





Secretaria da **Saúde**

RESSARCIMENTO ELETRONICO

**DRA. NADIA BAGNOLES MARINANGELO
GNACS/ CRS
SSESP – MARÇO 2010**

Relembrando: Significado dos Termos

❑ **IMPUGNAR:**

contestar, contrariar, se opor

❑ **IMPUGNAÇÃO:**

ato de contestar, de contrariar, de se opor

❑ **RESSARCIMENTO:**

ato ou efeito de reparar, de indenizar, de ressarcir

Para Evitar a Complexidade do Processo Administrativo....



A Lei do Eterno Retorno...



A Perda de Informações em Montanhas de Documentos...



E Muitas Dores de Cabeça!



CHEGOU... TI (TECNOLOGIA DE INFORMAÇÃO)



Ressarcimento Eletronico, mais um Desafio

□ A ANS não recuou diante das críticas ao ressarcimento: encarou esse desafio como uma oportunidade de promover a integração entre o SUS e a saúde suplementar. Além de ser uma proposta de evolução tecnológica e administrativa, o ressarcimento eletrônico inaugura uma nova forma de relacionamento com as operadoras de planos de saúde e com os órgãos do SUS, e fornece à ANS e ao SUS novas fontes de informação para a regulação da saúde no Brasil.

□ Destaques do Ressarcimento Eletrônico

Acesso via internet, o gerenciamento eletrônico de documentos e a utilização de assinaturas eletrônicas com certificação digital - se traduzem em um processamento mais simples e ágil das cobranças.

O principal avanço do sistema é o resgate do **papel regulatório do ressarcimento ao SUS.**

Função Regulatória

- A existência do ressarcimento eletrônico evita práticas abusivas das operadoras, pois reduz a possibilidade das mesmas realizarem economia nas despesas assistenciais direcionando beneficiários ao SUS.
 - Contudo, a função regulatória do ressarcimento não se resume a isso. Ele também é uma importante fonte de informações que podem servir de insumo à regulação, avaliação e controle da atenção de saúde pública e privada. Como no ressarcimento eletrônico os dados de impugnações, recursos e análises serão capturados de forma estruturada, será possível empregar ferramentas para produzir informações que permitam conhecer melhor e identificar as disfunções, tanto da Saúde Suplementar (práticas abusivas na microrregulação do acesso aos serviços contratados, insuficiência da rede assistencial, baixa qualidade dos serviços disponibilizados e de estímulos financeiros à não utilização dos serviços contratados), como do SUS (compartilhamento de prestadores de serviços com a saúde suplementar, o que permite a ocorrência de dupla cobrança, facilitação de acesso de beneficiários a serviços do SUS, escolha do melhor pagador e comercialização de serviços públicos de saúde).
-

O papel regulatório de cada um no ressarcimento ao SUS

ANS

Além da cobrança de débito das operadoras, também cabe à ANS desenvolver atividades fiscalizatórias, detectando possíveis irregularidades nos contratos de planos de saúde e de práticas abusivas

Operadoras

As operadoras também colaborarão no processo fiscalizatório, identificando através de auditorias os casos de dupla cobrança, de realização de procedimentos desnecessários e de outras irregularidades que possam ser praticadas no SUS

O Novo Ressarcimento ao SUS

- ❑ Como produzir informações não tem nenhuma valia se elas não forem disponibilizadas àqueles que podem empregá-las, o ressarcimento eletrônico se fundamenta em uma maior aproximação entre a ANS e os órgãos do SUS.
 - ❑ Essa integração se dará por meio da disponibilização de informações, desde o dia a dia dos processos de ressarcimento ao SUS, por meio da cooperação para a realização de **auditoria** sobre atendimentos cujas cobranças sejam questionadas pelas operadoras.
-

A Resolução

- ❑ **RESOLUÇÃO NORMATIVA – RN N° 185, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2008.**
 - ❑ Institui o procedimento eletrônico de ressarcimento ao SUS, previsto no art. 32 da Lei n° 9.656, de 3 de junho de 1998, e estabelece normas sobre a repetição de indébito e o repasse dos valores recolhidos a título de ressarcimento ao SUS.
-

Informação que será utilizada via email (MODELO)

□ Informação GNACS nº /

São Paulo, de de 2010.

