GERAIS

- Valor do procedimento
- Cirurgias múltiplas mesma via de acesso
- Cirurgias múltiplas diferentes vias de acesso
- Cirurgias múltiplas com equipes diferentes

❖ HONORÁRIOS DOS AUXILIARES

- 1º Auxiliar 30%
- 2º Auxiliar 20%
- 3º Auxiliar 20

❖ Nº AUXILIAR EM CIRÚRGIAS MÚLTIPLAS - Instrução geral item 17

- Acomodação Coletiva 01 vez tabela
- Acomodação Individual 02 vezes tabela
- Horário de urgência / emergências
- Acréscimo 30% AMB / 92 : 22:00 às 06:00hs – domingos / feriados
- AMB / 90 : 19:00 às 07:00 (2ª à 6ª)
- Após 12hs (Sábado)
- Domingos e feriados

REMUNERAÇÃO POR PORTE

PORTE ANESTESICO	Nº CH
0	ANESTESIA LOCAL
1	175
2	250
3	370
4	500

- Remuneração em cirurgia porte 0, o qual necessita anestesiológico paga-se porte 03.
- Remuneração em cirurgias múltiplas:
 - ◆ Mesma via de acesso 50%;
 - ◆ Diferentes vias de acesso 70%;
 - ◆ Cirurgia bilateral 50%.
- Cirurgias vídeo – assistidas:
 - ◆ Honorário médico – convencional;
 - ◆ Custo operacional – até 1000 CH (aluguel aparelho);
 - ◆ Material descartável : negociado.

CIRÚRGIA CARDÍACA – HEMODINÂMICA (40 00 000 – 1)

Nos cat. diagnósticos, cuidado especial para evitar a aplicação em somatória de eventos que já abrangem outros códigos. Igualmente quando se fala em CAT diagnóstico para doença coronária o código a ser liberado é o 40 08 020 ou 40 08 021 – 8 . Os demais códigos devem ser liberados conforme o caso e necessitam avaliação do auditor médico.

Stent (implante) deverá ser acordado previamente o seu custo. O ideal é a formulação de pacotes com stents simples inclusos.

EQUIPE CIRURGIA CARDÍACA

A remuneração da equipe deveria sempre ser negociada previamente – 50% do valor correspondente ao código da RM .

ITENS	CÓDIGO	PERCENTUAL
-------	--------	------------

Instalação de circuito CEC	40 04 010 – 0	50%
Pertusionista	40 06 001 – 2	100%
Pontes (por porte)	40 02 998 - 9	100%
Dissecção veia	39 03 001 - 6	70%
Intracath	39 03 015 - 6	70%
Dissecção arteria P/PAM	39 04 026 - 7	70%
Acompanhamento clínico	01 02 001 – 3	100%
Instrumentador	Código principal	10%
Anestesista		Porte anestésico

Lembrar que em atos de porte 7 ou uso de circulação extra corpórea, o anestesista poderá solicitar a participação de 01 auxiliar que será remunerado em 30% do valor do porte.

CIRURGIA CABEÇA E PESCOÇO – 41 00 000 – 5

❖ CIRURGIA APARELHO DIGESTIVO

Combinações geralmente paga-se 100% para 1º e 70% para 2º

❖ GINECOLOGIA / OBSTETRÍCIA

Incontinência urinária retocistocele e rotura perineal (45 04 020 – 6) Foi criado na tabela AMB /92 em substituição aos códigos 45 04 006 – 0 e 45 04 007 – 9 tabela AMB/90.

❖ CIRURGIA MAMA

Casos estéticos dependem de avaliação médica – pericial.

❖ NEUROCIRURGIA

Hérnia de disco + Laminectomia – (41 03 012 – 4 + 49 03 013 – 2)

Não pagar quando houver associação dos códigos acima, pagar apenas 01.

❖ AVALIAÇÃO NUTRICIONAL:

Só é devida a cobrança se houver serviço instalado no hospital, quando deverá existir relatório médico do especialista (Nutrólogo), contendo informações sobre avaliação nutricional (inclusive medidas antropométricas). Se houver estas informações no prontuário médico dispensa-se relatório. Quanto a periodicidade da avaliação somente nos casos especiais há necessidade de avaliação diária sendo habitual 3/3 dias parenteral 5/5 dias enteral.

❖ VISITAS HOSPITALARES

- Item 17 – Instruções gerais
- Acomodação coletiva – 01 vez
- Acomodação individual – 02 vezes
- Parecer - 3/3 dias.
- Paciente crônico 03 visitas por semana.

❖ UTI: HONORÁRIOS / PLANTONISTA

Inclui:

- Punção venosa, entubação, cardioversão, desfibrilação, assistência ventilatória.
- Valores por plantão : 12hs
- Medicina de grupo / seguradora: 210 CH
- CIEFAS – 258 CH
- AMB/ 92 -300 CH
- LPM – R\$ 90,00.

❖ INTENSIVISTA NÃO PLANTONISTA:

- Só se proceder evolução da prescrição

❖ ESPECIALISTA – UM A CADA 3 DIAS

- Assistência ao recém - nato
 - ◆ Parto múltiplo / cada RN
 - ◆ A partir da 4ª diária – 01 visita/dia

CAPÍTULO 8

AUDITORIA PASSO A PASSO

1. AUDITORIA OPERACIONAL/AUDITORIA CONCORRENTE

Como falamos anteriormente, a Auditoria Operacional tem sido praticada cada vez mais, como forma de analisar previamente as contas médicas. É na realidade, um acompanhamento contínuo das hospitalizações, enfocando os custos e a qualidade dos serviços prestados.

Permite o acompanhamento do caso e em algumas situações especiais agiliza procedimentos, pois o Auditor pode autoriza-los no próprio local, evitando deslocamento desnecessário de familiares do paciente até o SAMMED-FUSEX para a obtenção de autorização ou a retenção de causa prévia no recurso hospitalar.

Este trabalho de Auditoria Médica é importante, também, na medida que coloca o FuSEx mais próximo de seu cliente, conferindo-lhe mais segurança e credibilidade.

O objetivo é se antepor às glosas. O trabalho do Auditor nunca deverá ser medido ou valorizado pelos índices de glosa, pois, nem sempre o Auditor que glosa mais é o mais eficiente. Mais importante é a percepção de que os melhores resultados apontam para uma real redução de custos e melhoria da qualidade sentida através da satisfação do cliente.

1.1. Normas de conduta do Médico Auditor visitador hospitalar

“A presença do Auditor no hospital é uma ferramenta de acompanhamento da qualidade hospitalar”

- a. Visitar hospitais e clínicas diariamente.

A visitação hospitalar é a grande ferramenta da Auditoria Médica. É a oportunidade que o Auditor tem de tomar conhecimento dos fatos no momento em que estão acontecendo.

O acompanhamento da internação em tempo real evita o recebimento de “contas-surpresas” e de conflitos de toda natureza.

b. Se apresentar na recepção do recurso, solicitar a documentação dos pacientes internados, Pedidos de Internação e dar início ao preenchimento da Ficha de Visitação.

c. O Auditor deve conhecer profundamente:

- Contrato e regulamento do hospital / clínica
- Rotinas administrativas
- Domínio dos formulários
- Corpo clínico
- Diretor clínico
- Serviços complementares
- Serviços terceirizados.

d. Sempre que possível visitar todos os pacientes internados, apresentando-se como médico do Fusex e, preferencialmente, conduzindo o seu crachá, prioritariamente:

- Hospitais ou alas com elevado número de pacientes internados.
- Pacientes internados pela PPAM (emergência), principalmente nos finais de semana.
- Pacientes com tempo de permanência prolongado (> que 7 dias).
- Hospitais e Clínicas com alto faturamento.

INTERNACÕES

- em U.T.I
- com acompanhamento de um médico.
- para realização exames ou procedimentos de alto custo.

e. Locais onde houver suspeita de internações ou procedimentos desnecessários. Art. 42 do C.E.M – É vedado ao Médico – “Praticar ou indicar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação do País.”

f. Recursos onde existirem queixas procedentes de familiares ou do próprio usuário.

g. O Auditor deverá evitar realizar auditoria médica de paciente seu (ou de parentes), ou em hospital/clínica com os quais mantenha vínculo empregatício ou participação societária – Art. 120 do CFM.

h. Verificar com o paciente: motivo da internação e em que situação a mesma se deu (urgência ou eletiva). Internações anteriores, médico(s) assistente(s), taxas utilizadas na sala de cirurgia (sempre que possível, monitor, oxímetro, oxigênio), uso de descartáveis,

compra de materiais e medicamentos, queixas e grau de satisfação com o atendimento e serviços em geral, médico, enfermagem, higiene, alimentação, etc.), e as condições das acomodações.

i. Realizar a revisão dos prontuários médicos, observando diagnóstico, S.A..D.T.(verificar excessos), procedimentos realizados (verificar excessos) e os participantes dos mesmos (verificar auxiliares fantasmas), evolução, relatório de enfermagem, materiais e descartáveis utilizados, medicamentos de alto custo, etc.

Toda requisição de exame complementar deverá conter, de forma legível, nome, hora e data, indicação, assinatura e carimbo de quem os solicitou.

O formulário de exames do tipo múltipla escolha facilita a solicitação em excesso.

j. Avaliar as solicitações de internação e prorrogação de internação. Julgando desnecessário tais solicitações, solicitar do médico assistente que justifique e/ou avalie as condições e, se possível, alta hospitalar para o seu paciente.

k. Dar apoio ao paciente. Orientar e procurar solucionar problemas com pacientes e familiares.

l. Comunicar ao diretor Clínico qualquer irregularidade encontrada no funcionamento do hospital devendo evitar discussões infrutíferas e conflitos desnecessários, Art. 79 do CFM – *É vedado ao medico: “Acobertar erro ou conduta antiética de médico”*.

m. O contato com o médico assistente deve ser cordial, rotineiro, se possível conseguindo a colaboração do colega. Sugere-se que seja realizado em ambiente restrito, evitando-se desgaste e discussões infrutíferas.

n. Agir educadamente, porém sem ser complacente.

o. Não temer glosa, porém deverá fazê-la sempre com respaldo técnico.

p. Não comentar com o paciente, em hipótese alguma, detalhes de sua doença, seu tratamento, diagnóstico ou prognóstico. Quando questionado, informar ao paciente que somente seu Médico Assistente pode esclarecê-lo sobre esses aspectos – Art 121 do CFM.

q. Se julgar que a conduta tomada pelo médico assistente coloca em risco a vida do paciente, comunique imediatamente ao Diretor Clínico. Portanto, *o Auditor não prescreve, não evolui, não pede exames e não dá alta* (Art 81 do CFM).

r. Não comentar com enfermeiras, pessoal administrativo e paramédicos as conclusões da Auditoria.

s. Se necessário, para esclarecimento de dúvidas, proceder a anamnese e exame físico, sempre com a autorização do paciente.

1.2. Modelo de relatório de auditoria médica operacional

1.2.1. Hospital

Nome:

Acomodação/Leito:

Enf.

Apto.

Suíte

Berçário

UTI

1.2.2. Paciente

Nome:

Idade:

Sexo

N.º Doc. Identidade

Endereço/Telefone

Prec-cp

Validade do Cartão

Internação:

Data:

Motivo:

Caráter (Urgência / Eletiva)

Internações anteriores (N.º dias):

Condição atual de saúde:

Tipo de Tratamento:

Clinico
Cirúrgico
Obstétrico
Pediátrico

Equipe:

Clínico/Cirurgião
1.º Auxiliar
2.º Auxiliar
3.º Auxiliar
Anestesista / Tipo Anestesia

Uso de oxigênio / duração

Uso de descartáveis

Aquisição de medicamentos

Grau de satisfação:

Atendimento Médico
Atendimento de Enfermagem
Nutrição / Copa / Cozinha
Conforto / Higiene

1.2.3. Prontuário Médico

Médico(s) assistente(s)

Diagnóstico / Procedimento(s) solicitado(s)

Exames realizados:

Serviço Próprio?
Serviço terceirizado?

Especializados:

TC

RNM

USG

Angiografia

Hemodinâmica diagnóstica

Otros

Diagnóstico justifica solicitação?

Confirmam diagnóstico?

Evolução médica

Prescrição Médica vs. Relatório de enfermagem

Efetividade dos cuidados de enfermagem

Procedimento(s) realizado(s) – Data

Cirurgia – Descrição – Horário especial?

Tratamento compatível com diagnóstico

Internação e os procedimentos se justificam

Medicamentos especiais utilizados

Materiais utilizados

Terapias:

Oxigênio: caráter / máscara / sob pressão

Sangue e hemoderivados

Fisioterapia

Hemodiálise

Nutrição Enteral / Parenteral

Litotripsia

Quimioterapia

Radioterapia

Outras

UTI:

Data de admissão

Data da alta

Data de Alta hospitalar.

1.2.4. Dados da Guia de Internação ou Ofício de Internação

Número:

Diagnóstico (s) / Procedimentos(s):

Requisitante:

Credenciado

Não credenciado

Eletiva – N.º dias autorizados / Acomodação.

1.2.5. Médico Auditor

Nome:

CRM:

Conclusão / Opinião / Observações

Data:

1.3. Rotina nas internações hospitalares

a) Internações Eletivas

No setor de autorizações após a avaliação administrativa dos direitos do beneficiário e características dos prestadores indicados (médico e hospital/clínica). Não havendo impedimentos, o médico auditor (ou Comissão de Urgência/Emergência) avalia a necessidade técnica da internação ou dos procedimentos solicitados.

- ✓ Observar Checagem Mínima Obrigatória para a Autorização de Procedimentos.

- ✓ Caso o auditor considere as informações incompletas ou insuficientes, solicita dados complementares.
- ✓ Considerando a solicitação pertinente, o auditor autoriza e providencia a emissão da Guia de Internação Hospitalar – G.I.H.
- ✓ paciente dirige-se ao Hospital munido da G.I.H., obrigatoriamente.
- ✓ auditor comparece ao Hospital para proceder a Auditoria Operacional.
- ✓ A seguir elencamos alguns períodos médios de internação para casos cirúrgicos não complicados e para casos clínicos, como mera informação, por entendermos que o controle e avaliação desses períodos devem ser realizados, fundamentalmente, pela Auditoria Médica, através da visita hospitalar diária.

❖ CASOS CIRÚRGICOS NÃO COMPLICADOS

DIAGNÓSTICO	TEMPO MÉDIO/INTERNAÇÃO
ADENOAMIGDALECTOMIA	1 dia
APENDICECTOMIA	2 a 3 dias
ARTROPLASTIA DE QUADRIL	5 a 7 dias
CATARATA	1 dia
CESÁRIA	2 dias
COLECISTECTOMIA	2 a 3 dias
COLEDOCOPLASTIA	4 a 6 dias
COLPOPERINEOPLASTIA	2 dias
CURETAGEM UTERINA	1 dia
DESVIO DE SEPTO	1 dia
ENXERTO ÓSSEO	4 a 5 dias
ENXERTO TENDINOSO	2 a 3 dias
FRATURA DE BACIA	4 a 5 dias
GASTRECTOMIA	3 a 5 dias
HEMORROIDECTOMIA	2 dias
HERNIORRAFIAS	1 dia
HISTERECTOMIA	2 a 3 dias
LAMINECTOMIA	4 a 6 dias

LESÃO LIGAMENTAR CIRÚRGICA	2 a 3 dias
MASTECTOMIA AMPLIADA	3 a 4 dias
MENISCECTOMIA	1 a 2 dias
MIOMECTOMIA	2 a 3 dias
NEFRECTOMIA	3 a 5 dias
OOFORECTOMIA	2 a 3 dias
PARTO A FÓRCEPS	2 a 3 dias
PARTO NORMAL	1 dia
PATELECTOMIA	1 a 2 dias
POSTECTOMIA	1 dia
PROSTATECTOMIA	3 a 5 dias
SAFENECTOMIA	1 a 2 dias
SINUSECTOMIA	1 dia
TIREOIDECTOMIA	2 a 3 dias
VARICOCELECTOMIA	1 dia

b) Internações em caráter de urgência/emergência

✓ Usuário vai ao pronto-socorro (unidade de urgência / emergência) do Hospital Militar, onde é encaminhado ao médico plantonista que o avalia e conclui:

- a) Não há necessidade de internação,
- b) Encaminha para especialista,
- c) Interna na OMS,
- d) Encaminha para internar em OCS conveniada.

