

Embasamento Jurídico para Gestão de Saúde

AUDHASS: Mesa 8 – Legislação/Auditoria/ANS



DECI-FRA-ME **OU TE** **DEVORO!**
O ENIGMA DO FATURAMENTO E AUDITORIA

21º AUDHOSP

Congresso Nacional
de Auditoria em Saúde
e Qualidade da Gestão
e da Assistência
Hospitalar

7º AUDHASS

Congresso Nacional de
Auditoria em Saúde
e Qualidade de
Assistência Hospitalar
na Saúde Suplementar



www.audhosp.com.br

Cristiano Plate

Advogado especializado na Área da Saúde Suplementar

e

Direito Médico e Hospitalar

- Sócio do escritório Cristiano Plate & Advogados Associados
 - Advogado Dativo do Cremesp desde 2019.
- Membro da Academia Nacional de Seguros e Previdência
 - Coordenador do Núcleo de relacionamento com Organizações da Sociedade Civil da Comissão de Direito Médico da OAB/SP.

Experiência de 20 anos de prestação de serviços para Empresas e Profissionais da Área da Saúde.



TEMAS ABORDADOS:

- **PANORAMA ATUAL DA SAÚDE SUPLEMENTAR**
- **INSTRUMENTOS DE GESTÃO DE SAÚDE:**
 - **AUDITORIA EM SAÚDE**
 - **GLOSA**
 - **JUNTA MÉDICA**



DECIFRA-ME em PDF **DEVORO!**
O ENIGMA DO FATURAMENTO E AUDITORIA

2ª AEDIHOSP **1ª AEDIHASS** 
Empresa Receptiva de Saúde e Auditoria em Saúde Empresa Receptiva de Saúde e Auditoria em Saúde Federação de Entidades Hospitalares do Estado de São Paulo
www.aedihosp.com.br



PANORAMA ATUAL DA SAÚDE SUPLEMENTAR



DECIFRA-ME em 2017 **DEVORO!**
O ENIGMA DO FATURAMENTO E AUDITORIA

21º ASBOSP
Congresso Nacional
de Auditoria em Saúde
e Auditoria Hospitalar

7º ASBASS
Congresso Nacional de
Auditoria em Saúde
e Auditoria Hospitalar

**fehosp**
FEDERAÇÃO
ENFERMEIROS
HOSPITALARES
www.fehosp.com.br



PANORAMA ATUAL DA SAÚDE SUPLEMENTAR

A saúde privada responde pela geração de **4,7 milhões de empregos**¹.

Planos de saúde são responsáveis pelo atendimento de **50,7 milhões de brasileiros**².

Existem atualmente cerca de **676 operadoras médicas**² no país.

Mais da metade são empresas de pequeno porte

Fonte 1: IESS / Fonte 2: Sala de situação - ANS (julho2023)

PANORAMA ATUAL DA SAÚDE SUPLEMENTAR

Cerca de **420 mil médicos**¹ atendem pelos planos de saúde

83% da receita dos principais hospitais privados² do país vem do que é repassado pelos planos e seguros de saúde para custear o atendimento fornecido a seus beneficiários.

Cerca de **173 mil estabelecimentos de saúde**⁴ – entre hospitais, consultórios, clínicas, ambulatórios especializados e unidades de serviço de apoio à diagnose e terapia – **atendem planos de saúde no país.**

PANORAMA ATUAL DA SAÚDE SUPLEMENTAR

Mapa assistencial

Em 2022, planos de saúde proporcionam a realização de **1,8 bilhão de procedimentos de saúde**, entre consultas, exames, internações, terapias e cirurgias, por seus beneficiários.

Fonte: Mapa Assistencial ANS 2022.

Sinistralidade

- A sinistralidade é **um dos mais importantes indicadores da saúde suplementar**.
- Ela mostra a **relação entre contraprestações** (receita) das operadoras, frente as **despesas** (uso dos planos para exames, consultas, internações, medicamentos e cirurgias).
- No segundo semestre de 2023, a **taxa de sinistralidade** dos planos de saúde médico-hospitalares foi de **87,9%**.
- Na prática, a **cada R\$ 100 reais** dos custos das operadoras de saúde, **R\$ 87,90** foram destinados ao **pagamento de despesas assistenciais**.

Dados de divulgados pela ANS referente ao 2T/2023.

Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

- O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde **garante e torna público o direito assistencial dos beneficiários dos planos de saúde**, válido para planos de saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999.
- Contempla os **procedimentos e eventos em saúde** considerados indispensáveis ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento de doenças, em cumprimento ao disposto na Lei nº 9.656, de 1998.



Desafios da Saúde Suplementar

Longevidade

Novas tecnologias

Iniciativas legislativas

Judicialização

Fraudes e desperdícios



Desafios da Saúde Suplementar

Longevidade

- Estima-se que no Brasil haja **33 milhões de idosos**.
- Em **20 anos**, o Brasil dobrou sua população com mais de 60 anos.
- Nos últimos 10 anos, o número de beneficiários de planos de saúde na faixa etária dos **20 aos 39 anos caiu 8,9%** enquanto o de maiores de **60 anos cresceu 32,6%**.



Desafios da Saúde Suplementar

Incorporação de novas tecnologias

- **A medicina é uma ciência que avança em alta velocidade** e manter a cobertura oferecida pelos planos de saúde atualizada é fundamental.
- A principal questão a ser refletida é **como gerar riqueza suficiente para garantir à população acesso às novas tecnologias**, mediante recursos finitos e velocidade de inovação.
- Rol de Procedimentos = **processo ágil**
- O que antes levava até **2 anos** para incorporar, **hoje** é incluído no máximo **em 9 meses**.



Desafios da Saúde Suplementar

Iniciativas legislativas

A Lei 14.454/2022 (rol exemplificativo) aumenta a insegurança jurídica e coloca o Brasil na contramão das melhores práticas mundiais de ATS

- Aprovação sem devido debate técnico; 3 anos no STJ x 2 meses no legislativo;
- Subjetividade do conceito de “eficácia, à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas e plano terapêutico”;
- Compromete a previsibilidade de despesas e a precificação, podendo causar reajustes maiores.



JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE:

(STJ - EREsp 1.886.929), entendeu ser taxativo em regra, o rol de procedimentos e eventos estabelecido pela Agência Nacional de Saúde (ANS):

1 - o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar é, em regra, taxativo;

(...)



LEI Nº 14.454, DE 21 DE SETEMBRO DE 2022 - ROL EXEMPLIFICATIVO

Art. 1º (...) estabelecer critérios que permitam a cobertura de exames ou tratamentos de saúde que não estão incluídos no rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar.

(...)

§ 13. Em caso de tratamento ou procedimento prescrito por médico ou odontólogo assistente que não estejam previstos no rol referido no § 12 deste artigo, a cobertura deverá ser autorizada pela operadora de planos de assistência à saúde, desde que:

I - exista comprovação da eficácia, à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas e plano terapêutico; ou

II - existam recomendações pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), ou exista recomendação de, no mínimo, 1 (um) órgão de avaliação de tecnologias em saúde que tenha renome internacional, desde que sejam aprovadas também para seus nacionais."



QUADRO COMPARATIVO ENTRE DECISÃO STJ E LEI DO ROL:

Quadro 1 – Critérios para excepcionar o rol da ANS	
STJ. EREsp n. 1.886.929/SP, Rel. Min. LUIS FELIPE SALOMÃO, 2ª. Seção, DJe de 3/8/2022 ⁷	Lei 14.454/2022, que confere nova redação à Lei dos Planos de Saúde
<p>“não havendo substituto terapêutico ou estando esgotados os procedimentos do Rol da ANS, pode haver, a título de excepcionalidade, a cobertura do tratamento indicado pelo médico ou odontólogo-assistente, desde que</p> <p>(i) não tenha sido indeferida expressamente pela ANS a incorporação do procedimento ao Rol da Saúde Suplementar; (ii) haja comprovação da eficácia do tratamento à luz da medicina baseada em evidências;</p> <p>(iii) haja recomendações de órgãos técnicos de renome nacionais (como Conitec e NatJus) e estrangeiros; e</p> <p>(iv) seja realizado, quando possível, o diálogo interinstitucional do magistrado com entes ou pessoas com expertise na área da saúde, incluída a Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar (...)</p>	<p>I - exista comprovação da eficácia, à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas e plano terapêutico; ou</p> <p>II - existam recomendações pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), ou exista recomendação de, no mínimo, 1 (um) órgão de avaliação de tecnologias em saúde que tenha renome internacional, desde que sejam aprovadas também para seus nacionais.”</p>



SITUAÇÃO IMPOSTA PELA LEI 14.454/22:

Condições	SUS	Saúde Suplementar
Evidências Científicas	sim	sim
Eficácia	sim	sim
Acurácia	sim	não
Efetividade	sim	não
Segurança	sim	não
Avaliação Econômica	sim	não
Registro na Anvisa	sim	não



ANS busca solução junto ao Ministério da Saúde para regulamentar lei do rol, afirma diretor-presidente

Publicado em setembro de 2022, lei do rol da ANS segue sem aplicação por falta de regulamentação. Agência segue estudando como implementar.

Por Rafael Machado · 29 de maio de 2023



TRECHOS DA NOTÍCIA

<https://futurodasaude.com.br/ans-e-ministerio-buscam-solucao-lei-rol/>

Publicada em setembro de 2022, a chamada **lei do rol da ANS** segue sem aplicação prática por falta de definições sobre os critérios que devem ser utilizados, já que indica apenas que para ter cobertura é preciso ter **indicação médica, comprovação científica e ter sido incorporada por uma agência de renome.**

A ANS alega que não foi designada a ela a responsabilidade de regulamentar a lei, e os pacientes seguem recorrendo à justiça para conseguir acesso aos tratamentos.