Assunto: Impugnação de ressarcimento ao SUS referente à AIH nº

Trata-se de expediente instruído pela ANS, objetivando analisar a impugnação técnica ao ressarcimento ao SUS, referente à AIH **(número)**, interposto pela operadora **(nome)**.

A referida AIH foi apresentada por **(instituição)**, São Paulo, na competência de *mês/ano*.

Ao DRS **(citar)**, para proceder de acordo com as normas estabelecidas, retornando devidamente concluído em 20 (vinte) dias a contar do recebimento deste, tendo em vista o prazo estipulado pela ANS.

Vanderlei Soares Moya
Diretor Técnico do GNACS

PROCESSO DE IMPUGNAÇÃO

- ❑ Trata-se de solicitação, pelo Ministério da Saúde, de auditoria referente ao atendimento SUS referido em AIH específica, originado por impugnação de operadora privada frente à solicitação de ressarcimento após batimento da ANS, conforme **Lei n.º 9656 (03/06/1998)**.
 - ❑ É feita uma Auditoria de Atendimento - Prontuário, utilizando **impresso padrão**, devolvendo à este Departamento com parecer conclusivo de Auditor em Saúde Pública designado (com **exclusividade do Auditor Médico**, para as auditorias dos prontuários médicos).
 - ❑ Solicitamos sempre que possível, que seja anexado à este a **cópia integral do prontuário e da AIH, REFERENTE AO PERÍODO DE INTERNAÇÃO**, conforme Resolução CFM 1614/01.
-

RELATÓRIO DE AUDITORIA ORIUNDA DE IMPUGNAÇÃO / RESSARCIMENTO DAS OPERADORAS DE PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE (NOVO!)

1.PROCESSO N.º
SIPAR/MS _____

2.DADOS REFERENTES A AIH E/OU PRONTUÁRIO:
N.º AIH _____ Competência: _____
Período de internação: ____/____/____ a ____/____/____
Nome do Paciente Beneficiário: _____
Dependente: ()
Data do Nascimento: ____/____/____ RG: _____
CPF: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____
Motivo (s) de Internação: _____

Procedimento(s) Realizado(s) – Código (s): _____

Hospital: _____
Município: _____
DRS: _____

RELATÓRIO...

3.MOTIVO(S) DA IMPUGNAÇÃO APRESENTADO(S) PELA OPERADORA:

Tabela de Motivos de *ALEGAÇÕES TÉCNICAS* (assinalar o alegado):

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------|-----|
| 1. Internação / Procedimento considerado desnecessário | () |
| 2. Procedimento realizado diferente do lançado | () |
| 3. Quantidade do procedimento considerada desnecessária | () |
| 4. Procedimento realizado não é Urgência / Emergência | () |
| 5. Procedimento de caráter estético | () |
| 6. Outras alegações de Natureza Técnica (Especificar nas linhas abaixo): | |

RELATÓRIO...

❑ 4.AUDITORIA DE PRONTUÁRIO:

	SIM	NÃO
1. Localização do prontuário do beneficiário (e/ou das informações solicitadas)	()	()
2. Confirmação do beneficiário acima	()	()
3. Período de internação confere	()	()
4. Procedimentos realizados e confirmados	()	()
5. Procedimento não estético	()	()
6. Internação Analisada Procede	()	()
7. Internação em caráter de Urgência/Emergência	()	()
8. Outras Observações: _____		

RELATÓRIO

❑ 5.CONCLUSÃO:

- **A.**() Recomendação de **deferir o Pedido de Impugnação** por cobrança Indevida ao SUS. A AIH não procede, será encaminhado para ciência do prestador através de Termo de Anuência, possibilitando a O.R. (Ordem de Recolhimento) quando couber, através de expediente próprio.
- **B.**() Recomendação de **deferir o Pedido de Impugnação** de acordo como *Artigo 32 da Lei 9656/ 1998*. O procedimento foi efetivamente realizado e a AIH em questão, procede.
- **C.**() Recomendação de **indeferir o Pedido de Impugnação** por cobrança e ressarcimento devido ao SUS, de acordo com as análises e/ou relatório apresentado.
- **D.**() Outros e/ou anexar relatório: _____