✓ Na visita hospitalar, caso o médico auditor julgue desnecessária a internação, o mesmo deverá:

“Solicito avaliar as condições que justificam a internação e a possibilidade de tratamento ambulatorial.”

Em caso de internação direta em OCS:

✓ O usuário comunicará o fato imediatamente, nas primeiras 24 horas subsequentes, ao gestor do FuSEX na sua Guarnição

- ✓ O hospital (OCS) deve providenciar imediatamente, o envio do Pedido de Internação Hospitalar devidamente preenchido pelo médico requisitante, no primeiro dia útil subsequente à internação, justificando e caracterizando a urgência / emergência.
 - ◆ Neste caso o Gestor do Fusex designará um auditor médico militar (ou do Serviço de Auditoria) para constatar o fato, ou não, e conforme o caso emitir a guia de internação hospitalar.
- ✓ Caso haja necessidade de Diárias de UTI, Mudança de Procedimento, Materiais ou medicamentos de alto custo, acompanhamento clínico em pós-operatórios ou 2.º clínico, prorrogação de Internação ou outros serviços especiais, o médico assistente (cirurgião ou clínico principal) deve preencher um Laudo Médico em um prazo de 24 (vinte e quatro) horas, após verificada a necessidade dos serviços.
- ✓ Após a admissão do paciente a auditoria deve acompanhar todos os passos dos processos envolvidos numa hospitalização: os serviços hospitalares (hotelaria, cuidados de enfermagem, etc.), a utilização de materiais e medicamentos, necessidade de recursos especiais e equipamentos e avaliar com presteza todos os procedimentos que exigem autorização.
- ✓ Todos os esforços devem ser feitos no sentido de abreviar a hospitalização, inclusive a valorização de terapias complementares.
- ✓ O Médico Auditor, verificando que a prorrogação não se justifica plenamente, deverá: **“Solicito avaliar a possibilidade de alta hospitalar para o paciente e seguimento ambulatorial.”**
- ✓ Caso o médico assistente insista na continuidade da internação, informar que: **“Solicitação pendente – será avaliada pelo Conselho Técnico”**.
- ✓ A seguir elencamos alguns períodos médicos de internação para casos clínicos, como mera informação, por entendermos que o controle e a avaliação desses períodos devem ser realizados, fundamentalmente, pela auditoria médica, através da visita hospitalar diária.

❖ CASOS CLÍNICOS

DIAGNÓSTICO	TEMPO MÉDIO/INTERNAÇÃO
A. V. C. ISQUÊMICO	4 a 6 dias
ABORTAMENTO	1 dia
BRONCOPNEUMONIA	4 a 5 dias
CRISE HIPERTENSIVA	2 a 3 dias
DIABETES DESCOMPENSADO	4 a 5 dias
DIARRÉIA INFANTIL/DESIDATRAÇÃO	2 a 3 dias
DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA	2 a 3 dias
ECLÂMPSIA	2 a 3 dias
EDEMA AGUDO DE PULMÃO	2 a 3 dias
ESTADO DE MAL ASMÁTICO	2 a 3 dias
FLEBITE E TROMBOFLEBITE	2 a 3 dias
HEMORRAGIAS DIGESTIVAS	2 a 3 dias
HIPEREMÊSE GRAVÍDICA	1 a 2 dias
INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDICO	4 a 6 dias
INSUFIC. CORONARIANA/SÍNDROME INTERMEDIARIA	3 a 4 dias
INSUFIC. CARDÍACA CONGESTIVA	4 a 5 dias
LABIRINTOPATIAS AGUDAS	1 a 2 dias
LÍTIASE RENAL	1 a 2 dias
MENBRANA HIALINA	5 a 6 dias
PANCREATITE	4 a 6 dias
PIELONEFRITE	3 a 4 dias
PREMATURIDADE	6 a 8 dias
QUIMIOTERAPIA	1 dia
SEPTICEMIA	5 a 7 dias
TRAUMATISMO CRÂNIO-ENCEFÁLICO NÃO CIRÚRGICO	2 a 3 dias

1.4. Critérios de alta hospitalar (exceto uti)

- ✓ Orientação no tempo e no espaço.
- ✓ Ausência de dificuldade respiratória.
- ✓ Capacidade de locomoção como antes, se a cirurgia permitir.
- ✓ Os cuidados possam ser ministrados efetiva e seguramente em ambiente extra-hospitalar.
- ✓ Temperatura abaixo de 37,5°C nas últimas 24 horas, sem antipiréticos.
- ✓ Dieta bem aceita nas últimas 24 horas, sem náuseas ou vômitos.
- ✓ Eliminação de gases ou fezes.
- ✓ Diurese presente de pelo menos 800ml nas últimas 24 horas.
- ✓ Dosagem sérica dos medicamentos mantida em níveis terapêuticos
- ✓ Sem uso de analgésicos ou narcóticos nas últimas 24 horas
- ✓ Incisão cicatrizada
- ✓ Paciente ou familiar apto a cuidados com drenos e curativos
- ✓ Paciente que recuse tratamento.

1.5. Avaliação do prontuário médico

O Prontuário Médico deve ser avaliado concomitantemente ao desenvolvimento da internação:

- ✓ As prescrições (horário de visitas e avaliações, identificações dos profissionais, compatibilidade com terapia proposta, etc.).
- ✓ As evoluções (completas, legíveis, diárias)
- ✓ As anotações de enfermagem (cuidados de higiene. Sinais vitais, sondagens, aspirações, administração de medicamentos, NPP, etc.).
- ✓ Os materiais e equipamentos utilizados devem ser anotados por ex.: bomba de infusão (prescrição, motivo da utilização, quantidade e período).
- ✓ As transferências e óbitos devem ser monitorizados, pois se tratam de indicadores importantes da Qualidade Hospitalar,
- ✓ Ao final da internação, deve elaborar relatório sintético com os subsídios para os setores de contas médicas e Auditoria Analítica / Retrospectiva:

- ◆ Período de internação.
- ◆ Procedimentos realizados e datas.
- ◆ Medicamentos e materiais especiais.
- ◆ Sangue e hemoderivados
- ◆ Terapias especiais.
- ◆ UTI.
- ◆ Intercorrências.

1.6. Os direitos do paciente hospitalizado (comissão de credenciamento de organizações hospitalares – 1985)

É direito do paciente hospitalizado:

- ✓ Receber atendimento atencioso e respeitoso.
- ✓ A dignidade pessoal.
- ✓ Ao sigilo ou segredo médico.
- ✓ Conhecer a identidade dos envolvidos em seu tratamento.
- ✓ Ter acesso a informações claras em linguagem acessível sobre o seu diagnóstico, tratamento e prognóstico.
- ✓ Comunicar-se com pessoas fora do hospital e de ter, quando necessário, um tradutor.
- ✓ Recusar tratamento e de ser informado sobre as conseqüências médicas dessa opção
- ✓ Ser informado de projetos de pesquisa referentes ao tratamento e de se recusar a participar dos mesmos.
- ✓ Receber explicações referentes à sua conta médica.
- ✓ Recusar a realização de exames desnecessários.
- ✓ Ter acesso a uma segunda e ou terceira avaliação.
- ✓ Escolher o médico e ou especialista dentro do ambiente hospitalar.
- ✓ Questionar a medicação prescrita.
- ✓ Ter acesso ao prontuário médico.

2. AUDITORIAS ANALÍTICAS ESPECIAIS

Temos ainda a Auditoria Médica a função de inspeções técnicas de recursos hospitalares pré-convênio (Acreditação Hospitalar) ou quando for solicitado pelo credenciado o acréscimo de procedimentos, principalmente de autogerados.

Nas análises isoladas de serviços e/ou profissionais, o auditor deve examinar os seguintes documentos:

- Serviços contratados ou credenciados e outros dados cadastrais.
- Boletins de atendimento.
- Requisições ou resultados de exames.
- Guias de autorizações prévias (exames ou terapias especiais).

Uma técnica interessante utilizada para a avaliação de serviços de saúde é a comparação de seu desempenho real com padrões estabelecidos para serviços de mesmo porte.

3. AUDITORIA ANALÍTICA / AUDITORIA RETROSPECTIVA

3.1. contas médicas

Preliminarmente, devemos tecer algumas considerações a respeito da denominação do setor e das práticas reconhecidas nesta área.

Com a introdução da tecnologia da informática, propiciando sistemas de informações cada vez mais completos e eficientes, ocorreram mudanças na organização e nos métodos utilizados no processamento das contas.

Antes dos programas e sistemas de informações, todo o processo era desenvolvido de forma manual, com a conferência inicial das contas sob a responsabilidade de um setor médico, que então as encaminhava ao setor de faturamento.

Atualmente, observa-se uma interface com o setor financeiro e uma tendência cada vez mais crescente de desuso do termo “Contas Médicas”, reportando ao setor médico um papel de assessoria na verificação das mesmas e sua inserção definitiva no setor financeiro.

A revisão ou avaliação das contas apresentadas ao setor financeiro constitui-se em apenas um tipo de tarefa ou atividade desenvolvida pelos auditores, não havendo necessidade de toda uma estrutura de “Contas Médicas”.

É evidente que, em função do volume de trabalho, deve haver capacidade operacional. O que significa recursos humanos, área física e equipamentos, mas que não deve constituir-se em finalidade do Sistema de Auditoria.

Com a monitorização do processo de atendimento, as informações obtidas pelos auditores no momento da realização do mesmo, irão reduzir cada vez mais o tempo despendido com a verificação de itens de conta e permitir a avaliação da qualidade com que foi realizado o atendimento.

Todavia, a conta deve inicialmente ser analisada sob o ponto de vista do Samed - Fusex:

- ◆ Normas contratuais (tipo de serviço contratado).
- ◆ Comprovantes de autorizações prévias, conforme tipo de procedimento.
- ◆ Comprovantes da realização ou utilização.
- ◆ Qualidade da documentação (datas, campos preenchidos, assinaturas e tipos de impressos).
- ◆ Cumprimento de cronogramas.

Após análise administrativa (Samed – Fusex), caso seja considerada adequada para o pagamento, deve ser encaminhada para a Auditoria, onde será avaliada sob a ótica médica e de enfermagem.

Na auditoria devem ser agregadas as informações obtidas durante o processo de atendimento:

- Documento comprovante de autorização prévia com o parecer do auditor.
- Relatório da auditoria concorrente com os dados relativos aos atos realizados durante a internação.
- Boletins de atendimento ambulatorial.
- Laudos de exames.
- Pareceres de avaliações médicas.
- Outros.

Com a documentação comprobatória é possível a análise da conta e uma definição de sua compatibilidade com os procedimentos realizados. Porém, em relação às contas

hospitalares, é imprescindível a verificação de prontuários, mesmo que se disponha do acompanhamento da auditoria concorrente.

É importante ressaltar que as contas devem vir completas e em conjunto, não devendo ser aceitas contas separadas, partidas ou parciais.

A conta hospitalar, os honorários médicos, os materiais especiais e os serviços auxiliares de diagnóstico e terapias devem ser analisadas em conjunto, de maneira completa.

Possui como atribuição canalizar todas as informações obtidas durante o processo de assistência e desenvolvimento da Auditoria que, finalmente, poderá realizar juízo de valor e apontar resultados.

Cada prestador deve ser focado, considerando o quantitativo e tipos de serviços produzidos, relatório de glosas com motivos e valores, eventuais queixas e informações de pacientes e/ou médicos.

Deve ser elaborado um relatório para cada prestador, com sugestões de ações corretivas, quando for o caso.

A Auditoria Analítica realiza a análise de documentos, de relatórios encaminhados por outros setores, como o de credenciamento, a Auditoria Operacional, ou contas médicas. Avalia o desempenho real de cada prestador e da rede como um todo, aplica parâmetros e compara padrões.

4. AUDITORIA NOS SERVIÇOS AMBULATORIAIS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO

4.1. Assistência Ambulatorial

O ideal é a criação em cada OMS, da comissão de urgência / emergência, ou auditoria prévia, com auditor disponível para avaliar e autorizar os encaminhamentos e solicitações justificadas, evidente com a ciência do Diretor da OMS.

Os encaminhamentos eletivos para a OCS / PSA seguirão as orientações da IL30-06, DAS e DSAU.

O acesso aos serviços ambulatoriais ocorre via encaminhamento da Organização Militar de Saúde ou Gestora do FuSEx na Guarnição. Pode ocorrer ainda de forma referenciada, quando há encaminhamento de outro médico.

Haverá sempre necessidade de autorização prévia, por escrito conforme regras estabelecidas. As clínicas especializadas que executam procedimentos, exames laboratoriais e outros serviços de diagnósticos e terapia de maior complexidade ou de custo mais elevado, deverão ter autorização a prévia em mãos para a execução do serviço a que se propõe.

Outras modalidades de atendimento são as de Urgência e Emergência, sendo que nestes casos, o atendimento deve ocorrer imediatamente, independente da autorização prévia.

Urgência: Situação em que ocorre estado patológico de instalação súbita, sem que haja risco de vida iminente, mas que necessita de pronto atendimento médico.

Emergência: Quando implica em risco de vida ou perda de órgão, função ou sofrimento intenso e exige atendimento imediato.

O atendimento de urgência pode ser resolvido com a consulta e prescrição da terapia ou resultar em:

- ◆ Procedimento cirúrgico ambulatorial.
- ◆ Observação clínica (mínimo de 4 horas).
- ◆ Medicação.
- ◆ Hospitalização.

4.2. Requisição de exames complementares e terapias

As requisições de exames complementares e terapias quando solicitadas por credenciados ou médicos civis, deverão passar pela avaliação do médico militar, e/ou comissão URGÊNCIA/EMERGÊNCIA ou mesmo o Auditor de Aud. prévia. Solicitação de exames devem ser preenchidos, com letra legível, contendo:

- ◆ Identificação do usuário
- ◆ Dados clínicos
- ◆ Definição clara do exame
- ◆ Identificação e assinatura do médico solicitante.

A autorização não pode ser dada pelo próprio médico solicitante.

4.3. A Documentação

As fichas de boletins de atendimentos, assim como os prontuários, devem conter todos os registros como:

- ◆ Identificação do paciente e do médico solicitante
- ◆ Motivo da consulta
- ◆ Anamnese, exame físico, resultante de exames.
- ◆ Horário do atendimento
- ◆ Cuidados instituídos

Nos casos de observação devem constar:

- ◆ Prescrição (administração de medicamentos checada)
- ◆ Evolução
- ◆ Horários (Início e Alta)

Devem constar no prontuário da ficha de observação o resultado dos exames complementares, seja através dos laudos ou dos registros dos médicos plantonistas.

Se ocorrer realização de procedimentos, estes devem ser descritos em relatório médico. Se houver anestesia, deve ser preenchida a FICHA DE ANESTESIA.

