

“ Não controlamos o vento, mas podemos ajustar as velas.”

Parte II

APRENDENDO A LER A CARTA DE NAVEGAÇÃO
&
DESATANDO NÓS



17º AUDHOSP E 3º AUDHASS

Curso – A Importância da Recepção no processo de Faturamento em Saúde Hospitalar – Dia 11 de setembro, das 9h às 17h.

Simone Gondos

“ Não controlamos o vento, mas podemos ajustar as velas.”

Parte II

APRENDENDO A LER A CARTA DE NAVEGAÇÃO
&
DESATANDO NÓS



REDE D'OR
SÃO JUIZ

- 36 Hospitais
- RJ, SP, DF, SL, PE
- 238 mil cirurgias por ano
- 26,9 mil partos por ano
- 5,5 mil leitos
- 3,47 milhões de atendimentos de emergência por ano
- 87 mil médico credenciados
- 40,8 mil Funcionários

Nossos Princípios e Valores:- missão, visão e valores, devem ser de total clareza para quem recebe.

Como Obter a Excelência em Serviços

- ✓ **Competência**
- ✓ **Credibilidade**
- ✓ **Desenvolvimento**
- ✓ **Humanização**
- ✓ **Integridade**
- ✓ **Respeito**

Cadeia de Recebíveis Hospitalar

É formada pelas áreas efetivamente geradoras de receita:-

- 1) Agendamento
- 2) Recepções
- 3) Central de Autorizações
- 4) Auditoria Interna de Enfermagem
- 5) Faturamento
- 6) Tesouraria
- 7) Recurso de Glosas

O que significa Plano de Saúde, Convênio Médico, Operadora de Saúde?

O Plano de Saúde é um serviço oferecido por uma operadora de saúde, empresas privadas, com o intuito de prestar assistência médica e hospitalar.

Assim, surgem os Planos de Saúde Suplementar, onde o indivíduo assina um contrato com uma determinada empresa do ramo da saúde com X coberturas contratuais, realizando pagamentos mensais de sua mensalidade, para ter a garantia de atendimento médico ambulatorial, urgência e emergência e internações em sua rede de hospitais contratados.

O SUS também é um “tipo” de plano de saúde para toda a população.

Saúde Suplementar

A Saúde Suplementar pode ser definida como todo atendimento privado de saúde, realizado por meio de um convênio com um plano de saúde.

ANS – Agência Nacional de Saúde

É a agência reguladora vinculada ao Ministério da Saúde, responsável pelo setor de planos de saúde no Brasil. De forma simplificada a regulação pode ser compreendida como um conjunto de medidas e ações do governo que envolvem a criação de regras e normas, controlando e fiscalizando os planos de saúde.

Padrão TISS – Troca de Informação da Saúde Suplementar

O padrão TISS, define o padrão para troca de informações sobre os atendimento prestado aos beneficiários, entre operadoras de plano privado e prestadores, além de subsidiar a ANS com informações pertinentes a atendimento e faturamento. Esta padronização tem por objetivo atingir a compatibilidade e interoperabilidade funcional e semântica entre os diversos sistemas independentes para fins de avaliação de assistência médica à saúde (caráter clínico, epidemiológico ou administrativo) e seus resultados, orientando o planejamento do setor de saúde suplementar.

TUSS – Terminologia Unificada da Saúde Suplementar

É a padronização da codificação dos procedimentos da saúde.

CID – Classificação Internacional de Doença

A Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (também conhecida como Classificação Internacional de Doenças – **CID 10**) é publicada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e visa padronizar a codificação de doenças e outros problemas relacionados à saúde.

XML – Extensible Markup Language

XML é a sigla para Extensible Markup Language, que **significa** em português Linguagem Extensível de Marcação Genérica. É uma recomendação para gerar linguagens de marcação para necessidades especiais.

O **arquivo XML** é a versão digital da nota fiscal propriamente dita, sendo o formato utilizado para registro das informações relativas à NF-e (a nota fiscal eletrônica), que é emitida quando da venda de um produto. Ele obedece a um padrão nacional de escrituração fiscal

Todas as senhas, carteirinhas imputadas pelas recepções, serão geradas nos arquivos XML, a serem enviados por nossos faturamentos.

Glosas

Glosa é a recusa parcial ou total de uma fatura, pela operadora de saúde, por considerar sua cobrança indevida, por erro ou emissão de alguma informação contida nas guias de tratamento ou por falta de qualidade técnica dos procedimentos ou exames realizados nos beneficiários.

Glosa Administrativa são as recusas relacionadas a erros em questões de falta ou preenchimento incorreto das guias de autorizações indicadas pela operadora. Ocorrem também quando há erros de digitação, cálculos incorretos, cadastros errados. Glosa Técnica são glosas registradas quando algum procedimento médico é contestado e torna-se necessária a avaliação de auditor técnico (médico ou enfermeiro).

Termo de Responsabilidade

Por este instrumento particular o usuário (nome) ou seu responsável (nome se for o caso) declara para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor), que dá plena autorização ao médico Dr. (nome), inscrito no CRM sob o nº (informar), para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico, bem como executar o tratamento médico ou cirúrgico que possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde.