São Paulo. ____/____/201__

Auditor / Carimbo

ROTEIRO

- ❑ O período de apuração que a **ANS/MS** nos dá para a sua finalização é de impreterivelmente **30 dias**, a contar de sua chegada, avaliação do prontuário e/ou AIH, com finalização conclusiva com suas evidências objetivas e se for o caso das providências a serem tomadas, segundo orientação do **Ressarcimento Eletrônico (RN 185/2008)**, **que se dará por email.**
 - ❑ Nestes processos via web, a ANS encaminha por email para a regional, que também responderá por email, sendo o relatório preenchido em meio magnético e encaminhado como anexo. No GNACS e em todas as DRS, fica a sugestão de imprimir o relatório, arquivando-o, **lembramos que nestes casos não teremos cópia do prontuário.**
 - ❑ De acordo com a **RN 185/2008**, no caso de outros indícios (“fraudes”), encaminharemos o relatório à ANS com a conclusão (**deferir**) e então abriremos processo na SES, para análise. Nestes casos específicos, caberiam as cópias dos prontuários, conforme Resolução CFM 1614, OR, Planilha de Glosa, de Anuência, etc.... Sendo que fica claro que essa documentação, **não fará parte do ressarcimento.**
-

ROTEIRO

- ❑ São duas ações distintas, a saber:
 - Ver se cabe ou não o ressarcimento, respondendo à ANS e
 - No caso de irregularidades observadas, abrir um expediente específico, que correrá à parte.
 - ❑ No caso de processos em papel, estes devem ter suas folhas devidamente numeradas nos respectivos DRS, com sequência de documentação por data.
 - ❑ 1. Número do Processo e do SIPAR (que é o número da ANS/MS)
 - ❑ 2. Dados Referentes ao Prontuário e/ou AIH: é de suma importância os dados de identificação do paciente (RG, CPF. e Nome da Mãe), visto que estes nos informam se o paciente analisado no prontuário e o
- O período de apuração que a **ANS/MS nos dá para a sua finalização é de 30 dias impreterivelmente**, a contar de sua chegada, avaliação do prontuário e/ou AIH (anexar cópia do prontuário e o espelho da AIH), com finalização conclusiva com suas evidências objetivas e se for o caso das providências a serem tomadas.
-

ROTEIRO

- **Todos os campos deverão ser preenchidos, não se deixando nada em branco, temos os seguintes itens a serem preenchidos:**
- **1. Número do Processo e do SIPAR (que é o número da ANS/MS)**
 - **2. Dados Referentes ao Prontuário e/ou AIH:** é de suma importância os dados de identificação do paciente (RG, CPF. e Nome da Mãe), visto que estes nos informam se o paciente analisado no prontuário e o beneficiário da Operadora são homônimos ou dependentes.

Nos processos atuais, temos o **ABI (Aviso Beneficiário Identificado)**, o qual nos informa que o beneficiário de uma operadora já foi identificado no banco de dados da ANS e se sabe que o mesmo teve um atendimento pelo SUS em um dado momento, aqui vale à pena lembrar que, em **planos familiares com dependentes, consta o nome do beneficiário que assinou o plano e após a análise do prontuário, observaremos outro nome, que pode ser de seu dependente.**

ROTEIRO

- **3. Motivos de Impugnação:** são de ordem administrativa e técnica. Aqui **somente transcreveremos as alegações técnicas, indicadas pela operadora**, sendo que no caso de motivos não contemplados, neste item, há um espaço denominado **Outras alegações**, no qual anotaremos o alegado pela operadora (importante fechar os campos não usados).