Os cuidados de enfermagem devem ser devidamente registrados: sondagens, administração de medicação, controles, curativos, etc.

4.4. Auditoria nos atendimentos ambulatoriais

A auditoria dos atendimentos ambulatoriais é predominantemente analítica. Com exceção dos procedimentos que exigem avaliação prévia, a quase totalidade dos recursos utilizados é avaliada retrospectivamente.

A visão do conjunto pode apontar a necessidade de desenvolver ações de controle e estudos mais detalhados.

A revisão das contas ambulatoriais é feita compatibilizando as faturas com os boletins ou fichas de atendimentos:

- ✓ Preliminarmente os documentos não preenchidos ou com registros ilegíveis, devem ser devolvidos com a conta e não pagos.
- ✓ A cobrança de itens específicos, sem a devida comprovação objetiva da realização dos mesmos, não deve ser paga.
- ✓ Da mesma forma, não devem ser pagas as consultas de urgência repetitivas, subsequentes a um primeiro atendimento, geralmente pelo mesmo profissional e pelo mesmo motivo.
- ✓ Nos casos em que um atendimento de urgência gerar um procedimento, deve ser pago o ato de maior valor.

OBSERVAÇÕES GERAIS:

- ✓ Exames desnecessários, a repetição de exame por deficiência técnica do prestador não deve ser paga.
- ✓ Os procedimentos cirúrgicos ambulatoriais incluem os cuidados pré e pós-operatórios. Não deve ser paga consulta para revisão.
- ✓ Quando não houver comprovação da autorização exigida, a conta não deve ser paga.
- ✓ Se as medidas terapêuticas forem incoerentes com o diagnóstico, após análise e justificativa adequada, o atendimento poderá não ser pago.

4.5. Pequena cirurgia/cirurgia ambulatorial

❖ SUTURAS

Quando numa mesma região anatômica, para a realização de sutura pode ser estabelecida uma regra geral para uniformizar condutas, como por exemplo:

- ◆ Até 3 suturas, pagar 1 sutura.
- ◆ De 4 a 6 suturas, pagar 2 suturas.
- ◆ De 7 a 9 suturas, pagar 3 suturas

É obrigatória a descrição da extensão e a sua localização anatômica.

As suturas plásticas reparadoras devem vir acompanhadas da descrição cirúrgica.

Tenorráfias e Neurorráfias somente poderão ser realizadas em ambulatório ou consultório por profissional devidamente qualificado.

Abcessos e retiradas de corpo estranho múltiplo, obedecem aos mesmos critérios de sutura de pele.

Cuidados pré e pós-operatórios não deverão ser pagos, estando incluídos nos valores dos procedimentos.

Quando forem realizados dois ou mais procedimentos durante o mesmo ato cirúrgico paga-se o de maior valor quando:

- ◆ Durante o ato cirúrgico houver indicação de outros procedimentos (desde que na mesma incisão ou região).
- ◆ Novas incisões forem necessárias para completar o tratamento

5. AUDITORIA DE CONTAS HOSPITALARES

5.1. internações eletivas

❖ ORIENTAÇÃO NAS CIRURGIAS ELETIVAS

- ✓ As cirurgias eletivas devem ser realizadas entre as 7:00 e 19:00, onde não incide o adicional de 30%.
- ✓ Quando, por conveniência do médico e/ou do paciente, a cirurgia se realizar após 19:00, o referido adicional não deverá ser pago.
- ✓ No caso de cesarianas, o adicional noturno deverá ser cobrado quando for caracterizada uma emergência obstétrica como, por exemplo, descolamento prematuro de placenta, sofrimento fetal, etc.
- ✓ A internação será realizada com o usuário de posse da Guia de Internação Hospitalar (G.I.H.) ou Ofício devidamente autorizada pelo Samed – Fusex, obrigatoriamente.
 - ◆ Verificar o procedimento e a permanência autorizados
 - ◆ Houve mudança de procedimento?
 - ◆ Houve prorrogação da permanência?
 - ◆ Verificar a quantidade e o valor de S.A.D.T.
 - ◆ Verificar os procedimentos médicos: únicos, múltiplos, sobrepostos.

- ◆ Verificar a quantidade e o valor dos materiais dos medicamentos cobrados.
- ◆ Atenção para: próteses, órteses, materiais de síntese óssea, materiais reutilizáveis.

5.2 Internações de urgência

- ✓ Verificar se os dados confirmam a necessidade de internação (diagnóstico e gravidade) e o tempo de permanência.
- ✓ Verificar se os recursos (S.A.D.T.), os materiais e medicamentos são compatíveis com o diagnóstico e a gravidade
- ✓ Verificar se os procedimentos médicos são compatíveis com o diagnóstico e a gravidade.
- ✓ Verificar a quantidade e o valor dos materiais e medicamentos cobrados.
- ✓ Verificar as taxas hospitalares e a necessidade de utilizá-las.

5.3. Internações em UTI

- ✓ Verificar critérios de admissão, permanência e alta em U.T.I.
- ✓ Verificar o uso de equipamentos especiais, inclusive os incluídos na diária.
- ✓ Verificar o uso de medicamentos especiais, indicação técnica e preços: tromboembólicos, NPP, albumina, antibióticos, etc.
- ✓ Atenção para pós-operatórios não complicados (recuperação) e admissão de final de semana.
- ✓ As normas deverão ser seguidas por todos os médicos auditores, proporcionando uniformidade de critérios e condutas aos integrantes da Equipe e credibilidade ao processo.
- ✓ Os revisores deverão observar Contratos com as OCS, as Ordens de Serviços, o Código de Ética Médica, a Literatura Médica e, quando necessário, reportarem-se aos Diretores, assessores de especialidades ou colegas de idoneidade inquestionável.
- ✓ Avaliação Global da Conta
- ✓ Avaliação Técnica da Conta.

5.4 Avaliação Global da conta

- ✓ Criar um conceito em relação à conta como um todo.
- ✓ Verificação administrativa:
- ✓ Autorizações, acomodação, número de diárias autorizadas, etc.
- ✓ Preenchimento adequado e completo dos dados do prontuário: Evolução, prescrição, relatório de enfermagem, descrição cirúrgica, ficha de anestesia, etc.(Art. 39 do C.F.M.)
- ✓ Checar as informações por cruzamento:
- ✓ Prescrição médica x relatório de enfermagem.
- ✓ Prescrição médica x medicação cobrada.
- ✓ Evolução x número de visitas cobradas.
- ✓ Descrição cirúrgica x ficha de anestesia.
- ✓ Procedimento médico realizado x material cobrado.
- ✓ Ficha de anestesia x anestésicos, monitorização e O2 cobrados.

5.5 Avaliação técnica da conta

- ✓ Compatibilidade do diagnóstico com a necessidade de hospitalização, tempo de permanência e exames complementares (sem justificativa, fazer glosa parcial ou total).
- ✓ Confirmação do diagnóstico (evolução, exames, biópsia, etc.).
- ✓ Compatibilidade dos materiais e medicamentos utilizados com a patologia.
- ✓ Compatibilidade do diagnóstico com os procedimentos médicos realizados.
- ✓ Confrontar com dados da análise de procedimento e visita hospitalar.
- ✓ U.T.I.: indicação de internação e permanência.
- ✓ Verificar a quantidade de mats./meds. (inclusive os fracionamentos e as possíveis reutilizações) e seus preços.
- ✓ Materiais de alto custo: somente pagar mediante comprovação da autorização prévia e nota fiscal do fornecedor (atenção para os superfaturados). Não adicionar margem de comercialização para materiais em consignação.
- ✓ Não será paga a visita hospitalar do primeiro dia de internação, quando a consulta for efetuada pelo mesmo médico.

- ✓ Sempre que possível apenas um médico deverá ser o médico responsável pelas visitas hospitalares.
- ✓ Solicitações de inter-consultas e o acompanhamento por mais de um especialista, sempre mediante justificativa detalhada e clara, identificação do prestador e autorização da Auditoria Médica.
- ✓ Para procedimentos ambulatoriais os horários serão pagos conforme disposto no contrato com OCS/PSA.
- ✓ Os Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia e as visita hospitalares não farão jus ao adicional de 30% (trinta por cento) de atendimento em horário especial (urgência).
- ✓ Será pago o valor de uma visita diária (sem dobrar) aos médicos que evoluem seus pacientes internados em U.T.I. para tratamento clínico, desde que conste no prontuário a evolução com assinatura do respectivo médico assistente.
- ✓ Nos casos de evolução clínica ilegível ou não preenchida, atos cirúrgicos não descritos e Ficha de Anestesia incompleta ou preenchida em formulário impróprio, a conta hospitalar será devolvida.
- ✓ Não glosar procedimentos previamente autorizados, exceto quando ficar comprovada irregularidade que a justifique.
- ✓ Não temer aplicar glosas, mas proceder sempre com critério.

5.6. composição das diárias hospitalares

5.6.1. diárias normais de enfermaria, quarto, apartamento, suíte, bercário

normal de rn

Somente serão pagas diárias autorizadas/prorrogadas, assim como a acomodação, de acordo com contrato vigente. As diárias, mesmo autorizadas, ficam passíveis de glosa pela Auditoria Médica, quando for verificada na revisão da conta a desnecessariedade da internação / prorrogação. A prorrogação de diária está vinculada à informação diária, via fax; ao FuSEx/Aud. Médica, da relação dos pacientes internados na OCS.

No caso de transferências de pacientes para UTI, UTI NEO ou similar, apenas as diárias destas acomodações especiais serão pagas. Caso os familiares permaneçam ocupando outras instalações (apartamento, suíte), será de responsabilidade dos mesmos o pagamento dessas instalações.

O hospital ou clínica obriga-se a oferecer todas as condições para o integral atendimento ao usuário, dentro dos atendimentos a que se propõe. Sendo assim, tem sob sua responsabilidade a aquisição de medicamentos e/ou materiais de uso hospitalar. Também não é correta a cobrança de taxas de coleta de exames pelo hospital/clínica ou por terceiros.

- ✓ Diárias de Enfermaria ou Apartamento incluem
 - ◆ Leito próprio (cama ou berço).
 - ◆ Troca de roupa de cama e banho do paciente e acompanhante, quando em apartamento.
 - ◆ Cuidados e materiais de uso da higiene e desinfecção ambiental.
 - ◆ Dieta do paciente de acordo com a prescrição médica, exceto dietas especiais (enterais).
 - ◆ Atendimento pelo médico plantonista nas intercorrências clínicas

- ✓ Cuidados de enfermagem:
 - ◆ Administração de medicamentos por todas as vias.
 - ◆ Preparo, instalação e manutenção de venóclise e aparelhos.
 - ◆ Controle de sinais vitais.
 - ◆ Controle de diurese.
 - ◆ Curativos.
 - ◆ Sondagens.
 - ◆ Aspirações, inalações.
 - ◆ Mudanças de decúbito.
 - ◆ Locomoção interna de paciente.
 - ◆ Preparo de pacientes para procedimentos médicos (enteroclismas, lavagem gástrica, tricotomia, etc.).
 - ◆ Cuidados e higiene pessoal do paciente.
 - ◆ Preparo de corpo em caso de óbito.
 - ◆ Orientação nutricional no momento da alta.
 - ◆ Transporte de equipamentos (Raio X, Eletrocardiógrafo, Ultrassonógrafo, etc.).

- ◆ Taxas Administrativas.

5.7. Diárias especiais de unidade de terapia intensiva – uti / unidade de terapia semi-intensiva – utsi e uti pediátrica

- ✓ Todos os itens que compõem as diárias normais acrescido de equipamentos:
 - ◆ Monitor cardíaco
 - ◆ Oxímetro de pulso
 - ◆ Desfibrilador / Cardioversor
 - ◆ Nebulizador
 - ◆ Aspirador a vácuo
 - ◆ Bomba de infusão (Conforme acordo em contrato)
 - ◆ Respirador (Conforme acordo em contrato)
 - ◆ Incubadora / Berço aquecido (UTI Neonatal)
 - ◆ Fototerapia (UTI Neonatal)

- ✓ Não está incluído na composição das diárias:
 - ◆ Materiais e medicamentos
 - ◆ Sangue e derivados
 - ◆ Curativos (materiais utilizados)
 - ◆ S.A.D.T.
 - ◆ Oxigenioterapia.
 - ◆ Intercorrências cirúrgicas.
 - ◆ Honorários Médicos, exceto plantonista (paciente em enfermaria ou apartamento).
 - ◆ Leites especiais (Enfalac, Pré-Nan, Alfarré, etc.).
 - ◆ Alimentação de acompanhante.

5.8. Composição de taxas hospitalares

TAXA DE SALA DE CIRURGIA

- ✓ As Taxas de Sala de Cirurgia serão pagas conforme Porte Anestésico da Tabela da AMB 92.

- ✓ As cirurgias ambulatoriais serão pagas com Taxa de Sala Ambulatorial ou, no máximo, Porte 0 (zero), quando houver Porte Anestésico na Tabela AMB superior a Porte 1.
- ✓ Quando forem realizadas duas ou mais cirurgias, apenas a taxa de sala da cirurgia de maior porte será paga.
- ✓ Não serão pagos carros de anestesia (respirador) ou bomba de infusão utilizados na sala de cirurgia.

❖ COMPOSIÇÃO DAS TAXAS DE SALA DE CENTRO CIRÚRGICO E CENTRO OBSTÉTRICO

- ◆ Local
- ◆ Mesa operatória
- ◆ Rouparia
- ◆ Serviços de enfermagem do procedimento
- ◆ Assepsia e antissepsia (equipe e paciente)
- ◆ Iluminação (focos)
- ◆ Controle dos sinais vitais
- ◆ Instrumental / equipamentos de anestesia
- ◆ Instrumentador
- ◆ Respirador (conforme contrato)
- ◆ Monitor cardíaco
- ◆ Bisturi elétrico
- ◆ Aspirador elétrico ou a vácuo
- ◆ Oxímetro de pulso
- ◆ Cardioversor
- ◆ Instrumental cirúrgico
- ◆ Hamper
- ◆ Taxa de instalação de oxigênio
- ◆ Locomoção do paciente.

OBS: Os descartáveis de sala de cirurgia somente deverão ser pagos quando for norma do hospital/clínica a sua utilização para todos os pacientes indistintamente e deve se restringir aos usados unicamente pela equipe cirúrgica (cirurgião, auxiliares, anestesista, pediatra e instrumentador).

❖ SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

- ◆ Local
- ◆ Leito
- ◆ Rouparia
- ◆ Monitorização dos sinais vitais
- ◆ Monitor
- ◆ Oxímetro
- ◆ Desfibrilador

OBS: A taxa de Sala de Recuperação Pós-Anestésica somente será paga com justificativa médica e após anestesia geral. Deverá conter os horários de admissão e alta da mesma.

TAXA DE SALA DE GESSO

- ◆ Instalação da sala.
- ◆ Equipamento / instrumental para colocação e/ou retirada de gesso.
- ◆ Serviços de enfermagem do procedimento.

OBS.1: A Taxa de Sala de Gesso somente será paga quando houver a colocação de aparelhos gessados.

OBS.2: Não será paga taxa para a retirada de aparelho gessado.

TAXA DE OBSERVAÇÃO / REPOUSO EM P.S. ATÉ 06 HORAS

- ✓ Permanência inferior a 06 (seis) horas, independente da acomodação, será paga Taxa de Observação até 06 horas. (incluir neste caso, inclusive, as cirurgias oftalmológicas, pediátricas, traumatológicas, mamárias, etc.).