Associação de planos de autogestão em saúde move ação contra Lei do Rol da ANS

Legislação aprovada em setembro amplia a cobertura a tratamentos não contemplados pela agência



LÍGIA FORMENTI

BRASÍLIA

04/11/2022 19:11

Atualizado em 06/06/2023 às 08:07



Foto: Unsplash

TRECHOS DA NOTÍCIA

<https://www.jota.info/tributos-e-empresas/saude/associacao-de-planos-de-autogestao-em-saude-move-acao-contra-lei-do-rol-da-ans-04112022>

Unidas ingressou no **STF** com uma ação direta de inconstitucionalidade contra a chamada Lei do Rol da ANS (Lei 14.454 – tratamentos não incluídos no rol).

A ação tramita como ADI 7.265.



Cristiano Plate &
Advogados Associados

TRECHOS DA NOTÍCIA

O artigo mais questionado é o que estabelece os critérios para que procedimentos que estejam fora da lista da ANS sejam garantidos pelos planos.

Pela lei, é preciso que pelo menos um dos três requisitos sejam preenchidos:

- comprovação da eficácia, baseada em evidências científicas;

- aprovação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec);

- ou recomendação de um órgão ou avaliação de tecnologia de saúde de renome internacional.

O trecho é considerado muito abrangente: não traz referências à segurança e, sobretudo, não explica o que deve ser considerado como “evidências científicas”.



NOTÍCIAS

← VOLTAR



ROL DE COBERTURA OBRIGATÓRIA DOS PLANOS DE SAÚDE BRASILEIROS PASSA A INCLUIR UM DOS REMÉDIOS MAIS CAROS DO MUNDO, QUE CUSTA CERCA DE R\$ 6,4 MILHÕES

Nesta segunda-feira (06/02), Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) aprovou a incorporação de quatro tecnologias ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, dentre as quais está o Onasemnogeno Abeparvoeque (Zolgensma®), medicamento utilizado para tratamento de pacientes pediátricos com até 6 meses de idade com Atrofia Muscular Espinhal (AME). Trata-se de um dos medicamentos mais caros do mundo, cujo preço máximo estipulado pela Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos - órgão interministerial responsável pela definição dos preços máximos de comercialização de remédios no Brasil - é de R\$ 6,4 milhões por tratamento.



TRECHOS DA NOTÍCIA

A incorporação do medicamento no Rol da ANS se deve ao que determina o parágrafo 10 da Lei 14.307, de março de 2022: “As tecnologias avaliadas e recomendadas positivamente pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), instituída pela Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011, cuja decisão de incorporação ao SUS já tenha sido publicada, serão incluídas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar no prazo de até 60 (sessenta) dias”.

Em dezembro de 2022, a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde **(Conitec) avaliou o tratamento e o Ministério da Saúde já o havia incorporado ao SUS**, gerando a **necessidade de incorporação ao Rol da ANS**, nos termos da lei.



AUTISMO – TERAPIAS

PARECER TÉCNICO N.º 39/GCITS/GGRAS/DIPRO/2022

COBERTURA: ABORDAGENS, TÉCNICAS E MÉTODOS USADOS NO TRATAMENTO DO TRANSTORNO TRANSTORNOS GLOBAIS DO DESENVOLVIMENTO, INCLUINDO O TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

Portanto, procedimentos realizados fora desses critérios, tais como atendimentos em domicílio/escola/outros ambientes, atendimentos realizados por profissionais que não são da área da saúde ou que não estão no seu exercício profissional, prescrição de atendimento não relacionado a procedimento previsto no Rol, entre outros, **não terão cobertura obrigatória pelas operadoras**, seja por meio de rede própria/credenciada, seja por meio de reembolso, nos planos com opção de livre escolha de prestador



PRINCIPAIS ESCLARECIMENTOS DA PROGE SOBRE A LEI 14.454/22

PARECER N. 00070/2022/GECOS/PFANS/PGF/AGU

PARECER n. 00070/2022/GECOS/PFANS/PGF/AGU

NUP: 33910.033056/2022-51

INTERESSADOS: A ANS AGÊNCIA NAC. DE SAÚDE SUPLEMENTAR

ASSUNTOS: AGÊNCIAS/ÓRGÃOS DE REGULAÇÃO

EMENTA: I – Taxatividade do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS. II - § 13 do art. 10 da Lei nº 9.656/1998, acrescentado pela Lei nº 14.454/2022: mitigação da competência da ANS para definir a amplitude da cobertura no âmbito da saúde suplementar. III – Direito a cobertura de procedimentos e serviços sem o pronunciamento da ANS: ausência de competência da ANS para disciplinar questões relativas ao preenchimento dos requisitos previstos no § 13 do art. 10 da Lei nº 9.656/1998, acrescentado pela Lei nº 14.454/2022. IV – Existência de competência implícita necessita de forte e ampla justificativa. V - Impossibilidade de aplicação pela fiscalização de penalidades por descumprimento do § 13 do art. 10 da Lei nº 9.656/1998 na ausência de regulamentação/regulação de qualquer aspecto relacionado à cobertura extrarrol criada pelo referido dispositivo. VI - Quadro jurídico atual não recomenda qualquer mudança no processo de ressarcimento ao SUS. VII - Conceitos jurídicos indeterminados: cabe a ANS verificar as possibilidades e reais utilidades de definir as zonas de certeza e incerteza para maior densificação do § 13 do art. 10 da Lei nº 9.656/1998, acrescentado pela Lei nº 14.454/2022.



PARECER N. 00070/2022/GECOS/PFANS/PGF/AGU

1) Quando serão realizadas as alterações na RN nº 424/17 (junta médica)?

A PROGE entende que não se aplica a junta médica.

2) O Rol permanece sendo taxativo?

- o Rol é taxativo e a sua amplitude continua sendo estabelecida pela ANS,
nos termos da lei.

3) O que se deve entender por “eficácia, à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas e plano terapêutico” e “órgão de avaliação de tecnologia de renome internacional?”

Não é sua competência esta definição ou regulamentação.



PARECER N. 00070/2022/GECOS/PFANS/PGF/AGU

4) De quem seria a competência para regulamentar a lei?

Essa questão deve ser resolvida pelo Presidente da República.

5) Como sugestão e pleito, em vista de uma melhor delimitação dos efeitos da lei, visando evitar penalidades desproporcionais às operadoras, impõe-se a revisão do art. 101 da RN nº 489/22.

A PROGE defende que não será possível a aplicação de penalidades em face da nova lei:



Desafios da Saúde Suplementar

Judicialização

- Segundo o Painel de Estatísticas Processuais de Direito da Saúde, do CNJ, em **2022** foram identificados **cerca de 460 mil novos processos judiciais sobre Saúde no Brasil**, sendo **164 mil sobre Saúde Suplementar**
- Entre os assuntos mais judicializados estão:
 - Fornecimento de medicamentos
 - Tratamento médico-hospitalar
 - Reajuste contratual
 - Leitos hospitalares



INFORMAÇÕES IMPORTANTES JUDICIALIZAÇÃO



Conselho Nacional de Justiça (CNJ)

Ações para auxiliar na Judicialização:

- Criação do NAT-JUS (núcleo de apoio técnico do Poder Judiciário);
- Criação da plataforma e-natjus (**Cadastro de Notas Técnicas e Pareceres Técnicos Científicos, acessível pela plataforma e-Nat JUS**); e,
- Aprovação de **ENUNCIADOS** nas Jornadas da Saúde.



E-NAT JUS

Projeto de Cooperação Técnica, através do Comitê Executivo Nacional do Fórum da Saúde, em conjunto com o **Ministério da Saúde e Hospital Sírio Libanês**.

Foi criado o **Cadastro de Notas Técnicas e Pareceres Técnicos Científicos**, acessível pela plataforma **e-Nat JUS** (<https://www.cnj.jus.br/e-natjus/>).

(Fonte: CNJ – <https://www.cnj.jus.br/programas-e-acoas/forum-da-saude3/documentos-2-2/>)



(<https://www.cnj.jus.br/e-natjus/>)

e-NatJus [Pareceres](#) [Notas](#) [FAQ](#)

Login

Serviço de login

PDPJ (Marketplace) ▾

Login

Senha

Entrar

Área Pública

Pesquisa de Notas Técnicas

Pesquisa de Pareceres Técnicos

Pesquisa de Notas Técnicas

Diagnóstico Principal

CID Diagnóstico

Descrição da Tecnologia

Tipo da Tecnologia Registro na ANVISA? Nome comercial Princípio Ativo O medicamento está inserido no SUS? Oncológico?

Conclusão

Tecnologia Conclusão Justificada Há evidências científicas? NatJus Responsável

Pesquisar

Exibindo 50 de 111 resultados encontrados.

ID	Data	Tecnologia	CID	NatJus Responsável	Status
156438	16/08/2023 10:31	Medicamento	C91.1 - Leucemia linfocítica crônica	Nacional	Finalizado  



Nota Técnica 156438

Data de conclusão: 17/08/2023 12:45:35

Paciente

Idade: 62 anos

Sexo: Masculino

Cidade: Coração de Maria/BA

Dados do Advogado do Autor

Nome do Advogado: -

Número OAB: -

Autor está representado por: -

Dados do Processo

Esfera/Órgão: Justiça Estadual

Vara/Serventia: Vara de Jurisdição Plena - Pojuca

Tecnologia 156438

CID: C91.1 - Leucemia linfocítica crônica

Diagnóstico: Leucemia Linfóide Crônica

Meio(s) confirmatório(s) do diagnóstico já realizado(s): relatório médico.