 - **4. Auditoria do Prontuário:** deverá ser realizada **EXCLUSIVAMENTE por Auditor médico**, com preenchimento de todos os dados de importância referentes à análise do prontuário em si, com um campo em aberto para descrição de eventuais informações não encontradas nos itens constantes deste tópico. Este deve ser cuidadosamente analisado, assim como a sua respectiva AIH. Algumas vezes a ANS tem retornado à SES/SP, para esclarecer finalizações, que por vezes nos obrigaram a reencaminhar tais processos, por não estar clara a conclusão do auditor.
 - ❖ Poderá ser feita *in loco* (o que deve ser informado) ou por solicitação de cópia do prontuário, anexada ao processo.
-

ROTEIRO

- **5. Conclusão:** aqui temos as conclusões de deferimento após análise do processo e auditoria do prontuário:
 - A. **Deferir se verificarmos que a AIH não procede.** Devemos encaminhar o respectivo Termo de Anuência ao Prestador, e abrir novo expediente com solicitação de Ordem de Recolhimento (OR) ao FNS/FUNDES/FMS (de acordo com a gestão e competência), onde deverão constar as Planilhas de Glosa (OR) e Termo de Anuência devidamente preenchidos e/ou carimbados.
 - B. **Deferir de acordo com a Lei 9656, artigo 32. A cobrança ao SUS foi correta, pois o procedimento foi efetivamente realizado e a AIH procede.**
 - C. **Indeferir, de acordo com a legislação.**
 - D. **Outros e/ou anexar relatório:** se o auditor achar necessário justificar a sua conclusão em relatório adicional, com a finalidade de fornecer evidências objetivas, que não estejam claras no presente relatório elaborado ou ainda apresentar informações sobre determinada doença, poderá fazê-lo e anexá-lo, com a finalidade de tornar clara a conclusão final. Podemos também ter **outras conclusões**, que por vezes pedem glosa parcial, por diferença de procedimentos lançados e efetivamente efetuados (por mudança de procedimento) e também serão especificadas neste item, ***cabendo abrir processo para tramitação independente.***

IRREGULARIDADES A SEREM OBSERVADAS E EVITADAS

- ✓ Demora na resolução dos processos, às vezes chegando a um ano (**prazo oficial é de 30 dias**), lembrar que somos cobrados pelo MS.
- ✓ Processos confusos por não manterem uma ordem cronológica de datas dos documentos constantes na sua composição e com folhas não numeradas.
- ✓ Falta de preenchimento completo nos dados dos itens constantes no Relatório e/ou **campos deixados em aberto, o que não pode ocorrer, pois é passível de manipulação.**
- ✓ Assinaturas ilegíveis assim como a ausência de carimbos que nos comprovem quem fez a auditoria do processo.
- ✓ O fato de existir declaração do beneficiário e/ou seu dependente negando a internação (quando existente), nada significa, pois já observamos que isto muitas vezes ocorre talvez por receio de represálias.

OBSERVAÇÕES NOS EXPEDIENTES DE RESSARCIMENTO (ATUAIS)

- ✓ Demora na resolução dos processos (**prazo oficial é de 30 dias**), lembrar que somos cobrados pelo MS.
- ✓ Processos confusos por não manterem uma ordem cronológica de datas dos documentos constantes na sua composição e com folhas não numeradas.
- ✓ Falta de preenchimento completo nos dados dos itens constantes no Relatório e/ou **campos deixados em aberto**, o que não pode ocorrer, pois é passível de manipulação.
- ✓ Assinaturas ilegíveis assim como a ausência de carimbos que nos comprovem quem fez a auditoria do processo.
- ✓ O fato de existir declaração do beneficiário e/ou seu dependente (processos antigos) negando a internação, não exclui a necessidade de auditoria.
- ✓ A auditoria de prontuário sempre deve ser realizada “*in loco*”. Em casos específicos, conforme **Resolução CFM 1614**, poderão ser solicitadas cópias do prontuário.
- ✓ **Verificar sempre se a AIH em questão foi efetivamente paga (BDAIH/SITAIH).**

OBSERVAÇÕES...

- ❑ **Nos casos, em que se fizer necessária a abertura de um novo processo, como dito, no início do roteiro, lembramos:**

- ✓ Aceitação total de relatórios emitidos com pareceres dados pelo próprio Diretor Clínico da prestadora e/ou seus auditores ou auditores das operadoras sobre o procedimento, muitas vezes sem os dados de identificação do paciente, sem dados de prontuário, sem AIH, etc.. sem ter ido verificar “in loco” se estas informações correspondem mesmo à realidade.