- ✓ É necessário abertura de prontuário médico, relatório médico justificando sua necessidade, relatório de enfermagem e medicação prescrita que caracterize a emergência. Obrigatório haver constantes reavaliações médicas, devidamente documentadas, bem como conter o horário de início e término da utilização.
 - ◆ Instalações da sala.
 - ◆ Serviços de enfermagem.
 - ◆ Os honorários médicos corresponderão ao de consulta hospitalar (80 CHs).

TAXA DE SALA DE HEMODINÂMICA

- ✓ Utilizada na cobrança de procedimentos de Hemodinâmica (Diagnóstica Oo Terapêutica), bem como na colocação de Balão Intra-aórtico (40.04.004-6).
- ✓ Não deverá ser paga quando for utilizada a remuneração sob a forma “Pacote”.

TAXA DE BISTURI ELÉTRICO

- ✓ Observar o excesso na cobrança, principalmente nas pequenas cirurgias ambulatoriais (não deverão ultrapassar os 50% das cirurgias).
- ✓ Nas eletrocauterizações de pequenas lesões, nos partos normais e nas cesarianas não é correta a sua cobrança.

TAXA DE FOTOTERAPIA ATÉ 24 HORAS

- ✓ Estando o paciente em UTI, é indevida a sua cobrança.
- ✓ Deverá constar na prescrição médica e relatório de enfermagem a sua utilização.

TAXA DE SALA DE INCUBADORA ATÉ 24 HORAS

- ✓ Estando o paciente em UTI, é indevida a sua cobrança.
- ✓ Deverá constar na prescrição médica e relatório de enfermagem a sua utilização.

TAXA DE MONITOR NA SALA DE CIRURGIA

- ✓ Deverá constar na Ficha de Anestesia e Relatório da Sala de Enfermagem a sua utilização.
- ✓ Sua utilização em procedimentos ambulatoriais requer auditoria rigorosa para coibir excessos.

TAXA DE RESPIRADOR PRESSÃO E TAXA DE RESPIDAOR VOLUME

- ✓ Estas taxas não deverão ser pagas quando utilizados em UTI ou Centro Cirúrgico (compõe as Taxas de Sala de Cirurgia e Sala de Recuperação Pós-Anestésica), ou conforme acordado em contrato.

❖ ÓXIDO NITROSO (Por 1/2 Hora Indivisível)

- ✓ Toda utilização deverá obrigatoriamente constar na ficha de anestesia.
- ✓ Atenção para não confundir com OXNE (Oxigênio p/ Nebulização) e OXIM (Oxigênio sobre máscara ou cateter).

❖ CURATIVOS:

- ✓ Devem ser considerados em função do tipo de ferida.
- ✓ CURATIVO deve ser feito, de preferência, no próprio leito do paciente.
- ✓ O material utilizado deve ser estéril.
- ✓ Após 24 horas o uso do CURATIVO é desnecessário, exceto nos casos em que a cicatrização deva ocorrer por intenção secundária, ou quando houver drenos com secreção serossanguinolenta.
- ✓ As incisões limpas devem ser lavadas com água e sabão, após o 1.º P.O.
- ✓ As incisões e áreas cruentas (descendências, escaras, etc.) devem ser lavadas com soro fisiológico para a remoção de sangue ou secreções.
- ✓ Os CURATIVOS de drenos e cateteres devem ser lavados com soro fisiológico e feita antisepsia com PVPI tópico.
- ✓ Remover CURATIVOS úmidos, não deixando ultrapassar o período de 6 horas.
- ✓ Deverá constar obrigatoriamente na prescrição médica e relatório de enfermagem.
- ✓ Paga-se um só CURATIVO por dia e, exclusivamente, após cirurgias e inclui todos os mats./meds. utilizados.
- ✓ CURATIVOS de escaras, piodermites, etc., paga-se apenas os mats./meds. utilizados.
- ✓ Os CURATIVOS realizados nas salas de cirurgias não serão remunerados, pois estão incluídos nas taxas de sala de cirurgia.

- ✓ CURATIVOS ambulatoriais, quando for o caso, serão autorizados previamente nos casos de processos complicados (Abscessos ou Deiscência de sutura, etc.).
- ✓ Os CURATIVOS oftalmológicos serão pagos conforme código específico (50.02.002-1). Os de Extremidades conforme código 39.02.004-5.
- ✓ Não deverão ser pagos CURATIVOS pós-colpoperineoplastias, cura cirúrgica de incontinência urinária de esforço via baixa, parto normal e hemorroidectomia.

❖ AR COMPRIMIDO POR ½ HORA INDIVISÍVEL

- ✓ Geralmente utilizado em mistura com oxigênio (respiradores, carros de anestesia, hood e CPAP). O percentual de cada gás varia de acordo com a necessidade do paciente que, somados, atingem os 100% do administrado. Sendo assim, paga-se apenas o percentual utilizado de cada gás, nunca ambos integralmente.

TAXA DE SALA DE QUIMIOTERAPIA

- ✓ Somente deverá ser paga para pacientes em tratamento ambulatorial.

TAXA DE BERÇO AQUECIDO ATÉ 24 HORAS

- ✓ Estando o paciente em UTI, é indevida sua cobrança.
- ✓ Deverá constar na prescrição médica e relatório de enfermagem a sua utilização.

TAXA DE BOMBA DE INFUSÃO

- ✓ A bomba de infusão deve ser utilizada para a administração de drogas vasoativas, ou hidratação de pequeno volume-horário.
- ✓ Somente deverá ser paga estando o paciente em enfermaria, apartamento ou suíte. Está inserida na diária de UTI, sala de cirurgia e recuperação pós-anestésica, ou conforme acordado em contrato.
- ✓ O equipo para a bomba de infusão, deve ser pago 1(um) por dia, quando estiver prescrito pelo médico e devidamente anotado pela enfermagem.

TAXA DE CAMPÍMETRO

- ✓ Não deverá ser paga na realização de Campimetria Computadorizada

TAXA DE LASER OU DE YAG LASER

- ✓ Nos procedimentos de Capsulotomia (50.06.001-5) e Fotocoagulação (50.14.001-9) paga-se 50% do seu valor (quantidade 0,5) por sessão / dia, independentemente se uni ou bilateral.

TAXA DE MICROSCÓPIO CIRÚRGICO

- ✓ Utilizado nas microcirurgias (neurológicas, de laringe, etc.). Verificar prontuário médico para a confirmação de sua utilização.

TAXA DE MONITOR CÁRDIO-RESPIRADOR

- ✓ Equipamento que inclui a monitorização e oximetria de pulso. Sendo assim não pagar taxa de oxímetro separadamente.

TAXA DE OXÍMETRO

- ✓ Deverá constar na ficha de anestesia e relatório da sala de enfermagem a sua utilização.
- ✓ Sua utilização em procedimentos ambulatoriais requer auditoria rigorosa para coibir excessos.
- ✓ Nas colonoscopias pagar conforme código 29.02.018-2 (oximetria não invasiva).
- ✓ Não deverá ser paga endoscopia digestiva alta.

TAXA DE PAQUÍMETRO

- ✓ Esta taxa devera ser paga na Paquimetria Ultrassônica (50.01.020-4).

TAXA DE RETINOGRÁFO

- ✓ Deverá ser paga na Retinografia Simples (50.01.012-3) e Fluorescente (50.01.013-1).

TAXA DE VÍDEO-LAPAROSCOPIA

- ✓ Somente deverá ser paga nas vídeo-laparoscopias cirúrgicas ou diagnósticas, exclusivamente quando autorizadas previamente.
- ✓ Nas vídeo-histeroscopias cirúrgicas, também paga-se mediante autorização previa.

TAXA DE SALA AMBULATORIAL

- ✓ Utilizada no pagamento de taxa de sala de Cirurgia Ambulatorial (sem porte e portes 0 (zero) ou 1 (um) e nos curativos ambulatoriais
- ✓ Inclui os mats./meds. utilizados.

TAXA DE EQUIPAMENTOS ESPECIAIS

- ✓ Estão incluídos na diária de UTI a utilização de equipamentos tais como: bomba de infusão, aspirador, desfibrilador, monitor, oxímetro, etc. É bom lembrar que é fundamental a negociação entre as partes.
- ✓ Atenção para o pagamento de monitorização e oximetria nas cirurgias ambulatoriais, somente nos casos necessários.
- ✓ Não serão pagas taxas de administração nas cirurgias ambulatoriais.
- ✓ Não pagar taxa de oxímetro em endoscopia digestiva alta, exceto quando plenamente justificado.
- ✓ Não é pertinente a cobrança de taxa de sala de gesso para imobilizações provisórias não gessadas, remoções de aparelhos gessados e infiltrações ou aplicações de injetáveis.
- ✓ As fraturas de dedos dos pés são tratadas com “spica” de esparadrapo. Não cabe a cobrança de gesso nem de taxa para sua colocação.

❖ Não estão incluídos na composição das taxas hospitalares:

- ◆ Materiais de consumo
- ◆ Gases anestésicos e oxigênio
- ◆ Equipamentos ou aparelhos de uso eventual não inclusos acima
- ◆ Honorários médicos
- ◆ S.A.D.T.
- ◆ Medicamentos

- ◆ Drenos, cateteres, sondas, coletores de urina ou secreções, ataduras gessadas, de crepon ou de algodão ortopédico
- ◆ Fios cirúrgicos, luvas, seringas descartáveis, agulhas para raquianestesia ou anestesia peridural

5.9. Materiais hospitalares, medicamentos e anestésicos

- ✓ Os medicamentos serão cobrados pelo BRASÍNDICE do mês vigente, acrescido da taxa ao consumidor negociada pela Singular, quando se reportar ao preço de fábrica.
- ✓ Os medicamentos, consoante a apresentação, serão assim liquidados:

1. Suspensão:

- ◆ Consumo até a metade do frasco – paga metade.
- ◆ Consumo maior que a metade – paga frasco todo.

2. Ampola:

- ◆ indivisível, paga toda.

3. Frasco/ampola:

- ◆ Não perecível – paga por ml.
- ◆ Perecível – paga tudo.

4. Antibióticos:

- ◆ Líquido e suspensão – segue regra estabelecida em 1.
- ◆ Frasco/Ampola – será considerado a dosagem administrada e a dosagem contida no frasco. A resultante indicará o número de frascos, sendo indivisíveis para efeito de pagamento.

5. Anestésicos:

- ◆ Líquido – cobrar por ml (Halotano, Etrane, Xylocaína, etc.).

6. Scalp ou outros dispositivos intravenosos:

- ◆ conforme tabela específica

7. Equipos:

- ◆ conforme tabela específica

- **OBS.** Não pagamos separadamente (estão incluídos nos valores das taxas de sala de cirurgia): tubo látex, frasco de vidro, gilete, eletrodo (exceto em UTI) e pasta, extensão de urina, saco plástico, abaixador de língua, cânula de Guedel, clorohex, fiso hex, povidine, dermoiodine, germ-hand, sterilderm, álcool iodado, éter, benzina, tintura de iodo, atadura e compressas de gaze, campos operatórios, algodão, esparadrapo, etc. (tabela específica)

8. Os medicamentos similares/genéricos: (constam no Brasíndice mais de um fabricante):

- ◆ Deverão ter seus fabricantes discriminados, ficando o hospital sujeito a apresentação da nota fiscal (quando solicitado) e a verificação IN LOCO pela Auditoria Médica. Entretanto não poderão possuir valores superiores aos semelhantes e tradicionais (conceituados), exemplo: Lincomicina 600 mg não poderá custar mais que Fradermicina 600 mg; Ampicilina 1g não poderá custar mais que Amplacilina 1g; Gentamicina 80 mg não poderá custar mais que Garamicina 80 mg.

9. Caso isso não ocorra (não sejam discriminados os fabricantes):

- ◆ os genéricos serão pagos conforme a presente Tabela.
- **OBS.** As associações desnecessárias de antibióticos deverão ser motivo de rigorosa auditoria. Quando se verificar que prestes a alta hospitalar houve a troca de medicação injetável para de uso oral, propositalmente, para receber meio frasco do antibiótico, este devera ser glosado.

10. Nos procedimentos oftalmológicos ambulatoriais:

- ◆ pagar apenas $\frac{1}{4}$ (um quarto) das pomadas, dos colírios utilizados e da Xylocaína a 2% utilizados.

11. Os exames diagnósticos:

- ◆ deverão guardar estreita relação com a patologia/motivo da internação, bem como a terapêutica utilizada. Obrigatório constar a requisição do médico assistente e o envio de resultado.

12. Os horários das medicações:

- ◆ devem ser necessariamente checados pela enfermagem. Conseqüência disto, não serão pagas medicações de horários não checados, bem como

dos horários circulados (significam que a medicação não foi administrada).

- **OBS.** Importante estar atento para anotações como “medicação em falta” e/ou “medicação trazida pelo paciente”, de modo que estas medicações não sejam pagas.

13. Reutilização de materiais

- ◆ Equipos, luvas, cateteres, etc., conforme tabela específica.

5.10. Relação de materiais usados em estudos hemodinâmicos e suas possibilidades máximas de reutilização

❖ CATETERISMO CARDÍACO

Cateter Sones	04 vezes
Cateter Judkins CD / CD	04 vezes
Cateter Pigtail	04 vezes
Cateter Cobra	04 vezes
Cateter NIH	04 vezes
Cateter Lehmann	04 vezes
Cateter Cournand	04 vezes
Introdutor com ou sem válvula	02 vezes
Dilatador	04 vezes

❖ ANGIOPLASTIA

Cateter Balão Convencional	02 vezes
Cateter Balão Especial	02 vezes
Cateter Balão Septostomia	02 vezes
Cateter Balão Valvoplastia	02 vezes
Rotor	04 vezes
Indeflator	04 vezes
Torque device	04 vezes
Torneira 5 vias	04 vezes

❖ ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO

Cateter Quadripolar	05 vezes
---------------------	----------

*Normas transparentes em bom clima de discussão com o prestador de serviço propicia redução de glosas, dos custos e ganho de tempo na realização de serviços de ambos.

6. SITUAÇÕES ESPECIAIS DA ANÁLISE DA CONTA HOSPITALAR

6.1. Urgências

1. Taxa de repouso/atendimento:

- ◆ Esta taxa pagos apenas os mat./med. e exames prescritos. A taxa não será aplicada quando houver somente a consulta médica.

2. Os exames:

- ◆ serão pagos quando acompanhados de suas respectivas requisições/resultados/laudos, assinados e carimbados pelo responsável e solicitantes.

3. Os materiais de punção/hidratação venosas:

- ◆ quando cobrados em mais de uma unidade, deverá ser relatado pela enfermagem, justificando o seu uso.

Ex.: 02 scalps, 02 gelcos, 02 equipos.

4. Os materiais de apoio para medicação/hidratação venosa, tais como, equipo com bureta, torneirinhas:

- ◆ deverão ser relatados/justificados pela enfermagem. O pagamento destes obedecerá a justificativa técnica.

5. Os horários de admissão e alta do paciente:

- ◆ deverão estar relatados nas evoluções médicas ou de enfermagem A falta desde controle implicará no não pagamento da taxa de atendimento / repouso na conta do usuário.

6. Curativos:

- ◆ só serão pagos mediante prescrição médica e/ou do enfermeiro – a taxa já inclui o material utilizado, exceto pomada (quando prescrito), não serão pagos curativos eletivos.

7. Estarão isentos do pagamento de taxa de atendimento/repouso:

- ◆ as trocas de sonda vesical e naso enteral em pacientes crônicos, assim como, curativos eletivos.