Descrição da Tecnologia

Tipo da Tecnologia: Medicamento

Registro na ANVISA? Sim

Situação do registro: Válido

Nome comercial: IMBRUVICA

Princípio Ativo: IBRUTINIBE

Via de administração: VO



Posologia: Padrão

Uso contínuo? -

Duração do tratamento: dia(s)

Indicação em conformidade com a aprovada no registro? Sim

Previsto em Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Min. da Saúde para a situação clínica do demandante? Não

O medicamento está inserido no SUS? Não

Oncológico? Sim

Outras Tecnologias Disponíveis

Tecnologia: IBRUTINIBE

Descrever as opções disponíveis no SUS e/ou Saúde Suplementar: Não existem outras opções disponíveis no SUS

Existem outras opções disponíveis na Saúde Suplementar: Acalabrutinibe, Venetoclax

Existe Genérico? Não

Existe Similar? Não

Custo da Tecnologia

Tecnologia: IBRUTINIBE

Laboratório: -

Marca Comercial: -

Apresentação: -

Preço de Fábrica: -

Preço Máximo de Venda ao Governo: -

Preço Máximo ao Consumidor: -

Custo da Tecnologia - Tratamento Mensal

Tecnologia: IBRUTINIBE

Dose Diária Recomendada: -

Preço Máximo de Venda ao Governo: -

Preço Máximo ao Consumidor: -



Fonte do custo da tecnologia: -

Evidências e resultados esperados

Tecnologia: IBRUTINIBE

Evidências sobre a eficácia e segurança da tecnologia: A leucemia linfocítica crônica (LLC) ou linfoma linfocítico de pequenas células (LLPC) é uma neoplasia que emerge da hiperproliferação de glóbulos brancos do tipo linfócito B. Quando o excesso de linfócitos B é presente no sangue, é chamada de LLC. Quando ocorre nos gânglios linfáticos, é chamada de LLPC. Ambas as apresentações possuem as mesmas características celulares. Em geral são consideradas doenças incuráveis.

Nem todos os pacientes precisam de tratamento no momento do diagnóstico. Um grupo de pacientes apresenta sobrevida semelhante com ou sem tratamento, com progressão bastante indolente e crônica, assintomática por muitos anos. Múltiplos estudos mostram que o tratamento precoce não é superior ao tratamento mais tardio, este baseado em dados clínicos e laboratoriais. Normalmente o tratamento é indicado quando há evidência de problemas na produção de sangue na medula óssea, com anemia e queda da produção de plaquetas a níveis preocupantes, aumento massivo de volume no baço ou gânglios linfáticos, aumento significativo da contagem de linfócitos no sangue, envolvimento de outros órgãos não-linfóides ou sintomas constitucionais limitantes.

Quando indicado o tratamento, este depende do estágio da doença, que pode envolver dados clínicos, laboratoriais e avaliação genética e molecular das células neoplásicas. As opções terapêuticas disponíveis são o ibrutinibe, o venetoclax, anticorpos monoclonais (rituximabe, obinutuzumabe, ofatumumabe), e quimioterápicos como fludarabina, pentostatina, clorambucil, ciclofosfamida, bendamustina).

O ibrutinibe é uma droga que inibe uma enzima chamada Tirosina Quinase de Bruton, presente nos linfócitos B, o que leva à ação antineoplásica. Múltiplos estudos científicos têm mostrado que o ibrutinib, em comparação às outras drogas, melhora a taxa de remissão e maior sobrevida global e livre de progressão da doença em pacientes com LLC e indicação de tratamento, jovens ou adultos, isolado ou em combinação com outras drogas. As diretrizes internacionais posicionam como primeira linha de tratamento, considerando custo, eficácia e menor incidência de efeitos adversos. Pacientes jovens, selecionados, e sem comorbidades, com padrão molecular específico, poderiam se beneficiar de esquema quimioterápico agressivo, como o chamado "FCR", composto por fludarabina, clorambucil e rituximabe. Todas as drogas mencionadas são aprovadas pela ANVISA para uso na LLC, mas apenas os quimioterápicos estão disponíveis no SUS.

Benefício/efeito/resultado esperado da tecnologia: Os resultados esperados são ganho de sobrevida livre de eventos e sobrevida global

Recomendações da CONITEC para a situação clínica do demandante: Não avaliada

Conclusão

Tecnologia: IBRUTINIBE



Conclusão Justificada: Não favorável

Conclusão: CONSIDERANDO o diagnóstico de leucemia linfóide crônica, conforme relatório médico acostado nos autos.

CONSIDERANDO a ausência de laudo de biópsia e exames complementares na documentação enviada para análise contendo dados clínicos relevantes que permitam avaliar a demanda pleiteada.

CONCLUI-SE QUE NÃO HÁ elementos técnicos suficientes para sustentar e indicação pleiteada em regime de urgência, sendo imprescindível que a parte autora junte documentos médicos solicitados.

Há evidências científicas? Sim

Justifica-se a alegação de urgência, conforme definição de Urgência e Emergência do CFM? Sim

Justificativa: Com risco potencial de vida

Referências bibliográficas: [Ibrutinib combinations in CLL therapy: scientific rationale and clinical results](#). Timofeeva N, Gandhi V. Blood Cancer J. 2021 Apr 29;11(4):79

[Long-term outcomes for ibrutinib-rituximab and chemoimmunotherapy in CLL: updated results of the E1912 trial](#). Shanafelt TD, Wang XV, Hanson CA, Palletta EM, O'Brien S, Barrientos J, Jelinek DF, Braggio E, Leis JF, Zhang CC, Coutre SE, Barr PM, Cashen AF, Mato AR, Singh AK, Mullane MP, Little RF, Erba H, Stone RM, Litzow M, Tallman M, Kay NE. Blood. 2022 Jul 14;140(2):112-120.

[Ibrutinib Regimens versus Chemoimmunotherapy in Older Patients with Untreated CLL](#). Woyach JA, Ruppert AS, Heerema NA, Zhao W, Booth AM, Ding W, Bartlett NL, Brander DM, Barr PM, Rogers KA, Parikh SA, Coutre S, Hurria A, Brown JR, Lozanski G, Blachly JS, Ozer HG, Major-Elechi B, Fruth B, Nattam S, Larson RA, Erba H, Litzow M, Owen C, Kuzma C, Abramson JS, Little RF, Smith SE, Stone RM, Mandrekar SJ, Byrd JC. N Engl J Med. 2018 Dec 27;379(26):2517-2528.

[The BTK Inhibitor ARQ 531 Targets Ibrutinib-Resistant CLL and Richter Transformation](#). Reiff SD, Mantel R, Smith LL, Greene JT, Muhowski EM, Fabian CA, Goettl VM, Tran M, Harrington BK, Rogers KA, Awan FT, Maddocks K, Andritsos L, Lehman AM, Sampath D, Lapalombella R, Eathiraj S, Abbadessa G, Schwartz B, Johnson AJ, Byrd JC, Woyach JA. Cancer Discov. 2018 Oct;8(10):1300-1315.

[Up to 8-year follow-up from RESONATE-2: first-line ibrutinib treatment for patients with chronic lymphocytic leukemia](#). Barr PM, Owen C, Robak T, Tedeschi A, Bairey O, Burger JA, Hillmen P, Coutre SE, Dearden C, Grosicki S, McCarthy H, Li JY, Offner F, Moreno C, Zhou C, Hsu E, Szoke A, Kipps TJ, Ghia P. Blood Adv. 2022 Jun 14;6(11):3440-3450

[Acalabrutinib Versus Ibrutinib in Previously Treated Chronic Lymphocytic Leukemia: Results of the First Randomized Phase III Trial](#). Byrd JC, Hillmen P, Ghia P, Kater AP, Chanan-Khan A, Furman RR, O'Brien S, Yenerel MN, Illés A, Kay N, Garcia-Marco JA, Mato A, Pinilla-Ibarz J,



NOVOS ENUNCIADOS APROVADOS NA VI JORNADA DE DIREITO DA SAÚDE

ENUNCIADO Nº 105 Para tratamento de pessoas com transtornos globais do desenvolvimento, inclusive transtorno do espectro **autista**, os magistrados(as) deverão se atentar:

- **carga horária do tratamento solicitado;**
- o plano terapêutico;
- a especialização dos profissionais de equipe multidisciplinar;
- a justificativa das terapias possíveis a serem aplicadas;
- a necessidade de participação dos pais e/ou responsáveis legais; e,
- além de **solicitar avaliações periódicas do plano terapêutico e laudos atualizados que comprovem a eficácia do tratamento proposto.**



NOVOS ENUNCIADOS APROVADOS NA VI JORNADA DE DIREITO DA SAÚDE

ENUNCIADO Nº 109 Solicitado procedimento ou tratamento médico não previsto no Rol da ANS, cabe verificar, além das condições legais descritas no artigo 10, § 13 da Lei nº 9.656/98:

- a) se existe, para o tratamento do paciente, outro procedimento eficaz, efetivo e seguro já incorporado ao Rol da ANS;
- b) se não foi indeferida pela ANS a incorporação do procedimento ou tratamento;
- c) se há expressa exclusão regulamentar ou legal em relação ao procedimento ou tratamento solicitado;
- d) se há notas ou pareceres técnicos de órgãos tais como a Conitec e o NatJus que avaliaram tecnicamente a eficácia, acurácia e efetividade do plano terapêutico.