Declara, outrossim, que o referido médico, atendendo ao disposto no artigo 59 do Código de Ética Médica e artigo 9 da Lei 8.078/90, explicou claramente a proposta do procedimento médico ou cirúrgico, seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas ao procedimento, proporcionando livre questionamento e respondendo inteira e satisfatoriamente as perguntas.

(localidade), (dia) de (mês) de (ano).

(assinatura)
(nome do usuário ou responsável)
(RG e CPF)
(endereço)

(assinatura)
(nome do médico)
(CRM)



Identificação do Paciente

A identificação dos pacientes e sua elegibilidade para o atendimento são determinadas obrigatoriamente pela apresentação do cartão de identificação do paciente junto ao plano de saúde do mesmo. Para a apresentação do atendimento é indispensável à apresentação do cartão do plano de saúde acompanhado de um documento de identificação preferencialmente com foto do usuário. O atendente da recepção deverá adicionalmente, validar cada atendimento a elegibilidade direto no site ou na Central de Autorização da Operadora.

Identificação do Paciente

A data da validade da carteirinha, o padrão permitido de acomodação e a existência de eventuais carências, são campos que devem sempre ser conferidos no ato do atendimento.

Quando o atendente responsável pelo atendimento não segue correto esse processo, pode acarretar vários problemas como:

- Paciente ter cadastro,mas seu convênio não ser o mesmo desde o último atendimento;
- Carteirinha estar vencida;
- Plano não atender mais na Unidade;
- Paciente com carência;
- Paciente não habilitado para especialidade/procedimento.

Elegibilidade, o que significa?

É um conjunto de informações que permite avaliar o enquadramento do paciente na modalidade de assistência disponível pela operadora, ou seja, se o paciente pode ser atendido ou não em seu hospital.

Essa funcionalidade ajuda o atendente a identificar com total clareza, quais pacientes podem ser atendidos e quais procedimentos eles estão autorizados pela operadora a realizarem em seu hospital.

A consulta é realizada através do:-

- CNPJ
- Código de Prestador

✓ *Se o paciente pode ser atendido em seu hospital, o status “válido”, significa que o procedimento pode ser executado por nós prestadores de serviços ao beneficiário, consultado.*

Informação Importante

Sempre que o status retornar como “inválido”, o atendente pode clicar sobre o retorno e identificar o motivo da negativa.

De forma geral, sempre nós prestadores não estivermos habilitados a realizar um procedimento ou para atender uma rede específica da operadora, o status retornará como inválido e o atendimento deve ser realizado como particular, desde que haja a anuência do paciente e/ou acompanhante.

- ✓ A verificação da elegibilidade, NÃO constitui uma autorização para o atendimento e/ou realização do procedimento. A autorização é um segundo passo em seu atendimento.

Validação da Elegibilidade

Cada operadora tem uma particularidade e diferentes modelos de Carteiras de Identificação (carteirinha), onde leva a necessidade da validação da elegibilidade do paciente, prévia ao todo e qualquer atendimento, mesmo para consultas e exames laboratoriais.

A ferramenta de elegibilidade ou de validação permite, via WEB, verificar se o paciente é um usuário ativo do plano de saúde, bem como verificar o direito de uso dos serviços oferecidos pelo Hospital e períodos de carência. Para realizar a validação, o atendente só precisa digitar a matrícula do paciente junto ao plano e/ou via Orizon.

Operadoras que podem ser consultadas pela plataforma Orizon

- Bradesco
- Sul América
- Cassi
- Notredame
- Seguros Unimed
- Care Plus
- Cabesp

Como aprimorar e manter a excelência das recepções?

- Treinamento – do *substantivo masculino*
- 1. ação ou efeito de treinar(-se).
- 2.m.q. *TREINO* ('destreza').

A expressão **treino** ([português europeu](#)) ou **treinamento** ([português brasileiro](#)) refere-se ao processo de aquisição de conhecimento, habilidades e competências como resultado de formação profissional ou do ensino de habilidades práticas relacionadas às competências específicas.

Isto forma o núcleo da aprendizagem e fornece a espinha dorsal de conteúdo em escalas politécnicas. Além do treino básico exigido por uma ocupação ou profissão, os avanços tecnológicos e a competitividade do mundo moderno exigem que os trabalhadores atualizem constantemente suas habilidades profissionais ao longo de sua VIDA PROFISSIONAL.

“ Não controlamos o vento, mas podemos ajustar as velas.”

Parte II

APRENDENDO A LER A CARTA DE NAVEGAÇÃO
&
DESATANDO NÓS



Juntos somos mais fortes e mais competentes!



“ Não controlamos o vento, mas podemos ajustar as velas.”

Parte II

APRENDENDO A LER A CARTA DE NAVEGAÇÃO
&
DESATANDO NÓS



Obrigada!

Simone Gondos Lourenço Rodrigues

(11) 98217.9871

simonegondos@hotmail.com

simone.gondos@rededor.com.br

Atibaia-SP, 11 de setembro de 2018.