8. Aerosolterapia:

- ◆ a taxa inclui o uso do ar comprimido. Será pago o uso de 2 (dois) medicamentos quando prescrito pelo médico.

9. A taxa de cirurgia porte 0 (zero):

- ◆ não será paga em pequenos procedimentos realizados na urgência. Neste caso será utilizada a taxa de procedimentos cirúrgicos de urgência, a qual excluirá as demais cobradas.

Ex.: Taxa de Instrumental

Taxa de administração de medicação parental.

10. Observar:

- ◆ o pagamento de luvas estéreis para procedimentos assépticos e luvas de procedimentos para procedimentos não assépticos (banhos, lavagens, SNG, sonda retal, aspiração oral, supositórios, etc.).

11. Os equipamentos utilizados (monitor, oxímetro, bomba de infusão, etc):

- ◆ obedecerão o mesmo critério de pagamento dos internamentos.

6.2. Ortopedia

Nos atendimentos de Ortopedia, observamos:

a) Nas retiradas de gesso:

- ◆ Não há taxa de específica
- ◆ Não incluir a taxa de atendimento / repouso
- ◆ Pagar serra gesso

b) As medicações:

- ◆ serão pagas exclusivamente mediante prescrição médica e checagem de enfermagem.

c) Os consumos de materiais:

- ◆ deverão obedecer tabela própria.

6.3. Internamento

❖ PACIENTES CIRÚRGICOS

1. Analisar o porte e a área cirúrgica para autorizar o quantitativo de materiais e soluções cobradas.
2. Os medicamentos serão pagos exclusivamente pela prescrição médica (cirurgião e / ou anestesia).
3. Não serão autorizados pagamentos de taxas associadas a “Taxas de Sala”.
4. Nestes casos estão autorizadas as cobranças dos materiais utilizados na execução do(s) procedimento(s).
5. Ex.: sondagem vesical, nasogástrica.
6. Os curativos deverão ser prescritos pelo médico assistente ou enfermeiro – serão autorizadas a cobrança máxima de 02 por dia exceto com relatório médico ou evolução do enfermeiro justificando a necessidade de maior número de curativos por dia.
7. As tricotomias e lavagens intestinais deverão estar prescritas pelo médico assistente ou enfermeiro(a) do setor com relatório de execução do procedimento.
8. O material de anestesia será autorizado quando houver participação do anestesista – não está autorizado para anestesia local ou sedação simples.

6.4. Taxas

1. A “diária de acompanhante” será autorizada mediante pré-autorização do FuSEx e comprovação da permanência diária de acompanhante junto à conta hospitalar.
2. Na “Taxa de Curativo” estão incluídos todos os materiais relacionados ao procedimento, exceto pomadas, que só deverão ser pagas quando prescritas. Nos usuários, queimados e com úlceras de decúbito de grande extensão, serão pagas as taxas, pomadas e materiais prescritos.
3. Os curativos de intracath e dissecções venosas, a principio, são trocados a cada 48 horas – reduzir intervalos se houver prescrição / evolução do citado procedimento pelo médico assistente ou enfermeiro do setor.
4. Não serão pagas as taxas de diárias não autorizadas.

6.5. Gases

1. Os gases “ar comprimido”, “oxigênio” e “protóxido de ozôto” serão autorizados pelo critério da anotação do uso e por hora indivisível.
2. Nas nebulizações já está incluído o uso do ar comprimido.
3. Só será pago o oxigênio para nebulizações quando prescrito.
4. Nas prescrições de “nebulizações continua”, autorizar o “ar comprimido por hora anotado e cobrado”.

6.6. Medicamentos

1. Os medicamentos serão pagos mediante prescrição médica e “checagens” da enfermagem.
2. As cobranças e autorizações obedecerão o critério da dosagem prescrita.
3. Autorizar 01 ml de heparina para heparinização de scalp para cada 24 horas.
4. Não serão pagos os medicamentos e materiais de diárias não autorizadas.
5. Medicamentos de alto custo serão pagos mediante autorização prévia.

6.7. Materiais

Vide Tabela Específica.

a) Equipos:

- ◆ observar as medicações utilizadas para as cobranças de equipos fotossensíveis.
- ◆ Autorizar um equipo simples para cada solução lípidica administrada. Medicações em frasco / ampola superior a 50 ml (albumina, cipro, flagyl) e medicações diluídas com volume superior a 100 ml (profenid, ancoron, etc.).

b) Luvas:

- ◆ No centro cirúrgico, autorizar luvas cirúrgicas de acordo com o número de profissionais que participam do ato cirúrgico (incluir anestesia, neonatologista indicado).
- ◆ Nas unidades de internamento e UTI serão autorizadas “luvas cirúrgicas” (estéreis) para procedimentos assépticos. As “luvas de procedimento” são as indicadas para as outras ações não assépticas.

Ex.: aspiração oral

Banho no leito

Lavagem intestinal

- ◆ Autorizar luvas de procedimentos para as aspirações oral e traqueal prescritas e anotados. Luvas estéreis somente para procedimentos invasivos.

c) Sonda e Cateter:

- ◆ conforme tabela específica.

d) Seringas, Scalps e Torneirinhas

- ◆ Autorizar 01 seringa 10 ml para cada 05 medicações injetáveis no dia em pacientes com scalp heparinizado.
- ◆ O valor da seringa cobrada inclui agulha utilizada – autorizar outra agulha em medicações apresentadas em frasco ampola, administração de Adalt, infiltrações e / ou anestésias locais.
- ◆ Não será pago o uso de seringa para preparo das soluções das nebulizações.
- ◆ Autorizar o uso de torneirinhas mediante prescrição de múltiplas medicações ou soros.

e) Outras cobranças:

- ◆ Autorizar o pagamento dos exames mediante solicitação e laudo – na ausência destes, a instituição deverá apresenta-los em 48 horas sob pena de não poder mais utilizar recursos de pagamento. A auditoria poderá devolver a conta incompleta ao Hospital para a complementação necessária.
- ◆ Equipamentos de controle como bomba de infusão, monitor, ventilador, oxímetro etc., e materiais acessórios só estão autorizados para uso em UTI e centro cirúrgico, sob prescrição médica.
- ◆ Não estão autorizados pagamentos para gorros, máscaras, propés, aventais, capotes, calças, blusas descartáveis, assim como sabonetes, e esponjas.
- ◆ Autorizar hemoterapia mediante solicitação médica, e o pagamento será feito mediante comprovante de transfusão.
- ◆ Autorizar dieta enteral e taxa específica conforme prescrição. A visita do nutrólogo deverá ser paga 01 a cada 03 dias, desde que haja no prontuário a prescrição e evolução do mesmo.
- ◆ A autorização de fraldas descartáveis deve obedecer ao critério da utilização segundo quadro clínico e solicitação prévia.

- ◆ Será autorizado o pagamento para procedimentos dialíticos, assim como para materiais utilizados em tais finalidade, mediante autorização prévia.
- ◆ Os curativos de escaras deverão estar prescritos pelo médico assistente ou enfermeiro do setor de internamento.
- ◆ Nas autorizações de cobrança de compressas grandes e pequenas, observar o porte do procedimento e a área a ser operada – ressaltamos aqui a condição de reesterilização das mesmas nas unidades hospitalares.
- ◆ Não estão autorizadas as cobranças de campos cirúrgicos descartáveis.
- ◆ Em relação aos materiais cobrados e que não constam na tabela, deverão ser solicitadas as notas fiscais para comprovação de custo.

7. ROTINA PARA TROCA PERIÓDICA DE MATERIAIS DESCARTÁVEIS NOS PRINCIPAIS PROCEDIMENTOS HOSPITALARES

❖ Cateter Nasogástrico/Nasoenteral

Deve haver diariamente mobilização do cateter para evitar aderência e/ou sinusite. A troca deve ocorrer em caso de obstrução ou posicionamento incorreto.

❖ Cateter Vesical

Não é recomendada a troca periódica, a não ser nos casos de obstrução ou presença de grumos na urina.

Cultura de urina: até 3 dias após o cateterismo vesical, o material poderá ser colhido do próprio cateter. Após este prazo, o cateter deverá ser trocado antes da coleta ou o material colhido por punção suprapúbica.

❖ Coletor de Urina (Sistema Fechado)

A cada troca do cateter vesical.

❖ Acesso Venoso Profundo

As trocas periódicas não são recomendadas. A observação deve ser diária e na evidência de sinais de hiperemia ou secreção no local da punção e/ou outros sinais e sintomas de infecção associada ao cateter é indicada a troca.

❖ Polifix e Microfix

Deve obedecer os mesmos critérios usados para os equipos de acesso venoso profundo e periférico (ou quando houver depósito de sangue / precipitação de soluções).

❖ Curativo de Acesso Venoso Profundo

Troca a cada 48 horas e quando necessário (curativo sujo e/ou molhado).

❖ Curativo Cirúrgico

Não necessitam de troca nas primeiras 72 horas, quando estiverem limpos e secos. Caso não ocorra drenagem de secreção, a incisão pode permanecer aberta.

Curativos úmidos devem ser trocados quantas vezes houver necessidade.

❖ Equipos de Sangue e Derivados e/ou Emulsões Lípidicas

Troca após administração.

❖ Conjunto de Drenagem Torácica

Troca a cada 24 horas ou cada vez que for aberto

❖ Cânula de Traqueostomia

Troca na presença de obstrução que dificulte o seu uso.

❖ Frasco e Borracha de Aspiração

Troca a cada 12 horas

❖ Umidificador de Oxigênio

Troca a cada 24 horas

❖ Macronebulizador

Troca a cada 24 horas

❖ Circuito de Terapia Ventilatória

Com filtro bacteriológico: troca do filtro a cada 24 horas, sem necessidade de troca no circuito.

Sem filtro bacteriológico: troca do circuito a cada 48 horas.

❖ Sistema Fechado de Aspiração

Troca a cada 24 a 48 horas.

8. PROCEDIMENTOS FREQUENTES – MATERIAIS, MEDICAMENTOS E TAXAS HOSPITALARES UTILIZADOS

❖ COLANGIOPANCREATOGRRAFIA RETRÓGRADA + PAPILOTOMIA

- ◆ **Papilótomo** – Instrumento que é introduzido por via endoscópica para realizar Papilotomia. Pode ser utilizado mais de uma vez, porém, devido a sua fragilidade, pode ser danificado na primeira utilização.
- ◆ **Pinça de Basket** – Cateter específico para a retirada de cálculos das vias biliares, podendo ser utilizado 7 ou 10 vezes. É possível ser danificado na retirada de cálculos muito volumosos.
- ◆ **Cateter Standart** – Cateter diagnóstico que tem como objetivo levar o contraste à árvore biliar.
- ◆ **Fio Guia** – Permite a passagem do papilótomo quando de difícil canulação. Pode ser utilizado inúmeras vezes. Para a colocação de próteses é imperativo o uso do Fio Guia.
- ◆ **Kit-Prótese** – Consta do Fio Guia (dois fios de calibres diferentes), Dilatador, Prótese e Empurrador.
- ◆ **Fio Guia Hidrofilico** – Fio Guia com extremidade distal de teflon que utiliza água, permitindo a canulação em estenoses significativas. Permite a reutilização várias vezes.
- ◆ **Papilótomo Home Made** – Papilótomo montado sobre uma manopla com tubo e fios metálicos de diferentes calibres.
- ◆ **Contrastes** – O mais utilizado é o de menor osmolaridade (Hypaque). Na Colangiopancreatografia Retrógrada utiliza-se de 20 a 30 ml de contraste. Quando há uso de prótese pode ser utilizado até 60 ml de contraste.

OBS.1: – Toda vez que for realizada uma Colangiopancreatografia Retrógrada diagnóstica, com a utilização de contraste, e for observada oclusão das vias biliares, é obrigatória a drenagem da rede biliar com dreno naso-biliar ou prótese, tendo ocorrido ou

não a Papilotomia. Se não for feita a drenagem haverá, em 100% dos casos, a presença de Colangite.

OBS.2: – A indicação do uso de próteses se dá quando há insucesso na retirada de cálculos volumosos, principalmente acima de 2 cm, na desproporção entre o cálculo e a papila em estenoses benignas ou malignas.

OBS.3: – Todos os materiais reutilizáveis são esterilizados em Cidex (o ideal seria com óxido de etileno).

OBS.4: – A utilização de contraste varia muito de acordo com a técnica e habilidade do endoscopista e o grau de dificuldade que o exame apresenta.

❖ REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO

◆ **Oxigenador de bolhas/Oxigenador de membrana**

Utilizados em cirurgia com circulação extra-corpórea com função de oxigenar o sangue do paciente.

O oxigenador de membrana tem uma qualidade melhor, tendo indicação para procedimentos de longa duração, devido a um menor número de hemólises. Material de uso único, não reutilizável.

◆ **Conjunto de tubos**

Conjunto de tubos com diversas especificações, cuja finalidade é ligar o paciente ao oxigenador. Uso único, não é reutilizável.

◆ **Reservatório de Cardiotomia**

Recipiente com finalidade de armazenar e reprocessar (filtrar) o sangue aspirado da incisão operatória e posteriormente ser colocado à disposição do paciente através do oxigenador. Uso único, não é reutilizável.

◆ **Reservatório de Cardioplegia**

Recipiente que armazena a solução cardioplégica, cuja função é realizar a parada cardíaca. Existem dois tipos de soluções cardioplégicas:

1. Cristalóide – através de baixa temperatura e solução cardioplégica.

2. Sanguínea – através de sangue e solução cardioplégica.

◆ **Cirurg-Kit**

Conjunto de materiais, indispensáveis à realização de cirurgias cardíacas. Uso único, não reutilizável. Compõe-se de:

- Protetor de pinças.
- Pipoca (para enxugar o campo cirúrgico)
- Cânula arterial
- Puxadores (6) com função de lançar e prender as cânulas nos vasos.
- Cordonet (cadarço) de teflon, para individualizar e isolar vasos no campo operatório.

◆ **Filtro de linha arterial**

Tem a função de eliminar bolhas do sangue arterial infundido no paciente. É colocado entre o oxigenador e o paciente. Uso único, não reutilizável.

◆ **Filtro de cardioplegia**

Tem a função de filtrar a solução cardioplégica. Uso único, não reutilizável.

◆ **Conjunto de cânulas para CEC**

Conjunto de cânulas de vários diâmetros, usadas de acordo com as necessidades do paciente. Há à disposição no mercado de cânulas individualizadas, de vários diâmetros, porém as equipes cirúrgicas preferem o Kit, devido a imprevisibilidade da cirurgia com relação à cânula necessária no momento. Na realização de cirurgia para revascularização ou troca valvar a composição do Kit é diferente. Uso único, não reutilizável.

◆ **Tubo Valvado**

Válvula cardíaca acoplada a tubo (prótese) de pericárdio bovino.

◆ **Tubo de Pericárdio Bovino (não valvado)**

Prótese de pericárdio bovino composto apenas de tubulação a ser acoplada à válvula cardíaca.

◆ **Kit de Drenagem Torácica**

Material utilizado para a drenagem mediastinal e pleural. Há necessidade de 1 a 3 kits por paciente. Uso único, não reutilizável.

❖ CATETERISMO CARDÍACO

◆ **Cateter Sones:**

Cateter para diagnóstico utilizado em todo cateterismo, apenas por via braquial.

◆ **Cateter Judkis:**

Cateter para pesquisa coronariana também através da via femoral.

◆ **Cateter Neh/Lehman:**

Cateter utilizado para pesquisa valvar.