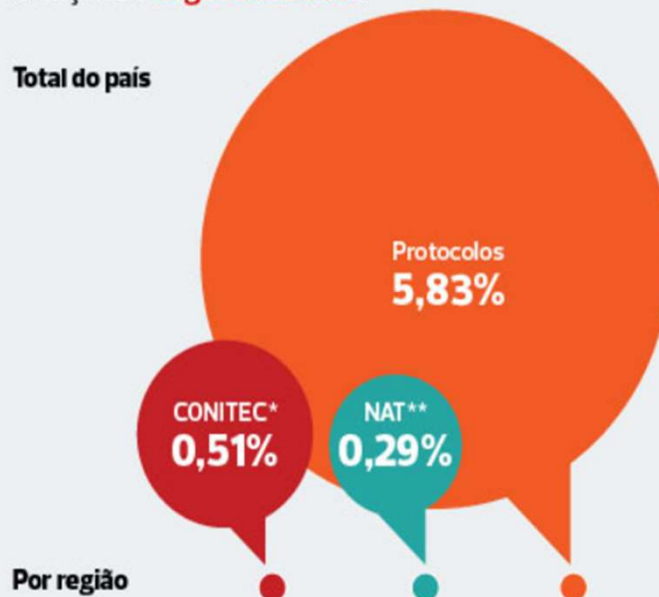
Estudo INSPER

5

Decisões recorrem pouco a órgãos que fornecem parâmetros técnicos

Citações a órgãos técnicos

Total do país



Por região

	CONITEC*	NAT**	Protocolos
Norte	0,55%	0,17%	4,24%
Nordeste	0,07%	0,01%	1,58%
Sudeste	0,10%	0,20%	4,77%
Sul	1,49%	0,07%	8,54%
Centro-Oeste	0,04%	2,71%	7,41%

Obs.: Uma decisão pode citar mais de um órgão

* Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias ao SUS

** Núcleo de Apoio Técnico do Poder Judiciário

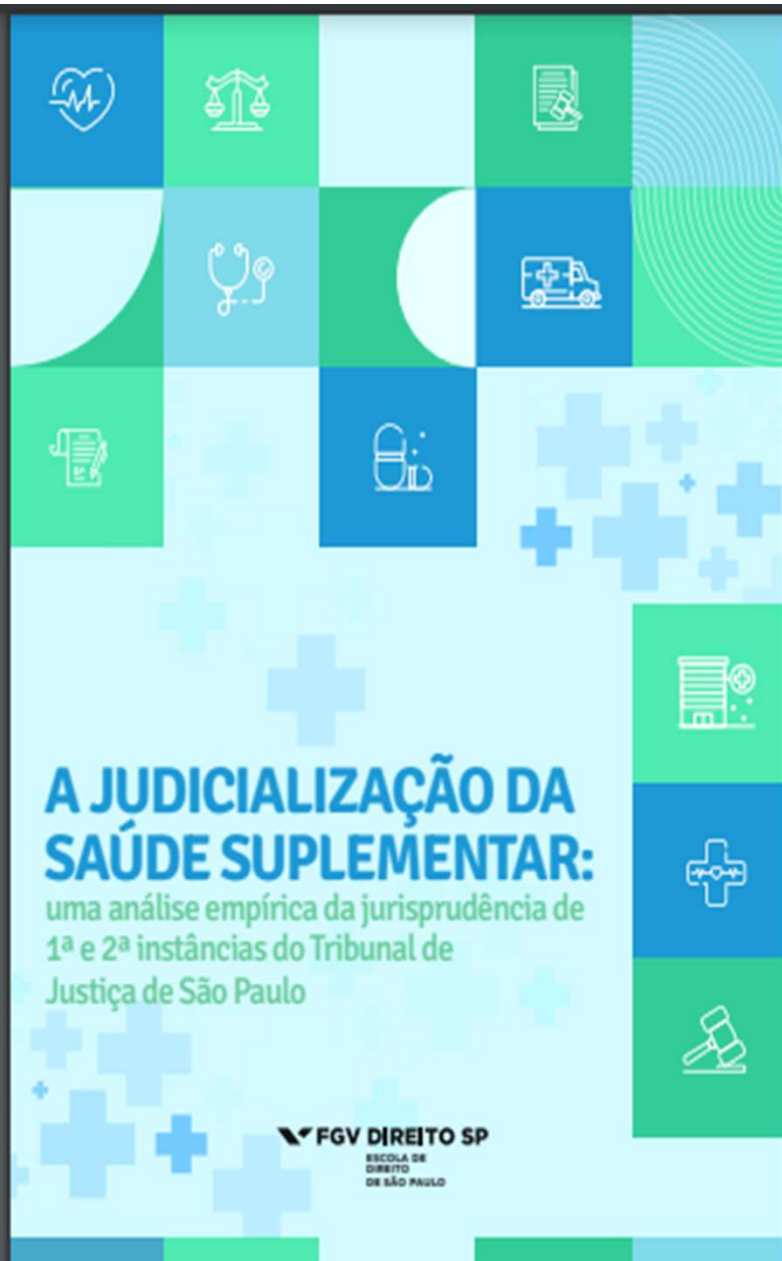
Fonte: "Judicialização da Saúde no Brasil: perfil das demandas, causas e propostas de soluções" (2019)

Insper

Os chamados Núcleo de Apoio Técnico do Poder Judiciário (NAT) são instâncias internas que os tribunais estaduais desenvolveram para análise técnica das demandas em saúde. No total, apenas 0,29% dos acórdãos citam os NAT, número que embute variação regional. No Centro-Oeste, 2,71% decisões mencionam esses órgãos especializados.

Já a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias ao SUS (Conitec) e seus respectivos protocolos, responsáveis por indicar ao Ministério da Saúde quais tecnologias e práticas devem ser incorporadas ao SUS, aparecem em menos de 0,51% das decisões. Protocolos são citados em 5,83% dos casos.





***ESTUDO JUDICIALIZAÇÃO
FGV – TJ-SP***

**Coordenador: Daniel Wei Liang
Wang**



Cristiano Plate &
Advogados Associados

Estudo FGV

3 situações analisadas nos processos julgados pelo TJ-SP:

- negativa de cobertura assistencial – **taxa de sucesso 80% do consumidor**
- reajuste – **taxa de sucesso 40% do consumidor**
- manutenção do contrato e suas condições – **taxa de sucesso 60% do consumidor**

Estudo FGV

Constatou que na maioria das decisões judiciais:

- **não** discutem aspectos técnicos dos tratamentos e a evidência científica;
- **não** usam apoio técnico e grande peso é dado ao laudo dos médicos;
- **não** levam a efeito a Lei 9.656/98 e sim a jurisprudência do TJSP e o CDC; e,
- **não** levam a efeito a falta de previsão contratual ou inclusão no rol.



SÚMULA TJ/SP

Súmula 102 - Havendo expressa indicação médica, é abusiva a negativa de cobertura de custeio de tratamento sob o argumento da sua natureza experimental ou por não estar previsto no rol de procedimentos da ANS.

- Cobertura universal na saúde suplementar?
- Tratamentos “surpresa” sem limites?



Desafios da Saúde Suplementar

Fraudes

De acordo com o estudo “Impacto das fraudes e dos desperdícios sobre gastos da Saúde Suplementar” no **ano de 2017** as operadoras de planos de saúde gastaram quase **R\$28 bilhões com fraudes e desperdícios** com procedimentos desnecessários.

Alguns desafios estruturais são:

- Desinformação da sociedade sobre fraude.
- Sofisticação da forma de atuação dos fraudadores.
- Atuação por meio de associações criminosas.
- Falhas na legislação que dificultam o enquadramento.
- Dificuldade de materialização, tipificação e punição.