- ✓ Nos ofícios que solicitam ao prestador a cópia do prontuário e da AIH, não há a cobrança de um prazo para o envio desta documentação, este deverá ser de **sete dias no máximo**, após o que será imediatamente reiterado e estes devem ser devidamente protocolados na sua entrega e com **A.R. (Aviso de Recebimento)**.

- ✓ Não havendo nenhuma manifestação do prestador, mesmo que seja encaminhado o ofício de solicitação do envio das cópias do prontuário e da AIH, dentro do prazo solicitado e mesmo após reiteração, informar o ocorrido ao Diretor da DRS e finalizar o processo com esta informação.

MAIS OBSERVAÇÕES....

- ✓ Falta do Termo de Anuência assinado pelo Diretor e/ou Mantenedor do prestador, quando solicitada OR (Ordem de Recolhimento) ou com sua devida atualização, nos casos que a AIH não procede, glosa parcial, diferença na mudança de procedimento, etc... Planilhas de Ordem de Recolhimento (**conforme modelos anexos***) inexistentes e/ou incompletas (com itens em aberto), sem assinaturas e/ou carimbos.
 - ✓ Desconhecimento da **Resolução SS - 46 de 10/04/2004** (penalidades por infração a qualquer cláusula celebrada em contratos/convênios).
 - ✓ Necessidade de manter uma planilha em meio magnético, devidamente atualizada dos processos instruídos, agilizando assim qualquer questionamento que se fizer.
-

ATENÇÃO:

- ❑ NO CASO DO PRONTUÁRIO DO PACIENTE NÃO SER ENCONTRADO, PELO MANUAL DE GLOSAS DO DENASUS/MS, A AUSÊNCIA DE PRONTUÁRIO NOS OBRIGA À GLOSA TOTAL E O.R. DO VALOR TOTAL DA AIH (MOTIVO 35).
- ❑ LER SEMPRE O PROCESSO DO COMEÇO AO FIM.
- ❑ A Instrução GNACS-2 de 31/01/2008 e seus anexos – planilhas, que somente deverão ser usadas na OR referente à prestação de serviços *a partir de Agosto de 2003*, quando o recolhimento for ao FUNDES*** (ela substitui a Instrução GNACS-1 de 26/04/2005).

***FUNDES – GGROF: Grupo de Gerenciamento de Recursos Orçamentários e Financeiros

- ❑ Para os casos anteriores à Agosto de 2003 serão usados os anexos específicos do MS, sendo que a OR será feita pelo DIAUD/SP, quando o recolhimento for ao FNS.

ORIENTAÇÕES QUANTO À GESTÃO

- ❑ Nos casos, em que dependendo da data de internação, o hospital em que foi realizado o atendimento, estando sob **Gestão Estadual**, a **avaliação e finalização desta auditoria serão pela respectiva CTAR/DRS, representante do Gestor a nível regional**, que fará uma auditoria no prontuário e respectiva AIH (*“in loco”* ou por solicitação de cópia), com preenchimento do referido instrumento, segundo o roteiro, para após conclusão final e validação pelo DRS, encaminhar os autos para avaliação deste GNACS e prosseguimento, havendo concordância.
- ❑ Quando o atendimento prestado se der em hospital sob **Gestão Municipal**, agora **Comando Único**, esta auditoria será realizada pela devida **Equipe Técnica de Auditoria Municipal – ETAM**, para tal, orientamos que se faça uma reunião com as respectivas ETAM, objetivando passar estas informações, para que todos os envolvidos nestes Processos de Ressarcimento tenham uma conduta padronizada, seguindo o mesmo procedimento feito por este GNACS com a Prefeitura de São Paulo. Nestes casos, havendo concordância quanto à finalização, a validação será feita pela CTAR/DRS, com posterior envio para nosso prosseguimento.

□ DÚVIDAS?

VEJAM NO SITE DA SESSP

Obrigada