◆ **Cateter Raskend:**

Utilizado nas septostomias por via braquial, por tratar-se de um cateter muito curto. Deve ser utilizado sempre com o auxílio de um guia.

◆ **Cateter Mullins:**

Utilizado nas cirurgias valvares permitindo a passagem da agulha de Brockenbraugh.

◆ **Guias:**

Utilizados em todos os cateterismos para qualquer tipo de cateter, permitindo a introdução nas curvaturas.

◆ **Angiokit:**

Kit composto por vários cateteres para utilização por via femoral (Judkis D e E e Pitgail). Tem a vantagem de ter um custo menor quando se torna necessária a utilização simultânea de vários cateteres.

◆ **Compressor arterial**

Material utilizado para comprimir a artéria femoral após o cateterismo

OBSERVAÇÕES:

- ✓ Todos os cateteres femurais têm uma versão direita a esquerda.
- ✓ Não é compatível a utilização do cateter Sones com os utilizados por via femoral (Pitgail e Judkis).
- ✓ Todos os cateteres para estudo hemodinâmico permitem a reutilização por até 10 (dez) vezes, desde que sua esterilização seja realizada em óxido de etileno e o uso subsequente seja em um prazo superior a 7 (sete) dias. Não é aconselhável a esterilização em soluções antissépticas, o que possibilitaria a reutilização em menor escala.
- ✓ **Contrastes** – Os mais utilizados são Telebrix Coronar e Conray, ambos iônicos. Podem ser utilizados, também, os contrastes não iônicos (Hexabrix ou Optiray), principalmente em pacientes revascularizados devido a sua menor osmolaridade, causando menor ardor. O volume utilizado é em torno de 150 a 200 ml.

❖ ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL

◆ **Introdutor para cateter:**

Treocáteter através do qual é passado o cateter guia. Sua utilização é exclusivamente por via femoral. Quando utilizada a via braquial o cateter guia é introduzido após a dissecação do vaso.

◆ **Cateter Guia:**

Cateter inicialmente utilizado através do vaso periférico (braquial ou femoral) até a coronária, através do qual é passado o cateter balão e a guia para angioplastia. Permite a reutilização até 3 vezes.

◆ **Guia para Angioplastia ou Guia de Troca:**

Guia do cateter balão, muito delicada, utilizada somente a partir da coronária. Tem vários diâmetros, sendo o mais utilizado o 0,14. Não permite a reutilização devido a sua fragilidade.

◆ **Cateter Balão:**

Cateter utilizado em hemodinâmica, com a função de realizar Angioplastias. Existem vários tipos para as diversas possibilidades cirúrgicas. Pode ser reutilizável por até três vezes, porém, sua realização dependente da limpeza imediata após uso.

Insuflador para cateter (insuflador balão angio ou insuflador para angioplastia ou ainda insuflador guizado) – Seringa de 20 cc com manômetro de pressão na extremidade e sistema de rosca no êmbolo. Deve suportar alta pressão devido a capacidade e densidade do material infundido, para não provocar o rompimento do balão. Uso único, não reutilizável.

◆ **Manipulador de Guia:**

Peça adaptada à guia da angioplastia para permitir o manuseio da mesma. Permite a reutilização por inúmeras vezes.

◆ **Conector em Y:**

Conector acoplado ao cateter guia para a passagem do cateter balão e da guia do cateter balão. Permite a reutilização por até 4 vezes.

◆ **Conector de alta pressão:**

Componente acoplado à bomba injetora.

◆ **Transdutor de pressão Dome:**

Material utilizado para verificação da pressão arterial, invasiva.

❖ ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO

Materiais especiais utilizados (Órtese e Prótese):

- 02 Cateteres quadripolares
- 01 Cateter hexapolar
- 03 introdutores arteriais
- Contraste – Não utilizado

❖ ABLAÇÃO DE FOCOS ARRITMOGÊNICOS

Materiais especiais utilizados (Órtese e Prótese):

- 04 Introdutores arteriais
- 01 Cateter bipolar
- 02 Cateteres quadripolares
- 01 Cateter hexapolar
- 01 Cateter de ablação
- Contraste – Não utilizado.

ANEXOS

HOSPITAL GERAL DE JUIZ DE FORA
COMISSÃO DE LISURA/SERVIÇO DE AUDITORIA
RELATÓRIO DE AUDITORIA MÉDICA
CAPA DE FATURA

/ / Hospitalar
/ / Ambulatorial

Processo de Despesas nº _____ / _____ / _____

Titular _____

OCS Fundo do Exército **PSA** Fundo do Exército
 Fator Custo Fator custo
 Servidor Civil Servidor Civil

Nº ORD.	DATA RECEB.	VALOR RECEBIDO(R\$)	VALOR GLOSA(R\$)	VALOR A SER PAGO(R\$)
01	/ /			
02	/ /			
03	/ /			
04	/ /			
05	/ /			
Total Final (R\$)				

SERVIÇO DE AUDITORIA – LISURA
GLOSA

Tipos de Glosa	Valor R\$	%
Administrativa		
Diárias		
Material/Medicamentos		
Material Alto Custo		
Taxas		
DSC		
DFC		
TOTAL		

Auditor

Contábil

Subdiretor

Fortaleza, CE ____/____/____

RESUMO PROCEDIMENTOS:

Especialidade	Nº de Procedimentos			TOTAL

OBSERVAÇÕES:

Juiz de Fora ____/____/____

Nº DE INTERNAÇÕES EM UTI:
____ VALOR TOTAL- R\$ _____

OUTRAS OBS:

LIQUIDAÇÃO – Seção do FuSEx / Tesouraria

Nota de Empenho
Nº _____ Data ____/____/____

Nota Fiscal
Nº _____ Data ____/____/____

Ordem Bancária
Nº _____ Data ____/____/____

**MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
CML - 4ª RM / 4ª DE
HOSPITAL GERAL DE JUIZ DE FORA
(H Mil 1ª CL / 1920)**

COMISSÃO DE LISURA DE CONTAS MÉDICAS

RELATÓRIO DE CONFORMIDADE

CONTA / FATURA Nº **DE** / /

DO

REFERENTE A USUÁRIO: CIVIL FUSEX F.CUSTO

UTI UTI NEO ANGIOPLASTIA REVASCUL. MIOCARDIO NEUROCIRURGIA

PACIENTE:

OFÍCIO/GUIA Nº

DIAGNÓSTICO:

ESTA CONTA/FATURA FOI ANALISADA PELA COMISSÃO DE LISURA DE CONTAS MÉDICAS DESTE HOSPITAL, E NÃO FORAM ENCONTRADOS MOTIVOS PARA GLOSAS.

VALOR DA FATURA

R\$

OBSERVAÇÕES

Juiz de Fora (HGeJF), _____ de _____ de _____

VISTO

SUB-DIRETOR

Responsável pela Lisura

1ª VIA: OCS

RECEBI A(S) GUIA(S) RELACIONADAS ACIMA



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
CML - 4ª RM / 4ª DE
HOSPITAL GERAL DE JUIZ DE FORA
(H Mil 1ª CL / 1920)

COMISSÃO DE LISURA DE CONTAS MÉDICAS
RELATÓRIO DE NÃO CONFORMIDADE

CONTA / FATURA Nº DE / /

DO _____

REFERENTE A USUÁRIO: CIVIL FUSEX F.CUSTO

UTI UTI NEO ANGIOPLASTIA REVASCUL. MIOCARDIO NEUROCIRURGIA

DIAGNÓSTICO:

ESTA CONTA/FATURA FOI ANALISADA PELA COMISSÃO DE LISURA DE CONTAS MÉDICAS DESTE HOSPITAL, ESTANDO OS SEGUINTEs ÍTEMS EM "NÃO CONFORMIDADE"

PACIENTE:		
OFÍCIO/GUIA Nº		
DISCRIMINAÇÃO	VALOR DA NÃO CONFORMIDADE (R\$)	MOTIVO (CÓDIGO)
ACOMODAÇÕES/DIÁRIAS		
HONORÁRIOS MÉDICOS		
TAXAS HOSPITALARES		
EQUIPAMENTOS/SERVIÇOS		
MATERIAL		
MEDICAMENTOS		
S.A.D.T		
OUTROS		
VALOR DA FATURA	DIMINUIR	VALOR FINAL
R\$	R\$	R\$

OBSERVAÇÕES:

VISTO

SUB-DIRETOR

Juiz de Fora (HGeJF), _____ de _____ de _____

Responsável pela Lisura

1ª VIA: OCS

RECEBI A(S) GUIA(S) RELACIONADAS ACIMA

HOSPITAL GERAL DE JUIZ DE FORA
TABELA DE GLOSAS DO FuSEx

1	ATENDIMENTO NÃO CARACTERIZADO URGÊNCIA	46	MEDICAÇÃO NÃO CONSIDERADA DE URGÊNCIA
2	ACOMODAÇÃO ACIMA DA AUTORIZADA	47	MEDICAÇÃO EM DESACORDO COM A PRESCRIÇÃO
3	ATENDIMENTO POR MÉDICO MILITAR	48	MEDICAÇÃO EM EXCESSO
4	COBRANÇA 30% - EM DIA E HORA NORMAL	49	MEDICAÇÃO NÃO JUSTIFICADA PARA O CASO
5	COBRANÇA 30% NÃO URGÊNCIA / EMERGÊNCIA	50	MEDICAÇÃO NÃO PRESCRITA
6	CONSULTA INCLUSA NO PROCED. CIRÚRGICO	51	MEDICAÇÃO NÃO UTILIZADA
7	CURATIVO INCLUSO NO PROCED. CIRÚRGICO	52	MEDICAMENTO ACIMA DO PREÇO DE MERCADO
8	DATA DE ATENDIMENTO FORA SEQUÊNCIA PLANILHA	53	MEDICAMENTO NÃO COBERTO
9	DATA DE ATENDIMENTO FORA COMPETÊNCIA	54	MEDICAMENTO SUSPENSO
10	DIAGNÓSTICO ILEGÍVEL	55	PACIENTE NÃO É BENEFICIÁRIO FUSEX
11	DIÁRIAS EM EXCESSO	56	PRESCRIÇÃO MÉDICA COM RASURA / ILEGÍVEL
12	DIÁRIAS FORA DA TABELA ACORDADA	57	PRESTADOR DESCREDENCIADO
13	DOCUMENTO SEM ASSINATURA / CARIMBO MÉDICO	58	PROCEDIMENTO / EXAME EM EXCESSO
14	EPI DE RESPONSABILIDADE DO PRESTADOR	59	PROCED./ EXAME INCOMPATÍVEL COM DIAGNÓSTICO
15	ESPECIALIDADE NÃO AUTORIZADA	60	PROCEDIMENTO / EXAME EM DUPLICIDADE
16	EVENTO INCLUSO NO PACOTE ACORDADO	61	PROCEDIMENTO / EXAME NÃO COBERTO
17	EVENTO NÃO COMPORTA COBRANÇA	62	PROCEDIMENTO / EXAME NÃO REALIZADO
18	EXAME NÃO PREVÊ COBRANÇA CONTRASTE	63	PRONTUÁRIO / FICHA / BOLETIM ILEGÍVEL
19	EXAMES SEM LAUDO	64	PRONTUÁRIO / FICHA / BOLETIM RASURADO
20	EXAMES / PROCEDIMENTOS NÃO REQUISITADOS	65	RETORNO DE CONSULTA
21	FALTA DISCRIMINAÇÃO SERVIÇOS EXECUTADOS	66	SADT / EXAMES FORA DA TABELA ACORDADA
22	FALTA REGISTRO EVOLUÇÃO MÉDICA / ENFERMAGEM	67	SEM AUTORIZAÇÃO P/ PROCEDIMENTO OU EXAME
23	FATURA SEM SEPARAR (FUSEX- FCIVIL -FATOR CUSTO)	68	SEM DIAGNÓSTICO
24	FILME - COBRANÇA EM DESACORDO COM CBR	69	SEM GUIA / OFÍCIO DE ENCAMINHAMENTO
25	GUIA / OFÍCIO ENCAMINHAMENTO ILEGÍVEL	70	SOLICITAÇÃO MÉDICA COM DATA RASURADA
26	GUIA / OFÍCIO ENCAM. SEM ASSINATURA PACIENTE	71	SOLICITAÇÃO COM DATA POSTERIOR AO EXAME
27	GUIA AUTORIZADA PARA OUTRO PRESTADOR	72	SOLICITAÇÃO MÉDICA COM DATA VENCIDA
28	GUIA DE ENCAMINHAMENTO FORA DA VALIDADE	73	SOLICITAÇÃO MÉDICA SEM DATA
29	GUIA NÃO AUTORIZADA PELO FUSEX	74	SOMA ERRADA – CÁLCULO
30	GUIA AUTORIZADA PARA OUTRO BENEFICIÁRIO	75	TAXAS FORA DA TABELA ACORDADA
31	GUIA AUTORIZADA PARA OUTRO PROCEDIMENTO	76	TAXAS INDEVIDAS / EXCESSO
32	GUIA SEM CARIMBO DE AUTORIZAÇÃO	77	VISITA HOSPITALAR EM DUPLICIDADE
33	GUIA / OFÍCIO ENCAMINHAMENTO CARBON./ XEROX	78	VISITAS INCLUSAS NO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO
34	HONORÁRIOS MÉDICOS FORA TABELA OU EXCESSO	79	VISITA ESPECIALISTA SEM AUTORIZAÇÃO PRÉVIA
35	JUSTIFICAR COBRANÇA	80	OUTROS
36	MAT/MED ADQUIRIDO P/ FAMILIAR A SEU CRITÉRIO		
37	MATERIAL ACIMA DO PREÇO DE MERCADO		
38	MATERIAL DE ALTO CUSTO SEM NOTA FISCAL		
39	MATERIAL EM EXCESSO		
40	MATERIAL FIXO		
41	MATERIAL INCLUSO NO PROCEDIMENTO		
42	MATERIAL NÃO COBERTO (VER RELAÇÃO ANEXA)		
43	MATERIAL NÃO JUSTIFICADO PARA O CASO		
44	MATERIAL NÃO UTILIZADO		
45	MATERIAL REUTILIZÁVEL - PAGAMENTO PARCIAL		

HOSPITAL GERAL DE JUIZ DE FORA
COMISSÃO DE LISURA DE CONTAS MÉDICAS
SERVIÇO DE AUDITORIA MÉDICA DO HGeJF
ORIENTAÇÕES SOBRE UTILIZAÇÃO DE MATERIAIS DESCARTÁVEIS