INSTRUMENTOS DE GESTÃO EM SAÚDE



DECIFRA-ME em PDF **DEVORO!**
O ENIGMA DO FATURAMENTO E AUDITORIA

2ª AEDIHOSP
Empresa Recrutadora
de Auditoria em Saúde
em São Paulo

3ª AEDIHASS
Empresa Recrutadora
de Auditoria em Saúde
em São Paulo

fehosp
Fórum de Estudos em
Saúde
www.fehosp.com.br



AUDITORIA EM SAÚDE



DECIFRA-ME PROJETO **DEVORO!**
O ENIGMA DO FATURAMENTO E AUDITORIA

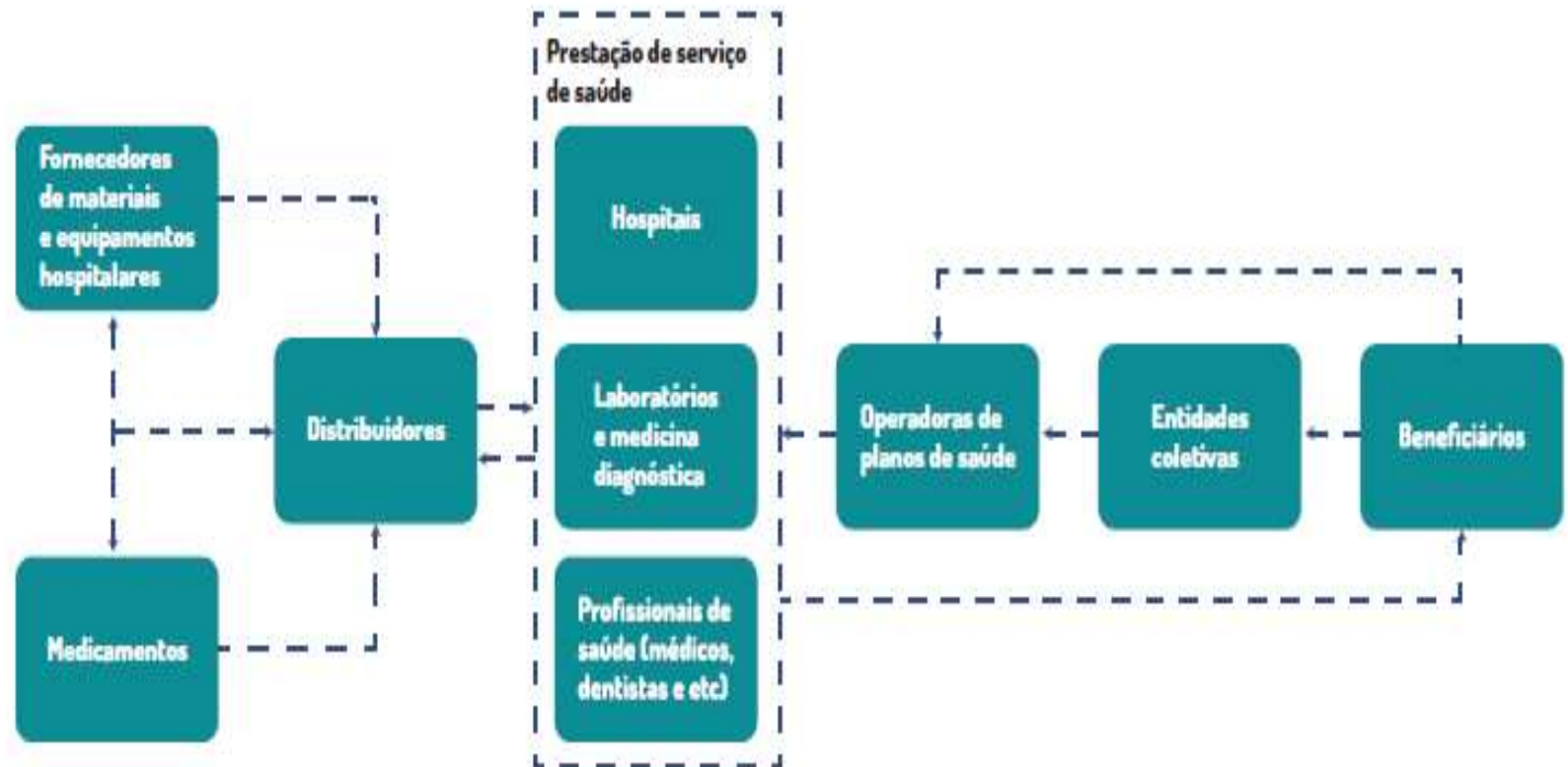
21ª ASBROSP
Associação Brasileira de
Auditoria em Saúde
Hospitalar

7ª ASBHAS
Associação Brasileira de
Auditoria em Saúde
Hospitalar

Febosp
Federação Brasileira de
Associações de Hospitais
www.febosp.com.br



Ambiente regulatório



AUDITORIA EM SAÚDE

O que é auditoria em saúde?

Processo que auxilia os serviços privados a funcionarem com qualidade.

Trata-se de controle focado na **revisão, no planejamento, na intervenção e na perícia** de contas, serviços e procedimentos das instituições, como hospitais, clínicas, laboratórios e operadoras de planos de saúde.

Por exemplo:

A auditoria pode ser interna ou externa e é realizada em âmbito **privado, em hospitais e clínicas particulares em planos de saúde, constituindo um indicador de qualidade e de equilíbrio financeiro.**



AUDITORIA EM SAÚDE

Finalidade da auditoria

A auditoria trabalha para:

- evitar serviços mal executados;
- melhorar procedimentos técnicos, administrativos e éticos;
- identificar erros operacionais;
- verificar a qualidade da assistência.



AUDITORIA EM SAÚDE

Como é feita a auditoria em saúde?

O profissional auditor, com base na legislação, nos padrões, nas normas técnicas, nos **protocolos assistenciais e nas boas práticas do meio**, tem as seguintes atribuições:

- revisão de contas;
- controle de custos;
- análise de contratos**;
- liberação de guias e procedimentos de convênios médicos;
- negociações diversas;
- liberação de uso de materiais e medicamentos de alto custo**;
- avaliação de indicadores de saúde;
- verificação das rotinas e tarefas realizadas pelas equipes multidisciplinares, visando à padronização dos processos;
- suporte aos gestores na tomada de decisões;
- orientações para adequação dos serviços para que a instituição obtenha selos de acreditação em saúde.



AUDITORIA EM SAÚDE

O auditor precisa ter:

- **conhecimento dos processos e fluxos da instituição;**
- **visão estratégica e holística;**
- **compromisso com o sigilo profissional;**
- **visão estratégica do mercado;**
- **perfil analítico;**
- **senso crítico;**
- **boa capacidade de planejamento e de organização**

Deve se manter atualizado quanto às políticas internas da organização, normas específicas para o setor da saúde, como os de órgãos reguladores e mudanças na legislação.



AUDITORIA EM SAÚDE

Quem pode se tornar um auditor em saúde?

A função é exercida, geralmente, **por profissionais de saúde, como médicos e enfermeiros.**

Outras áreas que podem exercer:

- Farmácia, nutrição, fisioterapia, psicologia, odontologia, entre outros e até carreiras ligadas à **administração.**



AUDITORIA EM SAÚDE

Aspectos éticos e legais da auditoria Médica x Enfermagem

Auditoria Médica

Resolução nº 1.614, de 08/02/2001, trata da inscrição do médico auditor e das empresas de auditoria médica nos Conselhos de Medicina.

CFM - CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA - Capítulo XI AUDITORIA E PERÍCIA MÉDICA Os ATOS realizados pelo Médico Auditor estão regulados nos artigos 92 a 98 Código de Ética Médica

RESOLUÇÃO CFM Nº 2.330/2023 - Homologa a Portaria CME nº 1/2023, que atualiza a relação de especialidades e áreas de atuação médicas aprovadas pela Comissão Mista de Especialidades, **E RECONHECEU A AUDITORIA MÉDICA como ESPECIALIDADE.**



AUDITORIA EM SAÚDE

Aspectos éticos e legais da auditoria Médica x Enfermagem

ENFERMEIRO AUDITOR - COFEN

A auditoria do enfermeiro é disciplinada na Lei 7.498/1986 ,e;

Resolução COFEN Nº 720 DE 15 DE MAIO DE 2023 - Normatiza a atuação do
Enfermeiro em Auditoria.



AUDITORIA EM SAÚDE

Auditoria Médica x Auditoria Enfermagem:

Auditoria de enfermagem faz avaliação sistemática da qualidade de assistência prestada ao cliente e **dos custos assistenciais**.

Geralmente, a operadora contrata empresa terceirizada para fazer as auditorias in loco e análise das contas médicas, exercendo os auditores **atividades gerenciais**.

Auditoria médica faz avaliação dos **procedimentos cirúrgicos, diárias e pertinência técnica**.

Exemplo: análises das solicitações de procedimentos médicos, exames, liberação de medicamentos de alto custo para tratamento oncológico e remoção.



ATENÇÃO AOS PRECEITOS ÉTICOS EVITA A RESPONSABILIDADE DO MÉDICO AUDITOR:

Nos processos-consulta nº. 5.544/95, 5.566/96 e 3.305/98 do Conselho Federal de Medicina (CFM), há menção expressa sobre **não ser função do médico auditor a autorização ou não de exames e procedimentos, que deveriam ser assumidos pelo sistema de regulação:**

“Usar de auditores para a função de autorizar ou não exames e procedimentos é, enfim, expô-los a riscos desnecessários que deveriam ser assumidos pelos próprios sistemas através de sua regulação, pois uma vez denegado um determinado procedimento e desta negativa advir prejuízos, **responderá o auditor, e somente ele, por aquele ato**”.



PARECER CONSULTA Nº 5371/2014 – CRM-MG

(...) função do médico auditor, cujo papel é analisar os procedimentos solicitados pelo médico assistente e emitir seu parecer à luz dos contratos estabelecidos entre os usuários e as operadoras de planos de saúde, além de se valer da lista de procedimentos aprovados pela ANS, não se esquecendo das normas éticas das Resoluções e Código de Ética Médico.



PARECER CONSULTA Nº 5371/2014 – CRM-MG

Por intermédio de seus pareceres fundamentados, o auditor “aprova, nega ou modifica” os procedimentos propedêuticos ou terapêuticos solicitados ou propostos pelo médico assistente, **sempre de forma isenta e dentro dos limites de suas atribuições, visando sempre ao benefício do paciente.**

Seus pareceres serão usados pela Regulação do plano de saúde para “consentir, negar ou modificar” as propostas.



PARECER CONSULTA Nº 5371/2014 – CRM-MG

Ou seja, as ações do médico assistente e do médico auditor devem ser sinérgicas em benefício do paciente.

Tendo em vista que os usuários dos planos de saúde fazem seus contratos com as operadoras destes, as negativas de procedimentos são de responsabilidade final de seus diretores, cabendo responsabilidade solidária quando tais negativas, comprovadamente, tenham sido realizadas com base em fundamentos equivocados do médico auditor



TIPOS DE AUDITORIA



DECIFRA-ME em PDF **DEVORO!**
O ENIGMA DO FATURAMENTO E AUDITORIA

2ª AEDIHOSP
Congresso Regional de Auditoria em Hospitais e Saúde
em Auditoria Hospitalar

3ª AEDIHASS
Congresso Regional de Auditoria em Saúde em Auditoria Hospitalar

fehosp
Fórum de Auditoria em Hospitais e Saúde
www.fehosp.com.br



AUDITORIA MÉDICA

Auditoria Prévia

- Avaliação de processos solicitados de forma eletiva, ou seja, ainda não foram realizados.
- Pode ser vista na área de regulação das **operadoras de saúde**, sendo uma prática comum na **liberação de guias**.

A equipe verifica se existe:

(adimplência, carências contratuais, rede hospitalar compatível com plano adquirido etc.)

E se há pertinência técnica da solicitação do exame ou procedimento cirúrgico, **E SE O PROCEDIMENTO ESTA NO ROL E DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO DA ANS.**



AUDITORIA MÉDICA

Auditoria operacional

Realizada durante ou após o serviço prestado, para constatar se está adequado dentro das normas estabelecidas.