Tempo médio de utilização de cada material

MATERIAL	TEMPO DE USO
ALÇA DE POLIPECTOMIA	PAGAR 1/3 DO VALOR
BALÃO DE DILATAÇÃO ESOFÁGICA	PAGAR 1/3 DO VALOR
BOLSA DE COLOSTOMIA	01 A CADA 07 DIAS
CÂNULA DE GUEDEL	PAGAR 1/5 DO VALOR
CÂNULA PARA COLANGIOGRAFIA TRIPLO LÚMEN	PAGAR 1/3 DO VALOR
CATETER ARTERIAL PERIFÉRICO	04 DIAS
CATETER BALÃO (UROLOGIA)	PAGAR 1/5 DO VALOR
CATETER NASAL	01 A CADA 24 HORAS
CATETER VENOSO PERIFÉRICO	UTI = 48 HORAS APARTAMENTO = 72 HORAS
CATETERES SWAN-GANZ	01 A CADA 04 DIAS
CIRCUITO DE RESPIRADOR	07 DIAS
CURATIVO DE ACESSO VENOSO PROFUNDO	48 HORAS
DILATADOR BILIAR SOEHENDRA	PAGAR 1/3 DO VALOR
DISCOFIX 3 (COM EXTENSOR)	48 HORAS
EQUIPO DE BOMBA	UTI = 48 HORAS APARTAMENTO = 72 HORAS
EQUIPO DE NUTRIÇÃO PARENTERAL (NPT) / NUTRIÇÃO ENTERAL (NE)	01 A CADA ETAPA
EQUIPO DE PVC / PAM	72 HORAS
EQUIPO DE SANGUE E DERIVADOS E/OU EMULSÕES LIPÍDICAS	01 EQUIPO A CADA BOLSA ADMINISTRADA
EQUIPO MICROGOTAS	48 HORAS
EQUIPO P/ ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	72 HORAS
EQUIPO P/ ACESSO VENOSO PROFUNDO	48 HORAS
EQUIPO PARA DIÁLISE PERITONIAL	01 A CADA 24 HORAS
EQUIPO PARA HIDRATAÇÃO	UTI = 48 HORAS APARTAMENTO = 72 HORAS
EQUIPO PARA MEDICAÇÃO COM INTERVALO DE HORÁRIO	24 HORAS
EXTRATOR DE CÁLCULO DORME-A (URO)	PAGAR 1/5 DO VALOR
EXTRATOR DE CÁLCULO N-FORCE (URO)	PAGAR 1/5 DO VALOR
FIO GUIA BILIAR PONTA RETA JAG WIRE	PAGAR 1/3 DO VALOR
INTRACATH	01 A CADA 07 DIAS
JONTEX	24 HORAS
LÂMINA DE SHAVER	PAGAR 1/3 DO VALOR
LÁTEX PARA ASPIRAÇÃO	24 HORAS
LÁTEX PARA OXIGÊNIO	24 HORAS
LUVA DE PROCEDIMENTO	UTI = 20 PARES/DIA APARTAMENTO = 10 PARES/DIA
PAPILÓTOMO TRIPLO LÚMEN	PAGAR 1/3 DO VALOR

PRESSÃO ARTERIAL MÉDIA	04 DIAS OBS:TROCA DO DISPOSITIVO DE MONITORIZAÇÃO A CADA 48 H
PRÓTESE PLÁSTICA MONTADA BILIAR-FLEXIMA	PAGAR 1/3 DO VALOR
SANISKIN	50 ML
SCALP	UTI = 02 AO DIA APARTAMENTO = 01 AO DIA
SENSOR DE OXIMETRIA	NÃO PAGAR
SISTEMA DE MONITORIZ. P.A PULMONAR	04 DIAS
SISTEMA DE MONITORIZAÇÃO P.A	04 DIAS – SUBSTITUIR A SOLUÇÃO DE LAVA-GEM A CADA 24 H
SMARCH: MATERIAL REUTILIZÁVEL	MATERIAL REUTILIZÁVEL
SONDA FOWLEY C/ DRENAGEM FECHADA	08 DIAS
SONDA NASO-ENTÉRICA	EM MÉDIA 3 MESES (01 A CADA INTERNAÇÃO)
SONDA NASO-GÁSTRICA	07 DIAS
SONDA VESICAL DE DEMORA	SEM TEMPO
SONDA VESICAL/COLETOR DE URINA FECHADO	01 A CADA 07 DIAS OU POR SONDAGEM
THREE-WAY E EXTENSÃO	72 HORAS
TRAQUEOSTOMIA	07 DIAS

HOSPITAL GERAL DE JUIZ DE FORA
MATERIAIS DESCARTÁVEIS NÃO COBERTOS PELO FuSEx

ABAIXADOR DE LÍNGUA
ABSORVENTE HIGIÊNICO
BANDEJA PARA RAQUIANESTESIA
BLUSAS DESCARTÁVEIS
BOM AR
BORRACHA DE SILICONE
BORRACHA PARA ASPIRADOR
CABO BIPOLAR
CAMISA PARA MICROCAMERA
CAMPO CIRURGICO (OPERATÓRIO) DESCARTÁVEL
CANETA PARA BISTURI DESCARTÁVEL
CÂNULA DE GUEDEL
CAPA PARA MICROSCÓPIO
CHUCA/CHUPETA
CIDEX
CLOROHEX
COLCHÃO CASCA DE OVO
COMBI-RED(TAMPA PARA SORO)
CONECTOR
CONEXÃO PARA ASPIRAÇÃO, BOMBA E PRESSÃO
CREME DENTAL
DERMOIDINE, GERM-HAND, STERILDERM, ÁLCOOL IODADO
DOME P/ TRANSDUTOR DE PRESSÃO REF. 129CK-020
ESPONJA PARA BANHO
ESPONJAS
ÉTER BENZINA E TINTURA DE IODO
EXTENSÃO DE URINA
FILME ENDOSCÓPICO
FILTRO RESPIRADOR
FISOHEX, POVIDINE
FORMOL
FRASCOS PARA EXAMES
GEL PARA BIOMETRICA
GERADOR DE TECNECIA
GERMPOL
GESSO SINTÉTICO
GORRO, MÁSCARAS, PROPÉS, AVENTAIS, CAPOTES E CALÇAS
LÂMINA (GILLETE)
LANCETA
LATEX
LENÇOL DESCARTÁVEL
LUVA PARA APARELHO DE LAPAROSCOPIA
MANTEIGA DE CACAU
MERCÚRIO DE PRATA
OSTEDLITE
PALITO DE LARANJEIRA
PASTA GEL
PIJAMA DESCARTÁVEL
PLACA PARA BISTURI
PLUG ADAPTADOR MACHO
SABONETE
SENSOR INFANTIL/ NEONATAL
SENSOR PARA OXÍMETRO
SUBGALATO DE BISNUTO
TOALHA DESCARTÁVEL

HOSPITAL GERAL DE JUIZ DE FORA
COMISSÃO DE LISURA DE CONTAS MÉDICAS-SERVIÇO DE AUDITORIA MÉDICA
ESTABILIDADE DE FÁRMACOS

NOME GÊNÉRICO	NOME COMERCIAL	SOLUÇÃO EV COMPAT. VEL.	VOLUME POR DILUIÇÃO	TEMPO DE INFUSÃO EV/MIN	ESTABILIDADE NA TEMP. AMBI.	ESTABILIDADE SOB REFRIG.	OBSERVAÇÃO
ACICLOVIR	ZOVIRAX	SF	100 ML	60	12 HORAS	-	-
AMICACINA	NOVAMIN	SF, SG 5%	100 ML	30 a 60	24 HORAS	-	-
AMINOFLINA	AMINOFLINA	SF, SG 5%	100 ML	90	24 HORAS	-	-
AMPICILINA SÓDICA	AMPICILINA / AMPLACILINA / BINOTAL	AD SF SG 5%	- - 100 ML	- - 15 a 30	01 HORA 06 HORAS 02 HORAS	24 HORAS 24 HORAS	- ADMINISTRAÇÃO PARENTERAL LENTA - QTO. MAIS CONC. A SOL., MAIOR A EST. - UTILIZAR IMED. APÓS A PREPARAÇÃO
AMPICILINA (SULFATO)	AMICACINA / NOVAMIN	AD SF SG 5%	- - -	- - -	12 HORAS 24 HORAS 24 HORAS	05 DIAS SE FRASCO-AMPOLA	- NÃO ASSOCIAR OUTROS MEDICAMENTOS NA MESMA SOLUÇÃO
ANFOTERICINA-B	FUNGESON	AD SG 5%	250 ML	180	24 HORAS USO IMED.	03 DIAS 03 DIAS	- NÃO ASSOCIAR OUTROS MEDICAMENTOS NA MESMA SOLUÇÃO
CIFOTAXIMA	CLAFORAN	SF, SG 5%	100 ML	20 a 30	24 HORAS	06 DIAS	-
CEFTAZIDINA	FORTAZ	SF, SG 5%	100 ML	30	18 HORAS	03 DIAS	-
CETOPROFENO	PROFEND	SF, SG 5%	100 ML	20	24 HORAS	-	-
CICLOSPORINA	SANDIMUN	SF	500 ML	24 H	48 HORAS	-	-
CLINDAMICINA (FOSFATO)	DALACIN C	SF, SG 5%	100 ML	10 a 40	24 HORAS	-	-
CLORANFENICOL	CLORANFENICOL / QUINOLONA / SINTOMICETINA	SF, SG 5%	100 ML	30 a 60	24 HORAS	03 DIAS	- NÃO UTILIZAR SOLUÇÕES TURVAS
FENDONA	HIDANTAL	SF	100 ML	30 H	24 HORAS	-	-
FLUMAZENIL	LANEXAT	SF, SG 5%	100 ML	-	24 HORAS	-	-
GANTCICLOVIR	CYTOVENE	SF, SG 5%	100 ML	60 H	24 HORAS	-	-
GENTAMICINA	GENTAMICINA / GARAMICINA	SF, SG 5% AD	100 ML	20 a 120	24 HORAS	03 DIAS 03 DIAS	- NÃO UTILIZAR SOLUÇÕES TURVAS
HIDROCORTIZONA	FLEBOCORITID / SOLUCORTEF	SF, SG 5% AD	100 ML	-	24 HORAS 24 HORAS	03 DIAS	- PARA USO EM INFUSÃO VENOSA, DILUI-SE EM ÁGUA DESTILADA E ACRES-CENTA-SE SF OU SG 5%
IMPENEM/CLASTATINA SÓDICA	TIENAM	SF SG 5%	100 ML	20 a 60	10 HORAS 04 HORAS	-	-
METILPREDNISOLONA	SOLU-MEDROL	SF, SG 5%	100 ML	-	48 HORAS	-	-
OXAICILINA	STATILIN/NOXACILINA	SF, SG 5% AD	100 ML	120 a 180	06 HORAS 03 DIAS	24 HORAS 03 DIAS	-
PENICILINA G POTÁSSICA	PENICILINA GPOTÁSSICA	SF, SG 5%	100 ML	30 a 60	24 HORAS	-	-

NOME GÊNÉRICO	NOME COMMERCIAL	SOLUÇÃO EV COMPAT. VEL	VOLUME POR DILUIÇÃO	TEMPO DE INFUSÃO EV/MIN	ESTABILIDADE NA TEMP.AMB.	ESTABILIDADE SOB REFRIG.	OBSERVAÇÃO
PENTOXIFILINA	TRENTAL	SF, SG 5%	250 ML	120 a 180	24 HORAS	-	-
SULFAMETOXAZOL+TRIMETOPRIMA	BACTRIM	SF, SG 5%	1 em 100 ml 3 em 250 ml	30 a 60	06 HORAS	-	-
CEFALOTINA	CEFALOTINA / KEFLIN	AD SF SG 5%	-	-	06 HORAS 24 HORAS 24 HORAS	02 DIAS 02 DIAS	- A LEVE MUDANÇA DE COLORAÇÃO NÃO PREJUDICA A ATIVIDADE DO ANTIBIÓTICO
CEFTRIAXONA	ROCEFIN / TRIAXIN / TRI- OXINA	AD LIDOCAÍNA SF SG 5%	-	-	24 HORAS USO IMED. 06 HORAS 06 HORAS	02 DIAS 24 HORAS 24 HORAS	- A APRESENTAÇÃO IM COM LIDOCAÍNA JAMAIS PODERÁ SER UTILIZADA VIA ENDOVENOSA
ESTREPTOMICINA		AD SF SG 5%	-	-	01 HORA 24 HORAS 24 HORAS	48 HORAS 08 DIAS 08 DIAS	- NÃO UTILIZAR A VIA INTRAPERITONIAL - NÃO É INDICADA A VIA ENDOVENOSA
LINCOMICINA (CLORDRATO)	FRADERMICINA / LINCO- MICINA / LINCO-PLUS	SF, SG 5%	-	-	24 HORAS	03 DIAS	-
VERAPAMIL	DILACORON	SG 5%	1 em 140ml 3 em 250 ml	-	24 HORAS	-	-
VANCOMICINA	VANCOMICINA	SF, SG 5%	100 ML	60	24 HORAS	14 DIAS 08 DIAS	- PARA INFUSÃO VENOSA, DILUIR EM ÁGUA DESTILADA E ADICIONAR RL, SF OU SG 5%
PEFLOXACINA	PEFLACIN	AD SG 5%	-	-	06 HORAS	-	- NÃO UTILIZAR SOL. SALINAS OU QUE CONTENHAM ÍONS CLORO - RISCO DE PRECIPITAÇÃO - INJEÇÃO EV LENTA.
PENICILINA G BENZATINA	BENZETACL	AD	-	-	-	-	- INJEÇÃO EXCLUSIVA INTRAMUSCULAR
PENICILINA G CRISTALINA		AD AD SF SG 5%	-	-	06 HORAS 06 HORAS	24 HORAS	-
PENICILINA G PROCAÍNA + PENICILINA / POTÁSSICA		AD	-	-	-	24 HORAS	- PROTEGER DA LUMINOSIDADE - VIA DE ADMINISTRAÇÃO EXCLUSIVAMENTE INTRAMUSCULAR
SULBACTAM + AMPICILINA	UNASYN	AD, RL LIDOCAÍNA (5%) SF, SG 5%	-	-	08 HORAS 08 HORAS 03 HORAS	48 HORAS 24 HORAS 04 HORAS	- INJEÇÃO IM DEVE-SE UTILIZAR SOLUÇÕES PREPARADAS ATÉ O MÁXIMO DE 01 HORA - VIA PROFUNDA - INJEÇÃO EV DEVE SER FEITA LENTAMENTE (MAIS OU MENOS EM 03 MIN.)

SF = SOLUÇÃO FISIOLÓGICA A 0,9%

HOSPITAL GERAL DE JUIZ DE FORA
COLÉGIO BRASILEIRO DE RADIOLOGIA – TABELA DE CONTRASTES
CONTRASTES RADIOLÓGICOS – QUANTIDADES IDEAIS POR PROCEDIMENTO

APARELHO DIGESTIVO – 32.06.000-9			
CÓDIGO	PROCEDIMENTO	PRODUTO/TIPO	QDE/VR UC
32.06.001-7	COLANGIOGRAFIA PER-OPERATÓRIA	IODADO (IÔNICO)	20/25 ML
32.06.002-5	COLANGIOGRAFIA PER-OPERATÓRIA	IODADO (IÔNICO)	20/25 ML
32.06.003-3	COLANGIOGRAFIA VENOSA	BILIGRAMA INFUSÃO	100 ML
32.06.004-1	COLANGIOGRAFIA COM PLANIGRAFIA	BILIGRAMA INFUSÃO	100 ML
32.06.005-0	COLANGIOGRAFIA ORAL	IODADO ORAL	12 COMP.
32.06.006-8	ESÔFAGO	BARIO	1 FRASCO
32.06.007-6	ESTÔMAGO E DUODENO	BARIO	2 FRASCOS
32.06.008-4	ESOFAGO E DUODENO	BARIO	2 FRASCOS
32.06.009-2	ESÔFAGO, HIATO EST. E DUODENO	BARIO	3 FRASCOS
32.06.010-6	TRÂNSITO E MORFOLOGIA DELGADO	BARIO	4 FRASCOS
32.06.011-4	CISTER OPACO	BARIO	2 FRASCOS
32.06.012-2	EST. DELGADO DUPLO CONTRASTE	BARIO	3 FRASCOS

APARELHO GENITO-URINÁRIO

CODIGO	PROCEDIMENTO	PRODUTO/TIPO	QDE/VR UC
32.07.001-2	UROGRAFIA VENOSA	IODADO (IÔNICO)	40/50 ML
32.07.001-2	UROGRAFIA VENOSA	IODADO (NAO IÔNICO)	40/50 ML
32.07.002-0	PIELOGRAFIA ASCENDENTE	IODADO (IÔNICO)	40/60 ML
32.07.003-9	URETROCISTOGRAFIA	IODADO (IÔNICO)	50/60 ML
32.07.004-2	UROGRAFIA VENOSA MINUTADA	IODADO (IÔNICO)	40/50 ML
32.07.004-2	UROGRAFIA VENOSA MINUTADA	IODADO (NAO IÔNICO)	40/50 ML
32.07.005-5	UROGRAFIA COM NEFROTOMOGRAMA	IODADO (IÔNICO)	40/50 ML
32.07.005-5	UROGRAFIA COM NEFROTOMOGRAMA	IODADO (NAO IÔNICO)	40/50 ML

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS – 32.09.00-5

CODIGO	PROCEDIMENTO	PRODUTO/TIPO	QDE/VR UC
32.09.001-3	BRONCOGRAFIA UNILATERAL	HYTRAST	20 ML
32.09.003-0	LARINGOGRAFIA	HYTRAST	20 ML
32.09.005-6	DUCTOGRAFIA (POR MAMA)	LIPIDIOL UF	05 ML
32.09.006-4	SIALOGRAFIA (POR GLÂNDULA)	LIPIDIOL UF	05 ML
32.09.007-2	HISTEROSSALPINGOGRAFIA	TELEBRIX HYSTERO	20 ML
32.09.010-2	ARTROGRAFIA	IODADO (IÔNICO)	20/25 ML
32.09.012-9	FISTULOGRAFIA	TELEBRIX HYSTERO	20 ML
32.09.013-7	COLANGIOGRAFIA TRANSCUTÂNEA	IODADO (IONICO)	40/50 ML
32.09.014-5	COLANGIOPANCREATO RETROGR	IODADO (IONICO)	40/50 ML
32.09.015-5	DACRIOCISTOGRAFIA	LIPIDIOL UF	05 ML

NEURORADIOLOGIA – 32.10.000-0

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	PRODUTO/TIPO	QDE/VR UC
32.10.001-9	ANGIOGRAFIA CAROTÍDEA UNILATERAL	IODADO (IONICO)	60/80 ML
32.10.001-9	ANGIOGRAFIA CAROTÍDEA UNILATERAL	IODADO (NAO IONICO)	60/80 ML
32.10.003-5	ANGIOGRAFIA CAROTÍDEA UNILATERAL	IODADO (IONICO)	80/100 ML
32.10.003-5	ANGIOGRAFIA CAROTÍDEA INT.	IODADO (NAO IONICO)	80/100 ML
32.10.005-1	ANGIOGRAFIA CAROTÍDEA INT.	IODADO (IONICO)	80/100 ML
32.10.005-1	ARTERIOGRAFIA VERTEBRAL	IODADO (NAO IONICO)	80/100 ML
32.10.006-0	ARTERIOGRAFIA VERTEBRAL	IODADO (IONICO)	100/150 ML

NEURORADIOLOGIA – 32.10.000-0

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	PRODUTO/TIPO	QDE/VR UC
32.10.006-0	ARCO AÓRTICO	IODADO (NAO IONICO)	100/150 ML

32.10.007-8	ARCO AÓRTICO	IODADO (IONICO)	100/150 ML
32.10.009-4	MILOGRAFIA SEG. 1 SEGMENTO	IOPAMIRON 300	20 ML
32.10.009-4	MILOGRAFIA SEG. 1 SEGMENTO	OMNIPAQUE 370	20 ML
32.10.010-8	MILOGRAFIA 2 SEGMENTOS	IOPAMIRON 350	20 ML
32.10.010-8	MILOGRAFIA 2 SEGMENTOS	OMNIPAQUE 350	20 ML
32.10.011-6	MILOGRAFIA 3 SEGMENTOS	IOPAMIRON 370	20 ML
32.10.011-6	MILOGRAFIA 3 SEGMENTOS	OMNIPAQUE 350	20 ML

OBS: 1. Demais ANGIOGRAFIAS – quantidade de contraste não previsível, variando com o peso, complexidade do procedimento ou patologia.

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA – 34.01.000-9

(*) Em todos os procedimentos usa-se com igual volume iodado iônico ou iodado não iônico injetável

(**) Nos estudos do abdômem superior e pelve cabe a cobrança de controle oral: bário especial (Ex.: baro cat) ou 01 (um) frascos de iodado de 50 ml diluído em água ou soro

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	PRODUTO/TIPO	QDE/VR UC
34.01.001-7	TOMOGRAFIA COMP. ABDOMEM SUPERIOR	IODADOS	100/150 ML
34.01.001-7	TOMOGRAFIA COMP. ABDOMEM SUPERIOR	BAR – IODADOS	900 ML
34.01.002-5	TOMOGRAFIA COMP. ARTICULAÇÕES	IODADOS	100 ML
34.01.003-3	TOMOGRAFIA COMP COLUNA (SEM MIELO)	IODADOS	100 ML
34.01.004-1	TOMOGRAFIA COMP COL. SEGM. ADICIONAL	IODADOS (ATÉ)	20 ML
34.01.005-0	TOMOMIELOGRAFIA	IODADOS	100 ML
34.01.005-0	TOMOMIELOGRAFIA + INTRA-TECAL	NÃO IONICOS - 350	20 ML
34.01.006-8	TOMOGRAFIA COMP CRANIO, SELA, ORBITAL	IODADOS	100 ML
34.01.007-6	TOMOGRAFIA COMP DINAMICA	IODADOS	100/150 ML
34.01.008-4	TOMOGRAFIA COMP FACE – S.F. – T.M.	IODADOS	100 ML
34.01.009-2	TOMOGRAFIA COMP MASTÓIDES – OUIDOS	IODADOS	100 ML
34.01.010-6	TOMOGRAFIA COMP PELVE/BACIA	IODADOS	100/150 ML
34.01.010-6	TOMOGRAFIA COMP PELVE / BACIA	BAR-IODADOS	900 ML
34.01.011-4	TOMOGRAFIA COMP PESCOÇO	IODADOS	100 ML
34.01.012-2	TOMOGRAFIA COMP SEGMENTO APÊNDICE	IODADOS	100 ML
34.01.013-0	TOMOGRAFIA COMP TÓRAX (NÃO VASOS)	IODADOS	100 ML
34.01.013-0	TOMOGRAFIA COMP (VASOS E MEDIASTINO)	IODADOS	150 ML

OBS.:

1. ANGIOTOMOGRAFIAS (ESPIRAL) CEREBRAL, CERVICAL, TORÁCICA, ABDOMINAL, PÉLVICA, ESTREMIDADE..... (IODADO NAO IÔNICO) = 150 ML.

2. ANGIOTOMOGRAFIA AORTA E MEMBROS INFERIORES (IODADO NÃO IONICO) = 250 ML

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA – 36.01.000-6

OBS.: 1. TODOS OS CÓDIGOS:

* USAM CONTRATE EM SITUAÇÕES ESPECÍFICAS

* VOLUME EM TODOS OS EXAMES (GADOLINO) = 15 ML

2. CONFORME OFÍCIO DT – Nº 64/97,21/11/97

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS/FONTES

1. FALK, James Anthony - **Gestão de Custos para Hospitais** - ed. Atlas – 2001.
2. CAMARGO, Marculino - **Fundamentos da Ética geral e profissional** - Editora Vozes, Petrópolis, 1999
3. NEUMANN, Erich - **Psicologia Proferida e Nova Ética**, Ed. Paulinas, 1991, São Paulo
4. PEGORARO, Olinto - **Ética é Justiça**, Ed. Vozes, 2000, Petrópolis do Rio
5. PATERNO, Dario - **Administração de materiais LOGISTICA APLICADA AO HOPITAL**
6. PEREIRA, Gerson Augusto - **Material médico hospitalar** - ED Guanabara Koogan (GK) – 1997
7. MEEKER & ROTHROCK – Alexander - **Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico** - GK –1991
8. **Código de Ética Médica** – Resolução CFM nº 1246 de 08 de janeiro 1988
9. **Curso de Extensão em Auditoria Médica** - Faculdade São Camilo – Ba, 2002
10. **Manual de Auditoria Médica** – Confederação das Unimeds do estado de São Paulo / SAVHE – Assessoria e Consultoria em Saúde
11. Associação Médica Brasileira – **Tabela de Honorários Médicos**, 1992
12. **Curso de Auditoria de Enfermagem** – AUDITO – Auditoria e Consultoria Médica Ltda. e ECT – Assessoria e Consultoria em Saúde
13. **Controle, Avaliação e Auditoria** – Atos Normativos – Ministério da Saúde
14. **Manual de Relacionamento e Integração** - Aliança Cooperativista Nacional Unimed e Central Nacional Unimed
15. **Lei 9.656** – Regulamentação dos Planos e Seguros de Saúde
16. Associação Brasileira de Medicina de Grupo - **Padronização de Sistemas de Informação na Área da Saúde**, 1995
17. Associação Médica Brasileira – **Lista de Procedimento Médico 1996 e 1999**
18. **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar** – Ministério da Saúde
19. SHAVE, **Manual de Auditoria Médica da federação interfederativa de São Paulo**, São Paulo, 1997

AUDITORIA EM SERVIÇOS DE SAÚDE

Auditoria - É uma atividade profissional da área médica e de enfermagem que analisa, controla e autoriza os procedimentos médicos para fins de diagnose e condutas terapêuticas, propostas e/ou realizadas, respeitando-se a autonomia profissional e preceitos éticos, que ditam as ações e relações humanas e sociais. Consiste na conferência da conta ou procedimento, pelo auditor médico ou enfermeiro, analisando o documento no sentido de corrigir “falhas” ou perdas, objetivando a elevação dos padrões técnicos e administrativos, bem como a melhoria das condições hospitalares, e um melhor atendimento à população. Sua existência, necessidades e objetivos são plenamente reconhecidos pela Legislação e pelos Códigos de Ética da área de saúde, além de reconjugado pelas Normas Administrativas das Instituições de Saúde. Portanto, a Equipe de Auditoria deve estar atenta a seus limites, claramente definidos nos respectivos Códigos de Ética, tanto médico como de enfermagem, e embasada em Normas Técnicas próprias e Pareceres de Sociedades Científicas.

O Auditor deve decidir sempre com respaldo técnico e científico, honestidade e responsabilidade. O Auditor ideal deve ser constituído de: 25% de discricção, 25% de ética, 25% de equilíbrio profissional e 25% de conhecimento e totalizando **100% de bom senso**.

O programa de saúde do Brasil tem em seu modelo e política de ação, ao longo dos anos, sofrido uma série de modificações. Tais modificações tiveram sua origem a partir da década de 60, com a unificação dos institutos e das caixas de pensões, assistências e benefícios.

Este novo modelo criado não tinha condições de atender o universo populacional a que se destinava. Diante deste fato, o governo passou a comprar serviços na área da saúde, sendo este o grande passo para o surgimento de todo um mecanismo controlador e ordenador da receita e despesa destinado a levar a todos o direito à saúde.

A partir de então, para atender a tal necessidade, foram criados grupos de médicos fiscais, hoje conhecidos como auditores, com atuação mais orientadora do que repressora. Esta atuação profissional vem assumindo, pela própria evolução e características papel diferente do observado no início da implantação do sistema de saúde.

Hoje, a auditoria médica possui um alto grau de especificidade, imposta pelo mercado, que a define como uma especialidade reconhecida pelas entidades médicas de classe (Conselho Federal de Medicina e a Associação Médica Brasileira) sendo citada no

Código de Ética Médica, com capítulos orientando, controlando, ordenando e atribuindo direitos e deveres para o médico em atividade na área de Auditoria Médico-Pericial. É notório, portanto, que esta atividade profissional, a cada dia, vem ocupando lugar de destaque no mercado de trabalho e na manutenção da viabilidade financeira dos planos de saúde privados e, também, do próprio Sistema Único de Saúde.

É importante ressaltar que o assunto abordado tem caráter e aspecto geral, em relação à Auditoria Médica, e que o oficial médico, na função de auditor, utilizará tais conhecimentos em prol da Instituição Exército Brasileiro, mais especificamente no que pertence ao trabalho a ser realizado nas Unidades Gestoras do SAMMED-FUSEX.

A auditoria em Serviços de Saúde é um tema dos mais relevantes às Instituições de Saúde, porquanto essencial à manutenção da própria “saúde financeira” de tais organizações.

Os auditores militares devem, impositivamente, para o êxito pleno de seus misteres, atuar em três níveis, ou, em outras palavras, em três momentos.

O primeiro deles, anterior à realização do ato médico, é o que pertence à análise, por uma “Comissão de Comprovação de Urgências e Análise de Procedimentos de Alto Custo”, da pertinência do procedimento médico solicitado. Dessa forma, para a autorização de tais procedimentos, é imperativo que a comissão supracitada analise criteriosamente a real indicação clínica do mesmo e, sempre que necessário, recorra a pareceres técnicos de especialistas para respaldar o seu posicionamento. Com tal expediente, muitos outros procedimentos médicos de alto custo e com indicação duvidosa deixariam de ser autorizados, com grande economia para o sistema e para os usuários do mesmo.

O segundo nível de auditoria é aquele que ocorre durante a realização do ato médico, consistindo na visita diária, realizada por membros da equipe de auditoria, às OCS que tenham pacientes do FUSEX internados em suas dependências. Nestas oportunidades, os auditores devem, sempre que possível, interagir com os pacientes e analisar a documentação nosológica dos mesmos (prontuários, exames complementares, condutas adotadas à diagnose e à terapêutica, dentre outras). Tais expedientes são essenciais ao êxito pleno do processo de auditoria, além de sinalizarem à direção e ao corpo clínico da OCS conveniada que está sendo feito um rigoroso acompanhamento dos trabalhos técnico-profissionais e uma análise criteriosa e justa das contas apresentadas. Para este segundo nível de auditoria é essencial que a equipe de auditores, além dos oficiais médicos, seja

também integrada por profissional de nível superior, da área de enfermagem, preferencialmente com curso de especialização em auditoria de contas hospitalares.

Afora os cuidados anteriormente elencados, é fundamental que todos os procedimentos médicos, diagnósticos e terapêuticos, sejam, preliminarmente à sua realização pela OCS conveniada, solicitados por fax à direção da OMS. Esta, por sua vez, os submeterá à apreciação da “Comissão de Comprovação de Urgência e Análise de Procedimentos de Alto Custo”, que concordará ou não com a realização do procedimento.

O terceiro e último momento da auditoria é o referente à lisura técnica e contábil das contas que, certamente, só produzirá resultados proveitosos se integrado aos dois primeiros, anteriormente descritos. É inexequível e infrutífera a lisura feita em faturas e/ou notas fiscais, sem um conhecimento mais aprofundado do caso clínico do paciente e sem uma acurada análise do seu prontuário médico.

A auditoria em seus diversos níveis de atuação deve considerar a elevação dos padrões técnicos e a melhoria das condições hospitalares. O Auditor em qualquer área de atuação contribui para a empresa pública ou privada, no sentido de promover e manter a saúde do usuário.

No Exército Brasileiro, mais precisamente no seu Serviço de Saúde, percebe-se não existir uma concepção de Auditoria Profissional, pela falta de formação técnica dos membros das Comissões de Lisura, fato este que, se corrigido, certamente possibilitará uma racionalização de custos e uma otimização do emprego de recursos, com reflexos na credibilidade do serviço prestado aos usuários do sistema.