A atuação pode ser voltada também na liberação de procedimentos, medicamentos, materiais e outros itens necessários na internação.

Grupo que engloba a chamada **auditoria concorrente** e **auditoria de contas hospitalares**



AUDITORIA MÉDICA

Auditoria concorrente

Ocorre **durante a internação do paciente no hospital e tem como objetivo avaliar a qualidade do serviço prestado em nível assistencial.**

Na prática, enfermeiros ou médicos auditores visitam os pacientes nas enfermarias dos hospitais para conferir se as atividades estão sendo realizadas de acordo com o estabelecido.

Conhecida, também, como auditoria médica ou **auditoria de enfermagem.**



AUDITORIA MÉDICA

As atividades realizadas na **auditoria concorrente** são:

- Coleta de relatos familiares e do paciente;
- Avaliação do estado do paciente;
- Análise do prontuário e anotações da equipe de enfermagem;
- Análise dos recursos utilizados como procedimentos, diárias, exames e etc;
- Checagem das autorizações aprovadas e correlação com as atividades realizadas;
- Reunião com a equipe de saúde quanto ao cumprimento das prescrições;
- Discussão com a equipe quanto a abordagens alternativas (quando pertinente).



AUDITORIA MÉDICA

Auditoria analítica

Através dela é possível identificar os gargalos da operação, inconformidades e potenciais fraudes na operação.

O objetivo desta auditoria é desenvolver indicadores de gestão, gráficos e relatórios estratégicos para uma melhor gestão dos recursos de saúde e assistência ao paciente.



AUDITORIA MÉDICA

Auditoria de contas hospitalares (ou contas médicas) e glosas

Objetivo: verificar se a conta enviada para pagamento no final de uma internação confere com o atendimento realizado.

Na prática, enfermeiros ou médicos auditores analisam a conta hospitalar e correlacionam com o prontuário médico avaliando a pertinência e conferindo cada item da conta.

Atividades realizadas na auditoria de contas hospitalares:

- Verificação dos itens da conta;
- Avaliação do prontuário;
- Análise da unidade de internação;
- Análise de itens de centro cirúrgico;
- Avaliação de diárias, procedimentos, OPMEs, honorários médicos, exames e demais itens.



AUDITORIA MÉDICA

Auditoria de contas hospitalares e glosas (continuação)

Ao final da análise, o auditor dá seu parecer pela aprovação ou não do pagamento da conta hospitalar pela operadora de saúde.

Se o pagamento não for aprovado pelo auditor, gera a **glosa hospitalar**.



GLOSA HOSPITALAR



DECIFRA-ME em PDF DEVORO!
O ENIGMA DO FATURAMENTO E AUDITORIA

2ª AEDIHOSP
Congresso Regional de Auditoria Hospitalar
em Auditoria Hospitalar

3ª AEDIHASS
Congresso Regional de Auditoria Hospitalar
em Auditoria Hospitalar

fehosp
FEDERAÇÃO ENFERMEIROS HOSPITALARES DO BRASIL
www.fehosp.com.br

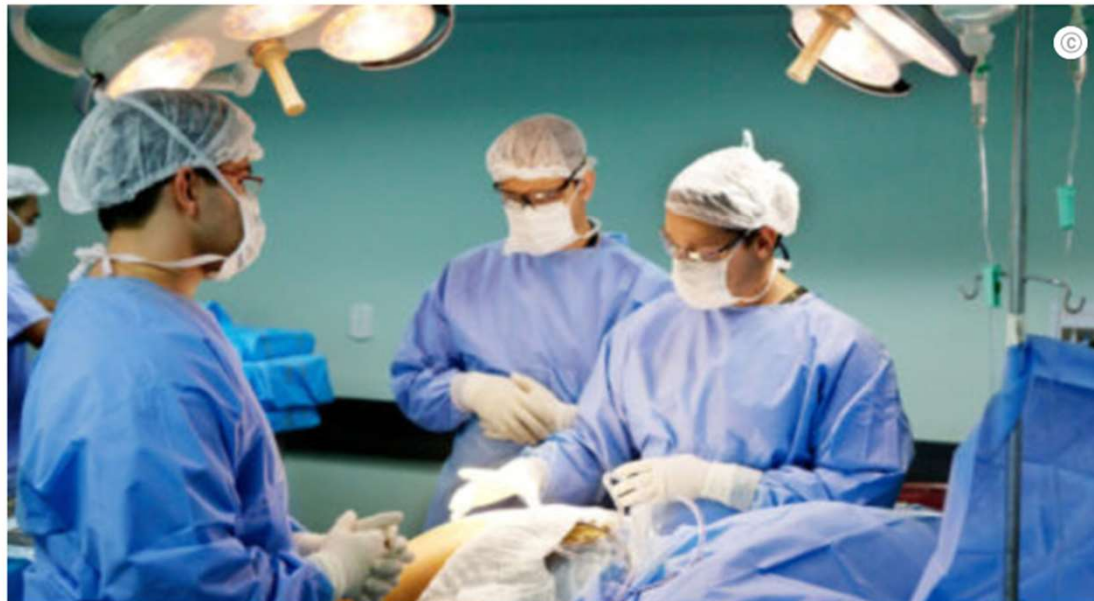


GLOSAS



Planos de saúde devem R\$ 2,3 bilhões a hospitais privados

Estudo mostra que esse volume representa 16% do faturamento dos hospitais de janeiro a julho de 2023



A preocupação dos hospitais é que a falta de pagamento dos planos desencadeie um problema financeiro, para além do atraso no pagamento de fornecedores

PODER360

9.set.2023 (sábado) - 20h15

<https://www.poder360.com.br/saude/planos-de-saude-devem-r-23-bilhoes-a-hospitais-privados/>



Cristiano Plate &
Advogados Associados

GLOSAS

Trecho extraído da matéria PODER 360

O valor devido pelas operadoras representa 16% do faturamento total dos hospitais no período de janeiro a julho. Britto disse que depois de notificar os planos de saúde, os hospitais têm enfrentado contestações por parte das operadoras, que acabam realizando a glosa das contas – quando uma operadora não efetua o pagamento de algum item da conta hospitalar de um paciente.

Esse mecanismo aumentou 3 vezes neste ano.

Segundo o levantamento da Anahp, o prazo de recebimento das faturas subiu do prazo de 50 a 60 dias para 100 a 120 dias.



GLOSAS

O que é glosa hospitalar?

É quando a operadora não paga algo da conta hospitalar de um paciente por motivos técnicos ou administrativos.

Pode ocorrer:

1. No agendamento e atendimento de uma pessoa, quando podem ser **transmitidas informações erradas.**
2. Durante a análise dos procedimentos, medicamentos, equipamentos, diárias e honorários referentes ao atendimento do paciente em uma instituição.

Caso o profissional **auditor julgue um determinado item desnecessário, não pertinente ou que não esteja no contrato estabelecido,** o pagamento não é liberado.



GLOSAS

Existem basicamente **três tipos de glosa**:

- **Administrativa:** quando as recusas estão relacionadas à falta ou ao preenchimento incorreto das guias de autorização. Costumam ser mais simples de resolver, bastando realizar a correção e reenvio do documento ao prestador de serviço.

- **Técnica:** quando algum procedimento médico é contestado, sendo necessária a **avaliação de um auditor técnico** para resolver a questão. Mais rara, pode ocorrer quando há inconsistência dos dados e métodos aplicados no atendimento ao paciente.

- **Lineares:** quando a operadora apresenta uma justificativa que não é muito comum e/ou que não condiz com a realidade, usualmente codificada como “outros”.

Ex.: alegações de que o valor do medicamento usado está acima do acordado, quando não está.

GLOSAS

Cabe reclamação pelo Hospital perante a ANS



Reclamação

Para registro de demandas relativas a infrações contratuais entre prestadores e operadoras previstas nas Resoluções Normativas 365/2014, 503/2022 e 512/2022.

Publicado em 16/03/2021 13h16 | Atualizado em 14/09/2023 15h02

Compartilhe:   

<https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/prestadores/central-de-atendimento-a-prestadores/reclamacao>



GLOSAS

RN 503, de 30 de Março de 2022

Dispõe sobre as regras para celebração dos contratos escritos firmados entre as operadoras de planos de assistência à saúde e os prestadores de serviços de atenção à saúde

Art. 5º As seguintes práticas e condutas **são vedadas** na contratualização entre Operadoras e Prestadores:

V - estabelecer regras que impeçam o acesso do Prestador às rotinas de auditoria técnica ou administrativa, bem como o acesso às justificativas das glosas;

GLOSAS

RN 503, de 30 de Março de 2022

Art. 13. Os prazos e procedimentos para faturamento e pagamento dos serviços prestados devem ser expressos.

Art. 14. A rotina de auditoria administrativa e técnica deve ser expressa, inclusive quanto a:

- I - hipóteses em que o Prestador poderá incorrer em glosa sobre o faturamento apresentado;
- II - prazos para contestação da glosa, para resposta da operadora e para pagamento dos serviços em caso de revogação da glosa aplicada; e
- III - conformidade com a legislação específica dos conselhos profissionais sobre o exercício da função de auditor.

Parágrafo único. O prazo acordado para contestação da glosa deve ser igual ao prazo acordado para resposta da operadora.



GLOSAS

INSTRUÇÃO NORMATIVA ANS – IN ANS Nº 12, DE 31 DE MARÇO DE 2022

Regulamenta o tratamento dispensado às reclamações, solicitações de providências ou petições assemelhadas, doravante denominadas demandas, que, por qualquer meio, forem recebidas pela DIDES, **relacionadas às Resoluções Normativas nº 503, de 30 de março de 2022**, nº 512, de 31 de março de 2022, e nº 365, de 11 de dezembro de 2014, bem como revoga Instrução Normativa DIDES nº 62 de 12 de fevereiro de 2016.



GLOSAS

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 489, DE 29 DE MARÇO DE 2022

Dispõe sobre a aplicação de penalidades para as infrações à legislação dos planos privados de assistência à saúde.

Art. 45. **Deixar de cumprir as regras estabelecidas para formalização dos instrumentos jurídicos** firmados com pessoa física ou **jurídica prestadora de serviço de saúde**:

Sanção - advertência;

multa de R\$ 35.000,00.



GLOSAS

DICAS PARA EVITAR GLOSAS:

- Observar o contrato de credenciamento:

- cláusula do preço, faturamento e pagamento

- documentos necessários para apresentação e se existe prazo decadencial para apresentação;

- cláusula Rotina de Glosa

- ver prazo de contestação de serviços ou valores pela operadora;
- prazo de manifestação e recurso da glosa pelo prestador;
- hipóteses em que são possíveis ocorrer contestação/glosas pela operadora

GLOSAS

DICAS PARA EVITAR GLOSAS:

- evitar erros da conclusão de um cadastro, tais como:

- informações incompletas;
- número da carteirinha inválido;
- quantidade de medicamentos descritos no sistema incompatível com o procedimento realizado.

GLOSAS

DICAS PARA EVITAR GLOSAS:

Capacitação da equipe profissional

É essencial que a instituição realize **treinamento da equipe (capacitação e treinamento com frequência)**, minimizando a ocorrência de glosas por meio de um time capacitado para estar atento aos pontos de alerta.

Eficiência na gestão de autorizações

Adotar mecanismo que sirva como base para **alertar a equipe sobre casos de possível inconformidade** entre os procedimentos solicitados e os critérios de controle.

Organizar um histórico com as validações prévias de procedimentos liberadas por cada operadora, formando um **conjunto de dados que contribuem para tomadas de decisões no futuro.**



GLOSAS

DICAS PARA EVITAR GLOSAS:

Acompanhamento das atualizações da ANS

O artigo 17-A da Lei 9.656/98 estabelece a obrigatoriedade dos contratos escritos por operadoras e prestadores de serviços, garantindo maior transparência e equilíbrio na relação.

O contrato deve conter todos os casos de glosas hospitalares, prazos para contestação e tempo de resposta.

Implementação do prontuário eletrônico

Ferramenta **ajuda a diminuir falhas operacionais**, como erros de escrita e digitação, em procedimentos médicos e medicamentos utilizados de forma considerável, e **umenta o desempenho da instituição de saúde**, padronizando e otimizando os processos.



Relatório MoVing The Future - “Panorama do uso do Prontuário Eletrônico do Paciente no Brasil”, **realizado pela MV.**

RELATÓRIO - O levantamento realizado contemplou hospitais de diversos tamanhos e entidades, sendo eles de grande, médio e pequeno porte, alta, média e baixa complexidade, e por tipo de instituição: privada, pública, filantrópica e Santas Casas de Misericórdia.

De acordo com o relatório, os **hospitais filantrópicos** são os que mais utilizam o PEP, sendo **44%** entre os estudados. As **instituições privadas ficam em segundo lugar com 29%** e o **sistema público com 27%**.

Por regiões, o Sudeste lidera com 44% dos hospitais que utilizam o PEP, o Sul fica em segundo lugar com 25%, a região Nordeste tem 15%, o Centro-Oeste tem 10% e o Norte tem 6%.

<https://folhabv.com.br/noticia/CIDADES/Capital/Norte-tem-apenas-6--dos-hospitais-com-prontuario-eletronico--RR-nao-usa/93445>

GLOSAS

EXEMPLOS DE HIPÓTESES DE GLOSA:

- atendimento realizado em beneficiário sem o documento de identificação ou com o documento de identificação fora do prazo de validade;
- atendimento realizado sem a respectiva guia de autorização ou com a guia de autorização fora do prazo de validade;
- atendimento realizado sem a senha de autorização;
- atendimento realizado em beneficiário durante o período de carência;
- procedimento sem cobertura contratual do plano de saúde;



GLOSAS

EXEMPLOS DE HIPÓTESES DE GLOSA:

- despesas extraordinárias, tais como: objetos de higiene pessoal, frigobar, revistas, lavagem de roupas pessoais, telefonemas interurbanos ou não, refeições de acompanhantes (exceto as incluídas nas diárias hospitalares conforme a lei ou o plano contratado).
- atendimento realizado em paciente que não é beneficiário do plano de saúde;
- cobrança de atendimento realizado fora do prazo estabelecido no contrato (EXEMPLO: há mais de 90 dias contados da data do efetivo atendimento);



GLOSAS

EXEMPLOS DE HIPÓTESES DE GLOSA:

- valores cobrados não estiverem de acordo com o pactuado entre as partes;
- quando os impressos estiverem preenchidos de forma errada ou sem assinaturas, tais como, a Fatura, Nota Fiscal, **Guias TISS devidamente preenchidas e assinadas pelos beneficiários e relatórios médicos quando for o caso, para análise e conferência pela OPERADORA**
- quando a quantidade cobrada estiver em desacordo com a quantidade utilizada;
- quando for autorizada uma marca de OPME ou material especial e for constatada a utilização de outra marca.



GLOSAS

SITE ANS

<https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados->

≡ Agência Nacional de Saúde Suplementar

O que você procura?



[🏠](#) > [Acesso à Informação](#) > [Dados do Setor](#) > [Dados e Indicadores do Setor](#) > [Painel de Indicadores de Glosa](#)

Painel de Indicadores de Glosa

Publicado em 31/03/2021 12h46 | Atualizado em 25/04/2023 15h56

Compartilhe: [f](#) [t](#) [l](#)

Com o objetivo de promover a transparência das informações relativas às relações entre prestadores e operadoras no setor suplementar de saúde, a ANS passa a divulgar o **Painel de Indicadores de Glosa**.

A proposta para implementação deste painel surgiu dos debates da Câmara Técnica de Contratualização e Relacionamento com Prestadores – CATEC, realizados ao longo de 2018 e 2019. Foram selecionados cinco indicadores, que têm como fonte os dados recebidos por meio do Padrão TISS (Padrão de Troca de Informações da Saúde Suplementar) no ano de 2019. Os detalhes sobre os indicadores estão descritos nas fichas técnicas.

Os Indicadores podem ser consultados por operadora de planos de saúde e aplicando-se diferentes filtros, como segmentação, modalidade e porte. Os dados são exibidos em percentuais e gráficos. As operadoras cujos dados estão inconsistentes e não possibilitaram o cálculo dos indicadores estão indicadas com "-" no painel.

Painel de Indicadores

[Veja aqui o Painel Dinâmico de Indicadores de Glosa](#)



Cristiano Plate &
Advogados Associados

GLOSAS

SITE ANS

<https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/painel-de-indicadores-de-glosa>



Apresentação



O objetivo deste painel é aumentar a transparência sobre o comportamento do setor em relação ao faturamento e aplicação de glosas (valores pagos/glosados e prazos de pagamento), além de permitir maiores estudos e efetividade regulatória a partir da divulgação e acompanhamento de **5 indicadores:**

1. Tempo médio de pagamento
2. Percentual de glosa inicial
3. Percentual de glosa final
4. Percentual do número de guias sem retorno após 60 dias da cobrança
5. Percentual de valor de guias sem retorno após 60 dias da cobrança

Os indicadores resultam dos encaminhamentos definidos na Câmara Técnica de Contratualização e Relacionamento com Prestadores – CATEC, conduzida pela Diretoria de Desenvolvimento Setorial – DIDES, atendendo a premissa de permitir o acompanhamento do fluxo financeiro entre prestadores e operadoras e as práticas de glosas pelas operadoras.

A partir de estudos conduzidos pela ANS acerca da contratualização entre operadoras de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços de assistência à saúde e das contribuições enviadas pelos representantes das operadoras e prestadores, chegou-se à seleção final dos indicadores que compõem o painel. Os indicadores selecionados permitem verificar a ocorrência de glosas praticadas pela operadora junto à sua rede de prestadores de serviços de saúde, bem como o prazo de pagamento, monitorando a relação operadora-prestador a partir de diferentes perspectivas.

A definição e método de cálculo que compõem cada indicador estão descritos nas suas respectivas fichas técnicas. Maiores informações quanto a seleção dos indicadores encontram-se na NOTA TÉCNICA Nº 18/2020/GASNT/DIRAD-DIDES/DIDES e NOTA TÉCNICA Nº 25/2020/GASNT/DIRAD-DIDES/DIDES.



JUNTA MÉDICA

DIVERGÊNCIAS TÉCNICO-ASSISTENCIAIS

Diversos Atores com DIFERENTES Perspectivas



JUNTA MÉDICA

O que é junta médica?

A junta médica é composta por profissionais da saúde que se reúnem para resolver uma divergência entre a operadora de plano de saúde e o médico que atende o beneficiário.

Este impasse pode acontecer quando o médico assistente prescreve um procedimento e a operadora apresenta razões técnicas contra o método.

A operadora também pode se opor ao uso de um tipo específico de prótese, órtese ou outro material especial.

Quando isso ocorre e o médico não aceita as razões que foram apresentadas, é preciso a intervenção de uma junta médica.

REGULAMENTAÇÃO:



CFM

CFM – JUNTA MÉDICA

— **RESOLUÇÃO CFM Nº 2.318, DE 11 DE AGOSTO DE 2022**, Disciplina a prescrição de materiais implantáveis, órteses e próteses, determina arbitragem de especialista quando houver conflito e estabelece normas para a utilização de materiais de implante.

Art. 2º Cabe ao **médico assistente** determinar as características das órteses, próteses e materiais especiais implantáveis bem como o instrumental compatível com o seu treinamento necessário e adequado à execução do procedimento.

Art. 4º É vedado ao **médico assistente requisitante exigir fornecedor ou marca comercial exclusivos**.

Art. 9º Caso persista a **divergência** entre o **médico assistente requisitante** e a operadora ou instituição pública, deverá, de comum acordo, **ser escolhido um médico especialista na área para a decisão**.



REGULAMENTAÇÃO:



RN CONSU nº 8, de 1998 –

Dispõe sobre mecanismos de regulação nos Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde.

Art. 4º As operadoras de planos ou seguros privados de assistência à saúde, quando da utilização de mecanismos de regulação, deverão atender às seguintes exigências:

V - garantir, no caso de situações de **divergências médica ou odontológica** a respeito de autorização prévia, a **definição do impasse através de junta** constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo usuário, por médico da operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da operadora;



RN Nº 424 ANS - Dispõe sobre critérios para a realização de **junta médica ou odontológica**.

Art. 5º As notificações entre operadora, profissional assistente, desempatador e beneficiário poderão se dar por meio de Aviso de Recebimento – AR, telegrama, protocolo assinado pelo profissional assistente ou seu subordinado hierárquico, ligação gravada, **por e-mail com aviso de leitura ou outro veículo de comunicação que comprove sua ciência inequívoca.**

Art. 20. A indicação constante do parecer conclusivo do desempatador pela não realização do procedimento, **não caracteriza negativa de cobertura assistencial indevida por parte da operadora, desde que cumpridos todos os procedimentos estabelecidos nesta Resolução, inclusive quanto às notificações do profissional assistente e do beneficiário.**



JUNTA MÉDICA

Resolução Normativa 424/2017 – Perguntas e respostas

1) Quando se deve realizar a Junta Médica ou Odontológica?

(art. 1º) Nos casos em que houver divergência clínica acerca da indicação do procedimento pelo médico/dentista do beneficiário (profissional assistente) e entre o profissional da operadora.

2) Que profissionais participam da Junta?

(art. 6º) São 3 (três):

O profissional assistente, médico ou cirurgião-dentista que representa o beneficiário;

O profissional da operadora, médico ou cirurgião-dentista que representa a Operadora; e

O desempatador, médico ou cirurgião-dentista, cuja opinião clínica decidirá a divergência.



JUNTA MÉDICA

3) Quais as modalidades de Junta previstas?

(art. 2º) Presencial e à distância.

4) Quem definirá se a Junta será presencial ou à distância?

(art. 15) O desempatador.

5) A Junta deve ser realizada somente para procedimentos que necessitam de autorização prévia pela operadora?

Sim. Somente haverá a possibilidade de constituição de junta médica ou odontológica para os procedimentos em relação aos quais **o contrato de plano de saúde preveja a possibilidade de adoção da autorização prévia como mecanismo de regulação.**

A junta médica ou odontológica **é uma garantia ao beneficiário que impede que a operadora, uma vez aplicado o mecanismo de regulação AUTORIZAÇÃO PRÉVIA, negue o procedimento sumariamente em caso de divergência quanto ao procedimento solicitado.**



JUNTA MÉDICA

6) Nos casos de urgência e emergência pode ser realizada a Junta?

(art. 3º) Não. Não são passíveis de junta médica ou odontológica.

7) E se o procedimento que foi pedido pelo assistente não estiver previsto no Rol da ANS, deve ser feita a junta?

(art. 3º) Se o procedimento não estiver previsto no Rol da ANS, nem no contrato do beneficiário, não haverá necessidade de realização de junta médica ou odontológica, pois o procedimento não terá cobertura obrigatória pela operadora

8) Qual dos três profissionais da Junta decidirá a cobertura?

(art. 2º e art 6º) **O desempatador.**

Mediante adesão (total ou parcial) a uma das alternativas propostas (a do profissional assistente ou a do profissional da operadora).



JUNTA MÉDICA

9) O resultado da Junta foi pela não realização do procedimento solicitado por meu médico/dentista. Devo registrar uma reclamação na ANS?

(art. 20) **Não se caracteriza como negativa de procedimento** a junta cujo **resultado final é pela não cobertura do procedimento** solicitado por seu médico/dentista e que **tenha seguido o rito estabelecido pela ANS.**

10) Nos casos de Junta Médica ou Odontológica, em que ocasiões a operadora ou o desempatador deverão entrar em contato comigo?

1ª Notificação – Para comunicação da divergência técnico-assistencial (art. 10)

2ª Notificação – Para comunicação da necessidade de entrega de exames já realizados (art. 10)

3ª Notificação – Para comunicação da necessidade de realização de novos exames(art. 15)

4ª Notificação – Para comunicação de junta presencial (art. 15)

5ª Notificação – Para comunicação do resultado da junta (art. 19) A 1ª e a 5ª notificações devem ocorrer obrigatoriamente.

A 2ª, 3ª e 4ª notificações somente ocorrerão se houver necessidade.



CASO

CONCRETO

JUNTA MÉDICA

Caso Concreto – ANS – Cumprimento Requisitos Junta Médica

Portanto, após análise da documentação acostada, ainda restaram pendentes os seguintes documentos: a) ciência inequívoca do profissional assistente em relação à proposta de realização da junta odontológica (comprovação de leitura da comunicação eletrônica endereçada ao referido profissional ou outro meio); e b) ciência inequívoca do odontólogo assistente em relação ao resultado da junta odontológica (comprovação de leitura da comunicação eletrônica endereçada ao profissional assistente ou outro meio).

Diante disso, tem-se que a operadora, tanto em âmbito preliminar quanto em fase processual, deixou de apresentar a comprovação de ciência inequívoca do profissional assistente sobre a instauração da junta, bem como do resultado desta, conforme dispõe o art. 5º da RN nº 424/2017, que trata das notificações no âmbito da composição de junta médica/odontológica:

"Art. 5º As notificações entre operadora, profissional assistente, desempatedor e beneficiário poderão se dar por meio de Aviso de Recebimento – AR, telegrama, protocolo assinado pelo profissional assistente ou seu subordinado hierárquico, ligação gravada, por e-mail com aviso de leitura ou outro veículo de comunicação que comprove sua



ciência inequívoca.”

Portanto, verifica-se que o encaminhamento da demanda para abertura de processo deu-se em razão de a operadora ter deixado de demonstrar a efetiva improcedência da demanda, conforme prevê o artigo 11 da RN nº 388/2015.

Nesse sentido, considerando a inobservância ao rito de composição de junta odontológica, nos termos disciplinados na RN nº 424/2017, verifica-se que a operadora deixou garantir a cobertura assistencial demandada à beneficiária em questão, já que não autorizou os materiais nos moldes da solicitação do médico assistente.

Quanto à aplicação da penalidade, ressalta-se que não cabe a aplicação de advertência para o caso em tela, já que o artigo 77 da RN nº 124/2006 prevê somente a aplicação de multa.

Ademais, não será concedido atenuante, haja vista que a recorrente não comprovou a adoção de providências suficientes para reparar os efeitos danosos da infração, conforme estabelecido no artigo 8º, inciso III, da RN nº 124/2006.

CONCLUSÃO

Por todo o exposto, **propõe-se que seja o auto de infração nº [REDACTED] julgado procedente**, condenando a operadora pela conduta de deixar de garantir acesso ou cobertura prevista em lei, para os materiais necessários à execução dos procedimentos OSTEOPLASTIA PARA PROGNATISMO, MICROGNATISMO OU LATEROGNATISMO (Código: 30208025) e OSTEOTOMIA TIPO LEFORT I (Código: 30208050), contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde (Anexo I da RN nº 428/2017), solicitados em 20/05/2019 ([REDACTED] beneficiária [REDACTED] , conduta tipificada no artigo 77 da RN nº 124/2006, e que viola o artigo 12, inciso II, da Lei nº 9.656/1998; c/c inciso V, do Artigo 4º, da CONSU nº 8/1998; c/c RN nº 424/2017, com a aplicação de multa no valor de **R\$ 48.000,00 (quarenta e oito mil reais)**, tendo em vista a incidência do fator multiplicador previsto no artigo 10, inciso III, da RN nº 124/2006 (58.742 beneficiários em maio/2019 - mês de ocorrência do fato), considerando, ainda, a ausência de circunstâncias agravantes e de atenuantes.

É o relatório de análise conclusiva.



REFLEXÕES:

- *o conhecimento da legislação e do contrato pelos profissionais da auditoria evitam glosas, desperdícios e até mesmo fraudes perpetradas pelos consumidores;*
- *a junta médica/arbitragem é uma excelente ferramenta para evitar prejuízos e procedimentos desnecessários; e,*
- *a judicialização nem sempre é o melhor caminho para dirimir divergências econômicas-financeiras.*



DECIFRA-ME PROJETO **DEVORO!**
O ENIGMA DO FATURAMENTO E AUDITORIA

2ª AGENSOP 3ª AGENSOP
Empresa Registrada
de Auditoria em Saúde
em Auditoria
Hospitalar
Empresa Registrada de
Auditoria em Saúde
em Auditoria em Saúde
Hospitalar
Fehosp
FEDERAÇÃO DE ENTIDADES
HOSPITALARES DO BRASIL
www.fehosp.org.br





Contato

Nossa equipe está pronta para prestar o melhor atendimento!

Telefone:

+55 11 4837-5620

E-mail

contato@cristianoplateadvogados.com.br

Endereço

Avenida Ibirapuera n° 2033, CJ 81, 8° Andar,
Moema, São Paulo/SP - CEP: 04029-100



Cristiano Plate &
Advogados Associados

Muito obrigado!